

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

ЗДОРОВЬЕ



АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ



Что может женсовет?



Профессиональная благотворительность
не только бесчувственна, от нее больше вреда,
чем помощи.
Генри Форд

Формы благотворительности различны. Кто-то понимает это просто как перевод средств малообеспеченным гражданам. Другие не разделяют такого взгляда на помощь, считая, что помочь одной бедной семье проще, чем задумываться над проблемой устранения бедности вообще...

Сегодня действует очень много различных фондов, собираются средства, создаются комиссии, проверяющие, дошла ли гуманитарная помощь до реально нуждающихся.

Многие нередко жалуются на неблагодарность тех, кому они помогли. Ничего в этом неестественного нет. В этой нынешней «благотворительности» очень мало подлинного, идущего от сердца сочувствия и заинтересованности.

Чтобы изменить жизнь людей, нужно не только изменить экономические условия существования, а дать им почувствовать уверенность в себе. Гораздо больше людей сдавшихся, чем побежденных. Неудачи получаются в результате покоя и беспечности.

За удачу всегда приходится платить. Но важно понимать и то, что те «удачи», которые не совпадают с общей пользой, как правило, жалки и презренны. Люди, порой чудовищно ошибаются из-за своей ложной оценки вещей, видя успехи других, они считают их легкодостижимыми. Только человек способен возродить свой дух, пройти через стену обстоятельств.

Наверное, в помощи Человеку осознать, что он - высшее существо природы, «вне его нет безопасности, вне его самого нет богатства» - и это осознание поможет ему достигнуть уверенности и изобилия - есть тоже благотворительность. Помочь изгнать из себя апатию, неуверенность - вот смысл такой благотворительности. И ей нам вместе нужно учиться.

Наши встречи в городах и районах края показывают, что благотворительность, которая рождается на местах, больше приносит помощи, она понятнее, искреннее, нужнее, если так можно сказать...

Там, где старики или малые дети охраняются заботой односельчан или соседей по дому, по подъезду, результат лучше. Формируя общественное отношение к негативным явлениям, оказывая реальную дружескую поддержку семьям, именно им активистам Советов женщин, ветеранов, молодежным структурам, удастся подчас многое. И такая помощь не расценивается как милость.

Не думаю, что такая работа не нуждается в пропагандировании, а сами общественные организации в реальной поддержке, в создании им возможностей для обмена опытом.

Нами принято решение о создании в рамках нашего проекта «Здоровая семья это здорово!» своеобразного Центра поддержки некоммерческих организаций «Содействие». В наших планах - проведение семинаров для лидеров НКО, формирование библиотеки по проблемам, с которыми они сталкиваются в процессе своей деятельности, привлечение их к участию в наших проектах.



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

Адрес редакции:
656037 г.Барнаул,
ул.Чеглецова, 3а, оф.306
Тел. редакции - (3852) 39-87-79
E-mail: nebolen@mail.ru

Главный редактор -
Ирина Козлова

Ответственный редактор -
Мария Юртайкина
Компьютерный дизайн
и верстка -
Ольга Жабина
Дмитрий Зырянов
Отдел рекламы -
Татьяна Веснина,
Лариса Юрченко

Подписано в печать 31.07.2006г.
Печать офсетная. Тираж -
6000 экз. Цена свободная.

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

Все товары и услуги подлежат обя-
зательной сертификации.

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

Отпечатано в типографии
ООО «Алфавит»:
г.Барнаул, ул.Короленко, 75.
Тел. (3852) 65-91-18

**Подписной индекс -
73618**

На обложке: **Нина Кузьминич-
на Меркулова**, председатель Со-
вета женщин Центрального райо-
на г.Барнаула, секретарь Обще-
ственной женской палаты при
главе администрации края

Содержание

Обращаюсь к мужчинам!	2
Г.И. Климантова. Здоровье людей – наш главный национальный проект	3-4
А.Ф. Лысенко. Выездная диагностика – не подмена работы на местах, а мастер-классы для районных больниц	5
Мир и медицина	6
Кто забирает нашу энергию?	7-8
Н.М. Медведева. Бийск - за здоровье детей	9
И.К. Роднина: «О физкультуре с Олимпийских высот...»	10
Е.А. Чуликова. «Здоровое сердце»	10
Мир и медицина	11
«Я все беру на себя»	12-13
А.В. Минина. Миома матки	14
АСТМА-ШКОЛА: вопросы и ответы (занятие 11). Т.А. Корнилова, И.И. Сопова, И.П. Сокол, Е.В. Никитина. Бронхорасширяющие препараты	15-16
Лечение герпеса	17
Встречи в Заринске	18
Что может женсовет?	18
Е.В. Васильева. Ребенок ... не продукт минутной страсти... ..	19-20
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ. Распространение ВИЧ/СПИДа в Европейском регионе	21-22
Официальное заявление о роли сестринского и акушерского персонала в решении проблем ВИЧ/СПИДа	23
Ю.А. Фролова, Н.Н. Крапивина. Сестринский процесс в рамках экспериментальной площадки в ГУЗ «Краевая клиническая больница»	24
ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО МАТЕРИНСТВА. Н.И. Фадеева, О.В. Ремнева, С.Д. Яворская. Резус-несовместимость, или Как родить здорового ребенка	25-26
Полезная пыльца	27
Мир и медицина	28
Еще раз о туберкулезе	29
Дурной запах изо рта	30
Я поведу тебя в музей	31
ДЕТСКАЯ СТРАНИЧКА	32-33
Диета для зрелого возраста	34
НИ ДНЯ БЕЗ ДИЕТЫ. Ночная еда - вредная привычка	35-37
Омлет для желудка	37
Малоизвестные факты живой природы	38
В.М. Горобченко, Ю.В. Миллер, И.И. Мироненко. Лактазная недостаточность: «ленивый» фермент, или Кому молоко не на пользу	39-41
КОРОНАРНЫЙ КЛУБ. Л.А. Старкова, Е.Д. Косоухова, Н.С. Пешкова, А.А. Суворова. Стенокардия. Методы обеспечения и лечения при ИБС	42-44

От редактора



Достаточно продуктивной в общественном плане была первая неделя июля. По служебным делам я была в Москве и постаралась максимально использовать «столичные возможности». Из встреч, которые могут быть полезны в долгосрочной перспективе, я бы назвала несколько.

С заместителем Председателя Союза женщин России **Галиной Викторовной Гулько** (эту организацию недавно возглавила депутат Государственной Думы РФ Е.Ф. Лахова) мы обсудили возможность участия республиканской организации в нашем региональном проекте «Школа ответственного родительства», реализуемом журналом «Здоровье алтайской семьи» и Общественной женской палатой при главе администрации края. Такое согласие получено, намечены конкретные шаги.

Согласитесь, говоря о родительстве, о здоровье семьи, мы долгое время говорили о здоровье женщины и ребенка, матери и дитя. Отец в этой цепочке как бы отсутствовал. Каков результат? Каков он, наш современный отец, глава семьи? Каково его здоровье? – тема моего разговора с **Г.И. Климантовой, д.п.н., член-корр. РАЕН, зав. кафедрой семейной и гендерной политики РГСУ, заместителем председателя Комиссии по гендерным проблемам при председателе Совета Федерации С.М. Миронове**. Итог встречи – сотрудничество в рамках нашего журнала «Здоровье алтайской семьи» и нового, создаваемого Российским государственным социальным университетом, журнала «Семья и общество», а также возможность обучения лидеров женских некоммерческих организаций края в рамках Гендерного центра при РГСУ. О позиции Г.И. Климантовой по вопросам гендерной, семейной политики, читайте на 3-4 странице нашего журнала.

Я посчитала необходимым побывать и в **Общественной палате РФ**. И хотя между нашими палатами (И.В. Козлова является членом Совета Общественной палаты Алтайского края. *Прим. ред.*) нет прямой «вертикали», такое общение было весьма полезным. Государством выделена достаточно серьезная сумма – полмиллиарда рублей из федерального бюджета – на поддержку общественных организаций. Эта информация доведена до НКО края. Фонд поддержки социальных инициатив «Содействие», организованный по инициативе нашего издательства, рассматривает возможность участия в этом конкурсе с проектом «Здоровая семья – это здорово!».

Мне удалось побеседовать с заместителем председателя комиссии Общественной палаты Российской Федерации по формированию здорового образа жизни **Ириной Константиновной Родниной**, олимпийской чемпионкой. Тема разговора – физическая культура, не профессиональный спорт, а именно – физическая культура. Журнал «Здоровье алтайской семьи» представляет вашему вниманию, уважаемые читатели, мнение И.К. Родниной, по некоторым вопросам, которые она озвучила на круглом столе, прошедшем в Союзе женщин России.

(Продолжение - на странице 10)

Письмо в редакцию

Обращаюсь к мужчинам!

Зачастую под мужским здоровьем подразумевается хорошее функционирование его половой системы. Если вы попытаетесь найти литературу по этой теме, то быстро убедитесь, что эта литература освещает мужское здоровье касательно либо его полового здоровья, либо психического, либо спортивных успехов. К сожалению, авторы не рассматривают здоровье мужчин комплексно.

Статистика приводит нам неутешительные данные: **средняя продолжительность жизни женщин сейчас 73 года, а мужчин - 57 лет. Смертность растет из-за инсультов, рака легких, рака желудка, туберкулеза и инфарктов**, которые уносят больше всего жизней и случаются в России вдвое чаще, чем в других странах. **Все объясняется просто: российские мужчины слишком часто испытывают стресс, неправильно питаются, слишком много пьют, слишком много курят и слишком редко ходят к врачам.**

Посетители медицинских учреждений: 90% - женщины, 10% - мужчины. Причем из этих 10% основная масса - это люди старше 40 лет, которые приходят с запущенной болезнью, да и то, когда их уже «скрутило в бараний рог».

Давайте попробуем найти причину редкой обращаемости мужчин к врачам. С детства мальчикам внушается родителями в семье, воспитателями в детском саду, преподавателями в школе, средствами массовой информации, что он - мужчина, поэтому он должен быть сильным, здоровым, у него не может быть слабостей, ему нельзя плакать и жаловаться. Этаким супермен. Поэтому даже если возникают какие-то проблемы со здоровьем, мужчина подсознательно не хочет их замечать, тем более признаваться в этом окружающим. **Потому что в сознании мужчины обращение к врачам, большинство из которых - женщины, с жалобами на здоровье - это проявление слабости.**

Только зрелый, разумный, сильный мужчина понимает, что здоровье - в его руках, что необходимы регулярные профилактические медицинские осмотры, что дому, в котором живет его душа, иногда нужен ремонт. **Только зрелый, разумный, сильный мужчина может найти в себе смелость переступить границу, которую он себе нарисовал, и серьезно заняться своим здоровьем.** Ведь только здоровый мужчина может добиться успеха в делах, счастья в семейной жизни и получать от своей насыщенной активной интересной жизни радость.

Настоящие мужчины, помните, что хотя бы раз в год нужно проходить профилактический медицинский осмотр, потому что заболевание, обнаруженное на ранней стадии, лучше поддается лечению и быстрее наступает выздоровление.

Помните, что здоровье - это настоящая ценность, забота о нем - это забота о будущем, о завтрашнем дне. Силы, вложенные в здоровье сегодня, залог будущих успехов и достижений. Заботясь о своем здоровье, мужчина проявляет заботу не только о себе но что очень важно, - о своей семье, жене и детях, потому что он - их защитник, кормилец, поддержка и опора.

Н.Задорожный, г.Барнаул

От редакции. Мы опубликовали это письмо, полностью сохранив стиль автора. Возможно, автор - врач, а скорее всего - это человек, который когда-то пережил какие-то серьезные проблемы со здоровьем. Надеемся, он справился с кризисом и, переосмыслив собственное отношение к «мужским слабостям», решил поделиться своими размышлениями с другими.

Здоровье людей - наш главный НАЦИОНАЛЬНЫЙ проект

*Здоровье семьи, а значит, здоровье каждого реального мужчины, женщины, ребенка, - стали самыми актуальными проблемами. Не случайно они приобрели ранг главного национального проекта XXI века. Но в чем же его суть? На этот и другие вопросы отвечает **Г.И. Климантова**, заместитель председателя Комиссии по гендерным проблемам при Председателе Совета Федерации, заведующая кафедрой семейной и гендерной политики РГСУ.*



- Демографические показатели отражают реакцию населения страны на резкую трансформацию и модернизацию условий жизни людей. Хотя процессы депопуляции начались значительно раньше. Просто в России произошло трагическое совпадение этих процессов. Репродуктивный потенциал семей, начиная с 1992 года, снижается.

- Хотелось бы сделать акцент на здоровье мужчин...

- Ухудшение демографических показателей населения России имеет выраженную зависимость от фактора пола. Можно сказать, что у смертности «мужское лицо». Ускоренный рост показателей смертности, начавшийся в 1990 году, увеличивался быстрее среди мужского населения, и, что особенно характерно, в трудоспособном возрасте. **За 15 лет смертность выросла в 1,5 раза в стране в целом, а в некоторых субъектах - в 2 и более раза. Продолжительность жизни мужчин снизилась за период с 1990 года на 9 лет и составляет 58 лет. Продолжительность жизни женщин снизилась на 3,5 года и достигла 72,5 лет.** Разница продолжительности жизни мужчин и женщин превысила 14 лет. По этому показателю Россия находится на 174 месте в мировом рей-

тинге. У целого ряда стран Африки эта разница меньше, чем в нашей стране.

Демографы подчеркивают, что условия жизни у представителей полов одинаковые, ведь мужчины и женщины живут в одних и тех же семьях, городах и селах, в одной для всех стране России. Поиск причин различной реакции мужского и женского населения на социальную трансформацию нужно искать в половом диморфизме (диморфизм - внешние и внутренние различия в формировании, строении, функциях, поведении мужского и женского организмов - прим. редакции).

