

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ



№6 (66)
ИЮНЬ
2008



С Днем медицинского
работника!



...почитать научившего меня наравне с моими родителями...

В каждый период своей жизни по-разному воспринимаешь вроде бы уже давно тебе известные истины.

Накануне Дня медицинского работника, отдавая должное профессионализму, благородству, самоотверженности медиков, часто обращаемся к сути документа, знакомого не одному поколению эскулапов - Клятве Гиппократа.

Когда-то по окончании медицинского института мы - уже возмнившие себя врачами, - клялись Аполлоном-врачом, Асклепием, Гигеей и Панакеей, беря их в свидетели, исполнять честно, соответственно своим силам и своему разумению, эту присягу.

«Не навреди!» - вот главный смысл Клятвы, как я его воспринимала в то время и стремилась «направлять режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости»...

Клятва Гиппократа. Она современна, актуальна и сейчас..., там нет ни одного лишнего слова!!!

Но совершенно новым откровением для меня прозвучали в ней в этом году такие слова: «Клянусь исполнять честно, соответственно моим силам и моему разумению, следующую присягу и письменное обязательство: **почитать научившего меня наравне с моими родителями, делиться с ним своим достатком и в случае надобности помогать ему в нуждах**; его потомство считать своими братьями, и это искусство, если они захотят его изучать, преподавать им безвозмездно и без всякого договора; наставления, устные уроки и все остальное в учении сообщать своим сыновьям, сыновьям своего учителя и ученикам, связанным обязательством и клятвой по закону медицинскому, но никому другому».

Что явилось причиной такого прозрения - не столь важно.

Может, это и воспоминания о тех, кого уже нет с нами, но кого многие из нас (и по праву) считают своими учителями. Это - З.С. Баркаган, Ю.М. Дедерер, Н.А. Митин и многие, многие другие..., которым мы не всегда успевали высказать свою благодарность за большую науку жизни.

Может быть, впечатления от того, как уже убежденные седины члены ректората медицинского университета высказывали слова глубокой благодарности своим учителям на встрече по случаю 50-летнего юбилея кафедры акушерства и гинекологии и вспоминали случаи из студенческой жизни и начала своей врачебной деятельности под их началом...

Или общение с ветеранами здравоохранения, с теми, кто на разных этапах моего жизненного пути своим примером, отношением к делу научил очень многому.

Несколько раз присутствовала на заседаниях краевого Совета ветеранов. Убеждена - эти заслужившие уважение и покой люди и сегодня, встречаясь, делают очень важное дело. Восхищаюсь их профессионализмом, равнодушием, гражданской позицией, умением быть нужными и полезными для общества. Но ни разу на своих встречах они не обсуждали свои личные проблемы, хотя знаю, что их немало, а многие из них одиноки, и им просто некому помочь...

У каждого в жизни были и есть учителя... И не думаю, что это относится только к профессии медиков.

Кто-то благодарен за поддержку в пору безмятежной и не всегда благоразумной юности своему классному руководителю за поддержку, веру в доброе и то, что этот человек, вопреки мнению большинства педагогического коллектива, настоял на допуске такого вот «недоросля» к выпускным экзаменам, а где - значит и не позволил поломать судьбу.

Наши учителя безвозмездно делились с нами своими знаниями, умениями, помогали нам и в профессии, и по жизни...

И пусть, вступая в профессию, не все давали клятву, клятву Гиппократа, где есть и такие слова: **«Почитать научившего меня наравне с моими родителями, делиться с ним своим достатком и в случае надобности помогать ему в нуждах...»**, - но каждый знает и помнит свои долги перед своими учителями.

№06 (66) июнь 2008г.

Учредитель -
**ООО "Издательство
"ВН - Добрый день"
г. Новоалтайск,
ул.Обская, 3.
Тел. 8(38-532) 2-11-19.**

Адрес редакции:
**656049 г.Барнаул,
ул. Пролетарская, 113, оф.200
Тел. редакции -
(3852) 35-46-42, 63-84-90,
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
20.06.2008г.

Печать офсетная. Тираж -
10000 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.Чкалова, 228.
Тел. (3852) 38-33-59

**Подписной индекс -
73618**

На обложке: Валерий Никитович
и Татьяна Дмитриевна ЗАЙЦЕВЫ

Содержание

Главные ценности - порядочность и преданность делу	2-3
В крае приступили к проведению дополнительной диспансеризации работающих граждан	4-5
300 граммов жизни	5
Мир и медицина	6
Наш партнер - «Алтайский вестник Роспотребнадзора»	7
В.В. Оголь. Воспалительные заболевания кишечника и беременность..	8-9
Р.А. Маркина, А.В. Статва. Критические периоды беременности. Повреждающие факторы, влияющие на плод	10-11
Мир и медицина	12
Человек в цифрах: занимательная анатомия	13
СОГРЕЙ ТЕПЛОМ РОДИТЕЛЬСКОГО СЕРДЦА. «Паша стал родным с первых минут знакомства»	14
Фэн-шуй в твоей косметичке	15
Как проверить степень своей гибкости	16
Как использовать уши	16
Дорожные чеки	17
Т.С. Чертовских. Научись сам, научи другого	18
Программа на болезнь	19
А.И. Неймарк, Н.И. Музалевская. Рак предстательной железы	20-21
Мир и медицина	22
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ. Е.А. Мулицева, Ю.А. Тимофеева. Для нас ведь главное - забота... ..	23-24
Л.А. Плигина. Будущее профессии создадим вместе	25-27
Аккумулятор здоровья	28-29
Здоровье школьника: как сберечь и сохранить?	29
В.И. Семенников, Н.В. Семенникова. Украшаем зубы	30-31
Мир и медицина	32
Я поведу тебя в музей	33
ДЕТСКАЯ СТРАНИЧКА	34-35
Помидор от головной боли	36
СОГРЕЙ ТЕПЛОМ РОДИТЕЛЬСКОГО СЕРДЦА. С.А. Калмыкова. Адаптация приемного ребенка в замещающей семье	37-39
Т.Г. Лубянская. Синдром раздраженного кишечника	40-41
Мир и медицина	42
НИ ДНЯ БЕЗ ДИЕТЫ. Желудок не умеет считать калории	43-44
Тест: Что может склонить к измене	45-46
Мешки под глазами	47
С Днем медицинского работника!	48



Редакционный Совет

краевого медико-социального журнала
«Здоровье алтайской семьи»



Алгазин Анатолий Иванович - проректор Алтайского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный врач РФ, Отличник здравоохранения

Беккер Иван Генрихович - главный врач МУЗ «Городская больница №2», г.Рубцовск, Заслуженный врач РФ



Вольф Владимир Адольфович - главный врач КГУЗ «Краевая клиническая больница», Отличник здравоохранения

Егорова Ия Андреевна - Заслуженный работник здравоохранения РФ



Козлова Ирина Валентиновна - главный редактор журнала, кандидат медицинских наук

Лазарев Александр Федорович - главный врач Алтайского краевого онкологического диспансера, доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный врач РФ



Лещенко Владимир Алексеевич - главный врач КГУЗ «Диагностический центр Алтайского края»

Плигина Лариса Алексеевна - президент АРОО «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников», Заслуженный работник здравоохранения РФ



Ремнева Надежда Степановна - председатель краевого Совета женщин, краевого отделения Союза женщин России, кандидат социологических наук, Отличник народного образования

Салдан Игорь Петрович - руководитель Управления Роспотребнадзора по Алтайскому краю, Главный государственный санитарный врач по Алтайскому краю, доктор медицинских наук, профессор



Фадеева Наталья Ильинична - доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой АГМУ

Чумакова Галина Александровна - доктор медицинских наук, профессор, руководитель Алтайского краевого научного общества кардиологов



Главные ценности



Валерий Никитович и Татьяна Дмитриевна ЗАЙЦЕВЫ - коллеги, врачи городской больницы №11 г.Барнаула. Валерий Никитович заведует более тридцати лет ортопедо-травматологическим отделением. Татьяна Дмитриевна много лет руководила терапевтическим отделением. Сейчас она - начмед больницы. А еще они - муж и жена, воспитавшие прекрасных сыновей, окружившие любовью и заботой внука, маленького Костю.

Татьяна Дмитриевна рассказывает о своей семье читателям журнала просто потому, что время показало: те традиции и правила, по которым она, хозяйка дома, строила семейные отношения, воспитывала детей, - верны. А такой опыт дорогого стоит.

И были маленькими дети...

Тогда у нас была традиция: в воскресенье все вместе шли пешком до кинотеатра «Мир». Жили на Юрина, значит, времени в дороге было достаточно, чтобы поговорить о многом. Муж всегда был удивительным рассказчиком, сыновья слушали, спрашивали - и запоминали каждое его слово. Так продолжалось несколько лет, даже было выбрано неизменное время воскресного киносеанса - четыре часа. Другая наша традиция - лыжные прогулки зимой, выезд на природу летом. Наши дети прекрасно плавают. Они высокие и красивые.

Семья была всегда вместе, меня даже иногда называли друзьями «наседкой». Но ничего страшного не произошло, моя опека и любовь не помешали сыновьям вырасти замечательными людьми, талантливыми во всем, как мой муж.

Вы знаете, что Валерий Никитович - большой романтик? Он прекрасно играет на гитаре, поет, знает много стихов. Когда складывается определенное настроение, он может читать стихи по каждому поводу. В нашей семье не любят громкую музыку. Должны быть у звучащих песен прекрасные тексты, в этом уверены все. Например, часто в нашем доме исполняется **Визбор**. Сыновья тоже знают много стихов - **Ю.Друниной, А.Дементьева, Э.Асадова**... Это любимые авторы Валерия Никитовича.

Муж всегда был строг с сыновьями, воспитывал их трудолюбивыми, надежными в дружбе, в отношениях с людьми. Меня страшит сегодняшнее понятие «нужные люди». В нашей семье другое правило: **чем ты нужнее человеку, тем человек дороже тебе**.

Сыновья умеют дружить, потому что в нашей семье всегда ценилась дружба. Отношения с друзьями поддерживаются со студенческих лет. Нас четырнадцать человек, мы собираемся часто вместе, дорожим общением, радуемся встречам. Когда мальчики подрастали, их друзья всегда были у нас. Открыт наш дом для них и теперь, спустя годы.

О работе

Мы с Валерой вместе учились в институте. Знаете, что медицинский институт по силам только умеющим трудиться? Мы прошли еще школу строительных студенческих отрядов. И это время незабываемое. Ездили на путину на Дальний Восток, строили железную дорогу. Первые награды мужа - именно за работу в студенческих отрядах. Всегда были в труде, барства и сытости не знали ни мы, ни наши дети. В день нашей свадьбы был мой день рождения и распределение в институте.



- порядочность и преданность делу

Горжусь своим мужем. Он никогда не станет делать операцию больному, если не все консервативные методы испробованы. Если встает к столу хирурга, делает не только правильно, но и красиво. Часто повторяет: *«Надо работать красиво или никак»*. Еще его мнение: *«Можно выбрать три стратегии лечения: как учили; как получится; как для себя. Если выбираешь последний вариант, именно такого врача будут называть работающим по призванию, врачом от Бога»*. И больные верят ему. Знаете, находят пациенты через много лет, если помощь требуется уже детям, внукам.

За время работы Валерием Никитовичем выполнены тысячи операций, в том числе **уникальные**, которые раньше не проводились в крае, были единичны в стране. **Внедрены в практику методики Г.А. Илизарова, эндопротезирование суставов, ортроскопия суставов, оперативное лечение контрактуры у больных гемофилией, оперативное лечение патологии позвоночника, опухоли костей.** Валерием Николаевичем подготовлены более **120 молодых врачей. С 1986 года он является главным внештатным врачом-ортопедом города**, ежегодно консультирует более двух тысяч больных. При его непосредственном участии **открыты в Барнауле пять травмпунктов**, в том числе детский, **создано отделение хирургии кисти, сформирована структура оказания экстренной травматической помощи.**

У Валеры прямой характер. С этим не так-то легко жить в нашем мире, да и раньше тоже было непросто.

Мы эту больницу закладывали в студенческие годы, потом уезжали на Урал, но вернулись назад, чтобы работать именно здесь. У Валеры в Барнауле жили родители, он всегда трепетно относился к ним, особенно к маме. Деды, мой отец и Валеры, прошли войну. Мой папа был танкистом, ушел добровольцем на фронт в семнадцать лет, хотя была бронь: он работал помощником машиниста. Старшее поколение нашей семьи всегда отличалось скромностью. Например, деды никогда не надевали военные награды, было неудобно выйти на улицу при орденах. Сыновья с детства слышали рассказы о войне, переживали каждую подробность, будто находились в центре событий.

Семья медиков всегда не похожа на другие, потому что на работе требуется не только профессионализм, но и умение сострадать. Хорошо, если знаешь, что можешь вылечить человека, а если он - неизлечимый больной? Долгое время жили рядом с больницей, и работа была смыслом всего, каждого дня - с утра до вечера. К тому же умение мужа и жены строить деловые отношения на работе - тоже признак большой внутренней культуры. А мы работаем вместе более тридцати лет. От жены, хозяйки каждого дома требуется чуткость, внимание, от жены врача - вдвойне. Валерий Никитович говорит часто друзьям: *«Медицина - это не профессия, а образ жизни. Когда решаешь стать врачом, должен сразу признать, что придется привыкать к ненормированному рабочему дню, что профессия врача - это ежедневный труд, тут меньше всего места таланту»*. Наши друзья не все врачи, но все профессионалы в своем деле.

