

ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ



19 ИЮНЯ - ДЕНЬ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА



**Коллектив детского травматологического отделения,
МУЗ “Городская больница №12”, г.Барнаул**



От редактора

Уважаемые читатели!

Как не соответствует наш журнал настроениям некоторых «лентяев», которые не привыкли, не настроены думать о своем здоровье, а когда заболеют, надеются на «чудесное излечение» при помощи магов и колдунов.

Лето... Замечательная отпускная пора! Только наши **«Школы здоровья»** продолжают свою работу.

Для «отличников» - приготовлены подарки. После опубликования в нашем журнале серии материалов под рубрикой **«Школа гипертонической болезни»** поступило очень много просьб получить всю подшивку с материалами. Удовлетворить всех желающих мы, к сожалению, не смогли...

Редколлегия подумала и решила: *«А давайте сделаем специальный выпуск нашего журнала, посвященный только проблемам гипертонии!»*. И сделали!

Какие материалы Вы сможете прочесть в спецвыпуске? Во-первых, все, что касается общих представлений о гипертонической болезни, узнаете, как правильно измерять свое артериальное давление, как оценить свой вес... Во-вторых, и это самое главное: как рационально питаться, чтобы Ваш вес пришел в норму. Также Вы узнаете много полезного и нового о составе и усвояемости пищи, о всевозможных диетах, мы поделимся с Вами и «золотыми правилами» правильного и эффективного снижения веса, что такое «плохой» холестерин, а что такое «хороший»... В-третьих, Вы прочтаете о том, какой вид физической активности нужно именно Вам предпочесть, как контролировать продолжительность и интенсивность своих нагрузок... Контролировать свои эмоции - это целая наука, но овладеть ею вполне реально, и мы Вам поможем в этом!

Лечение гипертонии - процесс непрерывный. Иногда именно ошибки в тактике лечения становятся причиной прогрессирования заболевания. Помните, что лекарства - лишь Ваши помощники в борьбе с недугом!

Выпуск подготовлен при участии Алтайского краевого научного общества кардиологов под редакцией доктора медицинских наук **Г.А. Чумаковой**.

Всех подписчиков журнала «Здоровье алтайской семьи» на второе полугодие 2005 года ожидают подарки от Издательства (см стр. 10).

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
Компьютерный дизайн
и верстка -
Оксана Ибель

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

Подписано в печать 20.06.2005г.
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

Медицинские работники Алтая встречают профессиональный праздник	2-3
Подходы к диетотерапии мочекаменной болезни	4-5
МИР И МЕДИЦИНА	6
Хирургическая коррекция сколиотической деформации позвоночника	7-8
ШКОЛЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ. «Повторение - мать ученья»	9-10
Буренка в рассрочку	11
Пятнистые ногти	12
Соль и гипертония	13
МИР И МЕДИЦИНА	14
БРОНХИТ-ШКОЛА: вопросы и ответы (занятие 9). Кашель: о чем он говорит?	15-16
Непроходимость слезноносовых путей у новорожденных детей	17-18
Волшебные слова	19-20
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ	21-24
ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО МАТЕРИНСТВА. Аборт - основной метод планирования семьи или...?	25-26
Причины возникновения и профилактика бронхиальной астмы у детей	27-28
Детская для ВЗРОСЛЫХ. Проблема «нормы» для ребенка	29-30
Здоровье в капле лета	31
Детская страничка. Держи осанку	32-33
То, что любишь, ешь понемногу. Новый бюстгальтер: красиво и безопасно	34
НИ ДНЯ БЕЗ ДИЕТЫ. 15 правил избавления от своего жира	35-36
Как опять не набрать вес	37
Как не заболеть туберкулезом	38-39
Аллергия: чем раньше начато лечение, тем оно эффективнее!	40-41
ШКОЛА ОСТЕОПОРОЗА. Что такое остеопороз?	42-43
Барнаулский завод АТИ - расширяет социальные программы	44

Медицинские работники Алтая встречают профессиональный праздник

В крае функционируют две краевые больницы, 30 городских, из них – 5 детских, перинатальный центр, два родильных дома, 10 специализированных краевых больниц, 20 диспансеров, 22 поликлиники, три диагностических центра, 60 ЦРБ, 103 участковых, 166 врачебных амбулаторий, 1015 ФАПов, и это не считая учреждений и кабинетов бурно развивающейся частной медицины. Более 10 тысяч врачей и 25 тысяч медицинских работников, имеющих средний и повышенный уровни образования, работают в системе здравоохранения края. Именно их труду воздаются долгие почести в эти июньские дни. Июнь насыщен самыми разными событиями.

7 июня состоялось открытие российской научно-практической конференции с международным участием «Новые технологии в онкологической практике». Организатором российской конференции по онкологии в Алтайском крае выступил краевой онкологический центр, являющийся филиалом Российского онкологического центра им. Н.Н. Блохина РАМН, Российская академия медицинских наук, Алтайский государственный медицинский университет и комитет по здравоохранению администрации края. Было обсуждение результатов научно-исследовательских работ ведущих онкологических центров и учреждений России, Казахстана, Узбекистана, Киргизии, посвященных вопросам организации, профилактики, диагностики, новым технологиям лечения злокачественных новообразований. Проведение такого крупномасштабного научного форума именно в Барнауле позволило представителям лечебных учреждений городов и районов края познакомиться с новыми направлениями в онкологии.

15 июня в Барнауле прошла региональная научно-практическая конференция «Психическое здоровье детей и подростков: междисциплинарное взаимодействие, эпидемиологические, клинично-терапевтические и реабилитационные аспекты». Актуальность темы и место проведения были выбраны не случайно. Из года в год растет число детей и подростков, состоящих на учете у психиатра. Также в числе причин инвалидности детей и подростков лидируют психические расстройства, а психическая патология занимает первое ранговое место.

За последние годы детская психиатрическая служба в крае достигла определенных результатов: улучшилась выявляемость психической патологии у детей и подростков, впервые за последнее время идет снижение первичной инвалидности, а по городу Барнаулу этот показатель снизился в 2,5 раза. С докладами на конференции выступили ведущие специалисты кафедр детской психиатрии гг. Москвы, Красноярска, Новокузнецка, главный детский психиатр



Е.Н. Турок

Минздравсоцразвития РФ **В.М. Волошин** и главный детский психиатр Новосибирской области **В.А. Макашова**.

Накануне Дня медицинского работника традиционно прошли спортивные соревнования медицинских работников. Между собой соревновались команды практически всех городских и краевых лечебных учреждений. На старт вышли спортсмены таких медицинских учреждений, как краевой перинатальный центр, краевой госпиталь для ветеранов войн, алтайский краевой онкологический диспансер, краевая детская и психиатрическая больницы, комитет по делам здравоохранения г.Барнаула, городские больницы №№11 и 5. Всего в состязаниях приняли участие более 40 команд.

В г.Барнауле в рамках краевой научной конференции оториноларингологов «Новые технологии в оториноларингологии», на которую съехались ведущие специалисты Сибирского федерального округа, во второй день работы прошли две показательные операции в режиме он-лайн. Подобного в крае еще не было. Томские врачи показали, как можно использовать новейшие технологии для лечения нарушений слуха. Новое оборудование без разрезов позволяет заглянуть в самые укромные уголки уха, горла и полости носа. Установленные в операционной



А.Ф. Орлова (в центре)

камеры выводили картинку не только на монитор хирурга, но и на большой экран для специалистов, специально собравшихся познакомиться с новым методом проведения операции. За один час врач из Томска Андрей Давыдов в ходе показательной операции полностью восстановил слух семнадцатилетнему пациенту, который страдал его потерей в результате хронического отита.

22 июня в Диагностическом центре Алтайского края начнется работа краевая конференция «Актуальные проблемы гепатологии», где будут обсуждаться мероприятия по диагностике и лечению больных с гепатитами и циррозами печени.

В районах края в летний период будут работать студенческие медицинские отряды. Они получили направления в Тогуйский, Топчихинский и Петропавловский районы края. Студенты-медики будут работать в районах вместе со своими преподавателями с кафедр госпитальной и поликлинической терапии, акушерства и гинекологии, анестезиологии и реаниматологии.

Торжественные мероприятия прошли практически в каждом медицинском учреждении, труд многих из них заслуженно отмечен. Конечно, приятно в праздничные дни любое внимание.

Городской Дворец культуры Барнаула встретил представителей краевого здравоохранения, медучреждений городов и районов края. Некоторая помпезность мероприятия была даже уместной. Ветераны здравоохранения, те, кто ранее уже был отмечен наградами, знаками отличия, молодые специалисты – все присутствующие на празднике были оживлены, нарядны. Но среди приглашенных особо выделялись те, кому се-



Ю.В. Тен

годняя еще только предстояло получить в этот профессиональный праздник заслуженные награды.

Указом Президента России за заслуги в области здравоохранения почетное звание «**Заслуженный врач Российской Федерации**» присвоено: **Любови Леонидовне Трофимовой**, заведующей отделением Зональной ЦРБ; **Владимиру Григорьевичу Лубянскому**, врачу-хирургу, заведующему кафедрой АГМУ, доктору медицинских наук, профессору; **Геннадию Георгиевичу Устинову**, врачу-хирургу, заведующему кафедрой АГМУ; **Наталье Ильиничне Фадеевой**, заведующей кафедрой акушерства и гинекологии АГМУ, доктору медицинских наук, профессору.

Знаком «**Отличник здравоохранения**» отмечены: **Елена Николаевна Турок**, заведующая эндоскопическим отделением Алтайской краевой клинической больницы; **Юрий Васильевич Тен** и **Зинаида Федоровна Акинина**, заведующие отделениями Алтайской краевой клинической детской больницы; **Арнольд Вольфович Левин**, заведующий отделением Алтайского краевого противотуберкулезного диспансера; **Галина Ивановна Войтенко**, заместитель главного врача Краевого перинатального центра; **Владимир Павлович Нечунаев**, заместитель главного врача Алтайского краевого онкологического диспансера; **Александр Феликсович Федоровский**, заведующий отделом Диагностического центра Алтайского края; **Татьяна Васильевна Шахова**, заведующая лабораторией краевого госпиталя для ветеранов войн; **Николай Васильевич Шестопалов**, директор краевого центра медицины катастроф.

Почетные грамоты администрации края вручены **Ольге Вениаминовне Смирновой**, врачу-офтальмологу Алтайской краевой клинической больницы; **Валентине Павловне Чудовой**, врачу-фтизиатру Алтайского краевого противотуберкулезного диспансера; **Алле Федо-**

ровне Орловой, заведующей отделением Алтайского краевого кардиологического диспансера. **Людмила Ивановна Лукьянова**, заместитель главного врача Алтайского краевого противотуберкулезного диспансера, получила Благодарственное письмо администрации Алтайского края.

Алтайский краевой Совет народных депутатов своими грамотами отметил **Татьяну Викторовну Черепанову**, врача-сурдолога краевой поликлиники, **Наталью Ивановну Мордвинову**, заместителя главного врача Алтайского краевого кардиологического диспансера; **Якова Шулимовича Мандель**, заведующего отделением краевой стоматологической поликлиники, а приветствовал медиков от имени депутатского корпуса его председатель **А.Г. Назарчук**.

Поздравляем собравшихся и представитель администрации края **М.Козлов**, мэр Барнаула **В.Колганов**, председатели краевого и городского комитетов по здравоохранению – поздравлений и подарков было много, в том числе и от лучших творческих коллективов города.



Т.В. Черепанова

Редакция краевого медико-социального журнала «Здоровье алтайской семьи» поздравляет медиков Алтая с профессиональным праздником! Доброго вам здоровья, теплого семейного очага, понимания и участия ваших близких. Понимание профессионального долга, чувство ответственности, профессионализм - это то, что вас отличает.

(На обложке журнала: **Л.И. Лукьянова**, **Н.В. Шестопалов**, **В.Г. Лубянский**, **З.Ф. Акинина**, **А.Ф. Федоровский** (в центре), **Н.И. Мордвинова**, **А.В. Левин**, **Т.В. Шахова**)



О.В. Смирнова



ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР Алтайского края

Подходы к диетотерапии мочекаменной болезни

**Евгений Юрьевич Купряшин,
врач-уролог, отделение эндоскопии №2, КГУЗ «Диагностический центр Алтайского края»**

В настоящее время точно установлено, что питание человека является одним из ведущих факторов, от которых зависит образование камней в мочевых путях. В ситуациях же, когда наличие воспалительных заболеваний мочевых путей исключено, роль питания в этом процессе становится порой определяющей. Следовательно, в полной мере обосновано утверждение, что **с помощью диеты можно эффективно изо дня в день влиять на минеральный состав мочи и, соответственно, препятствовать образованию нерастворимых комплексов, осадков и камней.**

К сожалению, не все стороны патогенеза мочекаменной болезни на сегодняшний день окончательно выяснены и пока нет некой идеальной диеты, помогающей всем и всегда. Прежде чем обсуждать особенности питания при мочекаменной болезни, следует отметить несколько положений, в большей степени касающихся диетотерапии в целом, чем какой-то конкретной диеты.

Все рекомендации по соблюдению диеты должны быть вам понятны, так же как и почему прием тех или иных продуктов следует сократить, но не прекратить их употребление вообще.

Помните, что в диетотерапии практически не бывает ситуаций, когда тот или иной продукт больному человеку нельзя есть ни при каких условиях, ни в каких количествах и ни в каком виде. Ведь можно приготовить пищу другим способом, заменить одни продукты другими.

При абсолютных запретах возможно развитие дефицита незаменимых факторов пищи, что в дальнейшем приводит к многообразным нарушениям обмена веществ и развитию заболеваний.

Вернемся к проблеме мочекаменной болезни. Камни в мочевых путях имеют разную природу, различный минеральный состав, разные причины и механизмы образования, что и определяет особенности питания больного. **Независимо от природы камней пациентам рекомендуется обильное питье - не менее 1,5-2л в сутки, в сочетании с мочегонными средствами оно будет препятствовать концентрации мочи и образованию камней.** Летом, в жаркую погоду, или при тяжелой физической работе, сопровождающейся обильным потоотделением, потребление жидкости должно быть увеличено.