- Мужчины оказались в неблагоприятных социальных и социально-психологических условиях, препятствующих реализации их основной гендерной функции. Другим препятствием для выполнения семейно-брачных ролей мужчинами является ухудшение состояния здоровья мужчин.

- Способности к адаптации у мужчины и женщины различные. Но конкретно - в чем?

- Адаптация тесно связана с понятием «здоровье». В настоящее время является общепринятым определение здоровья как оптимального состояния организма, при котором обеспечивается максимальная адаптация.

Выраженное снижение

продолжительности жизни, повышение заболеваемости и смертности мужчин свидетельствуют об истощении у них биологических и психологических адаптационных возможностей.

Мужчины в большей степени, чем женщины, испытывают жесткие условия конкуренции на рынке труда и в профессиональной сфере. У них более выражено стремление добиться успеха и карьерного роста, обеспечивающего минимальные материальные блага, средний или высокий уровень достатка в семье. Такой напряженный стиль жизни может приводить к хроническому утомлению, переутомлению, снижению стрессоустойчивости, дезадаптации и ухудшению здоровья. У мужчин наблюдается рост заболеваемости соматическими, психосоматическими и психическими патологиями. В социальной ситуации снижения доступности и качества медицинской помощи ухудшение здоровья мужчины вызывает падение материального благополучия семьи, способствует семейным конфликтам, психоэмоциональному напряжению в семье. Это своеобразная «плата» за патриархат.

- Долгое время, говоря о семье, мы чаще вспоминали о женском и детском здоровье. Мать и дитя. Отец в этой цепочке от-

сутствовал. Мы упорно не хотели видеть целостную картину, а фиксировали взгляд на одном лишь фрагменте - женщине-матери. И каков результат? Каков же он, наш современный отец, глава семьи?

- Сейчас мы с горечью наблюдаем тот факт, что снижена роль отцов, утрачивается их авторитет. В семьях с более равноправным распределением гендерных ролей ситуация экономического неблагополучия, вызванная ухудшением здоровья мужчин, может приводить к росту их иждивенческих настроений, «уходу в болезнь», равнодушию мужчин к семейным трудностям и проблемам, что также дестабилизирует семейный союз. Поэтому так важен принцип равных прав и равных возможностей мужчин и женщин не только в экономической, социально-политической, но и семейной жизни.

- Здоровье взрослого населения, особенно будущих мам и пап, - это достояние и ценность не только конкретно каждой семьи... Здоровое поколение - это здоровая нация, государство. Каково же состояние здоровья детей, рожденных от современных родителей?

- В последние пятнадцать лет в состоянии здоровья детей сформир-

ровались устойчивые негативные тенденции - на фоне снижения численности детского населения отмечается значительный рост их заболеваний и инвалидности, увеличилась распространенность факторов риска для здоровья и развития.

По данным диспансеризации лишь 27,1% детей признаны здоровыми, но уже в детском возрасте наиболее болезненные - мальчики.

Среди юношей призывного возраста зарегистрирован дефицит массы тела, а 30% юношей после окончания школы совершенно не пригодны к службе в армии. Особо следует отметить проблему психического здоровья детей: при этом, что к выпуску из школы (16-17 лет) только 1/4 детей может быть признана полностью психически здоровой, не существует службы охраны психического здоровья детей, подготовка специалистов в этой области абсолютно не соответствует современным потребностям.

- Мы сталкиваемся с еще одной, очень серьезной, пока мало озвучиваемой проблемой - женским одиночеством. И в этом много всего. Одинокая женщина, еще молодая, но которая больше уже не станет матерью. Женщина, воспитывающая одна, и часто плохо, своих детей. Женщина-одиночка, выбивающаяся из последних сил на работе и дома... Что она может дать своим детям?

- Последствия неблагоприятного состояния мужского здоровья тесно связаны с социальными издержками, и их комплексное влияние на общество можно однозначно оценить как негативное. Превышение на 11 миллионов женского населения над мужским приводит к тому, что около половины женщин ос-

таются одиночками. Это существенная причина кризиса семьи и демографического кризиса страны.

Все взаимосвязано. Семья - государство. Мужчина - женщина. Семья - дети. Если ослабевает одно звено, неизбежно рушится вся цепь. Мы должны понимать, что главным ресурсом любого государства является население, граждане страны. Трудоспособная часть населения создает экономический потенциал страны, воспитывает будущие поколения. Если в воспроизводство человека, семьи, населения вкладываются недостаточные экономические ресурсы, наступает деградация человеческих ресурсов и общественно-го производства, утрата государством геополитических возможностей развития. Такой период кризиса человеческого капитала, особенно его мужской составляющей, переживает Россия.

Государством инициируются меры по преодолению кризисных явлений. Серьезным шагом являются национальные проекты, которые стартовали с 1 января 2006 года, и национальный проект «Здоровье».

От редакции. Мы намеренно поставили эти два материала рядом. И вот почему. Галина Ивановна Климантова - специалист в области гендерных проблем - высказывает серьезную озабоченность состоянием мужского здоровья. И эту же проблему поднимает наш читатель Н.задорожный, житель города Барнаула. Тема «ответственного отцовства» становится не просто актуальной, но и жизненно необходимой, даже государственной, проблемой.



На заметку

Ласки в глазки?

Несомненно, что женщины любят мужчин, а мужчины - женщин. Но как существа разных полов мужчины и женщины недопонимают друг друга, и происходит это по мелочам, которые не всем таковыми кажутся. Оказывается, есть минимум 10 факторов, ужасно раздражающих мужчин, и если на них не обращать внимания, не следует ждать ответной чуткости от «сильного пола».

Использование секса как средства воздействия на мужчину. Наказание лишения сексом является попыткой женщины доказать свое превосходство. И используется оно женщиной от просто-го бессилия.

Постоянная болтливость женщины. Конечно же, мужчинам не все равно, просто они не любят вникать в бесконечные детали.

Бесконечная ходьба по магазинам, когда женщины берут с собой мужчин. Женщины могут провести несколько часов в одном магазине среди себе подобных особ, даже не думая о насущных делах.

Слишком эмоциональное поведение. Женщина умеет заплакать по абсолютно любой причине. Приходится мужчине становиться утешителем, чего он терпеть не может: рыдающие женщины приводят их в глубокое смятение.

Вторжение в личное пространство мужчины, что любят проделывать женщины на инстинктивном уровне, поглаживая его самого или его вещи.

Загадочный разговор женщины, когда она задает странные, абстрактные вопросы, стараясь выведать невысказанные размышления.

Постоянная необходимость женщины в поддержке мужчины, связанная с испытываемыми ею сложностями. В такой ситуации мужчина становится «эмоциональными костылями» для поддержки избранныцы.

Ревность, когда случайное упоминание женского имени способно привести к ужасной буре.

Критика женщиной других женщин - бессмысленное перемывание друг дружке костей.

Притворная целомудренность, являющаяся неиссякаемой темой женских бесед. Стремление выставить себя как искреннюю и непорочную, напроцх забывая о своих бывших влюбленностях. Ложь о своем прошлом, бурной молодости, на которую, на самом деле, женщина имеет равное с мужчиной право.



ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР Алтайского края

Выездная диагностика – не подмена работы на местах, а мастер-классы для районных больниц

Анатолий Федорович Лысенко,
заместитель главного врача по выездной работе,
Диагностический центр Алтайского края

Как известно, Алтайский край относится к аграрным регионам. Поэтому одно из ведущих мест в деятельности всего здравоохранения края занимает тема реформирования сельского здравоохранения. Это, прежде всего, его укрепление и совершенствование самого сельского здравоохранения; расширение передвижных форм и методов оказания специализированной медицинской помощи сельскому населению непосредственно на местах.

Сегодняшняя реальность такова: ведущие специалисты Диагностического центра, используя полный спектр исследований лабораторной диагностики, участие в консилиуме лечащего врача, на базе центральной районной больницы осуществляют консультативно-диагностический прием пациентов.

В течение прошлого года практически во всех районах Алтайского края проводились консультативные приемы с проведением диагностических инструментальных и клинических лабораторных исследований согласно планам выездной работы специалистов центра и комплексному графику выездной работы краевых ЛПУ, специализированных центров и диспансеров. Причем, география таких приемов неуклонно расширяется: в 2003-м году такая работа проводилась в 14-ти районах, в 2004 и 2005-м – уже в 23-х. В состав комплексных бригад от Диагностического центра входят врачи 5-7 специальностей.

Большую помощь и поддержку в организации выездной работы мы получаем от сотрудничества с кафедрой общественного здоровья и здравоохранения АГМУ, которой руководит профессор, доктор медицинских наук В.Б. Колядо.

Раньше выездная работа строилась на принципах скрининговых исследований и оказания помощи тех специалистов, которых зачастую нет на местах: эндокринологов, гастроэнтеро-

логов, неврологов, урологов, гинекологов, детских неврологов, онкологов.

В настоящее время врач центральной районной больницы обязан отобрать и подготовить наиболее сложных для диагностирования пациентов, провести обследования, которые возможны в условиях ЦРБ с предварительным забором биоматериала и отправкой в краевой Диагностический центр. Соответственно, получив биоматериал, проводим все необходимые исследования. Выезжающий на консультационный прием доктор имеет уже подготовленного пациента, результаты лабораторных исследований, которые произведены в Центре, и, конечно, заинтересованность лечащего врача на месте.

Хочу заметить, что мы оказываем помощь не столько больному, сколько лечащему врачу. По сути дела, мы образуем мини-консилиумы, на которых принимаются решения, как вести дальше больного, как скорректировать лечение, есть ли необходимость в дообследовании и госпитализации.

Совершенно очевидно, что никакие компьютерные томографы врач в район повезти не в состоянии – «в ход идут» только собственные руки и знания.

Таким образом, основными задачами специалистов во время выездной работы являются:

- ♦ оказание практической помощи в организационно-методической работе руководителям и ответственным специалистам в ЛПУ,

- ♦ оказание практической консультативно-диагностической помощи практикующим врачам по сложным диагностическим ситуациям,

- ♦ отбор больных на госпитальный этап,
- ♦ лечение и дообследование в условиях краевых лечебно-диагностических учреждений.

Главной задачей сегодняшнего дня является продолжение налаживания именно системы преемственности лечебного процесса в цепочке центральная районная больница – Диагностический центр – стационар. Это позволит обеспечить управляемость процессом, оптимизировать финансовые затраты и достичь большей эффективности в оказании выездной помощи, обеспечить качество организационно-методической помощи ЛПУ края.

Телефоны регистратуры
ГКУЗ «Диагностический центр
Алтайского края»:
(3852) 26-17-44; 26-17-79; 26-15-09.
Адрес: г.Барнаул, пр.Комсомольский, 75а

Бийск - за здоровье детей

Надежда Михайловна Медведева,
главный врач Бийского центра медицинской профилактики

Городской Думой города Бийска в апреле 2006 года принята Концепция здорового питания. Реализация Концепции предполагает конкретные шаги. Комитетом по здравоохранению проведено исследование в детских садах №№42 и 86. Кроме оценки уровня здоровья, психического развития, состояния работоспособности (комплексная оценка состояния здоровья детей дошкольного возраста), оценивалось и состояние питания, дефицитные состояния по йоду и витамину С.

Научная группа кафедры гигиены и основ экологии человека, ее руководитель - профессор **Владимир Николаевич Беккер**, максимально творчески и ответственно подошли к исследованию. **Физическое развитие детей в возрасте 5-6 лет оценивалось по 11 показателям**, кроме уровня физического развития ребенка на данный момент, определяли темп его развития, а так же сравнивались полученные результаты со средними многолетними величинами в регионе.

- Психическое развитие оценивалось восьмицветным тестом Люшера по пяти показателям, - рассказывает **Н.М. Медведева**. - **Оценка школьной зрелости производилась по четырем показателям**. Определялась концентрация йода и цинка в моче и волосах, исследовалось содержание витамина С. Объем функции щитовидной железы определялся по критериям Всемирной организации здравоохранения и по УЗИ.

- **Возможно, объем и глубина проведенного исследования будут поняты только специалистами. Скажите, пожалуйста, общие выводы, сделанные в ходе исследования.**

- Более половины детей (**54,5%**) имеют хронические заболевания, а у **45,5%** - выявлены дефицитные состояния по исследуемым показателям. В структуре хронических заболеваний преобладают аллергические реакции (у **18,2%** от числа обследованных), болезни сердечно-сосудистой системы (**15,5%** случаев) и заболевания желудочно-кишечного тракта (**9,2%** случаев).

В целом рацион питания детей сбалансирован по основным ингредиентам, согласно возрастным физиологическим потребностям организма. Но он перегружен углеводистой пищей, за счет употребления хлебобулочных и кондитерских изделий.

По физическому развитию. Отмечаются отклонения в развитии у **48,5%** детей, за счет отставания веса от роста! У **85,7%** обследованных детей выявлено нарушение осанки в шейном и грудном отделах позво-

ночника! У **34,3%** детей обнаружена деформация грудной клетки в виде грудной клетки сапожника и килевидной формы!

Оценки умственного и психического развития детей также важны. У **97,1%** детей определяется высокий уровень восприятия информации на слух, но **42,8%** детей имеют низкий уровень умственного развития, **5,7%** детей плохо ориентируются в окружающем мире. **82,6%** детей имеют стресс на незнакомую ситуацию и длительно не выходят из него. Часть детей постоянно находятся в стрессовой ситуации, а **11,5%** не имеют желания учиться в школе, объясняя это страхом получения плохих оценок.

У **73,5%** обнаружена уменьшенная по объему щитовидная железа. Причем у **8,6%** детей отмечались структурные изменения в ней, а у **2,9%** из них изменения в виде кист.