Валерий Никитович решил стать врачом после просмотра в детстве фильмов об этой профессии. Наиболее яркой и эмоциональной была кинолента режиссера **В.Аксенова «Коллеги»**. А идеалом врача всегда был **Н.И. ПИРОГОВ**, потому что, кроме выдающихся профессиональных успехов, он был выдающимся общественным деятелем, педагогом, основоположником и организатором военно-полевой хирургии.

Был в жизни Валерия Никитовича и такой случай, доказывающий, что врач верен своей профессии каждую прожитую минуту. Возвращался он из командировки из Китая с коллегой, тоже хирургом. По составу по громкой связи сообщили, что требуется помощь роженице. Помогли, услышали крик малышки и на руках потом несли ее и маму до машины на станции

Зима - двадцать метров по железнодорожным путям с драгоценной ношей.

Еще не итоги, но все же...

У нас взрослые сыновья. Они живут в Москве. И когда окружающие видят их отношение к нам, родителям, не могут сдержать слов восхищения. Наши мальчики высокие, красивые. Старший, Никита, выбрал профессию врача, окончил институт с отличием, был направлен в Москву в ординатуру, затем учился в аспирантуре, успешно защитил кандидатскую диссертацию. Сейчас работает в Клинической больнице в Управлении делами Президента РФ, заведует урологическим отделением. Его жена - тоже врач, большая умница, любящая мама маленького Костика. Кстати, малыш в свои четыре года знает, что надо ездить в гости и заниматься делами только всей семьей, с мамой и папой. Значит, наши жизненные правила приняты и им.

Младший сын Антон стал заниматься политикой. Окончил российско-американскую профессиональную школу с золотой медалью, затем - обучение в АлтГТУ, аспирантура в Москве, защита кандидатской диссертации. Работает в Минэкономразвития.

Принцип Валерия Никитовича: всего добиваться своими силами и умением, не рассчитывая на чью-либо помощь. Так строят жизнь и наши мальчики. Мы гордимся их успехами.

Жизнь идет стремительно, наверное, потому, что всегда много забот. Но женщина всегда должна оставаться красивой вопреки усталости, может быть, болезням. Дать себе поблажку очень легко. Начнешь с малого, а что дальше? Когда к нам приходят друзья детей, бывает, спрашивают: ваша мама - немка? Вопрос возникает потому, что у нас во всем порядок - и в доме, и в саду, и в делах. Считаю, что именно так надо жить. Если муж - талантливый, неординарный человек, жена должна ему соответствовать во всем.

О ценностях, о любви

Никогда не поверю тому, что любовь может пройти. **Любовь - это большой труд двух людей день за днем.** Принцип моего мужа: форма должна соответствовать содержанию. Это значит - женщина всегда должна быть прекрасной. В одном интервью Валерия Никитовича спросили: *«Что для вас самое дорогое в жизни?»*. Ответ был исчерпывающим: *«Считаю, что нет ничего дороже своей семьи и детей. Мои сыновья никогда не стали бы теми, кем стали, если бы у них не было отца или матери»*. И еще его слова: *«Настоящий мужчина - это порядочный человек и профессионал своего дела»*. Мы дорожили каждой минутой, которую могли провести вместе, много путешествовали. Мои ссылки на то, что есть домашние неотложные заботы, Валерием Никитовичем никогда не принимались. Покупались путевки, билеты, ехали к друзьям, а потом дела тоже решались, время находилось непременно. ☺

Накануне профессионального праздника - Дня медицинского работника - Валерий Никитович ЗАЙЦЕВ награжден медалью Алтайского края «ЗА ЗАСЛУГИ В ДЕЛЕ». А в конце месяца - 29 июня - он отмечает юбилейный день рождения - 60-летие. Это станет событием не только для всей дружной семьи, но и для коллектива, работой которого он руководит более тридцати лет. Мы присоединяемся к поздравлениям, желаем юбиляру и его близким здоровья, успехов во всех делах и начинаниях, достижения всех поставленных целей.



В крае приступили к проведению дополнительной диспансеризации работающих граждан

Такого рода кампания в прошла и прошлом году, тогда медицинские осмотры проводились ряду работников бюджетных организаций, в том числе и медицинским работникам. Итоги - далеко не радужные. Уровень вновь выявленных при диспансеризации заболеваний среди обследованных контингентов достаточно высок. Но обследование - не самоцель. Дополнительная диспансеризация направлена на раннее выявление и профилактику заболеваний, в том числе социально значимых. Однако отношение, честно сказать, к этому мероприятию как среди населения, так и у медицинских работников разное. Кто-то считает, что такой подход действительно позволит выявить заболевания на ранних стадиях и оздоровить нуждающихся, когда заболевание еще не запущено, и добрым словом вспоминают подобный опыт советских времен. Другие, наоборот, относятся к кампании весьма скептически...

Убеждены, что любое самое хорошее дело можно загубить, если подойти к нему формально. Мы решили изучить этот вопрос более детально.

Наш первый разговор - с заместителем начальника Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности Еленой Артуровной ВАЙГЕЛЬ.

- ...Прежде всего, скажу, что дополнительная диспансеризация работающих - это не наше алтайское изобретение. Она проходит по всей стране, по единому стандарту. Порядок и объем проведения ее определен приказом Минздрава, и, что немаловажно, - ее проведение финансируется из средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования. **Норматив затрат на проведение дополнительной диспансеризации одного работающего гражданина в 2008 году определен в размере 974 рубля, в 2009 году - 1042 рубля.** Это достаточно серьезные средства. А направлены они будут на оплату труда медицинских работников, участвующих в проведении дополнительной диспансеризации работающих граждан, и на приобретение расходных материалов, необходимых для ее проведения.

- Это касается всех работающих?

- Подлежат диспансеризации все работающие граждане независимо от возраста и формы собственности предприятия, застрахованные в системе ОМС. На 2008г. необходимо осмотреть 124 080 человек.

- Какие учреждения будут проводить эту работу?

- Учреждения здравоохранения муниципальных образований, оказывающие первичную медико-санитарную помощь. В случае отсутствия у учреждения здравоохранения узких специалистов, необходимых для проведения диспансеризации, и лицензии на медицинскую деятельность по отдельным видам работ (услуг), необходимым для проведения диспансеризации в полном объеме, такие исследования проводятся другим учреждением по договору. Управление координирует такую работу.

По национальному проекту «Здоровье» лечебно-профилактические учреждения края получили достаточно много оборудования, существенные трудности возникают с проведением маммографии. В крае имеется только 23 маммографа, и в основном в городах; а му-

ниципальных районов - 60. Приказом Главного управления за лечебными учреждениями закреплены районы, которые направляют пациенток на исследования в определенные дни и часы. Безусловно, необходимо участие в этой работе администраций муниципалитетов для организованной доставки пациенток к месту исследования.

- Какие исследования включает дополнительная диспансеризация?

- По приказу Министерства дополнительная диспансеризация проводится врачами-специалистами с использованием установленных лабораторных и функциональных исследований в следующем объеме:

✓ **осмотр врачами-специалистами:**

◆ терапевтом (врачом-терапевтом участковым, врачом общей практики (семейным врачом),

◆ акушером-гинекологом,

◆ неврологом,

◆ урологом (для мужского населения),

◆ хирургом,

◆ офтальмологом,

◆ эндокринологом;

✓ **проведение лабораторных и функциональных исследований:**

◆ клинический анализ крови,

◆ клинический анализ мочи,

◆ исследование уровня холестерина в крови,

◆ исследование уровня сахара крови,

◆ исследование уровня холестерина в липопротеидов низкой плотности сыворотки крови,

◆ исследование уровня триглицеридов сыворотки крови,

◆ онкомаркер специфический СА-125 (женщинам после 40 лет),

◆ онкомаркер специфический PSI (мужчинам после 40 лет),

◆ электрокардиография,

◆ флюорография (1 раз в 2 года),

◆ маммография (после 40 лет, 1 раз в 2 года).

- А если человек недавно прошел какие-либо исследования?

- При проведении дополнительной диспансеризации могут быть использованы результаты предыдущих медицинских осмотров, лабораторно-диагностических исследований, в том числе проведенных в стационаре, если давность исследования не превышает 3



месяцев, флюорографии и маммографии - 2 лет с момента исследования.

- А если пациент «сошел с диспансеризации»? Ну надоело ему эти походы по больницам. Да еще - здорово му (по его мнению)!

- Если даже одно из включенных в обязательный перечень исследование не выполнено - диспансеризация считается неоконченной. И проблема не в том, что в этом случае ТФОМС не оплатит все уже проведенные исследования (хотя это тоже немаловажно). Проблема в другом: человек остановился на полпути, а иногда это связано с опасением: «...был здоровым, а к врачам пойду - что-нибудь выявят, да, не дай бог, серьезное!». И вот такое отношение к своему здоровью, такая «страусиная позиция» часто приводит к тому, что помочь больному, когда он обратится позднее, - уже просто невозможно.

Кроме того, само планирование этой работы предполагает то, что для таких лиц создается максимальный режим благоприятствования, выделяется удобное время, оно согласовывается с работодателем. И если есть какие-либо организационные проблемы, - их просто нужно решать, а не бросать обследование.

- И что с этими результатами исследований делать потом пациенту?

- Центральной фигурой, если так можно сказать, по итогам диспансеризации становится участковый врач-терапевт. Именно у него должны быть сосредоточены все сведения по итогам осмотра специалистами пациента, результаты всех анализов. И он вместе с пациентом, это хочу подчеркнуть особо, должен решать, что делать дальше, и при завершении диспансеризации давать необходимые рекомендации по дальнейшему наблюдению и лечению.

- Какие могут быть варианты?

- Первое и самое лучшее. Человек признан практически здоровым. Он не нуждается в диспансерном наблюдении. Но очень важно, чтобы и с такими людьми была проведена профилактическая



беседа и даны рекомендации по здоровому образу жизни.

Вторая группа - граждане с риском развития заболевания, нуждающиеся в проведении профилактических мероприятий. Для них должна быть составлена индивидуальная программа профилактических мероприятий, осуществляемых в учреждениях здравоохранения по месту жительства.

Далее. Вероятно выявление группы, в которой граждане нуждаются в дополнительном обследовании для уточнения диагноза или лечения в амбулаторных условиях: например, при ОРЗ, гриппе и других острых заболеваниях, после лечения которых наступает выздоровление.

К сожалению, обязательно при таких осмотрах выявляются граждане, нуждающиеся в дополнительном обследовании и лечении в стационаре. Причем, многие из них считали себя до этого практически здоровыми.

И наконец, стоит задача выявить лиц с впервые выявленными заболеваниями или наблюдающихся по хроническому заболеванию и имеющих показания для оказания высокотехнологичной медицинской помощи. Такая возможность сегодня у нас есть, как в условиях края (больные травматологического профиля), так и на уровне федеральных центров. На эти цели выделяются серьезные средства, потому что не оказание помощи таким больным чревато ухудшением качества их жизни, а иногда составляет угрозу и самой жизни.

Мы продолжим разговор с Еленой Артуровной в следующем номере, и темой нашей беседы, скорее всего, станет то, почему именно такой объем исследований предусмотрен. На выявление каких заболеваний в первую очередь направлена диспансеризация. И что нужно знать пациенту о том, какие исследования и для чего при диспансеризации проводятся. Если, конечно, наши читатели не поставят других вопросов.

ОТ РЕДАКЦИИ. Уважаемые читатели! Нам кажется, что поднимаемая нами тема действительно важная. Эффективность диспансеризации зависит от двух аспектов: насколько при проведении ее будут добросовестны медицинские работники и насколько заинтересованы в ее качественном и результативном проведении будут сами пациенты. Вы пришли в медицинское учреждение за качественной медицинской услугой. Даже если эта услуга - не оперативный вмешательство, а профилактический осмотр. Именно за услугой, а не за автографом врача!

И второе. Вы также несете ответственность за состояние своего здоровья. И поэтому должны быть заинтересованы в обязательном выполнении рекомендаций специалистов. И лучше бы, чтобы они касались только оздоровления вашего образа жизни. Мы надеемся на сотрудничество. Будьте здоровы!

300 граммов жизни

Три человека из каждых пяти в России умирают от болезней сердца и сосудов. В чем загадка этого сердечного мора?

300г - столько в среднем весит наше сердце. За один удар оно проталкивает по организму **60-75мл крови**, за сутки же перекачивает ее **до 7,5 тонн**. При необходимости оно способно за секунды резко - **в 2-3 раза - увеличить свою производительность**, если нам надо срочно бежать, ставить мировой рекорд, выслушивать разнос, ссориться с кем-либо...

И все это без капитального ремонта. Другого такого двигателя в природе просто не существует.

Из всех причин сердечно-сосудистых заболеваний пока лишь с двумя невозможно ничего сделать. Первая - наследственность. Если у вас один или более ближайших родственников умерли именно от таких болезней, выше риск и для вас. **Вторая причина - возраст.** Риск больше для мужчин старше 45 и женщин старше 55 лет.

Но эти факторы не фатальны, если вы сумеете справиться с остальными пятью устранимыми причинами болезней сердца и сосудов.

Стресс. Многие специалисты говорят, что стрессы даже необходимы, держат в тонусе организм. Другой вопрос - как мы умеем справляться со стрессами, «отыгрывать» их. Лучшими способами являются физическая активность и аутотренинг.

