

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ



№4 (52)
АПРЕЛЬ
2007



Мы живем, совершенствуя Вечность,
И открыта нам истина та,

Что земного пути быстротечность,
Только малая часть, ну а после - там,

В Тонком мире мечты и желанья
Исполнимы со сверхбыстротой...

Ты купаешься в тех колебаньях,
Что созвучны с твоею душой.

И всегда впереди бесконечность,
И ни ада, ни рая в ней нет...

Мы живем, совершенствуя вечность,
Ту, в которой огонь созидает,

Мы живем, совершенствуя вечность,
И мы с вами в ней - Свет.

Никита ДЖИГУРДА



*«Обдуманность космоса изумительна,
он построен так, чтобы давать
себе только счастье».*

Э. Циолковский, «Причина космоса», 1925 год

Мы познаем законы Вселенной, открываем новые планеты, звезды, новые энергии...

На каждого обитателя Земли приходится по миллиарду звезд!! Науке известна природа лишь 5% вещества, из которого состоит Вселенная. Эти 5% мы видим вокруг себя и сами из него сделаны. Многие века человечество, постигая Космос, - постигает себя.

Наши представления о себе постоянно расширяются, но чем больше мы узнаем, тем более изумляемся тому совершенству, которое сотворила природа и тем больше загадок она задает!

Миллионы, миллиарды клеток, сложнейшие биохимические процессы обеспечивают выполнение самых разнообразных функций... Великое таинство деторождения...

100000 километров кровеносных сосудов, как магистрали, соединяют различные органы, поразительным образом обеспечивая уникальнейшую способность к саморегуляции нашего организма.

Наши представления о себе благодаря использованию сложнейшей аппаратуры расширяются, но каждое такое открытие - всего лишь еще один шаг к последующему.

Когда уже в 1987 году вышел голливудский фильм «Внутренний космос», то происходящее в нем еще казалось невероятной фантастикой: пилот садится в нечто похожее на батискаф, его уменьшают до микроскопических размеров и отправляют в путешествие по организму. Фильм ярчайшим образом отразил мечты ученых о медицинском нанороботе, способном целенаправленно передвигаться по организму человека и не только диагностировать, но и лечить его.

Мечта стала реальностью ровно 20 лет спустя. В марте текущего года специалисты из Монреаля впервые смогли перемещать прототип наноробота в артерии животного. К работе канадских ученых у коллег из разных стран пока есть одно замечание - слишком большие размеры диска наноробота (1,5 мм, вес 0,0136 г), что не позволит ему проникнуть в слишком узкие кровеносные сосуды головного мозга. Таким роботом можно удалять тромбы из сосудов в жизненно важных органах, распылять эффективную дозу препарата в конкретном месте организма. Поскольку перемещение диска обеспечено магнитным полем томографа (аппарата, которым располагают многие медицинские центры), разработчики планируют внедрить свое устройство в практическую медицину в ближайшие пять лет.

Мне невольно подумалось о том, какие неприглядные картинки «увидят» вскоре умные нанороботы в наших захламленных неправильным питанием, неухоженных организмах!

Но парадокс: какие поистине фантастические, непостижимые возможности заложены в человеке, какие уникальные механизмы защиты от вторжения в созданную природой гармонию!..

ЧЕЛОВЕК-КОСМОС!

И как мы порой распоряжаемся таким потенциалом?!

Какие нелепые, жестокие эксперименты устраиваем своему организму, проверяя его на прочность: от безалаберного отношения к тому, что едим, какую воду пьем, до добровольного приема ядов - наркотики, никотин, алкоголь, не говоря уже о его суррогатах... Ссоры, войны, убийства...

Весна! Апрель!

Жизнь безмерно хрупкая, наслаждаться ею, получать удовольствие от каждого прожитого дня, сделаться добрее и терпимее!

№4 (52) апрель 2007г.

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

Адрес редакции:
**656049 г.Барнаул,
ул. Пролетарская, 113, оф.200**
Тел. редакции -
(3852) 63-84-90, 35-46-42
E-mail: **nebolen@mail.ru**

Главный редактор -
Ирина Валентиновна Козлова
Тел. 8-960-939-6899

Ответственный редактор -
Мария Юртайкина

Компьютерный дизайн
и верстка -
**Ольга Жабина
Оксана Ибель**

Менеджер по работе
с общественными
представителями -
Татьяна Веснина

Отдел рекламы -
Лариса Юрченко

Подписано в печать 18.04.2007г.
Печать офсетная. Тираж -
6800 экз. Цена свободная.

Свидетельство о регистрации СМИ №
ПИ-12-1644 от 04.02.2003г., выданное Си-
бирским окружным межрегиональным тер-
риториальным управлением 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: коллаж Оксаны Ибель

Содержание

Рак победим! или О том, как нам не повторять чужих ошибок...	2-5
Нешуточный диагноз	6
Новое в здравоохранении Алтайского края	7
В.И. Семенников, Н.В. Семенникова. Поиск идеальной зубной пасты	8-9
Мир и медицина	10
Зеркало души	11
Какие микробы живут рядом	12-13
И.А. Егорова. Попрощаемся с болезнями	14
Т.Е. Шульц, Ю.В. Смирнова. Клиническая значимость патологической извитости внутренней сонной артерии в детском возрасте	15-16
Нелегкие дни	16
2007 год объявлен в России годом чтения	17
Каракули позволяют раскрыть внутренний мир человека	18
Цвет волос расскажет о вас все!	19
Псевдотуберкулез: хоть и «псевдо», но опасно!	20
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ. В.А. Саркисова. Дорогие друзья!	21-22
Юридические консультации	22
Т.Н. Иванова. Про БАДы...	23-24
Е.В. Замятина. Слух – это ценнейший дар	25-26
Восстановленные соки	27
Скрип на нервной почве	28
ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА. С.Д. Яворская. Этапы большого пути. Месяц третий	29-30
Я поведу тебя в музей	31
ДЕТСКАЯ СТРАНИЧКА	32-33
Интересные факты из прошлого	34
И.Г. Полещук, В.Ф. Чудимов, Л.Г. Ульянова, И.Н. Пасечнюк. Что такое спланхноптоз?	35-36
Мир и медицина	37
В.А. Тричев. Синдром Марфана в практике врача	38-39
НИ ДНЯ БЕЗ ДИЕТЫ. Меню интеллектуала	40-41
Как учиться до школы	42
С.О. Ключников, О.В. Блинова. Умной маме - про умные каши	43-44



Новое в здравоохранении Алтайского края

26 марта 2007 года в Алтайском краевом кардиологическом диспансере открыт новый реанимационно-хирургический блок.

В Алтайском крае показатель заболеваемости болезнями системы кровообращения **в два раза превышает среднероссийский уровень.**

По экспертным данным, **около 26 тысяч населения края нуждаются в кардиохирургической помощи.** В настоящее время объемы этой помощи в Краевом кардиологическом диспансере, включая направленных на лечение в Федеральные центры, составляют **не более 29%** от рекомендованных ВОЗ.

В прошлом году было **выполнено 485 операций на сердце**, из них: аорто-

коронарного шунтирования - **106**, клапанного протезирования - **65**, всего с искусственным кровообращением - **216**. В федеральные хирургические центры направлено **253** человека, из них **90** детей.

Тем не менее, на конец 2006 года очередь на кардиохирургическое лечение в Алтайском крае составляла **около 1000 человек.**

Сохраняющаяся задолженность по кардиохирургическим вмешательствам приводила к тому, что ежегодно **около 7%** больных не доживали до своей очереди, а **21%** - становились неоперабельными.



Введение в строй пяти операционных реанимационно-хирургического блока, выполненных по технологии «чистых помещений», и увеличение числа реанимационных коек для

кардиохирургических больных до 12 позволит выполнять до 1000 операций с искусственным кровообращением в год, что увеличит мощности кардиохирургии в крае в 4 раза.

Топчихинский район



С открытием после ремонта хирургического отделения завершился очередной этап реконструкции лечебно-профилактического комплекса Топчихинской ЦРБ. В 2004-2006гг. «новоселья» справляли детское и терапевтическое отделения, потом - родильный дом.

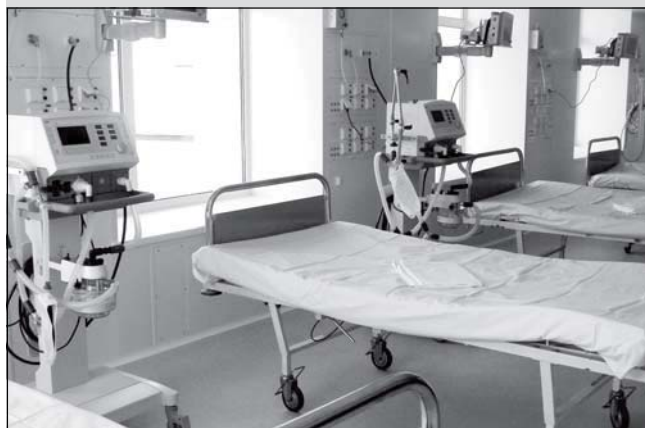
Среди почетных гостей медиков - глава района **А.Н. Григорьев**, заместитель начальника Управления по здравоохранению и фармацевтической деятельности Администрации Алтайского края **В.А. Белоусов**, депутат АКСНД **А.А. Романко**, председатель Совета предпринимателей **Е.И. Барсуков**, глава села Топчиха **Л.С. Баранова**.

Помощь в реконструкции больничного комплекса оказали и предприниматели, в их числе - **О.Я. Тутынин**, **В.Н. Присяжных**, **П.М. Лысых**. оказали помощь и коллективы - «Пескарь», «Технология», типографии, элеватора, стройучастка, «Дело-А», молочного завода.

Проектные работы реанимационно-хирургического блока краевого кардиодиспансера были начаты в 2003 году. Финансирование этого объекта велось из федерального и краевого бюджетов по ФЦП «Сокращение различий в социально-экономическом развитии регионов РФ».

За весь период строительства из федерального бюджета выделено 67 млн. рублей, из краевого - 75 млн. рублей.

Ожидается, что в этом году из федерального бюджета будет выделено 47 млн. рублей на оснащение необходимым медицинским оборудованием.



Поиск идеальной зубной пасты

ВЛАДИМИР ИВАНОВИЧ СЕМЕННИКОВ,
доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой хирургической стоматологии,
Алтайский государственный медицинский университет;

НИНА ВЛАДИМИРОВНА СЕМЕННИКОВА,
врач-интерн,
МУЗ «Городская стоматологическая поликлиника №1», г.Барнаул

Началом истории современных зубных паст можно считать 1873 год, когда компания «Колгейт» представила на американском рынке ароматизированную зубную пасту в специальном контейнере. Вслед за ними появились тюбики, которыми мы пользуемся сегодня.

Несмотря на колоссальное разнообразие зубных паст, все они имеют обязательные компоненты. Это – **абразивные, пенообразующие, влагоудерживающие вещества, отдушки, красители и вкусовые добавки.** Абразивные вещества очищают и полируют поверхность зубов.

