

ЗДОРОВЬЕ



АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ



**Август -
месяц
свадеб**



От редактора.

Выход тематического выпуска нашего журнала «Школа больных артериальной гипертонией» стал дополнительным поводом для обсуждения специалистами наиважнейшей проблемы - лечения и профилактики артериальной гипертонии. И вот почему. Артериальная гипертония - одно из наиболее распространенных хронических заболеваний неинфекционного характера, смертность от него и его осложнений среди лиц трудоспособного возраста (в самом расцвете сил!) - на первом месте. Попробуйте просто перебрать по памяти, кто из ваших знакомых жалуется на повышенное артериальное давление, часто не может работать или, того хуже, стал инвалидом, или внезапно умер от этой причины. Убедена - вы не затруднитесь... Сложилась достаточно парадоксальная ситуация: медики имеют представления о факторах риска возникновения заболевания, доступны современные лекарственные препараты, но без заинтересованного участия в своем выздоровлении больного - эффект кратковременный. Почему смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в Америке стала снижаться с 60-х годов прошлого века и за 20 лет снизилась в 2 раза! А в России за это время - увеличилась в 2 раза! Что значит лечиться эффективно?! Именно эти вопросы волновали ученых-медиков, кардиологов, терапевтов, организаторов здравоохранения собравшихся на презентации проекта "Школа больных артериальной гипертонией. Научи учителя" в краевом комитете здравоохранения 12 августа.



“Школа больных артериальной гипертонией. Научи учителя”

Совместный проект с Алтайским краевым научным обществом кардиологов при поддержке комитета по здравоохранению администрации Алтайского края.



В.В. Яковлев, Г.А. Чумакова, И.В. Козлова

В.В. Яковлев, заместитель председателя комитета по здравоохранению края:

- Проблема артериальной гипертонии в Алтайском крае чрезвычайно остра: на 100 тысяч человек ею страдают около 18500 чел. В меньшей степени это касается детей и подростков. По России эта цифра такова: на 100 тысяч населения 6200 человек с артериальной гипертонией, т.е. у нас - превышение втрое. Это не специфика нашего региона, просто мы приближаемся к реальной диагностике артериальной гипертонии, к выявлению ее истинной распространенности. Доступность амбулаторно-поликлинической помощи в крае - одна из высоких в Сибирском Федеральном округе, в России. Больные артериальной гипертонией - это больные, имеющие очень большой риск возникновения сердечно-сосудистых

заболеваний, а это - опасность инфарктов, острого нарушения мозгового кровообращения... Сейчас есть достаточное количество современных эффективных препаратов для лечения артериальной гипертонии, есть опытные специалисты, умеющие управлять этим заболеванием. Но нельзя лечить это заболевание без сознательного отношения пациента к своему состоянию. У него должен быть выработан поведенческий стереотип. Одной из форм обучения этому стереотипу - это “Школы артериальной гипертонии”, которые работают в крае, и работают они эффективно. Не все склонны к посещению групповых занятий - есть люди, которые готовы заняться самообучением. В системе работы по профилактике артериальной гипертонии я бы отдал должное специальному выпуску журнала «Здоровье алтайской семьи», посвященному этой теме. Внимательно и с интересом прочитал. Это не брошюра, а, можно сказать, монография, посвященная ведению больных. Этой книгой может пользоваться как пациент, так и врач, чтобы грамотно организовать работу “Школ...”. Эта брошюра полезна для всех семей.

Продолжение на стр.2-3



ЗДОРОВЬЕ
АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№8 (32) август 2005г.

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 24.08.2005г.
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
ООО «Алфавит»
г.Барнаул, ул.Короленко, 75.
Тел. (3852) 65-91-18

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

ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС -
73618

Содержание

| | |
|--|-------|
| Школа больных артериальной гипертонией. Научи учителя | 2-3 |
| О.И. Голощапова. Поражение опорно-двигательного аппарата при различных эндокринных заболеваниях | 4-5 |
| А.А. Чурсин. Инородные тела дыхательных путей у детей | 6-7 |
| МИР И МЕДИЦИНА | 8 |
| ШКОЛЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ. «Повторение - мать ученья» | 9-10 |
| Кто остановит «тихого убийцу»? | 11 |
| Выбери свой кредит! | 12 |
| Советы со всего мира | 13 |
| Чтобы волосы были красивыми... Уход за кожей | 14 |
| БРОНХИТ-ШКОЛА: вопросы и ответы (занятие 10). Т.А. Корнилова, И.И. Сопова, И.П. Сокол, Е.В. Никитина. Почему пульмонологи насторожены, или Опять об остеопорозе | 15-16 |
| Принимайте КАЛЬЦИЙ-Д3 НИКОМЕД всерьез | 17 |
| Новости стоматологии | 18 |
| «Профессиональный вирус» или болезнь века? | 18-19 |
| МИР И МЕДИЦИНА | 20 |
| ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ | 21-24 |
| ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО МАТЕРИНСТВА. Н.И. Фадеева, О.В. Ремнева, С.Д. Яворская. 40 недель из жизни женщины | 25-27 |
| А.М. Никонов. Генетическое здоровье потомства можно прогнозировать | 28-29 |
| Р.В. Быков. Красивая здоровая улыбка - это просто! | 30 |
| Чудотворное целебное касание | 31 |
| ДЕТСКАЯ СТРАНИЧКА. Крепкие-крепкие зубы | 32-33 |
| МИР И МЕДИЦИНА | 34 |
| НИ ДНЯ БЕЗ ДИЕТЫ. Диеты для знаков Зодиака | 35-36 |
| Суфле для желудка | 37 |
| А.В. Ефимов. Откровенный разговор о косоглазии | 38-40 |
| Свекровь - своя кровь | 40-41 |
| ШКОЛЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ. Н.В. Леонова, О.В. Стефановская. Сахарный диабет первого типа | 42-43 |
| Курение и остальной мир: кто победит | 44 |

ВНИМАНИЕ! Приступили к работе представители журнала:
Рубцовская ЦРБ, тел. 3-83-10 (представитель – Фандо Людмила Юрьевна);
в Мамонтовском районе – с.Мамонтово, ЦРБ, тел. 24-2-42, 24-1-61 (предста-
витель – Прохорова Татьяна Яковлевна), тел. 21-2-34 (представитель – Фе-
сенко Наталья Юрьевна);
в Алтайском районе – с.Алтайское, ЦРБ, ул.К.Маркса, 197, тел. 22-3-87 (пред-
ставитель – Тиунова Евдокия Даниловна).
Изменения:
Топчихинский район - с.Топчиха, ЦРБ, тел. 2-22-87 (представитель - Мар-
тышкина Алла Васильевна).

Школа больных артериальной гипертонией.

Научи учителя



Г.А. Чумакова, д.м.н., профессор, председатель Алтайского краевого научного общества кардиологов:

- Давайте обратимся к вопросу: что значит лечиться эффективно? Это значит достигать (и удерживать) такой уровень артериального давления, который позволяет максимально снизить риск развития осложнений со стороны органов-мишеней: инфаркт миокарда, инсульт, почечная недостаточность, слепота.

В России целевым считается уровень АД менее 140\90 мм.рт.ст., а при наличии сахарного диабета - 130\80. В тоже время по последней классификации **Американского национального комитета по гипертонии** 7-го пересмотра (2003г.) нормальным (целевым) определено АД менее **120\80 мм.рт.ст.**, а уровень **от 120\80 до 139\89 мм.рт.ст.** уже классифицируется как предгипертония! В России при лечении АГ только **7-10%** больных достигают целевого значения АД **140\90!!!** Признанным фактом является и то, что заболеваемость и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний стала снижаться и в Америке, и в странах Западной Европы, в связи с принятием **Национальных профилактических программ, массового образования населения, появления культуры здорового образа жизни.** В результате заболеваемость АГ в России у лиц старше 40 лет достигает **40-50%**, в Америке, Западной Европе - **до 20-30%**, что, по крайней мере, **в 2 раза** ниже, чем в России.

Существующая сеть кардиологических отделений в крае, кардиологический диспансер в г.Барнауле прилично оснащены, укомплектованы грамотными кадрами. Получает дальнейшее развитие кардиохирургия. Но складывается парадоксальная ситуация: там получают лечение больные в большей степени уже в выраженной клинически стадии заболевания, уже с осложнениями. Если можно так сказать - «завершающая часть заболевания» - финансово обеспечивается. Это, конечно, приносит свои результаты: снижается уровень смертности, сдерживается прогрессирование заболевания. Но главный резерв в оздоровлении нации, который может дать громадную финансовую отдачу, - **это решение проблемы «не заболеть».**

И вот сюда деньги не вкладываются вообще. Декларируя профилактическое направление, мы его не подкрепляем ресурсно. Профилактическая кардиология - это очень сложное направление. Нужен особый специалист: врач-учитель - это проблема, это некая особая специальность, если хотите талант, дар убеждения. Кто учил врача педагогике, психологии, риторике, психотерапевтическому воздействию для создания мотивации у больного? Никто...

В профилактической кардиологии, да и просто в профилактической медицине, важна подготовка врачей, медсестер, медработников, перевод их к категории Учителя!

Л.А. Школьников, заместитель главного врача горбольницы №2 г.Бийска, исполнительный директор программы «СИНДИ-БИЙСК»:

- Мы, работая в медсанчасти Бийского олеумного завода, были заинтересованы в решении проблемы снижения заболеваемости работников предприятия АГ и сердечно-сосудистыми заболеваниями и смогли попасть в международную программу профилактики неинфекционных заболеваний «Синди». Суть ее - создание партнерства для реализации профилактических программ.

Мы обследовали более 3000 рабочих с целью выяснения вопросов: «Нужна ли профилактика самим людям, понимают ли они зачем она нужна, хотят ли ею заниматься, чтобы они хотели получать от нас медицинских работников для этого?». Контингент опрашиваемых - хорошо организованный, образованный, в среднем 33 года, семейные, т.е. это были люди, по нашему мнению, понимающие значение профилактики. Результат проведенного исследования: все бы занялись профилактикой, но мало кто знает как это делать; практически (спорадически) занимаются вопросами сохранения своего здоровья не более 12-17% работающих.

Поражало и то, что наши работники (при той доступности медпомощи, которую обеспечивали МСЧ) не знают своего уровня давления и холестерина, не могут оценить свою физическую активность. Артериальную гипертонию, как фактор риска развития сердечно-сосудистой патологии, указали только на 7-м месте.

Второе исследование касалось уже

10 тысяч рабочих, и направлено оно было на изучение наиболее распространенных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (АГ, избыточный вес, курение, стресс...). Распространенность АГ оказалась - 258 человек на 1000 человек, до этого мы регистрировали ее на уровне 100-120 человек. Фактически даже при системе профосмотров мы не выявили всех тех, кто нуждается в лечении и не привлекали их к оздоровлению.

Далее каждый из 20 фельдшеров заводских здравпунктов взял группу из 10 человек, выявленных вновь «гипертоников». Работали полгода по снижению потребления соли, курения, по введению рационального питания, поднятию физической активности. В среднем в этих группах примерно на 11% произошло снижение уровня систолического артериального давления, на 70,6% - диастолического. Т.е. наши пациенты доказали себе, что

можно самостоятельно бороться с факторами риска, но при нашей поддержке.

Н.М. Медведева, руководитель Центра медицинской профилактики, г.Бийск:

- Наш Центр должен заниматься в первую очередь первичной профилактикой: пропаганда ЗОЖ, воспитание и привитие повышения мотивации населения. Исследования, проведенные в Бийске, помогают нам обосновывать власти, другим секторам, предпринимателям необходимость участия в профилактических программах, их актуальность.

Т.Л. Альшанская, главный врач Топчихинской ЦРБ:

- Человек вышел из врачебного кабинета - и забыл рекомендации. Цель сейчас - научить врача, научить медсестру сказать больному, пациенту так, чтобы у него отложилось, и он начал делать именно так, как рекомендуют. Раньше медик, особенно на селе, был единственным авторитетным источником медицинских знаний, сейчас же появился поток информации, и люди в нем запутались.

«Школа АГ» в нашем районе работает, но следующий этап в их работе - оценка результатов работы, эффектив-



ности работы медработников, посмотреть уровень информированности населения. И этот проект нам поможет выявить группы населения по степени их информированности, и как найти соответствующие подходы к каждой группе.

А.Ф. Воробьев, главный врач Первой ЦРБ:

- У нас в России нет достаточной мотивации к здоровому образу жизни. В основных Законах об охране здоровья граждан – нет ничего о личной ответственности гражданина за свое здоровье. В Законе о медицинском страховании также нет никакой ответственности застрахованного за свое здоровье. Как следствие, вся ответственность перекладывается на медработников.



Наше законодательство в здравоохранительной сфере отстает от реалий жизни. Например, нам понятно, что нужно создавать Школы по обучению населения правилам жизни при сахарном диабете, гипертонии, бронхиальной астме, но это зависит только от нашей инициативы. Нет штатов, оснащения и т.д. Даже проводимые реформы ничего не меняют в этом направлении, ввели 122-ФЗ, изменили нагрузку на врача-терапевта. А в результате - Закон поставил в выгодное положение только льготника, а «отодвинули» всех остальных пациентов терапевтического профиля.

Население нашего района (47 тыс. чел.) проживает в 51 населенном пункте. И поэтому наша особенность – в привлечении к работе средних медработников. За три года мы практически в два раза увеличили выявленных больных АГ – это благодаря только им. Они основную нагрузку несут и в амбулаториях, и в ФАПх, где обслуживается 20% населения. Смертность от ССЗ – 50% от общей смертности, около 10% - от нарушений мозгового кровообращения. Основная причина – это все-таки АГ. Из 74 человек, пролеченных с нарушениями мозгового кровообращения, у нас 52 человека погибло! Люди должны знать достоверно, знать о важности соблюдения рекомендаций по здоровому образу жизни и о печальном

результате его несоблюдения. В крае сложилась система повышения квалификации медицинских кадров, считаю, что необходимо решить как на уровне медицинского университета, так и заведений, занимающихся подготовкой среднего медицинского персонала, обязательное включение в учебные программы «Школ для больных», и не только для кардиологов, но и врачей общей практики, терапевтов, фельдшеров. Эта мысль высказывалась многими участниками нашего стола.

Л.А. Плигина, Президент Ассоциации средних медицинских работников края:

- Медицинские работники в силу специфики работы - интенсивный труд, стрессы, график работы, ночные смены и т.д. - могут по определению быть отнесены к категории риска по артериальной гипертонии.

Профессиональная Ассоциация медицинских сестер Алтай при поддержке Алтайского краевого научного общества кардиологов и журнала «Здоровье алтайской семьи» запланировала провести работу по профилактике артериальной гипертонии среди сестринского персонала. «Научи учителя» - эта мысль обретает дополнительное практическое преломление. С одной стороны, мы обучим персонал в расчете на укрепление их собственного здоровья, с другой, - сделаем их более подготовленными пропагандистами тех знаний, которые важны жителям края.



Г.А. Чумакова:

- Нужно сделать так, чтобы медработник, работающий в профилактическом направлении, стал чрезвычайно уважаемым человеком. Главный результат в оздоровления нации зависит от отношения людей к проводимым профилактическим мероприятиям.

Прогресс американской медицины (снижение уровня заболеваемости, повышение уровня жизни) начался с того времени, когда в 60-х годах стали внедряться профилактические программы, когда врачи стали понимать важность значения профилактики.