Гиподинамия. Нехватка физических нагрузок детренирует мышцы и, соответственно, сосуды и сердце. Вес растёт, что тоже тяжело для сердца и сосудов - каждые лишние 4,5кг веса прибавляют 4,5мм к цифрам артериального давления. То есть лишние 10кг обеспечивают вам давление на 10 выше нормы - 130/80 и т.д. А высокое давление - фактор риска ИБС и других заболеваний сердца.

Неправильное питание. Избыток жиров и углеводов в рационе - верный путь к лишним килограммам.

Курение. Вредные вещества табака воздействуют на стенки сосудов. Капилляры теряют эластичность, плохо снабжают кровью ткани, особенно внутренних органов, в том числе и сердца, и ног. Общее токсическое действие табака нарушает работу легких, почек, печени и других органов.

Злоупотребление алкоголем и прочими психоактивными вещества-

ми. Каждый случай «перебора» сказывается на работе сердца и сосудов. Выражается это через утреннюю слабость, нехватку воздуха, одышку, головную боль и прочие «приятные» последствия. Хроническая алкогольная интоксикация быстро изнашивает сердце и сосуды, регулярные большие дозы пива оборачиваются «пивным сердцем» - сердечная мышца теряет упругость, способность хорошо сокращаться, становится похожей на тряпочку.

Ответственный автовладелец никогда не забудет вовремя пройти ТО, заботится о качестве бензина и масла, следит за состоянием ходовой части и двигателя. Почему же нас все это не заботит, когда речь идет о собственном организме?

Ученые Стокгольмского Королевского института обнародовали пять советов, позволяющих снизить инфаркт миокарда почти вдвое (**на 92%**).

Итак, чтобы избежать инфаркта, нужно:

1. **Есть** зелень, фрукты, овощи, рыбу, а также продукты, подвергшиеся минимальной переработке.
2. **Алкоголь** употреблять умеренно.
3. **Следить** за своей талией и стремиться, чтобы ее объем не превышал объем бедер.
4. **Ежедневно** ходить в быстром темпе или ездить на велосипеде 40 минут и 1 час в неделю посвящать гимнастике.
5. **Не курить.**

Еще недавно вегетососудистая дистония, то есть недостаток тонуса сосудов, возникающий на нервной почве, была модным диагнозом. Теперь же врачи пользуются другим термином - **нейроциркуляторная дистония (НЦД)**. Это когда «все болит, но ничего не помогает». Проявляется слабостью, утомляемостью, болями в сердце, позвоночнике, животе, спине, расстройством стула, обмороками, изменением температуры тела, слезливостью, раздражительностью и т.д. Хорошо помогают успокоительные лекарства, физические нагрузки, бассейн, шикарный отдых, хобби, внимание и забота окружающих. Кому не приносит облегчения все это, порой парадоксально помогают строгость и спартанское воспитание. ☺

*От души поздравляем Председателя Алтайского краевого научного общества кардиологов, доктора медицинских наук, профессора и члена Редакционного Совета журнала **Талину Александровну ЧУМАКОВУ** с наградением ее Почетной грамотой Администрации Алтайского края! Желаем и дальнейшего признания Ваших заслуг в здравоохранении края, успехов в работе, здоровья и удачи!*
Коллектив журнала, Попечительский Совет АКФПСИ «Содействие»





КГУЗ «Диагностический центр Алтайского края»

Воспалительные заболевания кишечника и беременность

ВЕРА ВЛАДИМИРОВНА ОГОЛЬ,
врач-гастроэнтеролог первой квалификационной категории
КГУЗ «Диагностический центр Алтайского края»

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) распространены у женщин репродуктивного возраста. Поэтому особого внимания гастроэнтерологов и акушеров-гинекологов заслуживают женщины детородного возраста, страдающие ВЗК.

- Как течение и вообще наличие воспалительных заболеваний кишечника у женщины влияют на беременность?

- Нет окончательного ответа на вопросы, какую роль ВЗК играют в развитии осложненной беременности и, наоборот, какова степень влияния беременности на течение заболевания.

В настоящее время преобладает точка зрения, согласно которой **течение воспалительных заболеваний кишечника во время беременности зависит от степени активности заболевания именно на момент зачатия**. Отмечено, если к моменту наступления беременности воспалительные заболевания кишечника находились в стадии ремиссии, то в 2/3 случаев эта ремиссия сохраняется и во время беременности. Если на момент зачатия отмечалось обострение ВЗК, то примерно в 30% случаев активность сохраняется, в

35% - возрастает и стихает в оставшихся 35% случаев.

Нельзя оставить без внимания и ряд особенностей клинического течения ВЗК, которые могут сказаться на течении беременности. Это прежде всего относится к **болезни Крона** (хроническое воспалительное заболевание кишечника, имеющее аутоиммунную природу и затрагивающее все слои кишечника). Многообразие и неспецифичность клинических проявлений этого заболевания, существование малосимптомных его вариантов приводят к тому, что **в период беременности болезнь Крона часто остается нераспознанной**. В таких случаях беременность сопровождается большим числом осложнений как у матери, так и у плода (самопроизвольное невынашивание беременности, преждевременные роды, внутриутробная гибель плода, высокая частота рождения детей с низкой

массой тела). Само же заболевание в этот период хуже поддается консервативному лечению.

- Какая возможна диагностика ВЗК у беременной женщины?

- Диагностика воспалительных заболеваний кишечника у женщин репродуктивного возраста проводится в полном объеме по общепринятым методикам. Но во время беременности возможности применения таких диагностических мероприятий ограничены. **В полном объеме беременной женщине могут проводиться лишь лабораторные исследования.**

Следует учесть, что при интерпретации полученных данных во время беременности часто возникают сложности. Физиологическая гиперволемия (увеличение объема циркулирующей крови) в этот период ведет к снижению уровня гемоглобина и альбумина по мере увеличения срока беременности, поэтому данные показатели нельзя использовать для оценки активности заболевания.

Рентгенологическое исследование кишечника беременным противопоказано из-за возможного тератогенного воздействия на плод. Его применяют только в экстренных ситуациях, например, при подозрении на кишечную непроходимость или токсический мегаколон (осложнение неспецифического язвенного колита).

Из эндоскопических методов относительно безопасны **гастрос-**



копия и сигмоскопия в первом и начале второго триместра беременности. Во второй половине беременности сигмоскопия и колоноскопия затруднены из-за смещения толстой кишки беременной маткой. Поэтому эти диагностические мероприятия должны проводиться с крайней осторожностью, так как могут стать причиной угрозы прерывания беременности.

УЗИ органов брюшной полости - неинвазивный метод, безопасный для матери и плода. Он служит источником ценной информации об активности заболевания, локализации процесса в кишечнике и наличии осложнений воспалительных заболеваний кишечника в первом и начале второго триместра беременности.

- Какие существуют методы лечения беременных, входящих в группу риска?

- В группу риска по возникновению осложнений беременности входят пациентки с высокой активностью воспалительного процесса в кишечнике и пациентки с воспалительным заболеванием кишечника, впервые возникшем во время беременности.

У пациенток с высокой активностью воспалительного процесса в кишечнике возможны осложнения, связанные с невынашиванием беременности, гипотрофией плода. Также наблюдается высокая вероятность случаев врожденных пороков развития плода и антенатальной (то есть во время беременности) гибели плода.

По поводу безопасности терапии воспалительных заболеваний кишечника у беременных и кормящих матерей современными лекарственными средствами специалисты спорят до сих пор. Большинство лекарственных препаратов проникают через плацентарный барьер, секреторуются в грудное молоко и могут оказывать неблагоприятное действие. Тем не менее следует отметить, что **активность заболевания во время беременности сопряжена с большим риском неблагоприятного воздействия на плод, чем медикаментозная терапия.**



Этот фактор позволяет говорить об актуальности данной проблемы и необходимости ее лечения как вне, так и во время беременности.

- Вера Владимировна, давайте подытожим имеющуюся информацию...

- Суммируя данные о влиянии воспалительных заболеваний кишечника на течение беременности, можно сделать следующие выводы.

◆ **Женщинам репродуктивного возраста**, страдающим воспалительными заболеваниями кишечника, следует планировать беременность на период ремиссии болезни. При активном периоде заболевания наступлению беременности обязательно должна пред-

шествовать интенсивная терапия.

◆ **Для диагностики воспалительных заболеваний кишечника** в первом и начале второго триместра беременности возможно проведение сигмоскопии, УЗИ органов малого таза и брюшной полости для оценки активности процесса в кишечнике, протяженности поражений и диагностики кишечных осложнений ВЗК.

◆ **Эзофагогастродуоденоскопия** - это безопасный метод исследования во время беременности при диагностике болезни Крона верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

◆ **Пациенткам, получающим медикаментозную терапию**, при планировании беременности следует их отменить не менее чем за три месяца до предполагаемого зачатия.

При возникновении беременности на фоне приема данных лекар-

ственных препаратов необходим прием фолиевой кислоты в дозе до 400 мкг/сут. для профилактики аномалий развития у плода.

◆ **Возможность осложненного течения беременности у женщин**, страдающих воспалительными заболеваниями кишечника, определяет необходимость их совместного наблюдения гастроэнтерологом и акушером-гинекологом в течение всего репродуктивного периода жизни женщины.

Получить консультации высококвалифицированных специалистов, а также пройти необходимое диагностическое обследование вы можете в КГУЗ «Диагностический центр Алтайского края».

КОНТАКТНЫЕ ТЕЛЕФОНЫ

**КГУЗ «Диагностический центр Алтайского края»:
(3852) 36-17-76, 26-17-60.**

Адрес: г. Барнаул, пр. Комсомольский, 75а





РАДА АЛЕКСАНДРОВНА
МАРКИНА,
врач высшей категории,
зав. отделением патологии
беременных малых сроков
МУЗ «Родильный дом №2»,

АННА ВИКТОРОВНА
СТАТВА,
врач-ординатор



Критические периоды беременности. Повреждающие факторы, влияющие на плод

Беременность - период от оплодотворения, слияния мужской (сперматозоид) и женской (яйцеклетка) половых клеток, в результате чего образуется одна клетка, являющаяся началом нового организма, до момента рождения зрелого, способного к самостоятельной жизни, ребенка. У человека беременность длится 10 лунных месяцев - 40 недель - 280 дней.

С учетом особенностей формирования и роста ребенка в утробе матери, а также типичных ответных реакций эмбриона и плода на воздействие повреждающих факторов внешней среды весь период внутриутробного развития малыша можно разделить на две большие стадии: **эмбриональную** (до 12 недель) и **фетальную** (плодовую - 13-40 недель).

Эмбриональная стадия развития плода - это период формирования будущего малыша и образование уникального органа - плаценты, которая в фетальную стадию будет осуществлять связь между материнским организмом и организмом плода. **В этом периоде выделяют еще несколько стадий:**

- *предимплантационная* - пер-

вые 7-10 дней беременности - морфологической связи с материнским организмом нет, плодное яйцо развивается и растет автономно, за счет собственных резервов и гормональной поддержки яичников матери (функциональная связь);

- *стадия имплантации* - 7 дней - устанавливается непосредственный контакт с матерью, образуется единый кровоток;

- *органогенез и плацентация* (3-12 недели) - образование всех органов и систем плода, формирование и включение в работу плаценты.

Фетальный период - период роста, развития и созревания всех органов и систем плода, особенно длительно созревает центральная нервная система.

В течение беременности можно

выделить ряд критических моментов, когда зародыш, эмбрион, плод наиболее уязвимы и чувствительны к повреждающему действию различных факторов.

Первый критический период приходится на окончание 1-й и всю вторую неделю гестации. Любой повреждающий фактор, действующий в этот момент на мать, приводит или к гибели зародыша (эмбриотоксический эффект), или не вызывает повреждения (так как не дошел до плодного яйца) - закон «все или ничего».

Второй критический период возникает на 3-6 неделе гестации и совпадает с критической фазой плацентации, когда происходит становление плацентарного ложа, в результате сложного взаимодействия развивающихся ворсин и последовательного вскрытия спиральных артерий. От того, насколько благополучно пройдет этот период, будет зависеть дальнейшая судьба беременности - будет ли течение беременности и родов физиологичным или, наоборот, осложненным.

Третий критический период - 3-8 недели беременности, период ак-



тивного органогенеза и первичной плацентации. В эти сроки под воздействием повреждающих факторов формируются уродства, отсутствие или недоразвитие органа, формируются неполноценная плацента.

Четвертый критический период - 18-22 неделя - происходит формирование 3-го круга кровообращения - маточно-плацентарного - повышенная нагрузка на органы и системы матери. От того, как организм матери справится, адаптируется к этим повышенным нагрузкам, зависит дальнейшее благополучное развитие и здоровье ее малыша.

Пятый критический период - 28-32 недели - «колыбель» малыша (полость матки) для активно растущего плода становится мала. Рост матки в высоту замедляется, а увеличение плодородности происходит в основном за счет растяжения круговых мышечных волокон матки. В эти сроки высок риск преждевременных родов незрелым плодом.

Шестой критический период - последний месяц беременности, для которого характерна, существенна диссоциация между прекращением прироста массы плаценты и быстрым увеличением массы плода.