В современных зубных пастах используют **два вида абразивов: кальцийсодержащие и бескальци-**

евые. Бескальциевые абразивы более современны и безопасны для эмали, так как позволяют регулировать размеры чистящих частиц. В настоящее время **используются комбинации абразивных веществ,** что также позволяет регулировать абразивное действие паст. В зависимости от свойств и назначения зубной пасты соответственно используются комбинации абра-



зивов. Так, **для детей и чувствительных зубов взрослых используются мягкие или мелкие абразивы:** диоксид кремния или ди-кальцийфосфатгидрат, которые имеют самую низкую абразивную способность и не оказывают повреждающего действия на эмаль зуба. **Зубные пасты с повышенным абразивным качеством применяются в основном для снятия зубного налета у курильщиков.** Основная масса зубных паст содержит абразив средней степени.

Для улучшения очищающих свойств используют пенообразующие **поверхностно-активные вещества и ферменты.** **Отдушки и подсластители** обеспечивают приятный запах, вкус и цвет. Для этого в пасту вводятся мята, корица, лимон и др. На вкусовые качества влияют также вводимые **сахарозаменители:** сорбит, манит, ксилит, которые не разлагаются бактериями зубного налета и препятствуют развитию кариеса.

Все зубные пасты в зависимости от содержания компонентов и назначения делятся на **гигиенические и лечебно-профилактические.** Существуют также и **лечебные пасты,** но их очень немного и они очень специализированы.

Гигиенические зубные пасты содержат в своем составе абразив-



ные вещества и не имеют лечебных и профилактических добавок. Эти пасты предназначены в основном для удаления налета с поверхности зубов и обладают лишь очищающим и дезодорирующим действием. Они показаны людям, не имеющим проблем с зубами. Но так как, по российской статистике, заболеваемость кариесом и воспалением десен в стране составляет почти 100%, популярность гигиенических паст невелика.

Лечебно-профилактические зубные пасты, кроме абразивных веществ, содержат компоненты, которые делают возможным использование паст в качестве основных средств профилактики кариеса и заболеваний пародонта.

В зависимости от состава активных компонентов лечебно-профилактические зубные пасты условно можно разделить на несколько групп:

1. Противокариозные зубные пасты - фтористые и бесфтористые зубные пасты.

Фтористые зубные пасты рекомендуются для профилактики кариеса зубов детям и взрослым, проживающим в районах, где концентрация фтора в питьевой воде составляет менее 1 мг/л. Фторсодержащие зубные пасты укрепляют твердые ткани зубов, способствуя процессам реминерализации эмали, уменьшают образование зубного налета. В качестве противокариозных компонентов в состав зубных паст вводят фториды натрия, монофторфосфат, а также органические соединения фтора (аминофториды). По рекомендациям ВОЗ, оптимальная концентрация ионов фтора должна составлять **0,1%**. В составе детских зубных паст фтористые соединения не должны превышать **0,025%**.

Бесфтористые зубные пасты обычно рекомендуются для применения в районах с повышенным содержанием фтора (более 1 мг/л) в питьевой воде, так как его повышенное потребление может привести к флюорозу. Такие пасты содержат соединения кальция и фосфора.

2. Противовоспалительные зубные пасты являются наиболее простой и доступной формой профилактики и лечения заболеваний пародонта.

В их состав обычно вводят **экстракты лекарственных трав** (ромашка, зверобой, гвоздика, тысячелистник, аир болотный, календула, шалфей), а также **препараты на их основе** (аллантоин, бисаболон) и/или **антисептики** (триклозан, хлоргексидин, алюминия лактат и др.). Кроме выраженного противовоспа-



лительного действия, такие пасты также способствуют снятию отечности, уменьшению кровоточивости десен, обладают обезболивающим и регенеративным эффектом.

3. Зубные пасты, препятствующие образованию твердых зубных отложений (зубного камня).

Для остановки роста кристаллов зубного камня в такие пасты включают **пирофосфаты натрия или калия**.

4. Зубные пасты, снижающие повышенную чувствительность эмали зубов.

В них вводят **нитрат калия, цитрат калия, цитрат натрия, хлорид стронция, гидроксипапатит**. При взаимодействии с органическими веществами эмали эти компоненты создают защитный барьер, предотвращающий болевые реакции на температурные или химические раздражители (горячее, холодное, сладкое, кислое), а также на механические раздражители (щетка на щетки при чистке зубов).

5. Отбеливающие зубные пасты.

Отбеливающий эффект обеспечивается за счет введения в их состав комплекса, включающего в себя **высокодисперсный абразив, полирующие агенты, соединения фтора и пирофосфаты**. Также в качестве отбеливающих веществ могут использоваться **пероксиды и карбамид**. При этом существуют отбеливающие пасты, восстанавливающие природный цвет зубов (а он редко у кого бывает идеально белым) и принудительно отбеливающие с использованием пероксидов (общий принцип такой же, как и мелирование волос).

Следует отметить, что **применение таких отбеливающих паст возможно только после консультации с врачом-стоматологом**. Не рекомендуется использование отбеливающих зубных паст детьми дошкольного и младшего школьного возраста, поскольку в этот период происходит прорезывание и минерализация зубов.

Идеальной зубной пасты не существует. Но обобщенный вариант выглядит следующим образом.

В первую очередь зубная паста должна замедлять образование зубного налета, защищать от кариеса, хорошо очищать и отбеливать зубы и в то же время снижать чувствительность эмали и защищать от воспаления десен. Поэтому в последнее время наиболее популярными стали зубные пасты комплексного действия, т.е. сочетающие в себе несколько лечебных направлений.

Зубная паста должна обладать приятным вкусом и запахом, оставлять приятные ощущения во рту. В России пользуются популярностью сильно пенящиеся пасты, в то время как в Европе и Америке, наоборот, многие предпочитают пасты непенящиеся.

Большое разнообразие зубных паст позволяет каждому выбрать то, что нужно, хочется и нравится. Но выбирать всегда надо грамотно, в зависимости от решения конкретных проблем: состояния полости рта, возраста, рекомендаций стоматолога, авторитета производителя, качественного состава пасты.

Помните о том, что купить можно зубную пасту, а не здоровье! Выбор за Вами!



Поздравляем!



*В редакцию пришло письмо, подписанное пенсионерами и социальными работниками отделения социальной помощи на дому Центра социальной помощи семье и детям Бурлинского района. Они очень тепло рассказали о своей имениннице – **Полине Николаевне ОБВЕДКОВОЙ**, которая является заведующей этим отделением.*

Мы узнали, что она увлеченный, беспокойный человек, умеющий зажечь своим энтузиазмом и взрослых, и детей. В Центр Полина Николаевна пришла недавно – в сентябре 2006 года. Но за новое дело взялась с энтузиазмом: посетила всех пенсионеров района, которые обслуживаются на дому, выявила у каждого свои проблемы, изучила материально-бытовые условия жизни. Для улучшения обслуживания таких пенсионеров она регулярно проводит методическую учебу с социальными работниками, внедряя новые методы работы. Конечно, были и слезы разочарования, и радость приобретенного опыта. Полина Николаевна - добрый помощник в делах для своих стариков: она внимательный собеседник, умеющий слышать и чувствовать чужую боль. И на каждую просьбу каждому человеку она находит слова, чтобы помочь, поддержать его.

По инициативе П.Н. Обведковой пенсионеры, обслуживаемые на дому, в месячник пожилых людей, в декаду инвалидов, на Новый год приглашаются в Центр социальной помощи семье и детям на совместные праздничные мероприятия.

Редакция журнала присоединяется к поздравлениям Полины Николаевны с Днем рождения и желает здоровья, быть красивой, желанной и любимой, не стареть и не болеть!

Попрощаемся с болезнями



Панацея (или Панацея) и Гигия владели даром целительства, во всем помогали отцу Асклепию, но между собой постоянно спорили. Высокомерная Панацея считала себя всеисцеляющей и гордо заявляла, что она может найти и подарить людям одно лекарство от всех болезней сразу, а скромная Гигия разумно удерживала сестру от столь многообещающих заявлений.

- *Одного - единственного средства на все случаи жизни быть не может, - говорила она. - Все создано для того, чтобы в любых, самых непредвиденных обстоятельствах человек смог бы спасти себя сам.*

- *Но, - возражала Панацея, - он награжден Разумом, Воображением, памятью, Волей, Чувствами, даже Сверхсознанием, то есть способностью к творчеству! Разве всегда человек платит нам Благодарностью и Любовью?!*

- *Да, верно. Но это только потому, что человек не знает Законов жизни. Мы должны научить его этим Законам, чтобы на Земле не произошло катастрофы.*

- *Ну, нет уж! Ни за что на свете я не доверю свои силы людям!*

Так и разошлись дочери бога врачевания Асклепия по разным дорогам: **Панацея лечит людей различными ядами** - порошками, микстурами, таблетками и до сих пор ищет одно-единственное средство от всех болезней сразу, а **Гигия просвещает людей, проповедует среди них Законы Жизни**, преступать которые нельзя никому. Она верит, что, овладев законами жизни, люди смогут передавать их друг другу и своим детям, что со временем все человечество станет физически и духовно здоровым, а сама жизнь на Земле - прекрасной.

Искусство жить уходит своими корнями в искусство быть здоровым. Да и сама жизнь на планете Земля имеет незыблемые законы, которые человеку и человечеству следует соблюдать, чтобы не потерять ее - жизнь. Человеку предстоит выбор - жить ли по законам природы или слепо следовать, не ведая куда, за невежеством, прибегая время от времени к услугам лекарственной медицины.

Человек существует потому, что он - неделимое целое. **Задумывались ли вы когда-нибудь над тем, что ваше здоровье - сугубо ваше личное дело?** Медицина, безусловно, занимается нами, но только нашими болезнями, а вовсе не здоровьем. Традиционная лекарственная медицина - это удел специалистов, причем узких специалистов.

Неудачи лекарственного лечения, сопровождавшиеся человеческими жертвами, побудили к возникновению нового течения - **натуральной гигиены.**

Узкая специализация, не лекарства и яды, а изучение законов всеобъемлющей природы, комплексное оздоровление всего организма в целом естественными методами (свет, воздух, вода, пища, движение) для поднятия коэффициента полезного действия целительных сил, заложенных в организме человека природой. (Продолжение следует)

И.А. ЕГОРОВА,
заместитель председателя Краевого совета женщин





КГУЗ «Клинический консультативно- диагностический центр Алтайского края»

Клиническая значимость патологической извитости внутренней сонной артерии в детском возрасте

ТАТЬЯНА ЕРГАРТОВНА ШУЛЬЦ,
детский невролог, высшая квалификационная категория;
ЮЛИЯ ВИКТОРОВНА СМИРНОВА,
врач высшей квалификации,
кандидат медицинских наук,
отделение функциональной диагностики
заболеваний нервно-мышечной системы



Т.Е. Шульц

Патологическая извитость внутренней сонной артерии в детском возрасте рассматривается как **врожденная патология, возникающая в результате эмбриологического дефекта.**

Эта аномалия является самой распространенной патологией брахиоцефальных артерий и встреча-

ется у детей с неврологическими заболеваниями.

У детей патологическая извитость внутренней сонной артерии (ВСА) часто возникают **головные боли**, преимущественно в лобно-височных областях, нередко **они сопровождаются тошнотой, рвотой и носовыми кровотечения-**

ниями. Головные боли возникают в возрасте 4-6 лет.