Только у **2,7%** детей содержание йода в организме было в пределах нормы. **91,7%** обследованных детей имеют дефицит йода легкой степени тяжести, а **5,6%** выявлен дефицит йода средней степени тяжести. **Тяжелых случаев йодного дефицита не обнаружено.** Средняя величина содержания йода в организме детей составляет **71,5 мкг/л** при нормативе **100 мкг/л**, что указывает на дефицит йода легкой степени тяжести на популяционном уровне. Сочетание уменьшенного объема щитовидной железы и дефицита йода может влиять на уровень умственного развития детей. **Специалисты считают, что такие показатели здоровья характерны для значительного числа населения Бийска, а значит проведение профилактических мероприятий по коррекции йододефицита необходимо в городе в целом.**

Концентрация витамина С у **28,6%** обследованных детей в биологических жидкостях была в пределах нормы (более **0,3 мг/л** в час). У **71,4%** детей концентрация витамина С была ниже **0,3 мг/л**, что свидетельствует о наличии гиповитаминоза С.



У **11,4%** обследованных детей установлен прегиповитаминоз С, у **5,7%** признаки гипо- и авитаминоза по кожной пробе и только у **82,9%** отмечено нормальное состояние резистентности капилляров.

Итогом исследований стали конкретные рекомендации, данные специалистами, родителям для каждого обследованного ребенка. В настоящее время часть родителей уже получили их. Комитетом по здравоохранению предложены мероприятия по реабилитации каждого ребенка. Свою помощь в выполнении программы реабилитации предложил Центр социальной помощи семье и детям Комитета администрации города по социальной защите населения.

Педиатры рекомендуют максимально использовать летний сезон для укрепления здоровья детей и сокращения или даже ликвидации дефицитных состояний у каждого ребенка. Для этого необходимо в рацион питания включить достаточное количество овощей, фруктов и ягод (в среднем - не менее **400г.** в день). Если вы замечаете, что у вашего ребенка появились какие-то странности в поведении, посоветуйтесь с психологом, как их исправить. Если замечаете отклонения в умственном развитии, проконсультируйте ребенка у эндокринолога и сделайте УЗИ щитовидной железы - возможно у ребенка дефицит йода и снижение функции щитовидной железы.

Нужно отметить, что еще не все родители получили индивидуальные заключения и рекомендации для своих детей. Им необходимо обратиться в Бийский центр медицинской профилактики по адресу: г.Бийск, ул. Короленко, 41/1, телефон 32-18-50 (с 8 до 16 часов).

И.К. Роднина: «О физкультуре с Олимпийских высот...»

(из выступления на Круглом столе в
Союзе женщин России)



У нас в стране нет физической культуры. Уроки физкультуры в школе трудно назвать полезными, потому что нет квалифицированных преподавателей этого предмета. Профессионалы не идут в школу из-за крайне низкой зарплаты. Плюс непристизность этой профессии. Молодежь не идет. Залы плохие...

В детских дошкольных учреждениях та же проблема. Мы даже не можем представить полной картины, кем и как преподается этот предмет.

Между тем физкультура - это такой предмет, который везде должен

преподноситься по-разному. Есть такая программа «Дрозд» - дети России, образованные и здоровые. Так вот она включает урок спорта в расписании, который проводится при финансовой поддержке градообразующих предприятий. Практически ничего нового в этом нет. Так было в СССР: когда детские сады, детские пионерлагеря принадлежали предприятиям и профсоюзам, которые содержали эти объекты. Дети находятся в школе практически с восьми тридцати до семнадцати часов. Они практически «обездвижены».

У нас только 10-12% детей заняты в спортшколах. И это проблема, так как немногие родители в состоянии оплачивать занятия ребенка в этих школах. Но вот любопытная цифра - содержание правонарушителя в колонии для детей и подростков обходится в 30-150 тысяч в год! В спортшколе, в зависимости от вида спорта, - 5-6 тысяч в год. Так надо ли доводить ребенка до состояния правонарушителя и потом затрачивать такие большие деньги на его перевоспитание, если организация нормального образа жизни его обойдется в десятки раз дешевле? Риторический вопрос...

Государственная Дума в первом чтении приняла закон об автономных учреждениях, куда включены и спортшколы. Они просто не могут быть самоокупаемы. И тогда еще сколько детей окажутся на улице?! Родители не могут оплатить их занятия в школах по самым элементарным видам спорта, какими являются футбол, бокс, борьба.

У нас - четыре национальных проекта. Но я бы назвала и пятый - Федеральная целевая программа развития физкультуры и спорта. За пять лет должно быть построено 4 тысячи спортивных сооружений. В то время как за время глобальных перемен со времени распада СССР мы потеряли более 40 тысяч таких сооружений!

Мы их построим, но как их содержать, где брать деньги? С родителей? Но мы это уже проходили. И тогда эти учреждения будут переходить в частные руки. Здоровый образ жизни в школе таким образом привиться не может. А в дальнейшем будущая семья будет состоять из этих учеников, которые несут свой образ жизни и вновь передают его своим детям.

От редакции. Ирина Константиновна обратилась ко всем женским организациям с предложением - не оставить проблему физической культуры вне своего внимания. Мы планируем рассмотреть этот вопрос на заседании Общественной женской палаты при главе администрации края.

«Здоровое сердце» в Бийске

- Сотрудничество с Томским научным центром началось в апреле 2005 года, - рассказывает Екатерина Анатольевна Чуликова, заместитель председателя комитета администрации г.Бийска по здравоохранению по родовспоможению и детству. - Кардиологи г.Томска неоднократно приезжали в Бийск для проведения консуль-



таций детей с врожденными пороками сердца и нарушением сердечного ритма. За это время были проведены консультации 410 детям. Что важно, 70 детей с врожденными пороками сердца уже прооперированы, в том числе 5 детей - из Дома ребенка. Основная часть операций проведена современным эндоваскулярным методом, что позволило значительно снизить травматичность операции и сократить длительность послеоперационной реабилитации детей. В Западно-Сибирском региональном аритмологическом центре, существующем на базе Томского НИИ кардиологии, оказана помощь 15 детям с нарушением сердечного ритма и проводимости.

Операции для детей проводились бесплатно, оплату расходных материалов производил Российский Фонд помощи. Общая стоимость расходных материалов за проведенные операции - 15 миллионов рублей.

Ученые ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра Сибирского отделения РАМН, который является федеральным центром детской кардиохирургии по Сибирскому федеральному административному округу, в сотрудничестве с комитетом администрации города Бийска по здравоохранению провели региональную научно-практическую конференцию «Актуальные вопросы детской кардиологии». На ней обсуждались вопросы диагностики и лечения артериальной гипертензии, воспалительных заболеваний миокарда, диагностики и современных методов лечения пороков сердца, современных подходов к лечению нарушений ритма сердца у детей.

Также томские специалисты провели консультативный прием детей города и районов Бийской медико-географической зоны с патологией сердечно-сосудистой системы.



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 11

Бронхорасширяющие препараты

В настоящее время существуют хорошо разработанные планы лечения бронхиальной астмы, которые зависят от тяжести ее течения и рекомендуют современные эффективные лекарственные средства для контроля состояния.

Для лечения астмы используются гормональные препараты (в ингаляторах и таблетках) - глюкокортикостероиды, что составляет основу лечения заболевания (об этих препаратах мы расскажем в последующих беседах), и бронхорасширяющие средства.

Если посмотреть на аптечную витрину, где располагаются бронхорасширяющие лекарства (их называют еще бронхолитиками), глаза разбегаются от разнообразия. Все они обладают одним эффектом - расширяют бронхи... **Тогда в чем же разница, и есть ли она?**

Возможна и такая ситуация: врач назначает одно лекарство, а в ближайшей аптеке его нет. Надо приобрести заменитель, а какой? Давайте разберемся.

Все бронхорасширяющие средства можно разделить на 4 группы

- ◆ В₂ - агонисты (короткодействующие и длительного действия),
- ◆ холинолитики;
- ◆ комбинированные препараты;
- ◆ теофиллины.

Наиболее часто для лечения астмы используются В₂ - агонисты и комбинированные препараты (комбинация бронхорасширяющего вещества и глюкокортикостероида).

Бронхорасширяющие средства могут быть в 3 формах:

- ◆ ингаляторы,
- ◆ таблетированные,
- ◆ для внутривенного введения (инъекционные).

Предпочтение отдается применению ингаляционных форм бронхолитиков!

Этот путь введения препаратов способствует более быстрому проникновению лекарственного вещества в бронхи и, следовательно, более эффективному воздействию. Одновременно значительно снижается потенциальный риск развития побочных эффектов со стороны других органов.

В₂ – агонисты

В начале прошлого века при приступах бронхиальной астмы применяли гормон адреналин, но из-за побочных

эффектов его использование резко ограничили. Действие адреналина на организм осуществляется через два вида рецепторов (альфа и бета). Позже были созданы лекарства, избирательно действующие на В₂-рецепторы, расположенные в бронхах, которые и получили название **В₂ - агонисты**.

В₂-агонисты (их другие названия - симпатомиметики, адреномиметики) - основные бронхолитики, применяемые при бронхиальной астме. Существуют В₂-агонисты короткого и длительного действия.

Препараты короткого действия применяют для снятия приступа удушья, а длительного действия - для их профилактики (хотя формотерол может использоваться и для снятия приступа).

Действие сальбутамола и фенотерола начинается уже через несколько минут и продолжается 4-6 часов, а продолжительность действия сальметерола и формотерола - около 12 часов, поэтому применяются они 1-2 раза в сутки.

Пользоваться короткодействующими ингаляторами более 6-8 доз в сутки и длительнодействующими - свыше 2 доз в сутки не рекомендуется, во избежание по-

КОРОТКОДЕЙСТВУЮЩИЕ	ДЛИТЕЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ
Сальбутамол (сальбен, саламол, вентолин)	Сальметерол (серевент)
Фенотерол (Беротек Н)	Формотерол (форадил, оксис)
	Сальтос

бочных эффектов. Иначе могут возникнуть неприятные симптомы, такие, как:

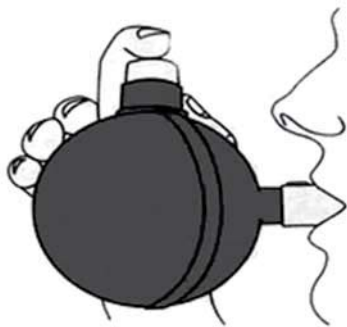
- ◆ дрожь,
- ◆ учащение сердечных сокращений,
- ◆ беспокойство, головная боль, головокружение.

Следовательно, препараты этой группы необходимо с осторожностью применять при имеющихся сопутствующих заболеваниях сердца, особенно если у вас стенокардия, гипертония.

Бронхорасширяющие препараты, как правило, применяются в виде ингаляторов – дозированных аэрозолей. Очень часто, сталкиваясь с необходимостью пользоваться ингалятором, высказывается опасение, что, начав ингаляционное лечение, они попадут в пожизненную зависимость от ингалятора. Это заблуждение. **Ингаляционные бронхорасширяющие препараты никакой зависимости не вызывают.** Потребность в лекарствах определяется симптомами болезни.

Для оптимального эффекта важно освоить **правильную технику пользования ингалятором**, о чем говорилось в прошлой беседе. В этом помогут и врач, и знание инструкции к бронхорасширяющему препарату, т.е. вкладыша, вложенного в каждую упаковку вашего ингалятора.

Для повышения эффективности доставки препарата в дыхательные пути могут применяться специальные камеры – спейсеры, позволяющие увеличить поступление препарата в бронхи.



Какое же место в лечении бронхиальной астмы занимают таблетированные бронхорасширяющие средства?

Они используются при недостаточной эффективности ингаляторов с целью расширения бронхов (как дополнение к основному лечению). К препаратам этой группы относятся теофиллины: теопек, теорард, ретафил, а также сальтос (сальбутамол с постепенным высвобождением лекарства из капсулы).

Теофиллины

Еще некоторое время назад эти препараты стояли бы в начале ста-



ти, но сейчас отношение к ним изменилось в связи с большей частотой побочных эффектов со стороны сердечно-сосудистой системы и опасностью тяжелой передозировки. Поэтому теофиллины применяются, когда человеку трудно использовать ингаляторы или при банальном отсутствии других лекарств (к сожалению, пока это не редкость).

Теофиллины назначают в таблетках, свечах или внутривенно, причем внутривенно – только при неотложных состояниях и под контролем врача. Они могут вызывать нарушения сердечного ритма, поэтому «сердечникам» лучше их не принимать.

Сальтос – сальбутамол с длительным высвобождением лекарственного вещества. Таблетка представляет собой лекарственное ядро, покрытое полупроницаемой мембраной с отверстиями, через которые насыщенный раствор лекарственного вещества поступает в кишечник. Сальтос применяется дважды в сутки (длительность действия – около 12 час). Дробить таблетку не рекомендуется! Однако в связи с таблетированной формой выпуска он рассматривается как препарат второго ряда по отношению к ингаляционным бронхорасширяющим средствам.

Итак, основные бронхолитики при астме – это В2 – агонисты. Баллончик с сальбутамолом или фенотеролом для снятия приступа должен иметь в запасе каждый себя «уважающий» астматик. При обострении лучше ингалировать их через небулайзер, а вне обострения возможны и другие способы приема. Но надо учесть, что потребность в их регулярном **(ежедневном и по несколько раз в день) использовании – это тревожный сигнал, требующий обращения к врачу.** Возможно, надо что-то изменить в основном (профилактическом) лечении астмы.

Если пульмонолог назначил лечение, – соблюдайте его! Очень часто оно не дает сиюминутного эффекта, нужны терпение и настойчивость.



На заметку

Ученые создают человеческую ткань

Ученые из Манчестерского университета разработали новый метод тканевой инженерии, в котором для выращивания человеческих тканей используется электричество.