Тератогенный терминационный период - это период, в течение которого повреждающие факторы вызывают конкретный порок развития. Тератогенный фактор может привести к пороку развития только в период формирования определенного органа, поэтому его терминационный период определяется окончанием развития этого органа или ткани. Таким образом, пороки развития плода могут сформироваться только в эмбриональный период его развития. По типу порока можно сказать, в какие конкретно дни, недели подействовал повреждающий фактор на плод, но какой конкретно это фактор, сказать нельзя, так как реакция плода на любой повреждающий фактор будет универсальной (одинаковой).

Какие же факторы могут негативно влиять на растущий внутриутробно организм?

Условно все повреждающие факторы можно разделить на три группы.

1. Биологические, которые определяются состоянием самой матери, - это ее острые или хронические заболевания, среди которых особое место занимают острые инфекционные заболевания, гормональные нарушения матери и болезни, протекающие с гипертоническим синдромом (повышенное дав-

ление). *Острая вирусная инфекция* может привести к гибели или к порокам развития плода. *Острая бактериальная инфекция* чаще ведет к такому тяжелому состоянию, как внутриутробное инфицирование. Сахарный диабет, заболевания щитовидной железы, относительная гиперандрогения - осложненное вынашивание беременности, высокий риск ее потери (вынашивание). *Работает закон «от органа к органу»* - незрелые органы плода, вступая постепенно в работу, несут на себе повышенную нагрузку, - выполняя работу за больные, плохо работающие органы и системы матери. В итоге - их раннее истощение и омоложение «семейных» заболеваний.

2. Экологические и производственные факторы - загрязнение внешней среды, воды, радиация, электромагнитные излучения. К сожалению, мы мало что можем здесь изменить или рационально подействовать на устранение этих вредных факторов.

3. Социально-бытовые - а вот здесь «ключ» к нашему здоровью и здоровью наших будущих детей сугубо в наших руках.

◆ **Табакокурение:** важный фактор риска перинатальной смертности. Курение во время беременности способствует активации проапоптогенного в тканях плода и плаценты и увеличивает на 50-60% риск онкогенетических заболеваний у детей в ближайшие годы. Курение может изменять ход эмбриогенеза за счет гипоксии, что приводит к нарушениям метаболизма, гибели первых клеток, неправильному развитию мозговых сосудов и структуры мозга.

Не исключено, что курение лежит в основе ряда дефектов развития, таких, как расщепление твердого неба, пороки сердечно-сосудистой системы и т.д.

◆ **Алкоголь:** особенно чувствителен зародыш к алкоголю в период органогенеза (с 3 по 8-9 неделю), когда действие этанола может привести к совместимым или несовместимым с жизнью плода или новорожденного порокам развития и уродствам. В более поздние сроки беременности алкогольные аномалии развития - это функциональные дефекты и не столь грубые нарушения



развития. Наиболее серьезным последствием пренатального воздействия алкоголя является поражение ЦНС.

◆ **Наркотики:** практически все наркотики вызывают задержку физического и умственного развития плода, а некоторые угрожают его жизни, провоцируют невынашивание, все возможные пороки развития.

◆ **Лекарственные препараты:** многие лекарственные вещества проходят через плацентарный барьер и поступают к плоду, влияя на него внутриутробно и постнатально. По действию на плод лекарственные препараты подразделяются на три основные группы.

1. *Не проникающие через плаценту и, следовательно, не оказывающие прямого воздействия на плод.*

2. *Осуществляющие трансплацентарный переход и влияние на плод.*

3. *Проникающие через плаценту и накапливающиеся в организме ребенка.*

Запомните: беременность - не болезнь, и все 40 недель необходимости принимать любые фармацевтические препараты нет. Лечение медикаментами осложненной беременности всегда означает только врачом и при этом эффект от лечения должен во много раз превышать его возможный риск. ☺





«Паша стал родным с первых минут знакомства»

Если в доме нет детей, он пуст. И как бы ни хотелось найти другие заботы, объяснения, почему год за годом откладывается рождение ребенка, любое из них также со временем будет малоубедительным. А если женщина знает, что детей у нее не может быть никогда?

Выходом для Елены Крюковой могло стать только воспитание приемного ребенка. Так появился в семье Паша:

- Мы стояли на очереди. Все не складывалось. Наверное, знакомство с Пашей стало наградой за терпение и долгое ожидание. Когда его увидели, сразу поняли: наш ребенок. Понимаете, просто к сердцу он пришелся с самого начала.

❓ - Елена, а ведь можно было строить жизнь иначе, жить, что называется, для себя...

- Нельзя так. Для нас с мужем такой вариант не подходил, мы хотели иметь настоящую семью. О своем решении не пожалели ни разу. У Паши есть 15-летний старший брат, он живет в Тальменском детском доме. Мы приглашаем его к себе в гости, сами ездим к нему. Паше девять лет, в нашей семье он появился шесть лет назад.

❓ - А как вы познакомились с Настей?

- Понятно, когда сложились отношения с Пашей, мы стали думать о дочке. На мой взгляд, это естественное желание. Настю оставила родная мама в роддоме. Она не подписывала документы, просто исчезла утром - и все. Мы взяли девочку, когда ей исполнился месяц.

❓ - Какие они, ваши дети?

- Хорошие и разные. Паша - спокойный, думающий мальчик, энергия Насти просто выплескивается, ее активность вполне компенсируется спокойствием брата. И это в нашей жизни, во многих ситуациях, иногда спасение. Дети учатся помогать старшим. Паша старается хорошо учиться в школе. Это для него непростой труд, каждый день садимся за уроки вместе. Шаг за шагом успехов становится больше. На примере своей жизни и жизни на-

ших детей можем отстаивать преимущества воспитания в семье. Паша, когда стал жить у нас, много задавал вопросов: зачем нужна мука, что такое сахар... В детском доме чай был просто сладким, и это никак не соединялось с тем, что сахар в него надо положить. Сейчас дети знают достаточно для своего возраста, ни в чем не уступают сверстникам.

❓ - Можно задать вопрос о ваших отношениях с мужем? Они изменились с появлением детей?

- Конечно. Например, старший брат Паши начал курить. Чтобы объяснить мальчику пагубность этой привычки, мой муж сам в короткий срок бросил курить. Из спиртных напитков изредка позволяет себе пиво, потому что знает: на него смотрят дети, берут во всем пример. Да и наши отношения стали надежнее. Муж спешит домой вечерами как после долгой разлуки. Спрашивает обо всем происшедшем за день детей, стремится мне помочь в хлопотах по дому.

❓ - У многих потенциальных мам возникают сомнения из-за возможных наследственных болезней детей...

- Болеют все дети. Конечно, на первых порах больше занимались здоровьем и сына, и дочки, чем сейчас. Теперь ситуация стала более стабильной.

❓ - Вы оформили усыновление детей?

- Нет, оформлена опека. Я решила, что это даст детям больше гарантий в будущем. От них не скрываем, что мы неродные родители. Но это не мешает им нас называть мамой и папой, да и принимается как объяснение того, почему у Паши и Насти разные фамилии. ☺



Есть предложение

ЕЛЕНА КРЮКОВА:

- Считаю, что государство должно изменить ряд законов в пользу приемных родителей. С каждым годом требования к ним становятся серьезнее, а поддержка чувствуется все меньше. Наша семья, например, столкнулась с невозможностью решить жилищную проблему. Дело в том, что живем в доме моей мамы. Когда попробовали встать на очередь для получения муниципального жилья, получили ответ: не положено, потому что живете в доме близкого родственника, жилплощадь достаточная. Но ведь права на этот дом имеют и мои братья, и их дети... Когда стали заниматься этим вопросом, думали прежде всего о будущем детей.

Другой момент: лечение детей. Не секрет, что у тех, кто воспитывался в детском доме, очень часто есть не одно, а несколько наследственных заболеваний. В семье такой ребенок будет окружен необходимым вниманием и заботой, что поможет поправить здоровье. Но чтобы решить проблемы нужным образом, необходимы лекарства, часто совсем не дешевые. Считаю, что поддержка государства и здесь просто необходима.



Научись сам, научи другого

ТАТЬЯНА СЕМЕНОВНА ЧЕРТОВСКИХ,
директор Центра социальной помощи семье
и детям Бурлинского района

В нашем Центре социальной помощи семье и детям Бурлинского района уже два года работает «общественная школа здоровья» для специалистов и социальных работников. Занятия проводятся один раз в неделю по полтора часа.



Т.С. Чертовских передает главе района А.Н. Авраменко подарок с логотипами акции «Здоровая семья - это здорово!» от АКФПСИ «Содействие»

В Центре работают два отделения: реабилитации детей и подростков с ограниченными физическими и умственными возможностями и социальной помощи на дому. Все наши подопечные, будь то ребенок-инвалид или одинокий престарелый пенсионер, нуждаются в посторонней помощи и поддержке.

Год семьи, а постоянно. **В июне 2006 года была открыта краевая экспериментальная площадка по работе с семьями, попавшими в трудную жизненную ситуацию.**

Специфика нашей работы такова, что сотрудникам постоянно приходится помогать пенсионерам, одиноким престарелым, неблагополучным семьям, детям и подросткам, а поэтому они должны научиться укреплять свое здоровье собственными силами и научить этому остальных. Мы обучаем специалистов комплексы лечебной физкультуры, дыхательной гимнастике по Стрельниковой, бодифлексу, Су-Джок и мудротерапии, самомассажу, аутотренингам, релаксации. Используем приемы арт-терапии, цветотерапии.

района», одобренный администрацией Бурлинского района. Работа по нему уже ведется полным ходом.

Начинается лето, пора отпусков, но наша работа продолжается. Уже проведены семинары **в селах Новоандреевка и Асямовка Бурлинского района, в г.Яровое** по презентации проекта «Здоровая семья - это здорово!». Специалисты ведут занятия в рамках собственных проектов **«Через творчество к успеху» и «Учитесь быть здоровыми и счастливыми»,** в основу которых заложена пропаганда здорового образа жизни.

Востребованность «общественной школы здоровья» очевидна. Специалисты и социальные работники должны многому научиться, знать и уметь быть здоровыми, так как, владея методиками оздоровления, мы сможем реально оказать помощь своим подопечным. ☺



Семинар в Совете ветеранов с. Новоандреевка

Мы давно используем инновационные формы и методы работы с населением Бурлинского района, наработан определенный опыт в области здоровьесберегающих технологий. **Чтобы научить быть здоровыми других, мы начали с себя.**

Занятия Общественной школы здоровья ведет **Алла Ивановна СУДАКОВА,** фельдшер с 25-летним стажем. Вместе с ней обучает специалистов и социальных работников психолог-валеолог, директор Центра **Татьяна Семеновна ЧЕРТОВСКИХ.**

Работа по пропаганде здорового стиля жизни ведется не только в этот

В работе Общественной школы здоровья мы используем материалы из журнала «Здоровье алтайской семьи», помогают и брошюры «Тиреошкола», «Школа остеопороза», «Жизнь с сахарным диабетом», «Школа больных артериальной гипертензией».

В рамках Года семьи разработан проект **«Арт-терапия и здоровьесберегающие технологии в психическом, физическом оздоровлении и реабилитации населения Бурлинского**



Семинар с педагогическим коллективом Новоандреевской средней школы



Рак предстательной железы



Александр Израилевич
НЕЙМАРК,
заведующий кафедрой
урологии и нефрологии,
д.м.н., профессор;
Наталья Игоревна
МУЗАПЕВСКАЯ,
к.м.н., ассистент
- кафедра урологии
и нефрологии АГМУ



Рак предстательной железы является одним из наиболее часто встречающихся злокачественных новообразований у мужчин. В развитых странах он занимает одно из ведущих мест среди онкологических заболеваний и второе место среди причин смерти после рака легкого.

Общемировая тенденция к старению населения приводит к росту заболеваемости раком простаты. Поэтому в последние годы отмечается быстрый рост заболеваемости раком предстательной железы - **около 3% в год**. По результатам исследования ткани предстательной железы мужчин, доживших до 85 лет, у **90%** из них на клеточном уровне обнаруживаются признаки рака предстательной железы.

Одно из первых мест по эпидемиологической ситуации по раку простаты занимают США, особенно высока заболеваемость раком простаты среди афроамериканцев. Среди китайцев и японцев заболеваемость самая низкая в мире. **Показатели же России сопоставимы с показателями заболеваемости в странах Западной Европы.** У пациентов молодого возраста отмечается тенденция к более злокачественному течению: с быстрым прогрессированием опухоли и ранним метастазированием.

Основная теория развития рака предстательной железы - генетическая. Процесс формирования раковой опухоли сложный и многоступенчатый. Поэтапно происходят изменения в генетическом коде клеток предстательной железы, в результате чего образуется группа клеток с измененными свойствами. **При условии гормональной стимуляции мужскими половыми гормонами эти клетки начинают ускоренно делиться, формируя зачаток опухоли.** При сохраняющейся «гормональной поддержке» происходит новообразование сосудов опухоли (неоангиогенез), замедляются процессы естественной гибели клеток (апоптоза) и в итоге идет прогрессирование опухолевого роста.

К факторам риска развития рака предстательной железы можно отнести:

◆ **характер питания:** риск повышается при употреблении высококалорийной жирной пищи у тучных мужчин;

◆ **генетические факторы:** установлено, что риск примерно в 2-3 раза выше у мужчин, имеющих ближайших родственников с этим же заболеванием. Соответственно, с увеличением числа больных раком предстательной железы среди родственников риск повышается. Взаимосвязь инфекционных факторов и доброкачественной гиперплазии простаты в развитии рака предстательной железы не выявлена.

