

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

# ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№2 (86) ФЕВРАЛЬ 2010



Лучший врач года



## Отцы, отцы Отечества!

Не первый год обсуждается идея установить в крае, да и в России, День Отца. Может быть, в условиях нынешней демографической ситуации, и говоря о семейных ценностях, поднимая престиж семьи, родителей, отмечая уже более 10 лет День Матери, - это и актуально. Но уверена - отношение к отцу формируется и у детей, и в обществе уж точно не по наличию такого дня в праздничном календаре.

Отцы, отцы Отечества... Трудно сказать, как и почему вдруг у меня возникла именно такая ассоциация, но словосочетание - Отцы Отечества - у меня в последнее время связано с именем Петра Аркадьевича Столыпина.

Может быть, потому, что совсем недавно мне подарили книгу - воспоминания, мемуары его старшей дочери Марии. Они так и называются «О моем отце П.А. Столыпине», и это невольно всколыхнуло интерес к этому человеку. Для меня очень значимым стало не только то, как в семье Столыпиных воспринималось и сопереживалось его служение России на различных государственных постах, но и его ближайшее окружение. Каким Петр Аркадьевич был сыном, мужем, в общении со своими пятью дочерьми и сыном? Что читал им? Какие придумывал сказки?

Род Столыпиных, известный с конца XVI века, дал России выдающихся политических и литературных деятелей. Бабушка М.Ю. Лермонтова - урожденная Столыпина. Поэт Михаил Юрьевич Лермонтов приходится Столыпину троюродным братом, несмотря на разницу в 48 лет.

Прадед - сенатор А.А. Столыпин - друг М.М. Сперанского, крупнейшего

государственного деятеля начала XIX века. Отец - Аркадий Дмитриевич - участник Крымской войны, друг Л.Н. Толстого, навещавший его не раз в Ясной Поляне.

Мать П.А. Столыпина Анна Михайловна - урожденная Горчакова - племянница канцлера России А.М. Горчакова, одноклассника А.С. Пушкина по лицей. Жена Петра Аркадьевича - правнучка А.В. Суворова. С детства один из заветов генералиссимуса - «Не кончить дела - ничего не сделать» - внушался детям как важный жизненный принцип.

Огромное влияние на развитие нашего края, как аграрного региона, оказала реформа руководителя правительства России (1906-1911 гг.) Петра Аркадьевича Столыпина, когда Указом 9 ноября 1906 года земля закреплялась в частную собственность за крестьянами!

Тогда потянулись по бескрайним сибирским просторам телеги со скромным крестьянским скарбом. Население Алтайского края пополнилось выходцами из центральных губерний России, тысячами украинских, польских, немецких переселенцев. Они привнесли в жизнь коренных сибиряков свою хозяйственную культуру, научили разводить сады, обустривать дворы-усадыбы, заниматься переработкой мяса, консервированием. Вот и мой дед по отцовской линии малым ребенком приехал на Алтай в семье переселенцев, которые поверили в легенду об Алтае с его тучными плодородными землями и осели здесь. И мой дед Семен, а затем и его сын, мой отец Бочаров Валентин Семенович, здесь, на Алтае всю свою жизнь проработали на земле - агрономами.

Служба, а точнее служение, на различных должностях П.А. Столыпина протекала в тяжелейших условиях. Меня буквально потрясли описанные подробности покушения на него как председателя Совета министров в 1906 году, - при котором он сам остался невредим, но были тяжело ранены его дочь и сын (а производившие раскопки после покушения под развалинами дома обнаружили 27 погибших и 32 раненых!). Но это не сломило его государственных идеалов и убеждений.

Конечно, такие личности (отцы Отечества!), как Столыпин, - это эпохальное событие, но убеждена, что величие страны, ее восприятие в мире как сильной державы зависит от каждого из нас.

И, обращаясь к дедам, отцам, братьям и сыновьям, говорю: помните о том, что вы - отцы своей семьи! Вы определяете ее нравственные основы, ее достаток, социальный статус, отношение к вашей семье в обществе. Вы - ее защитники, и так, как вы обустроите свой дом, свою малую родину, такой будет и Россия!

# Содержание



## **Кризис семейной жизни**



## **Вы спрашивали**



## **Здоровье девочек- подростков опреде- ляет будущее страны**



## **Несколько слов о мужчинах**

На обложке: «Лучший врач 2009 года» Евгений Викторович КОРОЛЕВ.