Наше участие в подготовке целевого выпуска журнала по артериальной гипертонии - осознанное. Цель – дать сгусток информации в том изложении, в котором нужно было бы изложить ее пациенту так, чтобы привлечь его к борьбе за собственное здоровье.

Но информация – это еще не все. Важна методология - как эти знания преподнести. Мы с Н.Н. Пономаревой начинали вести первую в крае «Школу для больных АГ» в краевом кардиодиспансере. Зани-

мались именно методологией: как донести до больных знания, где и как расставить акценты, какие найти слова для работы у пациентов мотивации по здоровому образу жизни. «Школы» – это совершенно особый порядок профилактической работы, я бы сказала, высший пилотаж.

Л.В. Кудряшова, главный врач Советской ЦРБ:

- Что есть здоровый образ жизни? Население часто откровенно невежественно в этом плане. Нет соответствующей информации. Считаю, что «Школы» – это выход. Если мы сейчас это не сделаем, мы упустим время.



Т.Н. Наседкина, районный терапевт Смоленской ЦРБ:

- Мы знаем и умеем лечить АГ, но нас – врачей - нужно учить как донести до больного эти знания. Хорошо, чтобы шла не только учеба, но и сравнительный анализ: какой результат по районам дало проведение «Школ». Обмен опытом просто необходим.



Н.Н. Пономарева, руководитель ШАГ горбольницы №2, г.Барнаул:

- Мои ожидания от планируемых с участием научного общества кардиологов и журнала семинаров – велики. Есть опыт проведения «Школ», подготовки их руководителей, заинтересованность, методические наработки, раздаточный материал. Мы готовы поделиться, в том числе и организационным опытом.

Л.А. Бобровская, к.м.н., доцент АГМУ:

- При организации и разработке занятий в «Школах артериальной гипертонии» мы огромное значение придавали работе с таким фактором риска, как стресс. Наши пациенты отмечали высокую эффективность применяемых нами методик, обучившись сами снимать напряжение, начинали учить этому своих близких. А это тоже одна из целей «Школ» - изменить образ жизни в семье.

Г.А. Чумакова:

- Сейчас наши слушатели приходят к мысли, что, изменив свой образ жизни, они меняют образ жизни и своих близких, тем самым убеждая их, проводя своеобразную профилактику различных заболеваний. Это сильный мотивационный фактор.

От редактора. Предложения участников «круглого стола», безусловно, заслуживают внимания. Они обобщены и направлены в комитет по здравоохранению администрации края.

Артериальная гипертония. Догоним Америку?!

| Показатель | США 1999-2000 | РОССИЯ 1999-2000 |
|--|---------------|------------------|
| Осведомлены о болезни, % | 70 | 32 |
| Получают лечение, % | 59 | 17 |
| Лечатся эффективно (достигают целевого уровня АД), % | 34 | 7-10 |



ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР Алтайского края

Поражение опорно-двигательного аппарата при различных эндокринных заболеваниях

Ольга Ивановна Голощапова,
ревматолог первой квалификационной категории,
взрослое консультативно-поликлиническое отделение,
КГУЗ «Диагностический центр Алтайского края»

Эндокринная система оказывает сложное влияние на структуру и функцию всего опорно-двигательного аппарата. Поэтому как недостаточная, так и избыточная выработка того или иного гормона рано или поздно приводит к развитию патологических изменений в костях, суставах и мышцах. Часто в клинической картине эндокринного заболевания симптомы поражения опорно-двигательного аппарата выступают на передний план. В этой ситуации важно вовремя распознать вторичный характер остеоопатии, артропатии или миопатии, так как адекватная коррекция эндокринной патологии, как правило, приводит к обратному развитию этих изменений.

Сахарный диабет (СД)

Катаболическая направленность обмена при СД приводит к нарушению белковой матрицы скелета, вымыванию кальция и развитию остеопороза. Диффузный остеопороз при СД проявляется только в замедлении срастания переломов.

Лечение и профилактика остеопороза при СД включает меры борьбы с гиподинамией, а также назначение препаратов кальция и активных метаболитов витамина D3. При тяжелых формах СД развивается диабетическая остеоартропатия. Она может возникнуть спустя 5-8 лет после начала заболевания, если до этого не проводилось систематическое лечение СД. Чаще поражаются суставы нижних конечностей, реже - коленные, тазобедренные. Возникают болевой синдром в области пораженных суставов, их деформация, иногда с отеком. Часто болевой синдром выражен слабо или отсутствует. Отмечаются различные рентгенологические изменения.

Осложнение, называемое «синдромом диабетической стопы», чаще развивается у пожилых людей, как правило, на фоне декомпенсации СД или после травмы стопы. Различают нейропа-

тическую форму (без остеоартропатии и с остеоартропатией - «стопа Шарко»), нейроишемическую форму и ишемическую гангренозную стопу.

Клинические проявления при «столе Шарко» включают покраснение, гипертермию и отек стопы. На начальной стадии возможен выраженный болевой синдром. Прогноз ухудшается при присоединении трофических язв, инфицировании, с развитием флегмон и остеомиелита.

Диабетическая артропатия верхней конечности

Выделяют следующие степени проявления синдрома ограничения подвижности суставов: легкую (нарушено разгибание проксимальных межфаланговых суставов при нормальной подвижности пястно-фаланговых); среднюю (ограничено разгибание проксимальных межфаланговых и пястно-фаланговых суставов); тяжелую (ограничено разгибание не только перечисленных, но и крупных суставов конечности).

Безболезненное ограничение разгибания пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов часто сочетается с изменениями кожи кистей. Она становится блестящей, восковидной. В случаях преобладания изменений

кожи говорят о псевдосклеродермических поражениях при СД.

Лечение поражений опорно-двигательного аппарата при СД включает назначение вазоактивных, антиоксидантных, нейротрофических препаратов, физиотерапию, лечебную физкультуру. Хорошая и длительная компенсация СД - залог успешного лечения таких больных.

Заболевания щитовидной железы

Гипертиреоз (тиреотоксикоз)

Повышенная продукция гормонов щитовидной железы является причиной отрицательного минерального баланса с потерей кальция, что проявляется усиленной резорбцией кости. У больных гипертиреозом обнаруживаются низкие уровни активного метаболита витамина D3. Эти нарушения приводят к развитию диффузного остеопороза. Возможны боль в костях, патологические переломы, деформации позвонков с формированием кифоза.

Артропатия возникает редко, с утолщением фаланг пальцев и периостальными реакциями. На рентгенограммах выявляются субпериостальные образования костной ткани, которые выглядят, как пузыри мыльной пены.

При миопатии отмечается мышечная слабость, преимущественно в проксимальных отделах конечностей (тиреотоксическая миопатия), как следствие не только изменения мышц (катаболизм белка), но и поражения периферической нервной системы.

Лечение проводят только совместно с эндокринологом. При достижении длительного эутиреоидного состояния происходит частичный или полный регресс всех перечисленных выше нарушений.

Гипотиреоз

Недостаточная продукция гормонов щитовидной железы ведет к снижению

окислительных процессов и термогенеза, накоплению продуктов обмена и, как следствие, к тяжелым функциональным нарушениям ЦНС, развитию дистрофических процессов в тканях с формированием своеобразного гипотиреоидного отека за счет пропитывания тканей мукополисахаридами.

Артропатия выявляется у 20-25% больных. Характеризуется небольшой болью в суставах, отеком мягких тканей, ригидностью суставов, иногда появлением невоспалительного выпота в полости суставов. Обычно поражаются коленные, голеностопные суставы и мелкие суставы рук.

Миопатия проявляется мышечной слабостью и болью в мышцах. Характерно снижение мышечной силы без видимой атрофии, напротив, иногда наблюдается псевдогипертрофия мышц за счет пропитывания мукополисахаридами. Мышечная масса увеличивается, мышцы становятся плотными, тугоподвижными, хорошо контурируются (синдром Гоффманна). Чаще поражаются проксимальные отделы конечностей. Возможны судороги, замедленная релаксация.

Лечение также проводят совместно с эндокринологом.

Заболевания паращитовидных желез

Гиперпаратиреоз

Паращитовидные железы вырабатывают паратгормон (ПТГ), влияющий на фосфорно-кальциевый обмен. Мишенями ПТГ являются почки и кости. Повышение уровня ПТГ приводит к активации остеокластов и усилению костной резорбции. При этом уровни кальция и фосфора в сыворотке крови повышаются.

Гиперпаратиреоз (ГПТ) сопровождается повышенным содержанием ПТГ в сыворотке крови. Различают первичный ГПТ, который развивается при аденоме или раке паращитовидных желез, вторичный ГПТ вследствие реактивной гиперпродукции ПТГ гиперфункционирующими железами в ответ на снижение уровня кальция в сыворотке крови при хронической почечной недостаточности, нарушенном кишечном всасывании и т.д. и третичный ГПТ, возникающий при длительно текущем вторичном ГПТ по принципу «гиперфункция - гиперплазия - опухоль».

Женщины болеют чаще, чем мужчины, в основном в возрасте 40-60 лет. В 50% случаев заболевание диагностируется при случайном выявлении гиперкальциемии. В остальных случаях у 70% больных преобладают симптомы мочекаменной болезни.

Клиническая картина первичного ГПТ складывается из проявлений гиперкаль-

циемии: тошноты, рвоты, общей слабости, недомогания, миалгии, снижения мышечного тонуса, полиурии, полидипсии, выраженность которых коррелирует с уровнем кальция в сыворотке крови. В зависимости от преобладающего поражения той или иной системы выделяют несколько клинических форм первичного ГПТ: костную, почечную, желудочно-кишечную, сердечно-сосудистую и др. Поражение костной системы протекает в виде генерализованной фиброзной остео дистрофии (болезнь Реклингхаузена), которая характеризуется болью в костях, болью при пальпации, иногда деформацией костей, патологическими переломами. Часто поражаются кости грудной клетки и позвоночника с формированием деформаций: увеличивается грудной кифоз, деформируются грудино-ключичные, грудино-реберные сочленения. В последнее время увеличилась частота бессимптомных форм, когда изменения в костях выявляются только при рентгенологическом исследовании.

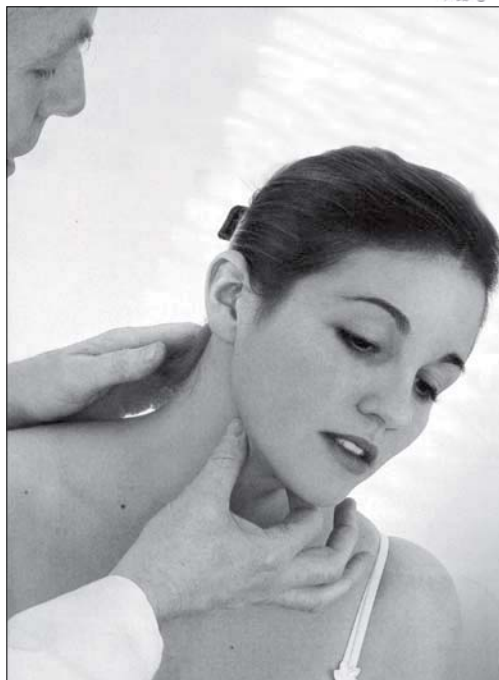
Для исключения вышеуказанной патологии необходимо провести рентгенологическое исследование скелета и определить уровни кальция и ПТГ в сыворотке крови

Артропатия при ГПТ является следствием поражения субхондральной кости. Характерны явления поднадкостничного рассасывания костного вещества, чаще всего в концевых фалангах кистей, реже в области акромиального конца ключицы, верхних краев ребер. Очень часто при данном заболевании обнаруживаются явления хондрокальциноза (пирофосфатная артропатия), с развитием острых псевдоподагрических приступов.

Миопатия развивается у всех больных первичным ГПТ. Клинически она проявляется миалгией, прогрессирующей мышечной слабостью. Возникают затруднения при ходьбе, при посадке в транспорт, больные спотыкаются, падают. Развивается «утиная походка» и разболтанность в суставах, формируется плоскостопие из-за мышечной релаксации. Вследствие резкой слабости больные прикованы к постели иногда еще до появления патологических переломов. Такая симптоматика требует проведения дифференциальной диагностики с другими заболеваниями, прежде всего с ревматической полимиалгией и дерматомиозитом.

Заболевания гипофиза

Акромегалия - относительно редкое заболевание. В его основе лежит повышенный синтез соматотропного гормо-



на (СТГ), как правило, вследствие аденомы гипофиза. СТГ усиливает пролиферацию хряща и кости, наблюдается рост кистей, стоп, нижней челюсти.

В клинической картине выделяют несколько синдромов:

- **суставной** (акромегалическая остеоартропатия);
- **неврологический** (височная гемипарезия);
- **метаболический** (гипергликемия, гиперфосфатемия).

Сходные изменения отмечаются при старческом анкилозирующем гиперостозе. Иногда приходится проводить дифференциальную диагностику с болезнью Бехтерева.

Лечение заключается в хирургическом удалении аденомы гипофиза или использовании лучевой терапии. Из медикаментозных средств применяют агонисты дофамина (например бромкриптин). При снижении концентрации СТГ, клинические проявления акромегалии, включая изменения в суставах и костях, подвергаются обратному развитию.

В последние годы заболевания опорно-двигательного аппарата входят на одно из ведущих мест в структуре заболеваемости, нетрудоспособности и инвалидности в России. Для профилактики заболевания опорно-двигательного аппарата в РФ «Российский фонд исследований» имеет весь спектр диагностических исследований, который позволит выявить начальные проявления заболевания и предупредить их осложнения.

Инородные тела дыхательных путей у детей

**Алексей Александрович Чурсин,
заведующий пульмонологическим отделением Алтайской
краевой клинической детской больницы**

В пульмонологическое отделение Краевой детской больницы часто поступают дети с длительно продолжающимся кашлем - от 1 месяца до 2 лет. При этом родители сначала лечат кашель самостоятельно, потом обращаются к участковому врачу, затем (в зависимости от финансовых возможностей) - лечатся у платных врачей (астмологов, аллергологов, бронхологов, иммунологов). И, в конце концов, попадают в специализированное отделение, куда следовало поступить значительно раньше.

Дело в том, что причин кашля очень много и подход к лечению различен. Это может быть - бронхит, пневмония, коклюш, бронхиальная астма и, наконец, инородное тело трахеи и бронхов. В этом случае потеря времени до начала лечения ведет к необратимым изменениям в бронхах и развитию хронического воспалительного процесса (хронический бронхит, бронхоэктазы). Чаще этому заболеванию подвержены дети 1-5 лет, но бывает это и у младших школьников за счет природной любознательности или нерадивости родителей. Вдыханию инородных тел способствует внезапный вдох при испуге, удивлении, потере равновесия и т.д.

В трахею и бронхи проникают следующие предметы:

- тяжелые с гладкой поверхностью: горошины, зерна арахиса, металлические, пластмассовые детали игрушек, косточки ягод и арбуза;

- цепляющиеся за слизистую бронха: колоски трав, пружинки, скорлупа ореха и яиц;

- набухающие (вклинивающиеся в просвет): корочки citrusовых, вареные овощи, мясо, фасоль. Причем фасоль очень опасна для жизни, она быстро набухает, обтурирует (закупоривает) просвет трахеи или бронха, и ее уже практически невозможно удалить, даже при неоднократной бронхоскопии. Все известные мне случаи с фасолью привели к летальному исходу.