В школьном возрасте появляется **утомляемость, снижение внимания, нарушения в эмоциональной сфере и поведении.**

У подростков присоединяются более тяжелые симптомы: **онемение языка, неба, утрата речи, нарушение зрения, онемение конечностей.** Появление вышеуказанных жалоб должно насторожить в плане нарушения мозгового кровообращения, несостоятельности компенсаторных механизмов, ведущих к мозговой «катастрофе».

Острое нарушение мозгового кровообращения у детей начинается с резкой нарастающей головной боли, головокружения, рвоты, не приносящей облегчения. Через 2-3



Ю.В. Смирнова



◀ часа возникают **галлюцинации, утрата сознания**. У части детей с патологией ВСА возникают **эпилептические припадки** различного характера.

Таким образом, **патологическая извитость внутренней сонной артерии в детском возрасте является причиной недостаточности мозгового кровообращения, ишемического инсульта с развитием очаговых поражений вещества мозга и неврологической симптоматики**.

Диагностика патологической извитости внутренней сонной артерии проводится путем **специальных методов исследования**, таких как - дуплексное сканирование сосудов брахиоцефальной зоны, магнитно-резонансная томография в ангиопрограмме, при необходимости - каротидная ангиография в условиях специализированного стационара.

Все дети с вышеуказанной патологией требуют наблюдения, лечения и реабилитации узких специалистов: детского невролога и ангиохирурга.

**КОНТАКТНЫЕ
ТЕЛЕФОНЫ**
КГУЗ «Клинический
консультативно-
диагностический
центр Алтайского
края»:
(3852)26-16-63;
26-17-76.
Адрес:
г.Барнаул,
пр.Комсомольс-
кий, 75а ■

Нелегкие дни

Ежедневно от туберкулеза в России умирают 88 человек, а 327 граждан выясняют, что больны им. Медики бьют тревогу: количество заболевших стремительно растет. В прошлом году их было 118 тыс. На Западе же туберкулезников в 16 раз меньше. Среднестатистический больной туберкулезом россиянин – 43-летний алкоголик без квартиры и не обремененный семьей.

Две трети заболевших туберкулезом составляют бывшие заключенные.

В прошлом году в российских тюрьмах было выявлено порядка 8 тыс. случаев заболевания.

Еще одни потенциальные клиенты туберкулезного диспансера - лица без определенного места жительства. Помимо скудного рациона и отсутствия элементарных социальных условий, на количество заболеваний влияют и свалки. Отечественные больницы нередко нарушают технологию утилизации медицинских отходов - одноразовых простыней, салфеток, посуды. Вместо того чтобы обеззараживать и сжигать медицинские отходы, как это положено, сотрудники диспансеров и больниц могут просто выбросить их на помойку. Таким образом, платок больного туберкулезом может легко попасть в руки бродяге, который рискует подцепить аналогичное заболевание и стать разносчиком инфекции.

Однако туберкулез встречается не только у маргинальных слоев населения. **Эксперты убеждены: заболеть рискуют и вполне благополучные**



представители общества. Общий иммунитет снижается, что сильно повышает вероятность заболеть туберкулезом. Из-за общего социального неблагополучия люди плохо и мало питаются, не получают нужных микроэлементов и витаминов. У нас болезнь лечится одним препаратом, а не несколькими одновременно, как на Западе. Происходит привыкание, и в итоге появляются открытые формы бактерий, устойчивых к лечению, говорят специалисты.

Еще одна причина увеличения уровня заболеваемости туберкулезом кроется в злополучном квартирном вопросе. Раньше больному туберкулезом полагалась отдельная комната, но сейчас нового жилья под социальные цели не строится. И вот

приходится пока еще здоровой семье ютиться с заболевшим родственником, подвергая опасности не только себя, но и детей. Госпитализировать туберкулезника насильно нельзя - теперь это классифицируется как нарушение прав человека.

Но основной причиной роста заболеваемости эксперты называют **равнодушие людей к своему собственному здоровью**. А ведь чем раньше заболевание будет выявлено, тем больше шансов его быстро вылечить. Но нередко люди считают, что заботиться о них должны только врачи и государство. В итоге рекомендации пройти флюорографию люди часто пропускают мимо ушей, за что потом расплачиваются своим здоровьем.



2007 год объявлен в России годом чтения

Библиотека, по моему глубокому убеждению, особенно в сельской местности, сохранила статус учреждения, которое оказывает очень важное влияние на развитие, особенно, детей и подростков, и поддержание духовности.

Но главное - она терпеливо, трепетно выпестывает читателя, начиная с юных лет, а в последнее время все чаще библиотекари говорят о «читающей семье».



Отрадно, что библиотеки все больше проявляют инициативу, выдумку, вокруг них объединяются общественные организации, они влияют на состояние морально-психологического климата в своих посланиях.

Опыт партнерства в формировании здорового образа жизни семьи у нас сложился с **центральной городской библиотекой г. Новоалтайска**. Именно поэтому мы с удовольствием поддержали проект «**Читающая семья - читающий город**», посвященный Году чтения в России. Этот проект задумали сотрудники библиотеки вместе с ее руководителем **Ольгой Леонидовной ЧАЙКОЙ**. Его участниками стали Женсовет города и Школа планирования семьи, Центр самовосстановления личности, другие общественные организации.

Разные семьи требуют разных подходов, и такую специфику самых разных семей: только ожидающих

малыша, имеющих детей до трех лет или другого возраста, детей с ограниченными возможностями - и учли организаторы проекта.

Проводятся тематические выставки литературы «Права женщин», «Семейное право», «Пишем историю семьи», «Азбука для родителей», «Вместе с книгой мы растем», «Летом некогда скучать - будем много мы читать». Но это не выставки-подборки книг на полке в привычном для многих понимании. Выставка-конкурс, выставка-знакомство, выставка-диалог, выставка-размышление, выставка-открытие. Праздники посвящения в читатели, праздники семей.

Коллектив постоянно в поиске, им есть чем поделиться. Но они готовы и умеют учиться. В рамках постоянно действующего семинара 15 марта 2007 года

мы обсудили вопросы «**О возможных формах сотрудничества общественного сектора библиотечной системы в решении демографических проблем**». Его участниками стали не только работники Новоалтайской центральной городской библиотеки и ее филиалов, приглашение получили работники библиотек Первомайского района, школ города, комитета по образованию городской администрации, представители общественных организаций.

От Фонда «Содействие» все библиотеки города Новоалтайска и Первомайского района получили в подарок годовую подписку журнала «Здоровье алтайской семьи», со всеми приложениями из библиотеки «Школы здоровья - школы профилактики», всего 50 комплектов.



Новоалтайская центральная городская библиотека, семинар

На заметку

Семья - это диагноз

Украинским женихам и невестам перед свадьбой придется обмениваться медицинскими справками. Президент Виктор Ющенко подписал закон, согласно которому желающие вступить в брак несут ответственность за сокрытие информации о собственных недугах.

В случае, если опасные для партнера болезни будут утаены, но обнаружены по прошествии какого-то времени, брак будет считаться недействительным.

Уже сегодня на Украине есть все возможности для такого обследования, но оно пока добровольное. Тем не менее каждой паре сообщается о желательности и преимуществах этой процедуры и выдается список клиник, в которых можно пройти обследование. Теперь же будут требовать от них обращения к медикам, а при самом заключении брака проверять наличие справок, как это происходит, например, в Мексике.

Каких именно врачей придется обходить женихам и невестам, пока неизвестно. Это должно определить правительство Украины в течение месяца, как и список болезней, сокрытие которых будет караться законом. Между тем многие депутаты Верховной рады уверены, что нововведение подхлестнет коррупцию, ведь справки о здоровье для военкоматов или получения прав в ГАИ давно продаются или покупаются.



ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

В официальной рубрике нашего апрельского журнала я, как президент «ПАСМР», решила опубликовать обращение к вам В.А. САРКИСОВОЙ, Президента РАМС, поскольку считаю очень актуальной проблему, обсуждение которой предложено в журнале «Вестник РАМС» № 1 за 2007 год.

ДОРОГИЕ ДРУЗЬЯ!

Считаю необходимым сказать о тех серьезных медицинских ошибках, которые произошли одна за другой - сначала в Краснодарском крае, а потом в Екатеринбурге. Обе истории не оставили равнодушными не только российскую, но и мировую общественность, и обе были связаны с действиями как врачей, так и медицинских сестер.

Случаи непрофессионального оказания медицинской помощи, которые получают широкий общественный резонанс, формируют негативное и предвзятое отношение со сто-

роны пациентов ко всем медицинским работникам, ко всей системе здравоохранения и, вне всяких сомнений, требуют анализа и оценки со стороны самих медицинских работников.

Медицинские ошибки происходят во всем мире, и во всех странах врачи и медсестры по-разному оценивают роль средств массовой информации в анализе таких эпизодов. С одной стороны, **специалистам, оказывающим качественную помощь, отдающим все свое внимание, знания и силы любимому делу, обидно сравнение с теми, кто допускает непоправимые ошибки,**



В.А. Саркисова

приносящие вред здоровью и жизни пациентов. С другой стороны, публичность обсуждения способна предотвратить повторение таких ошибок, сформировать более качественную систему безопасности пациента. **Ошибки происходят по самым разным причинам, среди которых - не только отсутствие знаний и опыта, т.е. непрофессионализм самих работников, но и несовершенство системы здравоохранения.** По моему глубокому убеждению, медицинские сестры, которые призваны быть адвокатами пациента, должны работать над предотвращением как личных, так и системных ошибок.

Ассоциация медицинских сестер России ведет такую работу на национальном и региональном уровнях. **Сегодня профессиональные ассоциации медицинских сестер во многих российских регионах проводят учебные семинары, научно-практические конференции, разрабатывают методические рекомендации, новые современные виды сестринской документации.** Главное, что ведущим принципом всей этой работы выступает **защита интересов пациента.** Все образование в системе здравоохранения, к которым стремится общество, связано с тем, чтобы в центре системы охраны здоровья были именно его потребности. В настоящее время эксперты Ассоциации медицинских сестер России совместно с представителями Канадской ассоциации медсестер и колледжа им. Грэнта МакЮэна ведут



Дорогие друзья!

12 мая мировое сестринское сообщество традиционно отмечает Международный день медицинской сестры.

В канун этого праздника примите самые добрые и сердечные поздравления! Вы

выбрали нелегкую, но благодарную профессию, которой остаетесь верны!

От всей души желаю вам крепкого здоровья, благополучия, дальнейших успехов в работе, веры в силу добра и любви к людям!

**С уважением, ваша Лариса ПЛИГИНА,
Президент АРОО «ПАСМР»**

разработку протоколов выполнения простых сестринских манипуляций. В результате мы получим документы, соответствующие современным стандартам оказания медицинской помощи, что обязательно приведет к повышению качества сестринского ухода и укреплению системы безопасности пациента.

