

# ЗДОРОВЬЕ



# АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ



У алтайского села есть будущее...

## От редакции

**Почему наше население боится заболеть онкологией и совсем не боится инфаркта миокарда? Этот вопрос часто задают себе кардиологи.**

Причин этому, наверное, можно насчитать много. Но прежде всего, это миф о том, что рак неизлечим. Хотя достижения последних десятилетий в онкологии, создание серьезной базы специализированных учреждений, подготовка специалистов и медицинская статистика - свидетельствуют об обратном. Многие виды рака сегодня достаточно успешно лечатся.

Что касается сердечно-сосудистых заболеваний, то они длятся чаще всего долго, годами, причем, в начальной стадии они протекают почти без симптомов. Лишь четвертая часть таких больных уходит внезапно, иногда даже не успев «поболеть». Остальные же живут довольно долго, особенно при получении современного адекватного лечения.

Вы только представьте: почти половина взрослого населения России живет с диагнозом ИБС (ишемическая болезнь сердца) или же имеет артериальную гипертонию. А это - примерно 50 миллионов человек! Причем, пятая часть из них, почти 8 миллионов, находятся в достаточно опасной стадии заболевания. К сожалению, прогноз для жизни в этой стадии у людей гораздо хуже, чем у онкологических больных.

Только подумайте: в России инфаркт миокарда является основной причиной преждевременной смерти. Ежегодно от ИБС умирают более 600 тысяч россиян. Целый город по величине как Барнаул...

Но помните, что своевременное обращение к специалистам, внимание к себе, а самое главное, ведение правильного образа жизни позволяют поддерживать здоровое сердце до самой старости.

Вот они - управляемые факторы риска этого страшного заболевания. Прочтите их, они не так уж и сложны:

- нарушение жирового обмена, повышенный уровень холестерина;
- повышенное артериальное давление;
- курение;
- нарушение углеводного обмена, сахарный диабет;
- лишний вес;
- недостаток движения (гиподинамия);
- психоэмоциональное перенапряжение, стресс.

Научить человека оценить риски, а главное, управлять ими - это задача медицинских работников.

Мы продолжаем нашу программу, проводимую совместно с Алтайским краевым научным обществом кардиологов, его председателем, доктором медицинских наук, профессором **Галиной Александровной Чумаковой**, «Школа артериальной гипертонии. Научи учителя». Обучающие семинары в рамках этой программы для медицинских работников Калманского района начали свою работу в феврале этого года.

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](mailto:nebolen@mail.ru)

И.о. главного редактора -  
**Мария Юртайкина**

Компьютерный дизайн  
и верстка -  
**Оксана Ибель**  
Отдел рекламы -  
**Татьяна Веснина,**  
**Инна Гогичаева, т. 66-96-20**

Подписано в печать  
27.02.2006г.  
Печать офсетная.  
Тираж - 6500 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

**ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС -**  
**73618**

# Содержание

Спиртом по мозгам .....	2-4
Чем живет женсовет? .....	5
Ответственное отцовство. Н.В. Сибирякова. Папа все может и умеет!.. .....	6
С.А. Ясенкова. Миома матки: бич для женщины? .....	7-8
Нефритовый массаж .....	9-10
БЛИЦ - новая банковская услуга Сбербанка России .....	11
Несколько фактов о человеке .....	12
А.А. Парахин. Девиантное поведение молодежи. Есть ли путь решения проблемы? .....	13
Интересные факты из стоматологии .....	14
АСТМА-ШКОЛА: вопросы и ответы (занятие 6). Т.А. Корнилова, И.И. Сопова, И.П. Сокол, Е.В. Никитина. О факторах, провоцирующих приступ удушья, и об инфекциях, запускающих обострение бронхиальной астмы .....	15-16
30 абсолютно женских моментов поведения .....	17
С.В. Петухов. Острые заболевания верхних дыхательных путей - требуют внимания .....	18-19
МИР И МЕДИЦИНА .....	19
Перекус на работе .....	20
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ. Л.А. Красикова. С юбилеем тебя, наша больница! .....	21-22
Л.Н. Патрушева. Мы оберегаем здоровье ваших детей .....	23-24
ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО МАТЕРИНСТВА. Н.И. Фадеева, О.В. Ремнева, С.Д. Яворская. Инфекция и внутриутробный пациент .....	25-26
Свободное дыхание и не только .....	27
Н.В. Елисеева. Начнем с себя! .....	28
Т.Б. Чекрий. Роль сестринского персонала в планировании семьи ...	29-30
МИР И МЕДИЦИНА .....	30
Каша – пища наша! .....	31
ЖК-мониторы и «свободные руки» .....	32-33
Брокколи от простуды .....	34
НИ ДНЯ БЕЗ ДИЕТЫ. Как убрать живот: пять приемов, которые вас удивят .....	35-36
Н.М. Медведева. «Лунная» диета .....	37
В.А. Тричев. Медико-генетическое консультирование .....	38-39
Л.Г. Ковова. Особенности поведения подростков .....	40-41
ШКОЛЫ для пациентов с сахарным диабетом. О.В. Стефановская, С.В. Пушкарева. Физические нагрузки при сахарном диабете. Изменение дозы инсулина при них .....	42-43
ВАХТА ПАМЯТИ .....	44

# Папа все может и умеет!..

**Наталья Владимировна Сибирякова,**  
**специалист по социальной работе,**  
**Краевой кризисный центр для мужчин, г.Барнаул**

Роль отца в современной семье остается не только весьма сложной, но и удивительно драматичной. Начнем с того, что семейные пары все чаще разрушают стереотипы половых ролей в семье: все больше отцов, засучив рукава, полностью берут на себя заботы по уходу за детьми. Опыт показывает, что в таких семьях папы справляются со всеми премудростями ухода за детьми не хуже мам. Но, невзирая на эту относительно новую динамику в семейных отношениях, наиболее распространенный сценарий остается все тем же: мама, на которой всецело лежит забота о ребенке, и папа неизменно оказывается на периферии семейной жизни. Такая расстановка сил не идет на пользу ни ребенку, ни паре. Как происходит оттеснение отца на периферию, и что можно этому противопоставить?

Динамика супружеских и родительских отношений складывается с первого дня союза. Отчуждение отца в первые недели жизни малыша означает одно: отец останется на периферии жизни ребенка навсегда и будет исполнять только ограниченные функции, скажем, карательную и снабженческую.

**Первый подвиг матери – это пригласить отца в детскую и дать ему равные с ней права и полномочия.** Любящая мать непременно захочет, чтобы у ребенка был заботливый и добрый папа. Значит, ей наверняка удастся побороть свою ревность и желание безраздельно царить в жизни ребенка. Она непременно позволит отцу пеленать, кормить, купать малыша и играть с ним.

Опыт показывает, что в дружной паре оба родителя стабильно испытывают к ребенку позитивные чувства: **в таких парах отцы прекрасно знают своих детей и вовлечены во все сферы заботы о них.** Папа – взрослый сознательный мужчина, который наверняка справится со своим ребенком. Время от времени маме лучше всего дать

папе возможность пообщаться с ребенком наедине, ощутить себя не мальчиком на побегушках, а гордым отцом.

Если младенец знает ласковый голос отца, его доброе лицо, запах, смех, если он привык к заботливым прикосновениям отцовских рук, значит, **папа станет для малыша таким же важным человеком, как и мама.** Если папа постоянно отсутствует, а приходит поздно ночью, усаживается у телевизора, это значит, что постепенно, **но обязательно отец будет вытеснен на периферию семейной жизни.** В такой семье ребенок будет обожать папу-небожителя издали и считать себя недостойным папиного внимания и любви. Холодное пренебрежение отца вызывает у ребенка неуверенность в своих достоинствах, силе и привлекательности.

**Так чему же может научить папа своего ребенка в первые годы жизни?** Первое и основное – **любви.** Если папа спокоен, ровен и доброжелателен с мамой и ласков с ребенком – это значит, что своим поведением **он преподает младенцу первый важнейший урок познания миропорядка.** Он расширявается маленьким человеком примерно так: «Мои родители добрые и хорошие. Они любят меня. Мир светел и надежен».

Стоит малышу чуть подрасти, и его эмоциональный мир становится более сложным и противоречивым. Вот он ревнует маму к папе (и наоборот). Вот он вступает в союз с мамой, ластится к ней и пытается «дружить с ней против папы». Впрочем, стоит маме раскусить этот трюк и не дать шоколадку, которую

только что клянчил у нее малыш, как тот без зазрения совести перевернется к отцу и постарается настроить его против «злой мамы, которая не дает сладкого». На этом этапе папа и мама равно ответственны за то, чтобы не позволить двух-трехлетнему карапузу воплотить вождельный принцип: «Разделяй и властвуй». **Мама и папа преподают ребенку важный урок: родители всегда солидарны, не критикуют друг друга в присутствии ребенка и не завоевывают дешевую популярность.** В системе ценностей ребенка компетентность родителей занимает верхние строчки. Папа должен гордиться своими умениями и навыками, рассказывать о них детям, приобщать их к своим увлечениям. Рыбная ловля, футбол, поход на концерт, в зоопарк – эти события станут бесценными драгоценностями в копилке детских ощущений и воспоминаний. Стоит ли напоминать, что **мама должна прививать детям уважение к папе.**

Оба родителя не ошибутся, подчеркивая все те хорошие качества партнера, которые некогда привлекали их друг в друга. Ребенок идет в школу. Ему очень важно гордиться родителями и знать, что он может на них положиться. **Заботливый папа расскажет, что он тоже тревожился, когда впервые пошел в школу, что ему тоже не все давалось легко.** Дети самозабвенно слушают истории о детстве родителей. Правильно выбранные, эти истории помогают увидеть детям старших незащищенными, неопытными, смешными и трогательными.

Чем старше ребенок, тем сложнее его взаимоотношения с отцом, который олицетворяет силу, мудрость и власть. Если все предыдущие годы отец был близким другом ребенка, то, скорее всего, и в подростковом возрасте придет к отцу за советом.

**Хороший папа умеет:**

- ▶ оградить ребенка от опасностей;
- ▶ внимательно выслушать;
- ▶ горячо болеть за успехи ребенка;
- ▶ предложить полезный совет;
- ▶ научить делать правильный выбор;
- ▶ хвалить за хорошие поступки;
- ▶ твердо критиковать за неблагоприятные проступки;
- ▶ быть великодушным, справедливым и чутким;
- ▶ следовать правилам, которые он прививает ребенку.



# Миома матки: бич для женщины?

**Наш разговор - со Светланой Анатольевной Ясенковой, кандидатом медицинских наук, врачом-гинекологом гинекологического отделения барнаульской городской больницы №8.**

**- Светлана Анатольевна, известно, что миома матки – довольно распространенное гинекологическое заболевание. Так что же это за диагноз, что стоит за ним?**

- Действительно, миома матки – одна из наиболее распространенных гормональнозависимых доброкачественных опухолей. Развивается она в мышечной оболочке матки (миометрии). Миома является самой распространенной опухолью матки у женщин позднего репродуктивного (35-45 лет) и перименопаузального (46-55 лет) возраста. Она способна к росту, регрессии и даже полному исчезновению в менопаузе. Однако у 10-15% больных в первые 10 лет постменопаузального периода миома матки может увеличиваться, сочетаясь с гиперпластическими процессами эндометрия, опухолями яичников.

Миома матки небольших размеров – до 10 недель беременности – может долго сохранять стабильное состояние, но при воздействии провоцирующих факторов (воспалительный процесс матки и придатков, выскабливание матки, длительное венозное полнокровие органов малого таза) может начать увеличиваться быстро и очень быстро (так называемый «скачок роста»).

**- Какие существуют виды миомы?**

- В зависимости от локализации миоматозного узла различают следующие виды миомы:

■ субсерозные (подбрюшинные) узлы, когда разрастание опухоли идет в сторону брюшной полости;

■ интерстициальные (интрамуральные) узлы – рост узла в толще маточной стенки;

■ субмукозные (подслизистые) узлы – рост узла в полость матки;

■ атипичное расположение узлов, когда диагностируют локализацию опухоли в толще шейки матки с различным направлением роста: в сторону прямой кишки, широкой маточной связки или забрюшинно.

Но чаще всего у пациенток имеется множественная миома матки, т.е. с одновременным расположением узлов в различных отделах матки.

**- Какие клинические симптомы проявления миомы матки?**

- Нередко основным и наиболее ранним симптомом миомы матки является **нарушение менструальной функции** – маточные кровотечения или скудные продолжительные мажущие кровянистые выделения. Наряду с маточными кровотечениями часто отмечается болевой синдром, при этом боли локализируются внизу живота, пояснично-крестцовой области, иногда с иррадиацией в нижние конечности.

Развитие опухоли от «зачатка роста» и микроскопического узелка до узла, определяемого при бимануальном (ручном) исследовании или с помощью УЗИ, занимает в среднем пять лет.

Начало возникновения узлов миомы матки приходится на 30 лет, когда у женщин накапливаются соматические, гинекологические заболевания и нейроэндокринные нарушения.

Для последующего роста узлов опухоли требуется дальнейшее **накопление неблагоприятных факторов, вызывающих рост опухоли:**

■ отсутствие родов и лактации к 30 годам;

■ аборт;

■ длительная неадекватная контрацепция;

**На возраст 44-45 лет приходит самая высокая частота оперативных вмешательств (чаще всего это удаление матки), показанием к которым является быстрый рост миомы матки, ее большие размеры, сочетание миомы матки с патологией эндометрия (гиперплазия, атипичная гиперплазия) и яичников (доброкачественные и злокачественные опухоли).**



- хронические и острые воспаления матки и придатков;
- стрессы;
- ультрафиолетовое облучение;
- образование кист яичников.