Инородное тело, пройдя голосовую щель, попадает в бронхи (чаще в правый бронх) и может занять три позиции: полная обтурация (закупорка) бронха, приводящая к ателектазу (потере

воздушности) доли легкого; частичная закупорка с вентильным механизмом и вздутием легкого или доли; баллотирующее инородное тело, не вызывающее клапанного эффекта.

Инородные тела вызывают воспалительную реакцию в бронхе, наиболее выраженную при попадании растительного материала (орехи, колоски). Был случай длительного нахождения колоса у ребенка в бронхе, когда семена пшеницы начали прорастать. Вокруг инородного тела развиваются грануляции, часто полностью закрывающие просвет и делающие его невидимым при бронхоскопии. В бронхах ниже места обтурации скапливается гнойная мокрота и развивается пневмония.

Клиническая картина острого периода складывается из внезапного приступа кашля и нарушения дыхания, которые длятся несколько минут. Проникновение инородного тела в бронх меньшего калибра и ограничение его подвижности ведут к прекращению кашля (так называемый период мнимого благополучия), который успокаивает родителей и врачей. Затруднение вдоха наблюдается лишь при инородном теле трахеи. Обычно развивается картина одностороннего бронхита, иногда с температурой, при его выраженности возникает высокий, иногда свистящий тон в конце кашлевого толчка. У детей раннего возраста может возникнуть генерализованный бронхоспазм, который быстро ликвидируется в случае откашливания инородного тела.

При полной закупорке бронха ателектаз с укорочением перкуторного звука и смещением средостения развивается в нижних долях, а пневмония возникает за



несколько дней. Чаще наблюдается неполная закупорка с вентильным механизмом - с коробочным тоном при перкуссии, ослаблением дыхания и смещением средостения в противоположную сторону. Пневмония при этом может не развиваться в течение нескольких недель. Эта картина, даже без указания на аспирацию в анамнезе, дает все основания для направления ребенка на рентгенографию грудной клетки и на бронхоскопию.

Кстати, **на рентгенограмме грудной клетки контрастируются только металлические тела**, что сбивает с толку даже многих врачей. Подозрение на аспирацию является поводом для обследования ребенка в специализированном отделении (ЛОР или пульмонологическом).

Подозрение на инородное тело возникает при следующих признаках:

- указание на эпизод нарушения дыхания и/или внезапный приступ кашля,
- признаки одностороннего бронхита, особенно начавшегося без температуры,
- признаки остро развившегося ателектаза или вентильной эмфиземы,
- внезапное развитие бронхоспазма,
- затяжная нижедолевая пневмония с односторонним гнойным бронхитом,
- выявление ателектаза со смещением средостения в сторону поражения,

○ **вентильная эмфизема или разница в воздухоносности легких,**

○ **рентгеноконтрастное инородное тело,**

○ **толчкообразное смещение средостения при рентгеноскопии (синдром Гольцкнехта - Якобсона).**

Тонкие предметы из инертного материала (металлические, пластмассовые) могут месяцами не вызывать значительных нарушений вентиляции или выраженного бронхита, обнаруживаясь лишь нерезкими изменениями дыхания, понятными только специалисту. Несколько лет назад в хирургическое отделение поступила 12-летняя девочка с опухолью легкого (по рентгенограмме) без клинических проявлений. Во время операции опухоль была удалена, но при взятии материала на биопсию внутри оказалось что-то твердое и возникла мысль о тератоме (опухоль, внутри которой бывают кости, зубы и пр.). Но это был колпачок от обычной трехрулевой шариковой ручки.

После удаления инородного тела все изменения проходят быстро, но на обратное развитие ателектаза можно рассчитывать лишь при его длительности не более 2-3 недель, пока не развились необратимые изменения. В отделении наблюдались трое детей, которым даже после 3-5 попыток удаления инородного тела на бронхоскопии это не удалось, они были переведены в хирургическое отделение, где им сделаны операции по удалению доли легкого вместе с инородным телом. Это - девочка-подросток, аспирировавшая колос пшеницы, 10-летний мальчик с фишкой от мозаики, обтурировавшей бронх нижней доли в течение 6 месяцев (образовалась гнойная деструкция легкого), и 3-летний мальчик, вдохнувший пластмассовую канюлю от одноразовой иголки с отломленной острой частью.

Бронхоскопия является первым и необходимым обследованием при инородных телах. Процедура эта проводится под наркозом, особенно у маленьких детей. Чаще она выявляет развитой гнойный бронхит с гиперемией и отеком слизистой оболочки, разрастание кровотокающих грануляций, которые мешают увидеть инородное тело и требуют повторного исследования через 1-2 дня или через неделю (после удаления инородного тела).

Недавно в отделении находился 6-летний мальчик, которому проведено 7 бронхоскопий, и при этом каждый раз удалялись кусочки мяса (всего 28, самый большой - 1,5x0,5см). Оказывается, у него была нетяжелая анемия, и для повышения гемоглобина крови взрослые в семье старались дать ему мяса. А когда ребенку дают что-то насильно, он со-

противляется, и, видимо, в какой-то момент аспирировал. Затем в течение 4 месяцев его лечили по поводу «бронхиальной астмы». Так же лечили «бронхиальную астму» целый год девочке 3 лет, у которой из бронха было удалено тыквенное семечко. Впоследствии у нее развился гнойный бронхит, двухсторонний пневмоторакс, и она была переведена в хирургическое отделение, где после длительного лечения все-таки выздоровела. Так что не все, что проявляется кашлем, - это бронхиальная астма.

Кроме бронхоскопии, в лечении используются антибиотики, гормональные препараты, бронходилататоры, физиолечение, ингаляции. Попытку удаления инородного тела следует проводить только там, где доступна бронхоскопия. Попытки удаления инородного тела из глотки (гортани) пальцем вслепую опасно, так как его можно продвинуть вглубь.

Показана немедленная прямая ларингоскопия, при отсутствии таковой проводят следующие маневры:

○ **у детей до 1 года проводят 4 удара кистью между лопатками в положении с опущенной верхней частью туловища, после чего ребенка переворачивают на спину и 4 раза надавливают на грудную клетку (как при закрытом массаже сердца). Если инородное тело стало видимым во рту, его удаляют, если нет - проводят дыхание рот-в-рот и повторяют тот же маневр;**

○ **у детей младшего возраста эффективны резкие надавливания на живот кистью от средней линии внутрь и вверх в положении ребенка на спине;**

○ **у старших детей удары по спине чередуют с резким сдавливанием живота, который обхватывают сзади в положении стоя.**

В случае острого инородного тела следует обращаться в ЛОР-отделение Алтайской краевой клинической больницы (для детей из районов края) и в ЛОР-отделение городской больницы №8, где в любое время суток могут сделать бронхоскопию. В случае осложнений для продолжения



лечения дети, в том числе и жители Барнаула, переводятся в пульмонологическое отделение Алтайской краевой клинической детской больницы.

Ежегодно много лет подряд в нашем отделении проходят лечение от 8 до 14 детей с инородными телами бронхов (1,2-2% от общего числа выбывших). И это не считая детей, переведенных из ЛОР-отделений после удаления инородного тела.

Уважаемые родители! Помните, что инородные тела дыхательных путей представляют реальную опасность для жизни ребенка. И поэтому не оставляйте их в доступном для него месте. Не забываете о том, что маленьким детям категорически запрещается давать подсолнечное и тыквенное семя, горох, арахис, конфеты с орехами, компот из вишни с косточками, орехи в скорлупе, косточки абрикоса. Обязательно обращайтесь к врачам как можно раньше и всегда, даже если ребенок откашлял инородное тело!

«Повторение - мать ученья»



Как правильно выбрать тонометр?

Необходимо решить для себя: какой прибор вам нужен – с автоматическим, полуавтоматическим или «ручным» методом измерения?

«Ручной» метод измерения является самым точным. Не случайно такие тонометры используют в своей работе врачи, т.к. они обеспечивают наиболее корректное измерение АД при серьезных нарушениях ритма. Нельзя не учитывать тот факт, что «ручные» тонометры выгодно отличаются по цене.

В выборе «ручного» тонометра важны все составляющие, но главным фактором является **стрелочный манометр**. Выбирайте приборы с металлическим корпусом и фиксатором типа «прищепка». Перед покупкой убедитесь, что на манометре стоит клеймо проверки точности (иногда оно указывается в техническом паспорте). Проверять манометр следует не реже 1 раза в год.

Не покупайте тонометры без документов, подтверждающих их соответствие международным и российским стандартам. Проверьте работу устройства нагнетания и выпуска воздуха. В хороших моделях «груша» мягкая, не требует лишних усилий, а клапан стравливания воздуха легко регулируется. Манжета должна соответствовать размерам вашей руки. Перед покупкой измерьте окружность средней части своего плеча. Если охват находится в пределах 23-33 см – вам подходит средняя взрослая манжета, которой комплектуется большинство приборов. Но если охват не укладывается в указанный диапазон, обязательно требуйте большую (малую) взрослые манжеты.

Многие люди не могут освоить методику измерения АД «ручным» тонометром из-за сниженного слуха, плохого зрения, утомляемости при ручном раздувании манжеты, необходимости выполнять несколько действий сразу и пр. В этом случае подойдет **автоматический** или **полуавтоматический тонометр**. Выбирайте автоматы, использующие только плечевую манжету, т.к. приборы с манжетой на запястье и артерии пальцев менее точны. **При использовании автоматических тонометров необходимо учитывать следующее:**

1. даже лучшие представители этого класса тонометров уступают по диагностическим возможностям «ручным» тонометрам;

2. значения АД, полученные с помощью автоматических и «ручных» тонометров, могут различаться до 10 мм рт.ст., поэтому необходимо проводить регулярно сравнение показателей автоматического и «ручного» тонометров, что позволит вам правильно интерпретировать показатели автоматических тонометров;

3. для людей с серьезными нарушениями ритма автоматические тонометры неприемлемы;

4. предпочтительнее использовать аппараты с автоматической компрессией, т.к. ручное нагнетание воздуха может сопровождаться кратковременным повышением АД. У большинства пациентов этот подъем непродолжителен – около 10 сек., однако у пожилых лиц подобная реакция может быть более длительной.



Какая работа способствует гипертонии?

Для многих из нас работа - главный источник стресса. У японцев даже есть специальное слово, означающее смерть от переработки. Это приводит к тому, что становятся все актуальнее вопросы, связанные с влиянием работы на кровяное давление.

Установлено, что наиболее высокие показатели кровяного давления наблюдаются во время работы и кровяное давление выше в рабочие дни, чем в выходные.

Обнаружено также, что корреляция между массой левого желудочка и кровяным давлением более тесная между кровяным давлением, измеренным в рабочие дни, чем измеренная дома или во время сна.

Больше всего повышает кровяное давление работа, которая одновременно напряжена и ответственна, но работающий не может полностью контролировать ее результаты.

Интересно, что имеются гендерные (половые) особенности «рабочей» гипертонии у мужчин и у женщин. Обнаружено, что напряженная работа сама по себе не вызывает повышения кровяного давления у женщин, пока они имеют «семейные обязанности», определяемые как наличие детей дома и выполнение хозяйственной работы.



Трудовые подвиги доводят до инфаркта

Служащие, которые ходят на работу, невзирая на простуды и прочие ОРЗ, рискуют заметно сократить себе жизнь, предупреждают ученые. У многих работников, постоянно отказывающихся от больничного, сердечные заболевания наблюдаются вдвое чаще по сравнению с нормой.

К такому заключению пришли специалисты из лондонского Университетского колледжа. Работать даже в состоянии легкой простуды вредно, утверждают они. Очень многие заставляют себя ходить на работу, несмотря на недуги, и понятия не имеют о последствиях таких «подвигов». Когда человек приходит на службу нездоровым, он подвергает свой организм воздействию мощного стресса, говорят исследователи, и таким образом заметно увеличивает риск сердечных заболеваний.

Исследователи сравнили показатели посещаемости рабочего места с историями болезни госслужащих и обнаружили, что от 30 до 40% тех, кто практически никогда не берет больничный, вдвое чаще остальных ложатся впоследствии в больницу с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Рыба и чеснок - от атеросклероза

Установлены нормы потребления жирных сортов рыбы, позволяющие максимально увеличить кардиопротективный эффект, одновременно уменьшив риск отравления поллютантами.

По мнению британского агентства FSA, мужчины, юноши, мальчики, а также женщины в постменопаузе могут съедать до 4 порций жирных сортов рыбы в неделю (каждая порция - 140г рыбы). Женщины детородного возраста, в том числе беременные и кормящие грудью, девушки и девочки должны ограничиваться двумя порциями рыбы в неделю.

Известно, что потребление жирных сортов рыбы (лосось, тунец, сардины, макрель) ассоциируется со снижением риска ИБС - очевидно, за счет кардиопротективного действия длинноцепочечных омега-3 полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК). Потребление не менее 1,5 г/сут. омега-3 ПНЖК позволяет снизить плазменные уровни триглицеридов и маркеров воспаления, цифры артериального давления, уменьшить агрегацию тромбоцитов. Кроме того, омега-3 ПНЖК оказывают антиаритмический эффект у больных, перенесших инфаркт миокарда.



Однако в жирной рыбе могут содержаться диоксины и диоксиноподобные полихлорированные бифенилы, а также другие липофильные органические поллютанты. Употребление жирных сортов рыбы - простой способ уменьшить риск заболеваний сердца. Тем не менее, большинство людей едят рыбу очень редко - несмотря на то, что и одна порция в неделю принесет ощутимую пользу.

Киви вылечит сердце

Фрукты киви могут помочь в борьбе с болезнями сердца благодаря способности сжигать жиры, блокирующие артерии, что снижает риск образования тромбов. К такому выводу пришли норвежские ученые, рекомендуя ежедневно употреблять в пищу два-три плода киви.



Они установили, что эффект такой диеты проявляется уже через 28 дней. За этот срок на 18% уменьшается риск образования тромбов и на 15% снижается уровень в крови вредных жирных кислот. Поэтому плоды киви могут стать полезной альтернативой аспирину, который часто применяется в тех же целях.

Оливковое масло защищает сердце

Оливковое масло и содержащие его блюда крайне полезны для сердца и кровеносных сосудов, защищая их от атеросклероза и недостатка кислорода.

Как показали исследования американских ученых, регулярное употребление в пищу содержащих оливковое масло продуктов снижает вероятность развития атеросклероза и связанных с ним заболеваний (ишемической болезни сердца, нарушений мозгового кровообращения). Так, оказалось, что даже замена сливочного масла, на котором готовятся многие блюда, на оливковое снижает риск развития этих болезней почти в два раза.

Полученные данные объясняют и тот факт, что жители средиземноморских стран болеют атеросклерозом гораздо реже, чем европейцы и азиаты. Ведь жители этого региона используют в пищу именно оливковое масло, а не обычные для европейцев или американцев животные, и тем самым спасают свое здоровье.