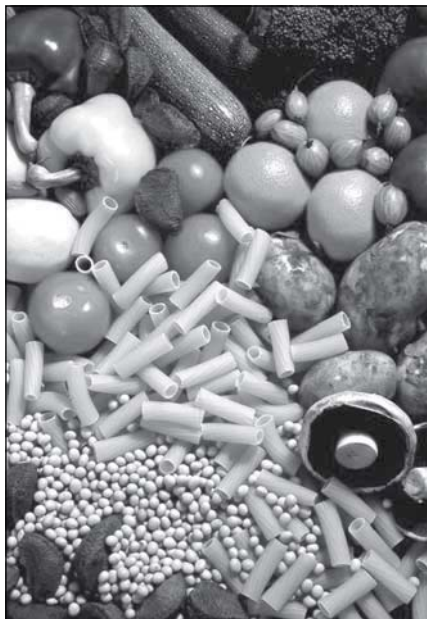
Регулярно принимайте настои трав, дающих слабый мочегонный эффект: плоды укропа, листья толокнянки (медвежье ушко), кукурузные рыльца и другие. Их

можно чередовать, а также применять в виде сборов (почечный чай).

Стремитесь ограничить потребление поваренной соли. Особенно опасно одномоментное употребление больших количеств соленых продуктов: это может привести к резкой гипогидратации мочи, повышению концентрации солей в ней и увеличению вероятности образования камней. Поскольку большая часть почечных камней - это нерастворимые или труднорастворимые соли кальция, **ограничьте поступление кальция в организм.** Один из способов уменьшить всасывание кальция - это обогащение пищи пищевыми волокнами: оптимальное их количество - около 40 г/сут. Наиболее значимые источники пищевых волокон - это отруби, хлеб, крупы, особенно гречневая и овсяная, а также овощи, ягоды, фрукты (табл.1).

Таблица 1. Содержание пищевых волокон в некоторых продуктах

Продукт	Общее количество волокон, г (но 100г продукта)	Пектин, г (целлюлоза и др.), г	Грубые волокна
Пшеничные отруби	41	2,2	38,8
Хлебцы зерновые	16,4	5,6	10,8
Ржаные хлопья	13,0	4,5	9,3
Овсяные хлопья	6,8	2,0	4,5
Зерновой хлеб	8,6	3,1	5,5
Хлеб с отрубями	6,5	2,2	4,2
Ржаной хлеб	3,2	0,8	2,2
Хлеб пшеничный	2,1	0,25	1,5
Чечевица	12,5	4,7	7,8
Сухие бобы, горох, соя, фасоль	5,2-5,7	1,5-1,7	3,5-4
Зеленый горошек	4,1	0,34	3,2
Кукурузные хлопья	4,0	1,2	2,6
Белокочанная капуста	4,2	0,7	3,3
Брюссельская капуста	4,4	1,6	2,8
Картофель	2,3	0,6	1,6
Малина	5,0	1,7	3,2
Апельсины	2,0	Ы	0,8
Яблоки и груши	2,5	0,7-1,0	1,3-1,7
Яблоки сушеные	5,0	2,1	2,8



Ниже я приведу рекомендации по питанию при различных формах мочекаменной болезни и наиболее частых видах камней.

ГИПЕРУРИКОЗУРИЯ И МОЧЕКИСЛЫЕ КАМНИ. Наиболее частой причиной образования мочекаислых камней является нарушение обмена пуринов - предшественников мочевой кислоты. Диетические рекомендации в этом случае направлены на уменьшение содержания пуринов в пище. Рекомендуется существенно ограничить потребление мяса, рыбы, субпродуктов, мясных и рыбных бульонов, а также бобовых и шпината; делайте акцент на потребление молока и молочных продуктов, крупы и мучных изделий, овощей и фруктов. Допустимо употребление яиц, масла, сахара и сладостей, орехов и овощных супов. Поскольку ураты способны растворяться в щелочной среде, показан комплекс мер, направленных на повышение pH мочи: уменьшение потребления кислых фруктов и ягод, щелочное питье (щелочно-гидрокарбонатные минеральные воды - «Ессентуки», «Волжанка» и др.).

ФОСФАТУРИЯ И КАЛЬЦИЙ-ФОСФАТНЫЕ КАМНИ. Нерастворимые соединения фосфата кальция чаще всего образуются при сдвиге pH мочи в щелочную сторону, тогда как в кислой среде растворимость фосфатов значительно повышается. При такой форме камней применяется диета, направленная на снижение pH мочи, т.е. богатая мясом, рыбой, мучными изделиями; фруктами и ягодами, имеющие кислый вкус (брусника, красная смородина, кислые сорта яблок), а также такими овощами, как тыква, бобовые, брюссельская капуста.

ЦИСТИНУРИЯ И ЦИСТИНОВЫЕ КАМНИ. Данная патология связана с нарушением транспорта цистина в почечных канальцах, предположительно наследственной природы. Диетотерапия включает в себя назначение больших количеств жидкости (до 3л в сутки) и подщелачивание мочи (уменьшение потребления мяса и рыбы, щелочное питье).

ГИПЕРОКСАЛУРИЯ И КАЛЬЦИЙ-ОКСАЛАТНЫЕ КАМНИ. В настоящее время преобладает точка зрения, что основная причина образования нерастворимых комплексов кальция и щавелевой кислоты - нарушение жирового обмена и транспорта жиров через стенку кишечника. В норме - кальций, содержащийся в пище, связывается в просвете кишечника в нерастворимый комплекс с щавелевой кислотой пищи и выводится из организма. Однако при избытке жиров в пище или при замедлении их всасывания кальций связывается с жирными кислотами и таким образом всасывается в организм. Своим чередом всасывается и щавелевая кислота. Так, при избытке кальция и щавелевой кислоты в канальцах почек происходит их соединение и образование осадка.

Диета при оксалурии рекомендует ограничить потребление жиров, причем, как животного, так и растительного происхождения - до 40-50г в сутки. В таблице 2 приведено содержание

жира в некоторых наиболее часто употребляемых продуктах.

Пациент с этой формой камней не должен увеличивать жирность в процессе приготовления пищи, то есть необходимо употреблять больше вареных и тушеных продуктов и, соответственно, - меньше жареных. Для жарки используйте посуду с антипригарным покрытием. Во время приготовления мясных бульонов удаляйте верхний слой жира. Отдавайте предпочтение низкожировым (обезжиренный творог, низкожировой майонез, молоко до 1,5% жирности и т.д.) продуктам.

Необходимо ограничить содержание в своем рационе щавелевой кислоты, которой наиболее богаты свекла, томаты и кабачки, апельсины и другие цитрусовые, виноград, крыжовник. Из-за высокого содержания щавелевой кислоты ограничьте употребление пива. Нежелательно и присутствие в пище больших количеств продуктов, богатых аскорбиновой кислотой (витамин С), в первую очередь это касается лука и чеснока. В процессе метаболизма витамин С превращается в организме в щавелевую кислоту.

Есть гипотеза, что в образовании оксалатов немаловажную роль играет оксидативный стресс. В связи с этим применяйте пищевые антиоксиданты, например, содержащиеся в зеленом чае.

Таблица 2. Содержание жира в некоторых продуктах

Продукт	Содержание жира, г (на 100г продукта)
Говядина нежирная	5-10
Говядина жирная	30
Свинина мясная	25-35
Сало	70-75
Вареные колбасы (останкинская, докторская и др.)	25-30 и более
Копченые свиные колбасы	35-45
Сосиски и сардельки	25-30
Пельмени с добавлением свиного фарша	18-25
Сливочное масло и маргарины	75-80
Топленое масло и кулинарные жиры	92-98
Растительное масло	95
Майонез	70
Сметана	25-40
Твердые и плавленые сыры	30-50
Семена подсолнечника, тыквы, орехи	30-50
Шоколад	40
Сливочное мороженое	15
Песочное печенье	12-25

В Диагностическом центре Алтайского края сконцентрированы перспективные методы диагностики урологических заболеваний, своевременное выявление которых позволит вам избежать и предупредить развитие осложнений. В амбулаторных условиях в отделении эндоскопии №2 выполняется комплекс высокоэффективных специальных методов диагностики и лечения урологических и гинекологических заболеваний.

Хирургическая коррекция сколиотической деформации ПОЗВОНОЧНИКА

На итоговой коллегии комитета по здравоохранению администрации края среди других вопросов, определяющих стратегию развития отрасли в крае, был заслушан и доклад главного внештатного детского травматолога А.В. Тырышкина - «Хирургическая коррекция сколиотической деформации позвоночника». Наш разговор с Александром Васильевичем состоялся буквально сразу.

- Ваше сообщение на коллегии носило несколько клинический уклон, изобиловало медицинской статистикой, при этом было достаточно наглядно проиллюстрировано технологическими этапами оперативного лечения сколиоза...

- Сколиотическая болезнь – это сложная многоосевая деформация позвоночника, приводящая к тяжелым анатомическим и функциональным нарушениям со стороны всех внутренних органов и систем человеческого организма, что чаще всего становится причиной ранней инвалидизации, снижения качества жизни и даже сокращения ее продолжительности.

Частота сколиоза у детей и подростков в России составляет от 8 до 13 процентов. До 20% больных теряют трудоспособность в связи с основным заболеванием и 0,5% - нуждаются в оперативном лечении.

На территории Алтайского края проживают 537 тысяч детей и подростков. Из них только на диспансерном учете по поводу сколиоза состоит 12440 человек, что составляет 2,3%. Ежегодно

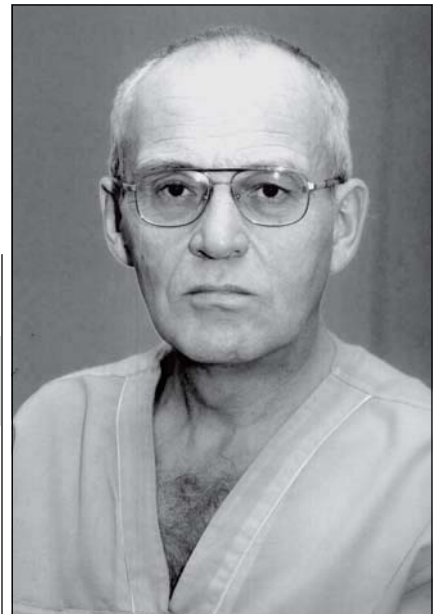
35-40 человек из выявленных больных нуждаются в оперативном лечении.

- Если сравнить показатели выявляемости в России и в Алтайском крае – они существенно разнятся?

- Нет, я говорю о почти 12,5 тысяч подростков и детей, только состоящих на диспансерном учете. Допускаю, что достаточно большое число нуждающихся отчасти даже смирились со своим положением. Им определена группа инвалидности... И, как говорится, перспективы – не радужные...

Однако современные возможности оперативных вмешательств с использованием новейших разработок значительно расширили границы оперативных вмешательств. Концентрация оперативного лечения в одном отделении значительно повышает уровень оказания специализированной помощи детям и подросткам с патологией позвоночника.

Хирургическое лечение тяжелых форм сколиотической болезни относится к числу наиболее сложных и не в полном объеме решенных проблем современной ортопедии.



Основной задачей хирургических вмешательств в системе лечения тяжелых форм сколиоза является в конечном счете остановка прогрессирующего процесса, коррекция искривления позвоночника, его стабилизация.

В нашем детском травматолого-ортопедическом отделении городской больницы №12 г.Барнаула с декабря 2001 года внедрен новый метод оперативного лечения сколиоза устройством с многоуровневой фиксацией НПО «Медилар», г.Красноярск. За два года (2002-2003гг.) оперировано 45 больных по поводу прогрессирующего сколиоза в возрасте от 10 до 21 года.

Наибольшее число больных оперировано в возрасте 13-16 лет (это 70%) - данный возраст является периодом пубертатного развития детей и быстрого прогрессирования сколиоза. Это были больные и с 3-й, и с 4-й степенями деформации, имеющие С-образные и S-образные комбинированные формы сколиоза.

Мы специально предоставили вам фотографии наших больных до и после оперативного вмешательства, чтобы можно было реально представить, каких результатов можно добиться в лечении сколиоза.

Лечение, безусловно, длительное. Только предоперацион-

Накануне своего профессионального праздника А.В. Тырышкин был приятно удивлен.

За заслуги в области здравоохранения, многолетнюю добросовестную работу Александр Васильевич был награжден Почетной грамотой от Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации за подписью М.Ю. Зурабова.

Поздравляем!



▶ ная подготовка включает в себя вытяжение на горизонтальной плоскости за тазовый и плечевой пояс грузом до 1/2 массы тела больного в течение 2-3 недель и проведение рентгенологического исследования на вытяжении. Таким образом оценивается степень мобильности позвоночника.

У всех больных берется кровь на гемостаз. Например, при обследовании у двух больных была выявлена болезнь Виллебранда и у 27 больных – нарушение тромбоцитарного гемостаза. Проводя предоперационную коррекцию гемостаза, мы смогли предотвратить большую кровопотерю во время операции. Затем – довольно длительный период реабилитации.

- И каковы результаты?

- Со сколиозом 3-й степени нами прооперировано 12 больных в диапазоне 31-50 градусов. Средний угол до операции составил 42,0 градуса, после операции – 10,9. Величина коррекции в этой группе в среднем составила 74,1 процент. При сколиозе 4-й степени в диапазоне 51-70 градусов прооперировано 13 больных. Средний угол до операции составил 61,4 градуса, после операции – 17,25. Величина коррекции во второй группе в среднем составила 72,0%. В диапазоне 71 и более градусов было прооперировано пять больных. Средний угол до операции составил 85,0 градусов, после операции – 27,0. Величина коррекции в третьей группе в среднем составила 68,2%.

Неврологическое осложнение в виде нижнего парализа в наших наблюдениях отмечалось в одном случае. Был проведен демонтаж конструкции. При дообследовании у больной выявлена синингомиелия. У четверых больных в раннем послеоперационном периоде развилась пневмония.

В одном случае оперативное лечение по данной методике выполнить не удалось в связи с тем, что с вогнутой стороны имелось сращение дужек позвонков на большом протяжении. В другом случае – толщина дужек (у 23-летней девушки) превосходила высоту крючка.

К сожалению, дальнейшему развитию метода препятствует слабая лабораторно-техническая база отделения, особенно, что принципиально для нас, – отсутствие специального операционного ортопедического стола, эффективной электрокоагуляции, следящей аппаратуры.

Предложенная методика хирургического лечения тяжелых деформаций позвоночника у детей и подростков позволяет добиться эффективной коррекции,

До операции



После операции



удовлетворяющей больного сколиозом в функциональном, косметическом и социально-психологическом аспектах. Потребность в оперативном лечении остается высокой.