**- Когда женщине показано хирургическое лечение?**

- К безусловным показаниям к хирургическому лечению относятся:

■ подслизистая локализация миоматозного узла;

■ большие размеры миоматозно измененной матки (общая величина соответствует матке 14-недельного срока беременности);

■ маточные кровотечения, сопровождающиеся хронической анемией;

■ быстрый рост опухоли;

■ острое нарушение питания миомы (перекрут ножки субсерозного узла, некроз опухоли);

■ сочетание миомы матки с рецидивирующей или атипичной гиперплазией эндометрия, опухолью яичника;

■ сдавление мочевого пузыря, прямой кишки;

■ наличие миоматозного узла в области тубного угла матки, который является причиной бесплодия;

■ шеечная и шеечно-перешеечная локализация;

■ нерегрессирующая и расту-

щая миома матки в постменопаузальном возрасте.

Консервативное же лечение, проводимое в репродуктивном возрасте при наличии узлов небольших и средних размеров, позволяет в ряде случаев затормозить дальнейший рост опухоли, предупредить операции по удалению матки, сохранить возможность родить ребенка.

**- А каковы показания к консервативному лечению миомы?**

- К показаниям относятся:

■ *молодой возраст пациентки (репродуктивный и пременопаузальный);*

■ *небольшие размеры миоматозно измененной матки (до 10-12 недель беременности);*

■ *межмышечное расположение миоматозных узлов и отсутствие кровотечений;*

■ *относительно медленный рост миомы;*

■ *клинически малосимптомное и бессимптомное течение заболевания;*

■ *отсутствие деформации полости матки (т.е. центрипетального роста и подслизистой локализации);*

■ *этап подготовки к оперативному лечению.*

Лечение заключается в нормализации системных нарушений, характерных для больных с миомой матки: хроническая анемия, воспалительные процессы матки и придатков, нарушение кровенаполнения органов малого таза с преобладанием венозного застоя и снижением артериального кровоснабжения, нарушение функционального состояния нервной системы и вегетативного равновесия.

**- А если при уже поставленном диагнозе «миома матки» наступила желанная беременность, что делать в этом случае?**

- Если наступила беременность, необходимо ее **сохранение**, т.к. послеродовая инволюция

матки, грудное вскармливание ребенка не менее 4-6 месяцев способствуют изменению строения миомы, переходу ее из пролиферирующей в простую и, в ряде случаев, прекращению ее дальнейшего развития. Но в каждом конкретном случае решение принимает лечащий врач.



**- Что вы скажете о гормональной терапии?**

- Эффективность гормональной терапии весьма различается в зависимости от характера гормональных нарушений, наличия и плотности рецепторов в миоматозных узлах и миометрии.

Наиболее перспективными препаратами в лечении больных с миомой матки являются **антигонадотропины** (гестринон, даназол), которые обладают антиэстрогенным и антипрогестероновым эффектом, вызывая временную аменорею, а также агонисты гонадотропин-рилизинг гормона (гозерелин, бупрезелин), вызывающие состояние обратимого гипогонадизма.

**Рост опухоли усиливается в возрасте 35-45 лет, когда снижается функциональная активность яичников и их чувствительность к гонадотропной стимуляции, синхронно возрастает продукция гонадотропных гормонов, возникает хроническое функциональное напряжение систем регуляции (нейроэндокринной, гормональной, иммунной) и чаще всего нарушается гомеостаз и гомеостаз.**

На фоне лечения агонистами ГнРГ размеры матки существенно уменьшаются - на 35-85% в первые три месяца лечения; у пациенток с миомой, сопровождающейся кровотечениями и постгеморрагической анемией, происходит нормализация показателей красной крови.

Подготовка к оперативному вмешательству с помощью агонистов ГнРГ при наличии миомы матки позволяет проводить щадящие органосохраняющие операции с использованием эндоскопической техники. Терапия агонистами ГнРГ способствует уменьшению размеров миоматозных узлов и связанных с ними симптомов и тем самым позволяет сократить время операции и уменьшить объем кровопотери. После лечения агонистами ГнРГ возможно наступление беременности.

**Вероятный ответ на лечение может быть предсказан в большинстве случаев через 4 недели после первой инъекции.**

Есть и ряд побочных эффектов: приливы, потливость, сухость во влагалище, головная боль, депрессия, нервозность, изменение либи-

до, себорея, периферические отеки, ухудшение проспективной памяти, снижение плотности костной ткани.

Прекращение терапии ведет к восстановлению нормального менструального цикла и эстрогенного статуса, ликвидации побочных эффектов приблизительно через **59-94** дня после отмены препарата и в некоторых случаях - повторному росту миомы матки до первоначальных размеров (в течение первых 3-4 менструальных циклов).

**- Существуют ли методы профилактики миомы матки?**

- Кроме общих рекомендаций по соблюдению рационального режима жизни, предупреждению распространенных болезней в детском и взрослом возрасте, играют роль исключение абортов, своевременная коррекция гормональных нарушений, адекватное лечение гинекологических заболеваний.

Существует и специфическая профилактика. **Это своевременная реализация репродуктивной функции.** Первые роды рекомендуются в 22 года, вторые - в 25 лет, последующие планируемые роды - до 35 лет. Поздние первые роды приводят к преждевременному старению миоцитов, снижению адаптационной способности к растяжению и сокращению. **Аборты и воспаления повреждают структуру миометрия.** На фоне нарушенного гомеостаза процесс регенерации участков миометрия переходит в пролиферативную опухолевую прогрессию.

Следует принимать во внимание, что самый частый срок обнаружения миомы матки приходится на **30-35 лет**, когда суммируются действия повреждающих факторов.

Необходимо сохранять первую беременность, особенно у молодых женщин с так называемой наследственной миомой. Аборт вызывает рост миоматозных узлов, и из микроскопических узлов интенсивно формируются растущие миомы. Следует избегать чрезмерного ультрафиолетового облучения, повышенных температурных воздействий, особенно после 30 лет. **При наличии наследственного риска** (миома матки у матери и близких родственниц) опухоль развивается на 5-10 лет раньше, т.е. в **20-25 лет**. Продолжение грудного вскармливания в течение 4-6 месяцев после родов нормализует содержание пролактина, который влияет на изменение строения миомы.

**В заключение необходимо подчеркнуть, что в основе профилактики должны превалировать здоровый образ жизни и сохранение репродуктивного здоровья женщин.**



# Девиантное поведение молодежи. Есть ли путь решения проблемы?

*Современное российское общество переживает глубокий духовный кризис: прежние ценности и ориентиры разрушены, новые - не сформировались. Появилось поколение молодых людей, которое вообще не имеет представления о высоких духовных ценностях, у которого нет и активной жизненной позиции. Мало того, в настоящее время мы постоянно сталкиваемся с проблемой девиантного поведения молодежи.*

**Александр Андреевич Парахин,**  
доцент кафедры гуманитарных наук Российской международной академии туризма

**Девиантное, или отклоняющееся, поведение молодежи - это неприятие, игнорирование принятых в обществе социальных норм и правил поведения.**

Данные статистики показывают, что число юношей и девушек, склонных к аномальному поведению, **постоянно растет**. Нашу страну буквально захлестнули асоциальные явления, ведущие к духовной деградации значительной части молодежи. Этому в немалой степени способствуют и реклама в СМИ, и показ фильмов, в которых смакуются жестокость, насилие, и порнографии.

Происходит своего рода **процесс манипулирования сознанием молодежи, девальвация человеческой жизни**, цена которой падает пропорционально росту курса доллара и количеству криминальных элементов. Человеческая психика притупляется, шокирующее зрелище становится обыденным, патология - нормой.

**По данным ВОЗ, ежегодно в мире совершается более полумиллиона самоубийств.** По числу случаев суицида в расчете на соответствующее количество населения в 1994г. Россия вышла на **второе место в мире**, «пропустив» вперед Литву. **Кто решается на суицид?** Большинство из них - это молодые люди в возрасте до 24 лет. Это число прямо зависит от социальной и экономической стабильности в обществе.

**Широкий размах приобрела подростковая проституция.** Сейчас средний возраст несовершеннолетних проституток составляет 13-14 лет, большое их количество - это «уличные» дети.

Часто на улицах, около магазинов, вокзалов можно увидеть праздношатающиеся стайки подростков. Как ни печально, но именно семейные неурядицы часто заставляют подростков пускаться в бега, идти на преступления. Еле сводящие концы с концами, мало-

обеспеченные семьи не способны создать нормальные условия жизни своим детям, не говоря уже о нормальном воспитательном и образовательном процессе. И находятся «добрые» дяди и тети, хорошо оплачивающие девочкам и мальчикам их «услуги». **Увеличивается число случаев изнасилований несовершеннолетних.** Юные проститутки занимаются мошенничеством и воровством, легко вовлекаются в наркобизнес, многие из них имеют судимости. Возврат их к нормальной жизни очень затруднителен - «свои не отпускают», а наше общество теряет тысячи людей работоспособного возраста, увеличивая в то же самое время ряды преступников.



В психиатрии термин **«саморазрушающее поведение»** трактуется как наркомания, алкоголизм, бродяжничество, отказ от образования. Сюда же можно отнести и обеднение родного языка - набор слов в бытовой и профессиональной речи год от года сокращается. Молодые люди часто разговаривают на сленге, используя тюремный жаргон, сквернословят.

Необходимо также отметить и то, что **на формирование психики подростков большое влияние оказывает чрезмерное увлечение компьютером, Интернетом.** Пребывание у компьютера несколько часов подряд ежедневно делает молодых людей замкнутыми, малокоммуникабельными. *Где тут проявиться активной жизненной позиции?* Существование различных религиозных сект, подчас экстремистского толка, также несут для молодежи большую опасность: уродуют психику, подстрекают к противоправным действиям и т.д., и т.п.

**Есть ли выход из создавшейся ситуации? Возможна ли вообще профилактика аномального поведения молодежи?** Думается, что в этой связи возможны два подхода: **первый** - возрождение и активизация различных молодежных клубов, студий, секций по интересам (спортивных, конструкторских, туристических и т.д.). Интерес вызовет тягу, желание, потребность заниматься тем или иным видом общественно-полезной, творческой деятельности - можно с пользой приложить свой ум, знания, руки. **Второй** - объединить усилия учителей, медиков, социальных работников, работников культуры и, само собой разумеется, родителей в **едином** воспитательном процессе, когда знания, опыт, мастерство каждого будут дополнять друг друга и способствовать более успешному осуществлению воспитательного процесса подрастающего поколения.



# АСТМА-ШКОЛА: ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

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

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

**Инна Ивановна СОПОВА**, врач-пульмонолог;

**Ирина Петровна СОКОЛ**, врач-пульмонолог;

**Евгения Витальевна НИКИТИНА**, врач-пульмонолог

## Занятие 6

### О факторах, провоцирующих приступ удушья, и об инфекциях, запускающих обострение бронхиальной астмы

Раздражители, которые могут спровоцировать приступ удушья у больного бронхиальной астмой, называются триггеры («спусковой крючок, курок»). Для каждого больного может быть значимым свой «набор» раздражителей. Наиболее часто таковыми являются любая пыль, дым, выхлопные газы, физическая нагрузка, резкие колебания температуры и влажности воздуха, аэрозольные и порошкообразные средства бытовой химии и косметики, респираторные инфекции, о которых мы расскажем в другом нашем занятии.

Пыль, аэрозоли, пудра, тальк, стиральный порошок, которые могут попасть в бронхи при вдыхании, обладают сильными раздражающими свойствами и могут вызвать приступ удушья. Очень резкие запахи могут вызывать кашель и у вполне здорового человека, а бронхи астматика в десятки раз более чувствительны к подобным раздражителям.

#### Как ослабить действие триггеров?

Поскольку у каждого больного имеется свой индивидуальный набор триггеров, каждый из вас вместе с лечащим врачом должен внимательно проанализировать течение болезни, выявить наиболее значимые для вас провоцирующие факторы и составить перечень профилактических мероприятий.

**Общие же рекомендации таковы:**

◆ НЕ КУРИТЕ и НЕ НАХОДИТЕСЬ В ПОМЕЩЕНИЯХ, ГДЕ КУРЯТ! Никто не должен курить в доме астматика!

◆ Не используйте духи и другую косметику, особенно в спреях.

◆ Избегайте аэрозольных и порошкообразных средств бытовой химии.

◆ Если есть необходимость использовать в доме аэрозоли (например, пестицидные - для борьбы с тараканами, полировки мебели) или другие резко пахнущие вещества (краски, лаки, растворители), то это следует делать в отсутствие больного в квартире. Обязательно чаще проветривайте помещение!

◆ Если в вашей квартире (на работе, в школе, где учится больной ребенок) планируется ремонт, то пребывание больного в этих помещениях нежелательно.

◆ При топке печей очень важно обеспечить хорошую вентиляцию. По возможности, все-таки следует избегать использования печей и каминов.

**Эти рекомендации помогут вам избежать или ослабить действие триггеров, а значит, избежать приступа удушья, облегчить течение вашего заболевания и позволить во многих случаях снизить дозу или даже избежать использования лекарственных препаратов.**

Часто бронхиальная астма начинается с острой **респираторной вирусной инфекции (ОРВИ)**, с бронхита или пневмонии. В дальнейшем любое инфекционное заболевание верхних ды-

хательных путей может привести к обострению астмы. Роль респираторной вирусной инфекции как фактора развития и триггера астмы признается многими специалистами. Острая риновирусная инфекция является причиной обострения астмы у 85% детей и 44% взрослых.

Мощными факторами обострения в любом возрасте являются вирусы гриппа и парагриппа. **Грипп** - мощный фактор обострения астмы. Типичный грипп может обострять бронхиальную астму в более чем 70% случаев. Это вирусная инфекция, которая поражает прежде всего верхние и нижние дыхательные пути, но может вызывать осложнения и в других органах.

Грипп вызывается особым вирусом. **Известны три его разновидности - А, В и С.** Вирус гриппа состоит из оболочки и «внутренности». В оболочке находятся различные вещества, с помощью которых вирус прикрепляется к клеткам и отсоединяется от них, когда ему это становится нужно. «Внутренность» - это рибонуклеиновая кислота, или РНК, которая имеет отношение к считыванию и передаче генетической информации.