Демидовский фонд чествует лауреатов .....	2-5
Мир звуков для глухих .....	6-7
<b>В.Ф. Лопуга, Е.В. Лопуга. Сохранение и укрепление здоровья учителя - ведущая проблема современного общества .....</b>	<b>8-9</b>
«Сладкая бомба» .....	10
Кризисы семейной жизни .....	11-13
Зависимость от простых вещей .....	14
Лучший врач работает на селе .....	15-16
<b>Н.В. Леонова. Вы спрашивали...</b> .....	<b>17-19</b>
Мир и медицина .....	19
<b>Наш партнер - «Алтайский вестник Роспотребнадзора» М.В. Жирных. Курительные смеси - тот же наркотик! .....</b>	<b>20</b>
<b>ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ.</b>	
<b>А.И. Старков. Роль медицинских сестер в предупреждении заболеваний .....</b>	<b>21-22</b>
<b>Н.В. Киндеркнехт. Медик на страже безопасности дорожного движения .....</b>	<b>23-24</b>
<b>О.В. Лямина. Период молчания при транскраниальной магнитной стимуляции в диагностике экстрапирамидных нарушений .....</b>	<b>25-26</b>
Упущенное поколение? .....	26
Мир и медицина .....	27
<b>ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА</b>	
<b>Н.И. Фадеева. Здоровье девочек-подростков определяет будущее страны .....</b>	<b>28-30</b>
Я поведу тебя в музей .....	31
<b>ДЕТСКАЯ СТРАНИЧКА</b> .....	<b>32-33</b>
Мир и медицина .....	34
<b>НИ ДНЯ БЕЗ ДИЕТЫ</b>	
<b>Готовимся к весне: никаких крайностей! .....</b>	<b>35-36</b>
Часовые Родины .....	37
Несколько слов о мужчинах .....	38-39
<b>ПОБЕДИМ СВОЙ СТРАХ!</b>	
<b>Новая поликлиника Алтайского онкологического центра «Надежда» .....</b>	<b>40</b>
Главные медицинские открытия 2009 года .....	41
Тест: Не в деньгах счастье? .....	42-43
Залог здоровой чистой кожи .....	43-44



# Демидовский фонд

**27 февраля 2010 года Демидовский фонд традиционно провел церемонию вручения гуманитарных Демидовских премий - Демидовский бал.**

Место проведения - шоу-центр «Колизей», 400 гостей, это - лауреаты Демидовской премии прошлых лет, промышленники и предприниматели - продолжатели традиций русского меценатства, лучшие представители творческой интеллигенции из науки, образования, медицины, известные общественные деятели, руководители края, муниципальных образований, организаций.

Среди почетных гостей Демидовского бала: председатель АКЗС **И.И. Лоор**, заместитель Губернатора края **Б.В. Ларин**, представитель Президента **В.С. Власов**, другие официальные лица. **И конечно, среди гостей бала - соискатели гуманитарных Демидовских премий по итогам 2009 года по шести номинациям: «За достижения в промышленном производстве и предпринимательстве», «Архитектура», «Литература», «История», «Изобразительное искусство», «Музыка, исполнительское и театральное искусство».**

Кстати, премия на Алтае присуждается с 1993 года и число ее лауреатов, как отдельных личностей, так и творческих коллективов, достигло 105! Вне конкурса, решением Попечительского совета Фонда, лауреатами в номинации **«Прославляющий Алтай»** были определены: в 2003г. - **Валерий Золотухин**, в 2004г. - **Зиновий Баркаган**, в 2005г. - **Геннадий Сакович**, в 2008г. - **Василий Шукшин**.

Ежегодно Попечительский совет определяет тему Демидовского бала - нынешний бал посвящен реформаторам, первопроходцам!..

Стремительна и величава поступь истории. Современная эпоха диктует нам совсем другие скорости. Реформаторство является элементом раз-



вития современного общества. Реформаторские процессы связаны с техническими достижениями человечества, социальной, политической, идеологической, образовательной и иными видами деятельности людей.

**Кто же мы в этом процессе? И как может повлиять на ход истории жизнь отдельного человека?**

Алтайская краевая общественная организация «Демидовский фонд» ежегодно ставит для себя эти вопросы и отвечает на них, присуждая гуманитарные премии наиболее выдающимся личностям нашего края.