Электрические поля применяются для формирования создающих ткань слоев клеток. Эта технология основана на феномене электрофореза. Таким методом была создана тканеинженерная конструкция Гематон, состоящая из кроветворных клеток – основы нормальной работы здорового костного мозга. Гематонами называются функциональные единицы костного мозга; у людей с такими болезнями, как лейкомия, работа гематонов нарушается.

Ученые убедились в возможностях технологии, создавая в лаборатории относительно простые структуры; пока что толщина этой ткани не превышает 200 микрон. Если им удастся в достаточной мере усовершенствовать свою методику, в конечном итоге они смогут сконструировать искусственный костный мозг, который будет продуцировать любые клетки крови в нужных количествах. Возможно будет сконструировать костный мозг «на заказ», подходящий конкретному пациенту.

Использование электричества позволяет лучше контролировать расположение клеток; применяя электроды разной формы и меняя силу тока, ученые могут выстраивать клетки должным образом. Кроме того, разные электрические поля могут привлекать разные типы клеток; клетки при этом не теряют жизнеспособности и активности.

«Здоровье алтайской семьи»: месяц за месяцем

Встречи в Заринске

Наш визит в г.Заринск, Заринский район был не первым. В рамках акции «Здоровая семья – это здорово!» еще в июне 2003 года прошли встречи редакции журнала с представителями общественности, с жителями, состоялся большой концерт в поддержку журнала Никиты Джигурды в Доме культуры «Заря» и в с.Сорокино Заринского района.



Позже мы, совместно с народным художником России И.С. Хайрулиновым, с проектом «Вахта памяти» побывали в г.Заринске и в селах Заринского района.

Однако сотрудничества, партнерских отношений на постоянной основе до настоящего времени не состоялось.

Заместитель главы администрации Нина Васильевна Казанцева – тот человек, который и по жизни, и по призванию занимается вопросами социальной политики в городе, она же координирует и работу по формированию здорового образа жизни.

Со специалистами – участниками встречи в администрации города мы единодушны в том, что вопросы формирования у населения культуры здоровья, его обучения здоровому образу жизни не могут быть отнесены в разряд второстепенных.

Очень рассчитываем на то, что эти встречи обеспечат возможность долгосрочного партнерства.

Общественные представители журнала «Здоровье алтайской семьи»

в г.Заринске:

● **Марина Михайловна Камнева** (Заринская городская больница, тел. 4-33-60);

● **Марина Ивановна Кормышева** (городской Центр помощи семье и детям, тел. 4-28-13);

● **Галина Ивановна Черемисина** (городской комитет по социальной защите населения, тел. 4-16-63);

в Заринском районе:

● **Людмила Тимофеевна Гилева** (Заринская ЦРБ, тел. 2-10-15).



Что может женсовет?

Общественная женская палата при главе администрации края в преддверие 20-летия краевого Совета женщин планирует обобщить опыт работы женсоветов в крае.

«Что может женсовет?» – свои материалы, предложения вы можете направлять в общественную приемную Общественной женской палаты, которая начинает свою работу 1 сентября 2006 года по адресу: г.Барнаул, ул. Партизанская, 96, офис 104, тел. 65-78-93.

Наш журнал не оставлял без внимания работу женсоветов в крае и раньше. К 20-летию краевого Совета женщин мы открываем новую рубрику.

Сегодня мы представляем **Нину Кузьминичну Меркулову** – председателя Совета женщин Центрального района г.Барнаула, секретаря Общественной женской палаты (фото на обложке).

Приоритетным направлением работы женсовета Центрального района г.Барнаула остается участие в благотворительных акциях и компаниях, – рассказывает Нина Кузьминична. Наш женсовет традиционно принимает участие в новогодних благотворительных акциях. В краевой детской туберкулезной больнице – мы желанные гости. Мы участвуем и в краевом марафоне – «Нет детскому туберкулезу». На базе Барнаульского кооперативного техникума (БКТ) совместно с женсоветом создано молодежное волонтерское объединение «Содружество». Ребята из объединения организовали и новогодние представления, и вручение подарков в детском дошкольном приюте, костюмированное поздравление детей из малоимущих семей, ими оказана адресная помощь больным туберкулезом детям. Совместно со студентами БКТ, клубом «Русские вятяжи» проект «Хлеб блокады» (ребята восстановили рецепт блокадного хлеба) стал известен во многих учебных учреждениях города, его поддерживали ветеранские организации.



Осенью и весной женсоветом мы проводим сбор вещей и книг для детского приюта и дома престарелых, и сами называем эту акцию «Недели добра».

Совместно с комитетом по социальной защите населения в проекте «Ветеран» женсовет принял участие в благотворительной лотерее по сбору средств на организацию работы по увековечению памяти ветеранов Великой Отечественной войны. Ежегодно мы собираемся в преддверии Дня Победы с женщинами-ветеранами войны и труда Центрального района г.Барнаула.

Именно женсовет Центрального района обратился ко всем женским, ветеранским, молодежным организациям, администрациям городов и районов, ко всей общественности Алтайского края в канун 65-летия Победы в Великой Отечественной войне поддержать нашу инициативу с символическим названием «Золотое сердце России», суть которой проявить внимание и заботу о каждой женщине, пережившей войну и вложившей свой неоценимый вклад в дело Великой Победы. Мы очень рады, что эту акцию на последнем заседании поддержала Общественная палата при главе администрации края.

Пусть образ женщины-матери как хранительницы, созидательницы, берегини, и дальше передается из поколения в поколение, как образ самой России.



«Ребенок... - не продукт минутной страсти, но нечто со всей тщательностью создаваемое отцом и матерью в течение определенного времени»

Маргарет Мид

Елена Валерьевна Васильева,
заведующая отделения профилактики насилия в семье,
Краевой кризисный центр для мужчин, г.Барнаул

Отношения в паре переходят на новый уровень, когда супруги узнают о том, что они скоро станут родителями. Рождение желанного ребенка – это большое счастье и радость для каждой семьи, но в то же время это серьезное испытание на прочность взаимных чувств молодых супругов. Это время, когда приходится не на словах, а на деле доказывать свою любовь друг другу, переживать те внутренние изменения, которые происходят с каждым человеком, когда он становится матерью или отцом.

Сейчас все больше пар убеждены, что беременность – это состояние, которое переживается обоими партнерами. Многие супруги с гордостью говорят: «Мы готовимся к рождению ребенка», «Мы беременные», «Мы родили нашего малыша». Счастье прикоснуться к таинству сотворения и рождения новой жизни, стать активными творцами этого процесса требует от молодых супругов особых душевных усилий, терпения и готовности к изменениям.

Беременность и рождение ребенка неизбежно влекут за собой трансформацию привычного уклада и образа жизни, отмену от устоявшихся способов организации семейной жизни, отдыха, проведения свободного времени и выработку новых моделей отношений в семье.

Будущему папе и близким родственникам будущей мамы важно знать о психологических и физиологических изменениях, которые происходят с женщинами во время беременности, для того, чтобы учитывать их в своих взаимоотношениях:

- беременным женщинам часто не нравится громкая музыка, они начинают предпочитать классическую или медитативную музыку;

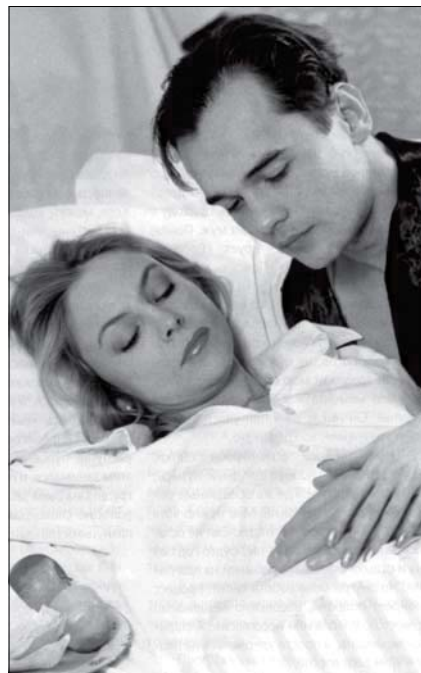
- беременные женщины начинают глубже чувствовать красоту и гармонию, становятся более чувствительными к световым сочетаниям;

- большинство беременных женщин становятся более чувствительными к способу прикосновения к ним и другим тактильным сигналам;

- у беременных женщин появляется более дифференцированное чувство обоняния, поскольку сильные запахи могут быть вредны для будущего ребенка, а некоторые запахи действуют на будущую маму целебно и успокаивающе;

- часто беременные начинают бессознательно употреблять в пищу те продукты, в которых имеются необходимые питательные вещества, и отказываться от тех, которые вредны для нормального развития ребенка.

Будущему папе очень важно разделять те чувства радости, гармонии и покоя, связанные с ожиданием рождения ребенка, которые ис-



пытывает будущая мама. Самое главное - понять, что еще не родившийся малыш уже сейчас требует к себе особого отношения и нуждается в любви и заботе со стороны отца.

Будьте внимательны к своей жене, терпеливы к переменам ее настроения, интересуйтесь ее чувствами, переживаниями и тревогами, используйте все способы для того, чтобы дать почувствовать супруге свою поддержку и участие. Ведь в это время будущим родителям особенно важно чувствовать себя одной семьей и осознавать свою общую цель - благополучное рождение ребенка.

Ожидая малыша, будущим родителям важно знать, как развивается их ребенок в утробе матери. Одна из наиболее интересных периодизаций внутриутробного развития ребенка описывается в учении о духовном акушерстве. ►

Первый месяц

В ребенке закладывается его «Я», его потенциальная жизненная энергия. Этот месяц протекает под влиянием Солнца, оно дает жизненные силы, щедрость, великодушие, благородство, честность. Дурные мысли и слова родителей могут нарушить солнечную природу младенца. Солнце связано с сердцем человека, в первый месяц в ребенке уже бьется сердце, определяющее его жизненный путь. Формируется мужское начало Ян, отвечающее за отношение к отцу.

Второй месяц

Проходит под влиянием Луны. Она - символ Души. Формируется под сознание и все качества человека, относящиеся к женской природе, - Инь. Луна влияет на систему желез, на мозг, желудок. Она управляет эмоциями, закладывает инстинкты и болезни. Формируется второе «Я» в человеке: отношение к роду, традициям, женщине и природе.

Третий месяц

Влияние оказывает Марс, формируются самостоятельность и творческий потенциал. Противопоказаны тяжелые физические нагрузки и скандалы. Не дайте проявиться грубости и вспыльчивости. Проявите благородство, великодушие и мудрость. В ребенке формируются сила воли и духа, страсть и стремление к свободе, самолюбие и прямодушие.

Четвертый месяц

Влияет Меркурий. Больше общайтесь друг с другом, читайте. Из литературы выбирайте то, что вас привлекает: поэзию, историю. Формируются стремления к знаниям, литературные и научные способности.

Пятый месяц

Проходит под покровительством Юпитера - звезды королей. Обратите внимание на духовную сторону. В ребенке формируется отношение к обществу и социальной жизни, государству, религии, ав-

торитетам. На первый план выдвигается роль отца.

Шестой месяц

Формируются чувства и эмоции, любовь к прекрасному, хороший или дурной вкус, телосложение, изящество или неуклюжесть. Таланты, артистизм, познание тайн природы - это все качества Венеры.

Седьмой месяц

Течет под влиянием Сатурна. Это период глубокой внутренней концентрации, общение нужно ограничить. У ребенка внутренние духовные ценности, жизненные критерии, разум и рассудительность, стойкость и терпение, выносливость и работоспособность, стремление к порядку. Постарайтесь исключить из вашей жизни тоску и одиночество, иначе он родится раньше срока.

Восьмой месяц

Проходит под влиянием Урана. Формируются центральная нервная система, сосуды, способность к открытиям, любовь к путешествиям, чувство родства со всем миром - все это будет заложено в это время.

Девятый месяц

Проходит под влиянием Нептуна. Нептун формирует любовь ко всему живому. Пусть ваши мысли будут возвышены, без слез и обид, тогда гармония посетит ваше дитя.

Ожидание рождения ребенка - это новый виток в развитии отношений супружеской пары. Вы способны переживать любовь и красоту жизни во всем. Поделитесь этим переживанием с вашим малышом. В атмосфере любви и нежности вырастают гармоничные, улыбчивые, любящие жизнь дети.

Интересный ФАКТ



Найден секрет стройности

Ученые из Университета Южной Калифорнии (США) проанализировали пищевые предпочтения 52 взрослых людей с нормальным весом и 52 людей с лишним весом или ожирением. Оказалось, что люди с нормальным весом, по сравнению с более полными, ежедневно едят больше фруктов и клетчатки.

Полные люди, по сравнению с худыми, употребляли больше жиров, насыщенных жиров, холестерина, но меньше углеводов, особенно клетчатки (на 33% меньше) и сложных углеводов (на 43% меньше). Количество потребляемых сложных углеводов и клетчатки обратно пропорционально массе тела и процентному содержанию жира в организме. В среднем, полные люди ели ежедневно на одну порцию фруктов меньше (это частично объясняет меньшее количество клетчатки и сложных углеводов в рационе).

Считается, что клетчатка замедляет пищеварение, продлевает чувство сытости; пища, богатая клетчаткой, обычно содержит мало жиров и калорий.

Большой популярностью пользуются диеты, в которых сокращают количество углеводов и увеличивают долю жиров и белков. Однако на данный момент не доказано, что такой рацион дает хорошие долгосрочные результаты.

Опираясь на данные исследования, можно рекомендовать людям включить в рацион больше клетчатки, фруктов и сложных углеводов, так как это приводит к снижению жировой массы тела.



Выпуск №33

июль 2006 года

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

Распространение ВИЧ/СПИДа в Европейском регионе

(Продолжение. Начало - в №6(42) за 2006г.)