Вместе с тем существенные изменения качества оказываемой помощи и повышение уровня безопасности пациентов возможны только при активной позиции медицинских сестер на местах. Если в вашем лечебном учреждении существует острая нехватка кадров, если медицинские сестры работают на 1,5 или даже на 2 ставки, то очевидно, что предельная нагрузка рано или поздно приведет к непоправимой ошибке. В такой ситуации каждая старшая и главная медсестра должны предпринимать все меры как для привлечения кадров, так и для обсуждения опасной ситуации с руководителями здравоохранения и с населением, используя местные средства массовой информации. Аналогичных усилий требует и решение других вопросов предоставления качественной сестринской помощи, таких, как наличие одноразовых расходных материалов, полное оснащение рабочих мест, обеспечение качественными средствами и технологиями дезинфекции и т.п.

Надеюсь, что наступит момент и для того, чтобы медицинские сестры Российской Федерации отказались от 24-часовых дежурств, как это принято во многих странах, пропагандирующих интересы пациентов.

Думаю, что в контексте имеющихся проблем всем нам стоит обратить особое внимание на девиз Международного дня медицинской сестры 2007 года: «**Благоприятная производственная среда: качество рабочего места = качество ухода за пациентом**».

Желаю вам крепкого здоровья, весеннего тепла, успехов!

**В.А. Саркисова,
Президент РАМС**

Юридические консультации

Часто поступают вопросы, касающиеся оплаты работы в выходные и праздничные дни. 30 июня 2006г. принят Федеральный закон от 30.06.06 № 90-ФЗ, которым внесены изменения в ряд статей Трудового кодекса РФ в целях устранения обнаружившихся в практике применения неточностей и разночтений, в т.ч. и в ст.153 ТК РФ об оплате труда в выходные и нерабочие праздничные дни.

Новый порядок оплаты работы в выходные и праздничные дни

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

В соответствии с трудовым законодательством (ст.111 ТК РФ) всем работникам предоставляются выходные дни.

При пятидневной рабочей неделе работникам предоставляются два выходных дня в неделю. При этом общим выходным днем является воскресенье. Второй выходной день устанавливается коллективным договором или правилами внутреннего трудового распорядка организации. Оба выходных дня предоставляются, как правило, подряд. При шестидневной рабочей неделе - один выходной день.

Работникам организаций, приостановка работы которых в выходные дни в связи со спецификой деятельности невозможна, выходные дни предоставляются в другие дни недели, определяемые графиками сменности и правилами внутреннего трудового распорядка.

ОПЛАТА РАБОТЫ

Согласно части 1 ст.153 ТК РФ работа в выходной или нерабочий праздничный день оплачивается не менее чем в двойном размере.

При этом новая редакция статьи уточняет, что оплате подлежит только время, фактически отработанное в выходной или нерабочий праздничный день.

Из положений абзаца четвертого следует, что работникам, получающим оклад (должностной оклад), работа в эти дни оплачивается в размере не менее одинарной дневной ставки сверх оклада (должностного оклада) при работе полный день, если работа в выходной или нерабочий праздничный день производилась в пределах месячной нормы рабочего вре-

мени и в размере не менее двойной дневной ставки сверх оклада (должностного оклада), если работа производилась сверх месячной нормы рабочего времени.

Если же указанные работники привлекались к работе в выходные или нерабочие праздничные дни на определенное количество часов, их работа оплачивается в размере не менее одинарной часовой ставки сверх оклада (должностного оклада) за каждый час работы, если работа в выходной или нерабочий праздничный день производилась в пределах месячной нормы рабочего времени и в размере не менее двойной часовой ставки сверх оклада (должностного оклада) за каждый час работы, если работа производилась сверх месячной нормы рабочего времени.

Пример 1. В связи с производственной необходимостью медицинский работник, которому установлен подневный учет рабочего времени, привлекался к работе на весь день в свой выходной 22 июля 2006 г. (суббота). Месячный должностной оклад медицинскому работнику - тариф, установлен по 11 разряду ЕТС в размере 2466,20 руб. Дневная тарифная ставка медицинского работника в июле составляет: $2466,20 : 21 = 117,44$ руб., где 21 - количество рабочих дней по графику работника в июле. Размер оплаты за работу в выходной день составит не менее: $117,44 \times 2 = 234,88$ руб.

Рассчитываем тарифную часть заработной платы за июль: $2466,20 + 234,88 = 2701,08$ руб. Эту тарифную часть заработной платы медицинский работник должен получить с учетом того, что отработал в июле 22 рабочих дня при норме 21 рабочий день.

Если руководитель учреждения здравоохранения в этом же месяце предоставля-

ет медицинскому работнику с его согласия дополнительный день отдыха, например, 25 июля (вторник), то фактически работа в выходной день в июле будет произведена в пределах нормы рабочего времени данного медицинского работника в июле - 21 рабочий день. В этом случае работа в выходной день подлежит оплате в размере 117,44 руб., а тарифная часть заработной платы за июль составит: $2466,20 + 117,44 = 2583,64$ руб.

Пример 2. Медицинскому работнику установлено сокращенное рабочее время 36ч. в неделю, сменный режим работы в предусматривающий работу в праздничные дни по графику, и суммированный учет рабочего времени с учетным периодом один месяц. Месячный должностной оклад медицинского работника составляет 2466,20 руб. Работник отработал в праздничный день 12 июня 2006г. смену (12ч.) в соответствии с графиком. Поскольку работа в праздничный день в данном случае осуществлена в пределах нормы рабочего времени, она оплачивается в одинарном размере сверх должностного оклада: $2466,20 : 148,47 \times 12 = 199,3$ руб., где 148,47 - среднемесячное число рабочих часов в 2006г. при 36-часовой рабочей неделе. Тарифная часть заработной платы в июне составит: $2466,20 + 199,30 = 2665,50$ руб.

Таким образом, статья устанавливает минимальный размер оплаты работы в выходные и праздничные дни исходя из дневной или часовой тарифной ставки.

В ст.153 ТК РФ введено дополнительное положение о том, что конкретные размеры оплаты за работу в выходной или нерабочий праздничный день могут устанавливаться коллективным договором, локальным нормативным актом, принимаемым с учетом мнения представительного органа работников, трудовым договором. В государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения указанное положение может быть реализовано за счет средств, получаемых от внебюджетной деятельности.



Про БАДы...



ТАТЬЯНА НИКОЛАЕВНА ИВАНОВА,
преподаватель фармакологии высшей категории ГОУ СПО
«Барнаульский базовый медицинский колледж»

Гиппократу принадлежат слова: «Пусть ваша пища станет вам лекарством». В современном мире возник новый вид продуктов, по виду похожих на лекарства, а по содержанию являющихся пищевыми веществами - биологически активные добавки к пище (БАД). Родина этого продукта - Америка.

Сегодня в обществе представлены два основных взгляда на БАД: у медицинских работников добавки вызывают неприятие или осторожный интерес. В то же время навязчивая реклама биологически активных добавок в средствах массовой информации перенасыщена восторгами.

БАД - это продукт, продающийся вместе с лекарствами и внешне очень похожий на них по упаковке, форме выпуска и даже способам применения, активно распространяющийся по «сетевому маркетингу».

Нередко реклама утверждает, что биологически активные добавки лечат так же, а порой даже лучше, то есть безопасней, чем лекарства. Однако при этом, в отличие от лекарств, о них часто не сообщается ни полных данных качественного и количественного состава активных ингредиентов, ни доказательных результатов клинических испытаний.

Термин «лекарственные средства» определен Федеральным законом РФ №86 от 22 июня 1998г. «О лекарственных средствах». **Лекарственные средства - это вещества, применяемые для профилактики, диагностики, лечения болезни, предотвращения беременности, полученные из крови, плазмы крови, а также органов, тканей человека или животного, растений, минералов, методами синтеза или с применением биологических технологий.**

Определение биологически активных добавок указано лишь в приказе Министерства здравоохранения РФ №117 от 15 апреля 1997г. «О порядке экспертизы и гигиенической сертификации биологически активных добавок к пище».

Биологически активные добавки к пище (нутрицевтики, парафармацевтики) - это концентраты натуральных или идентичных натуральным биологически активные вещества, предназначенные для непосредственного приема или введения в состав пищевых продуктов с целью обога-

щения рациона питания человека отдельными биологически активными веществами или их комплексами.

Биологически активные добавки к пище подразделяют **на три группы:**

1. **нутрицевтики:** витамины, минералы, жирные кислоты, отдельные аминокислоты;

2. **парафармацевтики** - препараты чаще всего растительного происхождения;

3. **эубиотики**, или **пробиотики**, состоящие из микроорганизмов, используются для поддержания нормального состава и функциональной активности кишечной микрофлоры.

«Биологически активные добавки не должны содержать сильнодействующих, наркотических и ядовитых веществ, а также растительного сырья, не применяемого в медицинской практике и не используемого в питании» - такое указание сформулировано в приказе Министерства здравоохранения еще в 1997 году. А в реальности?

В Москве, в Кунцевском районном суде проходило заседание по делу, в котором рассматривалась деятельность группы, занимавшейся распространением через «сетевой маркетинг» так называемых «Тайских таблеток». В их составе было сильнодействующее вещество Диазепам (Седуксен, Реланиум). Стоимость одного курса снижения веса, в зависимости от того, на какое количество килограммов хотел похудеть пациент, составляла от 4 до 16 тысяч рублей. Но не деньги заставили доверчивых пациентов обратиться с заявлением в прокуратуру, а резкое ухудшение здоровья.

С 1980 года **запрещены** к применению в медицинской практике **«болиголов пятнистый»** и **«гриб мухомор красный»** (приказ МЗ СССР №625 от 16 июня 1980 года), так как содержат ядовитые вещества. Однако среди онкологических пациентов по частоте применения они на одном из первых мест. ▶

Сравнительная характеристика БАД и лекарственных средств

Параметр	Лекарственные средства	Биологически активные добавки к пище
1. Цель приема	профилактика болезней; диагностика болезней; лечение болезней; предотвращение беременности	профилактика болезней
2. Источник получения	кровь, плазма крови; органы и ткани человека, животного; растения; минералы	растительное; животное; минеральное сырье
3. Формы	капсулы, экстракты, настои, эмульсии, суспензии, таблетки и другие формы	экстракты, настои, бальзамы, порошки, чайные напитки, сиропы, таблетки, капсулы и другие формы



Сурковый, барсучий и медвежий жиры не используются в питании, но рекомендуются детям для лечения и профилактики рахита.

В составе БАД нередко используются лекарственные растения с выраженным влиянием на функцию сердечно-сосудистой, нервной, половой систем. Некоторые из этих растений в большей части **не стандартизированы** по активно действующим компонентам, но рекомендуются как абсолютно безопасные средства.

Биологически активные добавки отличаются еще и тем, что **применяются более продолжительно, чем лекарственные препараты, но многие забывают о необходимости ограничения курса их приема.**

Сертификации подлежат нутрицевтики, являющиеся источниками пищевых веществ в дозах, не превышающих 6 суточных потребностей человека, и парафармацевтики, дозировка активных веществ в которых ниже терапевтической. К сожалению, при выдаче регистрационного удостоверения эффективность БАД не исследуется.

Многие биологически активные добавки к пище сложно использовать, точно соблюдая дозировку: как правило, доза указана не на таблетку, а на 100 граммов продукта. Это классический прием для пищевых товаров, но не для лекарственных средств.