**Грипп опасен своими осложнениями.** Каждые 2-3 года возникают эпидемии гриппа, когда заболевает очень много людей. Заразиться гриппом очень легко, потому что он распространяется мгновенно.

От человека к человеку вирус гриппа передается воздушно-капельным путем. Это значит, что капельки слюны, содержащие вирус,



во время разговора, кашля, чихания, иногда просто дыхания, перелетают из полости носа или рта заболевшего в верхние дыхательные пути другого человека. Там вирус закрепляется, начинает размножаться, попадает в трахею и бронхи - и начинается болезнь.



Но опасен не столько сам вирус, а опасны те осложнения, которые он вызывает, и в первую очередь - со стороны легких. **Вирус гриппа поражает систему защиты легких от внешних воздействий. Как он это делает?**

Он убивает поверхностные клетки дыхательных путей вплоть до того, что они слущиваются, оголяя бронхиальную стенку; нарушая барьер защиты, вирус поражает железы и клетки, которые вырабатывают слизь; он нарушает функцию макрофагов - основных «санитаров» дыхательной трубки, нарушается кровоток в легких. Неприятно еще и то, что гриппозная инфекция активизирует клетки, участвующие в аллергическом воспалении, со всеми вытекающими отсюда последствиями.

Дальше - легкие становятся совершенно беззащитными перед микробами, которые с удовольствием проникают в ткань, вызывая бронхиты и пневмонии. Конечно, не у всех развиваются осложнения. Люди, составляющие группу риска, - это больные, страдающие хроническими легочными заболеваниями, в том числе и астматики. Вирус повреждает клетки, которые имеют прямое отношение к приступу астмы, а также воздействует на нервные окончания в бронхах. В результате активизируется воспаление, которое лежит в основе астмы, и человек имеет все шансы получить тяжелое обострение.

**Напоминаем! Астма должна быть всегда под надежным контролем. Базисное противовоспалительное лечение, особенно тщательно соблюдаемое во время сезона грип-**

**па, - важнейшее правило, которое поможет избежать обострения, но лучше не болеть вообще. Профилактика - прежде всего!**

Необходимо своевременное и эффективное лечение ОРВИ и часто развивающихся на их фоне воспалительных заболеваний ЛОР-органов и нижних дыхательных путей.

Если вы простудились, уточните у врача, как вам следует изменить план приема лекарств, или действуйте в соответствии с вашим индивидуальным планом лечения. Обычно рекомендуется усилить противоастматическую терапию, не дожидаясь возможного ухудшения состояния. Фиксируйте показатели пикфлоуметрии во время болезни - они могут понадобиться вам и вашему врачу для правильной оценки вашего состояния.

При нахождении в общественных местах защитите слизистую оболочку носа от попадания на нее вируса, используя оксолиновую мазь, закапывая в носовые ходы интерферон. После посещения в эпидемию гриппа общественного места прополощите горло и промойте нос водой.

Вне обострения астмы следует проводить разумные закаливающие процедуры. Всем больным астмой показана ежегодная противогриппозная вакцинация.

### А что делать, если Вы уже заболели?

◆ Постельный режим должен поддерживаться до нормализации температуры.

◆ Рекомендуется диета, богатая высокоусвояемыми блюдами, витаминами (особенно аскорбиновой кислотой - витамин С по 1- 2г 1-2 раза в сутки или аскорутин, сироп шиповника. Диета должна сопровождаться обильным питьем (щелочные минеральные воды, чай с лимоном, отвар малины).

◆ Во время заболевания ни в коем случае не рекомендуется сбивать повысившуюся температуру. При повышении температуры до 38 градусов все иммунологические реакции в организме протекают с оптимальной скоростью для развития иммунного ответа. Организм сам вырабатывает для себя оптимальную температуру для борьбы с инфекцией. Конечно, температуру выше 39 градусов и взрослым, и детям трудно переносить, и в этом случае нужно принять жаропонижающие, многие из которых обладают не только жаропонижающим, но и противовоспалительным действием.

◆ Чтобы предотвратить развитие воспаления придаточных пазух носа при ОРВИ, насморк надо своевременно лечить в целях восстановления носового дыхания.

◆ Для разжижения и облегчения отхождения мокроты применяются отхаркивающие и разжижающие мокроту препараты. При сухом надсадном кашле возможно использование противокашлевых средств.

### Рекомендуются ли антибиотики для лечения вирусных инфекций?

**Антибиотики убивают бактерий и не действуют на вирусы, поэтому ими лечат только осложнения, например, гнойный бронхит, воспаление придаточных пазух и др.** Не принимайте антибиотики самостоятельно!

**Но самый надежный способ профилактики - это вакцинация** (введение частичек вируса в организм человека для того, чтобы против них выработалась защита). Когда настоящий вирус атакует жертву, то защитная система распознает его и инактивирует. Сейчас применяются высокоочищенные вакцины, содержащие совсем крошечные осколки вирусной оболочки, которые не в состоянии вызывать каких-либо болезненных явлений в организме. Наблюдения за больными с бронхиальной астмой после вакцинации от гриппа инактивированными вакцинами позволяют сделать вывод, что **вакцинация не сказывается существенным образом на течение астмы и не ведет к ее обострению.** Успехов Вам!

# Острые заболевания верхних дыхательных путей - требуют внимания

**Сергей Викторович Петухов,**  
врач-оториноларинголог, Первомайская ЦРБ

Острые заболевания верхних дыхательных путей занимают ведущее место в структуре общей заболеваемости. Хотелось бы остановиться на некоторых наиболее распространенных патологиях лор-органов, близких по анатомическому расположению, затрагивающих разные возрастные группы, «богатые» потенциальными осложнениями со стороны других систем и органов.

**Острый ринит (насморк)** является одним из самых частых заболеваний. В основе его развития лежит нервно-рефлекторный механизм. Он возникает в большинстве случаев как реакция организма на общее или даже местное охлаждение. Реже к воспалительному заболеванию слизистой оболочки носа ведут термические, механические или химические раздражения. Роль «простуды» - охлаждения - сводится к нарушению нормального состояния слизистой оболочки носа, чем создаются условия для размножения условно-патогенной флоры, постоянно имеющейся в полости рта, носа и носоглотки человека. Острый насморк всегда поражает обе половины носа сразу.

Болезнь начинается без значительного расстройства общего состояния, чиханием, ощущением жжения в горле, особенно в носоглотке, нередко наблюдается повышение температуры до 37°C и выше. В начальной стадии субъективно ощущается большая сухость в носу и носоглотке, слизистая оболочка при этом красна, отечна и имеет сухой вид. Через несколько часов, а иногда и через 2-3 дня, напряженность слизистой уменьшается, она делается влажной и начинает отделяться обильное количество серозно-слизистого секрета. Затем отделяемое принимает слизисто-гноеный характер. В последующие дни воспаление начинает быстро проходить, отделяемое уменьшается и спустя 7-10 дней наступает полное выздоровление.

Как правило, острый насморк сопровождается изменением тембра голоса и понижением обоняния. Нередко появляются боли в области лба, глазниц, указывающие на одновременное участие в процессе придаточных пазух. Выделения из носа мацерируют кожу преддверия носа, в результате чего появляются болезненные трещины. В течение острого насморка нередко развиваются конъюнктивит (вследствие перехода процесса на слезопроводящие пути), а также заболевания среднего уха (распространение через евстахиеву трубу).

Лечение производится терапевтами и педиатрами при консультативном осмотре врача-оториноларинголога.

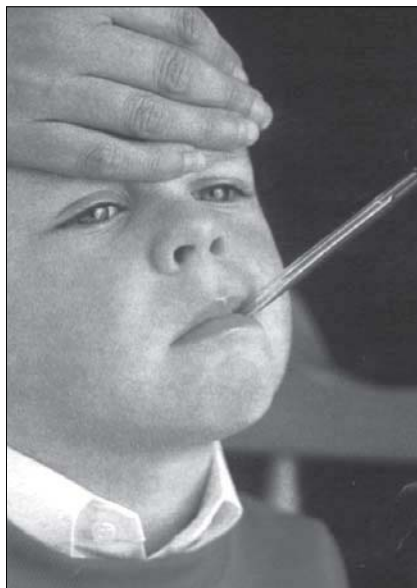
Одной из наиболее частых причин стойкого нарушения носового дыхания в детском и подростковом возрасте является гипертрофия носоглоточной миндалины, или аденоидные разращения.

Группа аденоидов вызывает не только местные расстройства со стороны носа, уха и голосообразования, но может также неблагоприятно отражаться на общем состоянии организма. Аденоиды наблюдаются одинаково часто у детей обоего пола в возрасте от 3 до 8-10 лет, но они встречаются и в первые годы жизни, а также после периода полового созревания. Важную роль в развитии аденоидов играют перенесенные воспалительные заболевания носоглотки. Симптоматика весьма разнообразна. Главным признаком является периодическое или постоянное закладывание носа и обилие секреции, не поддающиеся обычному терапевтическому воздействию. Аденоиды иногда не

столько создают механическое препятствие для носового дыхания, сколько вызывают застойные явления в носу, которые ведут к хроническому набуханию и воспалению слизистой оболочки носа, особенно задних концов нижних носовых раковин, обильному скоплению густой, вязкой слизи; это служит причиной упорного насморка.

В результате затрудненного носового дыхания дети с аденоидами спят с открытым ртом; сон обычно беспокойный, нередко сопровождается храпением и приступами удушья вследствие западания корня языка; дети иногда просыпаются по нескольку раз за ночь, после сна выглядят вялыми и разбитыми. В связи с необходимостью постоянно держать рот открытым нижняя челюсть отвисает, носогубная складка бывает сглаженной, выделяющийся из носа секрет вызывает раздражение кожи, стойкие экзематозные явления. В результате отсутствия носового дыхания нарушается рост скелета лица. Особенно заметно изменяется верхняя челюсть, которая как бы сдавливается с боков, удлиняется и принимает клинообразную форму с узким и высоким твердым небом и неправильным расположением зубов. Это, в свою очередь, ведет к неправильному прикусу, иногда к искривлению носовой перегородки. Все указанные изменения придают лицу характерный вид, который носит название «наружного аденоидизма».

Аденоидные вегетации способствуют развитию инфекции и ведут к воспалению евстахиевой трубы и среднего уха. Аденоиды в своих складках и бухтах сохраняют обильную бактериальную флору и поэтому являются источником часто повторяющихся воспалений носоглотки, а также катаров гортани и бронхов, которые сопровождаются упорным кашлем. Дети старшего возраста очень часто жалуются на головную боль, бывают рассеянными и невнимательными, а поэтому нередко отстают в школе. Головные боли появляются рефлекторно в результате застойных явлений и затрудненного оттока венозной крови и лимфы из передних отделов мозга. Также рефлекторно могут возникать ночное недержание мочи, явление ларингоспазма, приступы бронхиальной астмы. При долго длящемся затруднении носового дыхания аденоиды в ряде случаев приводят к развитию деформации грудной клетки (куриная грудь), нарушению деятельно-



сти желудочно-кишечного тракта, малокровию и исхуданию от недостатка поступающего кислорода.

Диагноз выставляется при пальцевом исследовании носоглотки при наличии характерных жалоб и симптоматики. В большинстве случаев лечение при аденоидах оперативное.

Достаточно часто аденоидные разрастания сопровождается **гипертрофия небных миндалин**. Обычно в таких случаях миндалины бывают мягкими, бледно-розового цвета, резко увеличенными и выступающими из-за небных дужек, нередко соприкасаясь по срединной линии. В гипертрофированных миндалинах у детей в большинстве случаев отсутствуют воспалительные изменения. Обычно с течением времени также миндалины подвергаются обратному развитию и уменьшаются до своих нормальных размеров.

Гипертрофированные миндалины являются некоторым механическим препятствием для нормального дыхания, приема пищи и регеобразования. **Резко увеличенные миндалины, особенно у детей, могут служить причиной рефлекторного кашля, особенно по ночам.** Отмечено, что дети, страдающие гипертрофией миндалин, обычно более тяжело переносят детские инфекции. При неэффективности консервативного лечения прибегают к операции - удалению части миндалин, выдающейся в просвет зева.

Достаточно близко с воспалительными поражениями слизистых носа и носоглотки стоит воспаление слизистой оболочки глотки - **острый фарингит**. Изолированное заболевание глотки в большинстве случаев обусловлено действием горячей пищи, алкоголя, курения, длительным разговором на холоде, профессиональными вредностями и т.д. Острый фарингит сопровождается различными субъективными симптомами: **чувством сухости, легкой болезненности или напряжения в глотке, кашлем, саднением**. Боли в области боковой стенки глотки часто при глотании отдают в ухо. Глотание слюны бывает более болезненным, чем глотание пищи. Объективно слизистая ротоглотки красная, местами покрыта слизисто-гнойным секретом. На гиперемированной поверхности задней стенки глотки иногда выступают отдельные фолликулы в виде красных зерен. Обычно отмечается краснота, припухание или легкая отечность язычка. Иногда воспалительный процесс переходит в гортань, температура нормальная или слегка повышенная: общее состояние страдает мало.