Поздравляю **Сергея Александровича Филиппова, Игоря Васильевича Барышева, Талгата Базаровича Талдыбаева, Константина Владимировича**

Лукьянова, Дмитрия Анатольевича Панарина, Александра Евгеньевича Марушко, Сергея Сергеевича Замотаева с профессиональным праздником – Днем медицинского работника!

С праздником вас от души поздравляю, Гореть, не сгорая, в работе желаю! Почаще плодов от успехов вкушать И поражений желаю не знать!

«Повторение - мать ученья»



Мне рекомендовали увеличить физическую активность, в частности, ходьбу. Как контролировать режим нагрузок?

Доказано, что регулярные физические упражнения снижают систолическое и диастолическое давление в среднем на 5-10 мм рт.ст. Ходьба является наиболее физиологичным видом физической активности. Индивидуальный режим физических нагрузок вам должен подобрать врач, определив и темп тренировочной ходьбы.

Простой и достаточно информативный тест предложила Американская Клиническая Ассоциация.

○ Если вы достаточно свободно можете разговаривать во время ходьбы, это оптимальный темп ходьбы.

○ Если вы можете петь, необходимо ускорить шаг, так как темп ходьбы мал и не играет тренирующей роли для сердечно-сосудистой мышцы.

○ Если вы не можете разговаривать, замедлите шаг, так как темп ходьбы способствует перегрузке в работе сердца.



Шум порождает гипертонию

Люди, проживающие или работающие рядом с оживленными автомагистралями, чаще других страдают различными заболеваниями сердечно-сосудистой системы, в том числе артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца.



К таким выводам пришли немецкие ученые, изучавшие воздействие шумовых раздражителей на организм человека.

Обследовав более 1700 жителей Берлина, ученые обнаружили, что постоянное воздействие шумовых раздражителей интенсивностью выше 55 децибел (а именно таков уровень шума на улице с интенсивным движением автотранспорта) заболеваемость артериальной гипертонией превышает

среднестатистическую практически в два раза. Особенно серьезный вред здоровью наносит ночной шум, действующий на человека во время сна, если он спит у открытого окна.



Гипертония и диабет связаны одной молекулой?

Американские исследователи открыли молекулу, которая может оказаться связующим звеном между гипертонией и сахарным диабетом.

Оказалось, что имидазол-4-ацетатацито-риботид связывается с имидазолиновыми рецепторами в головном мозге и стволе мозга, отвечающими за регуляцию артериального давления, а также стимулирует другой тип имидазолиновых рецепторов в поджелудочной железе, отвечающих за высвобождение инсулина. Ученые из американской Школы Медицины поясняют: «Десятилетиями мы знали, что при избыточной стимуляции определенного типа рецепторов в головном мозге сосуды сокращаются и артериальное давление повышается. Однако мы не знали, какая именно молекула связывается с этими рецепторами. Теперь, когда она открыта, предстоит изучить возможности блокирования ее действия».

Эндогенный IAA-RP был открыт с помощью жидкостной хроматографии высокого разрешения, при исследовании экстрактов тканей быка, крысы и человека. Особенно важно присутствие IAA-RP в стволе головного мозга и ростоventролатеральной зоне, поскольку именно эти области являются «мишенью» антигипертензивных препаратов, действующих на 1-имидазолролиновые рецепторы. Связывание IAA-RP с этими рецепторами приводит к повышению давления, однако при назначении антагониста гипертензивный эффект подавляется.

Кроме того, оказалось, что риботид стимулирует инсулярные клетки поджелудочной железы, что соответствует последним данным о распределении в организме имидазолиновых рецепторов 3-го типа. При низкой концентрации IAA-RP в поджелудочной железе выброс инсулина стимулируется, при избыточном накоплении высвобождение инсулина нарушается, что может приводить к развитию диабета.

Большинство антигипертензивных препаратов центрального действия (например, клонидин) являются конкурентными антагонистами IAA-RP, что блокирует гипертензивный эффект риботида. Однако ввиду связывания с множеством других рецепторов эти препараты обладают целым рядом побочных эффектов... Теперь стал возможен синтез селективных антагонистов, действующих именно на риботид-рецепторы. Такие лекарства будут не только снижать артериальное давление и уменьшать риск диабета, но и хорошо переноситься пациентами.





Нетерпеливость и подозрительность приводят к гипертонии

Последние исследования показали, что нетерпеливость и беспокойство повышают риск развития гипертонии. Исследователи заявили, что они обнаружили зависимость между чувством тревоги, нетерпением и возможным возникновением гипертонии.

«Чем выше беспокойство и нетерпение, тем выше риск развития гипертонии», - заявил руководитель исследования доктор Лиджин Ян. Эти результаты касаются тех взрослых, кто нетерпелив и не имеет достаточно времени, чтобы закончить то, что они должны сделать.

Это исследование было первым, в результате которого был изучен эффект тревожности и нетерпеливости. Над исследованием работали специалисты из трех университетов, которые исследовали 3412 взрослых пациентов в течение 13 лет. В исследовании участвовали пациенты в возрасте от 18 до 30 лет.

Когда началось исследование, участники были проэкзаменованы на постоянное наличие у них тревожности и нетерпеливости в начале исследования и два года спустя. Пациентам давали тест из десяти вопросов, например четыре из них были как раз на выявление повышенной тревожности: «Вы расстраиваетесь, если вам приходится ждать чего-то?», «Вы быстро едите?», «Вы часто чувствуете себя подавленным к концу рабочего дня?», «Часто ли вы чувствуете себя подавленным вообще?».



Исследование также выявило некоторые аспекты стиля жизни пациентов. Так, тревожные и нетерпеливые люди имеют не только риск развития гипертонии, но им присущи такие качества, как враждебность и подозрительность, что повышает риск сердечных заболеваний, а также дух соперничества и конкуренции, что, в принципе, негативно на здоровье не сказывается.



Американские ученые обещают гипертонию трети населения Земли

Треть взрослого населения нашей планеты к 2025 году будет страдать от повышенного кровяного давления, считают американские ученые. В 2000 году гипертонией болели около миллиарда жителей Земли, рискуя получить удар или обзавестись серьезными кардиологическими проблемами. Однако в течение следующих 20 лет их число должно увеличиться приблизительно на 60%, причем три четверти случаев будут наблюдаться в развивающихся странах.

По мнению ученых, количество людей, страдающих гипертонией, через двадцать лет достигнет 1,56 миллиарда человек. Кардиоваскулярные болезни уже стали самой распространенной причиной смерти в большинстве стран мира. На их долю приходится около 30% всех смертей. Благодаря тому, что не разработана оптимальная стратегия профилактики и лечения, в ближайшие годы от гипертонии умрут миллионы людей. В развивающихся странах число гипертоников возрастет на 80%, а в развитых странах только на 24%. Наиболее мощному удару подвергнутся Китай, Индия и Латинская Америка, страны Карибского бассейна. Для того чтобы улучшить состояние дел, достаточно снизить вес тела, повысить физическую активность и снизить содержание поваренной соли в рационе. К сожалению, именно потребление высококалорийной и пересоленной пищи - характерная черта рациона бедняков.

ПОДПИСЧИКАМ - ПОДАРКИ ОТ ИЗДАТЕЛЬСТВА!!!

Для всех подписавшихся на наш журнал на второе полугодие 2005 года специальный выпуск журнала «Гипертоническая болезнь» поступит в качестве подарка.

Те, кто не успел это сделать вовремя, могут подписаться на журнал «Здоровье алтайской семьи» через наши представительства или направить средства за подписку прямо в Издательство на расчетный счет или почтовым переводом. В любом случае подробно укажите адрес получателя для последующего отправления корреспонденции.

Спецвыпуск «Гипертоническая болезнь» издается форматом А5, объем - 64 страницы, обложка полцветная. Ориентировочная стоимость без учета доставки - 20 рублей.

Внимание! Для всех подписавшихся на второе полугодие 2005 года на журнал «Здоровье алтайской семьи» - подписка на первое полугодие 2006 года будет льготной, т.е. сохраняются цены 2005 года.

ПЛАТЕЖНОЕ ПОРУЧЕНИЕ				Дата	Вид платежа
Сумма прописью	Сто восемь рублей 00 копеек				
ИНН	КПП	Сумма	108-00		
Плательщик	Сч. №				
	БИК				
	Сч. №				
Банк плательщика	БИК		040173771		
ООО КБ "Алтайкапиталбанк"	Сч. №		30101810900000000771		
г. Барнаул					
Банк получателя	КПП		45201810500723000162		
ИНН 2263020152	Сч. №				
ООО "Издательство "Вечерний Новоалтайск" филиал ООО КБ "Алтайкапиталбанк" г. Новоалтайск	Вид оп.	01		Срок плат.	6
Получатель	Наз. пл.			Очер. плат.	
	Код			Рез. поле	
Подписка на журнал "Здоровье алтайской семьи" на 2-е полугодие 2005 года					
Указать точно индекс, адрес, Ф.И.О. получателя полностью, телефон.					
Сумма 108-00 руб., в т.ч. НДС (18%) -16-47 руб.					



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 СОЛОВА, врач-пульмонолог; **Ирина Петровна СОКОЛ**, врач-пульмонолог;
Евгения Витальевна НИКИТИНА, врач-пульмонолог

КАШЕЛЬ: О ЧЕМ ОН ГОВОРИТ? Занятие 9

Нет в мире человека, который не испытал бы, что такое кашель, однако редко кто задумывается, зачем же он нужен.

Давайте разберемся. Легкие - это орган, который постоянно, ежеминутно контактирует с окружающей средой. В воздухе присутствуют чужеродные частицы, вредные газы, промышленные, бытовые загрязнители. Но у нас есть прекрасный защитник от агрессивного воздействия. Это - слизистая оболочка верхних дыхательных путей: эффективный барьер, препятствующий попаданию в организм возбудителей инфекции.

Проникновению возбудителя в дыхательные пути и развитию заболевания способствуют и ослабление защитных механизмов в слизистой оболочке верхних дыхательных путей из-за такого фактора, как курение, в том числе и пассивного, и воздействие холодного загрязненного воздуха. Этим объясняется частота развития острых респираторных вирусных инфекций в холодное время года.

Поражение слизистой оболочки при повторяющихся воспалительных процессах, при различных сопутствующих общих заболеваниях также способствует снижению ее защитной функции.

Как правило, на слизистую оболочку дыхательного тракта первоначально воздействуют разнообразные вирусы. В результате их разрушительной деятельности повреждается выстилка верхних дыхательных путей. Она становится уязвимой для бактериальных возбудителей, которые в условиях ослабления защитных факторов получают возможность для размножения. Таким образом возникает острое и хроническое воспаление слизистой оболочки дыхательных



путей, сопровождающееся кашлем, нередко с выделением гнойной мокроты.

Главное предназначение кашля - это удаление мокроты и других веществ из дыхательных путей для улучшения их проходимости и восстановление образования бронхиального секрета, который в нормальных условиях постоянно очищает дыхательные пути и удаляет посторонние вещества наружу.

Что может означать кашель?

Известно более 53 возможных причин появления кашля. Наиболее часто кашель является одним из главных симптомов острых респираторных вирусных заболеваний (ОРВИ) и сопровождается обычно заложенностью и выделениями из носа, чувством першения в горле. У большинства людей выздоровление наступает в течение 2-3 недель. Непродолжительность заболевания в сочетании с лихорадкой предполагает вирусную или бактериальную инфекцию.

Круг предполагаемых заболеваний при остром кашле (до 3 недель) включает: **ОРВИ, коклюш, пневмонию, плеврит** (воспаление плевры - оболочки легкого), **а также воздействие при дыхании токсических веществ или вдыхание инородного тела.**

Трудности возникают, как правило, при установлении причины затяжного кашля.

Синдром постназального затекания

Если вы жалуетесь на выделения из носа, потребность в «очищении» носоглотки, не исключено, что причина кашля - в воспалительном процессе верхних дыхательных путей (носоглотка, нос, околоносовые пазухи), при котором отделяемое из носа стекает по задней стенке глотки в трахею и бронхи, вызывая кашель. Это так называемый синдром постназального затекания. Наиболее частыми причинами постназального затекания могут быть: насморк аллергический или насморк, связанный с плохой работой сосудов в слизистой оболочке носа, воспаление околоносовых пазух.

Если вы курите - это веская причина для появления так называемого **«кашля курильщика»**, первого проявления ХОБЛ, а может быть и признаком опухоли, растущей из бронха. В отличие от **хронического брон-**

Кашля, который нередко диагностируют ошибочно у больных **опухолью бронха**, на поздних стадиях заболевания при опухоли кашель приобретает более мучительный характер, появляется одышка, нередко кровохарканье. Подозрение на опухоль бронха обязательно требует проведения бронхоскопии и забора материала для осмотра его под микроскопом.

Немало причин для кашля и у тех, кто не курит. Это может быть **кашлевая астма**, которая на первых этапах, кроме как кашлем, может ничем больше не проявляться.

Кашель иногда склонны списывать и на домашнюю пыль. Да, но эта пыль довольно крупная и оседает, не доходя до бронхов. Обычная бытовая пыль состоит из частичек нашей перхоти, а также из мелких клещей, окружающих нас повсюду и составляющих основу бытовой пыли. Бронхит от такой пыли не развивается, а вот «астматики» могут на нее реагировать кашлем и аллергическими реакциями.

Считается, что более чем у 20% больных с хроническим кашлем причиной его является **гастроэзофагеальный рефлюкс**, который занимает третье место среди причин хронического непродуктивного кашля после синдрома «затекания» и бронхиальной астмы. Несмотря на замысловатое название, эта болезнь присутствует у многих людей. Суть заболевания состоит в забросе кислого желудочного сока в пищевод, особенно в положении лежа, что вызывает раздражение его стенок. Наиболее типичные проявления: боль и чувство жжения за грудиной или в подложечной области, чувство сдавливания в области шеи; изжога, особенно ночью. Кашель - иногда единственное проявление этого заболевания, а поставить диагноз можно лишь с помощью гастроскопии, рентгена или замера кислотности в пищеводе.

Однако принять профилактические меры следует еще до обращения к врачу. Начните с диеты. Не ешьте жирную пищу, исключите кофе, специи, чеснок, лук. Придерживайтесь дробного питания, ешьте 4-5 раз в день, небольшими порциями. Не ложитесь, пока не пройдет два часа после еды. Приподнимите изголовье кровати на 10-15 сантиметров. Врач порекомендует и лекарственные средства. Если после курса лечения кашель будет продолжаться вас беспокоить, значит, причина его появления - в другом.