Самое серьезное и частое нарушение законодательства - это обещание, что добавки лечат, причем все - от рака до импотенции. Эти обещания ни на чем не основаны. В соответствии с действующим законодательством:

- ◆ **реклама БАД в качестве лекарственных препаратов с 1 июля 2006 года карается штрафом; на этикетке должно быть указание, что БАД не является лекарством;**

- ◆ **запрещается ссылка на проведенные клинические и лабораторные исследования, имевшие положительный эффект;**

- ◆ **запрещено использовать в рекламе образ врача;**

- ◆ **рекламное сообщение не должно содержать «инструкции для самолечения»;**

- ◆ **не допускается использование термина «экологически чистый продукт», как не имеющего законодательного и научного обоснования;**

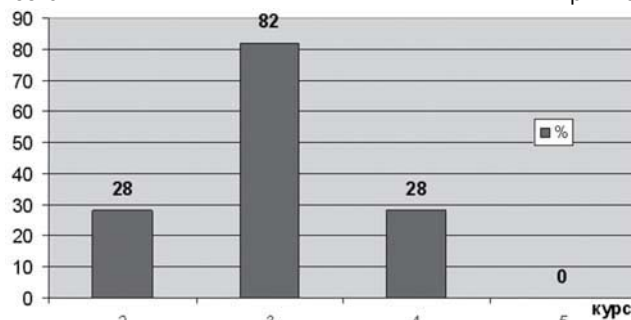
- ◆ **недопустимо в рекламе создавать впечатление, что природное происхождение сырья, используемого в составе БАД, является гарантией безопасности;**

- ◆ **реклама БАД не должна подрывать веру потребителей в эффективность других средств при профилактике и вспомогательной терапии;**

Члены студенческого научного общества Барнаульского базового медицинского колледжа секции «Фармакология и фитотерапия» провели анкетирование студентов колледжа с целью выявить степень их информированности о БАД к пище.

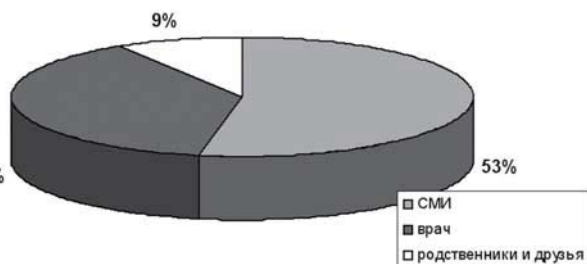
Проанкетированы 222 человека, обучающихся на всех специальностях колледжа. Из них студенты 2-го курса - 60, 3-го курса - 55, 4-го курса - 60, 5-го курса - 47 человек. По полученным данным, на вопрос: «Что такое БАД?» **подавляющее число студентов не видит разницы** в действии между биологически активными добавками к пище и лекарственными препаратами.

Студенты 3-го курса практически в 100% случаях дают правильное определение БАД, но в то же время 82% используют их с лечебной целью. Студенты 2-го и 4-го курса принимают БАД для лечения в 28% случаев, в том числе и по назначению врача студенческой поликлиники.



Использование БАД для лечения студентами ББМК

Основную информацию о БАД студенты колледжа получают из СМИ (53%): центрального и местного телевидения, радио, журналов. На втором месте - от врача (38%) и около 9% - от друзей и родственников.



Источники информации о БАД

О побочном действии БАД знают 58% студентов 5-го курса, а остальные курсы - менее 50%.

Не секрет, что посетители аптек часто покупают биологически активные добавки к пище с целью лечения. Однако предупреждать заболевания значительно безопаснее и даже экономически выгоднее, чем лечить. Тем не менее, россияне занимаются профилактикой редко. Тогда же, когда уже заболели, не-

редко отказываются прибегать к помощи специалистов, мотивируя это, чаще всего, тем, что медицина - дорогая. В этих печальных случаях заболевшие люди начинают заниматься самолечением, и, к сожалению, часто самолечением с помощью БАД.

БАД - не лекарства, и лечиться ими нельзя!

БАД подлежат распространению через аптечную сеть и специализированные отделы торговой сети.

В результате исследований, проведенных в районе, прилегающем к медицинскому колледжу, было выявлено, что из 16 аптечных учреждений, находящихся в пяти ЛПУ (городские больницы), трех поликлиниках, восьми аптеках (одна государственная и семь частных), во всех 100% случаев в ассортименте имеются биологически активные добавки к пище.

На российском фармацевтическом рынке три лидера продаж: «Диод» - 10,8% продаж (Капиллар, Иод-актив); «Эвалар» - 8,5% продаж (Черника-форте, Овесол), ООО «Жуй дэ Мэн» - 6,8% (таблетки для похудения). Все перечисленные фирмы представляют свою продукцию и в обследованных учреждениях.

Хотя еще в 2004 году (приказ №01-9/7 от 25.02.2004г.) **комитет администрации Алтайского края по здравоохранению запретил распространение (торговлю) биологически активных добавок (БАД) в стационарах и поликлиниках, а также подмену лекарственной терапии БАД.** Данные действия идут вразрез с должностями согласно Трудовому кодексу РФ.

Вот мнение заместителя председателя Форумного комитета и руководителя отдела стандартизации в здравоохранении НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением П.А. ВОРОБЬЕВА: «По схеме сетевого маркетинга распространяется страшный продукт - БАД. Врачи оказались поставлены на одну доску с рыночными торговцами. БАД, вопреки законам, зарегистрированы Минздравом, давление рекламы в СМИ огромно. При такой ситуации практическое здравоохранение может сползти в яму мракобесия, шаманства. Рецепта, как выбираться из ямы, - нет. Простой призыв к запрету этой деятельности не принесет результата. Но управлять ситуацией необходимо».

«Первейшим благом является здоровье, красота - вторым и лишь третьим - богатство» - слова, сказанные Платоном. Будем учиться сами беречь это первейшее благо.



СЛУХ – ЭТО ЦЕННЕЙШИЙ ДАР

ЕЛЕНА ВЛАДИМИРОВНА ЗАМЯТИНА,
врач сурдолог-оториноларинголог,
отдел слухопротезирования,
АКГУП «Алтаймедтехника», г.Барнаул

Наши уши представляют собой сложный орган. Они могут воспринимать воздушные волны и преобразовывать их в «звуки» в нашем мозге. Они контролируют равновесие и во многом определяют наше отношение к окружающему миру. Наша способность или неспособность слышать влияет почти на все аспекты нашей жизни.

Какова природа звука?

Звуки - это воздушные волны или колебания, ощутимые здоровым ухом. Эти колебания характеризуются частотой (высотой) и амплитудой (громкостью). **Частота** определяется как количество колебаний в секунду и измеряется в герцах (Гц). Чем больше частота, тем выше звук, и наоборот. Примером высокого звука является пикколо (малая флейта) или пение птиц. К низким звукам относятся отдаленные раскаты грома или басы в музыке.

Уровень звукового давления выражается в децибелах (дБ). Однако уровень звукового давления не следует путать с громкостью. Например, звонок будильника будет звучать гораздо громче, чем рычание собаки, даже если оба звука имеют одинаковый уровень звукового давления. Следовательно, громкость – субъективная величина и не может быть точно измерена.

Разные звуки имеют различные характеристики. Простые звуки, такие, как чистые тона, - это колебания с одной частотой, в то время как сложные звуки состоят из колебаний на разных частотах. Большинство звуков, которые мы каждый день

слышим, являются сложными. Речь, например, состоит из колебаний с различным уровнем громкости на разных частотах. Обычно диапазон этих частот - от 500 до 4000 Гц.

Как же работает наше ухо?

Человеческое ухо принимает звуковые волны, преобразует их в сигналы, которые поступают в мозг, где они анализируются и интерпретируются. Возможно, лучший способ объяснить работу уха - это описать путь, который звук проходит через различные части уха.

Сначала он попадает во внешнее ухо - **ушную раковину**, собирающую волны и направляющую их в слуховой проход, где они усиливаются благодаря его воронкообразной форме. Слуховой проход оканчивается **барабанной перепонкой**.

Далее следует **среднее ухо** - заполненная воздухом камера, связанная с назальным и глоточным проходами евстахиевой трубой, которая предназначена для выравнивания звукового давления по обе стороны от барабанной перепонки. *Евстахиева труба* обычно закрывается и открывается естественным образом, когда вы глотаете или зеваете. Звуковые волны вызывают колебания ба-



рабанной перепонки, которые передаются по цепочке прикрепленных к ней звуковых косточек. Эти самые маленькие кости человека называются *молоточек*, *наковальня* и *стремячко*. Они механически связывают барабанную перепонку с овальным окном внутреннего уха.

Наконец, звук попадает во **внутреннее ухо**. Основная часть заполненного жидкостью внутреннего уха свернута спиралью и поэтому называется *улиткой*. В улитке находятся приблизительно 20000 микроскопических сенсорных клеток, соединенных с волокнами слухового нерва и имеющих окончание в форме волосков. Разные группы этих волосатых клеток реагируют на различные частоты колебаний. Попадая в улитку, преобразованные звуковые волны вызывают колебания жидкости. При этом волосковые клетки, сгибаясь и разгибаясь, порождают нервные электрические импульсы, которые посылаются в мозг. Здесь эти импульсы интерпретируются как значимые звуки.

В 90% случаев потеря слуха происходит из-за разрушения волосковых клеток во внутреннем ухе - вследствие старения, болезни или влияния очень громких звуков. Это нарушение слуха называется *сенсоневральной* (или перцептивной) *потерей слуха*. ►

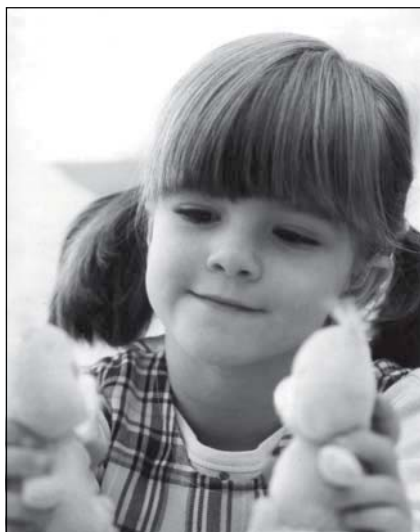


Последствия **тугоухости** почти всегда одинаковые: человеку становится труднее отличить речь в шуме, некоторые высокие звуки, такие, как пение птиц, полностью пропадают, человеческая речь кажется невнятной, и приходится часто переспрашивать. Проблема заключается в том, что **мозг не получает сигналы, соответствующие звукам на разных частотах**, необходимые для того, чтобы, например, сделать речь понятной. Это немного напоминает ситуацию, когда на фортепиано удалили все высокочастотные клавиши и попросили кого-нибудь сыграть известную мелодию. Даже если недостает 6 или 7 клавиш, мелодия станет трудноузнаваемой и будет звучать совершенно неправильно. Если повреждены волосковые клетки во внутреннем ухе, их уже невозможно восстановить. **Однако слуховой аппарат может значительно повысить вашу способность слышать.** Вы также можете предотвратить дальнейшее ухудшение слуха, избегая слишком длительного воздействия громких звуков и шума.

Что происходит при потере слуха?

Если потеря слуха вызвана накоплением серы в ушном канале, то «пробка» может легко быть удалена лор-врачом.