**Учитывая, что многие заболевания на начальном этапе имеют схожую симптоматику и клинические проявления, во всех случаях требуются консультации профильных специалистов.**

## Мир и МЕДИЦИНА

### Молодость кожи регулируем самомассажем

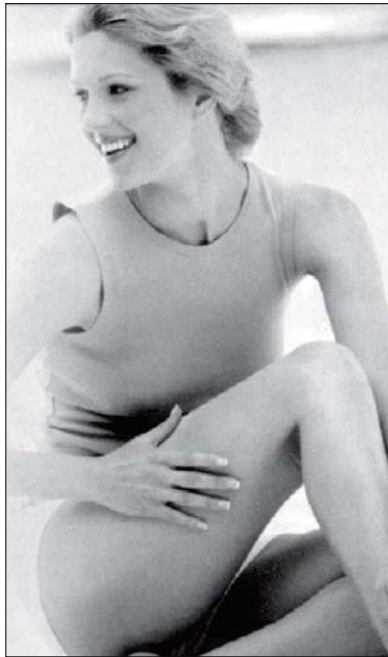
**Увы, апельсиновая корка на бедрах и ягодичах - естественное возрастное явление со стороны кожи, которое никого не радует. Но если избежать этого проявления вряд ли удастся, то улучшить состояние кожи, конечно, можно, если ежедневно несколько минут делать самомассаж с применением специальных кремов и гелей.**

Для самомассажа целлюлита на ногах необходимо положить кисти рук на бедро параллельно, одной рукой надавливайте на кожу и поглаживайте ее по направлению к другой руке. Массируйте всегда снизу вверх - от колена к ягодичам. Для массажа ягодич лучше воспользоваться массажером, например, деревянным роликотом. Кожа области декольте крайне чувствительна, поэтому ее нежно поглаживают руками от середины груди в стороны и затем от области декольте по направлению к шее. Живот нужно не поглаживать, а пощипывать. Большим и указательным пальцами захватывайте кусочки кожи и пощипывайте снизу вверх.

Делайте этот несложный массаж регулярно, и кожа на животе станет упругой.

Не случайно массаж стоп на Востоке, который перед сном любящие супруги делают друг другу, называется счастьем ног. Чтобы его выполнить, нужно сесть так, чтобы стопу можно было удобно расположить на бедре другой ноги. Подошва смазывается оливковым или подсолнечным маслом и разогревается, поглаживая, разминая, похлопывая, поднимая и опуская руки вверх-вниз. Затем хорошенько растирается подошва и разминается каждый палец. Подушечкой большого пальца руки пройдите с нажимом по всей подошве. Под конец граблеобразно погладьте и потрясите стопой.

Массаж рук также необыкновенно полезен. Например, разминая большой палец, вы тем самым активизируете деятельность головного мозга. Выполняйте массаж по утрам. Большим и указательным пальцами правой руки поочередно сжимайте каждый палец левой руки, двигаясь от основания до кончика. Затем поменяйте руки. Еще один прием, вызывающий прилив энергии. Нащупайте на кисти место, где сходятся косточки большого и указательного пальцев, и в течение одной минуты мягко надавливайте на эту точку



### Женщины сильнее чувствуют боль

**С помощью функционального магнитно-резонансного томографа ученые установили, что женщины острее чувствуют боль в тот период менструального цикла, когда содержание эстрогенов в крови понижено (вторая половина цикла).**

Исследователи изучали болевую чувствительность у девяти молодых здоровых женщин. К щеке каждой участницы прикрепили датчик, который нагревался до высокой температуры. Во время экспериментов в их крови определили содержание эстрогенов. Эмоциональное восприятие боли обостряется в период низкого содержания эстрогенов.

Известно, что эстрогены могут влиять на работу медиаторов нервной системы, расширять сосуды и увеличивать приток крови к головному мозгу.

# ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

## С юбилеем тебя, наша больница!



**Лилия Арновна Красикова,**  
главная медицинская сестра высшей квалификационной категории,  
МУЗ «Троицкая ЦРБ»

Открытие центральной районной больницы на 150 мест стало огромным праздником, большим событием в Троицком районе. Ведь через район проходит трасса федерального значения «Барнаул-Ташанта», где серьезные дорожно-транспортные аварии не редкость. Открывала здание этой больницы главный врач **Эмма Давыдовна Анчукова**. В те годы главной медсестрой работала **Лидия Петровна Щерстнева**, она же организовала в 1976 году Совет медицинских сестер, в который входили все старшие медицинские сестры отделений. Совет работает и по сегодняшний день.

Преемственность поколений очень важна в нашей работе. Ежегодно администрация районной больницы во главе с главным врачом и совместно с Советом медицинских сестер организует встречи ветеранов труда, пенсионеров. В день пожилого человека обязательно устраиваем чаепитие, в тесной дружеской беседе выясняем проблемы наших пенсионеров.

*Вы знаете:*

*Я против грусти,  
Но сегодня она не в счет!  
Я не знала тогда, в семнадцать,  
Что в ЦРБ меня мать вторая ждет.  
Всего у ней было нас двадцать -  
И на каждого хватало сил.  
Научила грустить, смеяться,  
Научила белый халат носить.  
Научила быть тактичной  
И приличия соблюдать,  
Чтоб была сестрой отличной,  
Ребенку бы заменяла мать.*

Эти слова были посвящены старшей медицинской сестре детского отделения, шефу-наставнику, учителю **Вален-**

**тине Ивановне Вайгент**, когда она уходила на заслуженный отдых. Она отдала здравоохранению 40 лет, не щадя своих сил и здоровья. Мы, младшее поколение, преклоняемся перед нашими ветеранами.

**Мария Васильевна Никитина**, операционная медицинская сестра, всю свою жизнь посвятила здоровью людей. В селе - это дни, ночи, праздники, будни - все перемешалось, ассистировать от рабочего времени, должна быть всегда начеку. Одна операционная сестра на весь район. И свою эстафету она передала **В.И. Балашовой**. С 1971 года и по сегодняшний день работает Валентина Ильинична операционной медсестрой. Через ее руки прошли десятки тысяч больных, она ассистировала десяткам хирургам. А сегодня она, уже будучи на заслуженном отдыхе, продолжает трудиться и возглавляет среднее и младшее звено хирургического отделения. Болеет душой за свое отделение и операционный блок. Она по праву гордится своим отделением, все медицинские сестры имеют квалификационную категорию. Сама Валентина Ильинична имеет высшую квалификационную категорию и награду «Отличник здравоохранения».

К 40-летнему юбилею было отремонтировано отделение, а самое основное - проведен капитальный ремонт в операционном блоке, который теперь соответствует всем современным санитарным требованиям.

Также к юбилею больницы был облегчен труд прачек благодаря приобретенному оборудованию в прачечную, отремонтированы палаты, кабинеты поликлиники.

*Весна - это то время, когда можно поздравить всех сотрудников Троицкой районной больницы с 40-летним юбилеем. Открылась ЦРБ р.п.Троицкое 6 марта 1966 года - накануне праздника женщин, и это не случайно: ведь 90% медработников - это именно женщины. Достраивали больницу и проводили все отделочные работы - сами медицинские работники. Как рассказывают наши ветераны: «После трудовой смены шли в недостроенное здание и работали там по несколько часов уже как строители, маляры, сантехники».*

Глава администрации района **Михаил Иванович Зань** и главный врач ЦРБ **Константин Николаевич Фадин** сделали подарок к юбилею больницы: приобрели в поликлиническое отделение комплекс функциональной диагностики «ВАЛЕНТА». Он позволит выполнять многие функциональные исследования в условиях ЦРБ, а не направлять жителей района в краевые медицинские учреждения. Работает на нем грамотный специалист своего дела, медицинская сестра функциональной диагностики **Валентина Васильевна Елкина**.

Рентгеновская установка в районной больнице - одна из лучших в крае. Все рентгенлаборанты имеют высшую квалификационную категорию. В нашей больнице очень низкая текучесть кадров, примером может служить акушеро-физиологическое отделение, где все акушерки работают более 30 лет. Это грамотные, квалифицированные специалисты с высшей категорией.

Всего средних медицинских работников в больнице, которая сейчас рассчитана на 181 койко-место, 257 человек: 67% из них имеют сертификаты и категории (первую категорию имеют 62 человека, вторую - 10, а высшую - 28 специалистов). Всех медицинских работников объединяет трудолюбие, милосердие, долг, доброта и чувство сострадания.

Медицинские работники не только «стоят на страже здоровья» населения района, а это без малого почти 30 тысяч человек, но и оздоравливаются



**Вверху (слева направо): Н.В. Красова**, старшая акушерка акушерско-физиологического отделения; **Л.Г. Дудина**, старшая медсестра инфекционного отделения; **М.В. Синельникова**, старшая медсестра терапевтического отделения; **С.М. Шмыгленко**, диет-сестра; **Т.Н. Кузьмина**, старшая медсестра детского отделения;

**внизу (слева направо): В.И. Балашова**, старшая медсестра хирургического отделения; **Л.А. Красикова**, главная медсестра; **Л.Г. Исаева**, старшая медсестра реанимационного отделения



**В.В. Елкина**, медсестра кабинета функциональной диагностики

сами, принимая участие в спортивных, культурно-массовых мероприятиях. Прошлым летом была проведена спартакиада медиков, в которой наша ЦРБ заняла второе место во всех видах соревнований.

Все проводимые медиками мероприятия - КВНы, профессиональные праздники, новогодние карнавалы - проходят с задором, радостно, весело, чувство юмора помогает нам преодолевать многие неурядицы в работе.

Наши медицинские работни-

ки вступают в членство в Ассоциацию медицинских сестер. Многие материалы из журналов «**Здоровье алтайской семьи**», «Сестринское дело» медиками используются при подготовке рефератов, проведении сестринских и фельдшерско-акушерских конференций, санитарных бюллетеней.

Вся 40-летняя жизнь медиков районной больницы хранится в памяти наших сотрудников по сегодняшний день, кроме того, в каждом отделении имеется фотоальбом «Жизнь отделения», в котором постоянно появляются новые страницы.

*Я поздравляю всех медицинских работников, ветеранов труда, пенсионеров с юбилеем основания Троицкой районной больницы. Желаю всем крепкого здоровья, счастья, удачи, гуманности в нашем нелегком благородном труде, успехов в оздоравливании больных!*

# Мы оберегаем здоровье ваших детей

**Людмила Николаевна Патрушева,**  
главная медицинская сестра высшей категории,  
член АСМР, МУЗ «Городская детская  
инфекционная больница №2»

Забота о здоровье будущих поколений заслуживает особого внимания медицинских работников, особенно здоровье детей раннего возраста, когда важно не только выявить заболевания, но и заложить основы правильного физического и психического воспитания, закаливания, рационального питания, оградить маленького человека от неправильного или некачественного лечения.

Сегодня в педиатрии остается много нерешенных проблем, таких, как: высокие заболеваемость и смертность, сезонность заболеваний, внутрибольничная инфицированность, слабая материальная база детских лечебно-профилактических учреждений.

Здоровье наших детей подвержено существенно-му влиянию со стороны социально-гигиенических факторов риска:

- ◆ генетическая отягощенная наследственность детей;
- ◆ злоупотребление алкоголем, курением, наркотиками;
- ◆ образ жизни семьи;
- ◆ несоблюдение правил ухода за ребенком первого года жизни;
- ◆ ранний перевод на искусственное и смешанное вскармливание.

Только хорошая организация охраны жизни матери и ребенка, производственная санитария, современные технологии сестринского ухода, профессиональный рост и совершенствование знаний медицинской сестры позволяют трудиться с большей отдачей, надежно и качественно ради главного в ее профессии – ради здоровья пациента.

**Детская инфекционная больница №2 г.Барнаула начала свою деятельность в феврале 1986 года.** И вот уже 20 лет принимает для обследования и лечения в своих двух отделениях - детей раннего возраста до трех лет и до 15 лет - в отделении реанимации и интенсивной терапии с острой бронхолегочной патологией из г.Барнаула и частично иногородних пациентов.

**ОРВИ является наиболее частой причиной бронхолегочной патологии,** она дает высокий процент тяжелых форм и осложнений - фарингиты, ларинготрахеиты, острые бронхиты, пневмонии, бронхиальная астма в приступный период.

**Второе инфекционное отделение больницы** - единственное в городе по оказанию детям неотложной помощи и лечению острых ларинготрахеитов. Здесь трудится замечательный молодой, энергичный коллектив



под руководством заведующего отделением, врача высшей квалификации **Н.В. Смородской** и старшей медицинской сестры **М.А. Лесниковой**. Медицинские сестры первой категории - **Н.С. Проидина, Н.Ф. Черкашенинова, О.А. Штimmer, Л.П. Казанцева, А.И. Прусс** – посвятили свой труд, свои знания во благо маленьких пациентов. Молодые специалисты среднего звена постоянно повышают свой профессиональный уровень, трудятся с большой отдачей и любовью к детям, вносят вклад в улучшение работы отделения, создавая уют, максимально приближенный к домашним условиям, доброжелательное отношение, обеспечивают охранительный и санитарно-эпидемиологический режим для профилактики внутрибольничного инфицирования пациентов.

**При лечении в домашних условиях сезонных простудных заболеваний дыхательных путей очень часто состояния усугубляются непредсказуемой реакцией организма.** Внезапно возникают такие острые состояния, как стеноз гортани и ларинготрахеит, причиной развития которых являются вирусы гриппа, аденовирусы, домашние и лекарственные аллергены. Воспалительный процесс развивается в гортани и трахее, обуславливает затруднение дыхания, отек голосовых складок, спазм мышц гортани, скопление слизи в гортани, что ведет к сужению гортани и появлению осиплости голоса, «лающего кашля», происходит он чаще ночью, внезапно, вызывая выраженное беспокойство ребенка.

Быстрое нарастание тяжести состояния является необходимостью обращения за экстренной помощью, госпитализацией в сопровождении медицинских работников.

**Родители, имеющие детей раннего возраста, при возникновении подобных состояний могут и должны принять меры до приезда «скорой помощи»:**

1. успокоить ребенка и успокоиться самим. Измерить температуру тела ребенка;
2. обеспечить доступ свежего воздуха, по возможности увлажнить воздух;
3. обеспечить теплое питье (минеральная вода, молоко, кипяченая вода).

**Во избежание возникновения аллергических реакций не используйте в лечении медовые компрессы, эфирные масла, горчичники.**

Если ребенок поступает в отделение с матерью, с ней обязательно устанавливается так называемый контакт доверия, так как при совместных усилиях при внимательном, терпеливом, спокойном отношении уменьшаются страх и возбуждение у ребенка и эффект лечения будет достигнут быстрее.