(доклад РАМС на Европейском форуме)

ВИЧ-инфицированные дети сталкиваются с рядом медицинских и социальных проблем. Антиретровирусная терапия для детей бесплатна, однако не всегда доступна, так как это дорогостоящее лечение и выдача, учет препаратов в основном ведется в центрах ВИЧ/СПИДа. Согласно действующему законодательству, медицинскую помощь ВИЧ-положительным пациентам в основном оказывают только специализированные центры СПИД. Для многих семей это означает необходимость совершения длительных поездок за получением необходимой помощи. Кроме того, больницы общего профиля часто стремятся перевести инфицированных пациентов в инфекционные больницы или отделения. До сих пор многие медицинские работники отказываются оказывать высокотехнологичную (в основном оперативную, стоматологическую, гинекологическую) помощь ВИЧ-инфицированным пациентам.

Медицинские проблемы тесно связаны с социальными, основными из которых являются стигма и дискриминация. Они являются препятствиями для реализации профилактических мероприятий, а также снижают доступ к качественному уходу, обеспечению адекватного самостоятельного ухода, к участию в исследованиях, направленных на поиск правильных решений. Большинство людей предпочитают не знать о своем статусе из-за страха нарушения конфиденциальности и ассоциируемого с этим риска стигмы, потери работы, прерывания дружеских взаимоотношений, общественного ostracism и даже насилия.

Стигма и дискриминация имеют социальную основу, однако в их распространение свой вклад вносят и медицинские работники. Зачастую ВИЧ-инфицированные дети не могут посещать детс-

кие сады и школы, так как родители здоровых детей считают их опасными. Россияне стали терпимее относиться к ВИЧ-инфицированным, но не хотят, чтобы их дети учились вместе. В среднем лишь 7-12% опрошенных отметили, что в этих ситуациях нет ничего страшного.

МСМ призывает правительство, религиозные сообщества и общественные организации к активному противодействию дискриминации и стигме по отношению к ВИЧ/СПИДу. По мнению МСМ, именно стигма и дискриминация, присутствующие в данной проблеме, создают культуру молчания, секретности, стыда и гонений. Остановить предрассудки сможет только открытое обсуждение фактов. И именно правительство, гражданское общество и религиозные организации обязаны положить конец молчанию и стыду, окружающим ВИЧ/СПИД.

Конвенция ООН о правах ребенка, международные и национальные стандарты, призванные защитить детей ВИЧ-положительных женщин российскими властями, как это ни прискорбно, не реализуются. В результате те семьи, в которых есть ВИЧ-инфицированные дети, вынуждены жить двойной жизнью. Таким образом, с самых ранних лет жизни эти дети исключены из общества.

Еще более тяжелой оказывается судьба отказных детей, а они составляют 10-20% от всех рожденных ВИЧ-положительными матерями. Как правило, речь идет о женщинах, страдающих от наркозависимости, но не имеющих доступа к лечебным программам. Такая мать зачастую живет на грани нищеты и едва может обеспечить себя и тем более не в состоянии

растить ребенка. Ситуация усугубляется отсутствием системы социальной поддержки этой категории матерей. В итоге очень многие из таких детей, за неимением другого приюта, оказываются на годы запертыми в инфекционной палате или в лучшем случае попадают в специализированные детские дома. Даже сам факт существования специализированных домов ребенка подогревает существующие в обществе страхи, будучи дополнительным доказательством того, что находящиеся там дети представляют некую опасность и должны быть изолированы.

Такая ситуация характерна не только для России, но и для других стран Европы и Азии. На Украине более 1000 детей ВИЧ-инфицированы при рождении от ВИЧ-положительных матерей. Эти дети подвержены двойной стигматизации: как дети, лишенные родителей, и как дети с позитивным ВИЧ-статусом. В Румынии многие дети находятся в подобных детских домах до четырех лет. Те, которых удается перевести в интернаты, также страдают от стигмы со стороны персонала и здоровых детей. Подобная ситуация наблюдается в Турции, Испании и других странах Восточной и Западной Европы.

Принимая во внимание скудость государственного финансирования профилактических программ в области ВИЧ/СПИДа, не приходится удивляться тому, что «наше общество не готово, оно не понимает, с чем имеет дело, - заявил руководитель Российского федерального СПИД-центра В.Покровский. - Мы тратим на просветительские программы миллион долларов в год, а надо бы 70 миллионов».

Формально российское законодательство защищает людей, живущих с вирусом ВИЧ/СПИДа (ЛВС) от дискриминации со стороны враждебно настро-

енного общества. Федеральный закон 1995г. запрещает ограничение прав и законных интересов ВИЧ-инфицированных, в том числе в области занятости, образования и охраны здоровья. Однако этот закон, при всей его правильности, не выполняется, а защита прав ЛВС не воспринимается должностными лицами как задача приоритетного характера.

Россия демонстрирует наиболее высокие темпы роста ВИЧ-инфицированных. Более 80% из них - это молодые люди в возрасте 15-30 лет. Среди 347 тысяч инфицированных, зарегистрированных в 2005 году, 16 тысяч составляют дети в возрасте до 14 лет.

Одной из основных задач современного здравоохранения является профилактика распространения ВИЧ/СПИДа. К сожалению, существующие программы профилактики не охватывают всего детского населения, не имеют единой основы, часто встречают сопротивление со стороны родителей. Программы профилактики ВИЧ должны обеспечивать воспитание ответственного сексуального поведения среди подростков и должны быть доступны всем подросткам, в особенности тем, кто уже затронут ВИЧ/СПИДом. В настоящее время еще многие ВИЧ-инфицированные дети не знают о своем диагнозе, что может стать причиной передачи ими заболевания своим сексуальным партнерам. В Румынии с 1989 года инфицировано вирусом 8000 детей. В настоящее время живы 5600, им по 15-16 лет и они вот-вот начнут вести активную сексуальную жизнь, а многим из них неизвестен диагноз. В России есть случаи, когда подросткам не сообщали по ряду причин вовремя диагноз, что привело к инфицированию ими половых партнеров.

Но мы должны сегодня определить, каким будет вклад общественных профессиональных организаций в профилактическом направлении против ВИЧ/СПИДа. Медицинские сестры, акушерки, фельдшеры находятся в постоянном контакте с населением как во время болезни, так и во время полного здоровья, с зарождения жизни до ухода из нее, поэтому включение их в профилактическую работу будет хорошим потенциалом для здравоохранения.

До тех пор, пока не создана эффективная вакцина против СПИДа, важнейшими мерами безопасности, которыми вооружены медицинские сестры, остается информация, следование универсальным принципам защиты, учебные программы, направленные на изменение поведения и снижение риска.

Проблема, с которой столкнулось российское здравоохранение в 90-е годы, состояла в отсутствии единой концепции профилактической работы с населением,

ее недостаточном научном, методическом и информационном обеспечении, а также в низком уровне знаний самих медицинских работников о ВИЧ/СПИДе. Проблема усугублялась недостаточным обеспечением рабочих мест медицинских работников одноразовыми предметами ухода и инструментами, а также современными средствами дезинфекции. Оснащение рабочих мест, однако, не привело к серьезному изменению ситуации. Медицинские работники по-прежнему испытывают нежелание работать в ВИЧ-позитивными пациентами, стремятся в настоящее время направить таких пациентов в специализированные учреждения.

Для осуществления этих задач Ассоциация медицинских сестер России поддержала идею создания Российско-Шведского проекта по профилактике ВИЧ-инфекции в Ленинградской области и Северо-Западном регионе. Значимость обучающих семинаров по проекту велика, потому что медицинское сообщество должно воспринимать проблемы, связанные с ВИЧ-инфекцией, с полной ответственностью и быть проводником в области информированности населения по этой теме.

Ассоциация медицинских сестер России также активно включается в работу по партнерской деятельности в борьбе с инфекцией. В Москве 5 декабря 2005 года мы приняли участие в работе круглого стола по составлению программы профилактики ВИЧ среди молодежи - «Вовлечение невовлеченных» в рамках проекта «Здоровые города».

Стратегия борьбы против дальнейшего распространения ВИЧ должна основываться на многосторонних усилиях со стороны медицинских работников, органов управления здравоохранением и общественных организаций. Такая стратегия должна включить получение точных статистических данных по числу ВИЧ-инфицированных и проведение наблюдения за инфицированными детьми, мониторинг эффективности медицинского лечения и ухода, а также разработку и оценку эффективности образовательных программ по профилактике ВИЧ.

На внеочередной Сессии Генеральной Ассамблеи ООН, которая проходила в июне 2001г. с целью дать обратный ход распространению заболевания к 2015г., были приняты всесторонне согласованные ответные меры борьбы против ВИЧ/СПИДа, среди которых - сократить на 20% к 2005г. и на 50% - к 2010г. количество детей, рожденных с ВИЧ/СПИДом.

Министерство образования и науки РФ совместно с Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека разработали Концепцию превентивного обучения в области профилактики ВИЧ/СПИДа в образовательной среде, в которой описывается пропаганда семейных ценностей, активное взаимодействие детей с родителями. Ее целью является выработка

согласованной позиции всех заинтересованных министерств и ведомств по развитию системы превентивного обучения в области профилактики СПИДа. Такое обучение должно быть направлено на снижение темпов распространения эпидемии в РФ среди детей и молодежи.

Имеется опыт Великобритании, Швеции по реализации успешных профилактических программ, которые смогли стабилизировать ситуацию по инфицированию детей и подростков (Великобританская организация «NAM»).

РЕКОМЕНДАЦИИ

Правительству Российской Федерации

- Сделать проблему ВИЧ/СПИДа одним из приоритетов публичной политики на уровне руководства страны, вплоть до Президента. Без публичного признания проблемы СПИДа Россия не может рассчитывать на снижение стигматизации. Президент и другие высшие должностные лица могут способствовать этому через обозначение своей позиции, посещение СПИД-центров и увеличение финансирования просветительских программ.

- Создать постоянно действующую межведомственную комиссию по ВИЧ/СПИДу для обеспечения доступа ВИЧ-позитивных граждан к здравоохранению, образованию и труду, как предусмотрено Федеральным законом «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» 1995 года.

- Создать официальный орган по проверке жалоб о фактах нарушения Федерального закона 1995г., в частности, по случаям отказа детскими учреждениями в приеме ВИЧ-позитивных детей и детей ВИЧ-позитивных родителей, а также по случаям отказа в медицинской помощи ВИЧ-позитивным лицам на основании их ВИЧ-статуса.

Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации

- Немедленно прекратить массовую практику сегрегации детей, от которых отказались ВИЧ-позитивные матери. При отсутствии показаний для специализированной медицинской помощи такие дети уже в первые недели после рождения должны направляться в Дом ребенка. Обеспечить соответствие уровня ухода за такими детьми в обычных домах ребенка условиям, которые существуют на сегодняшний день в специализированных детских учреждениях.



Официальное заявление о роли сестринского и акушерского персонала в решении проблем ВИЧ/СПИДа

Форум национальных ассоциаций медсестер и акушеров и Европейское региональное бюро ВОЗ:

1. ПРИЗНАВАЯ огромные масштабы угроз, которые создает для здоровья и здравоохранения продолжающаяся и все более разрастающаяся пандемия ВИЧ/СПИДа на индивидуальном уровне, на уровне стран и на международном уровне;

2. ОСОЗНАВАЯ наличие препятствий для осуществления справедливых, достаточных и соответствующих конкретным обстоятельствам мер по предотвращению распространения инфекции и укреплению всеобщего здоровья и благосостояния независимо от пола, сексуальной ориентации или любых других индивидуальных факторов;

3. ПРИНИМАЯ ВО ВНИМАНИЕ культурную, институциональную, религиозную и индивидуальную составляющие морального осуждения, предрассудков и дискриминации в отношении людей, входящих в группы риска заражения или уже зараженных или пораженных ВИЧ/СПИДОМ;

4. БУДУЧИ УБЕЖДЕННЫМИ в том, что проявляющие доброжелательное отношение и должным образом подготовленные студенты и дипломированные медицинские сестры и акушеры могут вносить положительный вклад в профилактику, лечение, оказание помощи и поддержку;

5. ЗНАЯ о повышенной уязвимости для инфекций и недостаточном доступе к лечению людей, подвергающихся общественному осуждению по многим причинам, в том числе связанным с полом, сексуальной ориентацией или более широкими проявлениями показателей социально-экономического и образовательного уровня, психическим здоровьем и/или нарушениями физических/умственных способностей;

6. ПОНИМАЯ роль, которую могут играть национальные ассоциации медсестер и акушеров в лоббировании правительств, общественных лидеров и фармацевтических компаний для обеспечения максимально равного доступа для всех к инициативам и ресурсам в сфере профилактики, методам лечения и помощи, соответствующим индивидуальным особенностям;

7. ПРИЗНАВАЯ, что медсестры и акушеры могут быть заражены/поражены ВИЧ/СПИДОМ и испытывать бремя всеобщего осуждения и недостаточного доступа к лечению и поддержке;

8. БУДУЧИ ОСВЕДОМЛЕННЫМИ о многочисленных трудностях и изменениях в акцентах в борьбе с пандемией, возникающих с течением времени, особенно с появлением методов антиретровирусной терапии;

9. ИСПОЛНЕННЫЕ РЕШИМОСТИ вести борьбу за равное и достаточное лечение для всех и непрерывный поиск и разработку вакцин и новейших способов лечения и лоббировать интересы и цели этой борьбы,

призывает правительства:

◆ привлекать медицинских сестер и акушеров к участию в программах крупномасштабных мер в области здравоохранения и в принятии решений на уровне правительства, касающихся стратегий профилактики, лечения и ока-

зания помощи лицам с ВИЧ/СПИДОМ на всех этапах жизни;

◆ систематически вести борьбу с институциональными барьерами, мешающими содействию здоровой половой жизни на равных для всех условиях;