Некоторые **другие виды кондуктивной тугоухости поддаются консервативному лечению** - противовоспалительная терапия, восстановление функции слуховой трубы и другие методы лечения. С другой стороны, если потеря слуха вызвана повреждением волосковых клеток во внутреннем ухе, то верным решением будет **использование слухового аппарата.**



Хорошо ли вы слышите?

Случается ли вам не слышать стука в дверь или телефонного звонка? Часто ли вас просят говорить тише? Жалуются ли домашние, что вы включаете телевизор на слишком большую громкость? Не кажется ли вам, что большинство людей говорят невнятно, бормочут?

Если хотя бы на несколько вопросов вы ответили «да», вам следует обратиться к врачу-сурдологу, который проведет необходимые обследования.

Если вы заметили, что слух начал ухудшаться, **не отчаивайтесь.** Это не только ваша проблема: в мире более 500 миллионов страдающих от нарушения слуха. И это число постоянно растет, поскольку экология продолжает ухудшаться, а люди в большинстве своем по-прежнему безалаберно относятся к собственному здоровью.

Нарушение слуха - проблема медицинская, психологическая и социальная. Заметить ухудшение слуха, признать себе в этом - первый шаг к ее решению. **Сегодня можно эффективно решить проблемы со слухом и вернуть человеку мир звуков.**

Если врач диагностировал снижение слуха, возможно, он назначит лечение или порекомендует операцию. Но эти меры помогают улучшить слух лишь небольшому числу людей. Действенную помощь оказывает **коррекция слуха с помощью слуховых аппаратов.** Возможности современных слуховых аппаратов очень велики, но они должны быть правильно подобраны и индивидуально настроены квалифицированным специалистом.

Не стоит откладывать визит к слухопротезисту: мозг, длительное время не получающий звуковых раздражений, отвыкает отличать одни звуки от других. Если человек на долгое время выпал из мира звуков, ему сложнее заново учиться слышать. Поэтому чем раньше будет подобран слуховой аппарат, тем лучше будет результат коррекции.

Куда обращаться за помощью?

Отдел слухопротезирования в **АКГУП «Алтаймедтехника»** ориентирован на помощь людям с ослабленным слухом. В отделе слухопротезирования вам предложат консультацию врача сурдолога-оториноларинголога по вопросам нарушенного слуха и методам его коррекции, здесь вы можете пройти тестирование слуха (запись аудиограммы) с использованием современных аудиологических методик и аудиологического оборудования **фирмы «INTERACOUSTICS».**



В отделе представлен широкий выбор моделей слуховых аппаратов ведущих отечественных и зарубежных производителей: «Исток-Аудио», «РИТМ», «Siemens», «Oticon», «Phonak», «CN Re Sound», «Bernafon». Слуховой аппарат вам подберут индивидуально, настроят в соответствии с вашим слухом. Проведут компьютерную настройку цифрового аппарата по данным вашей аудиограммы.

В отделе слухопротезирования можно изготовить **индивидуальный ушной вкладыш**, без которого невозможно задействовать все возможности даже самого современного и высокотехнологичного слухового аппарата.

Комплекующие изделия, элементы питания и средства ухода за слуховыми аппаратами вы также можете приобрести в отделе. Если у вас случились неполадки со слуховым аппаратом, вы можете получить **сервисное обслуживание, гарантийный и постгарантийный ремонт.** Специалисты отдела дадут рекомендации по адаптации и слуховому аппарату, расскажут, как ухаживать за ним.

Практически любую проблему со слухом можно решить, если заметить ее вовремя!

Отдел слухопротезирования АКГУП «Алтаймедтехника»:

г.Барнаул,
ул.Союза Республик, 30,
тел. (3852) 66-70-92. ■

Федеральная лицензия № 22-01-000463 от 31.01.07г.



Этапы большого пути. Шаг за шагом

СВЕТЛАНА ДМИТРИЕВНА ЯВОРСКАЯ,
врач-акушер-гинеколог первой категории, кандидат медицинских
наук, ассистент кафедры

Незаметно бежит время, и вот мой малыш уже на пороге третьего месяца жизни. «Что предстоит пережить нам? Что нового принесет этот месяц?» - думала я. Оказывается, немало.



даже хохочет, интенсивно двигает ручками и ножками и гулит.

Теперь он уже активно проявляет желание общаться. Неиссякаемый источник радости - появление перед его взором близких родственников: радостная улыбка, активные движения рук и ног и веселый лепет на своем «младенческом языке» ждут нас при каждой встрече с малышом. В педиатрии это называется **«комплексом оживления»**, появление которого можно считать стартом для психоэмоционального развития ребенка. Кроме этого он, уже начал узнавать меня, выделяя мое лицо среди других. **Он пристально всматривается в лицо** и ждет улыбки, а если ее не видит, то начинает беспокоиться и эмоционально замирает.

Сын начинает ориентироваться в мире звуков. Если раньше при необычных или громких звуках он только замирал, то теперь уже поворачивает голову в сторону звучащей игрушки или голоса. **Чтобы убедиться, что малыш хорошо слышит, я провела такой эксперимент.** Взяла 4 баночки из-под «киндер-сюрприза». Три баночки на одну треть заполнила: первую - горохом, вторую - гречкой, третью - манкой. Четвертая осталась пустой. Малыша положила на диван так, чтобы видеть его лицо и реакцию на звуковые раздражители, и начала трясти баночки на расстоянии 20-30 см от правого и левого его уха. При этом в одной руке у меня находилась баночка с крупой, а в другой - пустая. Движения рук были симметричны. На звук малыш то замирал, то двигался, то моргал. На более громкие зву-

ПИСЬМО ПРЕТЪЕ. (Неотправленные письма подруге)

...За прошедшие месяцы мой мальчик заметно подрос и окреп. Он уже привык к своей кроватке, коляске, ванночке, обстановке в комнате. **Мы постепенно входим в определенный стабильный ритм сна, активности и кормления.** Мне даже кажется, что малыш будет консерватором, потому что он всегда начинает «бунтовать» при переменах и отступлениях от привычного для него режима дня. **Ночной сон 10-12 часов** (с кормлениями через 3-4 часа), **днем 1-2 часа играем, 1-2 часа спим.**

Кроха вступил в новую стадию своего развития - период активного познания мира. Он уже хорошо научился **управлять взглядом** и большую часть бодрствования проводит, разглядывая окружающие предметы. Тем более что теперь у него для

этого больше возможностей: **он умеет поднимать и удерживать голову в положении лежа**, крепко держит ее, находясь у взрослых на руках. Найдя взглядом что-либо интересное, он **разглядывает привлекательный предмет**, старается проследить за ним и даже поворачивает для этого голову. С интересом рассматривает и тянет ручки к подвешенным над кроватью игрушкам. **Пока еще несмело и неловко начинает двигать ручками и даже пытается удержать в руках вложенную в них погремушку.**

В этом месяце мышцы малыша только-только освобождаются от физиологического гипертонуса. Повесили над кроватью колокольчик на ленте. Нежно глажу ручки малыша и тяну их к колокольчику - появляется звон, который привлекает внимание сынишки.

Чтобы ладошка быстрее раскрылась и малыш научился сам захватывать колокольчик, я несколько раз в день провожу гимнастику для пальчиков: прижимаю подушечки своих пальцев к его, глажу, целую их, играю в «Сороку» и «Ладушки». Сынуля изо всех сил пытается показать, что ему хорошо: он улыбается, глядя мне в глаза, или



ки, особенно на баночку с горохом, – поворачивал голову в сторону издаваемого шума.

Все эти игры нас с сыном очень сближают и радуют. А с каким восторгом малыш путешествует на моих руках по квартире, изучая ее и запоминая! А когда мы опробовали рюкзачок - кенгуру, - наши «гулянья» удлинились по времени, так как теперь сыну еще удобнее рассматривать все вокруг и при этом еще ощущать тепло и нежность матери, а мне, имея две свободные руки, удастся еще сделать какие-нибудь мелкие дела по дому. В общем, оба довольны.

Скоро станет тепло, и прогулки в рюкзачке можно будет совершать на улице. Тесный контакт с малышом поможет маме ненавязчиво знакомить его с родной природой, упоминать названия деревьев, кустов, цветов, и тогда прогулка превратится не только в оздоровительное мероприятие, но и в серьезное познавательное занятие.

Но среди приятных и милых моему сердцу перемен месяц таил в себе и мелкие неприятности. В три месяца начинается череда обязательных прививок.

Укол в ягодичку и капля неизвестной жидкости в рот при очередном посещении поликлиники мальчика сильно расстроили. К тому же в этот день пришлось отказаться от купания, а малыш так любит эту ежевечернюю процедуру. Кроме того, видимо, на фоне систематических недосыпаний, у меня резко уменьшилось количество молока. Это сразу отразилось на малыше. Он стал более капризным, реже 5-6 раз в день мочиться (синдром «сухих пеленок»), и моча вместо прозрачной стала желтого цвета, а кал приобрел зеленоватый оттенок.

Но я решила, что так легко не сдамся, и приложила все усилия по восстановлению продукции молока. Первое, что я сделала, - переложила часть домашних дел на нашего папу и стала использовать малейшую возможность, чтобы поспать. В данное время немая посуда или отсутствие кастрюли с супом в холодильнике - не повод отказывать себе в сне.

Второе - увеличила прием жидкости до 2,5 литров в день. У меня правило: покормила - выпей стакан воды, молока или сока. В аптеке прикупила фиточай «Для кормящих мам» и гомеопатические гранулы «Млекоин».

Третье - стала прикладывать ребенка к груди буквально каждый час. Кормление грудью - это время отдыха и источник положительных эмоций,

Нам три месяца



поэтому я забочусь о том, чтобы мне было комфортно в эти минуты.

И мы с сыном победили! Буквально через 4 дня я почувствовала хороший приток молока, что незамедлительно привело к улучшению настроения сына и к исчезновению у него вышеописанных настораживающих меня симптомов.

В этом месяце закончился срок большого листа по беременности и родам. По месту работы я оформила отпуск по уходу за ребенком. Приятно удивил размер ежемесячного пособия по уходу за ребенком до полутора лет. С 1 января 2007 года для работающих оно будет составлять 40% от среднего заработка, но не

меньше 1500 рублей при уходе за первым ребенком и 3000 рублей при уходе за вторым и последующими детьми, при этом максимальный размер пособия – 6000 рублей.

И еще одна новость - теперь детское пособие смогут получать на равных мать, отец, другие родственники и опекуны. Мамы-домохозяйки теперь тоже будут получать пособие по уходу за ребенком: 1500 рублей - за первым и 3000 рублей - за вторым и последующими детьми. Только при достаточной поддержке государства женщина может позволить себе полностью сконцентрироваться на детях, т.е. стать настоящей матерью. Женщина, которая работает, чтобы прокормить себя и своих детей, и лишь в оставшееся от работы время может заниматься их воспитанием, не может полностью реализовать себя в материнстве. Но пока, к сожалению, в нашей стране это не исключение, а практика.

С 16 по 22 апреля 2007г. Алтайский край участвует в «Европейской неделе иммунизации населения».