После санации дыхательных путей ребенок помещается в кислородную палатку, где создается микроклимат с повышенной влажностью и концентрацией кислорода. За состоянием ребенка, цветом кожных покровов, температурой, увлажнением воздуха в палатке в постоянном режиме следит медицинская сестра. Наряду с уходом она психологически поддерживает мать, находящуюся с ребенком во время процедуры, так как очень часто у них возникает испуг, паника за состояние здоровья ребенка.

Кроме лечения, в кислородных палатках проводятся ингаляции с лекарственными препаратами по назначению врачей на аэрозольных аппаратах «Омрон»,



«Бореал», «Дельфин» производства Италии, Японии. Применение этих процедур сводит к минимуму острые состояния, и поэтому при своевременно начатом лечении – прогноз благоприятный. При позднем же обращении процесс выздоровления затягивается и велика вероятность развития осложнений.

Отделение лечения стенозов и ларинготрахеитов располагает необходимым ассортиментом лекарственных средств, предметов ухода.

На протяжении 20 лет сотрудники отделения вносят свой вклад в выздоровление маленьких пациентов. Здесь нет случайных людей. Кроме лечения, мы проводим и просветительскую работу в форме санбюллетеней, бесед по гигиеническим навыкам по уходу, здоровому образу жизни, закаливанию, предупреждению ОРВИ у детей с аллергическими диатезами.

**Уважаемые родители! Не занимайтесь самолечением ребенка – это только усугубляет течение и тяжесть заболевания. Обращайтесь с доверием к специалистам, которые окажут специализированную помощь в короткий срок.**

**Мы рады помочь вам и вашему ребенку!**

**P.S. От всей души поздравляю коллектив нашей больницы с 20-летием! Желаю здоровья, творческих успехов и удачи в делах.**



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

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, канди-  
дат медицинских наук,  
ассистент кафедры

# ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО МАТЕРИНСТВА

Инфекционные заболевания широко распространены в человеческой популяции. Во время беременности риск их возникновения или обострения резко возрастает в связи с состоянием иммунодефицита. Гормональная и иммунная перестройка, направленная на обеспечение роста и развития плодного яйца, приводит к более легкому проникновению инфекционных агентов через защитные барьеры организма беременной женщины.

## ИНФЕКЦИЯ и ВНУТРИУТРОБНЫЙ ПАЦИЕНТ

### Какие инфекции могут вызывать повреждение плода?

В природе существует более 200 микроорганизмов, но наиболее значимыми являются 10-15. Это - вирусы (краснухи, генитального герпеса, гриппа, гепатитов В и С, ВИЧ, цитомегалии), бактерии (стрептококки группы В, гонококки, бледная трепонема, хламидии и др.), паразиты животных (токсоплазма), грибки (кандида).

### В чем заключается опасность внутриутробного инфицирования (ВУИ)?

Проникая к плодному яйцу, инфекционные агенты способны вызывать внутриутробное инфицирование, которое может привести к самопроизвольным выкидышам, преждевременным родам, формированию грубых пороков развития плода, мертворождаемости.

### Каковы условия для ВУИ?

Это острая или обострение хронической инфекции матери, воспалительные заболевания гениталий, наличие инфекций, передающихся половым путем, инвазивные вмешательства в первом триместре беременности.

### Какие факторы играют роль во внутриутробном повреждении плода и определяют конечный результат?

Манифестацию инфекции и степень выраженности перинатальных

заболеваний новорожденных определяют совместно срок беременности, вид возбудителя, вирулентность микроорганизма, путь передачи, длительность и частота воздействия, тропизм возбудителя, целостность плацентарного барьера.

Причем, **тяжесть инфекционного заболевания у матери не определяет частоту и степень повреждения плода и новорожденного.** Например, легкое, бессимптомное течение инфекции у матери при краснухе почти всегда ведет к тяжелым порокам развития плода. И, наоборот, тяжелая инфекция матери (бактериальный сепсис, вирусный гепатит В), приводящая порой к ее инвалидизации, далеко не всегда сопровождается поражением плода, и беременность завершается рождением здорового ребенка.

### В какие сроки беременности наиболее высок риск ВУИ?

Наиболее высокий риск ВУИ отмечается:

● **в ранние сроки** – до 6-8 недель беременности, поскольку отсутствие плацентарного барьера и происходящие интенсивные изменения в иммунном статусе способствуют более легкому проникновению инфекционного агента из крови матери к плодному яйцу;

● **в поздние сроки** – после 34 недель, поскольку на фоне старения плаценты наступает повреждение плацентарного барьера, и инфекционный агент проникает в кровотоки плода и (или) околоплодные воды. ▶



До 12-14 недель беременности при инфекционном поражении плодного яйца возникают грубые пороки развития – эмбриопатии и (или) гибель эмбриона. Наиболее чувствителен зародыш к действию патогенных агентов в критические периоды: 5-8 день после зачатия и 4-6 недели беременности.

### Какими путями инфекция проникает к плоду?

Основными путями передачи инфекции от матери к плоду являются гематогенный и восходящий. При гематогенном (через плацентарный барьер) пути агент инфицирует в ранние сроки – эмбрион и хорион, а в поздние сроки – материнскую часть плаценты и (или) сам плод.

При **восходящем** пути инфицирования повреждающий агент – вагинальные инфекции (грибы, стрептококки группы В, хламидии, трихомонады, гонококки и др.), которые проникают к плодному яйцу через цервикальный канал.

**Нисходящий** (из брюшной полости через маточные трубы) и смешанный пути инфицирования встречаются значительно реже.

### Что такое органотропизм возбудителя?

Отдельные инфекции, поражая плод, вызывают у него преимущественное заболевание тех или иных органов, что



получило название «органотропизм». Так, при краснухе у плода часто наблюдается триада – поражение хрусталика, внутреннего уха и сердца, при цитомегаловирусной инфекции – поражения выводных протоков околоушной и подчелюстных желез, при гонорее – конъюнктивиты и вульвовагиниты, при сифилисе – поражения костей и центральной нервной системы, при стрептококковой инфекции – пневмонии и сепсис.

Кроме того, установлено, что повреждение зародыша определяется *не характером* инфекционного агента, а *стадией развития плодного яйца*. Причем, чем меньше срок беременности, тем большее повреждение наносит инфекционный агент.

Повреждающим эффектом обладает не только сам микроорганизм, но и его антигены и антитела к ним, а также высокая температура, интоксикация, гипоксия, которые всегда сопровождают активный инфекционный процесс.

### Какие существуют методы лабораторной диагностики ВУИ?

Лабораторная диагностика не только позволяет установить вид возбудителя, но и уточнить степень активности процесса. Это –

- ▶ микроскопия мазка из влагалища;
- ▶ культуральный метод путем посева материала на питательную среду;
- ▶ иммунологические методы обнаружения возбудителя в сыворотке крови и других биологических жидкостях (РИФ);
- ▶ генетические и молекулярные методы для выявления фрагментов РНК или ДНК возбудителя в нативном материале (ПЦР, ДНК-гибридизация).

**Косвенные признаки ВУИ можно обнаружить и при УЗИ:**

- ▶ неиммунная водянка плода,
- ▶ много- или маловодие,
- ▶ утолщение плаценты,
- ▶ кальцинаты в печени плода,
- ▶ кисты,
- ▶ некроз,
- ▶ кальцинаты в головном мозге плода и другие неспецифические признаки.

Поэтому они должны учитываться в сочетании с клиникой у матери и соответствующими лабораторными тестами.

### Как выявить наличие возбудителя непосредственно у плода?

Для выявления возбудителя инфекции у плода исследования подлежат околоплодные воды (амниоцентез), кровь плода (кордоцентез), биоптат хориона. После рождения – обследование новорожденного и гистологическое исследование ткани плаценты.

### Какова тактика ведения беременных с проявлениями ВУИ?

Универсальным способом снижения негативного влияния ВУИ на плод и новорожденного является прегравидарная подготовка, включающая полноценное лабораторное обследование супружеской пары вне беременности, санацию хронических очагов инфекции, лечение соматических заболеваний.

В первом триместре беременности медикаментозная терапия ВУИ не рекомендуется, кроме инфекции мочевых путей.

Специфическая антибактериальная терапия, иммунотерапия проводятся только с 14-16 недель, при необходимости – после консультации инфекциониста и иммунолога. Целесообразно перед родами провести санацию влагалища.



**Нина Викторовна Елисеева,**  
преподаватель ГОУ СПО «Барнаульский базовый медицинский колледж»

## Начнем с себя!

**Туберкулез – глобальная и национальная проблема. Данные медицинской статистики действительно тревожны. Ухудшение эпидемической ситуации в крае по туберкулезу началось с 1992-го года.** Сегодня 22% населения края нуждается в противотуберкулезной помощи. Показатель заболеваемости составил в 2004 году 144,3 на 100 тысяч населения (в 2003г. – 128,9).

Первичная заболеваемость туберкулезом среди подростков остается на высоком уровне и не имеет тенденции к снижению.

**За 2004 год смертность от туберкулеза увеличилась на 113 человек, что на 13% больше по сравнению с 2003 годом, и достигла 39,0 на 100 тысяч населения (34,5 - в 2003 году).**

Естественно, все это требует усиления противотуберкулезной пропаганды среди населения, а следовательно, понимания медицинскими работниками своей ответственности в профилактике этой болезни. Тем более, что имеет место еще проблема - профессиональный туберкулез с его важными медицинскими и социальными последствиями.

По данным VII Российского съезда фтизиатров, **заболеваемость туберкулезом у медицинских работников в 3-3,5 раза выше, чем у других категорий населения.** Поэтому не случайно при подготовке специалистов Барнаульским базовым медицинским колледжем этой проблеме уделяется большое внимание. Чтобы

информировать население, вести эффективную профилактическую работу, нужно самим достаточно глубоко знать проблему.

Студенты колледжа не только изучают программный материал по туберкулезу (эпидемиологию, клинические формы, раннее выявление больных, лечение и профилактику), но и **живо откликнулись на проведение мероприятий в месячник борьбы с туберкулезом**, обращая внимание на гигиеническое обучение населения, необходимость осознания здорового образа жизни, внимательное отношение каждого к своему здоровью. Месячник прошел под девизом: **«Противотуберкулезная пропаганда – залог здоровья всего населения, в том числе и медицинских работников».** А организатором его в колледже явилась цикловая комиссия МЭИ (микробиологии, эпидемиологии, инфекцион-

ных болезней) под председательством **З.И. Черенкова.**

В марте 2005 года были проведены конференции на дневном и вечернем отделениях по теме «Проблемы туберкулеза в Алтайском крае». В работе конференций приняли участие студенты, преподаватели, представители краевого туберкулезного диспансера и Центра эпидемиологии в Алтайском крае. Были представлены доклады **Г.Б. Останиной**, заместителя главного врача по эпидемиологическим вопросам, ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Алтайском крае», «О состоянии заболеваемости туберкулезом в Алтайском крае»; **С. Стурова**, 432 гр., «История движения борьбы с туберкулезом»; **Р.В. Боровковой**, кандидата медицинских наук, заведующей кабинетом профилактики туберкулеза крайтубдиспансера «Профилактика туберкулеза среди населения»; **А. Налимовой**, 461 гр., «Пси-

хотерапия пациентов, страдающих туберкулезом»; **В. Никитенко**, 451 гр., «Лечебное питание при туберкулезе» и др.

Также в ходе конференции был продемонстрирован видеофильм, подготовлена выставка литературы по туберкулезу и рекомендательный список печатных изданий по теме.

Многие студенческие группы приняли участие в конкурсе санитарных бюллетеней и санитарно-просветительских листовок по противотуберкулезной пропаганде. Каждый участник конференции получил листовку, а санитарные бюллетени были переданы в ЛПУ города.

Проведенные мероприятия не прошли бесследно для наших выпускников, которые обязательно внесут свою лепту в борьбе с этой коварной болезнью, работая в лечебно-профилактических учреждениях нашего края.



Участники конференции по теме «Проблемы туберкулеза в Алтайском крае»



**Татьяна Борисовна Чекрић,**  
заведующая практикой ГОУ СПО «Барнаульский базовый  
медицинский колледж»

## Роль сестринского персонала в планировании семьи

**Переход российского здравоохранения с участкового принципа на модель семейной практики расширяет сферу деятельности медсестер, поскольку позволяет оказывать не только лечебную, но и психологическую, социальную и другие виды помощи, а также проводить работу по оздоровлению и планированию семьи.**

Медсестры, акушерки, фельдшеры должны иметь достаточный уровень знаний, чтобы консультировать по вопросам планирования семьи и репродуктивного здоровья, владеть техникой применения различных противозачаточных средств, иметь базовые клинические знания для динамического наблюдения за пациентами, особенно за беременными, родильницами и женщинами, перенесшими аборт.

В работе с беременными акушерка должна как можно раньше распознать факторы риска и своевременно направить к общепрактикующему врачу или к узкому специалисту. **Медсестры и акушерки должны выступать в роли преподавателя:** проводить беседы для женщин о возможных осложнениях беременности и обучать их правильно и своевременно информировать об этом акушерку. Во время диспансерного наблюдения за беременной должны входить беседы о методах и способах контрацепции.

Кроме того, необходимо заблаговременно подобрать метод контрацепции беременной и сделать об этом пометку в обменной карте, что особо важно для женщин, перенесших аборт. Альтернатива аборту – контрацепция, позволяющая контролировать репродуктивную сферу жизни, определять желаемый размер семьи, профилактика бесплодия и других осложнений, которые могут возникать после аборта, сохранение психического и эмоционального здоровья женщины. **В России уровень осложнений после аборта, по данным научных исследований, в 3-5 раз выше, чем в странах Европы.** До настоящего времени аборт осуществляется травматичными

хирургическими методами. Более половины абортов у нас – это повторные. Послеабортное консультирование в клиниках в полном объеме не осуществляется. Кроме того, работники социальных служб должны участвовать в решении проблем беременной и ее семьи. Необходимо, чтобы беременную с самого начала сопровождал социальный работник наряду с медиком, чтобы они работали совместно. **Нужна взаимосвязь органов социальной защиты и здравоохранения.** Если условия жизни беременной неблагоприятны и могут спровоцировать решение об аборте, должна начаться активная патронажная работа с семьей, чтобы улучшить ее социально-быто-

вые проблемы и оказать психологическую поддержку.