Гости начали съезжаться уже за час до начала церемонии, медленно прохаживаясь, раскланиваются пары, звучит оркестр, церемониймейстер объявляет прибывших: лауреат в специальной номинации Попечительского совета «Прославляющий Алтай» академик РАН **Геннадий Сакович!** Генеральный директор ОАО «Сибирь Полиметаллы», лауреат Демидовской премии 2007 года **Геннадий Ставский**, профессор, лауреат 2001 года **Валерий Скубневский**, лауреат Демидовской премии 2007 года **Инна Галкина**, директор Государственного художественного музея Алтайского края, лауреат Демидовской премии 2007 года архитектор **Виктор Четощников**... Зал полон!

Прибывшим на бал представляют Попечительский совет Демидовского фонда. Его заботами, как и в предшествующие годы, объявлен конкурс на соискание премий по итогам 2009 года, организован сбор средств на проведение церемонии, изготовлены билеты и «Демидовский вестник», дипломы и медали лауреатов, и уже определена сумма денежной части премии: она, как и в предыдущие два года, составляет 50 тысяч рублей.



# Чествует лауреатов

Президент **Владимир Филимонович Песоцкий** объявляет Демидовский бал открытым.

В.Ф. Песоцкий: «...В этом году наш Демидовский бал посвящен идеям реформаторства. Мы обратились и к значимым для России реформам начала 1900-х годов, организованным П.Столыпиным. Эти реформы поистине стали толчком к развитию общества. И сегодня, спустя 100лет!, у нас есть прекрасная возможность повторить такой подъем - у нашего края огромный потенциал. Его уникальные земли, воды, люди... Нам необходимо найти и поддержать то значимое, общее, что вдохновляет людей, позволяя им продвигать нашу алтайскую идею...».



**Интрига в именах победителей остается до самого момента объявления лауреатов.**

**Номинация первая - история!**

На экране - фотографии Петра Аркадьевича Столыпина, ведущие рассказывают о его реформаторской деятельности, цитируют его наиболее значимые выступления. И уже совершенно по-другому воспринимаются идеи Столыпина о землеустройстве крестьян, значение его знаменитой поездки в Западную Сибирь, включая Алтай, и в Поволжье. Целью этой месячной поездки как раз было ознакомление на месте с отрубными хозяйствами и выяснение возможности широкого переселения населения из европейской России.

**Реформы Столыпина были системными реформами. Они затрагивали все ключевые сферы жизни страны.** Направления его преобразовательной политики касались прав и свобод граждан, судопроизводства, реформы местного управления и самоуправления, экономики, финансов и инфраструктуры, социальной политики, образования, науки и культуры, военной реформы, противодействия терроризму.

Мало кому известно то, что именно Столыпин был инициатором введения всеобщего бесплатного начального образования в России.

В период премьерства Столыпина было подготовлено «Положение об охране древностей», принято решение о создании Пушкинского дома в Санкт-Петербурге, были поддержаны многие проекты по организации музеев в различных частях империи. Отдав должное великому государственному деятелю, реформатору начала XX века, начинается представление соискателей.

На огромных экранах видеоряд по номинации «История». Для вручения премии приглашается член Попечительского совета **Т.К. Щеглова**.

**Лауреатом становится коллектив преподавателей и сотрудников Бийского педагогического государственного университета им. В.М. Шукшина за издание книги-энциклопедии «Бийск» под редакцией ректора, профессора В.П. Никишаевой.** Справочное издание, содер-



жащее свыше 1400 статей, в которых представлены сведения о географическом положении, исторических событиях, архитектурных достопримечательностях города, статьи о руководителях, специалистах, рабочих, ветеранах труда, внесших наибольший вклад в социально-экономическое и культурное развитие Бийска.

**Архитектура!** На экранах фотографии архитекторов - лауреатов Демидовской премии прошлых лет: **Петр Анисифоров, Владимир Золотов, Тамара Степанская, Светлана Волошина, Евгений Тоскин** и другие - всего 23 человека, а также здания, другие объекты, построенные по их проектам. Зал приветствует тех, благодаря таланту и умению которых так меняется облик наших городов и сел.

