

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

# ЗДОРОВЬЕ



# АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ



Первоклассницы - 2006!





### Нам предстоит серьезное изменение общественного сознания...

Уважаемые читатели!

Сегодня все больше и больше убеждаюсь, что особая консолидация общества нам предстоит на основе здорового образа жизни.

Конечно, отличная физическая подготовка, высокая жизненная энергия, которую нам демонстрируют известные люди, включая и Президента России В.В. Путина, - может оказаться примером.

Но понимая, что именно здоровый человек - основа сильного государства и благополучного общества, мы все должны (!) формировать в нашем обществе атмосферу неприятия вредных для здоровья привычек. Пропаганду ценностей здорового стиля жизни, физической культуры - определить одним из главных общественных приоритетов.

Согласитесь, мы больше декларируем, чем осознаем, что без здоровья все другие ценности - любовь, карьера, деньги и многие другие - утрачивают свою привлекательность, если вообще не теряют смысл.

У нас же в России пока же не престижно быть здоровым!

Захотят ли в обозримом будущем большинство граждан ответить на очень простой вопрос: "Что лично я смогу сделать, чтобы быть здоровым?". А от слов перейти к делу - что еще сложнее.

Это требует серьезной трансформации общественного сознания.

Почти четыре года мы ведем с вами разговор о профилактике очень коварного заболевания - артериальной гипертонии, и, понимая огромную важность последовательной работы в этом направлении, ряд общественных организаций обратился в Общественную палату Алтайского края с инициативой о проведении общественных слушаний по этой проблеме.

Сколько можно писать и говорить об артериальной гипертонии? - резонно спросите вы.

До тех пор, пока мы не изменим отношение к самой значимой для полной, насыщенной жизни ценности - своему личному здоровью, а значит, и здоровью своей семьи...

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](mailto: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 30.09.2006г.  
Печать офсетная. Тираж -  
6500 экз. Цена свободная.

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

Все товары и услуги подлежат обя-  
зательной сертификации.

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

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

Подписной индекс -  
**73618**

# Содержание

Сиротство при живых родителях.....	2-3
И.А. Шалунова. Кальций в питании детей .....	4-5
Ваш иммунитет и что для него ... есть? .....	6-7
К кому липнут болезни .....	7
Секрет здоровья, красоты, долголетия – сок НОНИ из Таити .....	8
Опять детки - в клетке? .....	9-10
Автомобиль - доступен! .....	11
Интересные факты .....	12
Мир и медицина .....	13
Гирудотерапия (лечение медицинскими пиявками) .....	14
<b>АСТМА-ШКОЛА: вопросы и ответы (занятие 13).</b> Т.А. Корнилова, И.И. Сопова, И.П. Сокол, Е.В. Никитина Гормональные ингаляторы. Знакомимся с ингаляционными глюкокортикостероидами .....	15-16
Вахта памяти .....	16
В.Н. Алферова. Готовимся вместе .....	17-18
И.А. Егорова. Врачебные ошибки. Взаимоотношения врача и пациента .....	19-20
Непростая охота на простейших .....	21-22
Мир и медицина .....	23
Имя и наша жизнь .....	24
<b>ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО МАТЕРИНСТВА.</b> Н.И. Фадеева, О.В. Ремнева, С.Д. Яворская. Экстрагенитальные заболевания и беременность: взаимное отягощение .....	25-26
Для настоящих мужчин .....	27
Т.Б. Кожанова, И.М. Антонова. Домашняя физиотерапия .....	28-29
Дама за компьютером .....	29-30
Я поведу тебя в музей .....	31
<b>ДЕТСКАЯ СТРАНИЧКА</b> .....	32-33
Ложки от морщин .....	34
<b>НИ ДНЯ БЕЗ ДИЕТЫ.</b> Все о правильном питании .....	35-38
Т.В. Манина. Счастье – это когда тебя понимают .....	39-40
Мир и медицина .....	41
<b>КОРОНАРНЫЙ КЛУБ.</b> Л.А. Старкова, Е.Д. Косоухова, Н.С. Пешкова, А.А. Суворова Физические нагрузки .....	42-44



# Общественная палата Алтайского края поддержала инициативу проведения краевых общественных слушаний по проблеме «Гипертоническая болезнь: социальные последствия, профилактика»

## Уважаемые члены Общественной палаты Алтайского края!

Вопросы здоровья, увеличения продолжительности жизни (активного долголетия), снижения сроков временной нетрудоспособности, выхода на инвалидность, смертности, особенно в трудоспособном возрасте, - все это достаточно сложные задачи. **И это задачи не только здравоохранения.**

Почему мы связываем возможность решения всех этих задач, казалось бы, с достаточно узкой проблемой - **проблемой эффективной профилактики и лечения артериальной гипертонии?** Дело в том, что в России более 40 млн. человек имеют повышенный уровень АД, а значит, **артериальной гипертонией (АГ) страдают около 40% взрослого населения страны.** В Алтайском крае эта проблема также

чрезвычайно значима: на 100 тыс. населения АГ имеют около **18500 человек, что больше, чем в целом по России, почти в 3 раза.** Возможно, это связано с хорошей выявляемостью этого заболевания, но это не уменьшает необходимость срочного решения проблемы АГ в крае.

Важно помнить, что главная опасность АГ заключается в высоком риске развития таких жизнеопасных сердечно-сосудистых осложнений, как инфаркт миокарда, нарушение мозгового кровообращения (инсульт), а также почечной недостаточности, слепоты, внезапной смерти. **В структуре смертности лиц трудоспособного возраста АГ занимает от 56,4% до 60% случаев.**

Возможность эффективного лечения АГ в значительной степени усложняется низкой осведомленностью больных о наличии у них повышенного АД. Доля пациентов, знающих о наличии у них АГ, среди женщин составляет **58,9%**, среди мужчин - **37,1%**. Из них гипотензивную терапию получают соответственно - **45,7%** и **21,6%** пациентов, но при этом доля больных, адекватно контролируемых уровнем АД, составляет всего **17,5%** и **5,7%** соответственно!

**Высокая заболеваемость АГ связана со значительной распространенностью так называемых факторов риска, пред-**

**располагающих к возникновению данного заболевания:** психосоциального стресса, нерационального питания, избыточного потребления соли, курения, повышения массы тела, злоупотребления алкоголем, низкой физической активности.

ННВРЕР), проводимая в течение 30 лет в США в рамках общенациональной программы по контролю за АГ. В результате ее проведения показатель осведомленности американцев о наличии у них АГ за период с 1980-2000гг. повысился с **51% до 79%**, ко-

Артериальное давление	Систолическое АД (мм рт.ст.)	Диастолическое АД (мм рт.ст.)
Нормальное	<130	<85
Высокое нормальное	130-139	85-89
I степень гипертонии (мягкая)	140-159	90-99
II степень гипертонии (умеренная)	160-179	100-109
III степень гипертонии (тяжелая)	>180	>110

Уровень распространенности АГ, выхода на инвалидность и смертности по этой причине требует поистине решительных и всеобъемлющих мер. **Как показывает мировой опыт, реализация, популяризация профилактики АГ невозможна без реализации широкомасштабных профилактических программ, предполагающих внедрение массового обучения населения, медицинских работников, привлечение к работе государственного и некоммерческого сектора, самого населения.**

Подобные программы разработаны и выполняются в настоящее время во многих странах мира: в США, Китае, Швеции, Австралии, Германии. Примером эффективности таких образовательных профилактических программ среди населения является Национальная просветительская программа по гипертонии (National High Blood Pressure Education Program,

множество больных АГ, получающих лечение, увеличилось с **31% до 59%**, а количество лиц, поддерживающих уровень АД ниже 140/90 мм рт.ст., возросло с **10% до 34%**.

Эти изменения сопровождались благоприятными тенденциями в структуре заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в США. С 1972г. смертность от инсульта и ИБС снизилась приблизительно на **60%** и **50%** соответственно. Также за последние 20 лет успехи в лечении АГ выражались и в существенном снижении смертности от сердечной недостаточности.

Выполнение профилактической программы по АГ в Финляндии, важным разделом которой был образовательный блок для населения, привело уже через 5 лет к снижению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний у мужчин 35-64 лет на **13%**, через 10 лет - на **24%**, а через 20 лет - на **46%**. В России выпол-

**Около 30% больных не знают о наличии у них артериальной гипертонии**



нение «Всесоюзной кооперативной программы профилактики АГ» привело к снижению общей смертности среди участников программы на **17%**, частоты инсульта - на **50%**, заболеваемости инфарктом миокарда - на **13%**.

Как видно из приведенных цифр, **массовые профилактические программы позволяют добиться большего суммарного эффекта в популяции**, чем любой новый метод лечения, так как снижение смертности в популяции зависит не столько от качества лечения, сколько от **снижения числа новых случаев заболевания**. Доказано, что значимый эффект от таких программ можно получить уже через 3-5 лет от их начала, а с увеличением длительности таких программ положительный эффект нарастает.

**Общественные организации - АКФПСИ «Содействие», Алтайское краевое научное общество кардиологов, АКОО «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников», Общественная женская палата при главе Администрации края при инициативе и поддержке краевого медико-социального журнала «Здоровье алтайской семьи» при одобрении органов управления здравоохранения в крае - четвертый год ведут собственный социальный проект «Школа артериальной гипертензии».** Участниками проекта стали более 35 территорий Алтайского края.

**Однако, по нашему мнению, данной проблеме в обществе уделяют еще не достаточно внимания. В частности:**

- ◆ уровень информированности населения об АГ, ее последствиях, а главное, о необходимости его (самого населения) активного участия в профилактике и лечении АГ крайне мал;

- ◆ профилактические программы, такие, как «Школа артериальной гипертензии» и другие, охватывают очень незначительное число жителей края, что обусловлено отсутствием реального вни-

мания общества, власти к профилактическому направлению в здравоохранении, как в части направления в него реальных ресурсов (финансовых, кадровых), так и в части формирования престижности этого вида медицинской деятельности;

- ◆ подготовка специалистов, ориентированных на профилактику наиболее распространенных неинфекционных заболеваний как в вузах (первичное и постдипломное образование), так и в средних медицинских учебных заведениях ведется недостаточно; целенаправленная профилактическая работа с лицами, отнесенными к категории высокого риска, не проводится;

- ◆ знание значений нормального уровня АД и необходимости контроля АД, алгоритма действий человеком при выявлении у него повышенного АД не является обязательным признаком «здорового образа жизни»;

- ◆ недооценена роль семьи в успехе профилактических мероприятий при АГ;

- ◆ в условиях, когда АГ катастрофически молодеет, нет программ профилактики АГ, ориентированных на молодежные аудитории;

- ◆ работодатели, профсоюзные организации не ориентированы на создание условий по профилактике АГ в рамках предприятий, не рассматривают АГ как причину снижения мотивации к труду, не оценивают реальных экономических последствий этого заболевания;

- ◆ слабо ориентированы на управление факторами риска развития АГ, в частности, пропаганды здорового питания, предприятия торговли, общественного питания;

- ◆ спортивные и фитнес-центры не предлагают специальные профилактические и реабилитацион-

## Наиболее частые жалобы при повышении АД

- ◆ Головные боли пульсирующего характера в затылочной области
  - ✓ возникают утром, при пробуждении
  - ✓ связаны с эмоциональным напряжением
  - ✓ усиливаются к концу рабочего дня.
- ◆ Головокружения
- ◆ Мелькание мушек перед глазами
- ◆ Плохой сон
- ◆ Раздражительность
- ◆ Нарушения зрения
- ◆ Боли в области сердца

Необходимо запомнить!