◆ приводить национальные и международные требования к профилактике, лечению, оказанию помощи и поддержки лицам с нарушениями сексуального здоровья в соответствии с финансированием услуг и ресурсов и продолжать способствовать распространению эффективного лечения ВИЧ/СПИДа во время беременности и укреплению здоровья матери и ребенка;

◆ прекратить практику массового набора персонала из стран с низким уровнем доходов в страны с высоким уровнем доходов и творчески подходить к созданию новых способов поддержки медсестер и акушеров в условиях нехватки ресурсов и чрезмерной нагрузки;

◆ чрезвычайно важно, чтобы правительства стран в процессе реформирования систем здравоохранения сохраняли собственные кадры медицинских сестер и акушеров в условиях нынешнего глобального кризиса в сестринском деле, для чего необходимо обеспечить должную оценку, уважение и вознаграждение медицинских сестер и акушеров достойной заработной платой и условиями труда;

◆ оказывать действенную поддержку ВИЧ-позитивным работникам здравоохранения и обеспечивать для них надлежащий доступ к необходимым схемам лечения;

◆ на глобальном уровне содействовать укреплению позитивного сексуального здоровья и бороться против всеобщего осуждения, предрассудков и дискриминации во всех формах (например, начиная с практики нанесения увечий женским половым органам и кончая непредоставлением презервативов и отсутствием последэкспозиционной немедленной профилактики);

◆ обеспечивать надлежащую профилактику: презервативы (для мужчин и женщин), предотвращение передачи заболеваний от матери к ребенку и последэкспозиционную немедленную профилактику (ПЭП);

◆ обеспечивать для всех широкий, легкий и не связанный со всеобщим осуждением доступ к добровольному получению своевременных конфиденциальных консультаций и прохождению тестов;

◆ способствовать улучшению понимания и освещения проблем ВИЧ/СПИДа в средствах массовой информации;

◆ признать, что ВИЧ-инфекция, особенно в Восточной Европе, распространяется главным образом через зараженные иглы и шприцы, поэтому для снижения распространения ВИЧ-инфекции чрезвычайно важно обеспечить наличие приспособлений для безопасных инъекций;

◆ содействовать осуществлению стратегий, позволяющих вести эффективную борьбу с ВИЧ-инфекцией. Для этого требуется хорошо спланированная комплексная и совместная работа на межведомственном/межправительственном уровне и решимость всех заинтересованных сторон вести такую работу.

Призывает медицинских сестер и акушеров:

◆ ликвидировать препятствия на пути к осуществлению эффективной совместной работы, когда таковые имеются, например, в сфере услуг репродуктивного здоровья и программ уменьшения вреда, таких, как предоставление чистых игл и шприцов потребителям инъекционных наркотиков, наряду с правильными советами, касающимися репродуктивного здоровья;

◆ требовать, чтобы профессиональное образование в области здравоохранения и социального ухода в законодательном порядке отражало клинические потребности/потребности клиентов в области сексуального здоровья, профилактики и оказания помощи;

◆ добиваться того, чтобы сексуальное здоровье и сексуальное удовлетворение имели под собой такую же основу в области прав человека, что и права человека, касающиеся продолжения рода;

◆ добиваться того, чтобы мнение медицинских сестер и акушеров было четко отражено в местных, национальных и международных стратегиях, касающихся борьбы с ВИЧ/СПИДОМ и укрепления сексуального здоровья, и тем самым способствовать внедрению передовой практики и инициатив в области профилактики, лечения и помощи в соответствии с потребностями на местном уровне и обмену передовым опытом в этой области. Поддерживать коллег по клинической практике путем предоставления эффективного доступа к надлежащему обучению и услугам;

◆ внедрять необходимые учебные программы в области сексуального здоровья и ВИЧ/СПИДа и охраны здоровья семьи и ребенка (которые интегрированы в национальную и международную повестку дня в области здравоохранения) в полный спектр целостных учебных планов. Подобные программы должны обеспечивать возможности для учебы и проведения исследований, быть свободными от предрассудков, страха, осуждения и дискриминации и активно способствовать соблюдению прав и обязанностей в области сексуального здоровья наряду с правами человека;

◆ медсестры и акушеры должны стремиться к цели обеспечить к 2010 году всеобщий доступ к профилактике ВИЧ/СПИДа, его лечению и к помощи при ВИЧ/СПИДе;

◆ требовать, чтобы во все программы профессионального образования в области здравоохранения и социального ухода были включены соответствующие стратегии в отношении сексуального здоровья и профилактики инфекции;

◆ признавать социальные или культурные различия (например, запретные темы, однополовая ориентация) и без каких-либо оценочных суждений заниматься вопросами профилактики, лечения, помощи и поддержки для всех. Давать информацию, касающуюся ВИЧ/СПИДа и умственного здоровья, например, по таким вопросам, как депрессия, суицидальное поведение, связанное с ВИЧ-инфекцией, слабоумие, предоставлять консультации в отношении образа жизни.

Санкт-Петербург, 2 июня 2006г.

Сестринский процесс в рамках экспериментальной площадки в ГУЗ «Краевая клиническая больница»

Юлия Александровна Фролова,
главная медицинская сестра,
Нина Николаевна Крапивина,
старшая медицинская сестра нейрохирургического отделения -
государственное учреждение здравоохранения «Краевая
клиническая больница», г. Барнаул

В 2005 году в Государственном учреждении здравоохранения «Краевая клиническая больница» приказом главного врача была открыта экспериментальная площадка по внедрению технологии «Сестринский процесс» на базе нейрохирургического отделения.

Сестринский процесс, как известно, состоит в сестринском уходе и профилактике. Уход за здоровым – это поддержание такого состояния, при котором болезнь не наступает, за больным человеком – помощь страдающему от болезни жить наиболее полноценной жизнью, приносящей удовлетворение. Медицинская сестра должна уметь распознать потребности больных, возникающие в связи с болезнью, расценивая пациента как индивидуальную человеческую личность.

В условиях сестринского процесса функции медицинской сестры значительно шире, чем простое выполнение врачебных назначений. На нее возложены основные обязанности по уходу за пациентами, профилактика, реабилитация и облегчение страданий. Медицинская сестра должна обладать задатками как лидера, так и менеджера, педагога, психолога.

Среди основных задач, входящих в технологию «Сестринский процесс», можно обозначить следующие:

◆ развитие и расширение организационных и управленческих резервов по работе с сестринскими кадрами;

◆ повышение квалификации профессиональных навыков персонала и разработка и внедрение новых сестринских технологий в сфере сестринской помощи;

◆ осуществление консультативной сестринской помощи;

◆ ведение санитарно-просветительной и профилактической работы;

◆ проведение научно-исследовательской работы в сестринском деле;

◆ создание стандартов деятельности медицинских сестер;

◆ повышение профессионального и социального статуса профессии медицинской сестры.

Отделение нейрохирургии нашей больницы было выбрано для эксперимента в связи с тем, что нейрохирургические больные являются наиболее тяжелыми и требующими спе-

циализированного сестринского ухода и наблюдения. Решением инициативной группы, по согласованию с руководством нейрохирургического отделения, были выбраны две группы пациентов:

◆ пациенты с травмой позвоночника и спинного мозга,

◆ пациенты с геморрагическими инсультами.

В ГУЗ «ККБ» была создана инициативная группа, которая разработала и утвердила следующие документы: модель освоения и внедрения технологии «Сестринский процесс» в практику нейрохирургического отделения; тематический план стажировки на рабочем месте медицинской сестры нейрохирургического отделения; функциональные обязанности медицинской сестры-консультанта; документы, касающиеся деятельности медсестер, - сестринская история болезни, лист индивидуального наблюдения за пациентом, лист сестринского ухода за послеоперационным больным, анкета для пациентов и их родственников; стандартные планы сестринского ухода; критерии оценки качества работы медицинских сестер в условиях эксперимента.

Следуя модели внедрения Сестринского процесса, в условиях эксперимента с апреля 2005г. медицинский персонал проходил обучение на рабочем месте, на общеотделенческом собрании были утверждены кандидатуры медицинских сестер-консультантов.

(Продолжение - в следующем номере)



**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

*Учение об изосерологической несовместимости крови матери и плода и возможных при этом неблагоприятных исходах получило свое развитие после открытия в 1940 году в крови у людей резус-фактора, по своей сути являющегося антигеном. Это название берет свое начало от обезьян рода макака-резус (*Macacus rhesus*).*

Резус- несовместимость, или Как родить здорового ребенка

Что такое резус-конфликт и в чем его опасность?

Резус-фактор имеется в эритроцитах - красных кровяных тельцах у 85% всех людей (резус-положительная кровь) и отсутствует у 15% (резус-отрицательная кровь). Было установлено, что при наличии у беременной резус-отрицательной крови, а у ее плода - резус-положительной - может возникнуть резус-конфликт, обусловленный изоиммунизацией матери эритроцитами плода, проникающими к ней через плацентарный барьер. При этом в крови матери образуются специфические резус-антитела, которые, попадая обратно к плоду, приводят к образованию комплекса антиген-антитело с разрушением эритроцитов и развитием заболевания - гемолитической болезни плода. До 70-х годов XX века эта патология являлась одной из главных причин смертности, заболеваемости новорожденных с последующей инвалидизацией детей, включая нарушения их интеллекта.

Дальнейшие исследования показали, что, помимо резус-антигена, на поверхности эритроцитов человека имеется целый ряд других, по меньшей мере 28 антигенов, распределяемых по девяти системам (ABO, Льюис, Келл, Кидд, Даффи и др.) Однако на этапе наших сегодняшних знаний практическое значение имеет в основном изосерологическая несовместимость по резус-фактору и группе крови, поэтому наш разговор пойдет о резус-несовместимости.

Всегда ли при наличии у беременной резус-отрицательной крови развивается гемолитическая болезнь плода?

При наличии у беременной женщины резус-отрицательной крови далеко не всегда можно ожидать рождения ребенка с гемолитической болезнью. Этого не происходит, если плод имеет также резус-отрицательную кровь или женщина первобеременная, ранее не сен-

чужеродной резус-положительной крови. Этого может не быть также и у повторнородящих, если предыдущие беременности были прерваны в ранние сроки. Это связано с тем, что дифференциация резус-фактора в организме плода происходит не ранее 3-4 месяца внутриутробного развития.

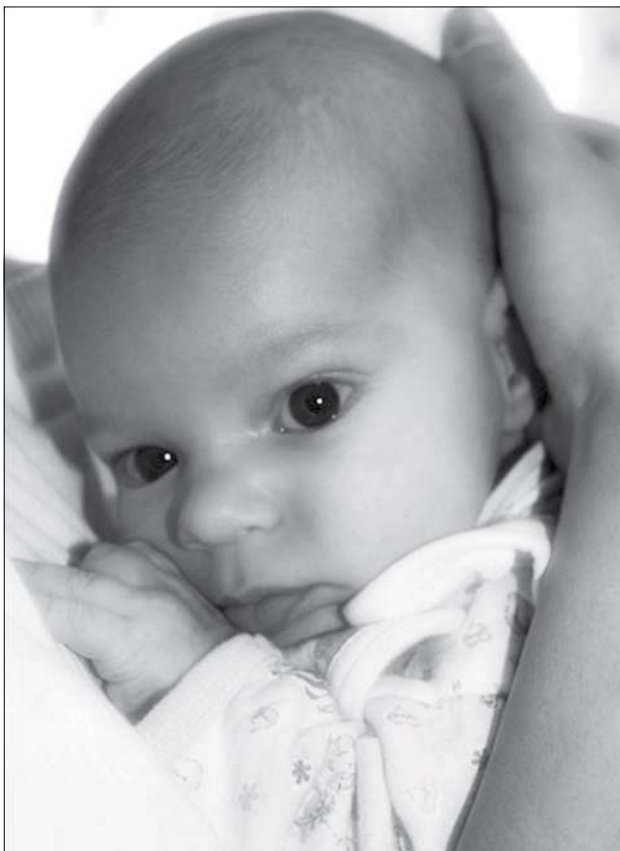
Какое обследование должно проводиться беременным с резус-отрицательной кровью?

Все женщины при взятии на учет в женской консультации должны быть обследованы на групповую и резус-принадлежность. При резус-отрицательной крови беременной проводится определение резус-фактора мужа, а также наличие у нее резус-антител в крови. Уровень титра антител не предопределяет наличие или тяжесть гемолитической болезни плода, хотя при первой беременности существует достаточно выраженная корреляция между величиной титра антител и тяжестью поражения плода.

Как диагностируется резус-конфликт?

Диагностика резус-конфликта имеет большие затруднения. Даже когда в крови матери обнаруживают высокие титры антител, ребенок может родиться здоровым. В таких случаях считают, что резус-антитела в крови матери остались от предшествовавшей беременности. С другой стороны, отсутствие резус-антител еще не означает, что состояние иммунизации не наступило, поскольку иногда наблюдается блокирование этих антител ретикулоэндотелиальными клетками.

Большое значение имеет тщательно собранный анамнез (переливания крови в прошлом, наличие беременностей, больных детей). В диагностике тяжелой формы гемолитической болезни - водянки плода - помогает УЗИ. Широкое распространение имеет метод амниоцентеза, проводимого через переднюю брюшную стенку с целью получения околоплодных вод для определения опти-



ческой плотности билирубина при желтушной форме гемолитической болезни. Более легкую форму - анемическую - можно диагностировать с помощью кордоцентеза - пункции сосудов пуповины. Но распространения в практике этот метод не имеет в связи с его инвазивностью и возможными осложнениями.

Как помочь в данной ситуации?

Лечебно-профилактические мероприятия при установлении у беременной изосерологической несовместимости с кровью плода можно объединить в четыре группы:

- средства, направленные на снижение выработки антител (гормоны коры надпочечников);
- средства, отвлекающие антитела (подсадка кожного лоскута мужа, лимфоцитоиммунотерапия);
- средства, выводящие иммунные комплексы (плазмаферез);
- препараты, укрепляющие сосудистую стенку (витамины группы С, В, Е).