Опросы молодых женщин, сделавших аборт, говорят о том, что **женщина чаще всего идет на аборт, когда рядом нет мужчины, на которого можно опереться в будущем.** Это еще раз поднимает вопрос об ответственности мужчин. Когда говорят о двух миллионах абортов в нашей стране, никогда не говорят о том, что это – результат и безответственного поведения почти двух миллионов мужчин. Потому что чаще всего именно мужская безответственность лежит в основе решения прервать беременность (хотя, конечно, случаются и особые жизненные ситуации). В тех странах, где число абортов значительно ниже, чем в России, уже выросло не одно поколение людей, образованных в области планирования семьи и охраны репродуктивного здоровья. Мужчины проявляют больше ответственности за здоровье женщины и хорошо информированы о профилактике нежелательной беременности.

Медсестра должна проводить активное консультирование по вопросам планирования семьи, этики и психологии внутрисемейных отношений, гигиены семейной жизни. Особенно велика должна быть роль медсестер в оказании помощи молодым семьям, подросткам, неполным и социально неблагополуч-



▲ **ным семьям.** Большое внимание следует уделять **подготовке одиноких женщин к рождению и воспитанию ребенка.**

Наибольшее внимания в плане формирования ответственного отношения к репродуктивному здоровью требует **подростающее поколение.** Именно подростки относятся к числу наименее защищенных членов общества. Культивируемые сегодня в обществе и, прежде всего, в молодежной среде, стандарты поведения играют крайне негативную роль в формировании репродуктивного поведения. **До критического уровня снизился возрастной порог приобщения к курению и алкоголю, вступления в сексуальную жизнь.** А ведь чем раньше подросток получит информацию по вопросам взросления и здорового образа жизни, тем больше у него шансов избежать тяжелых последствий. И представить необходимую информацию в нужном объеме и доступным языком должны уметь средние медицинские работники.

**Особого внимания требуют девочки-подростки - будущие матери, показатели соматической заболеваемости которых на 10-15% выше, чем у юношей.** На фоне роста соматической патологии отмечается рост частоты нарушений менструальной функции, воспалительных гинекологических заболеваний. Идея полового воспитания вот уже много лет рождает споры, а тем временем каждый десятый аборт - это аборт у девушек-подростков; очень высок уровень инфекций, передаваемых половым путем, ведущих к мужскому и женскому бесплодию, а беспрецедентный рост числа ВИЧ-инфицированных в основном происходит за счет молодежи. Нужно, чтобы СМИ в большем объеме и различными методами вели разговор о реальных проблемах репродуктивного здоровья.

**Развитие службы планирования семьи и охраны репродуктивного здоровья населения, выполнение огромных функциональных обязанностей сестринского персонала возможны лишь при сочетании высокого профессионализма, общей культуры, обостренного чувства долга, дисциплинированности, ответственности и уважения человеческого достоинства каждого пациента.**

# Мир и МЕДИЦИНА

## Надо ли чистить язык?

**Язык - это очень сложный нервно-мышечный орган в полости ротоглотки. Чистка языка является побудительной мотивацией для включения в работу всех органов пищеварительного тракта.**



На поверхности слизистой языка скапливаются остатки пищи, колонии бактерий и продукты их жизнедеятельности. Все это, безусловно, подлежит удалению, так как если оно не происходит - начинаются различные воспалительные процессы, вплоть до очень тяжелых.

Чистить язык следует каждый день и желателно серебряной ложечкой или, в крайнем случае, шпателем из нержавеющей стали. И вот как это правильно делается: вытолкните язык из полости рта как можно дальше и с великой осторожностью начинайте скоблить спинку языка в направлении от корня языка к его кончику, стремясь удалить слизь и налет. Делайте все это осторожно, избегая повреждения языка. Чистку языка не следует проводить более 1-2 минут. После чистки ложку облейте кипятком.

## Цвет глаз и привлекательность

**Считается, что глаза - это окна души... Любопытно, но многие люди ассоциируют цвет глаз с определенными человеческими качествами.**

Люди с **темными глазами** упрямы, настойчивы и выносливы. Трудности и кризисные ситуации делают их особенно раздражительными и вспыльчивыми...

**Сероглазые** люди решительны, но и беспомощны перед ситуациями, которые не требуют умственного напряжения...

Люди со **светло-кариими глазами** замкнуты в себе, индивидуалисты. Они стараются все делать самостоятельно, без посторонней помощи, и обычно достигают больших успехов. Не переносят давления со стороны других людей, очень независимы...

Люди с **голубыми глазами** сентиментальны, со спокойным характером, разнообразие их не угнетает. Иногда переживают приступы сильного гнева, переходящего в депрессию. Но такие перепады настроения встречаются редко...

**Зеленоглазые люди** - наиболее благополучная категория. Они стабильны, но при этом не лишены воображения, в меру решительны, понимают реальные возможности.

Недавнее исследование американских ученых касалось 1016 женщин в возрасте от 16 до 35 лет. В результате оказалось, что женщины действительно разделяют людей с разным цветом глаз и приписывают им определенные качества. Причем выявился и такой парадокс - стоило человеку надеть цветные контактные линзы определенного оттенка, как отношение к нему радикально изменялось.

**Кареглазых** считали умными 34% женщин, надежными - 16% женщин, робкими - 4% и творчески развитыми - 4% женщин, остальные приписывали им самые разнообразные качества.

**Голубоглазые** слывут самыми привлекательными у 42% женщин, сексуальными - у 21% женщин, неприметными - у 4% женщин и надежными - только у 2% женщин.

**Зеленоглазых** считают сексуальными 29% женщин, творческими личностями - 25% женщин, хитрыми и расчетливыми - 20% женщин. 3% женщин не считают зеленоглазых опорой в браке, и еще 3% женщин не любят этот цвет глаз.

После того как данные стали известны испытуемым, 60% изъявили желание сменить цвет глаз. Самым популярным оказался зеленый цвет - такие линзы предпочитают 27% женщин, 26% выбирают новомодный цвет аметист, 18% пожелали стать синеглазыми. Бирюзовый цвет, как ни странно, занимает в опросе четвертое место - это 13% женщин. Серый цвет - пятое место и 7% женщин. Коричневый цвет был полностью проигнорирован...

# «Лунная» диета

**Надежда Михайловна  
Медведева,**  
главный врач Бийского центра  
медицинской профилактики

*Эта диета связана с фазами Луны. Считается, что в новолуние организм более активно отвечает на все виды чистки, а в полнолуние - восстанавливается обмен веществ.*

Начинать нужно с определения цели. Вы должны посчитать свой индекс массы тела (ИМТ). Напомню, что для этого существует специальная формула:

**ИМТ = вес (кг) / рост (кв.м).**

Например, ваш вес 75 кг, рост – 1,7м. Надо 75 разделить на 2,89 (1,7 в квадрате). Получим ваш ИМТ, равный 25,9.

ИМТ ниже нормы – ниже 18,5;

ИМТ нормальный – от 18,5 до 25;

ИМТ повышенный – от 25 до 30;

ИМТ при ожирении – свыше 30.

В нашем примере ИМТ выше нормы.

Вы должны поставить перед собой цель: на сколько вы хотите похудеть. Просчитывайте ИМТ на желаемый вес. Помните, что ИМТ не должен быть ниже 18,5.

После этого необходимо точно изучить лунный календарь и **отметить дни новолуния и полнолуния**. Если вам необходимо быстрее похудеть, то начинайте с полнолуния. Если ваш вес «терпит» и вы хотите немного почистить организм, то начинайте с новолуния.

Итак, во всех случаях **в дни новолуния и полнолуния пьют только воду в течение суток**. Еда исключается полностью. Три дня до и три дня после этих дней едят только овощи и фрукты, за исключением картофеля, бананов и бобовых культур. Также полностью исключается и хлеб. Овощи можно упот-



реблять в любом виде: сырые, вареные, салаты, овощные супы и т.д. Количество также не ограничивается, ешьте до исчезновения чувства голода.

**В остальные дни разрешается есть все**, придерживаясь принципов здорового питания (снизить потребление простых сахаров, газированных и сладких напитков и жиров).

**По этой схеме вы питаетесь до тех пор, пока не достигнете поставленной перед собой цели.** После этого начинаете сокращать «овощные» дни: сначала оставляете два дня, если вес не прибавляется, через один-два цикла оставляете один и т.д. Наконец, на всю оставшуюся жизнь рекомендуется оставить только «водные» дни, то есть в дни новолуния и полнолуния пить только воду.

Эта диета легко переносится, она физиологична, потому что потеря веса идет постепенно, по 4-5 килограммов в месяц. При достаточной последовательности в своем поведении и упорстве можно снизить вес на 30 и более килограммов в течение 6-7 месяцев. Я таких людей знаю.

На заметку



## Весом можно управлять и зимой!

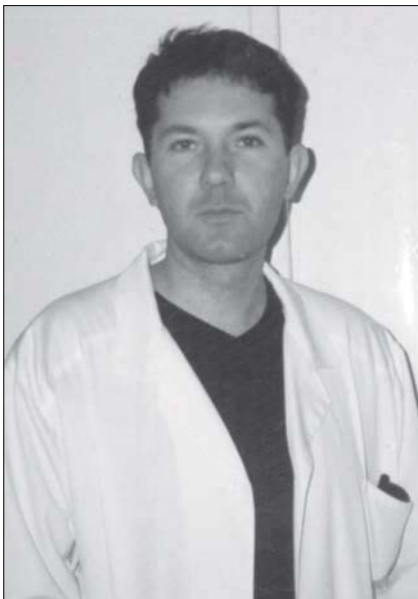
Большинству женщин знаком этот закон природы, когда в зимний период времени весы начинают показывать на два-три килограмма больше, чем летом. Но это не причина для паники и перехода на нулевую диету. Лучше вспомнить различные варианты лечебной диеты, которые помогут самым щадящим образом избавиться от лишних килограммов.

Например, быстрая закуска стоя нашим сознанием часто не воспринимается как настоящая еда, и мы забываем об этом эпизоде. Поэтому даже в том случае, если вы хотите съесть совсем немного, вам следует присесть и наслаждаться каждым откусенным куском. Во время еды не смотрите телевизор и не читайте книгу. В этих случаях съедают, как правило, больше, потому что не замечают, как приходит чувство насыщения.

Благодаря высокому содержанию калия рис выводит жидкость из организма и таким образом снижает вес - вплоть до трех килограммов в день. Откажитесь от супа каждый день, вместо этого выпивайте перед едой стакан томатного или иного овощного сока. Это активизирует пищеварение. Не откусывайте сразу от яблока и других плодов, лучше режьте их на мелкие кусочки - и в рот. Подсознанием все это воспринимается как прием пищи, и чувство сытости будет достигаться быстрее.

От обеденного стола - сразу на диван? Сначала прогуляйтесь на свежем воздухе. В кровь поступит больше кислорода, а это улучшает обмен веществ. Акупрессура может облегчить вам процесс избавления от лишнего веса. Помимо типичных точек, снимающих ощущение голода (коленка слева), для стимуляции обмена веществ надавливайте подушечками указательных пальцев на участки тела, расположенные на два пальца слева и справа от пупка. Надавливайте в течение семи секунд. Выведение шлаков из организма становится интенсивнее, если вы будете надавливать на бедро на расстоянии четырех пальцев от колена. Вы улучшите свое самочувствие, если большим пальцем руки с усилием будете проводить от конца мягкой части стопы к пятке и обратно.

## Алтайская краевая клиническая детская больница – партнер журнала



# Медико-генетическое консультирование

**Вячеслав Александрович Тричев,  
врач-генетик, Алтайская межрегиональная  
медико-генетическая консультация**

*Среди опрошенных нами людей в ходе экспресс-опроса бытуют самые разные мнения относительно медико-генетического консультирования как такового. Встречались различные его оценки. Абсолютное же большинство отзывов носили индифферентный характер. Скорее всего, это обусловлено дефицитом информации о медицинской генетике и ее пользе для семьи, планирующей деторождение.*

**Давайте вместе попробуем разобраться, что такое медико-генетическое консультирование? Чем занимается врач-генетик, в каких случаях необходимо обращаться к нему за помощью?**

Медико-генетическое консультирование - это специализированный вид медицинской помощи, дающий профессиональную оценку риска рождения в конкретной семье ребенка с наследственной болезнью или врожденным уродством. Акцент на слово «профессиональную» - не случаен. Дело в том, что оценка вышеупомянутого риска требует от врача-консультанта специальных знаний и навыков, наличия в его распоряжении достаточного количества времени, а также мощной информационной базы. Поэтому консультировать семью должен только сертифицированный врач-генетик. В других случаях не исключены серьезные погрешности при оценке риска, которые могут привести семью к неверному решению.

**В идеале этот вид медицинской помощи показан всем супругам, планирующим деторождение.** В ряде

### «Вы обращались к врачу-генетику при планировании беременности?»

всего откликов	250
нет	58%
до зачатия	18%
в первые 3 месяца беременности	16%
в более поздние сроки	5%
затрудняюсь ответить	3%

стран такая практика позволила значительно снизить количество инвалидирующих болезней, а значит – предупредить множество человеческих трагедий. Но «тотальное» медико-генетическое консультирование - чрезвычайная редкость. В абсолютном большинстве стран семьи обращаются к врачу-генетику только при наличии факторов риска: особенностей семейной истории, образа жизни супругов, состояния их здоровья.

**Статистика свидетельствует, что таких «семей риска» - около 10% от общего числа семей.**

Этот подход более экономичен, но его эффективность в значительной мере зависит от степени медико-био-

логической образованности населения. Конкретно – от умения супругов оценить, входит ли их семья в вышеупомянутую группу риска.