Большое значение при установлении причины кашля имеет рентгенологическое исследование грудной клетки. В зависимости от локализации (легкие, сердце, средостение) и характера выявленных изменений становится возможным определить круг подозреваемых заболеваний, которые требуют соответствующего обследования.

В случаях отсутствия рентгенологических изменений со стороны органов грудной клетки при длительном кашле требуется исключение целого ряда других заболеваний.

Причиной кашля может быть **резкое вдыхание какого-либо инородного тела** (вставного зуба, горошины и многого другого), что часто бывает при болезни Паркинсона, инсульте, слабоумии.

Общепринято кашель оценивается как признак легочной болезни, но он может быть и **при заболеваниях сердца**.

Как кашляют сердечники?

Сердечная недостаточность, возникающая на фоне ишемической болезни сердца или пороков сердца, может проявляться кашлем. При этом кашель сопровождается отделением слизистой мокроты, нередко - с примесью крови. Кашель может возникать и при заболевании сердца, когда из-за слабого кровообращения застаивается кровь в легочной ткани, что вызывает раздражение кашлевых рецепторов. Могут быть и такие серьезные причины кашля, как опухоли средостения - пространства между сердцем и легкими, которые сдавливают легкие. Характер сердечной патологии может быть установлен при эхокардиографическом исследовании.

Кашель на нервной почве

Такой кашель - сухой, нередко возникает в стандартных эмоционально напряженных ситуациях, например, публичное выступление. Ожидание кашля неизбежно провоцирует его появление.

Когда не хватает воздуха...

Гипервентиляционный синдром - это дыхательный дискомфорт в виде чувства неудовлетворенности вдохом, одышки, нехватки воздуха и даже удушья. Эти ощущения обычно усиливаются в душных помещениях, от тесной одежды. Характерны частые вздохи и зевота. Частые глубокие вдохи приводят к резкому снижению в крови количества углекислого газа, что сопровождается головокружением, внезапно наступающей слабостью, обморочными состояниями, иногда судорогами. Часто дыхательные нарушения сопровождаются болями в области сердца, нарушениями ритма, чувством тревоги и страха.

Кашель может беспокоить и **при заболеваниях уха**: серная пробка, воспаление. При этом бывает сухой, упорный кашель, сопровождающийся нарушениями слуха, выделениями из уха.

Помните, что нельзя откладывать визит к врачу и тогда, когда кашель сопровождается повышенной температурой, потливостью, потерей веса, густой, бесцветной или окрашенной кровью мокротой, одышкой или невозможностью лежать в горизонтальном положении, отеками, особенно, если они приводят к увеличению массы тела, за грудиной болью, чрезмерной утомляемостью, потерей аппетита или постоянной тошнотой!

Можно ли самому лечить кашель?

Большинство препаратов от кашля лечат не саму болезнь, а лишь притупляют действие кашлевых рецепторов, как, например, ментол. Не лечат причину кашля также и масло эвкалипта, и экстракт подорожника. Эти препараты можно принимать при ОРЗ для снятия лишнего дискомфорта, когда болезнь не очень серьезна и с ней справляется сам иммунитет. **Если же кашель беспокоит более трех недель и причина его не ясна, срочно обратитесь к врачу!**



Непроходимость слезноносовых путей у новорожденных детей

**Евгений Владимирович Головин,
врач-офтальмолог высшей квалификационной категории,
заведующий операционным блоком,
Краевая больница микрохирургии глаза**

Актуальность этой проблемы достаточно высока из-за ее распространенности. От 2 до 5% детей страдают данной патологией. Основным проявлением этого заболевания является такой симптом, как слезостояние в одном или двух глазах. Как правило, он начинает проявляться с началом выработки слезной жидкости у ребенка, то есть со 2-3 недели жизни.

Первая, основная, причина непроходимости - это **наличие в области носослезного протока так называемой желатинозной пленки**, которая обычно рассасывается еще до рождения ребенка или в первые дни жизни. Вторая по частоте причина - **патология слезного мешочка**, третья - **отсутствие костной части носослезного протока**, далее следуют как бы вторичные причины - **патология носа и окружающих тканей**.

Как только родители заметили слезостояние у ребенка, они должны сразу же обратиться на это внимание врача-педиатра. Чем раньше будет поставлен диагноз, тем лучше результаты лечения.

Обычно назначается **толчкообразный массаж слезного мешочка**, которому родителей должен научить врач-педиатр. Зачастую этого бывает достаточно, чтобы прорвать пленку и обеспечить свободное прохождение слезы в полость носа.

Если же заболевание не будет вовремя выявлено, **у ребенка может развиться воспаление слезных путей, или дакриоцистит**. Его основными симптомами являются: слезостояние, слизистое или гнойное

отделяемое из глаза, покраснение слизистой оболочки и отделяемое из слезных точек при надавливании на область слезного мешочка. Это состояние уже требует вмешательства врача-офтальмолога. Как правило, окулист назначает антибактериальную терапию и рекомендует продолжать массаж слезного мешочка.

При неэффективности проводимого лечения маленькому пациенту проводится операция зондирования слезноносовых каналов. Ее можно проводить в любом возрасте, но эффективность более высока, если она сделана как можно раньше.

Операция довольно проста в исполнении, но требует высокой квали-



фикации хирурга. Она заключается в перфорации пленки специальным инструментом с последующим промыванием слезных путей раствором антибиотика. Своевременно и квалифицированно проведенное зондирование в большинстве случаев приводит к выздоровлению.

В послеоперационном периоде требуется 5-7-дневный курс антибактериальной терапии в виде глазных капель для снятия воспалительных явлений. И все! Пациент здоров! Не принятые вовремя меры могут привести к серьезным осложнениям, таким, как флегмона слезного мешочка, конъюнктивит и кератит, и даже к воспалению внутренних оболочек глаза.

Еще раз хочется напомнить родителям: своевременно обращайтесь к специалистам и строго соблюдайте их рекомендации!



ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

Флоренс Найтингейл

«Записки об уходе»

Продолжение. Начало - в №4 (28)

Глава 1. Воздух и тепло

Воздух, которым дышит больной, должен быть столь же свежим и чистым, как и наружный, причем нужно заботиться лишь о том, чтобы больной не простудился. Таков первый закон ухода за больными, без соблюдения которого всякое лечение останется бесцельным. Настоящий свежий воздух может проникнуть в помещение только через окна, расположенные на обветриваемой стороне.

Другое зло, чрезвычайно распространенное, заключается в том, что под спальню отводят помещения, со всех сторон замкнутые, никогда не проветриваемые, а иногда в то же время служащие чуланами для хранения различных припасов. Подобные помещения являются настоящими рассадниками оспы, скарлатины, дифтерии и других заразных болезней.

Больной, лежащий в постели и тщательно укутанный одеялами, не подвергается опасности простуды; поэтому проветривание его комнаты посредством открывания окон не представляет никаких неудобств. В холодное время года можно из предосторожности положить к ногам кувшин с горячей водой и обвязать шею платком; при таких предосторожностях больной никогда не только не простудится, но и не озябнет, даже если все окна открыты

настежь. В период выздоровления больного воздух помещения, где он находится, должен быть настолько теплым, чтобы он не ощущал ни малейшего озноба; конечно, теплота не должна идти в ущерб проветриванию.

Само собою разумеется, что если воздух помещения больного должен быть столь же чист, как и наружный воздух, то из этого не следует, что он должен быть и столь же холоден.

Совершенно ошибочно также поддерживать в комнате целый день одну и ту же температуру. Нередко случается, что температура, которая утром казалась больному низкой, после обеда, когда жизнедеятельность организма повышена, кажется ему несносно жаркою; в этом случае необходимо прибегнуть к открыванию окна.

Весьма желательно, чтобы в комнате больного окна были расположены так, чтобы больной сам мог их открывать и закрывать. Больной человек руководствуется самочувствием и потому гораздо лучше сумеет обслужить себя, чем посторонние.

Во всяком спальном помещении под утро, когда еще окна не отворены, воздух спертый и производит впечатление испорченного. Во время сна человеческое тело, будь оно здоровым или боль-



ным, гораздо больше страдает от действия испорченного воздуха, чем в состоянии бодрствования. Поэтому для каждого человека дело первостепенной важности - поддерживать в спальне целую ночь совершенно чистый воздух. Для этого необходимо, чтобы испорченный дыханием и испарениями нашего тела воздух был удаляем, а чистому воздуху был открыт свободный доступ. Чрезвычайно вредны пологи, ставни, густые занавесы у окон и тому подобные приспособления.

Правильнее устраивать и открывать форточки в верхних частях оконных рам. В комнате средних размеров, в которой помещаются двое, достаточно приотворять форточку на 1-2 дюйма (3-5 см). В детской или

◀ спальные детей необходимо, в зависимости от числа детей, приотворять форточку немного больше. В теплую погоду окна могут быть отворяемы настежь. Здравый смысл подсказывает, что проветривание отнюдь не должно заключаться в попеременном открывании всех окон настежь и полном закупоривании их, потому что тогда скачки температуры будут слишком значительны, что очень опасно, в особенности для больных и выздоравливающих. Воздух должен быть всегда одинаково чистый и по возможности одинаковой температуры.

Если желают убедиться, хорош ли комнатный воздух или он нуждается в проветривании, необходимо утром выйти на улицу и затем снова вернуться: если ощущается хотя бы малейшая спертость, то помещение недостаточно проветрено и непригодно ни для больных, ни для здоровых.

В особенности необходимо наблюдать за проветриванием всех помещений в школах. Обыкновенно заботы родителей ограничиваются учением и едою, которыми дети пользуются в школе; но если бы побольше обращали внимание на чистый воздух. В школах, где обращено должное внимание на освежение воздуха, где классные и прочие помещения чисты, просторны и светлы, «эпидемии» случаются в высшей степени редко.

Настоящими рассадниками болезней, эпидемий и смерти являются фабрики, мастерские и торгово-промышленные заведения при их современной антигигиенической обстановке. На вентиляцию, т.е. обновление воздуха, в них не обращают почти никакого внимания. Вот почему в рабочих классах столь сильно распространены грудные болезни и почему так рабочие склонны к простудным и иным заболеваниям.

Что касается больных, то для них проветривание помещения, в котором они пребывают, должно идти рука об руку с отоплением. При многих болезнях организм теряет гораздо больше тепла, чем в нормальном состоянии, поэтому является опасность, что еще более значительные траты, обусловленные низкой температурой помещения, могут окончательно изнурить организм и иметь последствиями даже смертельный исход.

Подобные больные нуждаются в самом бдительном уходе: за ними нужно следить ежечасно, даже можно сказать, ежеминутно; им нужно постоянно ощупывать руки и ноги и как только те или другие окажутся холодными, немедленно прибегать к согревающим кувшинам, теплым ваннам, платкам, а также к теплым напиткам; иногда же полезно прибегать и к усиленной топке. Ведь часто случается, что печальный исход болезни зависит только от того, что эти

простые меры предосторожности не были своевременно предприняты; когда ухаживающие за больными сосредоточивают все свое внимание на пище, лекарствах, они зачастую упускают из виду такие элементарные требования гигиены.

Весьма важное значение имеет также ночной воздух. С уверенностью можно сказать, что добрая половина всех болезней проистекает от того, что люди спят в испорченной атмосфере. В больших городах в особенности ночной воздух несравненно чище дневного, а между тем все окна тщательно закупориваются и занавешиваются. К ночному открыванию окон не следует прибегать, когда наружный воздух хуже комнатного и когда разница между ночной и дневной температурами значительна.

Вообще нужно раз навсегда запомнить следующее правило: окна существуют для того, чтобы их открывать, а двери - для того, чтоб их закрывать.

Затем нужно помнить, что все находящееся в комнате больного и дающее испарения содействует порче воздуха. Поэтому нужно тщательно следить за тем, чтобы в комнате не оставалось грязного белья, а если речь идет о детской, то чтобы в ней не сушились мокрые пеленки.

Заботливая сиделка должна, помимо этого, тщательно следить за надлежащим проветриванием постели.

Даже здоровый человек не может безнаказанно пребывать долгое время в недостаточно проветриваемом помещении, потому что он сам портит воздух дыханием и испарениями своего собственного тела. Испарения же больных во многих случаях еще гораздо вреднее и даже опасны, поэтому постоянное проветривание комнаты имеет особенно серьезное значение. В особенности нужно следить за тем, чтобы содержимое ночных горшков ни одной лишней минуты не оставалось в комнате. Ночные сосуды и крышки должны быть постоянно тщательно вымыты.

(Продолжение следует)



Тронутые ласковым загаром



Лето, солнце, загар - все это напоминает нам о теплом и хорошем. А ведь человек - самое теплокровное существо. Это особенно чувствуется летом, когда каждый «пяточок» на пляже или поляне заполняется распростертыми полуобнаженными телами. Скинуть с себя одежду и отдаться во власть солнца - не об этом ли вы мечтали зимой?

В нашем регионе продолжительность солнечного сезона невелика, а с осени до весны количество ультрафиолетовых лучей настолько ничтожно, что мы за столь короткий период стремимся запасти на год солнечной энергией и обрести красивый загар.

Но давайте будем разумными. Человеческий организм не сразу адаптируется к солнечному облучению. Этот процесс начинается со второго-третьего дня загорания и длится до двух-трех недель. Солнечная терпимость кожи возрастает постепенно - от десяти минут и далее. При этом включаются природные защитные механизмы, которые позволяют человеку провести достаточное количество времени на пляже, не рискуя получить ожог.



Вредно или полезно загорать?

Наиболее часто при передозировке солнечного излучения бывает **легкая степень повреждения кожи** - ожоги первой степени. В этом случае реакция кожи варьирует от легкого покраснения до повышения чувствительности, болезненности и отека.

В легких случаях краснота кожи несильная и проходит примерно за 3 дня.

При более тяжелом повреждении возникает озноб, может повыситься температура тела, появиться болевой синдром. Краснота сохраняется больше 3-4 дней, а кожа обязательно начинает шелушиться.

Чрезмерное увлечение солнышком приводит к ожогу второй степени, отличительной чертой которых является появление пузырей, озноб, повышение температуры, общее недомогание, слабость, головная боль, рвота. Этот ожог опасен тем, что поврежденная кожа легко восприимчива к болезненным микробам и возможно нагноение. Поэтому тонкую пленку волдырей ни в коем случае нельзя срывать.