БРОНХИТ-ШКОЛА: ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

Школу ведут специалисты пульмонологического отделения №2 МУЗ «Городская больница №5»
Татьяна Александровна КОРНИЛОВА, главный пульмонолог г.Барнаула,
заведующая отделением, врач высшей категории;
Инна Ивановна СОПОВА, врач-пульмонолог; **Ирина Петровна СОКОЛ**, врач-пульмонолог;
Евгения Витальевна НИКИТИНА, врач-пульмонолог

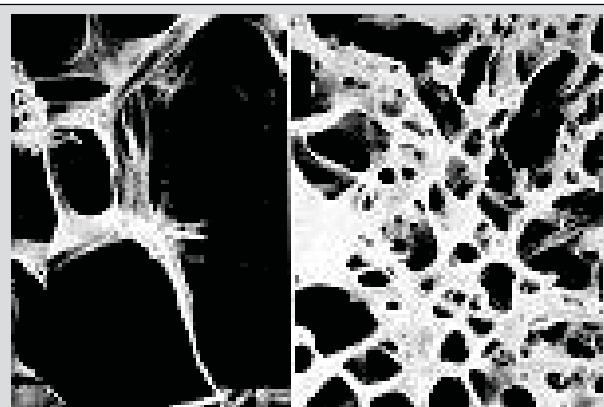
Занятие 10

Почему пульмонологи насторожены, или Опять об остеопорозе

Остеопороз - это заболевание скелета, при котором происходит значительное снижение плотности костей. Они становятся хрупкими, ломкими, что может приводить к переломам даже при незначительных механических воздействиях.

Почему и как возникает остеопороз?

Плотность костной ткани не одинакова в различные периоды жизни человека. С момента рождения до 25 лет плотность костной ткани растет, с 25 до 35-40 лет - остается на максимальном уровне, после 40 лет - начинает постепенно снижаться. Это нормальный физиологический процесс снижения плотности костной массы с возрастом. **Однако в этот процесс могут вмешиваться различные заболевания и нарушения обмена веществ, например, хронические заболевания опорно-двигательного аппарата и системы кровообращения, прежде всего, ревматоидный артрит и ревматический полиартрит, спондилоартрит, системная красная волчанка, эндокринные нарушения, длительное (годами, непрерывно) лечение гормонами - таблетированными глюкокортикостероидами, в том числе и по поводу ХОБЛ.** Глюкокортикостероиды значительно увеличивают скорость снижения плотности костной ткани и приводят к развитию остеопороза. Такой остеопороз называется стероидным.



Нормальное строение кости

Кость больного остеопорозом

Остеопороз существовал издавна, а распространенность его в наши дни объясняется увеличением продолжительности жизни. Ведь это болезнь пожилых людей, прежде всего - женщин.

Почему остеопороз возникает в пожилом возрасте?

Как и все ткани организма, костная система не остается неизменной. Сформировавшись к 16-20 годам, в течение последующей жизни человека она претерпевает постоянное развитие: старые участки кости периодически заменяются новой тканью. Этот процесс находится под генетическим контролем организма, с возрастом, когда нарушается гормональный баланс, контроль ослабевает, и процессы, обуславливающие рассасывание старой кости и образование новой, уже не уравниваются друг друга. **Процесс разрушения начинает преобладать над образованием, кости теряют свою эластичность и сопротивляемость ударам, становятся хрупкими, подверженными переломам.**

Какие факторы повышают риск заболевания?

Прежде всего, играет роль **наследственность**. Если у родственников в возрасте после 50 лет происходили переломы костей (что могло быть связано с остеопорозом), то, вероятно, и у вас с возрастом кости приобретут хрупкость. Имеют значение и аналогичные патологии у всех близких родственников, хотя иногда болезнь передается по мужской линии.

Следующий фактор риска - **вес**. Логично предположить, что полнота усиливает нагрузку на кости. Как ни странно, при остеопорозе действует совсем другая закономерность - этим заболеванием в основном страдают худенькие, миниатюрные, чаще светлоглазые женщины. Представительниц темной и желтой рас остеопороз поражает гораздо реже, как и людей с избыточным весом.

Возникновению остеопороза могут способствовать различные **хронические заболевания опорно-двигательного аппарата и системы кровообращения**, прежде всего ревматические, а также нарушение функции эндокринных желез.

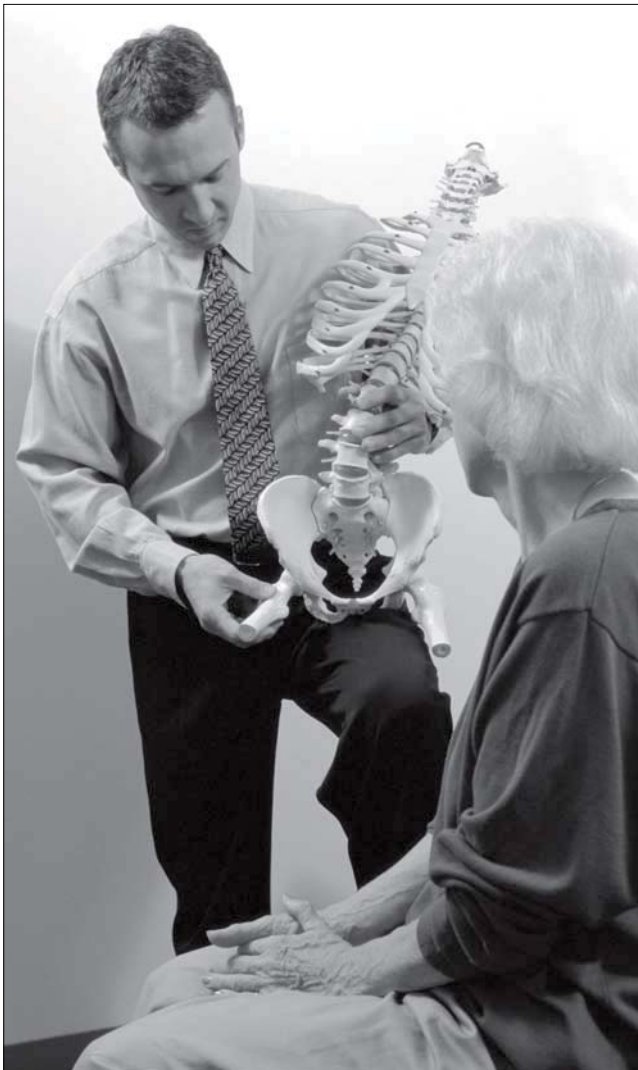
К факторам риска относятся и **недостаточная физическая активность, отсутствие солнечной инсоляции, свежего воздуха, низкое потребление кальция с пищей.** ►

Как проявляется болезнь?

Проявления заболевания не всегда бывают типичны. Многих людей подолгу беспокоят боли в суставах, пояснице, других отделах позвоночника, которые принимаются за проявления артрита или остеохондроза. Обратите внимание: **при остеопорозе боли, как правило, проявляются в грудном отделе позвоночника, по характеру они ноющие и достаточно длительные.** Окружающие мышцы нередко спазмируются. «Остеопорозные» боли иногда на время проходят, если немного посидеть или полежать.

Есть еще несколько важных внешних признаков. **Присмотритесь, не появилась ли у вас сутулость, не стали ли вы меньше ростом?** У некоторых пожилых женщин формируется такой выраженный кифоз (выпуклость кзади) грудного отдела позвоночника, что со временем он превращается в горб. Это свидетельствует об активном процессе разрушения позвоночника за счет деформаций позвонков.

Часто остеопороз развивается постепенно, без каких-либо признаков, и впервые об остеопорозе мы узнаем по факту перелома кости. Статистика свидетельствует, что **приблизительно у каждой третьей женщины в пожилом возрасте случается, по крайней мере, один перелом.** При стеро-



идном остеопорозе переломы обычно возникают в позвоночнике, ребрах, лучевой кости, в два раза увеличивается частота переломов шейки бедра.

Для ранней диагностики остеопороза и решения вопроса о необходимости лечения, **надо пройти обследование - измерение плотности костной ткани - денситометрию.** Процедура простая и безболезненная, не требует дополнительной подготовки, безвредна, занимает 10-15 минут. Обычная рентгенография костей показывает изменения лишь при выраженной потере костной ткани (более 30%), когда лечение очень трудно. Этот метод является дополнительным к измерению плотности костной ткани.

С результатами денситометрии необходимо проконсультироваться у врача. Если обнаружено наличие остеопороза, необходимо лечение, заключающееся в приеме различных препаратов, лечебной гимнастике, а так же, что очень важно, - обеспечении безопасного передвижения по дому и на улице, т.е. использование трости, корсетов, исключение резких движений и подъема тяжестей.

Как предупредить остеопороз?

Придерживайтесь диеты, обогащенной кальцием. Потребности организма пожилого человека в этом элементе можно покрыть, выпивая 1-2 стакана молока в день. Если кишечник плохо переносит молоко, нужно заменять его кисломолочными продуктами - кефиром, творогом, йогуртом, сыром. Очень полезны курага, чернослив, шпинат, любые овощи.

Важным компонентом профилактики и лечения остеопороза является **витамин Д.** Он образуется в нашей коже под влиянием солнечных лучей. Обычно для покрытия потребности организма в витамине Д достаточно, если руки и лицо находятся на солнце 10-15 минут 2-3 раза в неделю. Для людей, не выходящих из дому, основным источником витамина Д являются молочные продукты, рыба, яичный желток, печень.

Откажитесь от курения и ограничьте потребление алкоголя. Сами по себе эти факторы могут привести к развитию остеопороза.

И, разумеется, крайне **важно посылно двигаться.** Ежедневные физические упражнения улучшают состояние костной ткани, мышечную силу и координацию движений, что в итоге приводит к снижению риска падений и переломов.

Каковы способы лечения остеопороза?

Разработаны комплексные программы лечения остеопороза на разных стадиях потери костной массы. Если процесс идет быстро, то лечение будет достаточно дорогим и длительным. В случае менее выраженной потери состояние можно стабилизировать в течение 1-2 лет, а затем лишь поддерживать его. Ваш врач может назначить препараты кальция и витамина Д, бисфосфонаты, миакальцик и др. Кальций входит в большинство мультивитаминных комплексов. Внимательно изучите инструкцию по их приему: суточная доза витамина Д составляет 400-800 МЕ, и превышать ее не следует.

Если вы вынуждены постоянно лечиться системными глюкокортикостероидами, не поддавайтесь панике! Получая необходимые препараты для профилактики остеопороза, даже если вы перенесли тяжелые переломы, есть шанс прекратить потерю костной ткани.

Пожалуйста, помните, что остеопороз легче предотвратить, чем лечить!

От редактора: этой публикацией мы завершаем цикл материалов Бронхит-школы.

Флоренс Найтингейл

«Записки об уходе»

Глава 2. О правильном устройстве жилищ

Чтобы жилище было здоровым, необходимы: 1) чистый воздух, 2) чистая вода, 3) правильное устройство отхожих мест, 4) чистоплотность, 5) свет. При несоблюдении какого-либо из этих условий жилище не может считаться здоровым.

Для поддержания чистоты воздуха жилища должны быть устроены так, чтобы **наружный воздух имел свободный доступ везде и всюду**. Огромные дома с населением в несколько сот человек представляют собой самую благоприятную почву для развития всевозможных болезней, в особенности заразных...

Помимо своего непосредственного значения для человеческого организма, вода является распространителем таких заразных эпидемиологических болезней, как холера, тиф и пр. **Никогда не следует употреблять для питья воду, имеющую какой-либо запах, цвет или вкус, а также воду сырую, так как никогда нельзя ручаться за полную доброкачественность какой бы то ни было воды**. Лучше всегда употреблять для питья воду кипяченую и остуженную. Запас воды никогда не следует оставлять

в открытых сосудах, в особенности в жилых и спальнях комнатах, потому что, с одной стороны, вода вбирает в себя вредные газы, а с другой — вследствие испарения распространяется сырость.

В деревнях громадную опасность представляет близость хлебов к жилым помещениям, и там об удалении нечистот не может быть и речи, ввиду того, что навоз является ценным удобрением. **Жилье, из которого плохо удаляются отбросы, как человека, так и хозяйства, является источником всевозможных болезней...**

Проветривание само по себе не достигнет цели, если оно не пойдет рука об руку с чистоплотностью, причем понимать чистоплотность нужно внутри и вне дома.

Темные жилища столь же вредны для здоровья, как жилища, плохо проветриваемые, грязные и сырые. Недостаток света сам по себе задерживает рост, усиливает и вызывает золотуху, английскую болезнь и другие свойственные детскому возрасту заболевания. Взрослые также заболевают в темных жилищах и, раз заболев, не выздоравливают, пока их не переведут в другое, более гигие-

ничное, помещение...

В огромном большинстве случаев люди рассчитывают на Божью помощь, совершенно забывая при этом о собственных обязанностях в отношении охранения собственного здоровья и здоровья других. **Нельзя безнаказанно нарушать условия, от которых зависит поддержание в здоровом состоянии человеческого организма**. В нашей власти своевременно принять меры самые простые, не требующие никаких затрат, а в то же время ведущие непосредственно к цели, т.е. к сохранению здоровья...

Правда, **чистый воздух, хорошая пища, безукоризненная чистоплотность не помогут, когда человек ведет неправильный образ жизни**, пре дается излишества или же когда он испытывает продолжительное время различные нравственные потрясения, которые подтачивают здоровье не меньше испорченного воздуха...

Под выражением «гигиенические условия» нужно разумеать такую обстановку, при которой человек находится в состоянии здоровья, т.е. такую, при которой устранена возможность забо-

левания в силу внешних причин. Если человек хворает по причинам внутренним, например, вследствие унаследованной болезни, то под «гигиеническими условиями» следует понимать такие, благодаря которым развитие болезни может быть в значительной мере задержано и ослаблено.

В сущности, этих условий очень немного: **свет, тепло, чистый воздух, здоровая пища, безвредная питьевая вода, чистоплотность, отсутствие излишеств** и, наконец, еще одно условие, соблюдение которого иногда не зависит от воли человека — **душевное спокойствие**, без которого человек никогда не будет пользоваться хорошим здоровьем.

Многие болезни, считавшиеся в прежние времена бичами человечества, например, чума, совершенно исчезли исключительно благодаря санитарным мерам борьбы с ними. Только благодаря тем же мерам в настоящее время исчезает в Европе другая

страшная болезнь — сифилис. Оспенные и холерные эпидемии хотя и появляются, но уже далеко не свирепствуют с такою страшною силою, как прежде.

Но **огромная масса людей еще держится того убеждения, что болезни представляют собой нечто неизбежное**, а многие серьезно опасаются, когда не хворают в течение нескольких лет, думая, что это «не к добру» и что человеческое тело будто бы нуждается в каком-то «очищении»...

Особенного внимания в детском возрасте заслуживают колыбели, коляски и кровати. Обыкновенные матрасики и подушки пропитаны нечистотами, что чрезвычайно губительно влияет на организм ребенка. Кроватки нередко густо занавешивают и закрывают, так что ребенок несколько часов подряд дышит испорченным собственными испарениями и дыханием воздухом. **Устраняйте все вредные влияния, дайте ребенку дышать чистым**



воздухом, содержите его в безукоризненной чистоплотности, не отравляйте его сырой водой и сомнительного качества молоком.

Глава 3. Обо всем нужно думать

Какою бы опытной ни была сиделка, она может сильно повредить больному тем, что не заботится о тех мелочах, которые иногда имеют громадное значение при уходе за больными, в особенности тогда, когда она отсутствует. **Опытная сиделка**, обладающая достаточными знаниями ухода за больными и сознательно относящаяся к своему делу, **сумеет распорядиться так, что и при ее отсутствии больной будет обставлен сообразно требованиям рационального ухода**. Неоспорим факт существования чрезвычайно малого числа сиделок, которые задаются вопросом, что может произойти, когда они отсутствуют. Никогда их заботы не простираются до того, чтобы больной ни одной минуты не оставался без надлежащего ухода...