**Не надо полагаться только на собственные ощущения! Повышение АД не всегда сопровождается плохим самочувствием!**



Необходимо измерять давление даже при хорошем самочувствии! На повышение АД невозможно опираться!

ные программы для лиц, имеющих предрасположенность или страдающих АГ, другими сердечно-сосудистыми заболеваниями;

- ◆ курение, в том числе пассивное, в общественных местах не пресекается.

**Мы считаем, что привлечение к этой проблеме внимания властей, работодателей, профсоюзов, специалистов, общественного сектора и самого населения чрезвычайно актуально и предлагаем провести общественные слушания по данной проблеме в ноябре-декабре текущего года.**

Функцию оргкомитета готовы в значительной мере взять на себя.

Председатель Алтайского краевого научного общества кардиологов, д.м.н., профессор

**Г.А. Чумакова;**

председатель Краевого Совета женщин, Общественной женской палаты при главе Администрации края, к.с.н. **Н.С. Ремнева;**

председатель Совета АКФПСИ «Содействие», член Совета Общественной палаты при главе администрации Алтайского края, главный редактор журнала «Здоровье алтайской семьи», к.м.н. **И.В. Козлова;**

Президент АКОО «Профессиональная Ассоциация средних медицинских работников» **Л.А. Плигина**

### ОТ РЕДАКЦИИ

Проведение общественных слушаний по такой актуальной теме, как профилактика артериальной гипертензии, - очень своевременная и нужная акция. Чего мы ожидаем, проводя такое масштабное мероприятие? Конечно, одна из задач - привлечь внимание к проблеме артериальной гипертензии как к проблеме общественной, а не медицинской.

Привлекая к дискуссии по данной проблеме не только медиков, а многих тех, кто, по-нашему убеждению, может и должен повлиять на повышение информированности жителей о факторах риска и об опасности артериальной гипертензии, создать дополнительные условия для контроля за уровнем АД, для профилактики факторов риска ее развития, - мы обращаем внимание на то, что эта патология становится национальной бедой и справиться с ней можно только, во-первых, осознав опасность, а во-вторых, последовательной, объединив усилия, работой.

Призываем вас, уважаемые читатели, включиться в эту акцию. О мероприятиях, проводимых в рамках Общественных слушаний, мы будем вас информировать на страницах нашего журнала.



## ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР Алтайского края

# Кальций в питании детей

**Ирина Андреевна Шалунова,**  
врач-эндокринолог первой квалификационной категории,  
детское консультативно-диагностическое отделение,  
КГУЗ «Диагностический центр Алтайского края»

*Кальций относится к числу так называемых незаменимых (или эссенциальных) пищевых веществ, то есть абсолютно необходимых для нормальной жизнедеятельности человека. Они не образуются в организме из других веществ и поэтому в обязательном порядке должны поступать с пищей. Недостаточное употребление любого незаменимого пищевого вещества («нутриента» - по терминологии зарубежных авторов) и, в частности, кальция приводит вначале к развитию различных нарушений жизнедеятельности, а затем и к болезни.*

**С чем же связана незаменимость кальция для человека и особенно для детей?**

В первую очередь с тем, что **кальций вместе с белком составляет основу костной ткани и зубов** и придает им необходимую прочность. Именно в них сконцентрированы основные запасы кальция, содержание которого в организме взрослых людей составляет **1,2кг**.

Другой жизненно важной функцией кальция является его **участие в обеспечении нормального свертывания крови**. Кальций требуется также для нормального осуществления процессов **мышечного сокращения**, в том числе сердечной мышцы, и передачи нервных импульсов.

В основе этих многообразных эффектов лежит участие кальция в построении и функционировании многих белков (в частности, факторов свертывания крови), ферментов, клеточных мембран (в том числе мембран нервных клеток и клеток сердечной мышцы, в значительной мере отвечающих за нормальную работу нервной системы и сердца).

**Таким образом, кальций необходим для процессов роста, нормальной работы сердца, нервной и мышечной систем, предотвращения кровопотери и др.**

Приведенные сведения объясняют те тяжелые расстройства, к которым может вести дефицит кальция в питании:



- ◆ задержка роста,
- ◆ нарушение формирования костей и зубов,
- ◆ кариес,
- ◆ повышенная кровоточивость сосудов,
- ◆ чрезмерная нервная возбудимость (вплоть до судорог - при тяжелых формах дефицита кальция),
- ◆ сбои в работе сердечной мышцы,
- ◆ повышение артериального давления.

У детей раннего возраста дефицит кальция является одной из причин развития **рахита**. А в последующие периоды жизни недостаточное поступление кальция с пищей в детском возрасте, сопряженное со снижением его отложения в костной ткани, служит **одним из факторов риска остеопороза**, то есть снижения плотности костей и обусловленных им переломов. Подобная ситуация может возникнуть, в частности, во время беременности, когда идет активное отложение кальция в формирующуюся



юся костную ткань плода, требующее мобилизации кальция из организма матери. Потребность в кальции подростков в 14-17 лет выше, чем во все другие периоды жизни. Это обусловлено высокой скоростью роста подростков в сочетании с их значительной костной массой, существенно превышающей костную массу детей более младшего возраста.

**Не случайно поэтому в организме существует сложная система поддержания постоянного уровня кальция в крови.** Среди

различных факторов этой системы (витамин D, паратиреоидный гормон, проницаемость слизистой оболочки кишечника для кальция и др.) важнейшее место принадлежит алиментарному фактору, то есть достаточному поступлению кальция с пищей и его высокой усвояемости в желудочно-кишечном тракте.

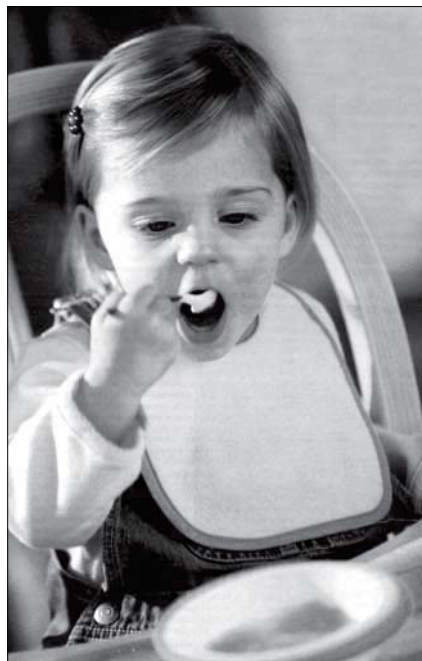
**В соответствии с современными научными представлениями, физиологическая потребность в кальции детей 4-6 лет составляет 800мг, 7-10**



**лет - 1000мг, 14-17 лет - 1200-1400мг/сут.** Именно такое количество кальция и должно **ежедневно** попадать в организм с пищей.

Кальций входит в состав многих продуктов (хлеб, крупы, овощи, фрукты, мясо и др.), однако содержится в них в небольшом количестве (20-50мг/100г). Основным же источником кальция служат **молоко и молочные продукты**, которые не только богаты кальцием, но включают его в легкоусвояемой форме и, что особенно важно, в оптимальном соотношении с фосфором. Это обеспечивает максимальную усвояемость кальция. Пол-литра коровьего молока (то есть 2,5 стакана), содержащих 600мг кальция, могут удовлетворить 50-80% потребности детей в кальции (в зависимости от возраста). Еще больше кальция в **сыре** (900-1000мг/100г) и **твороге** (100-150мг/100г). Особенно высоким содержанием кальция отличаются специальные продукты, в частности, молоко и творог, дополнительно обогащенные этим нутриентом (150-240мг кальция/100мл).

**Таким образом, для удовлетворения потребности детей и подростков в кальции необходимо ежедневно выпивать 400-600мл молока (или кисломолочных продуктов) и съесть приблизительно 50-100г творога и 5-10г сыра.** Конечно, это лишь примерные цифры, и ребенок может есть сыр (или творог) не каждый день, но так, чтобы в итоге среднее ежедневное потребление было близко к указанному уровню.



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

## Несколько слов о кальции

Кальций - основная составляющая часть костей, зубов. Он участвует в процессах возбудимости нервной ткани, сократимости мышц, процессах свертываемости крови, входит в состав ядра и мембран клеток, клеточных и тканевых жидкостей, обладает антиаллергическим и противовоспалительным действием, предотвращает ацидоз, активирует ряд ферментов и гормонов. Он также участвует в регуляции проницаемости клеточных мембран, оказывает действие, противоположное натрию.

Кальций оказывает антистрессорный эффект. Он способствует выведению из организма солей тяжелых металлов и радионуклидов, обладает антиаллергическим действием, является пробиотиком, выполняет антиоксидантные функции.

Из общего количества кальция 98-99% находится в составе костной и хрящевой тканей в виде карбоната, фосфата, соединений с хлором, органическими кислотами и другими веществами. Остальное количество распределяется в мягких тканях и внеклеточные жидкости.

Основные источники кальция: твердые сыры, йогурт, сардины, орехи, зелень репы, зелень одуванчика, тофу (соевый творог), капуста огородная, бурая водоросль.

Дефицит кальция может провоцировать развитие гипертонических кризов, токсикозов беременности, повышение уровня холестерина в крови, развитие остеопорозов, что снижает механическую прочность костей.

**Результат дефицита в рационе:**

◆ замедление роста, разрушение зубов, слабоумие;

◆ у пожилых женщин возможно развитие остеопороза - кости становятся настолько тонкими, что ломаются под тяжестью веса тела;

◆ нарушение нормального сердечного ритма, мышечные спазмы, нечувствительность, одеревенение, покалывание в кистях и ступнях.

**Кальций необходим:**

◆ для развития и обслуживания костей и зубов;

◆ как решающий фактор в период роста (от рождения до 20 лет);

◆ необходим для нервной проводимости, сокращения мышц, ритмичности работы сердца, свертываемости крови, производства энергии, нормального функционирования иммунной 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 13

## Гормональные ингаляторы. Знакомимся с ингаляционными глюкокортикостероидами

*В прошлой беседе мы рассказали о том, что такое гормоны, и о роли их в лечении бронхиальной астмы.*

Гормональные препараты выпускаются в таблетках и в ингаляторах. Длительное лечение гормонами в таблетках - это вынужденная мера. Врач назначает такое лечение на длительный период при тяжелых формах астмы, когда не помогают более безопасные препараты - ингаляционные гормоны в сочетании с современными бронхорасширяющими лекарствами. **При коротком курсе лечения (до 2-3 недель) таблетированные гормоны достаточно безопасны, однако их продолжительный прием может привести к развитию серьезных побочных эффектов: диабет, остеопороз (повышенная ломкость костей), эрозии в желудке, прибавка в весе, склонность к повышению давлению, изменения со стороны кожи, снижение иммунитета.**

Таких побочных эффектов лишены ингаляционные гормоны (ИГКС), которые используются в лечении бронхиальной астмы уже более 30 лет.