Для того чтобы справиться с солнечными ожогами, при-

**МУЗ «Городская больница №3»,
Краевой центр термических поражений, г.Барнаул
Тамара Георгиевна Боткина, старшая
медицинская сестра отделения, специалист высшей
категории; Юлия Евгеньевна Шихова, процедурная
медицинская сестра, специалист второй категории**

меняют различные средства. При легких солнечных ожогах хорошо помогает детский крем или косметический вазелин. Но лучше всего детский крем, т.к. он гипоаллергенный.

При более тяжелом ожоге необходимо наложить асептическую повязку и обратиться за помощью в медицинское учреждение. Эффективным в лечении солнечных ожогов при любой степени ожогов является средство «Пантенол - аэрозоль». Его действующее вещество - провитамин пантотеновой кислоты. Препарат улучшает обеспечение клеток энергией и питательными веществами, оказывает противовоспалительное действие, стимулирует рост и восстановление клеток и тем самым улучшает заживление поврежденной кожи. С лечебной целью он наносится на места ожогов 1-3 раза в сутки в зависимости от тяжести ожога.

При выраженной боли, ознобе и повышении температуры дополнительно можно применять жаропонижающие средства.

Участки молодой кожи, образовавшиеся после отшелушивания верхнего слоя кожи, первоначально очень чувствительны к солнечному свету, поэтому их нужно тщательно защищать от новых ожогов.

Не следует принимать солнечные ванны в период максимальной ультрафиолетовой и тепловой активности. **Загорать стоит только в утренние и вечерние часы.**

Некоторые ученые пришли к выводу, что лучи ультрафиолета приводят к сухости и раннему старению кожи, а также к риску развития онкологических заболеваний.

В среде же косметологов мнения разделились. Например, при жирной коже, склонной к угревой сыпи, облучение в умеренных дозах естественными ультрафиолетовыми лучами бывает весьма эффективно. Кожа немного подсушивается, новых прыщиков становится меньше, а старые подсыхают.

Если же кожа от природы тонкая, склонная к сухости (особенно часто это связано с возрастными изменениями), то ее необходимо максимально защитить от воздействия прямых солнечных лучей.

Загар нашей коже обеспечивает меланин, который содержится в пигментообразующих клетках эпидермиса - в меланоцитах. Самое большое их количество у темнокожих людей. У людей со светлой, чувствительной кожей их мало, у альбиносов - и вовсе нет. Поэтому блондины так часто обгорают на солнце.

Конечно, вопрос о пользе или вреде загара должен решаться индивидуально.

При наличии или повышенном риске возникновения онкологических заболеваний, беременности, приеме гормональных контрацептивов, в период менструации, при ряде эндокринных, дерматологических и многих других болезней длительное пребывание на солнце противопоказано или должно быть существенно ограничено.

Проконсультируйтесь у врача, выбирая место летнего отдыха и средства защиты от ультрафиолетовых лучей, и отдыхать вам будет намного спокойнее и безопаснее.

Это тоже наши дети!

**Наталья Викторовна Храмцова,
главная медицинская сестра МУЗ «Дом ребенка
специализированный», г.Барнаул**

В нагорной части города Барнаула по адресу ул. Аванесова, 46 расположено МУЗ «Дом ребенка специализированный», которому в прошлом году исполнилось 80 лет. Здесь нашли приют 100 маленьких человечков, которые по разной причине не имеют своего дома. Они остались без попечения родителей, дедушек, бабушек. Так уж сложилась их судьба.

«Брошенного» ребенка видно по грустным глазам, которые с надеждой на лучшее встречают твой взгляд. Иногда взрослые не выдерживают и опускают глаза. Эти малышки все понимают. Кажется, они уже знают, что их ожидает нелегкий путь без мамы и папы. Очень тяжело встречать каждого вновь поступившего ребенка. Хочется, чтобы свершилось чудо – и непутевая мама забрала свое чадо домой...

У нас очень уютный дом. Под руководством замечательной женщины, матери, бабушки, депутата городской Думы - **О.И. Логачевой** - здесь трудятся 170 сотрудников. Это - врачи, воспитатели, медсестры, няни... Много хороших, теплых слов можно сказать о моих коллегах: здесь нет случайных людей, они уходят сразу или остаются навсегда.

Ольга Ильинична Логачева - наш главный врач, она обладает такой энергией, энтузиазмом и оптимизмом, желанием работать для людей, что поражаешься! На ней лежит огромная ответственность - ведь она государственный опекун ста малышей. Она добрый наставник и опытный врач. Под ее руководством трудится врачебный коллектив: заместитель главного врача по медчасти **А.В. Мафусалова**, врач-невролог **С.В. Корнеева**, врачи-педиатры **Н.В. Катаева**, **И.А. Ермолова**.

Наши доктора делают все возможное, чтобы выходить, поставить ребенка на ноги, назначить нужное лечение и обследование. Малыши очень благодарны и отзывчивы на ласку и внимание. Мы радуемся их первому лепету, первому зубику, первому слову, первому шагу... На рапорте медсестры докладывают не только о состоянии здоровья ребятисшек, но и каждый раз можно услышать: «У Ванечки прорезались зубки, Оленька встала на ножки, а Сережа сказал первое слово». Мы все им мамы, бабушки. Мужчин у нас, к сожалению, мало. Поэтому первое знакомство с «папой», «дядей» происходит по картинкам. А как мы радуемся каждому усыновлению! Это счастье, когда ребенок находит семью.

Дети к нам поступают с различными патологиями, недоношенные, с маленьким весом. Самое главное для них в этот период не только лечение, но и уход. И в этом многое зависит от наших палатных медсестер. Они с добротой и нежностью относятся к своим маленьким пациентам. Знают всех по имени, знают характер и привычки каждого ребенка. Работа их непростая. Кто-то из малышей заболел, кто-то плохо кушает, а иной просто капризничает... Всех нужно пролечить, улыбнуться, взять на руки, когда больно, да и просто приласкать малыша. А еще надо быть настоящим профессионалом своего дела - вовремя заметить отклонения в состоянии ребенка, четко и вовремя оказать неотложную помощь.

Много лет работают в Доме ребенка и имеют первую квалификационную категорию мед-

сестры по массажу **Т.С. Семдянкина** и **В.П. Стребкова**, медсестра приемного отделения **О.А. Лыкова**, процедурная медсестра **Н.В. Гикал**, палатная медсестра **О.А. Куценко**, диетсестра **А.А. Сачкова**.

Настоящими помощниками для медсестер являются наши няни. Это добрые и внимательные женщины, многие работают в Доме ребенка по многу лет. Это - **Н.С. Неверова**, **С.Н. Коромылова**, **И.Б. Котельникова**, **Г.Л. Шемякова** и многие другие.

У нас много молодых специалистов: Дом ребенка - их первое рабочее место, где они приобретают и профессиональные навыки, и учатся добру, чуткости, взаимовыручке.

Каждая вновь пришедшая на работу медицинская сестра попадает под опеку опытного наставника. Медсестры со стажем не только научат профессиональным навыкам, но и дадут житейский совет. Мы стараемся встретить каждого доброжелательно, тактично направляя его и подсказывая; не дать разочароваться в выбранной профессии. Обращаем внимание на те стороны деятельности, где медсестрам необходимы дополнительные знания. Этому не учат в медицинских колледжах. Но доброта, забота, внимание, материнская нежность - просто необходимы нашим медсестрам.

У нас ежемесячно проходят сестринские конференции, в выборе тем которых участвует весь сестринский коллектив. Они проходят в виде семинаров, диспутов, «круглого стола» и т.д. Как показала практика, это способствует лучшему усвоению материала. У молодых специалистов появляется интерес к выбранной теме, желание выступить, высказать свою точку зрения. Дважды в год все медсестры сдают зачеты по оказанию неотложной помощи, санэпидрежиму.

Важнейшим методом повышения квалификации является самоподготовка, изучение специальной литературы. В этом вопросе нам помогает Ассоциация средних медработников. Здесь же мы находим всю необходимую литературу, а журнал «Здоровье алтайской семьи» стал родным не только для медсестер, но и для членов их семей. Именно поэтому из 36 медсестер нашего небольшого коллектива 35 - члены Ассоциации.

О нашем коллективе можно сказать еще много добрых слов, им движет самое чудесное чувство - любовь к детям. Пользуясь случаем, от всей души хочу поздравить коллектив МУЗ «Дом ребенка специализированный» с профессиональным праздником - Днем медицинского работника. Пожелать всем семейного тепла, любви, счастья, успехов в нелегком труде!



ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО МАТЕРИНСТВА

АБОРТ - основной метод планирования семьи или...?

Кафедра акушерства и гинекологии АГМУ:

Наталья Ильинична ФАДЕЕВА, заведующая кафедрой, врач высшей категории, доктор медицинских наук, профессор;

Ольга Васильевна РЕМНЕВА, кандидат медицинских наук, доцент кафедры, врач-акушер-гинеколог высшей категории;

Светлана Дмитриевна ЯВОРСКАЯ, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры



Охрана здоровья матери и ребенка относится к числу задач государственного значения. В решении этой задачи особое место уделяется регуляции рождаемости.

Согласно всеобщей декларации прав человека, материалов двух последних конференций - по народонаселению и развитию (Каир, 1994г.) и положению женщин (Пекин, 1995г.), - каждая супружеская пара или отдельное лицо вправе свободно принимать ответственные решения относительно количества своих детей, интервалов между их рождением и времени рождения.

В последние 10 лет, несмотря на богатый выбор надежных, современных методов контрацепции на отечественном рынке, ведущим способом планирования семьи в

России по-прежнему остается аборт. Среди причин, побуждающих женщин производить медицинский аборт, они обычно отмечают отсутствие достаточной информации о современных методах контрацепции (33,7%), «потому, что все так поступают» (15%), нежелание партнера использовать другие методы (10%), отсутствие денег на контрацептивы (10%) и др.

По российскому законодательству, искусственное прерывание беременности по желанию женщины проводится только при сроке до 12 недель, по социальным показаниям - до 22 недель беременности, при наличии медицинских показаний и согласия женщины - независимо от срока гестации.

Согласно Постановлению Правительства РФ от 11 августа 2003 года №485, определен перечень соци-

альных показаний для прерывания беременности:

- наличие решения суда о лишении или ограничении родительских прав;
- беременность в результате изнасилования;
- пребывание женщины в местах лишения свободы;
- наличие инвалидности 1-2 группы у мужа или его смерть во время беременности.

Что же такое аборт (выкидыш)?

Это - прерывание беременности до срока жизнеспособности плода. Во всем мире эти сроки ограничиваются 22 неделями, в России - 28 неделями беременности.

Аборты делятся на искусственные (произведенные в стенах лечебного учреждения, с заполнением соответствующей медицинской документации) **и самопроизвольные.** Самопроизвольным считается аборт, когда прерывание беременности происходит без преднамеренного воздействия со стороны женщины или других лиц. Аборты, являющиеся результатом вмешательства вне лечебного учреждения, трактуются как внематочные или криминальные, и караются законом.

Справка: Россия стала первой страной в мире, разрешившей в 1920 году аборт. С 1936 года Постановлением ЦИК и СНК СССР производство абортов допускалось лишь при наличии угрозы жизни или тяжелого ущерба здоровью женщин, а также при наличии наследственных заболеваний родителей. В 1955 году Указом Президиума Верховного Совета СССР в целях предоставления женщине возможности решать вопрос о материнстве, аборт был легализован.

На сегодняшний день Россия занимает одно из первых мест в мире по числу абортов: 83 прерывания беременности на 1000 женщин.

▶ **Медицинский аборт - наиболее частая гинекологическая операция, которая проводится с обязательным обезболиванием двумя методами:**

○ вакуум-аспирация плодного яйца практикуется в ранние сроки беременности (при задержке менструации до 21 дня) - т.н. мини-аборт;

○ инструментальное выскабливание стенок полости матки.

Несмотря на кажущуюся простоту, это далеко не безобидные хирургические вмешательства, которые могут принести существенный вред здоровью женщины, нарушить душевное равновесие, омрачить дальнейшие отношения с половым партнером.

Искусственное прерывание беременности является противозачаточным актом, проводится вслепую, врач ориентируется только на свои ощущения. Исход аборта зависит не только от квалификации гинеколога, но и от многих других обстоятельств: срока беременности, состояния стенок матки, общего иммунитета женщины и др., поэтому так высока частота ранних и поздних осложнений после аборта.

По данным статистики, в 16-52% случаев женщина нуждается в медицинской помощи в связи с осложнениями аборта. Особенно опасно прерывание первой беременности.

К ранним осложнениям относятся: кровотечения, связанные с остатками плодного яйца в полост-

ти матки, перфорация матки во время производства аборта и инфекционно-воспалительные заболевания гениталий.

Отдаленными осложнениями являются нарушения менструальной функции, спаечный процесс в малом тазу с непроходимостью маточных труб, дистрофические изменения эндометрия. Сегодня высказываются предположения о возможности развития таких заболеваний, как эндометриоз и доброкачественные опухоли молочных желез.

Учитывая то, что большинство прерывающих беременность женщин находятся в молодом возрасте, еще не выполнили свою репродуктивную функцию, важно знать, что вышеперечисленные осложнения могут привести в дальнейшем к бесплодию, невынашиванию беременности, патологическому течению родового акта.

И, наконец, **самым тяжелым исходом аборта может быть смерть женщины.** В структуре материнской смертности каждая четвертая умирает от аборта и его осложнений, в подавляющем большинстве - внебольничных.

Несомненно, женщина, решившая прервать беременность, всегда находится в состоянии психологического стресса. Для одних - аборт служит эмоциональным потрясением и пересмотром своих взглядов на половое поведение в дальнейшем, для других, к большому сожалению, превращается в привычку.



Но и тем, и другим важно знать, что, чтобы сохранить здоровье, после аборта необходимо **пройти курс реабилитационных мероприятий**, включающих:

- * коррекцию возможных постабортных осложнений с применением лекарственных средств и физиотерапии;

- * применение препаратов, повышающих иммунную защиту организма;

- * посещение врача не позднее, чем через месяц с целью оценки состояния здоровья и подбора адекватного метода контрацепции

И, наконец, самый популярный вопрос, который задает женщина, едва придя в себя после операции: «Доктор, а когда можно жить половой жизнью?». **Необходимо воздержаться от полового контакта в течение месяца.** Важно знать, что забеременеть можно даже до появления первой после аборта менструации.

Поэтому следует заблаговременно поговорить с врачом о методах контрацепции, которые всегда более безопасны, чем аборт, чтобы предотвратить новую незапланированную беременность. Разумное ограничение деторождения позволяет семье улучшить качество жизни, эффективнее заботиться об образовании и воспитании своих детей.