Сиделки глубоко убеждены, что могут справиться сами, без посто-

ронней помощи, при этом забывают, что суетливость их в высшей степени расстраивает нервы больного. **Каждая сиделка должна поставить себе правилом сообщать больному вовремя, когда она уходит, на сколько времени, когда вернется.**

Всегда надо помнить, что **больные и дети требуют самого бдительного надзора и ни на минуту не могут быть предоставлены сами себе**. В частных домах небрежное отношение к больным встречается гораздо чаще, нежели в больницах, где дело ухода за больными организовано гораздо лучше...

Трудность ухода за больными заключается в том, чтобы все делалось как бы само собою и чтобы участие сиделки было мало заметно, то есть, чтобы ее присутствие ощущалось и тогда, когда ее нет.

Помимо знакомства с требованиями гигиены, сиделка должна еще уметь обращаться с большими, снисходительнее к их капризам и всегда помнить, что всякий больной находится в состоянии нервного перевозбуждения...

Подобно воспитательнице детей, сиделка не должна потакать всем капризам больного, но и не должна вступать с ним в пререкания, как с человеком здоровым. Душевное состояние больного весьма сильно влияет на состояние его тела, а следовательно, и на ход болезни...

Уход за больными — дело очень сложное, требующее, помимо терпения, тонкой наблюдательности и понимания гигиенических условий, а вместе с тем и понимания душевного состояния больного.

(Продолжение следует)

Применение музыкотерапии для психологической реабилитации пациентов госпиталя

**Ольга Дмитриевна Селиванова, старшая сестра гериатрического отделения
МУЗ «Городская больница №9»,
Ирина Владимировна Шурова, старшая медсестра неврологического отделения
Краевого госпиталя для ветеранов и воинов, г.Барнаул**

В мае 2005 года в г. Кемерово прошла областная научно-практическая конференция, посвященная 60-летию победы советского народа над фашистской Германией. Мы представляли делегацию Алтайской региональной АСМР. Нам показался очень интересным опыт отделения инвалидов и участников войн МУЗ «ГБ №3 им. М.А. Подгорбунского», г. Кемерово, где в качестве независимых сестринских вмешательств стали внедряться сеансы музыкотерапии. Медицинские сестры используют аудиозаписи релаксационного воздействия.

Феномен музыкотерапии лишь в последние годы вошел в медицинскую практику в качестве одного из альтернативных методов лечения. Он уходит корнями в магическую роль музыкального искусства, которую оно играло в древние времена. Маги и шаманы прибегали к нему, чтобы изгонять из соплеменников «дух болезни».

Воздействие музыки не прямолинейно. Музыка радостная, ликующая далеко не всегда окажет целебное воздействие на удрученного горем или внутренним разладом человека. Она может быть воспринята как досадный шум или даже как насмешка.

Любой из великих композиторов выполнял по сути дела работу врача-музыкотерапевта. Известен случай, когда Бетховен, не найдя слов для матери, потерявшей маленького сына, сел за фортепиано и своей вдохновенной импровизацией облегчил ее душевные страдания.

В процессе музыкотерапии **можно не только снять травмирующие переживания в ходе их припоминания и изживания, но и наполнить душевное состояние пациентов пережива-**

ниями, которых им не достает в реальной жизни, связанными с такими качествами, как смелость, бодрость, энергия, мужество.

Исполнение музыки, прежде всего, песни как наиболее доступного вида музыкальной деятельности, **дает возможность пациентам осуществить опыт ролевого перенесения себя в образ героя песни.** В этом образе они переживают те эмоции и чувства, которые им в силу своего состояния недоступны.

Пациентам госпиталя предлагается семь пакетов программ, включающих в себя классическую музыку, и звучащие на ее фоне шум моря, голоса птиц, шелест листьев.

1. Для уменьшения раздражительности, разочарования и для повышения чувства бренности жизни природы, частью которой являешься: Бах - «Кантата №2», Бетховен - «Лунная соната», Прокофьев - «Соната «Ре», Франк - «Симфония ре-минор».

2. Для уменьшения чувства тревоги, неуверенности в благополучном конце происходящего: Шопен - «Мазурка и прелюдии», Штраус - «Вальс», Рубинштейн - «Мелодия».

3. Для общего успокоения, умиротворения и согласия с жизнью в том виде, какая она есть: Бетховен - «Шестая симфония» 2-я часть, Брамс - «Кольбельная», Шуберт - «Аве Мария», «Анданте из квартета», «Ноктюрн соль-минор», Дебюсси - «Свет луны».

4. Для уменьшения злобности, зависти к успехам других людей: Бах - «Итальянский концерт», Гайдн - «Симфония», Сибелиус - «Финляндия».

5. Для снятия эмоциональных симптомов гипертонии и напряженности в отношении с другими людьми: Бах - «Концерт ре-минор для скрипки», «Кантата №21», Барток - «Соната для фортепиано», «Квартет №5», Брукнет - «Месса ми-минор».

6. Для уменьшения головной боли, связанной с эмоциональным перенапряжением: Бетховен - «Фиделио», Моцарт - «Дон-

Жуан», Лист - «Венгерская рапсодия №1», Хачатурян - «Сюита «Маскарад», Гершвин - «Американец в Париже».

7. Для поднятия общего жизненного тонуса - улучшение самочувствия, повышение активности, улучшение настроения: Бах - «Прелюдия», «Фуга «Минор», Бетховен «Увертюра «Эгмонт», Чайковский - «Шестая симфония, 3-я часть», Шопен - «Прелюдия», Лист - «Венгерская рапсодия».

Подобные сеансы проводятся три раза в неделю в специальной комнате психологической нагрузки.

В отделении инвалидов и участников войн планируется продолжать и расширять начатую работу. Полученные результаты свидетельствуют о благотворном влиянии музыкотерапии на соматическое состояние пациентов.



- В практике сложилось так, что председатели городских аттестационных комиссий по специальности «Сестринское дело» были главные медсестры крупных стационаров, имеющие высшее образование. В этом году председателем назначили директора медицинского колледжа. Правильно ли это?

- Безусловно, оценивать квалификацию медицинских сестер должны специалисты в области сестринского дела. Однако никакими нормативными документами этот вопрос не регламентирован.

Центральная аттестационная комиссия рекомендует, чтобы и председатель аттестационной комиссии, и ее члены имели диплом медицинской сестры, осуществляли профессиональную деятельность по одной из сестринских специальностей и владели методами оценки квалификации.

Кроме того, председатель аттестационной комиссии должен не только уметь организовать работу комиссии, но и обеспечить методическое сопровождение процесса аттестации (разработка методических документов системы аттестации персонала). Совокупность всех качеств при утверждении кандидатуры председателя аттестационной комиссии по специальности «Сестринское дело» должна учитываться.

(По материалам российской печати)

Также наше внимание на конференции привлекло выступление, касающееся вопросов геродиететики лиц пожилого возраста. Основные моменты доклада предлагаем Вашему вниманию.

Диететика в жизни

людей пожилого и старческого возраста

Постоянное угасание функций человеческого организма – состояние естественное, однако образ жизни, привычки, характер питания – это те факторы, которые отодвигают старость либо превращают ее в бодрую и вполне благополучную стадию человеческого существования, делают качество жизни достаточно высоким.

Неправильное питание значительно снижает защитные силы организма и работоспособность, нарушает процессы обмена веществ, ведет к ускорению старения, развитию различных заболеваний. Все это неблагоприятно отражается на качестве жизни, особенно лиц пожилого и старческого возраста.

Правильно организованное питание, при котором используются лечебные и профилактические свойства пищевых продуктов, является одним из важных разделов лечебных и оздоровительных мероприятий. Вопросы рационального питания особенно актуальны в контексте сохранения здоровья, профилактики старения, увеличения продолжительности жизни, улучшения качества жизни лиц пожилого возраста.

При организации питания пожилых людей необходимо корректировка рациона с учетом изменений, происходящих в органах и системах, и прежде всего, в пищеварительной системе.

Каковы основные принципы питания лиц гериатрического профиля? Какие продукты и почему предпочтительны в пожилом возрасте? Какие продукты лучше ограничивать?

Основными принципами питания в пожилом и старческом возрасте являются:

1. Строгое соответствие пищевого рациона фактическим энерготратам стареющего организма. В старости происходит снижение физической активности и, как следствие этого, - основного обмена, поэтому энергетическая ценность рациона должна быть снижена (мужчины – 2000-2300 ккал, женщины – 1900-2100 ккал).

2. Лечебно-профилактическая (антисклеротическая) направленность питания. В рацион питания необходимо включать пищевые вещества, обладающие липотропными свойствами и антисклеротической направленностью, продукты, богатые клетчаткой, которые стимулируют желчеотделение и перистальтику кишечника, выводят избыток холестерина.

3. Соответствие химического состава пищи возрастным изменениям и систем при старении. В пожилом возрасте потребность в пластическом материале уменьшена, снижаются адаптационные возможности организма к воздействию различных нутриентов, уменьшается использование организмом жира как энергетического материала. Поэтому рекомендуемое количество жиров в рационе - не более 0,8-1,0г на килограмм массы

тела, а белка – 1г на килограмм идеальной массы тела.

4. Разнообразие продуктового набора для обеспечения оптимального и сбалансированного содержания в рационе всех незаменимых факторов питания. Недостаток и превышение хотя бы одного ингредиента может вызвать у лиц старших возрастных групп нарушение обменных процессов.

5. Использование продуктов и блюд, обладающих достаточно легкой перевариваемостью, в сочетании с продуктами, умеренно стимулирующими секреторную и моторную функции органов пищеварения, нормализующими состав кишечной микрофлоры.

6. Щелочная направленность питания, способствующая коррекции развивающегося в старости метаболического ацидоза. Щелочными свойствами обладают растительная пища и молочные продукты. «Закислению» внутренней среды способствует высокое содержание белка и жиров животного происхождения.

7. Обогащение пищи алиментарными геропротекторами, которыми являются пищевые антиоксиданты (аминокислоты – метионин, цистеин, глутаминовая кислота; минеральные элементы – магний, марганец, медь, цинк, селен; витамины – В, Р, К, А, С, Е; многие вещества растительного происхождения – пряно-ароматические травы, танины, молочная кислота, красящее вещество свеклы).

8. Использование продуктов и блюд, достаточно легко подвергающихся воздействию пищеварительных ферментов. Это требование связано с возрастным снижением количества пищеварительных ферментов и их активности.

Приведенные принципы, с одной стороны, являются простыми, с другой – легковыполнимыми и могут использоваться при организации питания лиц гериатрического профиля.

Рекомендуется использование этих принципов и для популяризации рационального питания среди лиц пожилого и старческого возраста в виде устных (индивидуальные и групповые беседы) и письменных (памятки, буклеты, листовки, плакаты) форм.



ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО МАТЕРИНСТВА

Кафедра акушерства и гинекологии АГМУ:

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

Ольга Васильевна РЕМНЕВА,
кандидат медицинских наук, доцент кафедры,
врач-акушер-гинеколог высшей категории;
Светлана Дмитриевна ЯВОРСКАЯ,
врач-акушер-гинеколог первой
категории, кандидат медицинских наук,
ассистент кафедры



40 недель из жизни женщины

Рождение ребенка - большое и главное событие в жизни каждой семьи, но вместе с огромным счастьем в доме надолго поселяется забота и тревога, даже если малыш родился здоровым. И ни с чем не сравнимым горем является появление на свет больного ребенка, чего чаще всего можно было бы избежать, если бы родители понимали важность периода внутриутробного развития плода для последующей жизни и здоровья человека.

Если Вы курите, пьете, принимаете наркотики, медикаменты, не предписанные врачом, - Ваш будущий ребенок делает это вместе с Вами. Если Вы переносите во время беременности острую инфекцию, то малыш также страдает вместе с Вами...

Сегодня мы поговорим об опасностях, которые подстерегают Вас и Вашего ребенка за 280 дней, или 40 недель беременности.

Беременность начинается с момента зачатия, или оплодотворения - комплекса биологических процессов слияния женской и мужской клеток, соединения их генов в новую клетку, которая и представляет собой новый организм будущего ребенка. **В первую неделю оплодотворенная яйцеклетка движется из маточной трубы в полость матки**, при этом в ней происходит сложная перестройка ядерного материала и делящиеся клетки образуют шар.

Характер и время передвижения во многом определяют дальнейшее развитие зародыша. Если скорость замедлена, то может возникнуть внематочная беременность, если завышена, то плодное яйцо прикрепляется в нижнем сегменте матки, что в последующем может привести к тяжелым кровотечениям (предлежание плаценты, шеечно-перешеечная беременность).

Через трое суток зародыш падает в полость матки и «гуляет» по ней еще 3 дня, ищет подходящее место для прикрепления - имплантации.

На второй неделе беременности зародыш представляет собой скопление малых и больших клеток. Маленькие клетки располагаются по периферии, и из них образуется плацента - детское место, а большие - в центре, это - будущий человек. Наружный слой клеток продуцирует гормон беременности - хорионический гонадотропин, что прерывает менструальный цикл и побуждает организм матери к гормональной и иммунной перестройке во благо будущей новой жизни.

В этот период развития прямой связи между матерью и плодным яйцом нет, и если какой-либо повреждающий фактор подействует на мать, то возможны два исхода - либо плодное яйцо вообще не пострадает, либо беременность прервется на ранних стадиях. Этот феномен известен как закон: «Все или ничего».

Третья неделя беременности совпадает с первой отсутствующей менструацией, и женщина задает себе вопрос: «Не беременна ли я?». Об этом можно предполагать, измеряя ректальную температуру в утренние часы (она выше 37°C), или провести тест на наличие ХГ в моче. УЗИ может дать ложноотрицательный результат. У некоторых появляются сомнительные признаки беременности - изменение вкуса, настроения, тошнота, рвота по утрам. В этот период развития идет интенсивный рост плаценты и устанавливается тесная связь между матерью и зародышем, который начинает питаться тем, что доставит кровь матери. **На 21-й день начинает биться сердце эмбриона, происходит формирование головного и спинного мозга.**

На 4-8 неделях происходит дальнейшее развитие плаценты и формирование внутренних органов плода, поэтому различные повреждающие факторы (инфекции, интоксикации, производственные и бытовые вредности и др.) наиболее опасны в плане формирования пороков развития или гибели эмбриона.

9-12 недели характеризуются окончательным формированием плаценты и дальнейшим развитием внутренних органов плода. Эти недели завершают первый триместр беременности - эмбриональный. Исчезают явления раннего токсикоза, организм адаптировался к новым условиям. Меняются

0-4 недели

Первый месяц – самый насыщенный событиями период внутриутробного развития ребенка. Первая неделя потрачена на путь к матке и имплантацию. Сразу после этого начинается выстраивание тела малыша.

К концу первого месяца устанавливается циркуляция эмбриональной крови, формируется пуповина, осуществляющая связь эмбриона с будущей плацентой. К этому времени у него имеются глазные впадины, зачатки рук и ног. Полным ходом идет формирование и развитие внутренних органов: печени, почек, мочевыводящих путей, органов пищеварения.