Следует заметить, что эффективность их невысока, по литературным данным - не более 50%, и до сих пор не под-

тверждена в контролируемых клинических исследованиях.

При развитии тяжелых форм гемолитической болезни плода до периода его зрелости внутриматочные сосудистые переливания плоду резус-отрицательных эритроцитов донора являются во всем мире методом выбора в лечении данного осложнения беременности. Они позволяют провести коррекцию анемии, отсрочить родоразрешение на более благоприятные сроки, когда с успехом можно осуществить лечение новорожденного современными методами интенсивной терапии (заменное переливание крови, фототерапия, инфузионная терапия).

Освободить плод от вредного воздействия резус-антител можно и путем досрочного родоразрешения (36-37 недель), поскольку риск при дальнейшем протолонгировании беременности достаточно высок вследствие «старения» плаценты, когда плацентарный барьер уже не спо-

собен выполнять защитную функцию. Наиболее часто попадание резус-положительных эритроцитов плода в кровоток матери происходит во время родов, поэтому назначение анти-Д-иммуноглобулина в первые 72 часа после родов является эффективной профилактикой резус-иммунизации при последующих беременностях.

Какова профилактика изоиммунизации?

Во всем мире профилактика изоиммунизации несенсибилизированным резус-отрицательным женщинам проводится антенатально - в 28 и 34 недели беременности в дозе 100 мкг (500МЕ) анти-Д-иммуноглобулина, а затем после родов при рождении резус-положительных детей, что позволяет снизить частоту развития изоиммунизации с 0,2 до 0,06%. Стоимость такой программы достаточно высока, поэтому в нашей стране массово не используется, однако вполне реальна в частном порядке.

Ваши знания и их практическое применение - здоровье будущего малыша!

Алтайская краевая клиническая детская больница – партнер журнала



Лактазная недостаточность: «ленивый» фермент, или Кому МОЛОКО не на пользу

Валерий Михайлович Горобченко,
краевой внештатный детский гастроэнтеролог,
кандидат медицинских наук;

**Юлия Владимировна Миллер
и Ирина Игоревна Мироненко,**
врачи-неонатологи, ассистенты кафедры педиатрии факультета
усовершенствования врачей, Алтайский государственный
медицинский университет; Центр детской гастроэнтерологии и
питания, Алтайская краевая клиническая детская больница

С лактазной недостаточностью или лактозной непереносимостью сталкиваются практически все родители детей первого года жизни. Лактоза – молочный сахар (углевод), который в больших количествах содержится в грудном молоке, молочных смесях, коровьем молоке и существенно меньше его в кисломолочных продуктах. Лактаза – это фермент, который расщепляет лактозу. Дефицит этого фермента в организме (лактазная недостаточность) приводит к нарушению всасывания лактозы и плохой переносимости продуктов питания, содержащих молочный сахар (лактозная непереносимость).

Непереносимость молочного сахара лактозы является широко распространенным состоянием. Наибольшую значимость проблема имеет для детей раннего возраста, так как в этот возрастной период молочные продукты составляют значительную долю в диете, а на первом году жизни являются основным продуктом питания.

Первичная, или истинная, лактазная недостаточность обусловлена врожденным дефицитом фермента. Истинная лактазная недостаточность

встречается только у 10% населения Земли. Обычно при первичной лактазной недостаточности отмечается непереносимость молочных продуктов у кого-то из взрослых родственников ребенка, то есть «виновата» наследственность. Вторичная лактазная недостаточность особенно распространена среди детей первого года жизни и часто является следствием дисбактериоза кишечника и незрелости поджелудочной железы. Вторичная лактазная недостаточность проходит после коррекции дисбактериоза или с возрастом (транзиторная), и в более старшем возрасте молочные продукты нормально усваиваются.

Лактазная недостаточность может проявиться уже в первые недели жизни ребенка. Заподозрить ее можно по следующим признакам:

○ **жидкий** (часто пенистый) стул, который может быть как частым (более 8-10 раз в сутки), так и редким или отсутствовать без стимуляции;

○ **вздутие живота;**

○ в тяжелых случаях лактазной недостаточности **ребенок плохо набирает вес или теряет в весе, не развивается;**



○ **беспокойство малыша при кормлении и после него:** ребенок сначала активно сосет грудь, а через некоторое время его начинают мучить боли в животе, беспокоят газы; он капризничает, сучит ножками, поджимает их к животику, «выплевывает» грудь. Такие дети часто бывают беспокойными, много кричат.

Конечно, подобные симптомы - повод для срочного обращения к педиатру!

Одна из основных причин возникновения лактазной недостаточности - незрелость ферментов желудка и кишечника у ослабленных и недоношенных детишек. Ведь активность лактозы достигает необходимой нормы лишь к 36-й неделе беременности. ►



Также ее способны вызвать и **острые кишечные инфекции, аллергия к белкам коровьего молока и антибиотики.**

Еще одна причина этого недуга – **дисбаланс «переднего» и «заднего» грудного молока.** Первое – богато лактозой, витаминами, микроэлементами, оно более прозрачное, более жидкое, менее жирное, чем «заднее» молочко. В процессе сосания ребенком груди состав молочка меняется: чем дольше сосет малыш одну грудь, тем более жирное молоко он получает.

Подтвердить лактазную недостаточность можно, сдав анализ фекалий ребенка на углеводы. В этом анализе указана норма содержания углеводов в кале у ребенка до года: **0-0,25%.** Отклонения от нормы могут быть незначительными – **0,3-0,5%;** средними – **0,6-1,0%;** существенными – **более 1%.** Причем, у детей первых 2-3 месяцев нормальных показателей углеводов в кале нет практически ни у кого, так как в этом возрасте еще только происходит становление ферментативных процессов и формирование микробной биопленки, которая возьмет на себя существенную часть ферментативного процесса в кишечнике.

При выявлении у ребенка лактазной недостаточности совсем не обязательно отказываться от естественного вскармливания, а зачастую и вовсе не нужно менять питание. **Основным мероприятием при вторичной лактазной недостаточности является лечение дисбактериоза и сопутствующих функциональных нарушений.** Если по показаниям была введена лактаза, то ее дозировка и продолжительность применения определяются уровнем углеводов в фекалиях, а также состоянием ребенка. Отменять лактазу нужно постепенно. Если была введена специальная лечебная смесь, то со временем ее

можно постепенно заменить на обычную молочную смесь.

При первичной лактазной недостаточности непереносимость молока и молочных продуктов может сохраняться в той или иной мере пожизненно. Обычно люди с первичной лактазной недостаточностью могут употреблять какое-то количество молока без проблем, а признаки непереносимости появляются, когда это количество превышено. Это количество определяется путем индивидуального подбора. Кроме того, не должно возникать проблем с кисломолочными продуктами, которые вполне могут заменить молоко. Первичная лактазная недостаточность может сочетаться с вторичной, поэтому нужен контроль состояния кишечной флоры (анализ на дисбактериоз).

Основным принципом лечения является безлактозная диета. Основой этой диеты является исключение лактозы, потребность в углеводах обеспечивается за счет сахарозы, декстрин-мальтозы, крахмала. В отсутствие специальных безлактозных смесей можно применить смеси на основе сои, также не содержащие лактозы.

Необходимо знать, что лактоза содержится не только в молоке и молочных продуктах, но и добавляется, обычно в небольшом количестве, при приготовлении в другие продукты – так называемая «скрытая лактоза». Ее источники:

- хлеб и хлебобулочные (выпечка, пирожки);
- кукурузные и пшеничные хлопья;
- супы быстрого приготовления;
- чипсы;
- маргарин;
- готовые мясные блюда, за исключением кашерного мяса;

- приправы;
- леденцы;
- смеси для приготовления блинов, бисквитов и печенья.

Но исключение из рациона молочных и некоторых других продуктов, содержащих лактозу, ведет к уменьшению в рационе кальция, столь нужного в период роста. **Адекватное поступление кальция с пищей достигается за счет овощей (брокколи, капуста, репы), рыбы с мягкими съедобными костями (сардины, лосось), продуктов из сои (тофу) и других продуктов. Йогурт и сыры** обычно хорошо переносятся людьми, имеющими лактазную недостаточность, однако их употребление в пищу у детей не рекомендуется.



Для усвоения кальция требуется витамин Д, источниками которого являются яйца, печень. Эндогенный витамин Д образуется при действии на кожу ультрафиолетовых лучей.

Отмену безлактозной диеты нужно производить только после пробных нагрузок с молоком. Показателем роста толерантности к лактозе является отсутствие после проб кишечных нарушений.

При грудном вскармливании должны быть обозначены четкие часы для кормления. Нужно, чтобы в промежутках между ними успевало вырабатываться хотя бы какое-то количество лактазы. **Перерыв между кормлениями в первые два месяца должен быть не менее двух часов, позже – не менее трех.** Ночное кормление можно сохранить. В этом случае малыш ведет себя спокойнее.

Если молока у мамы много, то лучше сцеживать его первые порции и кормить оставшимися. В первых порциях содержится больше углеводов, а значит, и лактозы. В последних – больше жира. Опять же, если молока много, то лучше, если ребенок будет до конца опорожнять одну грудь, не надо переключать его от одной груди к другой. Ну а если молока у женщины мало, только-только хватает для крохи, то никуда не денешься. Лучше уж так, чем переходить на смешанное вскармливание.

Наладив естественное вскармливание, вы избавитесь от многих проблем, и ваш малыш будет рад общению с вами.

Нормальный стул крохи на грудном вскармливании жидкий, желтый, с белыми комочками, может быть 7-10 раз в сутки по чуть-чуть или 1 раз в несколько суток, но большим объемом. Чаще всего у малышей первых месяцев жизни стул бывает **3-5 раз в день.**

Дети с лактазной недостаточностью чаще склонны к аллергическим





реакция. Постепенно можно вводить прикорм, начиная с монокомпонентных продуктов. Соки назначаются позднее, как правило, после шести месяцев.

Блюда прикорма (каши, овощные пюре) детям первого года жизни с лактазной недостаточностью готовят не на молоке, а на низко- или безлактозном продукте, который получает ребенок. **Фруктовые соки** вводят в питание таких детей позднее, как правило, во втором полугодии жизни. **Фруктовые пюре** промышленного производства назначают с 3-4 месячного возраста.

Можно сказать, что лактазная недостаточность - это не болезнь, а определенный образ жизни.

В Алтайской краевой клинической больнице под нашим наблюдением в трех отделениях патологии новорожденных детей находилось **126 пациентов в возрасте до 3-х месяцев**, имевших признаки данных ферментативных нарушений.

Диагноз «лактазная недостаточность» ставился по типичной клинической картине, сбору анамнеза у родителей, характерной копрограмме (жидкий, пенистый, зерна крахмала, кислый запах, сдвиг Рн ниже 5), а также улучшение клинической картины при снижении количества лактозы в рационе ребенка. У всех детей с подобным диагнозом определялся дисбактериоз кишечника той или иной степени.

В лечении детей с данной ферментопатией мы использовали набор мероприятий исходя из выраженности клинических проявлений и характера вскармливания (естественное, искусственное и смешанное).



Так, при легкой степени лактазной недостаточности **ограничивали прием углеводов кормящей матерью**, давали **пеногасители** (такие, как - смекта, укропная вода, активированный уголь) и **ферменты** в виде панкреатина либо креона. Обязательно вводились наблюдаемому ребенку **биопрепараты**. При этом наиболее оптимальными являлись «Биформ» и «Линекс». «Биовестин» и «Биовестин-лакто» не всегда приемлемы, так как содержат лактозу и могут ухудшать состояние ребенка. «Биформ» не только содержит комплекс нужных бактерий,

но и имеет в своем составе фермент лактазу. Для подавления условно-патогенной флоры применяли «Бактисубтил», «Энтерол» и фаги.

При смешанном и искусственном вскармливании использовали либо частично, либо полностью безлактозные смеси («Алсоя», «НАН-безлактозный» и др.). При легких формах можно использовать малолактозные (кисломолочные) смеси, желательно полностью адаптированные («НАН-кисломолочный»).

При выраженной клинике лактазной недостаточности при грудном вскармливании мы заменяли половину объема грудного молока безлактозной смесью и с исчезновением клиники вновь увеличивали количество молока до объема, не приводящего к появлению клинической картины. При этом ферменты и пеногасители использовались в первые 7-10 дней, а биопрепараты - до 30 дней.

Несложные лечебные мероприятия позволили ликвидировать клинические признаки данной ферментопатии и добиться хорошего физического и нервно-психического развития ребенка.

Мир и МЕДИЦИНА

Клюква соскребает вредные бактерии

Всем известная ягода клюква является превосходным природным источником витамина С и антиоксидантов, способствующих замедлять процессы старения в организме, а значит, и появление хронических заболеваний. Располагая сведениями о незаменимых свойствах этой ягоды, врачи рекомендуют употреблять клюкву как можно чаще. Но это еще не все.

Китайские исследователи обнаружили, что клюква спасает не только от воспаления мочевого пузыря, но и способна предотвратить язву желудка. Было доказано, что клюква, также как и антибиотики, может заблокировать появление специфичной бактерии, вызывающей язву желудка. Подобное действие этой ягоды связано с ее антибактериальными свойствами. Клюква препятствует распространению бактерий, в том числе и бактерии *helicobacter pylori*, которая вызывает язву желудка. Особые молекулы, входящие в состав клюквы, не позволяют бактериям задерживаться на слизистой оболочке желудка, что и создает препятствие появлению болезни.

Исследования пациентов в Китае, употребляющих клюкву или блюда и напитки на основе этой ягоды, определили существенное снижение риска появления язвы желудка у них.

Благодаря этому открытию теперь возможно с помощью несложной «клюквенной терапии» спасти многих пациентов, особенно имеющих предрасположенность к развитию язвы желудка, от этой болезни.