ОТ РЕДАКЦИИ:

Цикл публикаций раздела «Школа ответственного материнства» вызывает большой интерес у читателей журнала, многие интересуются, можно ли попасть на прием к ведущим рубрики. Наши уважаемые авторы постоянно ведут прием по адресу: г.Барнаул, пр.Ленина, 40, телефон регистратуры: 36-61-05



Причины возникновения и профилактика бронхиальной астмы у детей

*Бронхиальная астма представляет собой серьезную проблему для всех, так как люди всех возрастов во всем мире подвержены этому хроническому заболеванию дыхательных путей. Распространенность бронхиальной астмы возрастает повсеместно, особенно печально, что дети тоже страдают ею. А ведь развитие тяжелых и инвалидизирующих форм бронхиальной астмы, увеличение числа госпитализаций по этому поводу - во многом определяют жизненный и социальный прогноз больных. Что способствует возникновению у человека такого заболевания, как смягчить течение бронхиальной астмы у детей и взрослых, меры и способы эффективной профилактики возникновения недуга – обо всем этом мы разговариваем с **Ольгой Анатольевной Зориной, педиатром-пульмонологом Новоалтайской городской детской поликлиники.***



- Ольга Анатольевна, есть такие родители, которые недооценивают определенную серьезность положения, когда их ребенок ставят диагноз «бронхиальная астма»... По каким признакам, факторам пульмонолог выносит такой вердикт?

- Бронхиальная астма у детей – это заболевание, которое развивается на основе хронического аллергического воспаления бронхов, их гиперреактивности, и характеризуется периодически возникающими приступами затрудненного дыхания или удушья в результате распространенной бронхиальной обструкции (сужение бронхов), гиперсекрецией слизи, отеком стенки бронха.

Такие симптомы, **как эпизодическая одышка, свистящие хрипы и чувство стеснения в груди, кашель в ночное время и утренние часы**, – должны вас насторожить. Сезонное повторение симптомов и наличие в семейном анамнезе бронхиальной астмы и других аллергических заболеваний также помогают диагностировать бронхиальную астму.

Среди всех детей с астмой - 70% составляют больные с легкой формой, 20-25% - средней тяжести, 5-8% - с тяжелой. Данные заболеваемости по обращаемости в России в несколько раз меньше, чем цифры, выявляемые при специальных исследованиях. Диагностируется в основном тяжелая и средне-тяжелая формы.

- К факторам риска возникновения бронхиальной астмы можно отнести...

- Во-первых, это, конечно же, врожденные характеристики организма, которые обуславливают предрасположенность человека к развитию бронхиальной астмы или защищают от нее, – так называемые внутренние факторы.

В детском возрасте преобладающей является атопическая форма бронхиальной астмы. Она диагностируется у 90% детей, страдающих этим заболеванием. Атопия - это выработка избыточного количества антител IgE как реакция на воздействие аллергенов окружающей среды, и бронхиальная гиперреактивность у ребенка и/или у родителей, что повышает риск развития астмы в 2-3 раза. Это контролируется генами (генная предрасположенность).

Интересен тот факт, что бронхиальная астма несколько чаще встречается у мальчиков в дошкольном возрасте, позже - частота среди обоих полов одинакова. Расовая (этническая) предрасположенность в развитии бронхиальной астмы роли не играет.

К внешним факторам можно отнести домашние аллергены: клещи домашней пыли, которые живут и размножаются в мягкой мебели, коврах, пухо-вых и перьевых подушках, одеялах, мягкой игрушке.

Также часто – примерно у 20% детей с бронхиальной астмой - **встречаются аллергены животных:** кошек, собак, хомяков, шерсть, перо, слюна живот-

ных, хитин и экскременты тараканов, грызунов, сухой рыбий корм.

Существенна роль пылевой сенсибилизации в развитии бронхиальной астмы у детей. При проведении аллергологического обследования она выявляется у 33% детей, страдающих бронхиальной астмой, но только у 6% больных она служит единственной причиной болезни. Чаще всего «виновата» пыльца деревьев (ольха, береза, ива, дуб, тополь и др.) в сезон цветения, то есть с конца марта. В летние месяцы - чаще пыльца злаковых (тимофеевка, пшеница, рожь), в августе-сентябре - сорные травы (лебеда, полынь, крапива). У половины больных бронхиальной астмой аллергия поливалентна.

У детей первого года жизни немаловажную роль играют и **лекарственные аллергены** (антибиотики, сульфаниламиды, витаминные препараты, сиропные формы лекарств).

Связь обострений бронхиальной астмы с **пищевой сенсибилизацией** прослеживается у 15% страдающих этим заболеванием детей, но только

в 2,8% случаев пищевые продукты служат единственной причиной возникновения приступов бронхиальной астмы. Доказана протективная роль грудного вскармливания, с правильным своевременным введением прикормов.

В качестве аллергенов могут выступать **некоторые поллютаны** (хром, никель и др.). В развитии приступов астмы пусковую роль играет ряд дополнительных факторов, прежде всего - ОРВИ, с.pneumoniae и микоплазмы.

Табакокурение (пассивное и активное) – курение матери во время беременности плюс курение членов семьи в доме после рождения ребенка - увеличивает риск развития у ребенка бронхиальной астмы.

Многие больные - метеопаты, приступ бронхиальной астмы может быть спровоцирован **грозы, сильным ветром, резким падением температуры**. Частым стимулом, вызывающим бронхоспазм и приступ удушья, является физическая нагрузка и психический стресс.

- Итак, Ольга Анатольевна, давайте обозначим те моменты, неполадки в здоровье ребенка, которые должны насторожить родителей и предположить наличие бронхиальной астмы?

- Частые бронхиты, особенно при наличии аллергических проявлений у ребенка или родственников; частые ОРВИ без температуры; приступы кашля, одышка при физической нагрузке, возбуждении; упорный кашель, особенно ночной; сезонность респираторной симптоматики; периодически возникающее чувство сдавления в груди – вот те основные признаки, которые должны вас натолкнуть на мысль о развитии у ребенка бронхиальной астмы.

Диагностика бронхиальной астмы проводится на основе анализа симптомов заболевания и дополнительных методов обследования (клинический анализ крови, R-графия органов грудной клетки, спирография, пикфлоуметрия, пробы с аллергенами).

Эпидемиологические исследования постоянно свидетельствуют о том, что бронхиальная астма гиподиагностируется, а следовательно, и недостаточно лечится. Необходимо помнить, что правильный диагноз бронхиальной астмы ведет к правильному назначению лечения. Нередко бронхиальная астма у детей диагностируется как различные формы бронхита, и, как следствие этого, неэффективное лечение курсами антибактериальной терапии и препаратам против кашля.

- Что же родителям можно реально сделать, как оградить малыша от возникновения бронхиальной астмы?

- Первичная профилактика по предупреждению развития этого тяжелого заболевания и предотвращению его обострений включает элементы здорового образа жизни. Обеспечение будущей матери нормальной беременности, исключение вредных факторов (аллергенов, пищевых и бытовых, курения, профвредностей, необоснованного приема лекарственных препаратов), возможность грудного вскармливания и удаление из окружения ребенка облигатных аллергенов (животных, перо, накопители пыли), обеспечение чистоты воздуха (пассивное курение и др.), проведение закаливания.

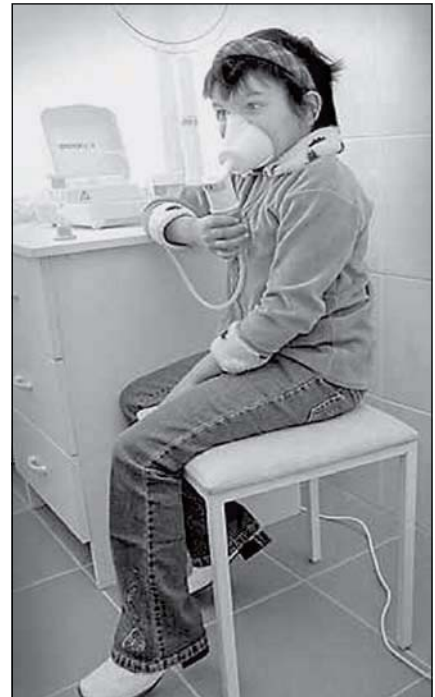
Вторичная профилактика имеет своей целью предотвращение приступов астмы и ее утяжеления.

Из питания больного ребенка необходимо полностью удалить все продукты, вызывающие обострение заболевания, полностью исключаются и лекарственные препараты, усугубляющие течение заболевания или вызывающие приступ астмы.

Важнейшим элементом вторичной профилактики являются меры по борьбе с клещом-дерматофагондесом (максимально частое проветривание комнаты ребенка, влажная уборка, замена перьевых подушек, одеял, матрасов на синтетические или ватные, регулярное проветривание постельного белья на солнце или морозе, удаление собирающих пыль ковров, картин, мягкой игрушки, содержание книг на закрываемых полках или шкафах). Для борьбы со спорами плесневелых грибов необходимо исключить источники повышенной влажности. Избегать переохлаждений, контактов с больными вирусной инфекцией.

Важно правильно провести психологическую адаптацию ребенка, бороться с гиперопекой со стороны родителей, приучать ребенка самостоятельно справляться с болезнью, исключить возможность развития у него комплекса неполноценности. Этого можно достичь через пребывание ребенка в коллективе, занятия физкультурой.

Санаторное лечение лучше получать в санаториях местного значения, поскольку по приезде на морской курорт дети часто дают обострение заболевания: для адаптации ребенка к другому климату необходимо более двух месяцев.



Профилактические прививки детям больным бронхиальной астмой не противопоказаны, но проводится она должным образом на базе медицинских учреждений после предварительной медикаментозной подготовки ребенка на фоне стойкой ремиссии.

Очень важным является обучение детей и родителей по программе «Астма-школа». В детской поликлинике МУЗ «Новоалтайская городская больница» с 1999 года работает «Астма-школа», где проводится обучение и лечение детей, больных бронхиальной астмой, и их родителей. На базе краевой детской поликлиники функционирует «Астма-центр», где получают квалифицированные консультации дети со всего Алтайского края.

Уважаемые родители! Не занимайтесь самолечением ребенка, не испытывайте на своих детях столь огромное количество препаратов от кашля, это только усугубляет течение и тяжесть заболевания.

Лечение бронхиальной астмы очень специфическое, подбирается каждому больному индивидуально. Если ваш ребенок болен бронхиальной астмой или у него есть предрасполагающие факторы развития заболевания, обязательно обращайтесь за квалифицированной помощью к специалистам.



Среди основных симптомов туберкулеза легких можно назвать следующие: быстрая утомляемость и появление слабости; снижение или отсутствие аппетита, потеря в весе до 5-10 кг; повышенная потливость, особенно по ночам; появление одышки при небольших физических нагрузках; незначительное повышение температуры до 37-37,5 градусов; кашель или покашливание с выделением мокроты, возможно, с кровью; специфический (так называемый лихорадочный) блеск в глазах.

больных туберкулезом очень длительное: более 6-9-12 месяцев. Каждое из 4-5 лекарств, которые больной принимает ежедневно в течение 6 месяцев, по-разному воздействует на палочки Коха, и только совместное их применение может достичь цели - окончательно ее уничтожить. Больным также прописывают физиотерапию, дыхательную гимнастику и препараты, поднимающие иммунитет.

Серьезную озабоченность вызывает тот факт, что больные туберкулезом недооценивают серьезность этого заболевания, халатно относятся к лечению и, как результат, острая фаза заболевания переходит в хроническую, которая практически неизлечима. Хирургическое лечение - удаление части легкого - применяется лишь в запущенных случаях туберкулеза.

При отсутствии лечения смертность от активного туберкулеза доходит до 50% в течение одного-двух лет. В остальных 50% случаев нелеченый туберкулез переходит в хроническую форму. Хронический больной живет дольше, продолжая выделять микобактерии и заражать окружающих. Нередко заболеваемость туберкулезом приводит к инвалидизации.

Основным методом выявления туберкулеза является **туберкулинодиагностика (постановка пробы Манту)**, а у подростков и взрослого населения - туберкулинодиагностика в сочетании с флюорографическим обследованием легких.

При положительной реакции Манту необходимо проконсультироваться у фтизиопедиатра в течение 6 дней и при необходимости пройти профилактический курс лечения химиопрепаратами.

Только заботясь о своем здоровье и здоровье своих детей (полноценное питание, отказ от вредных привычек, занятия спортом, летний отдых, регулярное профилактическое обследование), можно избежать заболевания туберкулезом.

Еще раз обратите внимание на те данные медицинской статистики, с которых мы начали наш разговор. Они действительно очень тревожны!

Проба Манту: туберкулез не будет незамечен

Проба Манту (проба Пирке, туберкулиновая проба, туберкулинодиагностика, tuberculin skin-test, PPD test) - метод исследования напряженности иммунитета к возбудителю туберкулеза с помощью оценки реакции на специальный препарат микобактерий - туберкулин. Смысл туберкулина - «обозначить» в организме присутствие туберкулезной палочки с тем, чтобы можно было оценить реакцию организма (качественно и количественно) на это «присутствие».

Что такое реакция Манту?

Реакция Манту - это результат реакции организма на введение туберкулина. Фрагменты микобактерий как бы притягивают к себе лимфоциты из пролегающих поблизости кровеносных сосудов кожи. Если организм уже имел шанс «познакомиться» с настоящей микобактерией туберкулеза, то таких лимфоцитов будет больше, воспаление интенсивнее, а реакция будет «положительной». Следует помнить, что на результат реакции могут влиять, помимо имеющихся аллергических заболеваний, недавно перенесенные инфекции, хроническая патология, иммунитет к нетуберкулезным микобактериям, возраст. Не последнюю роль играют и другие сопутствующие факторы - фаза менструального цикла у девушек; индивидуальные характеристики чувствительности кожи; сбалансированность питания ребенка и пр. Выраженное воздействие на результаты массовой туберкулинодиагностики оказывают и неблагоприятные экологические факторы: повышенный радиационный фон, наличие вредных выбросов химических производств и т.д.

Зачем нужна проба Манту?

ВОЗ считает пробу Манту обязательной для стран с высокой актуальностью туберкулеза (именно таковыми являются Россия и большинство стран СНГ в настоящий момент) - эта проба является одной из действенных мер контроля инфекции.

Отбор детей и подростков для ревакцинации проводится по результатам пробы Манту в 6-7 и в 14-15 лет. Ревакцинации БЦЖ подлежат здоровые лица только с отрицательной реакцией на туберкулин.