Особенности клинического течения заболевания определены особенностями анатомического расположения предстательной железы. **В большинстве случаев источником развития рака предстательной железы являются клетки эпителия главных желез** (альвеолярно-трубчатый эпителий), **расположенные в самых периферических отделах предстательной железы**, в связи с чем заболевание длительное время протекает бессимптомно. Первые признаки болезни появляются при распространении злокачественного процесса на простатическую часть уретры, мочевого пузыря, устья мочеточников или при появлении отдаленных метастазов.

Таким образом, основные клинические симптомы рака предстательной железы скла-



дываются из признаков нарушенного мочеиспускания, примеси крови в моче и болевых ощущений в позвоночнике. Затрудненное, учащенное мочеиспускание малыми порциями с прогрессирующим течением - это признак поражения простатического отдела уретры и шейки мочевого пузыря.

Основные органы-мишени при раке предстательной железы - кости (кости таза, позвоночник) и легкие. Основываясь на одних только клинических проявлениях невозможно диагностировать такое заболевание, как рак предстательной железы.

Возникает парадоксальная ситуация: заподозрить заболевание возможно по результатам рутинного пальцевого исследования предстательной железы, но пациенты зачастую не предъявляют жалоб на измененное мочеиспускание участковому врачу-терапевту. А об урологе осведомлены не всегда, либо пациент первоначально попадает к врачу-неврологу и проходит лечение по поводу «остеохондроза позвоночника», и только при проведении рентгенографического исследования пораженного отдела позвоночника выявляются отдаленные метастазы.

В современных условиях алгоритм диагностики рака предстательной железы базируется на «трех китах»: **пальцевое**

ректальное исследование простаты (ПРИ); определение уровня PSA (простатспецифического антигена) и трансректальное ультразвуковое исследование предстательной железы.

ПРИ проводится в участковой поликлинике врачом-урологом, ведущем поликлинический прием больных, или фельдшером, ведущем прием в смотровом кабинете по областям, доступным физикальному исследованию. Пациентам с выявленными изменениями предстательной железы должно быть проведено исследование уровня PSA и УЗИ предстательной железы.

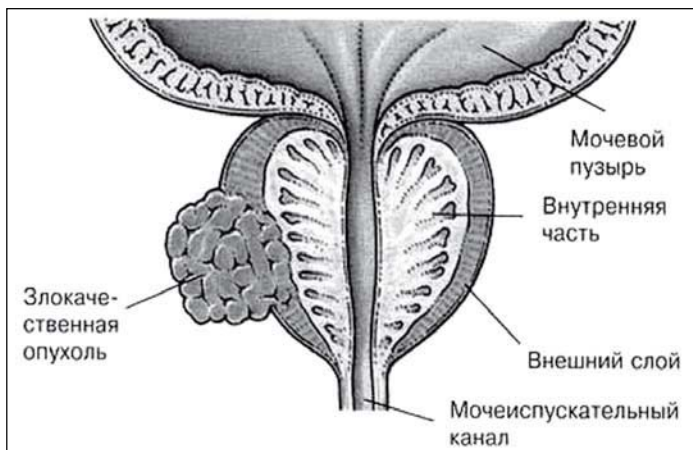
Простат-специфический антиген - это белок, повышение уровня содержания которого в периферической крови указывает на высокую вероятность рака предстательной железы.

Определение уровня PSA проводится во всех городах Алтайского края. В Барнауле это обследование можно пройти в МУЗ «Городская больница №11». По результатам проведенных исследований отбираются больные для проведения окончательного этапа диагностики - пункционной биопсии простаты.

Пункционная биопсия простаты позволяет подтвердить факт наличия злокачественной опухоли, определить особенности ее морфологического строения и прогноз течения заболевания. Пациент с установленным и стадированным диагнозом рака предстательной железы нуждается в специализированном лечении, объем которого за-

кологический диспансер». Количество больных раком предстательной железы, которым удалось выполнить радикальную операцию, невысоко. Только высокая осведомленность мужского населения и слаженная работа всех медицинских подразделений позволят повысить выявляемость на ранних стадиях заболевания и тем самым повысить количество радикально излеченных пациентов.

При распространенном злокачественном процессе применяются **лучевая терапия и максимальная андрогенная блокада.** Методы лучевой терапии могут быть проведены в виде дистанционной лучевой терапии (выполняется в условиях ГУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер») и «местной» лучевой терапии - брахитерапии. Проведение брахитерапии, к сожалению, возможно только в условиях крупных медицинских центров европейской части России.



Максимальная андрогенная блокада подразумевает максимальное ограничение воздействия мужских половых гормонов на ткань предстательной железы. **Гормонозависимая опухоль - рак предстательной железы - снижает темпы своего роста при отсутствии гормональной «подпитки», что позволяет уменьшить ее размеры и облегчить симптоматику течения за-**

висит от распространенности заболевания. **Пациентам с локализованной формой рака показано проведение радикальной простатэктомии** - единственного вида оперативного лечения, позволяющего избавить пациента от злокачественной опухоли. **Отбор больных для проведения простатэктомии ведется очень тщательно: обязательно необходимо исключить метастатическое поражение костей, легких, региональных лимфатических узлов.**

В Барнауле радикальная простатэктомия выполняется в условиях отделения онкоурологии ГУЗ «Алтайский краевой он-

болевания. Максимальная андрогенная блокада может быть проведена в двух видах: **хирургическом** - удаление яичек плюс антиандрогены и **терапевтическом** - препараты-аналоги релизинг-гормона и антиандрогены. Вариант хирургической максимальной андрогенной блокады с экономической точки зрения более выгодный, поэтому многие пациенты выбирают именно его.

Залог успеха в лечении рака предстательной железы - строгое соблюдение рекомендаций врача и регулярный контроль уровня PSA (простатспецифического антигена). ☺



ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

Для нас ведь главное - забота

*И теплый дружеский настрой. Ведь это больше,
чем работа - Быть милосердия сестрой!*

ЕЛЕНА АНАТОЛЬЕВНА МУЛИНЦЕВА,
старшая медицинская сестра поликлинического отделения
МУЗ «Городская больница №11» г.Барнаула,
1 квалификационная категория по специальности
«Сестринское дело», повышенный уровень образования;
ЮЛИЯ АНАТОЛЬЕВНА ТИМОФЕЕВА,
старшая медицинская сестра урологического отделения
МУЗ «Городская больница №11» г.Барнаула,
1 квалификационная категория по специальности
«Сестринское дело», повышенный уровень образования

15 мая 2008 года комфортный и вместительный актовый зал Краевой клинической больницы стал местом проведения **Региональной отчетно-выборной конференции АРОО «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников» по итогам работы за 2004-2007гг.**, которая проходила в очень деловой, но в то же время дружеской атмосфере и была подготовлена на высоком уровне.

В работе конференции приняли участие **237 делегатов** (из 270 максимально возможных) со всего Алтайского края. Делегатами съезда были рядовые медицинские сестры, акушерки, фельдшера, лаборанты, главные и старшие медицинские сестры - члены Ассоциации.

Волнующий момент. Под звуки Гимна медицинских сестер Алтайского края зал встал. Президент Ассоциации **Л.А. ПЛИГИНА** торжественно

но открывает конференцию.

Со словами приветствия к участникам обратились начальник Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности **В.А. ЕЛЫКОМОВ**; депутат комитета по здравоохранению и науке Краевого законодательного собрания - **Н.П. ШАВАНДИНА**; член Общественной палаты Алтайского края, главный редактор журнала «Здоровье алтайской семьи» - **И.В. КОЗЛОВА**; председатель Краевого комитета профсоюза медицинских работников - **Л.С. ВОЛОШИНА**.

Затем были избраны рабочие органы конференции: Председатель конференции - **Г.М. МАЛИНОВСКАЯ**, счетная комиссия, секретариат. Приняли решение - о выборах состава Правления, президента Ассоциации и контрольно-ревизионной комиссии тайным голосованием.

Из отчета-презентации президента Ассоциации Л.А. Плигиной присутствующие в очередной раз услышали и увидели, какая большая работа проделана членами Ассоциации за отчетный период в сфере повышения квалификации специалистов, обмена опытом с коллегами, участия во всероссийских и международных проектах, издание ежемесячно «Вестника Ассоциации», социальная поддержка, юридическая защита членов Ассоциации. Отчет был продуманным, содержательным, полным и заслушан с большим вниманием и интересом. Отчет-презентация контрольно-ревизионной комиссии об административно-финансовой деятельности Ассоциации был представлен в под-



В.А. Елыкомов приветствует медицинских сестер Алтая

робном объеме. Заключение: вся учетная документация ведется в соответствии с положением о бухгалтерском учете и решениями Правления Ассо-

ринских технологий в ЛПУ, повышения качества циклов постдипломного образования, пересмотра нагрузок на палатных медицинских сестер, улучшения



Звучит гимн медицинских сестер Алтая

циации. Нарушений финансово-хозяйственной деятельности нет.

У открытого микрофона развернулась настоящая дискуссия.

Краевой Главный внештатный специалист по сестринскому делу **В.М. САВЕЛЬЕВ** убежден, что для решения существующих проблем в сестринском деле нужен штатный, т.е. освобожденный, специалист по сестринскому делу, и не врач, а медицинская сестра с высшим сестринским образованием.

В выступлениях других делегатов - главных медицинских сестер, старших медицинских сестер, рядовых специалистов - говорилось о необходимости выделения освобожденных специалистов по сестринскому делу как в крае, так и в городах края для активных реформ в сестринской профессии.

Кроме того, поднимались вопросы необходимости внедрения новых сест-

условий труда, оснащенности рабочих мест. Ощущая реальную поддержку в своей работе от Ассоциации, в том числе и финансовую, выступающие предложили



Конференция приветствует вновь избранных членов Правления

увеличить вступительный взнос в Ассоциацию **до 50 рублей**. Данное предложение большинством голосов было принято. Членский взнос оставили без изменений - **1% от должностного оклада**.

Итоги голосования были для участников конференции ожидаемы. **Практически единогласно на очередной срок президентом Ассоциации избрана наш лидер Л.А. Плигина** и внесенный в список для голосования состав Правления и контрольно-ревизионной комиссии.

Вновь избранный президент



Л.А. Плигина поблагодарила делегатов за оказанное доверие и поздравила всех с Международным днем медицинской сестры.

Началось торжественное вручение Почетных грамот Российской Ассоциации медицинских сестер, АРОО «Профессиональная ассоциация средних меди-

ся на факультете высшего сестринского образования в АГМУ. В их адрес прозвучали напутствия на дальнейшую активную профессиональную позицию. В завершение конференции был приятный сюрприз для всех: концерт детского творческого коллектива.

Благодаря нашей Ассоциации, ее активной деятельности, мы, медицинские сестры стали более грамотными, решительными и смелыми. Важно, чтобы в члены Ассоциации вступали осознанно, тогда мы сумеем добиваться поставленных целей и желаемых перемен в профессии.

Мы, медицинские сестры МУЗ «Городская больница №11», призываем всех средних медицинских работников вступить в ряды Ассоциации и вместе решать проблемы нашей профессии.

ОТ РЕДАКЦИИ. На краевом торжественном мероприятии, посвященном Дню медицинского работника, Ларисе Алексеевне Плигиной была вручена Почетная грамота Администрации края за большой вклад в развитие сестринского дела на Алтае. ☺



цинских работников», благодарностей и памятных подарков. **Было награждено персонально 28 членов Ассоциации и 41 сестринский коллектив.** На сцену приглашены члены бывшего Правления. В их адрес прозвучали теплые слова признательности их заслуг перед сестринским сообществом Алтайского края. Всем были вручены благодарственные письма и памятные сувениры. **На сцену приглашены члены нового Правления. Состав обновился на 54%.** Среди нового пополнения - шесть специалистов, обучающихся-



Из выступления Л.А. Плигиной на региональной отчетно-выборной конференции Алтайской региональной общественной организации «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников» за 2004-2007гг.

Будущее профессии СОЗДАДИМ ВМЕСТЕ

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Алтайской профессиональной ассоциации средних медицинских работников исполнилось 8 лет, и сегодня в своих рядах она насчитывает **8500 специалистов**, что составляет **35%** от общей численности сестринского персонала здравоохранения Алтайского края.

Все усилия нашей организации были направлены на повышение профессионализма, рост общественного признания сестринской профессии, улучшение условий труда специалистов и качества сестринских услуг, а также формирование общественного мнения о востребованности независимой профессии медицинской сестры не только в Алтайском крае, но и в России в целом.

Уникальность деятельности Ассоциации заключается в равном внимании к проблемам, волнующим не только медицинских сестер различных специальностей, но также акушеров, фельдшеров, лаборантов, что свидетельствует о проявлении системного подхода к повышению качества медицинской помощи и ухода, оказываемых населению Алтайского края.

Мы стремимся к тому, чтобы каждый специалист был причастен к процессу перемен, происходящих в сестринском деле, и реализовывал свой личный потенциал через активную деятельность в Ассоциации.

Пройден нелегкий путь, нами достигнуты определенные результаты, мы занимаем четвертое место по численности среди региональных ассоциаций Российской Федерации, но главное еще впереди.

Нам предстоит большая, кропотливая, последовательная работа по реализации поставленных задач сестринского дела в Алтайском крае.