Для того чтобы понять, на чем основано генетическое прогнозирование потомства, необходимо остановиться на основных понятиях медицинской генетики. В процессе репродукции участвуют несколько сторон - мать, отец, плод, и при этом генетические нарушения могут касаться каждого участника репродуктивного здоровья.

Генетическая информация, передаваемая от родителей потомству, содержится в половых клетках (гаметах) – сперматозоидах и яйцеклетках. **Нарушения в процессе образования и созревания гамет могут приводить к генетическому дисбалансу зародыша и плода, приводящему к остановке развития и отторжению плодного яйца на очень ранних стадиях развития (в первые дни или часы после зачатия) и не сопровождаемому задержкой месячных или другими признаками беременности.** Семейная пара может иногда годами обследоваться и лечиться по поводу бесплодия или невынашивания беременнос-

ти, не подозревая, что главной причиной нарушений репродуктивной функции являются генетические факторы.

Генетические нарушения плода также сказываются на течении беременности, которая обычно бывает неблагоприятной. В некоторых случаях генетические нарушения у супругов приводят к неспособности к зачатию. Своевременное выявление подобных нарушений дает возможность выбрать альтернативные пути лечения.

**Риск рождения ребенка с наследственной болезнью или врожденным пороком развития есть у любой супружеской пары при каждой беременности.** Этот риск складывается из многих составляющих:

○ наследственного груза, доставшегося нам от многих поколений предков;

○ свежих мутаций, происходящих в ДНК наших яйцеклеток и сперматозоидов;

○ неблагоприятных физических, химических и прочих влияний внешней среды на организм развивающегося эмбриона;

○ аналогичных влияний на эмбрион со стороны материнского организма (инфекционные, эндокринные, гинекологические, иммунологические и др. болезни матери).

Оценка «навскидку» покажет – **любой из нас имеет вышеперечисленные факторы риска.** Поэтому и нужна количественная оценка их опасности для потомства конкретной семьи. К счастью, в большинстве случаев риск рождения ребенка с наследственной болезнью низок, он не превышает 5%. Но убедиться в этом позволяет именно медико-генетическое консультирование.

В ряде же случаев такой риск исчисляется в более высоких цифрах: в семьях, имеющих отягощенную наследственность, при высоковероятном действии на организм супругов вредных факторов окружающей среды, наличии у женщины некоторых заболеваний. При таких ситуациях медико-генетическое консультирование еще актуальнее, поскольку позволяет избежать многих трагических для семьи последствий.

**На приеме у врача-генетика «взвешиваются» все основные составляющие вышеуказанного риска.** Наиболее трудоемкий процесс – оценка сегрегационного генетического груза, т.е. той неблагоприятной наследственности, которая досталась нам от сотен поколений предков.

Такой груз имеется у каждого человека, каждый человек является носителем в среднем 3-4 генов наследственных болезней. Это крайне приблизительный подсчет, по факту же количество патологических мутаций в геноме любого человека существенно больше.



Оценка сегрегационного груза в семье начинается с составления родословной этой семьи, которая позволяет оценить количество родственников, с которыми предстоит «работать» врачу-генетику, определить тип наследования заболеваний в данной семье (если таковые имеются) и дать еще много полезной информации.

Вы можете прийти на прием к специалисту с уже готовой родословной. Это позволит более рационально использовать время на приеме.

**После составления родословной оценивается наследственный анамнез.** Эта задача также не из простых, поскольку одним только чисто наследственных болезней существует несколько тысяч. После уточнения всей необходимой информации и вырисовывается сегрегационный груз консультируемой семьи. И уже в зависимости от него врач-генетик дает рекомендации.

Также **оцениваются факторы внешней среды,** которые могут неблагоприятно сказаться на геноме половых клеток супругов и на развитии плода. Учитываются многие моменты: производственные и бытовые вредности, состояние здоровья супругов, заболевания и прием ими различных медикаментов в период, предшествующий зачатию, или непосредственно во время беременности и т.д.

На основании оценки этих факторов также даются специфические рекомендации семье, позволяющие предупредить рождение ребенка с наследственным заболеванием или врожденным пороком развития.

**Если консультирование проводится до наступления беременности, то после количественной оценки риска наследственной и врожденной патологии у потомства семья получает рекомендации по:**

○ оптимальной подготовке супругов к беременности (периконцепционная профилактика);

○ индивидуальному наблюдению будущей матери во время беременности;

○ возможности подтвердить или исключить конкретные наследственные заболевания у плода в первом-втором триместрах беременности (пренатальная диагностика).

**Если консультирование проводится уже «по факту» наступившей беременности, то, естественно, речь уже идет только о рекомендациях по наблюдению и пренатальной диагностике.**

При добрачном консультировании (например, при наличии в семье наследственных болезней, или болезней с семейным накоплением, а также при кровном родстве супругов или определенной этнической принадлежности) могут даваться рекомендации по обследованию брачного партнера, а при заинтересованности консультируемого – и рекомендации по выбору брачного партнера.

**Лучшее время для обращения за медико-генетической консультацией – это когда семья еще только планирует рождение первенца.** Такое консультирование называется проспективным. Медико-генетическое консультирование семей, где ранее уже отмечалось рождение ребенка с наследственной либо врожденной патологией, называется ретроспективным. В идеале такое консультирование также надо проводить в промежутки времени между беременностями.

*Получить консультацию врача-генетика и при необходимости провести необходимые исследования можно в Алтайской межрегиональной медико-генетической консультации по адресу: г.Барнаул, ул.Гушина, 179, Алтайская краевая консультативно-диагностическая поликлиника.*



## Особенности поведения подростков

**Людмила Григорьевна Ковова,**  
главный внештатный подростковый врач Алтайского края, врач  
высшей категории, заведующая подростковым отделением краевой  
детской консультативной поликлиники

*Подростковый возраст действительно является «трудным»: в этот период происходят усиленный рост и соматическое развитие, половое созревание и усложнение взаимоотношений с окружающими. Может ухудшаться общее самочувствие подростка, обостряются имеющиеся заболевания. Главные психологические трудности этого возраста связаны с изменением характера отношений подростков с родителями – все более отчетливо сказываются изъяны и дефекты предшествующего воспитания.*



В 12-14 лет особо явно видны нарушения нормальных соотношений между силой раздражителя и величиной ответа: **сильные и слабые раздражители могут вызвать одинаковую реакцию, а порой на сильный раздражитель вообще нет ответа, на слабый же есть.** Простой пример: родители безрезультатно кричат на подростка, а можно его тихо попросить, и он выполнит требуемое. Иногда раздражитель вызывает не соответствующую характеру реакцию. Отсюда так называемые «немотивированные» поступки, часто именно у подростков. Здесь же такие особенности поведения, как равнодушие к оценке, будь она плохая или хорошая, грубость, недостаточное самообладание. Все это следствие и отражение происходящих в центральной нервной системе подростка перестроек. Проявлением этого могут быть расстройства в двигательной сфере: в точности и координации движений, в почерке и т.д.

**Этому периоду свойственны усиленные перепады настроения.** Причина кроется в том, что активность одних отделов центральной нервной системы в это время значительно повышена, а других – снижена. Возникает несоответствие, которое отражается на поведении.

Поскольку половое созревание начинается с повышения активности нервных центров, другие части организма сначала не могут точно отвечать на их стимулы. **Возникает временное рассогласование между центрами и периферией: центры в возбужденном, а то и в перевозбужденном состоянии, а периферия – инертна.** Именно в подобный период у подростков и наблюдается большинство неадекватных поведенческих реакций.

Постепенно состояние центральной нервной системы становится более уравновешенным благодаря тому, что периферия начинает более точно и своевременно отвечать на исходящие из центра команды. **На этом фоне все больше начинает проявляться действие возрастающего количества половых гормонов, что отражается на поведении и направленности интересов подростка.** Становится более значимой информация **сексуального плана:** если ранее она как бы проходила мимо, не затрагивая сознание, являясь скорее абстрактным знанием, то теперь она вызывает эмоциональный отклик, фиксируется, концентрируется и объединяется в целую систему представлений, взглядов, побуждений. Например, вторичные половые признаки начинают оцениваться как высокозна-

чимые, а не просто как черты внешности другого человека. **Специфически воспринимаются особенности полового поведения:** они не только привлекают больше внимания, но и лучше понимаются.

Неправильно думать, что если ребенок «ничего не понимает» в связи с малым возрастом, то это не скажется на его поведении в дальнейшем: **придет время, и многое из воспринятого ранее будет включено им в систему представлений о должном характере межполовых отношений.**

Возрастающий взаимный интерес мальчиков и девочек порой приводит к конфликтам, поскольку нет еще опыта проявления своего интереса к другому полу. С быстрым развитием связано и **негативное или осторожное отношение подростков к новым чертам своей внешности.** Девочки, к примеру, могут стесняться быстро увеличивающихся в размерах молочных желез. Но когда большинство сверстниц в этом плане уже оформились, отрицательные переживания могут быть связаны уже с отставанием этого же признака.

Еще одна особенность развития, которая отчетливо проявляется в подростковом возрасте: **неодинаковость темпов его у мальчиков и де-**

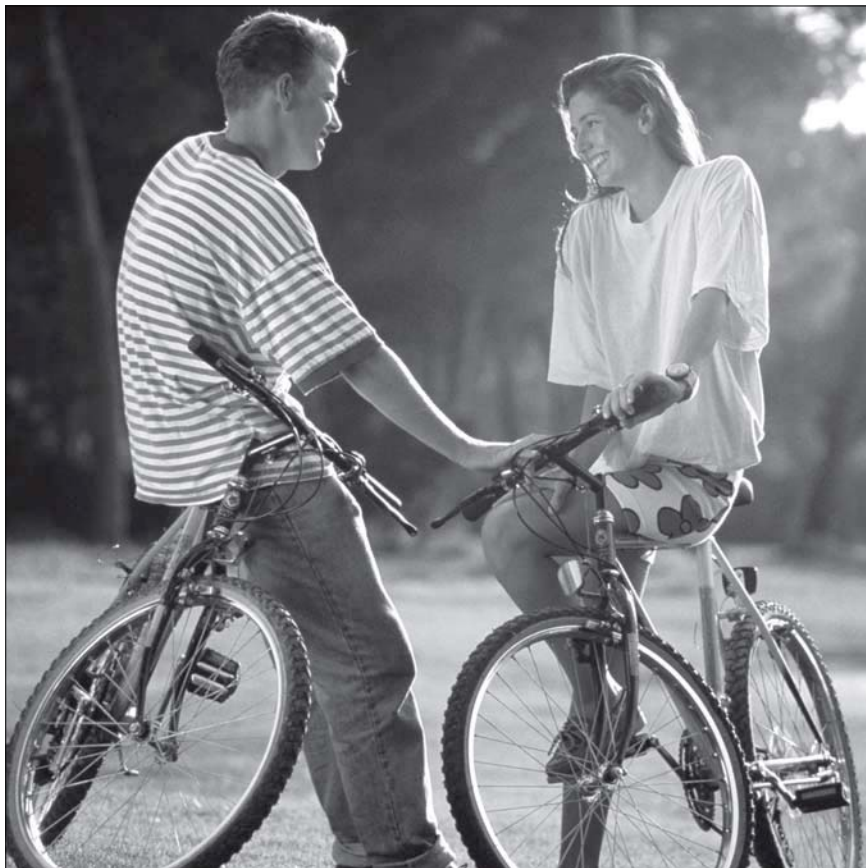


**вочек.** Известно, что уже к моменту рождения девочки более «зрелые»: фигура более пропорциональна, размеры головы больше соответствуют размерам тела, чем у мальчиков. Девочки раньше начинают ходить (на 2-3 месяца), раньше говорить (на 3-5 месяцев), половое созревание у них начинается на 1,5-2 года раньше. **Полной зрелости женский организм достигает раньше на 4-5 лет – соответственно к 20 годам (женщины), к 25 годам (мужчины).** Конечно, имеются в виду средние показатели. В результате это вызывает определенные проблемы, особенно в сфере межполовых отношений.

Примечателен тот факт, что женский пол и рождается более зрелым, и раньше достигает способности иметь потомство. И в то же время общая продолжительность жизни у женщин выше во всем мире, независимо от конкретных условий жизни. Различие лишь в том, что разрыв этот тем выше, чем хуже условия жизни, т.е. женский организм – много более надежная «биологическая машина», чем мужской.

**Полностью половое созревание в подростковом возрасте не завершается – оно происходит и в юношеском возрасте, и даже позже, вплоть до полной зрелости.** Тогда же завершаются начавшиеся в подростковом возрасте **преобразования духовного плана. Психологическое же созревание** происходит еще позже, а частично продолжается всю жизнь.

Таким образом, **подростковый возраст – один из самых сложных в жизни, поскольку в это время происходят главные физиологические процессы перехода от детства к взрослости.** Физиологические сдвиги влекут за собой психологические: изменение самовосприятия подростка и его восприятия окружающими, перестройку отношений с родителями и формирование чувства взрослости, усиление взаимного интереса мальчиков и девочек и развитие их взаимоотношений. **От благополучного течения происходящих в это время процессов во многом зависит физическое и душевное здоровье человека в течение всей его последующей жизни.**



## Интересный ФАКТ



### Целоваться, чтобы прожить дольше

Каждый из нас хочет жить долго и счастливо, иметь хорошую память, крепкий сон, молодую, гладкую кожу. Однако, как показали недавние исследования, один процент населения Европы добровольно отказывается от перечисленного, – это те странные люди, которые не любят целоваться.



А причина оказалась простой – при поцелуях вырабатываются так называемые гормоны счастья – эндорфин и окситоцин. В результате организм реагирует на поцелуй учащением пульса в среднем до 120 ударов в минуту, повышением кровяного давления (но это не значит, что людям с повышенным давлением нельзя целоваться, – можно всем, противопоказаний нет). Этот романтический стресс во всех отношениях положительно сказывается на общем состоянии организма целующегося.