**Для возникновения побочного эффекта необходимо, чтобы гормон попал в кровоток, а при ингаляционном применении препарат попадает непосредственно к месту действия - в бронхи, где и проявляет свой полезный эффект: противовоспалительный.** Кроме того, суточная доза в ингаляторе уменьшена во много раз: преднизолон в таблетках назначают по 20-40 мг в день, а обычная суточная доза ингаляционных гормонов - 0,5-1 мг. Местные реакции, такие, как ротоглоточный кандидоз (молочница), осиплость голоса, - встречаются довольно редко (менее 2% случаев) и не требуют прекращения ле-

чения. Эти побочные эффекты можно предупредить, если полоскать рот и горло после ингаляции ИГКС водой.

**Сегодня мы подробнее остановимся на гормонах для вдыхания в бронхи - дозированных аэрозолях и пудрах для ингаляций.** Попадая непосредственно в орган, который болеет (то есть в бронхи), эти гормоны не оказывают воздействия на весь организм и поэтому могут применяться длительно в качестве поддерживающего лечения. Опыт показывает, что гормоны в ингаляциях могут справиться с самыми тяжелыми формами болезни, не вредя человеку, который их принимает.

Типична ситуация, когда пациент считает, что его заболевание еще не требует приема ингаляционных гормонов, а сам вынужден несколько раз в год получать



капельницы с гормональными препаратами, что вредно. Современные руководства по лечению астмы настойчиво рекомендуют назначение ингаляционных гормонов, если потребность в ингаляционных бронхорасширяющих препаратах (сальбутамол, беротек) свыше 4 доз в неделю. Неправильная тактика лечения приводит к усилению проявлений астмы и снижению чувствительности к лекарственным препаратам. ►



Как быстро развивается эффект от ИГКС?

Основные эффекты ИГКС развиваются **постепенно**. Через 2-3 недели после начала регулярной терапии отмечается уменьшение частоты и тяжести проявлений, через 4-8 недель - улучшение показателей функции легких, через 12-14 недель - уменьшение признаков хронического воспаления в бронхах, это можно распознать по уменьшению зависимости от неблагоприятных факторов внешней среды (физических нагрузок, резких запахов).



Назначение ИГКС короткими курсами (до 12 недель) не оправдано, поскольку за короткий период не удается подавить воспаление в бронхах, и отмена препарата в этот период приводит к возобновлению симптомов болезни. Вероятность возобновления симптомов бронхиальной астмы после отмены ингаляционных гормонов зависит от схемы снижения дозы. **Сокращение дозы ИГКС следует проводить постепенно, под контролем самочувствия и показателей пикфлоуметрии**, оценивая частоту использования бронхорасширяющих препаратов.

При ведении дневника самоконтроля с использованием графика пикфлоуметрии можно легко оценить свое состояние и эффективность лечения.

Врач рекомендует **последовательное уменьшение дозы лекарства только после достижения контроля над симптомами астмы в течение трех месяцев**. При этом возможен перевод на однократный прием препарата. При сокращении дозы до наименьшей и сохранении стабильно хорошего самочувствия на этой дозе в течение трех месяцев возможна полная отмена препарата. Никакой зависимости ИГКС не вызывают!

При неэффективности лечения ИГКС есть еще вариант - **ингаляторы, одновременно содержащие два компонента - противовоспалительный и бронхорасширяющий**, причем сразу на 12 часов. К таким ингаляторам относятся серетид и симбикорт, которыми достаточно пользоваться два раза в сутки: утром и вечером. На сегодняшний день комбинация ингаляционного глюкокортикостероида с ингаляционным В2 - агонистом длительного действия - основа лечения астмы среднетяжелого и тяжелого течения.

**Объем лечения бронхиальной астмы корректируется врачом!** Для правильной же оценки состояния бронхов ему необходимы данные Вашего дневника самоконтроля, о котором мы рассказывали в прошлых беседах: показатели пиковой скорости выдоха, симптомы астмы, число ингаляций бронхорасширяющих препаратов в сутки. Если Вы научитесь вести дневник самоконтроля, врач Астмашколы может научить Вас гибкому дозированию препаратов, что улучшит контроль астмы и снизит риск тяжелых обострений.

Успехов Вам!

# Вахта памяти

*В прошлом номере мы опубликовали материал о том, что в г.Воронеже в июне нашли останки советского солдата и солдатский медальон, который принадлежал нашему земляку - Николаю Нестеровичу Бачурину, уроженцу Советского района.*

В прошлом номере мы опубликовали материал о том, что в г.Воронеже в июне нашли останки советского солдата и солдатский медальон, который принадлежал нашему земляку - Николаю Нестеровичу Бачурину, уроженцу Советского района.

Вскоре наша редакция получила письмо от руководителя краеведческого музея села Советское **П.А. Пименова**. Он благодарит журнал за этот опубликованный материал о солдате, рассказал, что «нами к тому времени уже была налажена телефонная и почтовая связь с Воронежем». Петр Артемович прислал нам свои материалы, опубликованные в местной районной газете «Районные вести», от 25.09.2006г., посвященные рядовому Н.Н. Бачурину.

«Как сообщает военный комиссар Центрального района города Воронежа полковник **А.В. Бутусов**, они разыскали родственников, пригласили их на перезахоронение, которое прошло 24 августа... После церемонии перезахоронения личные вещи Н.Бачурина передали племянникам, а они - в районный краеведческий музей нам. Мать Николая, Зинаида Федотовна, прожила многотрудную жизнь и умерла в возрасте 102

года. Трудилась в колхозе «Верный путь» Половинского сельсовета. Младшая сестра Николая, Мария, 1928 года рождения. Старшая, Анна Нестеровна Политова, 1926 года рождения, проживает в Половинке...»

«Анна Нестеровна Политова рассказывает: «В нашей семье было пятеро детей - 4 сестры и Николай. Родители работали в колхозе, мать - дояркой, потом кладовщиком на складе. В 1934 году умер отец. У мамы на руках осталось пять детей. Николаю было тогда 12 лет. Двум младшим сестрам - 10 и 8 лет. Смерть отца Николай принял мужественно. Не плакал. Только замкнулся в себе и как бы резко повзрослел...»

Учиться в школе Николаю практически не пришлось. С 11 лет пошел работать в колхоз, был всегда «на подхвате», интересовался техникой. В 18 лет его призвали в Красную Армию - служил автоматчиком в г.Бийске. Началась война, и часть была отправлена в Арзамас, а оттуда - под Воронеж. Всего и пришло от него одно письмо. Коротенькое. Николай писал, что сидят в окопах, и что завтра будет бой. Весть о том, что пропал без вести, особенно тяжело приняла мать...»

# ГОТОВИМСЯ ВМЕСТЕ

**Валентина Николаевна Алферова,**  
директор краевого социально-реабилитационного центра  
для несовершеннолетних «Солнышко»,  
Почетный работник общего образования РФ

*Наш Центр работает с детьми из семей социального риска. Таким семьям свойственны, к сожалению, не только педагогическая несостоятельность родителей, но и жилищные проблемы, алкоголизм, аморальное поведение членов семьи, паразитический образ жизни, безответственное отношение к выполнению родительских обязанностей, отсутствие у детей желания учиться, ослабленное здоровье членов семьи в результате плохого питания.*

Чтобы лучше понять наших воспитанников, хочу дать небольшую справку о семьях, в которых они проживают. В неполных семьях проживают **57%** детей, в многодетных - **23%** детей, в семьях, имеющих инвалида, - **3%** детей, живут на попечении **3%** детей, в малообеспеченных семьях - **91%** детей, **28%** детей - из одной семьи.

Мониторинг здоровья безнадзорных несовершеннолетних, посещающих Центр, показал, что 57% воспитанников имеют отрицательные показатели здоровья. Большое влияние на низкие показатели здоровья оказывает выявленная психическая, неврологическая и соматическая патология.

**Общеизвестно, что общая картина семейного воспитания и всей жизни в семье во многом определяется тем, как люди представляют себе родительство еще до того, как они реально родителями стали.**

Мы пришли к выводу, что основной целью воспитательной системы в Центре должна стать деятельность, направленная на прерывание «порочного круга», когда не готовые к взрослой жизни подростки через несколько лет повторяют печальную судьбу в своих детях, тем самым воспроизводя ситуацию социального сиротства.

Как негативно заряженные сценарии жизни, полученные в столь раннем возрасте, трансформировать на

выработку у подростков нового видения себя и своей жизненной перспективы? Как помочь им освоить навыки социальной компетентности и создания собственного жизненного плана? Мы готовились, обстоятельно рассмотрели внутренние условия и факторы, дестабилизирующие семью, отношения родителей и детей, провоцирующие детскую безнадзорность и педагогическую запущенность.

**Так, проведя анкетирование, установили отношение воспитанников к будущему:**

- ◆ планируют достижение поставленных целей - 34,5%,
- ◆ думают о будущем, но никаких действий не предпринимают - 31%,
- ◆ не имеют представления о будущем - 34,5%.

**Из анкет подростков и посещений их семей мы уточнили и компоненты воспитательного потенциала семьи:**

- ◆ численность и структура семьи;
- ◆ нравственно-психологическая атмосфера, характер внутрисемейного общения;
- ◆ жизненный и профессиональный опыт родителей, уровень их образованности и психологической культуры;
- ◆ распределение обязанностей (в том числе воспитательных) в семье;
- ◆ материальные и бытовые условия семьи;



◆ организация семейного досуга, наличие семейных традиций;

◆ взаимосвязь семьи со школой и другими социальными институтами.

Работая с безнадзорными детьми в условиях такого открытого учреждения, мы преследуем задачу ненасильственного возвращения ребенка в общество - семью, школу. Нам пришлось предпринимать усилия по нормализации социально-психологического состояния подростка вплоть до удовлетворения его самых актуальных потребностей (в еде, одежде, обуви), по снижению влияния негативных факторов окружающей среды через организацию досуга ребенка.

Самым важным в этой работе было сформировать доверие к педагогу, выстроить взаимоотношения. Работа с семьей, в школе создает условия для добровольного постепенного восстановления связей подростка со значимыми для него этими социальными институтами.

Дети, воспитывающиеся без участия семьи, в гораздо большей мере подвержены опасности одностороннего или запоздалого развития, чем дети, которые являются членами семейных коллективов.

**В краевом социально-реабилитационном центре для не-**



**▲ совершенных «Солнышко» подготовка к ответственному родителю ведется по модульным технологиям:**

◆ с безнадзорными несовершеннолетними;

◆ с родителями безнадзорных несовершеннолетних.