Мы выросли не только организационно, но и стали более устойчивы финансово. Крайне незначительные по сумме взносы членов Ассоциации на общие дела (1% от тарифной ставки, и до решения этой конференции увеличить вступительный взнос в Ассоциацию до 50 рублей, а он ранее был всего 25 рублей), позволяет нам финансировать части стоимости повышения квалифика-



ции членов Ассоциации, сестринских мероприятий в ЛПУ, семинары, конференции, совещания главных медицинских сестер и даже с 2007 года начали приобретать организационную технику для ЛПУ для нужд членов Ассоциации.

Ассоциация в своих рядах объединила медицинских сестер, фельдшеров, акушеров, фельдшеров-лаборантов, сельских, городских, краевых, ведомственных ЛПУ, преподавателей и студентов образовательных медицинских учебных заведений.

На сегодня 70% районов и городов Алтайского края уже охвачены членством АРОО «ПАСМР».

В рамках Соглашений осуществляется сотрудничество с Главным управлением Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности, комитетами по здравоохранению городов Рубцовска, Бийска, с Краевой организацией профсоюза работников здравоохранения.

Такие соглашения способствуют координации совместной деятельности по решению проблем, существующих в сестринской профессии.

Помимо этого, большой объем работы проводится **совместно с учебными медицинскими заведениями**. Это прежде всего: ГОУ СПО «Барнаульский базовый медицинский колледж», ГОУ СПО «Бийский медицинский колледж» и ГОУ СПО «Каменское медицинское училище».

Конечно, большое значение в деятельности нашей организации имеет Российская ассоциация медицинских сестер, ее поддержка в период нашего становления. И мы знаем, что и **наша активная позиция определила рост международного авторитета сестринского сообщества России, вхождение РАМС в состав Международного совета медсестер.**

За отчетный период, **члены нашей Ассоциации приняли участие в 7 международных, 22 всероссийских научно-практических конференциях, семинарах, съездах, конгрессах, форумах** в г.С.-Петербург, Москва, Ижевск, Чебоксары, Кемерово, Омск, Новосибирск, Чита, Екатеринбург, Йокогама (Япония). Эти общения дали великолепную возможность обмена опытом с коллегами из других регионов России и других стран.

Для того чтобы успешно проводить преобразования в нашей профессии, необходим соответствующий уровень профессиональной подготовки специалистов. С этой целью нашей Ассоциацией **проводятся ежегодно научно-практические конференции, краевые семинары, профессиональные конкурсы, совещания**, на которых происходит активный обмен информацией по актуальным аспектам сестринского дела.

В таких мероприятиях за отчетный период приняли участие



◀ **4985 человек**, что составляет **58%** от общей численности членов Ассоциации. С 2007 года члены Ассоциации, принимающие участие в работе наших мероприятий, имеют сертификаты участников.

Наше партнерство в течение 5 лет с региональным журналом «Здоровье алтайской семьи» и ежемесячный выпуск в нем нашего «Вестника Ассоциации» трудно переоценить. **Востребованность материалов, публикуемых в журнале, постоянно возрастает.**

Все сестринские коллективы обеспечиваются за счет средств Ассоциации методической литературой, специализированными журналами и сборниками, нормативными документами. Таким образом, по нашей инициативе и при нашем участии в ЛПУ сформированы профессиональные библиотеки.

Проводимые мероприятия, связанные с профессиональной подготовкой сестринского персонала, позволяют нам влиять на формирование специалистов с новым стилем мышления, способных изменить ситуацию, связанную с диссоциацией сестринской практики и системы образования.

Повышение престижа сестринской профессии и качества сестринской помощи невозможно без внедрения системы контроля качества, которая подразумевает внедрение стандартов в профессиональную деятельность медицинской сестры.

В настоящее время мы передали в каждое ЛПУ CD-диски с протоколами технологий выполнения простых медицинских манипуляций.

Для успешной деятельности Ассоциации по оказанию консультативно-юридической помощи членам Ассоциации мы на постоянной основе сотрудничаем с опытным юристом.

За отчетный период в Ассоциацию поступило 79 обращений. На все вопросы были даны ответы. При этом хочу отметить, что некоторые из них требовали решений на уровне Минздрава РФ, отделения Пенсионного фонда, а также участия в разрешении проблем главных врачей ЛПУ.



Члены Правления Ассоциации принимают активное участие в работе Краевой аттестационной комиссии и Краевого центра по лицензированию.

Ассоциация самым активным образом способствует **внедрению Этического кодекса медицинской сестры России** в профессиональную деятельность сестринского персонала. Складывается практика проведения своеобразных отчетов медицинских сестер по качеству знаний Этического кодекса и главное - применения его норм на практике.

Сформировать единую систему оценки эффективности сестринской деятельности, контроля ее качества и дальнейшего внедрения в практику - одна из наших наиважнейших задач.

Мы вправе сегодня сказать, что сестринская профессия, как наука, не только появилась у нас в крае, но и получила признание на всероссийском уровне. А это, в свою очередь, является одним из серьезных факторов, повышающих престиж нашей профессии и ее развитие.



Сегодня деятельность нашей Ассоциации на протяжении всего периода можно назвать, я не побоюсь этого слова, творческой - это важное событие в жизни здравоохранения Алтайского края. **Происходит постепенное признание значимости и роли медицинской сестры, со стороны как коллег, так и общества в целом.** Врачи начинают смотреть на медицинскую сестру не как на некое «подспорье» в лечебном процессе, а видят в ней специалиста сестринского дела, имеющего и выполняющего свои специфические функции - квалифицированный уход за пациентами.

Первые шаги по развитию сестринского дела в регионе сделаны, они дали нам уверенность в реализации намеченных целей и правильном направлении работы, но основная работа впереди. Ее результаты будут зависеть от личного вклада каждого специалиста со средним медицинским образованием, от их понимания значимости и ответственности за происходящие перемены в здравоохранении и обществе.



Нам предстоит продолжать работу по повышению эффективности и качества оказываемых нами услуг, своего профессионализма. Для этого мы продолжим:

- ◆ проведение региональных съездов, научно-практических конференций, семинаров, конкурсов;
- ◆ внедрение в практику кумулятивной системы повышения квалификации сестринского персонала;
- ◆ внедрение в практическую деятельность СМР протоколов технологий простых медицинских услуг;
- ◆ освоение и внедрение инновационных сестринских технологий в ЛПУ города и края;
- ◆ участие Ассоциации в подготовке и реализации программ по сертификации и аттестации специалистов сестринского персонала на квалификационную категорию;
- ◆ создание единого информационного пространства. Организация учебно-методических кабинетов в ЛПУ города и Алтайского края. Развитие научных исследований в области сестринского дела.

Современное здравоохранение имеет профилактическую направленность, которая должна являться одной из главных функций крупнейшей по численности категории медицинских работников - сестринского персонала. **Именно поэтому сестринским ассоциациям принадлежит роль лидеров на пути человечества к общей цели - здоровью для всех!**

Мы проделали трудную, но достойную работу, и это стало возможным благодаря воле единомышленников, дороге коллеги, и за это я вас благодарю!

Хочу пожелать новому Правлению творческой активности, сохранения традиций продолжения начатых больших дел. Мы должны верно служить своей профессии и людям, у нас всегда должны быть чистыми помыслы и добрыми намерения. ☺

НАС НЕ ДОЛЖНО ПОКИДАТЬ МИЛОСЕРДИЕ!



Фоторепортаж с отчетно-выборной конференции Алтайской региональной общественной организации «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников», 15 мая 2008 года



Украшаем зубы



ВЛАДИМИР ИВАНОВИЧ
СЕМЕННИКОВ,
доктор медицинских наук, про-
фессор,
заведующий кафедрой
хирургической стоматологии,
Алтайский государственный
медицинский университет;
НИНА ВЛАДИМИРОВНА
СЕМЕННИКОВА,
аспирантка Сибирского
государственного медицинского
университета



Стоматологическая культура в России очень низкая. Впервые мы начинаем задумываться о красоте зубов тогда, когда нам хочется выглядеть привлекательно в глазах противоположного пола, то есть в подростковом, молодежном возрасте. До этого момента, как правило, наше обращение со стоматологом обусловлено зубной болью, «дыркой» в зубе или плановым профилактическим осмотром в школе.

В этом зачастую виноваты родители, не уделяющие должного внимания обучению своих детей гигиене полости рта. А их сын или дочь, собираясь на первое свидание и улыбаясь себе перед зеркалом, по-настоящему обращают внимание на свои зубы. И 80% (!) молодых людей видят примерно одинаковую картину: шейки зубов покрывает зубной налет, между передними зубами проглядывают темные пятна, имеются пломбы, отличные по цвету, десны воспалены, изо рта исходит не очень приятный запах.

Между тем 3/4 описанных выше проблем решаются регулярным и правильным соблюдением элементарной гигиены полости рта. И в данном случае недостаточно лишь обучиться правильной чистке зубов. **У человека должен быть сильный стимул, стремление делать это тщательно и каждый день.** Материальные стимулы, что кариес лучше пре-

дупредить, чем лечить, на молодежь особо не действуют. Увещевания о здоровом образе жизни, даже очень настойчивые и убедительные, имеют лишь временный эффект. Но есть простой, как все гениальное, красивый и по-настоящему работающий способ поддержания гигиены полости рта на должном уровне.

Речь идет о зубных украшениях. Вы спросите, а причем же здесь гигиена, профилактика кариеса? Какая связь? А связь есть, и самая прямая. Вся суть кроется в нашей с Вами психологии. Украшение зуба, сверкающее при улыбке всеми цветами радуги, который ребенок или взрослый демонстрирует всем при каждом удобном случае, привлекает внимание окружающих к зубам его обладателя. Человек, у которого во рту бриллиант, сам будет очень часто смотреть на него в зеркало и понимать, что украшения требуют ухода. А уход за ними -

это не что иное, как банальная чистка зубов.

И согласитесь, что человек с блестящей улыбкой всеми силами будет стараться ее сохранить и не захочет иметь во рту ни зубного налета, ни кариозных зубов, так резко контрастирующих с красивым украшением! Итак.

Стразы на зуб - безвредное украшение, так как под него не нужно высверливать эмаль. **Украшение просто клеится на светоотверждаемый композит**, а потом зуб немного полируется. Не принося никакого вреда слизистой, не повреждая зубы, стразы привлекают внимание своим необычным блеском.

Скайс - драгоценный камень, который приклеивается к поверхности зуба. Скайсы созданы специально для украшения зубов. Они плоские, маленькие (не более 2,5 мм в диаметре). Форма их может быть различной и ограничиваться только полетом вашей фантазии: звездочки, капельки, дельфинчики... Фиксируются скайсы при помощи специального клея (бонда) так, чтобы не травмировать эмаль зуба. Бонд полностью прозрачен и не мешает преломлению света. Поэтому камешек или золотое украшение на зубе играют всеми оттенками, особенно при искусственном освещении, свете прожекторов на дискотеке или сцене.

Из-за того, что скайс совершенно плоский и не выступает на зубе, вок-



руг него не скапливается пища, нет трения о губу. Держится, если пользоваться аккуратно, год-два, не доставляя при этом никакого дискомфорта. Скайсы можно наклеивать детям, стимулируя их желание ухаживать за своими зубами, а так-



же вмонтировать и в искусственную коронку. Если впоследствии вы захотите снять украшение, это будет сделано быстро, без нарушения целостности зуба. Цены на скайсы зависят от материала, из которого сделано украшение.

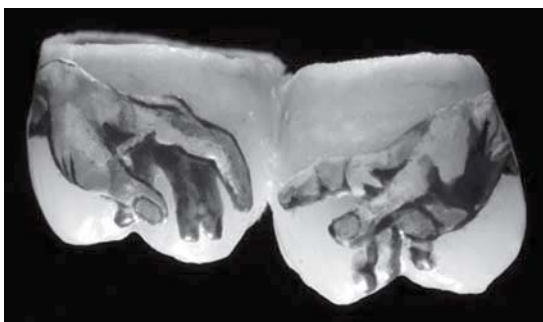
Twinkles - очень модное украшение. Это **золотая фигурка с инкрустированным камнем или без него**, которая приклеивается к зубу с помощью современных материалов, что занимает не более 10 минут. Украшение twinkles можно приклеить только на натуральный зуб, при этом не повреждая его. Twinkles изготовлены из золота в 18, 22, 24 карата (золото 7500, 9350 и чистое золото соответственно) со вставками из натуральных камней (бриллиант, сапфир, рубин) 0,01 и 0,02 карата. Twinkles невозможно стереть зубной щеткой (но чистить его все же нужно), украшение снимает только сам стоматолог. А после того как украшение снимается, зуб надо всего лишь очистить от композитного клея, для этого стоматолог просто полирует его.

Стильден - **декоративные зубные украшения из драгоценных металлов**. Украшения выполнены из



стоматологических сплавов, прошедших токсикологические испытания и разрешенных МЗ РФ к применению. Декоративные украшения для зубов имеют размеры от 1x1мм до 4x4мм в зависимости от вида и формы. Поверхность украшения, предназначенная для контакта с зубом, подвергается специальной обработке для обеспечения высоких адгезионных свойств. Внешняя поверхность украшения отполирована до зеркального блеска. Украшения приклеиваются на поверхность зуба без нанесения вреда эмали и могут являться хорошей защитной маской для поврежденных участков эмали. Профессиональный стоматолог осуществляет безболезненную аппликацию украшения за 10-15 минут.