В первые 3-4 недели беременности вредные факторы – инфекции, лекарства, физические нагрузки, стресс, веселые кутежи – фатальны, так как идет закладка органов и систем будущего человека. Вы еще не уверены в возможном материнстве, а у эмбриона уже бьется сердце.

На 21-й день после зачатия у него формируется головной и спинной мозг. Нарушение этих процессов ведет к возникновению тяжелых пороков развития. Ваш будущий ребенок напоминает ушную раковину размером 4 мм, окруженную небольшим количеством околоплодных вод.

5-8 недель

В этот период зародыш из скопления клеток превращается в плод, образуются плацента, плодный мешок, околоплодная жидкость, пуповина. В 5-6 недель эмбрион плавает в полном жидкостью пузыре. Развиваются его ЦНС, желудок и грудная клетка. К концу этого периода начинает биться сердце. Формируется система кровеносных сосудов. Эмбрион – величиной с яблочную косточку, его длина – 6 мм.

В 7 недель формируется лицо, глаза плотно закрыты. Хорошо различимы ноги и руки с расщеплениями на концах – будущие пальцы. Сердце начинает перегонять кровь по телу эмбриона. Уже есть не вполне сформированные легкие, кишечник, печень, почки и внутренние половые органы. Эмбрион величиной с маленькую виноградинку, его длина – 1,3 см.

В 8 недель эмбрион становится плодом. У него формируется лицо, пальцы, внутреннее ухо. Руки и ноги стали длиннее, обозначились бедра и колени, плечи и локти. У плода фиксируются мозговые импульсы. Развивается мышечная ткань. Малыш может двигаться. Плод величиной с ягоду клубники, его длина – 2,5 см.

9-12 недель

Внутренние органы сформировались, многие из них уже функционируют. У плода начинает вырабатываться кровь – в печени и селезенке. Образуются основные кровеносные сосуды, а затем и более мелкие. Происходит формирование костной системы. Начинают работать эндокринные железы, частично работают надпочечники. Оформились веки, теперь они закрывают глаза; мочки ушей; конечности и пальцы, на которых растут ногти. Происходит половая дифференциация. Развиваются мышцы, плод уже активно двигается, работают мышцы рта: он может всасывать и глотать жидкость, которая его окружает. К 12-й неделе его длина – около 6,5 см, а вес – около 20 г.

13-16 недель

На голове малыша появляются первые волоски, а теле – пушковые волосы (лануго), ими покрывается все тело малыша. Кожа на лице у плода еще очень тонкая и имеет красноватый оттенок. Ушные раковины заняли свое место (до этого они были ближе к шее), а ногти сформировались почти полностью. Плод уже способен периодически опорожнять мочевой пузырь, а его сердечко за сутки прокачивает около 23 литров крови. Улучшается координация движений рук и ног. Он свободно плавает в околоплодных водах. Длина малыша – уже почти 16 см и вес – 135 г.



◀ психологические реакции: женщины становятся сдержаннее, спокойнее, прислушиваются к себе, меньше реагируют на окружающих. Становится более тяжелой грудь, над лоном появляется дно матки. В этом сроке показано проведение первого УЗИ-скрининга.

С 13-17 недель беременности начинается плодовой период развития. Плацента работает в полную силу, передает плоду от матери продукты питания и кислород, выводит шлаки, снабжает строительным материалом – белками, синтезирует множество жизненно важных гормонов, оберегает плод от повреждающих факторов. Это период относительного благополучия для матери и плода. В женской консультации в эти сроки проводится гормональный скрининг для выявления внутриутробной патологии (ХГ, альфа-фетопротеин, эстриол в сыворотке крови матери).

В 18-20 недель завершается первая половина беременности. Что же изменилось в организме женщины? Она начинает ощущать шевеления плода (повторнородящая – в 18, первородящая – в 20 недель). Возникает новый третий круг кровообращения, усиливается нагрузка на сердечно-сосудистую и мочевыводящую системы беременной. Этот период является одним из критических. Плод уже имеет массу 300-350 граммов, идет дальнейшее развитие и созревание органов и систем. Начинает работать еще один закон: «Орган к органу», т.е. если у матери имеется больной орган, то этот орган плода действует с удвоенной силой, рискуя преждевременно истощиться.

В 21-28 недель беременности идет интенсивный рост костей и мышц плода. В связи с большой потребностью в кальции плода у матери могут болеть зубы, появляются судороги в ногах. Избежать этого просто – добавьте в рацион препараты кальция. Одним из простых тестов оценки развития плода в эти сроки является измерение высоты стояния дна матки, которая должна соответствовать сроку беременности. В 22-24 недели проводится второй скрининг УЗИ для выявления пороков развития плода, его поведенческих реакций и оценки состояния плаценты.

29-32 недели начинаются третий триместр беременности и поздний плодовой период. В 30 недель женщина уходит в декретный отпуск. Этот срок также является критическим, т.к. вероятно опасностью развития грозного осложнения беременности – позднего гестоза (появление отеков, белка в моче, повышение артериального давления) и преждевременных родов. Масса плода – 1000-1200 граммов, и вне матки он уже может выжить, но для его выживания требуются определенные условия – инкубатор, дыхательная аппаратура, так как легкие еще незрелые.

В 33-36 недель дно матки доходит до уровня мечевидного отростка, периодически матка приходит в безболезненный и кратковременный тонус. Беременные могут испытывать дискомфорт в виде изжоги, затрудненного дыхания. Нагрузка на органы и системы женщины максимальна. Из-за срыва адаптации может манифестировать клиника позднего гестоза, появляться симптомы внутриутробного страдания плода – гипоксия и гипотрофия. В эти сроки беременности проводится третий скрининг для оценки функционального состояния плода и плаценты.

37-40 недель – завершающий этап беременности. Плод интенсивно набирает массу тела, заканчивает свое внутриутробное развитие, плацента, наоборот, «стареет». Снижаются ее способности по защите плода от влияния вредных факторов. Это отражается на состоянии плода. Он испытывает стресс, который приводит к напряжению надпочечников и выбросу кортизола – гормона стресса, что является пусковым моментом родов.

Вот и все. Ваш малыш вырос, окреп, имеет все признаки зрелости и готов к самостоятельной жизни. Его масса более 3000 граммов, рост – 48-52 см, достаточное количество подкожно-жировой клетчатки, он способен удерживать тепло и самостоятельно дышать.

Пусть полученные знания об этапах развития плода, особенностях течения беременности и возможных осложнениях помогут Вам явить миру здорового и счастливого малыша.

ОТ РЕДАКЦИИ:

Цикл публикаций раздела «Школа ответственного материнства» вызывает большой интерес у читателей журнала, многие спрашивают, 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

17-20 недель

Рост плода продолжается: он весит уже около 350 г и имеет длину 25 см. Если растёт девочка, то у нее в яичниках уже образуются примитивные яйцеклетки. Сформировались зачатки постоянных зубов, фаланги пальцев рук и ног. На подушечках пальцев уже появился индивидуальный узор. Из пушковых волосков и клеток кожи формируется родовая смазка, которая защищает кожу малыша. Плод уже способен реагировать на громкие внешние шумы. Поэтому самое время заняться эстетическим воспитанием ребенка.

21-24 недели

У маленького человечка хорошо развиты мышцы рук и ног, и он регулярно проверяет их силу. Кроха отчаянно брыкается и пытается перевернуться вниз головой. Движения малыша – один из важнейших признаков его нормального развития. На 24-й неделе ребенок выглядит и ведет себя почти так же, как перед рождением. Правда, жировых отложений нет, поэтому тельце худенькое. В этот месяц активно идет накопление бурого жира, который обладает высокой энергетической ценностью. В коже формируются потовые железы. Маленький человечек чутко реагирует на мамин настрой, слышит громкие крики извне и даже может испугаться этих звуков. Но услышав ласковые и нежные слова, успокаивается и затихает. Крошка может кашлять и икать – это ощущается как легкое постукивание внутри вас. Время сна у малыша не всегда совпадает с вашим. Он научился сосредоточенно сосать большой палец. К 24-й неделе малыш имеет длину 33 см, а вес – 570 г.

25-28 недель

К 28-й неделе он весит примерно 1000 г, а его рост может достигать 37 см. Под кожей младенца образовалась жировая клетчатка. В эти сроки отмечается интенсивный рост плода, формирования мышц. Его движения становятся более частыми. Малыш умеет сосать палец и улыбаться. После 26-й недели все акушеры мира признают плод рожденным, если ему «вздумается» родиться.

29-32 недели

С 32-й недели ребенок вполне готов к появлению на свет. Его легкие уже полностью созрели. Образовался так называемый сурфактантный слой – липидная (жировая) пленка, изнутри покрывающая легкие тонким слоем, позволяющим малышу дышать нормально. Кроха активно двигается, но характер шевелений становится несколько иным. На смену диким кульбитам и переворотам пришли толчки и пинки локтями и коленями – в матке ему уже тесновато, и возможно, что малыш уже перевернулся головкой вниз, готовясь к рождению. В конце 8-го месяца маленький человек уже имеет весьма приличное представление о среде, которая его окружает.

33-36 недель

Все органы и системы крохи существуют и функционируют достаточно давно, однако продолжается «дошлифовка» отдельных систем (нервной, мочеполовой и т.д.). У мальчика четко обозначились яички. В оставшийся месяц ребенок будет прибавлять в среднем по 28 г в день.

37-40 недель

В промежутке между 36-й и 40-й неделями ребенок набирает свои окончательные рост и вес. Индивидуальные размеры малыша зависят от роста и веса его родителей. Теперь он реже переворачивается в матке. Почти исчез первоначальный пушок – лануго, осталось чуть-чуть на плечах, руках и ногах. В кишечнике скапливается темная субстанция – меконий, первичный кал. Ребенок в этот период тренирует дыхание и отрабатывает глотательные движения.

Генетическое здоровье потомства можно прогнозировать

**Александр Михайлович Никонов,
заведующий медико-генетической консультации,
кандидат медицинских наук**

Ежегодно в крае рождается около одной тысячи детей с врожденными и наследственными заболеваниями. Для семьи это поистине огромная трагедия. Медико-генетическая консультация ставит своей целью предотвращение рождения детей с подобными нарушениями. В медико-генетической помощи нуждается 10% населения. И такую помощь населению Алтайского края и Республики Алтай вот уже двадцать пять лет оказывает Алтайская межрегиональная медико-генетическая консультация, которая является частью российской Федеральной медико-генетической службы.

Профилактику наследственных и врожденных заболеваний проводят несколько подразделений консультации: консультативное отделение, отделение пренатальной диагностики, цитогенетическая лаборатория, лаборатория неонатального скрининга и лаборатория ДНК-диагностики.

К основным показаниям для обращения в консультацию относятся следующие случаи:

1. если женщина старше 35 лет, а мужчина старше 45 и они планируют деторождение. У лиц этого возраста независимо от возраста второго супруга высокий риск по наследственным заболеваниям для потомства;

2. в семье имеются два и более родственника с одним и тем же заболеванием. В таких случаях имеется

высокая вероятность того, что это заболевание - наследственное. В связи с этим такие семьи нуждаются в медико-генетической помощи;

3. установленная или подозреваемая наследственная болезнь в семье. Эти семьи имеют высокий риск повторного рождения ребенка с наследственным заболеванием;

4. заболевание с рождения (тугоухость, слепота и др.) – как правило, такие состояния носят врожденный или наследственный характер;

5. кровнородственный брак повышает риск по наследственным заболеваниям потомства;

6. случаи рождения детей с врожденными пороками развития. В таких семьях имеется высокий риск повторного рождения ребенка с таким же пороком;



7. привычное невынашивание беременности, аменорея, бесплодие в браке. Часто причиной этих состояний являются наследственные нарушения;

8. воздействие возможных неблагоприятных факторов до или в течение первых трех месяцев беременности, которые могут вызвать нарушения развития плода;

9. отклонения уровня АФП и ХГЧ у беременных и отклонения при УЗИ плода требуют специального обследования с целью исключения врожденного и наследственного заболевания ребенка.

Мы также приветствуем обращения в консультацию лиц, не имеющих этих показаний, но беспокоящихся о своем здоровье и о здоровье своего потомства.

В медико-генетической консультации проводятся следующие исследования:

1. клинико-генеалогическое - анализ здоровья родственников с целью определения отягощенности семьи наследственной патологией;

2. цитогенетические - анализ хромосом для обнаружения возможного скрытого носительства хромосомных аномалий;



3. биохимические - диагностика наследственных дефектов обмена веществ;

4. молекулярно-генетическая диагностика наследственных заболеваний. Этот метод дает возможность на генном уровне диагностировать заболевание, определять скрытое носительство аномальных генов и предотвращать рождение больного ребенка;

5. массовое обследование новорожденных на фенилкетонурию и врожденный гипотиреоз. Эти заболевания без раннего специального лечения приводят к тяжелой умственной отсталости;

6. массовое обследование беременных на АФП и ХГЧ для выявления беременных с повышенным риском по синдрому Дауна;

7. комплексное и специализированное обследование состояния плода;

8. анализ хромосом плода в 8-22 недели беременности;

9. диагностика пола плода в 8-10 недель беременности;

10. УЗИ при гинекологических нарушениях.

В качестве примеров оказания нашей консультацией медико-генетической помощи населению расскажу несколько ситуаций, с которыми к нам приходят люди.

Первый пример:

В Консультацию обратилась супружеская пара в связи с привычным невынашиванием беременности. Анализ хромосом показал, что один из супру-



гов является носителем сбалансированной (скрытой) перестройки хромосом, что и приводило к спонтанным выкидышам. Анализ возможных вариантов хромосомных наборов у потомства этих супругов показал, что они имеют шанс рождения здорового ребенка. Однако для предотвращения рождения больного ребенка был проведен анализ хромосом плода в раннем сроке беременности. Анализ показал, что плод мужского пола имеет такую же хромосомную перестройку, что и его родитель. В результате беременность сохранили, и в срок родился здоровый мальчик.

Второй пример:

42-летняя женщина в 7 недель беременности обратилась в консультацию с целью прогноза потомства. Брак второй, мужу 38 лет, беременность планировали. В данном случае опасения в отношении здоровья потомства обоснованы, поскольку с возрастом растет риск по болезни Дауна. При проведении анализа хромосом плода в 10 недель беременности были обнаружены изменения хромосом, характерные для болезни Дауна. Беременность была прервана. В данном случае было предотвращено рождение ребенка с тяжелым заболеванием, который обременил бы семью на многие годы и возможно привел бы к ее распаду. Следующая беремен-

ность у этой супружеской пары закончилась рождением здорового ребенка, но также после проведения анализа хромосом в раннем сроке.

Третий пример:

По программе массового обследования у новорожденного на пятые сутки жизни были обнаружены отклонения в анализах, характерные для врожденного гипотиреоза (недостаточности функции щитовидной железы), который без лечения приводит к тяжелой умственной отсталости и задержке физического развития. После уточнения диагноза ребенку назначили специальное лечение. В настоящее время ребенку 6 лет, посещает детский сад, от сверстников в умственном и физическом развитии не отстает.

Можно еще много приводить примеры, когда применение специальных генетических методов исследования позволило предотвратить рождение больного ребенка или развитие тяжелого наследственного заболевания...



**Алтайская межрегиональная
медико-генетическая
консультация:
656019, г.Барнаул,
ул. Гущина, 179, АККДБ МГК
телефоны: (385-2) 51-05-58,
51-08-71. E-mail: nam@ctmed.ru**

Красивая здоровая улыбка - это просто!