Программа рассчитана на год и включает:

◆ работу с безнадзорными несовершеннолетними старшего школьного возраста, предоставление им возможности непосредственного общения с детьми младшего школьного возраста (например, в клубе «Орленок»);

◆ непосредственное взаимодействие старшеклассников - безнадзорных с безнадзорными младшего школьного возраста, заботясь о них, вместе проводя время, стимулирует их интерес к процессу развития ребенка;

◆ применение методов, способствующих тому, чтобы постепенно изменить взгляды безнадзорных старшеклассников на ребенка младшего школьного возраста и побудить их воспринимать его как личность, как полноправного члена общества. При этом затрагиваются проблемы взаимодействия ребенка с семьей, обществом, окружающей его обстановкой, а также ценностные ориентации. Здесь также предпринима-



ются попытки сформировать у молодых людей понятие о семье как жизненной потребности.

Основой программы «Детство» является сочетание бесед, дискуссий, психологических тренингов, ролевых игр старшеклассников - безнадзорных с практической работой с детьми младшего школьного возраста. Такой характер обучения родительским обязанностям, по нашим наблюдениям, в наибольшей степени отвечает их потребностям. В программе широко используются аудиовизуальные средства обучения и специальные тетради с вопросами и упражнениями, куда безнадзорные старшеклассники записывают свои ответы.

Они позволяют увлечь их и поддерживать интерес к проблеме.

Параллельно идет работа с семьями несовершеннолетних. После комплексного обследования и социальной диагностики в семье мы используем такие формы, как информирование и консультирование родителей, педагогов, специалистов, работающих с ребенком и семьей, вместе с ними обсуждаем и реализуем индивидуальноориентированные программы помощи, учимся прогнозированию развития ситуации.

**Бедность семей, безработица ее взрослых членов и все их проявления - вне компетенции нашего Центра. Самой реальной оказывается психологическая и психотерапевтическая помощь. Конечно, немало найдется скептиков, которые отнесутся к этим видам помощи как к безнадежной утопии. Ведь проблемы, возникающие в таких семьях, связаны как с постоянными банальными лишениями, так и с потерей смысла жизни. Но именно внести позитивные изменения в общение членов этих семей входит в нашу задачу. Готовить несовершеннолетних к сознательному, ответственному родительству - государственная задача. И решать ее надо, и лучше - в семье.**

ются попытки сформировать у молодых людей понятие о семье как жизненной потребности.

## 100% Naturalный сок Tahitian Noni:



**Задумайтесь, пожалуйста, и пересмотрите свои взгляды и свое отношение к профилактике своего здоровья, опережайте болезни, начинайте пить сок НОНИ, и Вы удивитесь собственным**

**результатам, которых можете достичь сами, принимая сок небольшими дозами. Тридцать граммов сока НОНИ заменяют 24 литра ананасового сока, на 30% сокращается потребление пищи, на 40% - фруктов за счет насыщения организма витаминами, минералами, аминокислотами.**

г.Барнаул: тел.(3852)63-89-81 (с 12ч. до 17ч.), сот. 8903-990-5811, 8903-910-4706

Свидетельство о государственной регистрации №77.99.26.12У 5983.7.06. от 06.07.2006г. Сертификат соответствия №РОСС VS.AE83. B05181

## Краевая стоматологическая поликлиника



**і ê à ç ù â à à ò ó ñ ò ò à è :**

- ◆ консультативная помощь;
- ◆ лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта и ткани пародонта;
- ◆ пломбирование и восстановление зубов с использованием композиционных материалов;
- ◆ проведение операций удаления зуба и плановых амбулаторных операций;
- ◆ вживление внутрикостных имплантатов;
- ◆ рентгенологический контроль качества проведения лечения;
- ◆ восстановление дефекта зубов и зубных рядов различными видами зубных протезов: несъемными пластмассовыми, металлокерамическими, металлопластмассовыми, бюгельными и съемными, пластинчатыми;
- ◆ на всех этапах лечения, оперативных вмешательств и зубного протезирования обеспечивается надежное местное и общее обезболивание.

г.Барнаул, ул.Деповская, 13а, телефон (3852) 62-40-63

# Врачебные ошибки.

## Взаимоотношения врача и пациента

**Ия Андреевна Егорова,**  
заслуженный врач России, член редакционного Совета

*Лечение не всегда приводит к ожидаемому результату. Нередко уровень развития медицинской науки не дает возможности ранней диагностики определенных нозологических форм, а диагностика в поздних стадиях развития заболевания не гарантирует успеха лечения. Однако нельзя сбрасывать со счетов и того, что неблагоприятный исход заболевания может быть обусловлен ошибками или неправильными действиями врача, другого медицинского персонала, и эти действия в той или иной мере повлияли на исход патологического процесса в организме человека.*

Учитывая особенности практической деятельности врача-лечебника, следует представлять всю сложность его положения при определении правильного диагноза и назначении адекватного лечения определенной группы населения: когда врач имеет дело со случаями казуистики, атипичным течением заболевания или просто не располагает достаточным временным промежутком для диагностики и т.п. В связи с этим в практической деятельности врача, даже при самом добросовестном отношении к работе, высоком уровне квалификации, возможны ошибки и в диагностике, и в лечении.

Таким образом, врачебная ошибка - это **заблуждение врача, основанное на несовершенстве современного состояния медицинской науки, либо вызванное особенностями течения заболевания определенного пациента или недостатком знаний и опыта самого врача, но без элементов халатности, небрежности и профессионального невежества.**

С введением медицинского страхования введена экспертиза качества лечения. В любом случае неблагоприятного исхода будет проведена экспертиза на соответствие лечения стандартам лечения. Стандарты качества лечения ориентированы на конечные результаты. В них расписано, что, на каком этапе, с применением каких средств должно делаться и какие ресурсы для этого должны быть использованы.

Конечно, случайные люди в медицине есть. Никаким дипломом, аттестатом, лицензией нельзя восполнить отсутствие человеколюбия или способности к состраданию. Прежде чем медицинскому учреждению или специалисту выдадут лицензию на право осуществления медицинской деятельности, проверят, есть ли у него необходимые условия, кадры для

ее осуществления. Помогает ли все это избежать ошибок? К сожалению, они случаются, но значительно реже.

**Взаимоотношения между пациентом и профессионалами, оказывающими ему медицинскую помощь (врачами, медицинскими сестрами и пр.), является одной из наиболее сложных проблем медицинской деятельности вообще, поскольку эти взаимоотношения настолько многогранны, что довольно часто бывает сложно установить достоверность причинно-следственных связей между правильностью действий врача, другого медицинского персонала и исходом заболевания.** С другой стороны, существует достаточно много случаев неблагоприятных исходов, предопределенных теми или иными отклонениями от медицинских или организационных технологий, допущенных врачами и медицинским персоналом.

Врачебные ошибки могут быть допущены на всех этапах оказания медицинской помощи.

Первый этап - это оценка жалоб и симптомов, он начинается с первых минут взаимоотношений врача с пациентом. Врач должен быть готов ко всему, поскольку возможны любые болезни, любые проблемы, любые неожиданности. В этой ситуации врач, как правило, концентрирует свое внимание на основной (ведущей) жалобе пациента, которая в последующем служит стержнем всего диагностического процесса, а оценка симптомов является фундаментом для предварительного диагноза. **На первом этапе причинами врачебных ошибок чаще всего являются:**

◆ неспособность врача распознать **ведущую жалобу и истинную цель** обращения пациента за медицинской помощью;

◆ неумение ясно определить природу выявленных симптомов и жалоб;



◆ неумение критически оценить достоверность полученных сведений, выявить основные и отбросить побочные.

Многие профессионалы считают, что если врач - прекрасный диагност, то это уже 90% успеха лечения. Диагноз сформулирован правильно, найдено определение состояния пациента, значит, решена основная задача, а последующее лечение - это не больше, чем соблюдение общепринятых алгоритмов или готовых рекомендаций по лечению, т.е. процесс лечения аналогичен выполнению рекомендаций «поваренной книги». Эта ошибочная, по своей сути, точка зрения бытует у широкой медицинской общественности и наносит ущерб престижу профессии врача, а иногда отражается на здоровье пациентов, поскольку проведение лечебных мероприятий, выбор тактики лечения - процесс весьма сложный, динамичный и индивидуальный.

Допущенные в процессе лечения ошибки встречаются достаточно часто, но это не только отражение слабой подготовки специалистов. Следует отметить, что процесс лечения настолько многогранен, что его освоение требует многих лет практической работы, учебы, опять практической работы и опять учебы и так до бесконечности. M.R.Lipp в связи с этим некоторое время назад сказал: «Если Вы никогда не совершали ошибок, повлекших за собой тяжелые осложнения или смерть больного, значит, Вы занимаетесь медициной недавно». Я бы не хотела, чтобы приведенные слова известного в США специалиста принимались



как истина в последней инстанции, но мой тридцатилетний личный опыт хирурга подтверждает его слова. К сожалению, ошибки чаще совершают молодые врачи и это связано с отсутствием у них системного подхода к процессу лечения, выбора альтернативного метода лечения, более безопасного. **Риск лечения чаще всего характеризуется двумя основными факторами:**

- ◆ вероятностью наступления побочных эффектов;
- ◆ тяжестью проявлений побочных эффектов.

Лечение – вещь не безобидная. С этой позиции нельзя не согласиться с утверждением Е.С. Ламберта о том, что «есть больные, которым нельзя помочь, но нет таких больных, которым нельзя навредить». **Вероятность наступления побочных эффектов лечения врач может оценивать и прогнозировать в случае, когда он сам достаточно хорошо знает выбранный лекарственный препарат и его лечебный эффект.** Одновременное назначение нескольких лекарственных препаратов может изменить их действие, причем потенциал взаимодействия лекарственных препаратов неисчерпаем. Поэтому **число назначаемых препаратов должно быть сведено к минимуму. Это одна из гарантий безопасности и лечения.**

Во все времена основой отношений между врачом и пациентом было и остается **доверие**. В России до сих пор бытует практика взаимоотношений врача и пациента, основанная на принципах патернализма. Врач «исключительно в интересах пациента» сам принимает все принципиальные решения, касающиеся больного, а пациент пассивно наблюдает за изменениями, которые происходят с ним самим в процессе лечения. Больной всецело доверяется врачу. Врач заботится о нем. Взаимоотношения основываются на **слепой вере**.

Изменения, происходящие в стране в последние годы, огромный поток информации из-за рубежа о взаимоотношениях врача и пациента, принятие новых законов «О медицинском страховании...», «О защите прав потребителей», «Основы законодательства об охране здоровья граждан в РФ» постепенно позволяют уйти от принципов патернализма во взаимоотношениях врача и пациента, перейдя к использованию принципов сотрудничества и взаимного доверия. **Эти принципы можно свести к четырем главным компонентам:**

- ◆ поддержка;
- ◆ понимание;
- ◆ уважение;
- ◆ сочувствие.