Противопоказания

к постановке пробы Манту

Следует особо подчеркнуть, что проба Манту является безвредной как для здоровых детей и подростков, так и для детей с различными соматическими заболеваниями.

Противопоказаниями к проведению туберкулиновой пробы являются: кожные заболевания, острые и хронические инфекционные и соматические заболевания в стадии обострения, аллергические состояния, эпилепсия. Не допускается проведение пробы в тех коллективах, где имеется карантин по детским инфекциям. Абсолютных противопоказаний для постановки туберкулиновой пробы практически нет.

Как ухаживать за пробой Манту?

Не надо мазать место постановки пробы зеленкой, перекисью. Очень важно не допускать контакта места пробы с водой и другими жидкостями. Не нужно заклеивать ранку лейкопластырем - под ним кожа может потеть. Не допускайте того, чтобы ребенок расчесывал «пуговку». Помните, что неправильный уход за

местом введения туберкулина может повлиять на результат пробы.

Как оцениваются результаты?

После введения туберкулина, на 2-3 день образуется специфическое уплотнение кожи - т.н. «папула». На вид - это возвышающийся над кожей немного покрасневший округлый участок кожи. Она представляет собой результат инфильтрации кожи лимфоцитами, сенсibilизированными (то есть чувствительными) к палочке Коха. Естественно, что чем больше в организме «знающих» о микобактерии лимфоцитов, тем больше будет инфильтрат (папула).

Существует несколько «версий» постановки и оценки результатов пробы Манту. Строго говоря, туберкулин можно вводить несколькими способами - накожно (реакция Пирке), внутрикожно (обычная Манту) и с помощью пластиковых аппликаторов, на заостренных концах которых наносится туберкулин (в дополнение могут наноситься другие вещества для одновременной постановки других проб).

Положительная проба Манту - что из этого следует?

Если проба Манту показала положительный результат, исключены все влияющие факторы - вакцинация БЦЖ и другими вакцинами, недавняя инфекция, аллергия к компонентам туберкулина. Поскольку проба Манту является важным, но не 100%-ным достоверным средством диагностики туберкулеза, проводятся дополнительные обследования - флюорография грудной клетки, микробиологический посев мокроты.

Дети и подростки с впервые выявленным инфицированием туберкулезом обладают повышенным риском развития клинически выраженного туберкулеза - считается, что у 7-10% таких детей может развиться первичный туберкулез со всей присущей симптоматикой. Поэтому такие дети подлежат наблюдению в противотуберкулезном диспансере в течение года. Если у такого ребенка спустя год не выявляется признаков усиления чувствительности к туберкулину и гиперергической реакции, то он наблюдается педиатром на «общих основаниях».

Инфицированные более одного года с гиперергической реакцией на туберкулин и увеличением реакции на 6 мм и более наблюдаются в тубдиспансере. Проводится химиопрофилактика в течение 3 месяцев.

Если результат пробы у ребенка положительный, но предыдущая проба проводилась не один, а два и более года назад, ребенок считается «инфицированным с неустановленным сроком давности». Рекомендуются проведение повторной пробы через 6 месяцев. По результатам второй пробы решается вопрос о необходимости наблюдения в тубдиспансере и химиопрофилактике.

АЛЛЕРГИЯ: чем раньше начато лечение, тем оно эффективнее!

Многие из нас легкомысленно относятся к различным аллергическим проявлениям у себя, считая, что это достаточно распространенное заболевание и оно не требует, особенно, если состояние нетяжелое, лечения.

Именно об аллергии, ее причинах и проявлениях мы и беседуем с Алексеем Станиславовичем Хабаровым, доцентом, заведующим курсом аллергологии и иммунологии кафедры терапии и семейной медицины АГМУ, кандидатом медицинских наук.

- Аллергическими заболеваниями страдает от 17 до 20% населения Алтайского края. Многие больные недооценивают свое состояние и слишком поздно обращаются за помощью к специалисту. Так, по данным обращаемости в лечебно-профилактические учреждения, бронхиальная астма диагностируется только у 1% больных, и это против 6-10% выявленных больных при популяционных (специальных) исследованиях. **У 75% обратившихся впервые больных с бронхиальной астмой определяется уже среднетяжелое и тяжелое течение, то есть когда у врача остается только одна альтернатива - уменьшение частоты и тяжести приступов бронхиальной астмы.** Стоимость лечения заболевания на этих стадиях достигает нескольких десятков тысяч рублей в год...

Начальные же формы бронхиальной астмы чаще всего протекают легко и составляют в структуре заболеваемости до 75-80% случаев. Однако они остаются часто нераспознанными именно из-за поздней обращаемости пациента к врачу. **При начальной стадии бронхиальной астмы своевременная диагностика и специфическая иммунотерапия позволяют в абсолютном большинстве случаев полностью избавиться от приступов удушья и сэкономить колоссальные собственные и бюджетные деньги.**

Аллергический ринит и конъюнктивит, по данным обращаемости в лечебно-профилактические учреждения, составляют **0,1-0,4%**, при популяционных исследованиях истинная заболеваемость достигает **7-12%**! Главная опасность подстерегает больного с аллергическим ринитом не в период рецидива болезни, когда он считает, что можно потерпеть и водянистый насморк, и чихание, и заложенность носа, резь в гла-

зах, слезотечение. Повторные обострения ринита и конъюнктивита неизбежно приводят к распространению воспалительного процесса на придаточные пазухи носа, бронхи, а зачастую и к формированию бронхиальной астмы.

Диатез, детская экзема, своевременно не купированные в детском возрасте, - причина развития тяжелых аллергодерматозов и других аллергических заболеваний как кожи, так и респираторной системы и желудочно-кишечного тракта.

С общебиологических позиций понятно, что когда-то аллергия спасла человечество от вымирания, поскольку основная причина смерти первобытного человека, да и сейчас большинства позвоночных животных, - паразитарные инвазии. За миллионы лет эволюции иммунная система изобрела способ защиты от них. Повторное поступление паразитов в организм привело к бурной аллергической реакции, выделению биологически активных молекул, подавляющих дыхательный центр паразита, и его обездвижению. Все это сопровождалось массивным поступлением жидкости из сосудистого русла в тонкий кишечник, что приводило к профузному поносу и изгнанию поступившего паразита из кишечника.

Сейчас этот механизм во многом не востребуем, но он закреплен в геноме человека. Именно поэтому и велика роль **наследственности при аллергических заболеваниях.** Ребенок, один из родителей которого страдает аллергией, подвергается **30%-ному** риску аллергических реакций. При наличии аллергии у обоих родителей - этот риск увеличивается до **60%**.

Что чаще всего вызывает аллергические реакции?

- Количество веществ, вызывающих аллергию, в последние годы рез-



ко возрастает: избыточно широкое применение антибиотиков, консервантов, ароматизаторов в пищевых продуктах, пищевых добавок, экологическое неблагополучие внешней среды и множество других факторов приводят к тому, что число больных с аллергией удваивается каждые 10 лет. Кажущийся парадокс, но вторичный иммунодефицит зачастую также инициирует развитие аллергических заболеваний.

Какковы основные проявления аллергической реакции?

- Клинические проявления аллергии зависят от органа-мишени, подвергшегося атаке аллергена.

Аллергический ринит вызывает заложенность носа, чихание, обильные водянистые выделения, зуд в полости носа.

Аллергический конъюнктивит характеризуется зудом век, гиперемией конъюнктивы, резью в глазах, слезотечением.

Проявления бронхиальной астмы - это затрудненное дыхание, преимущественно выдоха, свистящие хрипы в грудной клетке, удушье по ночам или при физической нагрузке, приступообразный кашель.

Аллергодерматит - диатез, детская экзема, чесотка. Больные с

аллергией часто страдают крапивницей - появлением на коже ярко-красных зудящихся пятен.

При отеке Квинке внезапно появляются отеки губ, век, лица, шеи, у детей - иногда глотки со свистящим дыханием, состояние, непосредственно угрожающее жизни ребенка.

Пищевая аллергия характеризуется болями в животе, урчанием, профузным поносом, часто в сочетании с крапивницей, отеком Квинке, ринитом, бронхоспазмом.

Каковы необходимые основания для постановки пациенту диагноза «аллергия»?

- Диагностика **атопии**, или **наследственно обусловленной аллергии**, состоит из двух основных этапов: установление собственно аллергического заболевания и определение этиологического фактора, то есть аллергена или группы аллергенов, вызывающих клинические проявления болезни.

Первый этап диагностики – неспецифический. Он включает клинические данные и результаты лабораторно-инструментального обследования, определяющие клиническую форму заболевания и ее аллергический патогенез.

Специфическая (этиологическая) диагностика аллергических заболеваний проводится в специализированных аллергологических кабинетах или отделениях и основана на особенностях патогенетических механизмов болезней.

Хотелось бы обратить внимание на участие самого больного, его родственников (особенно если пациент ребенок) в выявлении аллергии. Так называемый **аллергологический анамнез** собирается одновременно с общеклиническим анамнезом и анализируется совместно с ним. Основными задачами сбора анамнеза являются установление природы аллергического заболевания, его нозологической формы и предположение о природе причинно-значимого аллергена (-ов), а также - выявление всех факторов риска, способствующих обострению (или возникновению) аллергического процесса.

И поэтому врача интересует, и достаточно подробно (ведь здесь не может быть мелочей), многое:

○ **Основные жалобы больного (по органам и системам), его общее самочувствие.**

○ **Когда появляются симптомы заболевания: время суток, дни недели, время года и сколько времени они сохраняются?**

○ **В каком месте возникают проявления болезни: дома, на работе, на отдыхе, в лесу, на лугу, в помещении, на улице и где они никогда не возникают?**

○ **Динамика симптомов по дням, месяцам, годам, сезонам, выраженность их в различных помещениях. Возраст начала заболевания, частота обострений и ремиссий, продолжительность обострений и ремиссий.**

○ **Не отмечаются ли реакции непереносимости с какими-либо конкретными факторами: пищевыми продуктами, медикаментами, шерстью и волосом животных, пылью растений или домашней пылью?**

○ **Не связано ли появление симптомов заболевания с неспецифическими (неаллергическими) воздействиями: курением, физическими и эмоциональными нагрузками или действием природных факторов – холода, тепла, повышенной или пониженной влажности?**

○ **Эффективна ли элиминация с аллергеном и неблагоприятными факторами внешней окружающей среды? Эффективность ранее проводимой лекарственной терапии?**

○ **Имеются ли атопические заболевания у родственников (1-я и 2-я степени родства)?**

○ **Выявление факторов, предраспо-**

лагающих к аллергии: заболевания желудочно-кишечного тракта, прием антибиотиков, профилактические прививки, неврологические и невротические заболевания, контакт с домашними животными, строительными и отделочными материалами, укусы насекомых, изменение места жительства, сезона года, метеоусловий и др.

Внимательное изучение совокупности всех этих данных и соотнесение их с клинической картиной болезни позволяют опытному клиницисту, с одной стороны, решить вопросы следующего этапа диагностики: с какими аллергенами необходимо проводить аллергологическое обследование и каким методом отдать предпочтение – кожным провам или лабораторным тестам. С другой стороны, уже на этом этапе можно рекомендовать больному прекратить контакт с подозреваемыми аллергенами, что может облегчить его состояние и, в ряде случаев, обеспечить наступление ремиссии болезни.

Следует подчеркнуть, что информативность анамнеза в этиологической диагностике аллергических заболеваний не одинакова при различных формах аллергии. Высокая диагностическая ценность анамнеза очевидна при бытовой, эпидермальной, пыльцевой, инсектной и лекарственной аллергиях, при которых корреляция его с кожными и провокационными тестами отмечается в 75-100% случаев.

В то же время диагностическое значение анамнеза при пищевой аллергии крайне неоднозначно – от 20 до 70%, особенно у детей, больных бронхиальной астмой, которые редко связывают обострение своего заболевания с приемом пищевых продуктов, что, в свою очередь, не позволяет установить истинную этиологию болезни и ведет к ее прогрессированию.

Но важно усвоить главное: заподозрив у себя или у своего ребенка аллергическое заболевание, как можно скорее обращайтесь к врачу-аллергологу для обследования и лечения. Только ранняя терапия этих заболеваний приводит к успеху и предотвращает хронизацию болезни.





Алтайская краевая клиническая больница
Нина Васильевна Леонова,
 заведующая эндокринологическим отделением
Инна Александровна Вейцман, врач-методист



Что такое остеопороз?

Остеопороз - грозное заболевание скелета, при котором кости теряют плотность и становятся хрупкими. Главная опасность остеопороза - переломы костей, иногда даже при незначительных повседневных нагрузках. К сожалению, опасность остеопороза в том, что болезнь долгие годы протекает скрытно, ее наличие у большинства женщин выявляется уже в запущенной стадии после перелома костей, когда лечение, как правило, малоэффективно. «Мишенью» для остеопороза в человеческом скелете, где чаще всего случаются переломы, являются область позвоночника, лучевая кость и шейка бедра.

Остеопороз означает «пористая кость». У любого человека по мере естественного старения опорно-двигательного аппарата и вымывания из него кальция происходит уменьшение костной массы, ежегодные потери которой составляют примерно 1% от пика костной массы. Но у женщин в период менопаузы, когда яичники вырабатывают недостаточное количество эстрогенов - гормонов, принимающих активное участие в процессах костного метаболизма, потери костной массы могут составить 4-5% в год, что в свою очередь ведет к хрупкости костей и переломам.

Эпидемиологические исследования показали, что нет ни одной расы, ни одной национальности и страны, свободных от остеопороза. По последним данным, остеопороз зарегистрирован у 75 миллионов человек в США, странах Европы и Японии вместе взятых, то есть это каждая третья женщина в постменопаузальном периоде и почти половина всех мужчин и женщин в возрасте 70 лет.

По данным Всемирной организации здравоохранения **остеопороз, как причина инвалидности и смертности больных, занимает четвертое место** после таких заболеваний, как сердечно-сосудистые, онкологическая патология и сахарный диабет.

Доказано, что рано начатая активная профилактика и лечение у значительной части людей могут существенно повлиять на распространенность, прогрессирование и исходы заболевания, что позволяет с большим оптимизмом смотреть в целом на это заболевание, которое сегодня называют «бесмолвной эпидемией» XXI века.

Цель профилактики остеопороза - сохранение массы и плотности костной ткани, предупреждение переломов.