Календарь профилактических прививок

Возраст	Название прививки
12 часов	гепатит В – первая вакцинация
3-7 день	туберкулез (БЦЖ)
1 месяц	гепатит В – вторая вакцинация
3 месяца	дифтерия, коклюш, столбняк, полиомиелит – первая вакцинация
4,5 месяца	дифтерия, коклюш, столбняк, полиомиелит – вторая вакцинация
6 месяцев	дифтерия, коклюш, столбняк, полиомиелит – третья вакцинация;
12 месяцев	гепатит В – третья вакцинация
18 месяцев	корь, эпидемический паротит, краснуха – первая ревакцинация
20 месяцев	дифтерия, коклюш, столбняк, полиомиелит – первая ревакцинация
6 лет	полиомиелит – вторая ревакцинация
7 лет	корь, эпидемический паротит, краснуха – вторая ревакцинация
13 лет	дифтерия, столбняк – вторая ревакцинация;
14 лет	туберкулез – первая ревакцинация
Взрослые	гепатит В – вакцинация, если ранее ребенок не прививался; краснуха – вакцинация девочек, ранее не привитых
	дифтерия, столбняк – третья ревакцинация;
	туберкулез – ревакцинация;
	полиомиелит – третья ревакцинация
	ревакцинация против дифтерии и столбняка каждые 10 лет от момента последней ревакцинации



Что такое спланхноптоз?

ИРИНА ГРИГОРЬЕВНА ПОЛЕЩУК,
заместитель главного врача по лечебным вопросам
Алтайского краевого врачебно-физкультурного диспансера;

ВЯЧЕСЛАВ ФЕДОРОВИЧ ЧУДИМОВ,
кандидат медицинских наук, доцент АГМУ,
Заслуженный врач России;

ЛАРИСА ГРИГОРЬЕВНА УЛЬЯНОВА,
заведующая отделением физической реабилитации
Алтайского краевого

врачебно-физкультурного диспансера;
ИРИНА НИКОЛАЕВНА ПАСЕЧНЮК,
врач-интерн.

Под редакцией доктора медицинских наук, профессора,
главного врача Алтайского краевого
врачебно-физкультурного диспансера Николая Ивановича КУРОПЯТНИК

Как узнать насколько сильны ваши мышцы?

С целью определения двигательного режима для назначения ЛФК необходимо провести **функциональные пробы** для оценки исходного состояния силовой выносливости мышц и динамики их укрепления.

СИЛОВАЯ ВЫНОСЛИВОСТЬ МЫШЦ ЖИВОТА

○ **«УГОЛОК»** - лежа на спине, руки под головой, локти и поясничный отдел позвоночника прижаты к поверхности кушетки (пола). Поднять прямые ноги вверх под углом 45° и удерживать до усталости (в секундах), колени не сгибать, носки тянуть от себя, в поясничном отделе не прогибаться и не натуживаться.

СИЛОВАЯ ВЫНОСЛИВОСТЬ МЫШЦ СПИНЫ

○ **«РЫБКА»** - исходное положение - лежа на животе, руки вытянуты вперед. Приподнять над полом руки, ноги и голову. Руки в локтях не сгибать, голова между рук, носки ног тянуть. Удерживать это положение до усталости (в секундах). Голову назад не запрокидывать и не натуживаться.

СИЛОВАЯ ВЫНОСЛИВОСТЬ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА

○ Сесть на стул; кисти рук, сложенные ладонями внутрь, зажать между колен (не между бедер!) с максимальной возможной для вас силой, интенсивно втягивая при этом задний проход. Затем необходимо подсчитать время удержания максимального напряжения в этом положении с помощью секундной стрелки. **При проведении пробы дыхание не задерживать!**

○ Лежа на животе (на кушетке или полу), руки под лоб, максимально втянуть задний проход, напрягая ягодичицы и приподнимая прямые ноги над полом. Подсчитать время удержания напряжения в этом положении. **При проведении пробы дыхание не задерживать!**

Физкульт-рецепт на каждый день

Универсальный комплекс упражнений, который можно выполнять непосредственно на работе, в транспорте, дома и в любом месте, где это вам захочется.

Упражнение 1: исходное поло-

жение - стоя, напрячь ягодичицы, втянуть промежность, напрячь нижнюю часть живота и удерживать положение в течение 3-5 секунд, затем - расслабиться на 1-2 секунды. Повторить 3-7 раз.

Упражнение 2: исходное положение - сидя на стуле, напрячь ягодичицы, втянув промежность, напрячь нижнюю часть живота на 3 секунды, затем - расслабиться на 1-2 секунды. Повторить 3-7 раз.

Упражнение 3: исходное положение - стоя, ходьба на месте прямыми ногами, втянув промежность и напрягая ягодичицы, в течение 1 минуты. Повторить 3 раза.

Не забывайте выполнять эти упражнения и не ленитесь потратить время для заботы. Помните, что вы - самое заинтересованное лицо в восстановлении вашего же здоровья.

Полезные советы, которые помогут снизить прогрессирование заболевания:

● ограничение подъема тяжестей;

● при подъеме и перемещении груза избегать резких рывков, не держать груз на вытянутых руках с наклоном корпуса вперед, не поднимать его на прямых руках с наклоном корпуса вперед, не поднимать его на прямых ногах при согнутой спине;

● если работа связана с длительным сидением в течение дня, то необходимо делать паузы для отдыха каждые 40-50 минут, во время которых нужно встать, походить, выполнить упражнения из физкульт-рецепта;

● вставая с постели из положения лежа на спине ВАЖНО вначале повернуться на бок.

Если вы будете соблюдать эти правила, то избежите обострения за счет нерезкого повышения внутрибрюшного давления.



◀ Можно ли использовать корректоры внешней фиксации (бандажи)?

В период наличия у пациентов активных жалоб со стороны внутренних органов, диагностированного висцероптоза, слабого собственного мышечного корсета, а также в период формирования мышечного корсета средствами лечебной физической культуры **целесообразно ношение эластичного специального бандажа (корсета) с регулирующими степень натяжения застежками «велкро»** (липучки).

Бандаж надевается **утром после сна** (до вставания с постели).

Для того чтобы бандаж приносил пользу, а не мучение, вам нужно правильно его подобрать. Для этого **при выборе бандажа вы должны ориентироваться на степень его жесткости и натяжения**, которая подбирается индивидуально, чтобы чувствовалась индивидуальная поддержка, но не было стеснения дыхания и значительного ограничения объема движений, в том числе неудобства.

Сколько времени носить такой бандаж?

Длительность ношения бандажа **увеличивается постепенно**: от нескольких часов (1,5-2-4 ч.) до всего периода вертикального положения.

Обратите внимание, что при продолжительном ношении бандажа **обязательны занятия физическими упражнениями на формирование мышечного корсета** (одновременно необходимо укреплять мышцы брюшного пресса и тазового дна).

На начальном этапе занятий допускается выполнение физических упражнений в бандаже. При уменьшении жалоб и увеличении выносливости мышц брюшного пресса (свыше 1 минуты) продолжительность ношения бандажа может укорачиваться.

В дальнейшем, даже при отсутствии жалоб у пациентов **в целях вторичной профилактики ухудшения состояния при длительных вертикальных нагрузках, вибрации (езда в транспорте), подъемах тяжестей целесообразно надевать бандаж.**

ВАМ НА ПОМОЩЬ СПЕШАТ ТРАВЫ!

При гастроптозе одним из этиологических факторов являются хронические запоры. При склонности к запорам можно использовать **сборы трав, которые действуют послабляюще на стул.** Они употребляются в виде настоев и отваров на ночь один раз в три дня в течение месяца.

Сбор 1: крушина ольховидная (кора) - 1 часть; тысячелистник обыкновенный (травы) - 1 часть, солодка голая (корень) - 1 часть. 1ст.л. измельченного сбора заливается 1 ст. кипятка, настаивается 30 минут и применяется по 0,5 ст. на ночь.

Сбор 2: крушина ольховидная (кора) - 1 часть, вахта трехлистная (лист) - 1 часть, тысячелистник обыкновенный (травы) - 1 часть. Приготовить настой как в предыдущем сборе, принимать по 0,5 ст. на ночь.

Сбор 3: алтей лекарственный (корень) - 1 часть, ромашка аптечная (цветы) - 1 часть, солодка голая (корень) - 1 часть. В виде отвара (1ст.л. сбора на 1ст. воды, довести до кипения в закрытой посуде, настоять 20 минут), принимать по 1ст. на ночь.

Какая диета должна быть при спланхноптозе?

В свое меню вы должны включить **продукты, содержащие пищевые волокна и растительную клетчатку** (свекла, морковь, кабачок) в виде салатов на растительном масле, вы избавляетесь от такой проблемы, как запоры. Хорошим стимулирующим действием обладают **пшеничные и ржаные отруби**, добавляемые в пищу.

Но будьте внимательны! При спастических запорах введение сырой растительной клетчатки нецелесообразно.

Совмещайте удовольствие и лечение!

Ощутимый вклад в ваше здоровье принесет **само массаж.** При его выполнении необходимо **удобно лечь на спину, ноги слегка согнуть в коленных и тазобедренных суставах и развести** так, чтобы стопы были на ширине плеч. Максимально полно расслабить живот. Под таз необходимо подложить мягкий валик высотой 10 см.

Массаж живота проводится **в медленном темпе**, движения осуществляются по часовой стрелке вокруг пупка.

Используются массажные приемы в следующей последовательности:

- поглаживание четырьмя пальцами, затем ладонью с захватом всей поверхности живота;
- спиралевидное растирание кончиками пальцев, кулаком, основанием ладони;
- пиление ребром ладони;
- разминание мышц живота двумя руками в продольном и поперечном направлениях;
- потряхивание и легкое похлопывание живота.

Заканчивают массаж живота диафрагмальным дыханием, в результате которого происходит расслабление мышц в этой области.

Диафрагмальное дыхание

Лежа на спине, руки на животе, ноги согнуты в коленных и тазобедренных суставах, опираются на стопы. Вдох - живот надуть, выдох (удлиненный) - живот втянуть. Повторить 3-4 раза.

Не умеете делать массаж? Позвоните по телефону (3852) 65-66-69, и вы сможете научиться лечебному массажу на краткосрочных курсах. И вы сможете помочь не только себе, но и близким людям.

Перед тем как начать занятия, проконсультируйтесь со своим лечащим врачом. Будьте внимательны к своему здоровью и не ленитесь работать над собой. И Вы достигнете хороших результатов! Не откладывайте свое здоровье в долгий ящик, начните заниматься прямо сейчас!

Для того чтобы подобрать более эффективный комплекс упражнений в зависимости от причины болезни, нужна консультация специалиста. Краевой врачебно-физкультурный диспансер поможет вам определиться с причиной возникновения болезни, и наши специалисты подберут более оптимальный комплекс упражнений для вас.

ОБРАЩАЙТЕСЬ ПО ТЕЛЕФОНУ (3852) 46-76-93 – регистратура АКВФД, г.Барнаул, ул.Автотранспортная, 4. Консультации бесплатны.