**При формировании основ информированного согласия больных требуется воспитывать у них:**

- ◆ понимание, что не все вмешательства универсальны и действенны, многое в их эффективности еще не ясно;
- ◆ способность понимать информа-

цию о задачах лечения, включая статистику рисков при исходах;

- ◆ необходимость реально оценивать личные ценности и предпочтения;
- ◆ направленность информации на необходимость принятия решения о выборе лечения (самостоятельно или с помощью врача);
- ◆ умение эффективно общаться с медицинским персоналом.

Попытки многих врачей остаться с пациентами на уровне прежних взаимоотношений не всегда сопровождаются успехом. Многие пациенты **изменили** свое мнение об отечественной медицине, врачах и медицинском персонале. К сожалению, сами медицинские работники зачастую поддерживают негативное мнение о себе.

Из опросов и общения со многими пациентами в последние три года мне пришлось открыть неожиданные для себя вещи. Как ни странно, но большинство больных не могли назвать фамилию, имя и отчество лечащего врача. На вопрос «Кто же Вас лечит?» звучал стандартный ответ: «Приходило на обход несколько врачей, за три недели лечения сменилось трое, последнего помню хорошо, такой в белом халате, суровый, было видно, что он сильно торопился».

Пациенты, которых оперировали в ходе лечения, лучше помнили врача, который вел их после операции, и почти ничего не могли сказать о том, кто их оперировал. Что касается врачей, то картина здесь совсем другая. Врачи, как правило, помнили большинство из своих пациентов, могли рассказать о составе семьи, месте работы, а иногда об особенностях характера больного. Я бы не хотела драматизировать ситуацию, но, на мой взгляд, в последние годы произошло дальнейшее разделение интересов медицинских работников и населения, что не улучшило их взаимоотношений.

Введение платных услуг в здравоохранении, наличие «черного рынка» медицинской помощи, резкое снижение бюджетного финансирования – все это отрицательно отразилось на взаимоотношениях врача и пациента, снизило уровень доверительных отношений. **Сегодня больной не всегда уверен, что врач отстаивает его (пациента) интересы.**

Поддержка означает то, что врач всегда найдет время для помощи больному в активизации его роли в лечебном процессе. Хирург – лишь инструмент, который больной берет в руки, чтобы исцелить себя». Ошибки, совершаемые врачами в плане ограничения участия пациента в лечебном процессе, приводят к пассивному отношению последнего к лечению и затрудняют достижение результата. Можно привести массу примеров этому из области травматологии, когда пассивное поведение пациента, его минимальное участие в лечении приводит к развитию контрактур, длительной потере трудоспо-

собности, моральным и материальным издержкам.

С течением времени сроки непосредственного контакта врача и пациента уменьшились на несколько порядков. Пациенту зачастую приходится больше общаться с «узкими специалистами», «функционалистами» и в меньшей мере с лечащим врачом, который, выполняя роль диспетчера по обследованию и лечению, уже не находит времени для доверительной беседы с пациентом, на выражение понимания, уважения, сочувствия. Это наиболее распространенная ошибка взаимоотношений врача и больного, потому что их налаженные взаимоотношения уже сами по себе являются целительным фактором, они усиливают и облегчают воздействие других целебных вмешательств.

Правильно налаженные отношения между врачом и пациентом – не такая уж сложная задача, поскольку в большинстве случаев пациент сам стремится к плодотворному сотрудничеству. Однако в рамках сотрудничества врач должен понимать, что **медицинская деятельность – это наука о неопределенности и искусстве вероятности**, так как **вероятность правоты** подразумевает и **вероятность ошибки**. Во многих случаях врач может только с определенной долей вероятности предсказать успех выбранного метода лечения.

**Стопроцентные гарантии в медицинской деятельности - это путь к ошибкам во взаимоотношениях с пациентами.** Больные должны быть уверены в том, что они вместе с врачом приняли решение сделать операцию или принять препарат с возможным побочным эффектом, и они воспримут неблагоприятный результат лечения как следствие связанного с ним риска, а не халатности врача. Ошибки взаимоотношений – не такая уж редкость во врачебной практике, уменьшить их число могут равные, доверительные отношения, опирающиеся на достижения современной медицинской науки, соблюдение технологий, высокий уровень персонала.

**Нарушение норм и правил медицинской этики – самая распространенная ошибка как врачей, так и средних медицинских работников.** Каждое, иногда по существу и невинное, слово врача или медсестры, хмурое по каким-то причинам выражение лица медицинского работника могут вызвать у больного массу переживаний и ощущений, накладывающих отпечаток на ход лечения.

Образцом отношения врача к своим профессиональным ошибкам следует считать Н.И. Пирогова, который писал: «Я считал своим священным долгом откровенно рассказать читателям о своей врачебной деятельности и ее результатах, так как каждый добросовестный человек, особенно преподаватель, должен иметь своего рода внутреннюю потребность возмозможно скорее обнаружить свои ошибки, чтобы предотвратить от них других людей, менее сведущих».

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

*Экстрагенитальные заболевания - это общие (соматические) заболевания, то есть не связанные с генитальной или половой сферой. Сочетание беременности с соматической патологией в популяции встречается достаточно часто - 50-90% от всех беременных - и в современных условиях определяет материнскую (4-е место в ее структуре) и перинатальную смертности.*

## Экстрагенитальные заболевания и беременность: взаимное отягощение

Экстрагенитальные заболевания, даже с легким течением, являются главным отягощающим фактом для осложненного течения беременности, родов и послеродового периода. **Они могут приводить к формированию плацентарной недостаточности**, а следовательно, к перинатальным потерям и заболеваемости новорожденных. При наличии тяжелой сердечно-сосудистой, почечной, эндокринной патологии эти неблагоприятные показатели увеличиваются в несколько раз.

Кроме того, и сама беременность может значительно ухудшать течение любого соматического заболевания и привести к декомпенсации пораженного органа.

### Почему это происходит?

Известно, что даже для здоровой женщины беременность является серьезным испытанием как в клиническом, так и в физическом плане, проверяя ее организм на прочность. А что тогда говорить о женщи-

не, страдающей каким-либо телесным недугом?!

Формирование третьего круга кровообращения - физиологический процесс во время беременности - представляет собой вариант уникального паразитирования организма плода в организме матери. Плодное яйцо вмешивается в нейроэндокринную систему женщины, подчиняя ее функцию собственным интересам.

### В чем таится опасность для матери и плода во время беременности?

В ранние сроки беременности (эмбриональный период) **соматическая патология может быть причиной самопроизвольного аборта, формирования пороков развития (эмбриопатий) или первичной плацентарной недостаточности.**

Во втором триместре она может вызвать **преждевременное прерывание беременности** (преимущественно при инфекции мочевых путей - пиелонефрите), **прегестоз и гестоз** (сердечно-сосуди-



▲ стая патология, сахарный диабет).

В третьем триместре манифестируют **поздние гестозы, прогрессирует плацентарная недостаточность**, проявляющаяся со стороны плода внутриутробной гипоксией и гипотрофией. На фоне повышенного артериального давления и повреждения стенок сосудов вероятно **преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты**.

Беременность и роды всегда негативно влияют на течение любой болезни матери, провоцируют клиническую манифестацию их латентных форм, могут явиться причиной развития декомпенсации функции большого органа, переводят легкие формы заболеваний в более тяжелые.

Эндокринные, иммунные заболевания обостряются и могут приобрести декомпенсированный характер течения в первом, третьем триместрах, родах или после родов. Сердечно-сосудистые и почечные заболевания чаще дают декомпенсацию в конце второго - начале третьего триместра



на фоне максимального прироста объема циркулирующей крови на 25-30% - в 28-30 недель.

**Что грозит соматически больным женщинам в родах и после них?**

Роды, сопровождающиеся резким напряжением всех систем жизнеобеспечения, всегда являются провоцирующим фактором для декомпенсации пораженного органа. Особенно **вероятна сердечная декомпенсация при пороках сердца**. В послеродовом периоде на фоне резких изменений гемодинамики, гормонального и иммунного статусов **возможны обострения коллагенозов, пиелонефрита, развитие гипогликемической комы при сахарном диабете, почечной недостаточности при гломерулонефрите, печеночной недостаточности при вирусном гепатите**.

**Как избежать столь печальных последствий? Может ли соматически больная женщина родить здорового ребенка?**

Да, это возможно! Проблема решается путем проведения диспансеризации, то есть динамического наблюдения за беременными, страдающими тем или иным соматическим заболеванием:

○ как можно более раннее выявление беременности.

С помощью узких специалистов (в идеальном варианте - при госпитализации в профильный соматический стационар **до наступления беременности!**) установление полного клинического диагноза, уточнение характера и степени тяжести поражения органа или системы жизнеобеспечения;

○ решение вопроса о возможности вынашивания беременности по заключению специалиста соответствующего профиля;

○ если вынашивание возможно, то четкие рекомендации по срокам дополнительных обследований и профилактических мероприятий совместно с акушером-гинекологом.

**Какова дальнейшая тактика с увеличением срока и, соответственно, риска?**

○ Во втором - на-

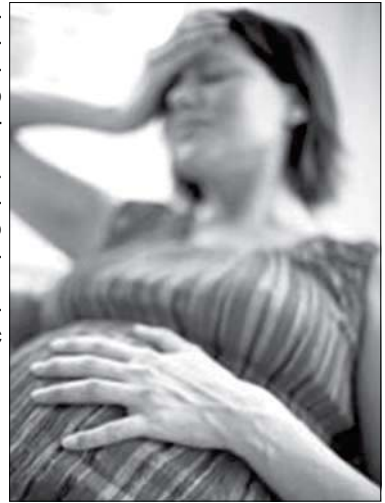
**чале третьего триместра беременности:** своевременная диагностика возможных осложнений беременности (угроза прерывания, гестозы, фетоплацентарная недостаточность) и госпитализация в стационар (предпочтительно отделение патологии беременных при многопрофильной краевой клинической больнице).

○ совместное наблюдение за беременной акушера-гинеколога и врача узкой специальности (кардиолог, уролог, эндокринолог, терапевт и пр.).

○ **в третьем триместре беременности** основной задачей акушера в женской консультации является своевременная до-родовая госпитализация в акушерский стационар третьей степени риска, то есть с широкими диагностическими и лечебными возможностями и наличием узких специалистов (клинические родильные дома г. Барнаула, краевой перинатальный центр - для жительниц сельской местности и всего края).

**Как выбрать место, срок и способ родоразрешения?**

Дородовая госпитализация беременных имеет своей целью выбор срока,



способа и места родоразрешения, которые определяются совместно с врачом узкой специализации на основании:

○ степени тяжести и компенсированности течения основной патологии;

○ наличия и степени тяжести осложнений беременности;

○ репродуктивного анамнеза;

○ размеров таза, положения, предлежания, массы плода и его функционального состояния.

После решения вопроса о способе родоразрешения **определяются особенности ведения родов** при естественном родоразрешении и анестезиологическое пособие при абдоминальном родоразрешении. Ведение родов и послеродового периода предполагает обязательное участие профильного специалиста.

При соблюдении всех правил диспансеризации женщины, страдающие соматическими заболеваниями, реально могут благополучно завершить беременность и родить здорового ребенка.