**И вдруг - премия в области архитектуры по итогам 2009 года не присуждается.**

Во время церемонии Попечительский совет не дает комментариев своим решениям. Такие прецеденты уже раньше были по номинации «Литература» - по итогам 2001, 2004 и 2008 годов премия не присуждалась. А объяснение этому следующее: Союз архитекторов не считал возможным выдвинуть на соискание Демидовской премии кого-либо из своих коллег, решив, что уже реализованные проекты, из числа неотмеченных, не соответствуют статусу Демидовской премии. И представил в качестве соискателя свою общественную организацию - Союз архитекторов. Так как в соответствии с Положением о премии отмечаются «проекты отдельных зданий и сооружений различного назначения, а также реализованные в строительстве объекты, проектные разработки и осуществленные проекты по реставрации историко-культурных памятников», Попечительский совет считал такое выдвижение не соответствующим Положению о премиях. ▶



## Гражданское общество

◀ Среди соискателей премии в номинации «Музыка, исполнительское и театральное искусство»: **Алексей Николаевич Самохвалов**,



актер Алтайского краевого театра драмы им. В.М. Шукшина, заслуженный артист России, ведущий мастер сцены, корифей театра, представивший книгу театральных мемуаров «Исповедь провинциального актера»; **Михаил Филофьевич Стариков**, композитор, лауреат

премии им. Ленинского комсомола Алтай, член Союза театральных деятелей России, заслуженный работник культуры России. Более 30 лет работал заведующим музыкальной частью краевого драматического театра им. В.М. Шукшина, писал музыку к спектаклям; представлен сборник песен на стихи Геннадия Петровича Панова «Нашей юности недавней подпоем», это издание посвящено Году В.М. Шукшина в Алтайском крае; **Михаил Петрович Ишуткин**, музыкант, преподаватель, в прошлом - руководитель ансамбля «Играй, гармонь!» в ДК г.Барнаула.

Звания лауреата Демидовской премии удостоен **Михаил Филофьевич Стариков**. От имени попечителей его поздравил писатель **А.Родионов**.

**Литература.** На сцене - член Попечительского совета **Александр Россинский**. Тепло отозвавшись о номинантах, представивших хорошие работы, он поздравляет лауреата - писателя **Станислава Васильевича Вторушина**, отмеченного за его книгу «Литерный на Голгофу», в которой с психологической точностью раскрываются события последних дней жизни семьи императора Николая II.



Во время церемонии вручения премий постоянно звучат имена великих людей-реформаторов, жизнь которых так или иначе была связана с Алтаем, которые оказали огромное влияние на общественную, культурную жизнь не только нашего края, России, но и мира. Это еще и еще раз - государственный деятель

и реформатор **Петр Столыпин**, 100-летие посещения Алтая которым готовится отметить край. Человек, с именем которого связывают не только аграрные реформы, но и появление железной дороги на Алтае.

Говоря о литературе, вспомнили нашего великого земляка - **Василия Макаровича Шукшина**. Отметив в прошлом году его своей премией «Прославляющий Алтай», Демидовский фонд неформально открыл 2009-й - «Шукшинский год» на Алтае.

**Николай Константинович Рерих** - знаковая фигура в истории изобразительного искусства Алтая - придавал исключительное значение Алтаю, как центру, расположенному между четырьмя океанами, коридору переселения народов со следами древних культур... Книги, выступления и, конечно, полотна великого Рериха прославили Алтай во всем мире.

На экране репродукции работ Николая Константиновича сменяет памятник Рериху из белого мрамора работы скульптора **Владимира Войчишина**, номинанта по разделу «Изобразительное искусство». Он установлен в прошлом году на берегу Катуня. Безусловно, творчество Н.К. Рериха не могло не оказать влияния на алтайских живописцев, мы гордимся замечательными именами лауреатов Демидовской премии **В.Раменского, Ю.Бралгина, Г.Борунова, С.Прохорова, М.Ковешниковой** и других.

Лауреатом по итогам 2009 года объявлен художник **Валерий Петрович Марченко** (премию вручает вице-президент фонда И.В. Козлова).



Церемонии вручения премии «За достижения в промышленном производстве и предпринимательстве» предшествует рассказ о нашем великом земляке Иване Ивановиче Ползунове, опередившем свой век талантливым механике-самоучке, создателе «огненной машины» - он «воскрес» в благодарной памяти потомков, являя нам пример новаторства.





Для вручения премии приглашается лауреат Демидовской премии в номинации «Прославляющий Алтай», академик РАН, доктор технических наук, профессор **Геннадий Викторович Сакович**. От имени полуторного коллектива завода «Ротор» премию принимает главный инженер **Евгений Сергеевич Боргнов**.

Церемониальная часть бала завершается памятным фото лауреатов гуманитарной Демидовской премии 2009 года с членами Попечительского совета.

В честь лауреатов 2009 года, гостей бала выступают лучшие творческие коллективы края: ансамбли «Сибирь», «Эос», «Вереск», студия «Гамаюн», скрипачка Анна Смирнова - только число участников классического дивертисмента составило около 200 человек.