Руслан Владимирович Быков, врач-стоматолог первой категории, Тальменская ЦРБ

Гингивит – воспаление десен, которое может развиваться в любом возрасте, охватывая почти всю слизистую полости рта в области 3-4 зубов. При этом десны краснеют, опухают, становятся рыхлыми, нередко кровоточат во время приема пищи или чистки зубов. Часто во время беременности возникает хроническая форма гингивита из-за гормональных изменений в организме женщины. У детей, страдающим лейкозом, гингивит иногда служит первым признаком этой болезни.

Причины воспаления десен разнообразны. Чаще всего это **плохая гигиена полости рта и отложение зубного камня**. Воспаление также является следствием неправильной постановки пломбы или пользования жесткой зубной щеткой.

При тяжелых заболеваниях желудочно-кишечного тракта (например, при язве желудка), **резком недостатке витамина С** (так называемом цинготном гингивите) на деснах возникают язвы и отеки, расшатываются зубы, изо рта идет гнилостный запах. Воспаление десен может быть спровоцировано даже **приемом некоторых лекарств, противозачаточных средств и инфекциями в полости рта**.

Также этому заболеванию **подвержены курильщики сигарет и люди, пережившие стрессовую ситуацию** (например, школьники и студенты во время экзаменов и сессий).

Прежде всего, **нужно пользоваться мягкой зубной щеткой**. Лучше использовать зубные щетки со скругленной синтетической щетиной, меняя их 4 раза в год. Откажитесь от импортных паст, в которых содержится мно-

Лечение носит длительный характер и требует от пациентов терпения и настойчивости. Чем раньше он обратится к врачу, тем успешнее будет результат. Сначала предстоит остановить воспалительный процесс, для чего делают специальную жидкость-«повязку», снимают зубной камень. Затем приступают к основному лечению. Но чтобы его облегчить, нужно самостоятельно позаботиться о гигиене.

го химических реагентов. Предпочтите «Новый жемчуг», который производят в г.Санкт-Петербурге. В мире выпускают всего 2-3 похожие пасты. **Учитесь чистить зубы по схеме: утром – стандартная паста, вечером – ле-**



чебная («Голубой жемчуг», «Лесная», «Лесной бальзам»). **На следующее утро – новый, третий, вид пасты.** Такая повторяющаяся триада наиболее эффективна. Меняя тип пасты, вы не вызовете привыкания вредной микрофлоры, всегда готовой приспособиться к неблагоприятным условиям. Для тщательной чистки зубов надо пользоваться специальной нитью-флосс. Ее заменителем могут быть шелковые или синтетические нити, но никак не хлопчатобумажные.

Надо сказать еще о недавно выпущенной жевательной резинке «Таежная смолка». В отличие от остальных она не содержит химических компонентов. Благодаря смоле лиственницы и пихты «Смолка» имеет ранозаживляющее свойство. Однако использовать ее нужно не более 10-15 минут.

Не ленитесь, заботьтесь о собственном здоровье, потому что без постоянного внимания гингивит обернется для вас дорогостоящим и длительным лечением. Поэтому настоятельно рекомендую как можно чаще посещать стоматолога, лучше всего 2-3 раза в год, чтобы не упустить возможное начало гингивита и других заболеваний полости рта.

Откровенный разговор о КОСОГЛАЗИИ

**Андрей Витальевич Ефимов,
врач-офтальмолог первой категории,
Краевая офтальмологическая больница**

Помните зайчишку из мультфильма, который все возмущался: «Чуть что - сразу косой?». Он не одинок: у двух процентов наших собственных «зайчиков», «заюш» и «заинек» глазки разбегаются в стороны...



Косоглазие является не только косметическим дефектом, влияющим на психику и формирование характера у детей, но и большим функциональным недостатком. В связи с отсутствием бинокулярного зрения восприятие внешнего мира осуществляется неполно, ребенок не в состоянии правильно и быстро определить пространственное отношение окружающих его предметов. **Вследствие этого возможно отставание физического и умственного развития, а в дальнейшем - большое ограничение в выборе профессии.** Функциональный прогноз особенно неблагоприятен, если косоглазие возникло в первые годы жизни, когда еще недостаточно сформировалось бинокулярное зрение.

Причины возникновения косоглазия

К развитию косоглазия, как правило, приводят нарушения состояния глазодвигательного аппарата, которые могут быть связаны с местными причинами (изменения в мышцах или нервных ветвях) и центральными, когда имеются воспалительные, сосудистые, опухолевые процессы, травматические поражения проводящих путей и центров глазодвигательных нервов, а также аномалии развития головного мозга.

Косоглазие характеризуется отклонением одного из глаз от совместной точки фиксации и нарушением бинокулярного зрения. В детском возрасте чаще всего встречается содружественное косоглазие, гетерофория, нистагм. У взрослых - параличи и парезы наружных мышц глаза. Косоглазие может быть скрытым, мнимым, содружественным и паралитическим.

Виды косоглазия

Гетерофория, или скрытое косоглазие. При ортофории (идеальном мышечном равновесии обоих глаз) в случае разобщения глаз сохраняется симметричное положение обоих глаз. Ортофория создает оптимальные условия для

бинокулярного слияния изображений рассматриваемого предмета и облегчает зрительную работу. Значительно чаще, чем ортофория, встречается **гетерофория, при которой отмечается неодинаковая сила действия глазодвигательных мышц.** В обычных условиях нарушения мышечного равновесия не наблюдается.

При разобщении глаз отмечается относительная слабость каких-либо мышц и зрительная линия одного из глаз отклоняется кнаружи (**экзофория**), кнутри (**инфория**), кверху (**гиперфория**) или книзу (**гипофория**). Сильные степени гетерофории могут вызвать утомление глаз при работе на близком расстоянии, иногда двоение. **Исправить гетерофорию можно назначением призматических стекол для постоянного ношения, выполнением специальных упражнений, аппаратного лечения.**

При гиперметропии и миопии для устранения гетерофории иногда достаточным бывает назначение корригирующих стекол, их децентрирование (увеличение или уменьшение расстояния между центрами зрачков). В этих случаях к оптическому действию стекла присоединяется и его призматическое действие. В случаях, если скрытое косоглазие не удастся компенсировать вышеперечисленными методиками, для исправления больших степеней гетерофории применяют оперативное лечение, как и при явном косоглазии.

Мнимое косоглазие (угол γ) - между оптической и зрительной осью у большинства людей нет полного совпадения, и угол этот составляет приблизительно 3°. Он бывает иногда 8-10°, и тогда центры роговиц кажутся смещенными кнаружи или кнутри (создается впечатление сходящегося или расходящегося косоглазия). Лечение не требуется.

Паралитическое косоглазие у детей встречается редко. В подавляющем большинстве случаев у детей паралитическое косоглазие - врожденное или яв-

ляется результатом родовой травмы. Может быть и приобретенным после нейроинфекции, травм, отравлений (ботулизм), флегмоны орбиты. Врожденные параличи и парезы могут захватывать одну или две наружные прямые мышцы, а могут быть врожденные комбинированные параличи с вовлечением прямых горизонтальных, вертикальных и косых мышц. **При одновременном параличе всех глазных мышц наступает полная неподвижность глаза, птоз и расширение зрачка - полная офтальмоплегия.**

У взрослых паралитическое косоглазие встречается гораздо чаще, чем у детей. Наступает оно вследствие паралича одной или нескольких глазодвигательных мышц. **Причиной паралича могут быть травмы, инфекционные заболевания, нейросифилис, различные интоксикации, заболевания сосудов основания мозга и т.д.**

Наиболее часто встречается паралич наружной прямой мышцы, что зависит от особенностей хода и строения отводящего нерва. **Главными признаками паралитического косоглазия являются: ограничение или отсутствие движений в сторону действия пораженной мышцы, угол отклонения здорового глаза (вторичный) больше, чем пораженного (первичный), наличие диплопии,** которая возникает в результате того, что при сохранности бинокулярного зрения изображения фиксируемого предмета в обоих глазах получаются на диспаратных точках и в коре не сливаются, проецируясь как два отдельных. После восстановления нормального положения глаза двоение исчезает.

При длительном существовании паралитического косоглазия кора подавляет изображение косящего глаза, бинокуляр-

ное зрение утрачивается и двоение прекращается. Диплопию у детей, особенно до 10-12 лет, трудно выявить. **Важным признаком паралитического косоглазия может быть головокружение.**

Особенно тягостным бывает двоение при поражении косых мышц. **Своеобразным симптомом паралитического косоглазия может быть вынужденное положение головы.** Большой поворачивает голову в направлении действия пораженной мышцы и нередко при этом издается от мучительного двоения. **У детей иногда появляется так называемый глазной тортиколлис,** ребенок наклоняет голову книзу с целью избавления от двоения. Истинный тортиколлис (кривошея) не зависит от состояния глаз.

Лечение паралитического косоглазия состоит в ликвидации основного заболевания, которое явилось причиной (инфекция, опухоль, травма и т.д.).

Приобретенные парезы и параличи требуют длительного и упорного неврологического лечения. При паралитическом косоглазии у детей рано наступают не только моторные, но и сенсорные нарушения. При врожденном паралитическом косоглазии лечение начинают как можно раньше.

Вопрос о показаниях и времени операции решается вместе с невропатологом, онкологом, инфекционистом и т.д. Посттравматическое косоглазие исправляется оперативным путем не ранее 6 месяцев от момента травмы. У детей операция не исключает проведения в дальнейшем ортоптического лечения.

Содружественное косоглазие – среди всех видов глазодвигательных изменений у детей чаще всего можно встретить эту патологию.

Вопросы развития и происхождения содружественного косоглазия, вопросы его лечения, интересовали еще Гиппократ, Цельса, Галена. Однако до сих пор этиология и патогенез заболевания еще полностью не изучены. Наиболее ранней теорией развития содружественного косоглазия была мышечная теория (Грефе, 1854), которая указывала, что анатомические дефекты в наружных мышцах глаза приводят к его неправильному положению. Значит, операция на мышцах должна полностью устранить этот дефект.

Но основным в лечении косоглазия является восстановление бинокулярного зрения, а при оперативном вмешательстве на мышцах достигается лишь косметический эффект, и только в очень редких случаях происходит спонтанное восстановление бинокулярного зрения. В 1886 году Дондерсом была предложена аккомодационная теория. При дальности в связи с усилением напряжения аккомодации и усиленной конвергенцией развивается сходящееся косоглазие, а при миопии, когда отсутствует

напряжение аккомодации и нет импульса конвергенции, – расходящееся. Но эта зависимость бывает не всегда.

Для возникновения косоглазия имеет значение анизометропия, т.е. разная коррекция одного и другого глаза, когда не могут слиться изображения разной величины (анизейкопия). Любая аметропия может привести к развитию содружественного косоглазия. **В возникновении косоглазия существенную роль играет низкая острота зрения одного глаза,** которая бывает не только при анизометропии, но и при некоторых патологических состояниях (бельмо, катаракта, помутнение стекловидного тела, патология сетчатки и зрительного нерва и т.д.) врожденного и приобретенного характера. Современные исследователи считают, что **косоглазие является результатом нарушения условно-рефлекторной координации движений глаз,** которая легче всего возникает в период формирования бинокулярного зрения, т.е. в раннем детском возрасте. Это – патология, в основе которой лежат разнообразные факторы.

Сходящееся косоглазие в 80-90% случаев сочетается с гиперметропической (дальнозоркой) рефракцией. Гиперметроп постоянно аккомодирует, поэтому всегда имеется стимул к усиленной конвергенции. Но глазу не требуется для отчетливого рассматривания предметов на близком расстоянии такой конвергенции, поэтому последняя расстраивается и один глаз начинает косить в сторону носа.

Расходящееся косоглазие в 60-65% случаев сопровождается миопической (близорукую) рефракцией. Миопы мало аккомодируют, а следовательно, нет достаточных импульсов к конвергенции, которая ослабевает, и глаз начинает отклоняться наружу.

Лечение содружественного косоглазия ставит своей целью создание правильного положения глаз и восстановление стойкого бинокулярного зрения. Стабильность правильного положения глазных яблок может быть обеспечено только при восстановлении нормальных зрительных функций. Шансы на успех менее вероятны, если косоглазие появи-



лось очень рано. Обычно проводится комплексное – **плеопто-ортоптическое лечение.**

Какое лечение?

Прежде всего, после определения остроты зрения и рефракции назначается **очковая коррекция.** Постоянная оптическая коррекция в сочетании с диплоптическими и ортоптическими упражнениями – основной метод лечения аккомодационного косоглазия. Очковая коррекция детям назначается с самого раннего возраста (8-12 месяцев). Оптическая коррекция аметропии в раннем детском возрасте предупреждает в большом проценте случаев развитие аккомодационного косоглазия.

При установлении **амблиопии** производится ее лечение. Под амблиопией понимают различные по происхождению формы понижения остроты зрения, наступающие в результате функционального расстройства деятельности зрительного анализатора. **Амблиопия – наиболее частый функциональный дефект зрения у детей.** Ее отмечают у 70-80% больных с косоглазием и у 3-5% больных без косоглазия, у которых она развивается как осложнение гиперметропии, астигматизма, ряда врожденных и приобретенных заболеваний глаз. Детям в возрасте 4-5 лет при амблиопии с любой фиксацией проводится **прямая окклюзия** (предложенная еще в 1746 году), т.е. выключение (заклейка, занавеска) лучшего глаза. Прямая окклюзия проводится в течение многих месяцев с периодическим контролем зрения обоих глаз, т.к. возможно развитие амблиопии на выключенном, т.е. здоровом, глазу. **Одновременно проводится тренировка амблиопичного глаза с помощью различных зрительных нагрузок** (обведение контуров картин, раскладывание мелкой мозаики, сортировка различных сортов круп, чтение мелкого шрифта и т.д.). Если угол косоглазия очень велик, лечение амблиопии малоуспешно. В таких случаях для уменьшения угла косоглазия проводят операцию, затем лечат амблиопию.

Если активное и длительное лечение комплексом плеопто-ортоптических упражнений не устраняет косоглазия, **необходимо оперативное вмешательство,** которое проводится в возрасте 3-6 лет. Хирургическое лечение состоит в усилении действия слабой глазодвигательной мышцы или в ослаблении действия сильной. После операции продолжают проводить консервативное лечение, как и до операции, но учитывают возможное послеоперационное изменение рефракции.

На развитие бинокулярного зрения под влиянием лечения требуется в среднем 2-3 года. Сроки зависят от возраста, в котором появилось

◀ косоглазие, вида, формы, угла косоглазия, исходной остроты зрения, времени начала лечения, общего состояния ребенка, правильности и активности лечения.

В целях профилактики...

Большое значение имеет предупреждение косоглазия. Для выявления и лечения косоглазия в нашей стране создано много специальных кабинетов охраны зрения детей, в которых работает специально обученный персонал. **Если у вашего ребенка косоглазие, покажите его главному врачу как можно быстрее. Чем раньше вы приступите к лечению, тем меньше вероятность того, что косоглазие закрепится.** Даже в том случае, когда вы не замечаете ничего необычного, каждый ребенок должен пройти процедуру полного осмотра глаз в возрасте – 1, 6 месяцев и в 1 год, перед оформлением в детский сад (в 3-4 года) и перед поступлением в школу (в 6-7 лет).