**Желаем удачи в решении этих нелегких задач как пациенткам, так и коллегам!**

# Домашняя физиотерапия



**Татьяна Борисовна Кожанова,**  
врач-физиотерапевт высшей категории, главный физиотерапевт г.Барнаула, заведующая физиотерапевтическим отделением МУЗ «Городская поликлиника №11»;

**Инна Михайловна Антонова,**  
врач-физиотерапевт первой категории, заведующая физиотерапевтическим отделением МУЗ «Городская поликлиника №1»



*Для профилактики, лечения заболеваний, а также в целях реабилитации Министерством здравоохранения разрешены две группы магнитных приборов.*

**Первая** - это устройства без потребления электроэнергии: твердые и эластичные магниты.

**Вторая группа** - электромагнитные аппараты. Они генерируют постоянные, переменные, импульсные и другие виды низкочастотного электромагнитного поля.

**Аппараты первой группы образуют постоянное магнитное поле.** Несмотря на то, что, по сравнению с переменным полем постоянное магнитное дает менее выраженный лечебный эффект, постоянные магниты нашли широкое применение. Это связано, прежде всего, с тем, что постоянные магниты не потребляют энергию и не требуют технического обслуживания. Они не связаны с электропитанием и поэтому безопасны. Кроме того, в ряде случаев изделие из постоянного магнита легче подвести к очагу поражения, чем индуктор магнитотерапевтического аппарата. Постоянные магниты изготавливаются из магнитотвердых материалов. Их магнитные свойства в нормальных условиях сохраняются в течение многих лет. Они размагничиваются от интенсивных ударов,

существенного нагрева и воздействия сильных магнитных полей. Эластичные магниты (магнитоэласты) представляют собой композиционные материалы, состоящие из основы (порошок ферритмагнетика) и связующего материала (резина). Эти изделия гибкие, ударопрочные, легко штампуются, сгибаются, скручиваются. В настоящее время изделия из нетоксичного магнитоэласта, в котором в качестве связующего материала применен силикон. Такие изделия могут быть использованы как для непосредственного контакта с кожей, так и для контакта с раневой поверхностью.

**К ним относятся:**

● **АЛМ – аппликаторы листовые магнитофорные.** Они представляют намагниченные пластинки из композиционных материалов. Выпускаются в полиэтиленовых пакетах. С целью воздействия магнитофорный аппликатор в пакете накладывают на нужную зону тела через марлевую прокладку (2-3 слоя) так, чтобы края его на 1-2 см выступали за пределы очага поражения. При открытых повреждениях аппли-

катор помещают поверх повязки. На теле человека его крепят с помощью эластического бинта, марлевой повязки или лейкопластыря. Длительность процедуры составляет 30-40 минут, на курсе лечения - до 20-30 процедур.

Аппликаторы могут быть использованы при заболеваниях периферической нервной системы (невралгии, невриты, радикулиты) и опорно-двигательного аппарата (артрозы, обменные полиартриты, бурситы), ранах, травматических повреждениях костей и суставов.

Отдельно стоит упомянуть о **поясе магнитофорном противорадикулитном.** Он представляет собой корсет с заключенными в него эластичными магнитами (магнитная индукция -8-16 мТл). Одевают его на пояснично-крестцовую область в виде корсета. Время воздействия - 30-40 минут. Процедуру проводят ежедневно, можно несколько раз в сутки. Курс лечения - 20-30 дней.

● **МКМ – 2х1 – магнит кольцевой – медицинский – металлический – кольцевой магнит,** заключенный в полиэтиленовую оболочку. Южный полюс магнита обозначен стрелкой. Применяются в основном при повреждении опорно-двигательного аппарата, включая переломы костей. С целью воздействия магнит накладывают на зону по-





вреждения через марлевую прокладку поверх повязки (можно и гипсовой) и фиксируют эластичным бинтом или лейкопластырем. Стрелка на магните должна быть направлена вдоль оси конечности (и от места прикрепления конечности к пальцам (т.е. к периферии) конечности).

● **КМ-1-клипсы магнитные.** Предназначены для аурикулярной (т.е. относящейся к ушной раковине) магнитотерапии. Также предназначены для коррекции состояния сердечно-сосудистой системы, используют при головных болях, переутомлении, начальных стадиях гипертонической болезни, простудных заболеваний, стрессовых состояниях, глиомагнитных возмущениях и резких колебаниях погоды. Клипсы применяются для воздействия на определенные зоны ушной раковины в течение 15-30 минут. Необходимые методические приемы указывают в инструкции по применению, а лечебные методики надо уточнить у врача-рефлексотерапевта.

● **Магнитные браслеты.** Мнения специалистов о терапевтической эффективности и целесообразности ношения магнитных браслетов в лечебных целях неоднозначны. Одни считают, что метод заслуживает определенного внимания, другие полагают, что лечебное применение магнитных браслетов нецелесообразно, обосновывая это наличием более эффективных физиотерапевтических методов.

Однако справедливости ради надо заметить, что у многих больных при ношении магнитных браслетов происходят положительные сдвиги, в основе которых определенное место занимает и психотерапевтический эффект. У больных отмечают снижение артериального давления и времени свертывания крови, улучшение общего состояния, сна и повышение работоспособности. Магнитные браслеты предназначены для длительного ношения в дневное время суток в области лучезапястного сустава. По данным древнекитайской медицины, на лучезапястном суставе расположены жизненно важные точки (сердца, центров регуляции сердечно-сосудистой и сексуальной деятельности, легких, кишечника и др.).

Магнитный браслет не рекомендуют хранить вместе с точными приборами и часами.

# Дама за компьютером

*Многие из нас не представляют свою жизнь без компьютера, а некоторые вообще проводят за «машиной» весь рабочий день. И невольно возникает вопрос: «Можно ли по 10 часов смотреть, не разгибаясь, на монитор, барабанить по клавиатуре и при этом не повредить своему здоровью?!».*

## Берегись ионов!

Больше всего проблем и нареканий вызывает монитор. Но не потому, что он излучает опасную, как при взрыве атомной бомбы, радиацию. Ничего подобного - никакая радиация от включенного монитора не исходит. **Опасность в другом: при работе монитора возникает довольно значительное электромагнитное излучение, которое приводит к ионизации воздуха:** вокруг нас появляются положительные электрические заряды (положительные ионы). Не путайте их с отрицательными, образующимися в атмосфере после грозы, на морском берегу или высоко в горах.

Насколько полезны отрицательные ионы, настолько же вредны положительные - они попадают при дыхании в легкие, затем с током крови разносятся по всем тканям организма и изменяют электрические заряды клеток. **В итоге мы страдаем от бессонницы, тревоги, раздражительности, усиленного сердцебиения, у нас снижается иммунитет.**

Кроме электромагнитного излучения, вокруг работающего компьютера **образуется электростатическое поле,** буквально притягивающее к себе пыль со всей комнаты. И, сидя перед компьютером, вы вдыхаете этот далеко не здоровый, пыльный воздух, который сушит слизистые и усиливает проявления аллергии. **Поэтому у вас может время от времени закладываться в носу, першить в горле и даже появляться дерматит - красные пятна и сыпь на коже.**

Полностью избавиться от электромагнитного излучения нельзя, но ослабить его вредное воздействие очень просто - **пользуйтесь мониторами, выпущенными начиная с 1996 года, и тщательно убирайте рабочее помещение,** потому что положительные ионы имеют тенденцию накрепко приставать к частицам пыли. Не держите возле компьютера горы бумаг и документов, распределите все необходи-



мое в ящиках стола. Рабочую поверхность стола протирайте влажной тканью с антистатиком. Часто проветривайте помещение.

**И не забывайте перед работой наносить на лицо увлажняющие защитные кремы, желательно из серии «анти-стресс».** На ночь делайте прохладные компрессы из настоя ромашки (проще всего прикладывать ко лбу и щекам влажные пакетики ромашкового чая - они хорошо снимают раздражение и воспаление кожи).

## Держать дистанцию!

Изображение на экране, во-первых, светится, во-вторых, все время чуть-чуть мигает. Чтобы его рассмотреть, мы надолго фиксируем взгляд в одной точке и редко моргаем, отчего глазные мышцы утомляются, нежная слизистая пересыхает, глаза краснеют, воспаляются и болят. **Абсолютно у всех через четыре часа непрерывной работы за компьютером появляются рези в глазах и чувство «песка под веками».**

Если экран монитора расположен очень близко, у нас на некоторое время даже снижается острота зрения: глаза так привыкли фокусироваться буквально перед носом, что долго не могут расслабиться. Иногда после не-

## Алтайская краевая клиническая детская больница – партнер журнала



# Счастье – это когда тебя понимают

**Татьяна Владимировна Манина,**  
клинический психолог, реабилитационный центр,  
Алтайская краевая клиническая детская больница

*Каждый человек сознательно или бессознательно стремится к счастью, которое определяет по-своему, исходя из своих жизненных ценностей и установок. Эти ценности формируются у личности родителями, школой, обществом, подвергаются ревизии и оттачиваются в течение всей жизни в результате постоянной работы над собой или же остаются косными, ригидными и управляют человеком, формируя его жизненный сценарий.*

Однако каждый из нас приходит в этот мир чистым, доверчивым, беспомощным младенцем, готовясь встретить доброту, поддержку и понимание сильных взрослых личностей, окружающих его. Он еще мал, беспомощен, зависим во всем, но он уже личность.

Что ждет его впереди? Каким человеком он вырастет? Это зависит во многом от того, сумеет ли мир, в котором он растет, отнестись к нему бережно, терпеливо, дать внимание, любовь, рассмотреть его особенности, то есть принять его как полноправную личность.

**В первую очередь важна для него материнская любовь.** Многие женщины имеют счастье быть матерью, но в чем же заключается истинное материнство? Я попробую свое понимание выразить в этих строчках:

**Возможно с миром обрести  
единство,**

**Познав святую мудрость  
материнства.**

**Что может быть прекраснее  
на свете,**

**Чем зваться Мама,  
воплощаясь в детях?**

**Согрев под сердцем жизни дуновенье,  
Ждать с нетерпением  
таинства рожденья.**

**От осознания счастья чуть дыша,  
Впервые слышать голос малыша.**

**Обнять, согреть,  
защиту дать, любовь,  
С ним жизнь свою, листая  
вновь и вновь,**

**Понять, что он пришел в наш век  
Вполне как полноправный человек.**

**Суметь в бурлящем  
жизненном теченье**

**Увидеть, в чем его предназначенье.**

**Учить не потеряться  
в гамме чувств,**

**Познать любовь – вершину  
всех искусств,**

**Связь поколений – жизненную нить –  
В единстве мира снова утвердить!**

Когда же нужно начинать воспитательный процесс – когда ребенок лежит «вдоль» или «поперек лавки»? Очевидно ни в том, ни в другом случае, а еще в тот момент, когда он находится во чреве матери и его состояние полностью зависит от маминого самочувствия и переживаний. Женщина, готовясь к рождению ребенка, к сожалению, не ограждена от внешних негативных эмоциональных воздействий, стрессов, тем более, что в этот период она становится более уязвимой, обидчивой, афелиативная потребность (в



понимании, поддержке, любви) в это время ярко выражена. Именно в этот период женщина нуждается в психологической помощи, в общении с женщинами, находящимися в подобном положении. **Самой оптимальной формой такого общения является психологический тренинг,** основной целью которого является формирование психологической готовности к материнству, привязанности матери к ребенку во время беременности.