**И.В. Козлова, Вице-Президент Фонда:** «...Демидовский фонд свои первые премии вручил в 1993 году, и размер их тогда был скромнее, да и сама церемония была менее пышная. Но не это важно. Родить идею - это еще не дело! Сколько замечательных идей умирало на корню, когда



их авторы просто оказывались несостоятельными, непоследовательными, не способными объединить вокруг хорошей идеи людей?!.. И таких «общественных сироток», к сожалению, немало. Находятся еще и такие «блудные отцы», которые изредка вспоминают о своем общественном родителстве, да еще начинают публично упрекать попечителей, что не так их «чадо» лелеют!.. Ценность нашего демидовского движения состоит в том, что люди, и вошедшие в состав Попечительского совета (а состав попечителей по решению Совета за последние годы существенно расширился), и лауреаты Демидовских премий прошлых лет, как сказал наш председатель В.Ф. Песоцкий, «поддерживают людей, готовых тянуть свою лямку и добросовестно делать свое дело, нужное не только им, но и всему окружающему миру, в частности, жителям Алтайского края. Сегодня все увидели: нами подхватывается действительно интересное и по-настоящему важное, а не возможность получить деньги, ничего не делая».



Я бы еще добавила, что авторитет Демидовской премии действительно высок, и стать ее обладателем, просто внеся существенный благотворительный взнос, как это, к сожалению, еще часто имеет место, сегодня у нас в принципе невозможно!

Мне бы еще хотелось подчеркнуть, что все мероприятие проводится исключительно на благотворительные взносы наших попечителей и меценатов. Среди наших гостей, помимо лауреатов и попечителей Фонда, те люди, которые, по нашему мнению, проявили себя в прошедшем году с особенной пользой для общества. Конечно, мы не можем пригласить всех - возможность зала, с учетом аккредитованной прессы, к сожалению, ограничены четырьмястами местами, но мы ежегодно стараемся заметить новых неравнодушных, активных и творческих людей в самых разных сферах деятельности - культуре, образовании, медицине, общественной деятельности и пригласить их к партнерству во имя будущего нашего края».



# Мир звуков для глухих



**Кохлеарный имплантат (КИ)** заменяет внутреннее ухо. Принцип такой: микрофон воспринимает звуки и передает их в маленький речевой процессор. Тот преобразует поступающие звуки в набор электрических импульсов, закодированных с помощью определенной стратегии, а затем направляет их на передатчик. Передатчик беспроводным путем посылает импульсы в приемник, имплантированный под кожу за ухом пациента. Приемник, в свою очередь, направляет этот набор импульсов на электрод, вживленный в улитку. С помощью электрических контактов электрические импульсы стимулируют слуховой нерв в различных областях улитки. Благодаря этому нерв генерирует электрические потенциалы и направляет их в мозг.

Микрофон, речевой процессор и передатчик находятся снаружи. Внутренние части системы - приемник и электроды - имплантируются в ходе хирургической операции под общим наркозом. Эта операция и называется кохлеарной имплантацией.

**Вы когда-нибудь задумывались о том, что в мире более 500 миллионов людей страдают от снижения слуха, а десятки миллионов лишены его полностью?**

Слух - важнейшее чувство, во многом определяющее поведение и саму жизнь человека. Особый аппарат, созданный природой в нашей голове, передает звуковые волны через сложную систему рецепторов в наш мозг - и мы слышим звуки этого мира...

Лишенный этих звуков, человек теряет значительную часть красоты этого мира. Это - большое несчастье. Но проблема еще в том, что если вовремя не диагностировать это, не предпринять попытки восстановить слух, то человек может попросту не научиться говорить. Причин тугоухости, снижения слуха или даже полной его потери немало. Это и различные генетические отклонения, и пороки внутриутробного развития, перенесенные нейрореинфекции.

Другой негативный фактор - **растущая с каждым годом звуковая нагрузка на наши уши**. Ученые подсчитали, что за последние двадцать лет уровень шума в городах возрос в двадцать раз! А еще учтите бесконечно звучащую громкую речь и музыку из телевизоров, радио и плееров, шум пролетающих над городом самолетов, громкие голоса во дворе и за соседской стеной - и вы поймете, почему в пожилом возрасте абсолютное число людей испытывают проблемы со слухом.

Нет, наверное, большего горя для родителей, чем осознать, что их ребенок - не слышит тебя, окружающий мир! Отчаяние от того, что ты не можешь ничем помочь самому близкому, родному существу, способно отравить существование любому нормальному человеку. И тем безумнее радость, когда в этой тьме безысходности появляется шанс, что твой ребенок сможет вернуться в общество слышащих людей, жить среди них и не чувствовать себя в чем-то ущемленным.