Синдром Марфана в практике врача

ВЯЧЕСЛАВ АЛЕКСАНДРОВИЧ ТРИЧЕВ,
клинический генетик,
Алтайская Межрегиональная медико-генетическая консультация,
Краевая детская поликлиника, г.Барнаул

Синдром Марфана относят к наследственным болезням соединительной ткани (аутосомно-доминантный тип наследования), когда нарушается синтез коллагена и эластина из-за повреждения гена 15-ой пары хромосом, который отвечает за продукцию фибриллина - белка, являющегося важным компонентом соединительной ткани, формирующим её эластичность и сократимость. Фибриллина много в стенке аорты, связочном аппарате различных органов. При синдроме чаще всего поражается восходящая часть аорты.

Нередко эти изменения являются причиной внезапной смерти взрослых от разрыва аорты, когда они даже не подозревали о своей болезни.

Наиболее яркий пример синдрома Марфана - случай со звездой американского волейбола, членом олимпийской сборной Flo Numan, который умер от этого осложнения в 1986 году.

Среди всех наследственных заболеваний соединительной ткани наибольший интерес для врачей представляет **синдром Марфана**, так как у одного пациента может быть столько проблем со здоровьем, сколько специалистов в поликлинике. Поскольку заболевание имеет заведомо серьезный прогноз для жизни и трудоспособности пациентов,

установление диагноза накладывает особую ответственность на врача при первой встрече с больным.

В 1896 году французский профессор, педиатр Антонио Марфан впервые представил клиническое наблюдение 5-летней девочки Габриель с необычными, непрерывно прогрессирующими аномалиями скелета. Внешний габитус Габриель и подобных пациентов с тех пор стали именовать синдромом Марфана. Как позднее выяснилось, в действительности Габриель страдала врожденной контрантурной арахнодактилией.

Через 20 лет были описаны первые фенотипы марфаноподобных синдромов, в частности синдрома эктопии хрусталиков с аутосомно-доминантным наследованием, а еще через 30 лет - синдром дилатации и расслоения аорты, пролапса митрального клапана, эктазии твердой мозговой оболочки. Weve H. впервые предположил, что причиной синдрома Марфана является дефект мезодермы, а известный американский генетик MaKusick в расписании наследственных болезней человека «On-Line Mendelian Inheritance In Man» открыл этим синдромом новую нозологическую страницу наследственных заболеваний соединительной ткани.

Фенотип синдрома характеризуется некоторой протяженностью, начиная от легких, «мягких» проявлений соединительнотканых дисплазий, встречающихся также и в об-



щей популяции, до случаев, угрожающих жизни системными расстройствами.

Для выявления синдрома Марфана необходимо использовать критерии нозологии.

Со стороны опорно-двигательной системы - главные критерии:

- ◆ килевидная деформация грудной клетки;
- ◆ воронкообразная деформация грудной клетки, требующая хирургического лечения;
- ◆ сколиоз (более 20 градусов) или спондилолистез;
- ◆ ограничение разгибания в локтевом суставе (менее 170 градусов);
- ◆ плоскостопие;
- ◆ протрузия вертлужной впадины;
- ◆ отношение длины верхнего сегмента тела к нижнему - менее 0,86 или размаха рук к росту - более 1,05.

Малые критерии (наличие двух главных признаков или одного главного и двух из нижеследующих):

- ◆ воронкообразная деформация грудной клетки;





- ◆ гиперподвижность суставов;
- ◆ высокое небо и неровно растущие зубы;
- ◆ характерное лицо.

Главные критерии со стороны органов зрения: вывих хрусталиков (эктопия хрусталиков), **к малым критериям** относятся - уплощение роговицы, увеличение аксиального размера глазного яблока (причина миопии), гипоплазия радужки или целиарной мышцы (причина сужения зрачка).

Сердечно-сосудистая система - к главным критериям относятся дилатация корня аорты и расслоение восходящей аорты. **К малым** - пролапс митрального клапана, дилатация легочной артерии, кальцификация митрального кольца, дилатация или расслоение иных участков аорты.

Могут наблюдаться изменения со стороны: кожи (атрофические стрии, рецидивирующие грыжи), **дыхательной системы** (спонтанный пневмоторакс), **твердой мозговой оболочки** (эктазия пояснично-крестцового отдела), характерны **генетические признаки**, а именно наличие критериев у родителей, детей или сибсов, а также идентификация мутации в гене фибриллина, наследование маркерного гаплотипа ДНК, сцепленного с синдромом Марфана, в семье.

Изменение твердой мозговой оболочки и генетические признаки являются дополнительными критериями.

Арахнодактилию выявляют с помощью признака большого пальца *Steinberg* (при сгибании большого пальца поперек ладони его ногтевая фаланга выступает за ультнарный край) и признаки *Walker-Murdoch* (перекрывание концевых фаланг большого пальца и мизинца при охвате ими запястья противоположной руки). **Дилатация аорты** при синдроме Марфана начинается с *синуса Вальсальвы*. Диаметр этого синуса, наряду с другими размерами аорты, измеряют при проведении трансторакальной ЭХО-КГ и оценивают в соответствии с возрастными нормами и площадью поверхности тела пациента.

Увеличение диаметра корня аорты повышает риск ее расслоения. Некоторые признаки, такие, как эхокардиологические находки, эктопия

хрусталика, сколиоз, соотношение верхнего сегмента к нижнему и протрузия вертлужной впадины, при ультразвуковом сканировании - нефроптоз, гастроптоз, могут появиться по мере роста организма.

Пациент с подозрением на синдром Марфана должен наблюдаться клиническим генетиком, кардиологом, офтальмологом, ортопедом и другими специалистами.

Существует много заболеваний, имеющих клиническую картину, аналогичную синдрому Марфана, но некоторые из них могут быть дифференцированы по клиническим или биохимическим признакам.

Марфаноидный фенотип встречается при синдроме Luian-Fryns (Х-сцепленное заболевание), **синдроме Shprintzen-Goldberg** (аутосомно-доминантное заболевание) и краниосиностозе. **Гомоцистинурию** можно дифференцировать по повышенному содержанию гомоцистеина в моче. При **синдроме Билса** (*Beals syndrome*, или врожденной контрактурной арахнодактилии, ассоциированной с мутациями в гене фибриллина) имеют место контрактуры суставов и аномалии ушной раковины.

Другие болезни отличить от синдрома Марфана бывает сложно. Например, **синдром MASS** (миопия, пролапс митрального клапана, дилатация аорты, изменения кожи и скелета) можно расценить как умеренно выраженный синдром Марфана. Однако дилатация аорты у больных менее выражена и риск развития осложнений низкий. Кроме того, встречается сочетание пролапса митрального клапана с деформацией грудной клетки (чаще воронкообразной), но без других признаков синдрома Марфана.

Некоторое перекрывание клинических признаков синдрома Марфана наблюдается с **синдромами Элерса-Данло и Стиклера**. При данном синдроме возникают осложнения, в частности, со стороны сердечно-сосудистой системы. **Сердечно-сосудистые осложнения** включают пролапс и регургитацию митрального клапана, дилатацию левого желудочка, но наиболее общей причиной ухудшения состояния и смертности является дилатация корня аорты. Окклюзия коронарных стволов рас-

слаивающимся корнем аорты может привести к инфаркту миокарда.

Улучшение медицинской помощи у нас в крае, в том числе хирургических вмешательств, позволили снизить смертность при синдроме Марфана.

Беременность у женщин с синдромом Марфана ставит перед врачами две проблемы: *риск развития сердечно-сосудистых осложнений у матери и 50%-ный риск передачи болезни плоду* (так как заболевание носит аутосомно-доминантный тип наследования). Риск расслоения аорты при беременности может повышаться из-за задержки доставки коллагена в аорту, обусловленной гиперсекрецией эстрогенов, а также гипердинамической циркуляторной гиперволемии. **Гипертензия и преэклампсия ведет к повышенному риску разрыва аорты.** Большинство осложнений встречается среди женщин с сердечно-сосудистыми заболеваниями в анамнезе. С учетом этого необходимо проведение медикаментозной терапии на период беременности.

Так как синдром Марфана является наследственным заболеванием с 50%-ной вероятностью передачи потомству, **всем пораженным женщинам детородного возраста следует предложить медико-генетическое консультирование в медико-генетической консультации.** В некоторых семьях, по желанию родителей, может быть исползована пренатальная диагностика путем поиска мутаций или сцепления. Ультразвуковое исследование плода не является надежным диагностическим методом.

Занятия спортом при синдроме Марфана зависят от объема и выраженности клинических проявлений. Приемлемым для пациентов является низкий или средний уровень физической активности. Из-за риска сердечно-сосудистых осложнений и возможной дислокации хрусталиков не рекомендуется заниматься контактными видами спорта, при которых существует вероятность телесного повреждения (например, регби, прыжки, конный спорт). Пациенты, получавшие хирургическую помощь, имеют еще большие ограничения, особенно, если принимают антикоагулянты. Следует также избегать подводного плавания из-за риска развития пневмоторакса.



«Здоровая семья - это здорово!» В 2007 ГОДУ

ФЕВРАЛЬ-МАРТ



Подписано соглашение о взаимодействии в рамках проекта «Здоровая семья - это здорово!» с администрациями Топчихинского, Каменского районов, города Камня-на-Оби.

Поднятия престижа семьи, возрождение семейных традиций, ответственное отцовство и материнство, забота о престарелых родителях, формирование

здорового стиля жизни в семье - важно сделать так, чтобы эти слова не стали просто лозунгами. Это не простая задача! Как говорится, в хорошем деле лишних рук не бывает. Эффективное партнерство государства и общественных организаций - неременное условие развития гражданских инициатив, и мы к этому постоянно стремимся.



Расширяем сотрудничество с библиотечной сетью края. Книга всегда была источником информации, сокровищницей родного языка, обеспечивала духовно-эмоциональную связь поколений.

Учреждения культуры в городах и районах края постоянно ищут новые формы работы с одаренными детьми, с семьей. Дни матери, конкурсы отцов, семейные праздники постепенно вошли в нашу жизнь.



Руководителям библиотек края и досуговых учреждений мы представили видеопрезентацию проекта «Здоровая семья - это здорово!» в 2003-2007 годах и договорились о совместной работе по проекту.

Мы, наконец, приступили к проведению давно намеченных совместно с Профессиональной ассоциацией медицинских сестер в рамках проекта «Школа артериальной гипертонии». Научи учителя» обучающих семинаров для медицинских работников, как категории группы риска.

Актив сестринских коллективов медицинских учреждений города Барнаула (и краевых, и муниципальных) не только прослушал лекцию д.м.н., профессора, руководителя краевого научного общества кардиологов **Г.А.Чумаковой** по актуальным вопросам лечения, а главное - профилактики артериальной гипертонии, но и выработал конкретную программу действий. «Начнем с себя, своих семей» - решили медицинские сестры, заручившись поддержкой главного терапевта города Барнаула **И.В.Анисимовой**.

Второй специальный выпуск журнала «Школа больных артериальной гипертонией» вручен Ассоциацией и Фондом «Содействие» для каждого ЛПУ - участника семинара и будет использована в качестве методического пособия.



Благодаря участию в проекте Фонда «Содействие» обладателями годовой благотворительной подписки на журнал «Здоровье алтайской семьи» на 2007 год стали все городские и районные библиотеки, Дома культуры, Советы ветеранов городов и районов края, активисты многих общественных организаций.