В ходе групповой работы женщины получают психологическую поддержку, выявляют причины своих проблем и работают над их осознанием и решением, получают знания об особенностях психологического развития детей и взаимодействия с ними в разные возрастные периоды (начиная с перинатального периода до раннего детства), учатся приемам саморегуляции и релаксации.

**Программа тренинга - насыщенная и интересная, включающая в себя рациональные знания, игровые моменты, творческий подход.** В работу тренинга включаются и отцы, которым также предстоит пересмотреть свои ценности и установки, поработать над образом ребенка, се-





← мейным пространством и семейными ролями.

**Смысл всей работы с группой состоит в том, чтобы помочь каждому участнику совершить самостоятельный переход с позиции пассивного заложника жизненного сценария к позиции активного создателя собственной жизни и жизни своего ребенка.**

Однако родительство не начинается и не заканчивается моментом рождения. В воспитательном процессе не все и не всегда бывает гладко. Иногда дети своими поступками и неожиданными заявлениями ставят в тупик даже самых умудренных в воспитании родителей, а порой просто доводят до отчаяния. Как сложно в такие моменты понять свое чадо, сохранить спокойствие и здравомыслие! **Главное в этих случаях - избежать субъективной оценки ситуации, а также важно услышать объективное мнение специалиста-психолога и пройти курс психологической коррекции.**

Моя психологическая практика в основном касается коррекции нарушений детства. Поэтому я хочу сейчас остановиться на привлекательности использования креативного (творческого) подхода именно в отношении коррекции детских нарушений.

Ребенок, еще более, чем взрослый, заявляя о себе как о личности, склонен бунтовать и сопротивляться, когда кто-то, вместо него самого, начинает искать и исправлять ошибки в его «жизненном тексте», пеняя на неправильный стиль его поведения, на ошибочность его взглядов и поступков. **Такая стратегия подхода к коррекции ребенка редко дает положительные результаты.** А скорее, породит либо угодливое согласие «с фигой в кармане», либо равнодушный уход в свои переживания, либо явно выраженный протест. По-другому обстоит дело, когда психолог привлекает ребенка отыскать свои творческие возможности, почувствовать их сущность и силу. Тогда поиски ошибок в своем «жизненном тексте» ребенок делает не «из-под палки», а самостоятельно, с удовольствием, проективно. И уже многое видится иначе, что-то хочется изменить, а что-то уже изменилось в результате творческого процесса.

**Креативный подход в психологической работе с ребенком хорош как в коррекции личностных психологических нарушений, так и в коррекционно-развивающей и образовательно-образовательной работе.**

Одним из креативных направлений в психологии является **арт-терапия** –

терапия искусством. Арт-терапия многогранна в использовании средств: работа с рисунком, лепка, марионетка, песочная терапия, сказка, стихосложение, вокал и т.д.

Созданное взрослым или ребенком творение является очень привлекательным для арт-терапевта, так как он имеет дело с проявлением творческих возможностей клиента. Творческий продукт может не только отражать особенности человека, но и символизировать реальных людей и явления той среды, в которую он включен, отражать реальные жизненные ситуации, относительно которых человек испытывает определенные трудности. Поэтому в процессе арт-терапии происходит создание неких творческих продуктов или визуальных образов с помощью различных материалов (бумаги и красок, пластилина, глины, лоскутов ткани и т.д.), позволяющих психологу и клиенту рассмотреть причину проблемы, а также наметить перспективы дальнейшей жизни, позитивно настроенной, с укрепленной верой в свое Я и на бессознательно-символическом уровне отрегулировать внутреннее напряжение.

В разные периоды своей деятельности на поприще психологии я, одинаково увлеченно, внедрялась вместе с детьми в глубинные возможности всех ранее названных направлений арт-терапии. Каждый раз радовалась новым открытиям и перспективам подобной формы работы.

**Сегодня я обратила свое внимание на новый огромный пласт возможностей творчества в психологической коррекции личности детей. Это направление особенно многогранно именно потому, что включает в себя синтез различных форм работы: ролевую игру, танец, вокал, рисование, пантомиму и т.д. Назовем подобный подход в коррекции - психотерапевтический театр.**

*Какие возможности включает такая работа? Какие психологические нарушения может исправить участие в подобном действе?*

**Во-первых**, как в любой групповой работе, дети учатся общаться друг с



другом и лучше понимать окружающих.

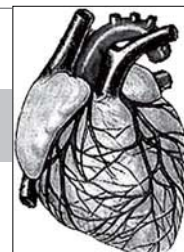
**Во-вторых**, проигрывая на сцене ту роль, которая ему не дается в жизни, ребенок преодолевает свои психологические барьеры, комплексы, обучается новому образцу поведения, открывая для самого себя свои способности и возможности. Постановка и закрепление в ситуации успеха укрепляют его веру в свое Я, открывают новые перспективы в собственной реализации себя, снижают тревожность и эмоциональное напряжение.

**В-третьих**, дети учатся мыслить, воображать, фантазировать. Реквизиты и элементы сценарных костюмов предполагается делать самостоятельно, что особенно ценно.

Мысль, что «я это сделал сам», внушает ребенку радость успеха. Он вносит в свою жизнь новые, положительные, чувства. Укрепившаяся вера в себя помогает ему справиться с трудностями, как в учебе, так и в общении в школе и дома. Однако положительный результат психокоррекционной работы детских нарушений во многом зависит от активного участия в ней родителей.

**Хорошо зарекомендовали себя наряду с семейными консультациями тренинги детско-родительских отношений. Понять проблемы своих детей можно лишь через осознание себя. Чтобы вырастить своего ребенка настоящей личностью, надо прежде самому ей стать, только тогда возможно обоюдное взаимопонимание и ощущение счастья!**

# Коронарный клуб



Школа для пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы

Занятие 4

Краевой кардиологический диспансер:



**Людмила Андреевна Старкова,**

заведующая отделением реабилитации, кандидат медицинских наук



**Елена Дмитриевна Косоухова,**

врач-кардиолог высшей категории



**Наталья Сергеевна Пешкова,**  
врач ЛФК



**Анна Анатольевна Суворова,**  
врач-кардиолог

## Физические нагрузки

*Движение – кладовая жизни.*

*Плутарх*

*Дорогие наши читатели! Сегодня нам бы хотелось поговорить с вами о гипокинезии. Что это такое? Чем она для нас опасна? Как ее предотвратить? А также, какими физическими тренировками можно и нужно заниматься после инфаркта миокарда.*

**Гипокинезия (слово латинского происхождения) – низкая физическая активность.** Любой человек, который тратит менее 30 минут 5 раз в неделю на физические нагрузки (будь то ходьба, бег, езда на велосипеде), страдает гипокинезией. Из этого следует сделать вывод, что большая часть из нас имеет низкую физическую активность.

Технический прогресс привел к тому, что мы все меньше и меньше прилагаем физических усилий. Наш труд и быт в настоящее время связан в основном с напряжением нервной системы. А скелетная мускулатура и мышца сердца (миокард) ослабляются от бездействия.

Врачам хорошо известно, что отсутствие движений способствует застою крови в ногах, возникновению венозных тромбозов и обусловленной ими легочной эмболии, мочекаменной болезни. **Недостаточная физическая активность, как правило, способствует развитию ожирения, является одним из опасных факторов развития ИБС (ишемической болезни сердца) и инфаркта миокарда.**

Скелетная мускулатура считается вторым, «периферическим» сердцем. У перенесших инфаркт миокарда в результате снижения сократительной (насосной) функции сердца кровь из сосудов,

питающих мускулатуру, откачивается с трудом, застаивается. При физической нагрузке мышцы, сокращаясь, выталкивают кровь из мелких сосудов, проталкивают ее к сердцу, тем самым улучшая его насосную функцию.

**Частота пульса у физически неактивных людей на 20% выше, чем у активных.** Иначе говоря, сердце у таких людей совершает за сутки до 14 тысяч лишних сокращений и, соответственно, быстрее изнашивается.

Помимо этого, у нетренированных людей более высокий уровень содержания холестерина. Все это в совокупности повышает риск развития ИБС и инфаркта миокарда.

**Что Вы приобретете, регулярно занимаясь физическими упражнениями?**

- ◆ Снижение риска развития повторного инфаркта миокарда.
- ◆ Профилактика и снижение заболеваемости артериальной гипертензией.
- ◆ Профилактика тромбозов и нормализация соотношения потенциалов свертывающей и противосвертывающей системы крови.
- ◆ Предотвращение остеопороза (разрушение костной ткани, вследствие этого склонность к переломам).
- ◆ Нормализация усвоения глюкозы (профилактика сахарного диабета).



◆ Снижение уровня холестерина липопротеинов низкой плотности (способствующих развитию атеросклероза) и повышение холестерина липопротеинов высокой плотности (препятствующих развитию атеросклероза).

- ◆ Уменьшение потребности в курении.
- ◆ Усиление эластичности стенок кровеносных сосудов.
- ◆ Улучшение имиджа и психологического состояния.

Если Вы решили регулярно заниматься, выберите аэробные упражнения. К ним относятся: ходьба, бег трусцой, теннис, катание на велосипеде, ритмическая гимнастика. Аэробные нагрузки способствуют более интенсивному усвоению организмом кислорода и полезны для сердца и кровеносных сосудов.

**Анаэробные упражнения (тяжелая атлетика, бодибилдинг, при которых обеспечивается высокая физическая активность в течение короткого времени) – при заболеваниях сердца ПРОТИВОПОКАЗАНЫ!**

Обратите внимание на таблицу, и Вы поймете пользу аэробных упражнений (Таблица 1).

Чем больше ваш вес, тем больше калорий сжигается во время физических упражнений.

**Больным, перенесшим инфаркт миокарда, рекомендуется заниматься ходьбой.** Почему ходьба? Во-первых, ходьбе не нужно учиться, Вы этому научились в детстве. Во-вторых, она не требует дополнительных затрат, легко сочетается с повседневными делами, заниматься ею можно как дома, так и на работе, во время путешествия. В-третьих, при ходьбе Вы сжигаете лишние калории, снижаете уровень холестерина и риск тромбообразования. Заниматься ходьбой можно начинать уже через 3 недели после инфаркта миокарда.