Использование золотых накладок в комбинации с бриллиантами для украшения здоровой улыбки благодаря новейшим технологиям и высококвалифицированным врачам является безболезненной и бе-



зопасной процедурой. Драгоценные камни могут быть установлены как непосредственно на эмаль зуба, так и на искусственную металлокерамическую и металлокомпозитную коронку. Золотые накладки и бриллианты могут не только играть роль украшений, но и скрывать дефекты на поверхности зуба. Пациентам с гипоплазией, эрозией эмали, поверхностным кариесом украшение может включаться в структуру пломбы.

Для того чтобы носить украшения, зубы должны быть не только здоровыми, но и красивыми, а далеко не каждый человек может похвастаться ровным зубным рядом. Специально для тех, кто очень хочет исправить кривизну зубов или прикус, но не хочет щеголять с железками на зубах, были созданы **брекеты из сапфиров**. Сапфировые брекеты делаются из искусственно выращенных сапфиров, они незаметны и аккуратны, ухаживать за ними намного проще, чем за другими типами брекетов. Сапфировые брекеты



ты не нарушают дикции и не вызывают неприятных ощущений во рту.

Татуировки - создаются на фарфоровых коронках. Сегодня зубным декором чаще увлекаются девушки и молодые женщины от 14 до 35 лет. Мужчины украшают зубы значительно реже, причем в отличие от прекрасного пола, бижутерию не жалуют. Профессионалы, занимающиеся созданием маленьких шедевров, утверждают, что их клиенты после установки такой вот коронки очень тщательно ухаживают за зубами. Стоимость такого «зубика» - от 80 до 450 долларов США. Недешево, но со вкусом.

Украшения для зубов выглядят очень привлекательно и с течением времени не теряют своего блеска. Специальная огранка, производимая в заводских условиях под контролем компьютерной автоматики, позволяет им играть на свету десятками граней. Улыбка действительно сверкает!

Кстати, все процедуры по установке украшений должен производить только специалист! Он обрабатывает поверхность зуба при помощи специальных аппаратов,



делает ее идеально чистой и сухой и только после этого приступает к наклеиванию драгоценности.

Сегодня украшение зубов доступно всем, и это отличный способ полнее выразить свою индивидуальность и поразить окружающих! ☺



Согрей теплом родительского сердца



Адаптация приемного ребенка в замещающей семье

СВЕТЛАНА АНАТОЛЬЕВНА КАЛМЫКОВА,
психолог детского дома «Приют», г.Барнаул

(Продолжение. Начало - в №5(65))

Вспышки негативного поведения в это время могут иметь следующие причины.

◆ **Дети, пережившие утрату семьи, боятся повторения этого и в новой, приемной, семье.** Иногда они провоцируют взрослых на разрыв, демонстрируя своим поведением одновременно двойственность - привязанность и отвержение, поскольку это именно то, что они пережили в своем опыте.

◆ **Они колеблются между страхом быть обманутыми снова и надеждой, что этого не случится больше;** пытаются контролировать возникающие у них теплые чувства, поскольку знают, как взрослые могут злоупотреблять своей властью.

◆ Вспышки негативного поведения могут быть **частью процесса отреагирования утраты кровной семьи** - ребенок может тосковать и злиться.

◆ **Дети проверяют, до каких пределов они могут дойти в своем плохом поведении.**

В такие моменты некоторыми родителями овладевает отчаяние: «Неужели всегда так будет?!». Исчезает радость общения, естественность отношений. **Может возникнуть отчетливое стремление подчинить ребенка себе, своей власти.** Вместо естественного принятия ребенка преуменьшаются его достоинства. Вместо чуткого реагирования на малейшие достижения ребенка **начинается его сравнение**

со сверстниками, которое будет не в его пользу. Процесс воспитания рассматривается как **вынужденное исправление врожденных недостатков.** Родители начинают искать в ребенке пороки развития, вызванные «ущербной» наследственностью: плохая память, туго соображает, слишком подвижный и т.п., - не подозревая, что многие недостатки в развитии вызваны не наследственными факторами, а социальной запущенностью ребенка, и при хорошем семейном уходе, заботе и терпении исчезают бесследно.

Конечно, жить ребенку с чувствами, вызывающими тревогу и беспокойство, сложно и тяжело. **Дети в этот период чрезвычайно чувствительны, они особенно нуждаются в помощи, чтобы эти подавленные чувства не нанесли вреда.** Правильные взаимоотношения между детьми и взрослыми - важнейший фактор нормального, полноценного развития ребенка.

Поэтому вам потребуется много терпения и известная степень самоотречения и доверия.

1. **Не ждите быстрых «результатов».**

2. **Не стоит «стирать» прошлое ребенка из его памяти.** Чем старательнее вы будете это делать, тем упорнее он будет «цепляться» за самые мельчайшие крупички своих воспоминаний, пусть даже они самые негативные для него.



3. **Делайте акцент на его успехи,** положительные события, отрицательные - также обозначайте, но сдержанно.

4. **Работайте с возникающими эмоциональными проблемами.** Признавайте страх, тревоги ребенка, его печали о людях, оставленных позади, и неуверенность по поводу будущего.

5. **Не скрывайте информацию о прошлом приемного ребенка** (каждый ребенок в соответствии с обстоятельствами и возрастом должен представлять, кто он, каково его происхождение, где и когда он родился, где прежде жил, кто его биологические родители и где они сейчас, информацию о других родственниках).

6. **Сосредоточьтесь на изменениях к лучшему,** замечайте и цените их.

7. Что касается братьев и сестер, то родители могут непреднамеренно противопоставлять детей друг другу, поэтому **необходимо исключить сравнение блестящих успехов одного с бледными до-**





стижениями другого. Такое соперничество может привести к сильным переживаниям ребенка и разрушить прежде хорошие взаимоотношения.

В это время заботящиеся взрослые уже больше знают ребенка, начинают лучше понимать его и чувствуют себя более уверенными. **Ребенок, в свою очередь, начинает дорожить семьей, уже не думает всерьез об уходе и больше доверяет взрослым. На этой стадии фактически формируется привязанность к новой семье.**

Главное достижение этого этапа, длящегося чуть более полугода, - взаимное доверие и субъективное ощущение постоянства отношений, появляющееся у обеих сторон, которые начинают воспринимать себя как целостность. **Об успешном преодолении трудностей этого адаптационного периода свидетельствует изменение внешнего облика ребенка:** изменяется выражение и цвет лица, оно становится более осмысленным, чаще появляется улыбка, смех. Ребенок становится оживленным, более отзывчивым, «расцветает».

Третья стадия - «привыкание», или «медленное восстановление».

Вы можете заметить, что ребенок как-то неожиданно повзрослел. Исчезло напряжение, дети начинают шутить и обсуждать свои проблемы и трудности со взрослыми. **Ребенок привыкает к правилам поведения в семье.** Он начинает вести себя так же естественно, как ведет себя родной ребенок в кровной семье. Поведение соответствует особенностям характера и полностью адекватно ситуациям.

Приспособившись к новым условиям, дети начинают интересоваться своим прошлым. Дошкольники и младшие школьники могут спрашивать взрослых, где они так долго были, почему так долго их искали? Вспоминать: «А мы с мамой тоже в цирк ходили!», «А у нас тоже машина была» и т.п. **Желаемое и действительное смешиваются в этих рассказах, суть которых сводится к следующему: ребенок**

нуждается в создании приемлемого варианта своего прошлого.

Дальнейшее движение семейной системы по стадиям жизненного цикла аналогично обычной семье с растущими детьми с присущими кризисными этапами возрастного развития, через которые проходит каждый ребенок.

Следующий кризис может наблюдаться в подростковом возрасте. Ребенок может изменить свое отношение к приемным родителям, критиковать их, особенно при обиде. Если подросток обладает ограниченной информацией о биологических родителях, он домысливает недостающие нюансы, старается походить на воображаемый их образ.

Парадоксально, но **подросток, в глубине души страшась отделения от усыновителей, в то же время может, отстаивая свою независимость, и в моменты обострения заявлять о своей непричастности к семье:** «Ты не можешь указывать мне, что делать! Ты мне не мать!». Ребенок считает, что его не любят или к нему плохо относятся потому, что он неродной.

Многие родители отмечают, что ребенок становится агрессивным, примерно **в 12 лет** (девочки - несколько раньше), а пик агрессии приходится **на 13-14 лет.**



Осложнение отношений между взрослыми и ребенком, изменения в поведении появляются у любого ребенка в подростковом возрасте: между взрослыми и детьми может возникнуть отчуждение, теряется искренность, доверительность отношений. Подросток покуливает, пробует алкоголь, употребляет бранные слова, грубит, чтобы подтвердить свое взросление.

Сверстники привлекают его больше, чем взрослые, проявляется интерес к лицам противоположного пола. Такое возникает в каждой семье. **Не наследственность этому главная причина, а особенности развития подростка! Это всего лишь кризис возраста.** И главное здесь - понимание трудностей ребенка, его проблем. Ни упреков, ни сожалений («И зачем мы тебя усыновили!») не должно прозвучать от вас, как родителя.

Отмечается и кризис выпуска, который связан с прекращением попечения и необходимостью решения вопроса о дальнейшем жизнеустройстве подростка и прекращением «рабочей» роли патронатного воспитателя. Для повзрослевшего ребенка это в очередной раз поставленный вопрос о самоидентификации и принадлежности к той или иной семье. Ребенок как бы заново переживает прежние разрывы привязанностей. Совместное решение семьи и выпускника о его дальнейшем проживании в семье или об отделении от нее дается с большим трудом.

Прохождение подросткового кризиса и кризиса выпуска зависит от качества отношений ребенка и патронатных воспитателей. Понимание, терпение, выдержка - главные принципы поведения в этот период.

Через год-два, при разумном своем поведении, вы заметите, что эти проблемы уйдут, и, взрослея, ребенок оценит роль семьи в его жизни.

Если ребенок чувствует хорошее отношение к себе, то возникает привязан-





ность к родителям, ответные чувства. Дети и родители живут жизнью обычной нормальной семьи и готовы адекватно воспринимать происходящие в ребенке возрастные изменения. **Этот период еще можно назвать «Равновесие».**

Приемные (усыновленные) дети в своем поведении уже не отличаются от ребенка, воспитывающегося у биологических родителей. С течением времени они становятся даже более ориентированными на семью, чем кровные дети.

Если же родители не смогли найти путь к сердцу ребенка и установить доверительные отношения, то в этот период усугубляются прежние недостатки личности (агрессивность, замкнутость, расторможенность) **или нездоровые привычки** (воровство, курение, стремление к бродяжничеству), а также то, что уже отмечалось выше: мстительность или демонстрация беспомощности, требование чрезмерного внимания или упрямство, негативизм. Каждый ребенок ищет свой путь защиты от неблагоприятных внешних воздействий.

Как послесловие

Семьи часто сталкиваются с проблемами усыновления, совсем не

похожими на те, которые они предполагали увидеть. Некоторые приемные родители начинают ощущать свою беспомощность или огорчение по поводу того, что у них в семье появился совсем не такой ребенок, какого они себе представляли.

Следует учитывать, что детям в любом возрасте необходимы:

1. **Психологическая поддержка** со стороны взрослых, основанная на том, чтобы помочь ребенку почувствовать свою нужность.

2. **«Книга жизни»** - это материальные свидетельства о прошлом: фотографии самого ребенка прежде и теперь, значимых людей и мест, записи и т.д. Особенность прошлого для детей из неблагополучных семей состоит во фрагментарном характере, «выпадении» целых периодов жизни - некоторые из них дети не помнят в силу раннего возраста, а некоторые «вытеснены» как негативные. Патронатная семья может помочь ребенку, воссоздавая «линию жизни» в специальном альбоме воспоминаний. Поиск положительного ресурса в судьбе ребенка - основные задачи такой работы.

3. **Помощь в построении моделей** будущей самореализации, вклю-

чая возможность последующего воссоединения с кровной семьей.

4. **Контакты**, насколько они уместны, с кровной семьей и прежними знакомыми. *(Бабушка Вади́ма и Вари приезжает в их новую семью. Дети спокойно встречают и провожают ее.)*

5. **Стремление к близости с другим человеком** и старание эту близость сохранить. Потребность в привязанности - врожденная, однако способность ее устанавливать и поддерживать может нарушиться из-за враждебности или холодности взрослых.

6. **Признание различия** между биологическим и психологическим родительством без оценивания этого различия.

Помните, что ребенка поддерживают, помогают ему достичь уверенности в себе такие слова и фразы: «Зная тебя, я уверен, что ты все сделаешь хорошо», «Мне было очень приятно наблюдать за происходящим!», «Даже если что-то произошло не так, как тебе хотелось, для тебя это было хорошим уроком, исправляя свои ошибки, ты тоже учишься».

В коммуникационной связке «ребенок - взрослый» важное значение имеют: прикосновения, совместные действия, физическое соучастие, приветливые выражения лица.

Дети любого возраста доставляют нам разные чувства, и воспитание никогда не было легким делом. **Скорость формирования привязанности у детей не зависит от возраста!** С одинаковым успехом и с 6-летним ребенком, и с 14-летним подростком у вас могут достаточно быстро сложиться близкие, доверительные взаимоотношения.

Понимание, терпение, выдержка - главные принципы поведения в этот период. Через год-два, при разумном поведении взрослых, заметите, что эти проблемы уйдут и, взрослея, ребенок сам оценит роль семьи в его жизни.