Косоглазие может быть наследственным, и **если вы знаете, что в семье были случаи косоглазия или страбизма, вам следует подумать о том, чтобы показать ребенка главному врачу как можно раньше.** Необходимо проводить санитарно-просветительную работу уже в женских консультациях, где обучают будущих мам наблюдению за становлением зрения ребенка, объясняют им, что игрушки нельзя подвешивать на близком расстоянии от глаза, т.к. это вызывает напряжение аккомодации и конвергенции и может способствовать развитию косоглазия.

Массовые профилактические мероприятия заключаются в ранних осмотрах детей с определением рефракции. **Рефракция должна определяться у всех детей до 10-12 месяцев, и по показаниям назначаются корректирующие очки.** Для улучшения борьбы с косоглазием организуются детские сады с плеопто-ортоптическими кабинетами для косящих детей, страдающих рефракционной амблиопией при правильном положении глаз, эффективность лечения в таких учреждениях выше, чем в глазных кабинетах поликлиник. Это объясняется тем, что лечение здесь проводят систематически и сочетают его с медико-педагогическими мероприятиями.

Косящие глаза могут показать себя смешными у плюшевого мишки, но для живого ребенка представляют серьезную проблему. Если длительное время не заниматься лечением косоглазия, косящий глаз никогда не достигнет полного потенциала нормального зрения. Очень важно обратиться за помощью как можно раньше, так как на лечение косоглазия требуется не менее двух лет упорной, целенаправленной, систематической деятельности офтальмологов совместно с родителями.

Август - месяц свадеб

СВЕКРОВЬ - СВОЯ КРОВЬ

Классический треугольник: мужчина и две женщины. И если одна из женщин – его мать, то это уже не любовный, а скорее, Бермудский треугольник, где порой пропадают без следа любовь, уважение и покой. «Со свекровью отношения, к сожалению, не сложились» - частая фраза. А «складывали» ли вы эти отношения? Безусловно, свекрови бывают разные, но все они нуждаются в симпатии, доброжелательном отношении и внимании.



Свекрови бывают разные

Свекровь-подружка помогает молодой женщине, любит с ней советоваться. Как правило, это увлеченная чем-то, зачастую работающая женщина, которая считает, что молодые супруги сами разберутся со своей жизнью.

Свекровь-деспот требует, чтобы молодые исполняли все ее прихоти и руководствовались в жизни только ее настоячивыми советами.

Свекровь-шпионка очень энергична, ей некуда девать свои силы. Она обожает учить уму-разуму, устанавливать свои порядки и проверять, чтобы они беспрекословно выполнялись (вплоть до подслушивания и подглядывания).

Свекровь – мужняя жена. Семья с такой свекровью надежнее других застрахована от конфликтов: лишь бы невестка любила ее сына. Все остальное наладится, если соблюдать золотое правило уживчивости: никогда не отказывайтесь от помощи, предлагаемой «стариками», но и не стремитесь повесить на них все свои проблемы.

Свекровь-наседка ревнива, ей жаль делить сына с другой женщиной – ему она посвятила всю жизнь. Главное в отношениях – терпимость и как можно больше внимания мужу. Старайтесь с ней не ссориться. Относитесь к свекрови как к матери (хотя бы как к матери мужа).

Свекровь – деловая женщина. Если для свекрови карьера важнее семьи – вам крупно повезло. Она вообще не станет лезть в ваши дела – своих полно.

Свекровь, она же теща, – самая деликатная из свекровей. Она старается как можно меньше вмешиваться в дела молодой семьи, а в случае конфликтов склонна проявлять скорее не материнский инстинкт, а женскую солидарность. Однако, чтоб не нарваться на неприятности, подружитесь с золовкой (сестрой мужа), тогда и со свекровью отношения наладятся сами собой.

Уступите первенство

Главное чувство, которым вам следует проникнуться к свекрови, – это

ШКОЛЫ для пациентов с сахарным диабетом

ГУЗ «Краевая клиническая больница»:

Нина Васильевна Леонова,
заведующая эндокринологическим
отделением, заслуженный врач РФ
Оксана Васильевна Стефановская,
врач эндокринологического
отделения

Занятие 1

Сахарный диабет первого типа

Включение обучения пациента в терапевтический арсенал началось с исследований Leon Miller — американского диабетолога, которая начала обучение в популяции нескольких тысяч американцев мексиканского происхождения в Лос-Анджелесе. Обучая больных лечению их диабета, она снизила ежегодное число дней госпитализации в три раза. Это впервые показало успех обучения больных. Начало было положено, но стоит упомянуть еще несколько имен клиницистов, которые раньше на собственном опыте осознали важность обучения больных: например, Allen в Лондоне, Joslin в Бостоне и многие другие.

Но все они не делали попыток проанализировать их индивидуальные подходы к лечению больных и обучить ему своих коллег. Работа Miller в 1972г. сделала обучающий подход к диабету официальным.

У нас в России обучение как метод лечения начало применяться в 1987-88 годах. На Алтае первые попытки обучения больных сахарным диабетом применялись с 1991 года. А в 1994 году этот метод лечения получил свое широкое развитие на Алтае. В настоящее время работает более 40 «Школ для пациентов с сахарным диабетом». Обучение ведется отдельно для пациентов сахарным диабетом 1 типа (наиболее часто в стационарных условиях) и для пациентов сахарным диабетом 2 типа в амбулаторных условиях. О «Школах сахарного диабета» можно узнать у своих эндокринологов.

Немного истории

Сахарный диабет - довольно распространенное заболевание.

Сахарный диабет был известен в Древнем Египте в 170-м году до нашей эры. Врачи пытались найти способы лечения, но им не была известна причина болезни, и люди, заболевшие сахарным диабетом, были обречены на гибель. Так продолжалось много веков.

Только в конце прошлого века врачи провели эксперимент по удалению поджелудочной железы у собаки. После этой операции у животного развился сахарный диабет. Казалось, что причина сахарного диабета стала понятной, но прошло еще много лет, прежде чем в 1921 году выделили особое вещество из поджелудочной железы собаки. **Оказалось, что это вещество снижает уровень сахара крови у собак, больных сахарным диабетом. Это вещество назвали инсулином.** Уже в январе 1922 года первый пациент с сахарным диабетом начал получать инъекции инсулина, и это спасло ему жизнь.

Прошло два года после открытия инсулина, и один молодой врач из Португалии, который лечил пациентов с сахарным диабетом, задумался над тем, что **сахарный диабет - это не просто болезнь, а совершенно особый стиль жизни.** Чтобы его освоить, пациенту необходимы прочные знания о своем заболевании. Тогда и появилась первая школа для пациентов с сахарным диабетом. Сейчас таких школ существует множество.

Сахарный диабет - это хроническое заболевание, которое проявляется повышенным уровнем глюкозы крови, а при длительном течении приводит к развитию тяжелых осложнений, связанных с поражением сосудов и нервных окон-

чаний. Если Вы научились управлять своим организмом настолько хорошо, что сахар в крови практически все время будет оставаться на нормальном уровне, то диабет из болезни превратится в особый образ жизни, именно образ жизни, а не болезнь. Только при таком образе жизни можно избежать всех осложнений, связанных с сахарным диабетом.

Этот образ жизни будет различаться в зависимости от того, какой тип сахарного диабета у Вас. **Существует два типа сахарного диабета. Первый тип - инсулинозависимый, связан с разрушением В-клеток поджелудочной железы и с развитием абсолютного дефицита инсулина.** Чаще всего заболевают дети и пациенты молодого возраста (до 30 лет). **Заболевание, как правило, развивается быстро, сопровождается потерей веса, частым мочеиспусканием, сильной жаждой, кетоацидозом** (появление ацетона в моче), **иногда комой.** Лечение состоит из пожизненного введения подкожных препаратов инсулина и ежедневного контроля уровня глюкозы крови.

Развитие сахарного диабета 2-го типа связано с двумя основными факторами: снижением чувствительности тканей к инсулину и относительной недостаточностью выработки инсулина. Этот тип сахарного диабета появляется в зрелом возрасте, часто после 40 лет, развивается постепенно. Пациент может долго не знать о своем заболевании и обнаружить его лишь при случайном обследовании. **Его развитие связано с повышенной массой тела.** Для лечения применяются таблетированные сахароснижающие препараты, но при длительном течении часто требуется назначение препаратов инсулина.

Роль глюкозы в организме

Должен ли быть у здорового человека сахар в крови? Должен. Нормальный уровень сахара крови у человека 3,3-5,5 ммоль/л. Существует два источника повышения уровня сахара в крови: углеводы, поступающие в организм человека с пищей, и глюкоза, попадающая в кровь из печени.

Все клетки нашего организма для получения энергии используют глюкозу. Глюкоза для клеток – это все равно, что дрова для печи или бензин для автомобиля. Энергия необходима для обеспечения всех жизненно важных функций. Прежде чем преобразоваться в энергию, глюкоза должна попасть в клетку, в которую она проникает при помощи инсулина.

Почему уровень сахара крови повышается? Если инсулина недостаточно, то сахар (глюкоза), попав в кровь из кишечника или из печени, так и остается в крови. Но клетки организма при этом голодают. Важно понять, что чувство голода при сахарном диабете возникает не из-за недостатка питания, а оттого, что клеткам не хватает глюкозы вследствие отсутствия инсулина.

Что такое инсулин?

А как можно понизить сахар крови? Единственным веществом, которое может снизить уровень сахара в крови, является инсулин.

Инсулин - это белковый гормон, который вырабатывается бета-клетками поджелудочной железы. У человека без сахарного диабета в кровь, по принципу обратной связи, постоянно поступает необходимое количество инсулина. То есть при повышении уровня сахара в крови поджелудочная железа усиливает выработку инсулина, а при снижении - уменьшает. В крови постоянно находится некоторое количество углеводов, поэтому небольшие порции инсулина непрерывно поступают в кровь из поджелудочной железы. После приема пищи, содержащей углеводы, в кровь сразу попадает много глюкозы. Тогда из поджелудочной железы выделяется дополнительное количество инсулина. То есть **инсулин вырабатывается и поступает в кровь соответственно изменениям уровня сахара в крови.** Это своеобразный «автопилот» поджелудочной железы. Ваш «автопилот», к сожалению, отказал, но у вас есть возможность помогать своему организму при помощи соблюдения определенных правил.

Как инсулин действует на уровень сахара в крови? В организме инсулин помогает сахару попасть из крови в клетку, как ключ от квартиры помогает

хозяину открыть замок на двери и попасть домой. **Когда нет инсулина, сахар остается в крови и не попадает в клетки. Клетки организма при этом «голодают», и человек испытывает чувство голода.** Чем больше углеводов поступает с пищей, тем сильнее повышается уровень сахара в крови.

Симптомы сахарного диабета

При повышении сахара выше нормы возникает состояние, при котором человек испытывает постоянную жажду и выделяет большое количество мочи. Жажда возникает потому, что из организма уходит много жидкости. Наши почки работают как фильтр, задача которого - выводить из организма вредные вещества и задерживать полезные. Пока уровень сахара в крови остается в норме - почки не выделяют его в мочу. Когда этот уровень превышает норму, почки не могут удерживать в крови «лишний» сахар и он начинает проникать в мочу. Но сахар может выделиться из организма только вместе с жидкостью, в которой он растворен. Поэтому и возникает жажда: каждый грамм глюкозы, выделяющийся с мочой, «уводит» следом за собой определенное количество воды. Недостаток жидкости в организме должен быть восполнен, поэтому те пациенты, уровень сахара в крови у которых повышен, испытывают сильное чувство жажды.

Минимальный уровень сахара в крови, при котором сахар из крови начинает проникать в мочу, называют

почечным порогом. В среднем уровень почечного порога составляет **9-10 ммоль/л.** Но у всех людей этот уровень различен. Уровень почечного порога изменяется в течение жизни: низкий - у детей, во время тяжелых заболеваний или при беременности; у пожилых людей он понижается. Каждый пациент с сахарным диабетом должен знать свой уровень почечного порога. **Для того чтобы определить уровень почечного порога, нужно иметь два показателя: уровень сахара в крови и уровень сахара в тридцатиминутной моче.**

Что такое тридцатиминутная моча? Вы должны опорожнить мочевой пузырь. Эта моча не нужна. Затем Вы измеряете уровень сахара в крови. Через 30 минут Вы собираете новую порцию мочи и измеряете уровень сахара в ней. Проведите несколько таких измерений, и Вам станет ясно, при каком уровне сахара в крови он начинает попадать в мочу.

При недостатке инсулина, даже если глюкозы в крови очень много, организм не может усваивать глюкозу! Он вынужден «сжигать» жир. Таким образом, жир становится главным источником энергии. Если энергия начинает образовываться из жира, печень превращает часть его в кетоновые тела (одно из них - ацетон). Содержание кетоновых тел в крови может так возрасти, что они начинают выделяться с мочой. **Ацетон в моче появляется при повышении уровня сахара в крови 13-14 ммоль/л.** Для пациента с сахарным диабетом при появлении ацетона в крови и в моче в первую очередь необходим инсулин.

«Медовый месяц» сахарного диабета

Когда впервые обнаруживается повышение уровня сахара в крови, ставится диагноз «сахарный диабет» и начинается инсулинотерапия, в организме еще имеется около 10% клеток, которые вырабатывают свой инсулин. Но этих клеток мало, и они со своими функциями не справляются. С началом поступления инсулина извне с этих клеток снимается дополнительная нагрузка и они, «отдохнув», начинают производить немного большее количество инсулина. В этот период доза инсулина, которую Вы вводите себе сами, может уменьшиться. Иногда даже отпадает необходимость в ежедневных инъекциях. Этот процесс возникает в первый год заболевания. Такое состояние называют «медовым месяцем». У некоторых пациентов он длительный, а у некоторых - очень короткий. Это индивидуально. К сожалению, это состояние никогда не бывает длительным. Рано или поздно дозы инсулина снова возрастут.

(Продолжение следует)



Учебно-методические семинары
**«Школа больных
артериальной гипертонией.**

Научи учителя», проводимые по инициативе Алтайского краевого научного общества кардиологов и журнала **«Здоровье алтайской семьи»**, получили официальную поддержку комитета по здравоохранению администрации края и **25 августа** стартовали в Советском районе.

Представители учреждений здравоохранения Алтайского, Советского, Смоленского, Солонешенского районов прошли обучение по методикам ведения «Школ артериальной гипертонии» для больных.



Интервью для телевидения Советского района



В сентябре т.г. планируется проведение обучающих семинаров:

16 сентября - в Троицкой ЦРБ с приглашением медицинских работников Косихинского, Кытмановского, Зонального, Первомайского районов.

23 сентября - в Топчихинском районе с участием Алейской, Калманской, Шипуновской ЦРБ;

29 сентября акцию встречает Благовещенский район с приглашением представителей Родинского, Ключевского, Суевского, Кулундинского районов.



С докладом о современном представлении о лечении и профилактике артериальной гипертонии выступила д.м.н., профессор **Г.А. Чумакова.**

Н.Н. Пономарева, имеющая многолетний опыт проведения «Школ», поделилась методикой проведения каждого занятия.

“Школа больных артериальной гипертонией. Научи учителя”



Президент Ассоциации медицинских сестер Алтая **Л.А. Плигина** приняла участие в работе семинара и районной конференции медицинских сестер Советского района.