**Перед началом тренировок составьте для себя план:**

1. определите частоту занятий (желательно не менее трех раз в неделю);
2. интенсивность: 50-70% от максимальной частоты сердечных сокращений (ЧСС). О том, как определить интен-

### Количество калорий, «сжигаемых» за 30 минут тренировки

Вид физических упражнений	Вес тела (в кг)		
	45-50кг	60-70кг	80-90кг
Ходьба 1,5км за 30 минут	84	120	156
Ходьба 2,4км за 30 минут	112	160	208
Ходьба 3,6км за 30 минут	154	220	286
Бег трусцой (8,8 км/час)	259	370	481
Плавание (20,6 м/мин.)	97	138	179
Катание на велосипеде (9,7км/час)	84	120	156

### Помните!

**Пока не завершилась стадия рубцевания инфаркта миокарда, а это 3-4 месяца, ЧСС не должна быть более 110 ударов в минуту.**

сивность, будет сказано ниже;

3. время занятий: 30-40 минут.

Лучше всего об интенсивности тренировки говорит ЧСС. Определяется она по пульсу на запястьях или сонных артериях на шее.

**Тренировочная ЧСС (ЧСС тр.) должна составлять 50% (нижняя граница) – 75% (верхняя граница) от индивидуальной максимальной ЧСС.**

Максимальная ЧСС для больных ишемической болезнью сердца определяется индивидуально, после велоэргометрического (ВЭМ) исследования. **Либо Вы можете ее рассчитать по формуле: ЧСС максимальная = 190-возраст.**

**Темп тренировочной ходьбы (ТТХ) также можно определить с помощью ВЭМ:  $TTH = 0,042 \times M + 0,154 + 65,5$ , где М – мощность пороговой (конечной) нагрузки при ВЭМ, а Ч – частота сердечных сокращений на высоте пороговой нагрузки при ВЭМ.**

Если же ВЭМ не проводилась, то рекомендуется ходить средне-быстрым темпом - 90-100 шагов в минуту.

### Правила безопасной ходьбы:

- ◆ в течение двух часов после еды следует воздержаться от занятий физическими упражнениями;
- ◆ при недомогании (грипп, простуда, лихорадка) занятия следует прекратить;
- ◆ после болезни интенсивность и продолжительность тренировок следует несколько уменьшить;
- ◆ не следует заниматься ходьбой в холодную ветреную погоду;
- ◆ предварительное разогревание организма в течение 4-5 минут (не спеша походите, выполните стряхивающие движения руками и ногами);
- ◆ чувство меры (ежедневно выполняемые несложные упражнения гораздо лучше, чем изнуряющая нагрузка 1 раз в неделю);
- ◆ всегда оставайтесь в пределах тренировочной ЧСС;

- ◆ никогда резко не останавливайтесь;
- ◆ всегда носите с собой нитроглицерин!

Начинайте ходьбу с 500м, увеличивайте ежедневно или через день (по самочувствию) на 100м и в течение месяца доведите до 3-4км.

**Обязательно контролируйте свое состояние по пульсу.**

Перед началом тренировки определите пульс за 15 секунд и умножьте число на 4 - Вы получите ЧСС за 1 минуту. **Нормальная ЧСС - 60-80 ударов в минуту.**

Через 5-7 минут от начала ходьбы провести контроль пульса, если прирост составил более 7 ударов за 15 секунд, значит, задан слишком быстрый шаг и темп нужно уменьшить. Еще через 5-7 минут ходьбы Вы должны достичь ЧСС тренировочной.

Существует очень простой разговорный тест Американской кардиологической Ассоциации, который позволяет провести оценку интенсивности ходьбы.

### Разговорный тест

Если Вы достаточно свободно можете разговаривать во время ходьбы, то это оптимальный темп ходьбы.

Если Вы можете петь, то нужно ускорить шаг, так как темп ходьбы мал и не играет тренирующей роли для сердечно-сосудистой системы.

Если Вы не можете разговаривать и появляется одышка, то необходимо замедлить шаг, так как темп ходьбы способствует перегрузке в работе сердца.

**Что делать, если у вас развился приступ стенокардии?** Во-первых, Вы должны знать ее симптомы: это неприятное ощущение давления, распирания, сжатия, боль за грудиной, отдающая под лопатку, в шею, руки, зубы, челюсть. Может сопровождаться ощущением нехватки воздуха, потливостью, слабостью, головокружением.

При возникновении этих ощущений немедленно прекратите тренировку. Сядьте. Примите таблетку нитроглицерина под язык. Он начинает действовать через 1-2 минуты, если боль не проходит, то можно принять до трех доз в течение 15 минут с интервалом в пять минут.

### Очень важно помнить!

1. Увеличение тренировочной ЧСС не улучшит состояние сердечно-сосудистой системы, а может оказаться опасным (спровоцировать приступ стенокардии, гипертонический криз).
2. Удержание тренировочной ЧСС ниже 50% индивидуальной максимальной границы ЧСС не позволит достичь тренировочного эффекта.

Всем нам хорошо известно, что однообразие быстро надоедает. Поэтому через 3-4 месяца можно сменить ходьбу на велотренировки, или, при желании, сочетать велотренировки с ходьбой и лечебной гимнастикой (комплекс которой будет приведен ниже).

Велотренировки более 30 лет успешно применяются в реабилитации инфарктных больных и доказали свою высокую эффективность. Нагрузка на тренажерах с магнитной системой торможения измеряется в единицах скорости (км/ч). Интенсивность нагрузки зависит от уровня торможения. Он ранжируется от 1 (самое слабое сопротивление педалей) до 8 (самое сильное сопротивление педалей).

Существует таблица соответствия нагрузки, выраженной в единицах мощности (ватты), и нагрузки, выраженной в единицах скорости (**Таблица 2**).

Следует добавить, что положение винта натяжки тормоза от 6 до 8 сопряжено с преодолением большого сопротивления, поэтому такие нагрузки пригодны для здоровых и тренированных людей.

**Перед началом тренировок Вам нужно обратиться к своему лечащему врачу.** В поликлинике (или стационаре) Вам проведут велоэргометрическую пробу. Врач определит пороговую мощность по достижению субмаксимальной ЧСС. Тренировочная нагрузка будет составлять 50-60% от пороговой мощности. Например, Вы выкрутили 100Вт, значит тренировочная нагрузка - 50-60Вт, на велотренажере это 4-5 уровень торможения, скорость 17-21 км в час (скорость высвечивается на таблоиде, когда Вы крутите педали).

**Тренировочная ЧСС = ЧСС в покое + половина прироста ЧСС при ВЭМ.**

Например, при проведении ВЭМ исходно ЧСС 70 в минуту, на высоте нагрузки 144 в минуту, значит, прирост составил 74 удара. А половина прироста будет 32. Таким образом, ЧСС тр. = 70 + 32=102 удара в минуту.

**Периодичность занятий должна быть 3-4 раза в неделю и продолжительность - 30-40 минут.**

**План занятия**

1. Перед началом немного размяться (3-4 минуты) и посчитать пульс.

2. Тренировка начинается приблизительно с 50% от тренировочной нагрузки (например, если тренировочная нагрузка 60Вт, то нужно начинать с 30Вт, что на велотренажере равно третьему уровню торможения со скоростью 17-20 км/ч). Постепенно, увеличивая уровень торможения и скорость педалирования, в течение 10 минут достигается тренировочная нагрузка.

3. Основная часть: педалирование на уровне тренировочной нагрузки в течение 15-20 минут. ЧСС должна соответствовать тренировочной.

4. Заканчивается занятие постепенным снижением нагрузки в течение 5-10 минут. Пульс к моменту останова должен превышать исходный на 10-20 ударов.

Если Вы решили регулярно заниматься ходьбой или велотренировками, то **создайте дневник самоконтроля.**

Показатели	Дата, время дня			
Самочувствие.				
Настроение.				
Болевые ощущения.				
Сон.				
Аппетит.				
Желание заниматься.				
Продолжительность занятия.				
Частота пульса:				
- до занятия (за 10 сек)				
- на высоте нагрузки				
- сразу после занятия				
- через 5 мин. после занятия				
АД:				
- до занятия				
- после занятия				

Дневник позволит получить объективные данные о воздействии физических упражнений на Ваш организм и поможет правильно дозировать нагрузки, соизмеряя их с возможностями организма.

**Лечебную гимнастику после инфаркта миокарда можно использовать, как утреннюю гимнастику.**

1. Исходное положение (И.п.): сидя на стуле, руки на коленях. На счет 1-2 поднимать руки вверх – вдох, на 3-4 опустить руки на колени – выдох. Повторить 5-6 раз.

2. И.п. то же. Круговые движения кистями и стопами в одну и другую сторону (10-12 раз). Дыхание произвольное.

3. И.п. прежнее. На счет 1 левую ногу выпрямить, правую ногу согнуть и отвести под стул, на счет 2 поменять положение ног (8-10 раз). Дыхание произвольное.

4. И.п. сидя на стуле, руки согнуты к плечам, кисти касаются плеч. Круговые движения руками в плечевых суставах вперед (на счет 1-4) и назад (на счет 5-8). Повторить 8-10 раз.

5. И.п. сидя на стуле, ноги выпрямлены. На счет 1 наклон вперед - выдох, руками достать стопы. На счет 2 вернуться в исходное положение (8-10 раз).

6. И.п. стоя, руки вдоль туловища. На счет 1-2 поднять руки вверх, подтянуться, отвести правую ногу назад – вдох. На счет 3-4 опустить, вернуться в исходное положение – выдох. На счет 5-8 то же с левой ногой. (8-10 раз).

7. И.п. стоя, руки на поясе. На счет 1 наклонить туловище влево, на счет 2 вернуться в исходное положение. На счет 3-4 наклон вправо (8-10 раз).

8. И.п. стоя. На счет 1 присесть, руки вперед – выдох, на счет 2 вернуться в исходное положение – вдох (8-10 раз).

9. И.п. стоя, руки на поясе. Круговые движения тазом. На счет 1-4 в одну сторону, на 5-8 в другую сторону (8-10 раз).

10. И.п. стоя слева от стула, правая рука на поясе. На счет 1 правую ногу вперед, на счет 2 – отвести назад, то же другой ногой, стоя справа у стула (8-10 раз). Дыхание произвольное.

11. Ходьба в темпе 90-100 шагов в минуту, 3-4 минуты.

12. И.п. сидя на стуле. Держась руками за сиденье, движения ногами, имитирующие езду на велосипеде (10-12 раз).

13. Диафрагмальное дыхание, 5-6 раз.

14. Расслабление мышц рук и ног, 1 минута.

Регулярные физические упражнения - важнейшее средство профилактики повторного инфаркта миокарда, в основе которого лежит недостаточность питания мышцы сердца за счет атеросклероза сосудов, несущих кровь к сердцу. Физические упражнения, тренировки активно противостоят этому, благодаря улучшению кровоснабжения сердечной мышцы и более полному использованию ею питательных веществ.

**Начинайте сегодня, а не завтра! Делайте все с улыбкой!**

Нагрузка на велоэргометре, ватт	Нагрузка на велотренажере (км/ч) уровень торможения (от 1 до 8)					
	(1-8)	км/ч	(1-8)	км/ч	(1-8)	км/ч
25	3	21	4	14-17	5	14
40	3	21	4	17-21	5	14-17
50	4	21	4	17-21	6	14
60	5	17-21	6	14-16		
70	5	21	6	17-21	7	14
80	6	17-21	7	14-17	8	13