Помните: исправить все сразу нельзя. Сначала ребенок должен привыкнуть к вам, принять изменения в своей жизни, и только потом он начнет меняться сам. ☺

«Согрей теплом родительского сердца» публикуется в рамках Гранта Алтайского края в сфере СМИ на 2008 год



Синдром раздраженного кишечника

ТАТЬЯНА ГРИГОРЬЕВНА ЛУБЯНСКАЯ,
заведующая гастроэнтерологическим отделением,
ГУЗ «Краевая клиническая больница»,
врач-гастроэнтеролог высшей категории,
кандидат медицинских наук,
главный внештатный гастроэнтеролог Алтайского края,
ассистент кафедры терапии ФУВ АГМУ



- Татьяна Григорьевна, что же это за синдром такой - синдром раздраженного кишечника?

- Синдром раздраженного кишечника (СРК) - это комплекс функциональных расстройств кишечника, которые беспокоят пациента более трех месяцев. Считается, что 10-15% населения мира имеют СРК, т.е. его можно назвать довольно частым заболеванием. Но отдельно от других болезней кишечника она не фиксируется (так, в 2007 году в Алтайском крае было зафиксировано 21798 больных с заболеваниями кишечника). Женщины страдают в 2-4 раза чаще мужчин. Хотя заболевание нередко начинается в молодости, пик обращаемости относится к возрасту 35-50 лет. У больных СРК значительно ухудшается качество жизни, снижается трудоспособность, нарушаются сон, сексуальная активность и т.д.

Как правило, СРК страдают люди эмоциональные, с неустойчивой психикой, подверженные стрессам. Также имеют значение: нарушение привычного режима и характера питания; недостаток клетчатки в пище; малоподвижный образ жизни; гинекологические заболевания; гормональные нарушения; перенесенные острые кишечные инфекции с последующим дисбактериозом.

- Что происходит в кишечнике при СРК?

- При СРК как тонкая, так и толстая кишка проявляют повышенную реактивность в виде кишечного спазма, замедления или ускорения моторики в ответ на различные стимулы (лекарственные препараты, стресс, растяжение кишки баллоном, прием пищи).

Таким образом, в установлении диагноза СРК приоритет имеют следующие факторы:

- психологический,
- нарушение моторики и висцеральной чувствительности (т.е. чувствительность к раздражениям, действующим на рецепторы внутренних органов);

- изменение химического состава кишечного содержимого.

- На какие симптомы необходимо обратить внимание?

- Это - вздутие в животе; обильное отхождение газов; стул (редкий - один раз в двое суток; ежедневный, но требующий большого усилия и натуживания; жидкий; учащенный - чаще двух раз в день), боли в животе, локализованные вокруг пупка и которые уменьшаются после стула и отхождения газов. Причем, эти симптомы сохраняются или рецидивируют в течение не менее чем трех месяцев.

- Похожи ли симптомы СРК с проявлениями других заболеваний?

- Нужно помнить, что СРК в ряде случаев способствует болям в правом и левом подреберье, что делает сложным дифференцировать диагностику (делает похожим на болезни поджелудочной железы, печени, желчных путей). Иногда такие сложные болезни, как рак толстой кишки, могут иметь симптомы, похожие на СРК. В связи с чем возраст, характерный для онкозаболеваний, начиная с 40 лет, требует тщательного обследования органов пищеварения.

- Как диагностируется СРК?

- Диагноз СРК устанавливается методом исключения. В условиях

амбулатории у всех больных исследуют клинический анализ крови. Часто проводятся копрологические исследования. Анализ кала на наличие яиц глиста и на дисбактериоз не придают существенного значения. Пациентов старше 40 лет обследуют инструментально: фиброгастроскопия, фиброколоноскопия. Всем пациентам делают УЗИ брюшной полости.

Больной должен знать, что проявления синдрома могут сохраняться на протяжении многих месяцев и даже лет без прогрессирования, под влиянием лечения симптомы могут быть ослаблены.

- В чем заключается лечение синдрома?

- Считается, что основными направлениями лечения СРК являются сбалансированность питания и позитивное (положительное, оптимистическое) мышление. То есть, за исключением прикованных к постели людей, запоры - как важное проявление СРК - могут быть ликвидированы диетическим питанием, равно как и поносы - такие состояния требуют определения самим пациентом (под руководством врача) того количества овощей и фруктов и такого их вида, их сочетания, которое подходит именно ему. Каждый пациент также должен уменьшить в своем рационе количество углеводов (мучное, сладкое, картофельная пища), которые усиливают бродильные процессы в кишечнике. Сырые



овощи и фрукты должны быть тщательно измельчены.

- Какие группы лекарственных препаратов можно выделить в лечении СРК?

- При запорах и плохой переносимости продуктов, содержащих балластные вещества (пищевые волокна), используют набухающие слабительные средства (которые, не раздражая кишечник, способны удерживать воду, тем самым увеличивая объем стула, который становится мягким); осмотические слабительные (которые планомерно и постепенно восстанавливают нормальную функцию кишечника и его регулярное опорожнение), а также слабительные – раздражители (тормозят всасывание воды и электролитов в тонкой и толстой кишке, увеличивая тем самым поступление воды в просвет кишечника). Возможно использование слабительных, размягчающих каловые массы.

При поносах назначаются препараты, замедляющие транзит содержимого по кишечнику и вяжущие средства.

При СРК с болевым синдромом используются спазмолитики.

При метеоризме эффективны адсорбенты и пеногасители.

При лечении значительной части пациентов с СРК была доказана эффективность применения антидепрессантов (рецептурные таблетки), которые может назначать только врач! Хочу заметить, что современная гастроэнтерология на сегодняшний день редко использует травы.

Важным элементом в ведении больных является ведение пищевого дневника: в тетради на одной стороне листа больной записывает все то, что он съел (в граммах, по часам-минутам), рядом фиксируются (с указанием времени) появившиеся ощущения.

- Возможно ли самолечение в данном случае?

- Применяющиеся лекарственные средства в России чаще всего безрецептурные, однако длительное или частое их применение может привести к некоторым побочным эффектам. Поэтому и диету, и медикаментозное лечение нужно обязательно согласовывать с врачом.

Теперь немного о часто используемой некоторыми больными клизме. Сделать очистительную клизму в домашних условиях при запорах непросто. Для этого больные проходят специальное обучение, где им объясняют, что наконечник клизмы



должен вводиться очень мягко, насильственно, вода должна быть комнатной температуры и подаваться очень медленно и другие немаловажные нюансы.

Таким образом, на сегодня клизма является одним из самых нежелательных методов борьбы с запорами. При длительном ее использовании (в течение, например, года) отрегулировать стул будет намного сложнее. Во время клизмы вода поступает противостоестественно - снизу вверх - по отношению к физиологии толстой кишки. Ее сокращения в норме способствуют продвижению содержимого сверху вниз. Так раздраженное состояние кишечника усугубляется.

- Давайте уточним: какого питания должен придерживаться больной?

- Из рациона необходимо исключить копченые и острые блюда, алкоголь, кофе, шоколад, продукты, вызывающие чрезмерное газообразование (капуста, мучное). Основу питания должны составить разнообразные овощи, фрукты, кисломолочные продукты. Полезны мясные и рыбные блюда, приготовленные на пару или вареные.

При запорах все-таки следует попытаться увеличить количество балластных веществ - пищевых волокон (ПВ) в рационе. Источники ПВ: злаки, корнеплоды (свекла, морковь, тыква), фрукты, крупа (гречневая, овсяная). Наиболее выраженное послабляющее действие оказывают черный хлеб, сухофрукты, особенно чернослив, курага. Традиционно при запорах количество овощей и фруктов в рационе должно состав-

лять не менее 500-700г ежедневно. При наличии вздутия и болей вначале они назначаются в вареном, тушеном и запеченном видах.

При поносах исключаются молоко, сырые овощи и фрукты. Возможно использование 100-200г вареных или тушеных моркови, кабачков, запеченных яблок. Разрешают употреблять говядину, мясо курицы, кролика, рыбу, яйца, кисломолочные продукты, в том числе творог, сыр, белый хлеб, каши. При выраженных поносах пищу протирают. По мере улучшения самочувствия количество и состав овощей и фруктов определяется больным индивидуально.

Выполнять указанные выше диетические виды лечения можно самостоятельно. При недостаточном их эффекте, имея пищу дневник, нужно посоветоваться с врачом-терапевтом или гастроэнтерологом.

- Как вести себя в дальнейшем?

- При СРК и после проведенного лечения образ жизни и качество питания должны быть максимально здоровыми. Очень полезны различные виды лечебной физкультуры, в большинстве случаев необходима борьба с гиподинамией. Спорт, не связанный со значительными физическими нагрузками, будет полезен (плавание, бег, ходьба, легкая атлетика, гимнастика, боевые искусства). Особенно полезны все виды упражнений, укрепляющих брюшную пресс. Небольшие ограничения возможны для больных с дефицитом веса и поносом. И конечно же, необходимо нормализовать свой режим дня, избегать длительного психического перенапряжения, научиться не переживать «по пустякам» и радоваться жизни.

Курение рассматривается как мощный провокатор кишечных симптомов. Алкоголь очень неблагоприятен для состояния печени, поджелудочной железы, кишечника.

Нужно говорить о важности оптимистического взгляда на жизнь, периодически регулярно работать в этом направлении над собой. В случае необходимости обращаться за помощью к психологу, психотерапевту или психиатру. Хочу отметить, что эти специалисты – важные помощники гастроэнтеролога. Ведь не зря кишечник называют «вторым сердцем», или «резонатором эмоций». К тому же, люди, сформировавшие позитивное мышление, со временем выздоравливают.

- Спасибо Вам, Татьяна Григорьевна, за беседу. ☺



С Днем медицинского работника!



Уважение и даже благоговение перед Медицинскими работниками с большой буквы было во все времена. Их почитали и почитают наряду с родителями: «Доктор, благодаря Вам, я второй раз на свет родился!» - сколько раз многие и многие из вас слышали идущие от самого сердца эти слова.

Их обожают! Им верят - причем верят беспрекословно. Улавливают каждую интонацию в разговоре. Не зря говорят - слово лечит.

И, конечно, такое отношение накладывает свои огромнейшие моральные обязательства на специалистов!

Но, к сожалению, есть и проявления непонимания того, что медицинская деятельность - особая, требует не только колоссальных знаний, профессионализма, особого дара - интуиции, но и такта, терпения и, конечно, таланта. Не зря до недавнего времени лечение - называли ИСКУССТВОМ! врачевания. А талант - нужно беречь!

Наши медицинские работники заслуживают самых лучших условий труда, возможности элементарно отдохнуть после сложной операции или бессонной ночи. Они должны иметь достойную оплату своего труда, **но не нужно умалять и значения общественного признания работы медицинских работников.**

Общество и государство должны знать и понимать те проблемы и сложности, с которыми сталкиваются в своей работе медики, уделять должное внимание развитию здравоохранения, сбережению его золотого кадрового потенциала. Именно для того, чтобы поблагодарить и поздравить медиков, собрались представители власти, общественных структур и медицинской общественности края накануне Дня медицинского работника во Дворце культуры г.Барнаула.

Очень много было в зале ветеранов. Слова благодарности медикам Алтая за их труд прозвучали от имени Губернатора края **А.Б. КАРЛИНА.**

Заместителем Губернатора **Н.П. ЧЕРЕПАНОВЫМ** были вручены награды Алтайского края, Почетные письма и Благодарности: *медаль «За заслуги в труде»* - **Дмитрию Константиновичу БЕЛКИНУ**, врачу-офтальмологу Косихинской центральной районной больницы; **Тамаре Филипповне ЕВСЕЕВОЙ**, главному врачу Курьинской центральной районной боль-

ницы; **Валерию Никитовичу ЗАЙЦЕВУ**, заведующему отделением Городской больницы №11; *Почетная грамота Администрации Алтайского края* - **Анатолию Васильевичу БЕЛОНОЖКЕ**, заведующему отделением Алтайского краевого онкологического диспансера; **Валерию Германовичу ЛЫЧЕВУ**, д.м.н., заведующему кафедрой Алтайского государственного медицинского университета; **Михаилу Федоровичу ПЕРФИЛЬЕВУ**, врачу-хирургу Краевого центра медицины катастроф; **Ларисе Алексеевне ПЛИГИНОЙ**, президенту Ассоциации средних медицинских работников Алтайского края; **Игорю Валентиновичу ТРУБЧЕНКОВУ**, врачу-эндоскописту Краевой клинической больницы; **Антонине Ивановне ХАРЛАМОВОЙ**, медицинской сестре-анестезисту Краевой клинической больницы и другим.

С приветствием к собравшимся обратились также начальник Главного управления по здравоохранению и фармацевтической деятельности **В.А. ЕЛЫКОМОВ**, Глава г.Барнаула **В.Н. КОЛГАНОВ** и другие официальные лица. Награжденным коллективам лечебно-профилактических учреждений лучшие творческие коллективы края посвятили свои выступления.

Торжественные мероприятия, посвященные профессиональному празднику, прошли во всех коллективах ЛПУ, учебных заведений. Коллеги поздравляли друг друга, получали поздравления от пациентов и родных.

День медика - особый праздник. Ибо даже в этот мир мы приходим в надежные руки медиков! С праздником, здоровья вам, уважаемые коллеги, и удачи!



С Днем медицинского работника!



Фоторепортаж с торжественного мероприятия, 11.06.2008г.