Профилактику остеопороза нужно начинать как можно раньше. В подростковом, юношеском возрасте идет

формирование пика костной массы, который достигает максимума к 25-30 годам. Чем выше этот пик, тем больше останется костной массы во второй половине жизни. Этот пик можно значительно повысить за счет питания продуктами с повышенным содержанием кальция. Существует прямая зависимость между сильным тонусом мышечной ткани и хорошим состоянием костной массы. Поэтому регулярные физические упражнения, занятия спортом в период роста кости способствуют увеличению пика костной массы. Пребывание на солнце в разумных пределах способствует образованию витамина D, который участвует в костном обмене и способствует хорошему всасыванию кальция в кишечнике и поддержанию его нормального уровня в организме.

Кальций - важнейший естественный компонент кости. Он регулирует жизнедеятельность клеток, участвует в процессе свертывания крови, мышечных сокращений, без него невозможна работа многих гормонов.

В плазме крови кальций содержится в трех формах:

- 1) в комплексе с органическими и неорганическими кислотами,
- 2) в связанной с белками форме,
- 3) в ионизированном виде - несвязанная форма кальция.

Ионизированная форма кальция - это биологически активная форма.

Кальций принимает участие в регуляции секреции ряда ключевых гормонов, ферментов и белков. Поскольку 99% кальция содержится в костной ткани, именно «скелетный» кальций определяет прочность костей и служит основным резервуаром кальция в организме человека. Суточное потребление кальция в среднем должно составлять 1000-1500 мг. Однако в разные периоды жизни рекомендуются различные количества кальция.

Причины развития остеопороза

- сидячий образ жизни;
- недостаток кальция (особенно в детстве);
- недостаток витамина Д;
- курение;
- избыточное употребление алкоголя, кофе;
- прием некоторых лекарственных препаратов;
- некоторые гормональные воздействия.

Суточная потребность в кальции (в мг) в разные периоды жизни

Возраст и контингент	Количество элем.кальция, мг
Дети до 6 месяцев	400
до 1 года	600
1-10 лет	800
11-18 лет	1500
Взрослые 18-30 лет	800-1000
30-50 лет	800-1000
Беременные и кормящие женщины	1200
Женщины в период менопаузы, не получающие препараты получающие эстрогены получающие витамин Д	1500 1000 800
Мужчины после 70 лет	1200

Строение и роль костной ткани в организме

Анатомически различают два типа костей скелета: **длинные** (бедренные, плечевые) и **плоские** (череп, лопатка, подвздошные кости). Костная ткань в организме выполняет несколько функций: **механическая** (опорно-двигательный аппарат); **защитная** (каркас,местилище для костного мозга, гемопоз, иммунная система); **обменная функция** (депо кальция и фосфора).

Костное ремоделирование

Кость - это не постоянная структура, а динамическая система. В ней на протяжении всей жизни человека происходят процессы разрушения старой кости и образования новой, что составляет цикл ремоделирования костной ткани. То есть костное ремоделирование - это процессы, благодаря которым кость растет и обновляется, приспосабливаясь к механическим нагрузкам. Больше всего костное ремоделирование идет в детском возрасте. Оно начинается в утробе матери и продолжается всю жизнь. Рост скелета, в основном, происходит в детстве и юности, когда костная масса растет. При достижении пика наступает период равновесия, когда резорбция равна костному образованию (25-35 лет), а затем начинается возраст - зависимая потеря костной массы.

В настоящее время считается, что уровень костной массы в пожилом возрасте, а следовательно, и риск развития остеопороза, в равной степени зависит от двух факторов:

- ◆ массы кости, сформированной в детском и подростковом периодах (так называемой пиковой костной массы),
 - ◆ скорости потери массы кости в процессе старения.
- Женщины от 35 лет до менопаузы теряют в целом 0,75-2% кальция в год, после менопаузы - 3-4% в год; к 85 годам эта цифра достигает 30-50% костной массы. Мужчины от 50 лет теряют 0,4-1,2% в год, к 85 годам - 20-35% костной массы.*

Регуляция костного обмена

К кальцийрегулирующим гормонам относятся:

- ◆ **паратгормон** - вырабатывается паратиреоидными железами. В его функции входит воздействие на остеокласты (разрушители кости) - повышает скорость разрушения кости;
- ◆ **кальцитонин** - производится С-клетками щитовидной железы. Мишенью служит костная ткань, где этот гормон подавляет разрушение кости.

◆ **Витамин D** (который представляет собой не витамин, а гормон) - отвечает за минерализацию костей: увеличивает всасывание кальция и фосфора из желудочно-кишечного тракта, активирует костный обмен. Он производится в коже в виде D3 (холекальциферола) и поступает с пищей (печень рыб, желток, рыбий жир). С возрастом способность кожи синтезировать витамин D3 снижается (более чем в два раза после 70 лет). Именно синтетический витамин D3 является основным источником этого витамина в организме, т.е. дефицит солнечного света наносит больший вред, чем недостаток витамина D в пище. Синтезированный в коже витамин доставляется в печень, где превращается в активный.

Другие гормоны

Гормоны щитовидной железы - тироксин и трийодтиронин - ускоряют обмен костной ткани, стимулируют разрушение костной ткани.

Глюкокортикостероиды (преднизолон, дексаметазон) - стимулируют разрушение кости путем снижения всасывания кальция в кишечнике, кроме того, угнетают синтез белка, т.е. уменьшают образование клеток, коллагеновых волокон.

Эстрогены играют важную роль в формировании скелета и в предотвращении потерь костной массы. Опосредованно подавляют остеокласты (разрушители)

Инсулин: стимулирует синтез белкового матрикса и формирование хряща, необходим для нормальной минерализации кости.

Гормон роста поддерживает в пределах нормы общую костную массу, регулируя синтез витамина D.

Местные регуляторы - они производятся костной тканью.

Из всего вышесказанного следует вывод, что в костях постоянно идут процессы образования и резорбции, которые регулируются разными факторами. Поэтому остеопороз - это результат нарушения образования и разрушения костной ткани.

Факторы риска

- Генетические
- Этническая принадлежность (белая и азиатская расы)
- Ранняя менопауза
- Пожилой возраст
- Женский пол
- Низкая масса тела
- Низкий пик костной массы
- Гормональные
- Женский пол
- Семейная предрасположенность
- Позднее начало менструаций
- Бесплодие
- Заболевания эндокринной системы
- Стиль жизни/особенности питания
- Курение
- Злоупотребление алкоголем
- Злоупотребление кофеином
- Малоподвижный образ жизни
- Избыточная физическая нагрузка
- Непереносимость молочных продуктов
- Низкое потребление кальция
- Избыточное потребление мяса
- Дефицит витамина D в пище
- Длительное потребление некоторых лекарственных препаратов
- Отдельные группы препаратов: глюкокортикостероиды; препараты тиреоидных гормонов; химиотерапевтические средства; мочегонные (фуросемид); альмагель и др.
- Сопутствующие заболевания: эндокринные, в том числе и сахарный диабет, ревматические, гематологические, гастроэнтерологические, нефрологические, онкологические и другие.

Барнаульский завод АТИ - расширяет социальные программы

Наш журнал практически со дня своего основания сотрудничает с Барнаульским заводом асбестовых технических изделий. «Здоровая семья - это здорово!», «Вырасти дерево», «Вахта памяти», «Дворовые праздники» - все эти акции журнала проходили при участии и поддержке заводчан и их руководителя Юрия Вениаминовича Шамкова.

Поэтому приглашение на празднование 45-летнего юбилея завода, которое торжественно отмечалось в начале июня текущего года, обрадовало, но не удивило.

Удивило другое. Среди тысячи человек - участников праздника - первым, кого я встретила, был **Виктор Иванович Кочура**, главный врач Барнаульской городской больницы №12, бывшей МСЧ БШЗ.

- Ничего удивительного, - комментирует Виктор Иванович, - работников этого предприятия традиционно обслуживала наша санчасть. Я, безусловно, рад производственным успехам предприятия, но для меня, как врача, пожалуй, даже более важно другое: то, что завод не просто выстоял в это непростое время сам, а не утратил наработанных традиций по решению социальных проблем работающих, и даже пошел значительно дальше.

Вы бывали в заводском здравпункте? Это у него официальный статус такой, а по сути это заводская поликлиника с врачебными приемами, ведется диспансеризация работающих... Считаю, что с организацией работы по оздоровлению работающих на таком уровне, с таким подходом к вопросам профилактики профзаболеваемости, да и заболеваемости вообще, среди руководителей даже в период «социализма» я встречался нечасто.

Но, как говорится, лучше один раз увидеть, чем сто раз услышать.

Здравпункт АТИ размещен в административном корпусе на территории предприятия. Помещений у медиков достаточно: и кабинеты для приема, и процедурный, и перевязочный, и физиокабинет, даже комната гигиены для женщин имеется.

Руководитель «медицинского цеха» АТИ - **Любовь Алексеевна Котова** - сразу, по окончании Алтайского медицинского в 1978 году, работает в системе «промышленного здравоохранения», до АТИ возглавляла терапевтическое отделение в закрытой поликлинике на БШЗ. Работу медиков на предприятии, особенно когда имеются и так называемые «вредные производства» знает хорошо.

- Главное, что подход у руководителей предприятия к этому вопросу крайне серьезный.

Конечно, наша основная работа - это обслуживание работников предприятия,

его основных производственных цехов. Мы имеем все необходимые условия для организации профилактического осмотра и перед приемом на работу, и в дальнейшем. Ежегодно все работники завода проходят профилактические углубленные осмотры. При этом - их проведение организовано прямо в здравпункте, даже передвижная флюорографическая установка по согласованному графику (по договору с предприятием) работает на территории завода... Не многие представляют себе специфику этой работы, но она есть. Специализацию по курсу профессиональной патологии я прошла только что, в этом году. Это пополнило мои знания и расширило права. Судите сами, кроме терапевтического приема, у нас в штате постоянно работает врач-невропатолог **Курцева Антонина Николаевна**, хирург-уролог **Светлана Александровна Удалова**. Медицинская сестра **Наталья Петровна Мелихова**, имеет квалификацию сестры офтальмологического кабинета.

Хозяйка физиотерапевтического кабинета - **Галина Георгиевна Смирнова** - с гордостью представляет свои владения. Наличие аппаратов впечатляет: «Поток» для электрофореза, ДДТ, Д'Арсенваль, ультразвуковой аппарат, не говоря уже об УВЧ, тубусном кварце,



Л.А. Котова



В.И. Кочура

лампе Солюкс, вот последнее приобретение - два аппарата магнитотерапии МАГ-30. А мы уже обсуждаем возможность установки лазеротерапии - говорит **Любовь Алексеевна**.


Завершено оборудование собственной клинической лаборатории, теперь **Валентина Шабанова** все исследования проводит сама, а также забор крови на биохимические исследования.

Аппарат ЭКГ у нас один из самых современных, японского производства, KENZ-ECG108, даже тонометры? и те самые современные - с автоматическим цифровым измерителем.

Процедурный кабинет работает в режиме предприятия - тоже очень удобно.

Мои одобрительные возгласы **Любовь Алексеевна** останавливает.

- Это еще не все! Вот это кабинет стоматолога - **Нагих Алексей Владимирович** принимает два раза в неделю, проблем с санацией просто нет. Первое время очередь была, а сейчас уже и профилактические осмотры у стоматолога вводим. Кроме того у нас регулярно консультирует акушер-гинеколог, к.м.н. **Бурчик Валерий Николаевич**, а по профпатологии - д.м.н. **Цеймах Евгений Алексеевич**.

Мы же не ограничиваемся только вопросами профосмотров, а проводим полноценную диспансеризацию всех работающих: так, из среднесписочного состава работающих 1000 человек - на диспансерном учете у терапевта в прошлом году наблюдались 360 человек, у невропатолога - 136, у гинеколога - 88... 

Наши работники практически не обращаются за медицинской помощью в «открытую сеть», право выписывать больничный лист у нас тоже есть.

Массовую вакцинацию проводим?, а как же! Вот только завершили против кори, не первый год в сезон прививаем против гриппа, кстати, заболеваемость простудными значительно сократилась. Считаю, что на улучшение показателей здоровья работников влияет серьезная работа по улучшению условий труда, применению индивидуальных средств защиты, организация питания. На заводе культивируются физическая культура и спорт, при этом спортивные праздники давно стали семейными мероприятиями. Кстати, на всех массовых мероприятиях работники здравпункта - на посту, мало ли что...

В прошедшем году 15 человек получили санаторно-курортное лечение. Контроль условий труда? - Конечно, участвуем, но даже больше в плане контроля за соблюдением самими работниками своих прав. Только в этом году перевели в соответствующие условия труда уже 18 беременных, в том году «заводская семья» приросла на 8 человек.

Обслуживание предусмотрено для всех работников завода, все медицинские услуги они получают бесплатно, к категории заводчан, конечно же, относятся и наши ветераны.

Да, если честно сказать, достаточно большой процент среди обращений на прием уже составляют и члены семей».

После посещения здравпункта не удержалась от разговора с председателем Совета директоров предприятия Юрием Вениаминовичем Шамковым.

И, конечно, первый вопрос - почему? «Руководители производства как никто понимают важность соблюдения всех технологических цепочек на предприятии, но исключить даже из самого автоматизированного и компьютеризированного производства человека - невозможно. Согласитесь: можно усложнять технологии, обучать персонал, ужесточать требования к качеству, но все это порой теряет смысл, если человек болен. Рассчитывать на полноценную работу в этом случае просто не приходится. Конечно, я не идеалист и не ставлю своей целью привлечь на наше предприятие исключительно здоровых людей. Поэтому на предприятии сегодня реализуется очень четкая программа по охране здоровья работающих...»

С другой стороны, решение демографических проблем, на первый взгляд, не задача предприятия... но у нас другая позиция, именно поэтому вопросы охраны материнства - тоже в сфере нашего внимания.

Подходов к формированию «здорового образа жизни» много - мы сделали акцент на спорт. Соревнования по различным видам идут постоянно, зимолыжная база, посещение бассейна. Женщины предпочитают шейпинг. Скажу честно, что на начальном этапе я, может быть, и сам не понимал важности этого направления в работе. Сейчас уверен - это необходимый элемент корпоративной культуры, причем очень важный.

Сегодня много говорится о социально ориентированном бизнесе, но «слова - не дела». То, что мы увидели на Барнаулском заводе АТИ, - конечно, «дела».



М.А. Гололобова



Н.П. Мелихова



В.Н. Бурчик



А.В. Нагих



Г.Г. Смирнова



А.Н. Курцева

Медицинские работники Алтая встречают профессиональный праздник