Кроме того, при поцелуе выполняются упражнения для лицевых мышц. Хотите – верьте, хотите – проверьте, но при поцелуе движутся и тренируются все 34 мышцы лица. Кстати, качая мышцы, вы тем самым и кожу на лице сохраните молодой и гладкой. К тому же поцелуй, как оказалось, продлевает и жизнь. В США было проведено исследование, в результате которого выяснилось, что те люди, которые часто целуются, в среднем живут примерно на пять лет дольше. Научное объяснение этого феномена таково – при поцелуе во всем организме активизируются нейрорепептиды, участвующие в регуляции обмена веществ, воздействующие на иммунные процессы, играющие важную роль в механизмах памяти, обучения, сна и др.

# ШКОЛЫ для пациентов с сахарным диабетом 1 типа

Оксана Васильевна Стефановская, Светлана Викторовна Пушкарева, врачи эндокринологического отделения ГУЗ «Краевая клиническая больница» *Занятие 6*

## Физические нагрузки при сахарном диабете. Изменение дозы инсулина при них

*Наиболее физиологичный способ поддержания здоровья и создания резервного «запаса прочности» для организма - физическая нагрузка. Физическая активность - это необходимое условие жизни любого человека, одна из основных составляющих образа жизни человека с сахарным диабетом.*

Последние исследования американских диабетологов показывают, что **пациенты с сахарным диабетом, регулярно занимающиеся спортом, имеют более благоприятный прогноз в отношении развития осложнений:** ретинопатии, нефропатии, нейропатии. Если же осложнения уже имеются, то при регулярных занятиях спортом они развиваются значительно медленнее.

На всех этапах существования человечества движение и физическая активность были неотъемлемой частью жизни человека. Чтобы не погибнуть, человек охотился, совершал длительные переходы, убегал от диких животных, путешествовал, пахал землю, словом, всю жизнь проводил в движении.

Современный образ жизни принес свои отрицательные плоды. Чем больше комфорта в окружающем мире, тем меньше естественная физиологическая активность. Снижение интенсивности естественной физической нагрузки привело к появлению так называемых **«болезней цивилизации» - стенокардия, язвенная болезнь, атеросклероз, ожирение.** В одном ряду с этими болезнями стоит и **сахарный диабет.** Количество пациентов с сахарным диабетом наиболее велико в промышленно развитых странах. Т.е. существует пря-

мая связь между возникновением сахарного диабета и снижением уровня физической активности.

**Физическая нагрузка благоприятно влияет на все виды обмена.** Поскольку мышцы человека построены в основном из белков, то, нагружая мышцы, мы улучшаем белковый обмен, а белок - это основа жизни. **При регулярной физической нагрузке усиливается расщепление жиров, снижается масса тела, улучшается жировой состав крови.** При этом устраняются предпосылки к развитию атеросклероза и других сосудистых заболеваний.

Значительное влияние оказывает физическая нагрузка и на **углеводный обмен.** При интенсивной физической нагрузке повышается чувствительность инсулиновых рецепторов к инсулину, что приводит к **снижению уровня сахара в крови и уменьшению дозировок инсулина.** Этот механизм действует не только во время физической нагрузки как таковой, но и закрепляется при регулярных занятиях физической культурой и спортом.

Можно привести в пример известного хоккеиста Бобби Халла, который болел сахарным диабетом первого типа с детства. Во время активных тренировок суточная потребность в инсулине у

него составляет 6-8 ЕД в сутки. Обычная дозировка - 50-60 ЕД в сутки.

Список известных людей с сахарным диабетом можно продолжать: писатель Герберт Уэллс, Михаил Горбачев, авиаконструктор Туполев, большая часть сенаторов США.

Эти примеры являются ярким доказательством того, что **при сахарном диабете возможно достижение высоких результатов в любых сферах жизни и даже в профессиональном спорте.** Но основным условием является **достижение нормогликемии.** А это возможно только при соблюдении особого образа жизни при сахарном диабете, включая и физическую нагрузку.

Применительно к сахарному диабету все виды физической нагрузки можно разделить на **кратковременную и длительную.** Кратковременная, в свою очередь, может быть **запланированной и незапланированной.** При различных видах физической нагрузки действия пациента с сахарным диабетом будут различными.

Если Вы совершили небольшую незапланированную пробежку, например, догнали автобус, или перенесли тяжести, то Вам **необходимо съесть одну быстроусвояемую ХЕ,** для предотвращения гипогликемии.

В случае **кратковременной запланированной физической нагрузки** (урок физкультуры в школе, плавание в бассейне, дискотека) **необходимо каждые полчаса съедать по дополнительной медленноусвояемой ХЕ** (яблоко, кусочек хлеба).

При **длительной физической нагрузке** (поход, вскапывание огорода), в зависимости от ее длительности и ин-

тенсивности, а также особенностей Вашего организма, Вам **необходимо уменьшить дозу короткого и длинного инсулина на 20-50%**. Но если при этом все-таки возникает гипогликемия, то ее компенсируют приемом легкоусвояемых углеводов (сладкий сок).

**При слишком интенсивной физической нагрузке и избыточном уровне инсулина в крови печень не успевает выбрасывать в кровь достаточного количества углеводов - развивается гипогликемия.** Вот поэтому мы и рекомендовали Вам прием дополнительного количества углеводов или снижение дозировок инсулина в зависимости от вида физической нагрузки.

**Помните, что гипогликемия может развиваться не только во время физической нагрузки, но и спустя несколько часов после ее окончания. Примите меры, чтобы не было ночной гипогликемии.**

Но не всегда физическая нагрузка однозначно приводит к снижению уровня сахара в крови. Бывает, что на фоне интенсивной физической нагрузки сахар крови повышается и даже появляется ацетон.

При нормальном уровне сахара в крови физическая нагрузка средней интенсивности приводит к тому, что количество глюкозы, выбрасываемой в кровь печенью, и количество глюкозы потребляемой мышцами, уравновешиваются; уровень сахара в крови при этом остается стабильным. Но при не-

достатке инсулина в крови (признаком этого является высокий уровень сахара в крови) и интенсивной физической нагрузке клетки голодают. Печень, получив сигнал о голодании клеток, выбрасывает в кровь дополнительную глюкозу. Но и эта глюкоза не достигает цели, поскольку попасть в клетки она может только при помощи инсулина, а его как раз и не хватает. Чем интенсивнее нагрузка, тем больше печень выбрасывает сахара в кровь, тем выше уровень сахара в крови.

Поэтому основное правило для пациентов с сахарным диабетом - **никогда не начинать физическую нагрузку при сахаре крови выше 14-ти м/моль/л.** Сначала необходимо дождаться снижения уровня сахара в крови под действием инсулина.

**Оптимальным временем проведения физических занятий для больных СД является послеобеденное время (16 часов).**

*В настоящее время при выборе оптимальных характеристик физичес-*



*ких нагрузок ориентируются на следующие рекомендации, разработанные Американским обществом спортивной медицины:*

**1.** частота нагрузок: 3-5 раз в неделю;

**2.** интенсивность нагрузок осуществляется с помощью вычисления максимально допустимой частоты сердечных сокращений у конкретного человека. Используется следующая формула: максимальная частота сс = 220 - возраст человека.

Тренировки следует осуществлять при ЧСС = 60-90% от максимальной. Для менее тренированных лиц чсс = 60-75% от максимальной;

**3.** продолжительность - 20-60 мин.;

**4.** вид нагрузки: ходьба, бег, езда на велосипеде, лыжи, коньки.

Участие в соревнованиях противопоказано, т.к. сопутствующая психическая нагрузка приводит к повышению концентрации стрессовых гормонов в крови, что способствует декомпенсации диабета.

**Физическая нагрузка у больного с недостаточно компенсированным СД может привести к гипергликемии и появлению кетоацидоза, поэтому занятия физкультурой следует проводить лишь при достижении компенсации заболевания.**

## **Основные принципы подбора физической нагрузки, которых надо придерживаться**

**1.** Индивидуальный подбор интенсивности и методики выполнения упражнений для каждого конкретного человека, в зависимости от возраста, возможностей и состояния здоровья.

**2.** Системность воздействия и обеспечение определенного подбора упражнений и последовательности их выполнения: от простых к сложным, от известных к неизвестным.

**3.** Регулярность выполнения упражнений, т.к. только при регулярном выполнении физических упражнений возможно добиться укрепления организма.

**4.** Постепенное увеличение длительности физических нагрузок, т.к. восстановление нарушенных функций организма под воздействием физических упражнений происходит постепенно и только при длительных тренировках.

**5.** Постепенное наращивание интенсивности физической нагрузки в течение ряда тренировок.

**6.** Разнообразие и новизна в подборе упражнений и выборе вида физической активности.

**7.** Умеренность воздействия, т.е. умеренная, но продолжительная физическая нагрузка, более целесообразна, чем суперинтенсивная, но кратковременная.

**8.** Соблюдение цикличности при выполнении упражнений в соответствии с показаниями: чередование физических упражнений и отдыха.

**9.** Всестороннее воздействие на организм с целью совершенствования нейрогуморальных механизмов регуляции (в дополнение к физической нагрузке водные процедуры).

Накануне Дня защитника Отечества в зале Калманской районной библиотеки прошла встреча ветеранов Великой Отечественной войны и участников афганской, чеченской войн и других локальных конфликтов, ребят, только вернувшихся, отслуживших срочную службу, и тех, кому еще только предстоит выполнить священный долг перед Родиной. Присутствовали в зале и родители ребят, призванных из Калманского района, которые в настоящее время проходят действительную военную службу.

Программа была действительно насыщенной. Глава района **Александр Андреевич Пернай**, сам бывший военный летчик-командир, приветствовал участников этого торжественного мероприятия. Заслуженный художник России **Ильбек Сунагатович Хайрулинов** и генеральный директор нашего издательства **Вадим Владимирович Козлов** не только торжественно открыли выставку художественных полотен Хайрулинова, но и вручили ветеранам ВОВ, присутствующим в зале, их портреты, выполненные студентами Новоалтайского художественного училища в декабре прошлого года.

Особую торжественность мероприятию, высокий гражданский пафос придало участие в нем военно-патриотического клуба «**Русские витязи**», который уже 26-й год действует при ПТУ-16 г.Барнаула. Что удивительно, инициатором его создания стала женщина – жена офицера, член Общественной женской палаты при главе администрации края – **Нэлла Федоровна Маркова**.

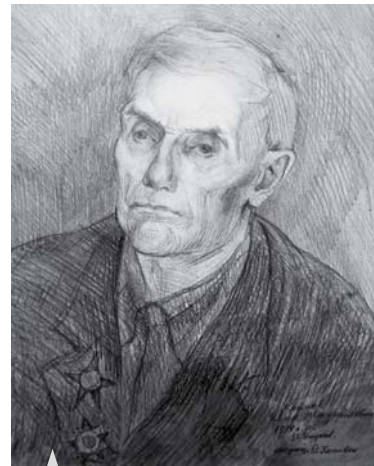
- За 26 лет мальчишки в нашем клубе получили азы армейской службы. Мы воспитали двух героев России, 10 кавалеров Орденов мужества, 50 наших воспитанников имеют Ордена Красной Звезды. Наши парни служат в разных войсках, но преимущественно в десантных, и многие из них удостоены права ношения почетных «краповых беретов».

Патриотические песни в исполнении курсантов клуба, показательные выступления боевых искусств, а также участие юных воспитанниц музыкальной школы – все на оптимистической, возвышенной ноте – никого не оставили равнодушным в зале.

Именно на таких мероприятиях ощущаешь себя сыном, дочерью великой России. Мы – патриотическая нация, и мы гордимся победами своих дедов, отцов и братьев. Поэтому нужно сделать все, от нас зависящее, чтобы наша гражданская совесть и патриотизм не дремали. И не только в годы великих сражений и потрясений мы должны испытывать единение.

**Именно мы, здоровые силы общества, должны объединить и победить бедность, нравственное падение семей, бездуховность. Через любовь, мир, созидание остановить те негативные процессы, которые, как опухоль, разъедают наше общество, – пьянство, наркоманию, тунеядство, безразличие и апатию.**

**Семен Михайлович Койнов** родился в 1914 году. Он был призван на фронт в 1941 году, а пришел с войны уже после Победы, в победоносном 1945-м. Семен Михайлович воевал на Втором Украинском фронте, в 1905 артиллерийском полку. Принимал участие в освобождении Будапешта, Вены, Брэнска. Ветеран награжден орденами Красной Звезды, Отечественной войны I степени, медалями «За отвагу», «За взятие Будапешта», «За Победу над Германией».



**Евдоким Михайлович Кудриков** - 1916 года рождения.

Он воевал на Втором Украинском фронте с 1941 по 1946 годы. Участвовал в боях за освобождение городов Новгород, Волыньск. Ветеран награжден Орденом Отечественной войны II степени, медалями «За боевые заслуги», «За отвагу», «За Победу над Германией», а также юбилейными медалями.



**Евгения Максимовна Кетова**

родилась в 1925 году. Она воевала с 1943 по 1944 годы на Третьем Украинском фронте. Принимала участие в боях за Одессу, Харьков, Днепрпетровск. Евгения Максимовна награждена Орденом Отечественной войны II степени, Медалью «За Победу над Германией», юбилейными медалями.



# ВАХТА ПАМЯТИ

*в Калманском районе*



**Василий Павлович Крючков**  
 родился в 1926 году. Воевал он в 1945 году в Забайкальском военном округе в составе 644 армии 210 полка. Василий Павлович участвовал в освобождении Харбина, Синь-Чуня. Награжден медалью "За Победу над Японией" и юбилейными медалями.



**Сергей Илларионович Проценко** с 1937 года рождения. Нынешний пенсионер, он является председателем первичной организации Совета ветеранов поселка Усть-Алейка Калманского района.





# Наши зимние встречи