Болезнь Альцгеймера будут диагностировать по глазам

Американские ученые под руководством Ли Гольдштейна предложили способ ранней диагностики болезни Альцгеймера - исследование глазного хрусталика с помощью лазера.

Этот метод позволяет выявить отложения в хрусталике белка бета-амилоида - протеина, который откладывается также в головном мозге пациентов с болезнью Альцгеймера.

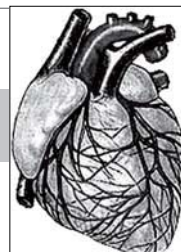
Новый тест был успешно испытан на мышах учеными из Бостона. Направляя короткие импульсы в инфракрасном диапазоне на хрусталик здоровых грызунов и мышей с болезнью Альцгеймера, исследователи смогли точно выявить больных животных.

В настоящее время не существует прижизненных тестов диагностики деменции - подтвердить наличие характерных изменений мозга можно лишь при посмертном вскрытии. Ученые надеются, что с помощью нового метода, основанного на квазиупругом рассеянии света, станет возможным не только диагностировать болезнь Альцгеймера на ранних стадиях, но также наблюдать за ее прогрессированием и оценивать эффективность лечения.

Коронарный клуб

Школа для пациентов с заболеваниями
сердечно-сосудистой системы

Занятие 2



Краевой кардиологический
диспансер:

**Людмила
Андреевна
Старкова,**

заведующая отделением реабили-
тации, кандидат медицинских наук



**Елена
Дмитриевна
Косоухова,**

врач-кардиолог высшей категории

**Наталья
Сергеевна
Пешкова,**
врач ЛФК



**Анна
Анатольевна
Суворова,**
врач-кардиолог

Стенокардия. Методы обеспечения и лечения при ИБС

Основные формы проявления ишемической болезни сердца (ИБС) - стенокардия и инфаркт миокарда. Стенокардия - сигнал о том, что сердечная мышца получает мало кислорода и питательных веществ. И выражается этот сигнал появлением боли в груди. Наиболее часто стенокардия развивается при физическом или эмоциональном стрессе, который вынуждает сердце работать более интенсивно. Обычно стенокардия при нагрузках развивается тогда, когда просвет крупной коронарной артерии уменьшен на 75%. Если просвет уменьшен на 90% - приступы стенокардии могут развиваться в покое. Если боли в груди в течение длительного времени появляются при одинаковой нагрузке, то говорят о стабильной стенокардии.

При повреждении бляшек на них скапливаются красные кровяные пластинки (тромбоциты) и образуется тромб. В результате просвет сосуда еще более уменьшается. Это проявляется учащением и/или усилением приступов стенокардии. Такое состояние называется **нестабильной стенокардией**. Обычно тромб разрушается, а затем появляется вновь. Это определяет возможность повторения эпизодов нестабильной стенокардии.

Итак, при нестабильной стенокардии боли могут развиваться в покое, они более непредсказуемы. Нестабильная стенокардия - тревожный знак повышенного риска развития инфаркта миокарда.

Стенокардия третьего типа называется **вариантной**, или атипичной. Приступы при этом развиваются, как правило, во время отдыха и сна, их возникновение обусловлено спазмом коронарных артерий.

Как выглядит типичный приступ стенокардии?

Трудно найти двух пациентов, которые одинаково бы описывали свои ощущения во время приступа стенокардии. Наиболее типичны:

- ◆ боль или дискомфорт,
- ◆ ощущение тяжести,
- ◆ тесноты,
- ◆ жжение,
- ◆ давление или сжатие, локализованное за грудиной,
- ◆ одышка или нехватка воздуха,
- ◆ боли в области желудка.

Причем, чувство боли или дискомфорта может распространяться (иррадиировать) на другие части тела, например, плечи, руки, челюсть, шею, зубы и др. Приступ стенокардии короткий по продолжительности и длится несколько минут.

Несмотря на то, что проявления приступов стенокардии достаточно суще-

ственно различаются у разных пациентов, у одного и того же человека ощущения однообразны. Это означает, что каким бы ни было ваше ощущение стенокардии, именно оно будет повторяться циклически.

Пациент должен знать:

- ◆ что вызывает приступ стенокардии;
- ◆ характер, локализацию и иррадиацию болевых ощущений;
- ◆ продолжительность и частоту приступов стенокардии;
- ◆ как быстро они проходят после приема нитроглицерина или прекращения нагрузки.

Так, если приступ стенокардии вызван эмоциональной перегрузкой, нужно принять успокаивающие препараты и непременно нитроглицерин. Если приступ вызван физической нагрузкой, незамедлительно ее прекратить, присесть, расслабиться и также обязательно принять нитроглицерин.

Следует помнить о том, что нитроглицерин должен быть всегда при больном. На сегодня это лекарство - наиболее эффективное средство, ликвидирующее приступ стенокардии. Он расширяет сосуды, облегчает работу сердца, тем самым снижая потребность его в кислороде. Удобно пользоваться таблетированным нитроглицерином. Он действует только в том случае, если его кладут под язык и держат там до полного растворения, так как он всасывается в кровь быстро через слизистую оболочку рта. При проглатывании таблетки всасывание происходит через слизистую желудка очень медленно, приступ проходит медленнее, что вредно для сердца. К тому же в желудке нитроглицерин частично разрушается. Принимать нитроглицерин следует незамедлительно при возникновении боли - не следует ждать, пока приступ пройдет самостоятельно. Это может привести к развитию сердечных осложнений.

Нередко люди избегают лишнего раз пользоваться нитроглицерином, полагая, что к нему может развиваться привыкание. Это неверно. Нитроглицерин следует принимать при каждом возникновении приступа стенокардии. Если через 1-3 минуты после приема нитроглицерина боль не стихает, прием препарата следует повторить.

Ликвидации боли способствуют также горчичники, наложенные на область сердца или грудину, горячая грелка, помещенная под кисть левой руки. Если приступы стенокардии становятся более продолжительными и интенсивными, если лекарства, ранее быстро ус-

ранявшие приступ стенокардии, неэффективны, нужно немедленно обратиться за медицинской помощью, так как именно первые часы часто решают исход заболевания.

Методы обследования для диагностики стенокардии

Прежде всего, это тщательное выяснение вашей **медицинской истории, физический осмотр**, который включает измерение артериального давления, исследование пульса, выслушивание сердца и легких.

ЭКГ (электрокардиограмма) регистрирует электрические импульсы сердца. Если изменения на ЭКГ, зарегистрированной в покое, не выявляются, то прибегают к **нагрузочным пробам**. Во время этих процедур ЭКГ регистрируется при выполнении пациентом физической нагрузки. Обычно применяется велоэргометр - прибор, напоминающий велосипед, или тредмил - «бегущая» дорожка. **Если и этих данных недостаточно, врач может назначить более сложные и более специфические методы диагностики:**

- ◆ холтеровское ЭКГ-мониторирование - суточная запись ЭКГ;
- ◆ эхо-кардиография - ультразвуковое исследование сердца;
- ◆ перфутонная сцинтиграфия миокарда (радиоизотопный метод исследования);
- ◆ коронарная ангиография - рентгенологическое исследование коронарного кровообращения с использованием контрастного вещества.

Каковы цели лечения стенокардии?

Во-первых, это устранение болей, затем - предупреждение приступов и



замедление прогрессирования коронарной болезни сердца.

К методам лечения стенокардии (часто в комбинации) относятся: устранение или коррекция коронарных факторов риска, лекарственные антиангинальные средства, хирургические методы лечения.

Какие лекарства применяются для лечения стенокардии?

Для лечения стенокардии лекарства могут применяться отдельно или в комбинации. Их назначают с целью облегчения приступов стенокардии и/или их предупреждения. Одни препараты улучшают коронарный кровоток, другие уменьшают потребность сердца в кислороде. Давайте рассмотрим эти препараты.

Нитраты

Нитраты используются для облегчения приступов стенокардии и их предупреждения. Суть их действия состоит в уравнивании потребления и доставки кислорода к сердечной мышце. Для купирования возникших приступов стенокардии назначают нитраты быстрого и короткого действия.

Очень важно всегда иметь при себе таблетки нитроглицерина (или нитро-спрей), при этом они должны быть защищены от воздействия тепла и света. ►



Бета-адреноблокаторы

Уменьшают количество кислорода, необходимое для работы сердца во время физической или эмоциональной нагрузки, замедляют работу сердца и понижают артериальное давление. Очень важно принимать их постоянно и не прекращать приема, не проконсультировавшись с врачом. Эти препараты применяются для предупреждения приступов стенокардии, а не для их купирования.

Принцип подбора дозы всех бета-адреноблокаторов один – они должны вызывать уменьшение частоты сердечных сокращений в покое. При адекватной дозе В-АБ ЧСС в покое должна колебаться в пределах 55-60 ударов в минуту. Для снижения риска побочных эффектов стараются назначать кардиоселективные бета-адреноблокаторы (атенолол, метопролол, бисопролол).

Антагонисты кальция

Это неоднородная группа препаратов. Их делят на две большие группы - дигидропиридины (нифедипин, амлодипин, фелодипин) и недигидропиридины (верапамил, дилтиазем).

Антагонисты кальция (дигидропиридиновые) предупреждают развитие приступов стенокардии. Эти препараты расширяют артерии, в том числе и коронарные. В результате облегчается кровоток, уменьшается нагрузка на сердце, большее количество крови поступает к сердцу. Препараты также снижают повышенное артериальное давление. Препараты этой группы обладают определенным сходством с нитратами, их можно назначать тогда, когда нитраты плохо переносятся больными, а также с Б-АБ, поэтому их часто назначают в тех случаях, когда прием Б-АБ противопоказан.

Ингибиторы АПФ

Препараты мало влияют на симптомы стенокардии, но - снижают уровень артериального давления, риск развития инсульта, диабета, смертность от сердечно-сосудистых заболеваний. Влияют на процессы ремоделирования после инфаркта миокарда.

Цитопротекторы

Относительно новая группа препаратов, имеющая принципиально иной механизм действия (триметазидин=предуктал) - модификаторы миокардиального метаболизма. Они защищают клетки миокарда непосредственно в момент ишемии, как болевой, так и безболевой окращений и уровень артериального давления.

Принимаются в комбинации с другими антиангинальными и антиишемическими средствами.

Антиагреганты - аспирин

(ацетилсалициловая кислота)

Аспирин применяется не для лечения стенокардии как таковой, а в целях профилактики образования тромбов. Пожизненный прием антиагрегантов необходим всем больным со стенокардией (если только нет прямых противопоказаний к их приему). Назначается аспирин в небольших дозах (75-100 мг/сутки) и в таблетках, покрытых специальной защитной оболочкой.

Статины

Препараты, снижающие уровень холестерина в крови. Длительный прием этих препаратов значительно улучшает выживаемость многих больных со стенокардией, снижает риск тяжелых сердечно-сосудистых осложнений и потребность в оперативном лечении ИБС. Основным критерием назначения статинов при стенокардии является сопутствующая гиперхолестеринемия.

Наряду с этим, назначение статинов сегодня обязательно даже при нормальных показателях липидного обмена всем больным с постинфарктным кардиосклерозом и сопутствующим сахарным диабетом.

При лечении статинами необходим лабораторный контроль функции печени. Статины (аторвастатин 10 мг, симвастатин 20-40 мг, правастатин 20-40 мг) назначают однократно в день, после еды, для достижения целевого уровня холестерина.

Что нужно знать о лекарствах, которые Вы принимаете?

- ◆ название препаратов, цель их применения и как они работают;
- ◆ когда, как часто и в какой дозе их принимать;
- ◆ возможные побочные эффекты;
- ◆ с какими другими препаратами их нельзя комбинировать;
- ◆ обстоятельства, которых следует избегать при лечении (характер питания, прием алкоголя, уровень активности).

Не забывайте проинформировать врача о приеме других препаратов, которые он вам не назначал.

Могут ли возникнуть нежелательные явления при приеме препаратов для лечения стенокардии?

Как правило, различные нежела-

тельные явления могут возникать в начале лечения и проходят через некоторое время. При приеме нитратов могут беспокоить: головная боль, чувство распирания в голове, чувство жара. При приеме бета-адреноблокаторов могут беспокоить слабость, сонливость, снижение либидо. При приеме антагонистов кальция могут возникнуть запоры, головные боли, чувство жара, отеки нижних конечностей. Прием цитопротекторов, как правило, не сопровождается развитием побочных явлений. Очень редко может возникнуть тошнота.

Побочные явления можно уменьшить или устранить, изменив дозу или режим приема (только по рекомендации врача!). Некоторые пациенты самостоятельно прекращают лечение при появлении малейших нежелательных явлений, однако резкое прекращение приема некоторых лекарств весьма опасно!

Общие представления о хирургических методах лечения ИБС

Если приступы стенокардии, несмотря на прием лекарств, ограничивают обычную жизнедеятельность больного, это свидетельствует о выраженном сужении, как правило, нескольких коронарных артерий. В этой ситуации может возникнуть необходимость в хирургическом лечении. Распространенная операция - **коронарное шунтирование**. При этом используется вена из конечности пациента, с помощью которой восстанавливается кровоток в обход закупоренной артерии. Количество шунтов зависит от количества пораженных артерий.

Коронарная ангиопластика (баллонная дилатация) - процедура, при которой просвет сосуда восстанавливается с помощью надуваемого баллона, введенного в пораженную артерию.

Качество и продолжительность жизни пациента со стенокардией зависят от:

- ◆ раннего выявления болезни;
- ◆ соблюдения режима приема прописанных лекарств;
- ◆ изменения образа жизни и устранения факторов риска.

Итак, если внести определенные изменения в образ жизни и принимать рекомендованные препараты, то можно продолжать полноценную жизнь. Главное условие для этого - понимание сути состояния и готовность пациента к контролю за ним.