До последнего времени люди с высокой, четвертой, степенью тугоухости и полностью глухие не имели шансов когда-нибудь окунуться в мир звуков, даже самые лучшие слуховые аппараты им не могли помочь, что существенно ограничивало их жизнь.

**Кохлеарная имплантация - единственный на сегодняшний день высокотехнологичный метод хирургического лечения тугоухости.**

Сегодня кохлеарные имплантаты применяются при слухопротезировании при взрослых, так и детей, вне зависимости от того, родились ли они глухими или потеря слуха наступила позже. **Чем короче для пациента был период глухоты, тем успешнее пройдет операция.** Но если слуховой нерв в течение долгого времени не подвергался стимуляции, он не сможет достаточно хорошо проводить звуковую информацию в мозг даже при помощи импланта. Мозгу также необходим опыт в распознавании звуков с раннего детства. Именно поэтому так важно в случае врожденной глухоты провести имплантацию до достижения ребенком пятилетнего возраста, а лучше всего - **в возрасте трех лет**, иначе время будет упущено безвозвратно.

Кроме возраста, решающую роль по проведению операции играет также **наличие слухового опыта ребенка до операции и речевой среды для успешного овладения речью в повседневной жизни**, но самое главное - **активность родителей в проведении реабилитационных мероприятий!**

Ведь операция - это не конец, а только начало довольно длительного процесса реабилитации маленького пациента. Ребенок, лишенный слуха с рождения, даже обретая возможность слышать звуки, поначалу не в силах понять их, правильно интерпретировать. Попросту говоря, маленький человек должен научиться понимать, что значит тот или иной звук, научиться самому произносить звуки и складывать их в слова. **Слух, речь и мышление связаны между собой самым тесным и непосредственным образом.**

Реабилитационный период длится не месяцы, а занимает **годы кропотливой ежедневной работы**, и в первую очередь, родителей. К тому же существует целый ряд условий, которые обеспечивают успешную соци-





## «Поддержим ребенка!»

альную реабилитацию детей с КИ. Помимо того, что ребенок должен постоянно носить КИ, процессор КИ должен быть настроен под него. Взрослому необходимо проговаривать каждый шаг, каждое движение и говорить чуть медленнее, отчетливо артикулируя, повторяя ключевые слова фразы, если ребенок не понял сказанное. Занятия должны проводиться в тишине, без посторонних шумов. Ребенок должен проявлять внимание к окружающим звукам и речи, а взрослый должен повторять услышанный звук с ребенком (произвести с ним действие). Ребенка важно научить искать источник звука... Это особенно важно в первый год после имплантации!

И эти правила - только малая часть той работы родителей и специалистов, которая должна проводиться с ребенком с КИ (а после операции глухой ребенок переходит в разряд слабослышащих детей).

Поэтому послеоперационная реабилитация - важнейший, а зачастую и решающий этап для полной социальной адаптации прежде глухих людей.

**Первые десять детей Алтайского края**, обреченных на инвалидность по поводу глухоты, в **2006 году услышали первые звуки**. И каждый год выделяемые федеральные квоты на операции полностью используются. А это означает, что детей с кохлеарным имплантатом в крае становится все больше и больше. Причем, подобные операции, несмотря на дороговизну самих имплантатов, проводятся для семей бесплатно (за счет средств бюджета), а в 2009 году - дополнительно и за счет средств постоянно действующего благотворительного марафона «Поддержим ребенка!». Акция в Алтайском крае проводится под патронажем Губернатора Алтайского края **Александра Карлина**, и ее цель - собрать средства для оказания помощи детям с различной сложной патологией, которым требуется дорогостоящее лечение.

После этапа эффективного лечения таких больных наступает следующий, не менее важный, - **социализация детей с КИ**.

Первое подключение речевого процессора проводится через **4-6 недель после операции** - это очень ответственный этап, в котором принимают участие как аудиолог, так и сурдопедагог. Нужно так настроить аппарат, чтобы ребенок не только слышал, но и чувствовал себя комфортно. Это очень сложная задача, если иметь в виду, что ребенок маленький и не может рассказать врачам, что он чувствует. Одновременно проводятся занятия с сурдопедагогами, консультации психолога, осуществляется аудиологический контроль.

В течение первого года после имплантации должны проводиться **четыре настроечные сессии**. В течение второго года после имплантации проводятся еще две сессии программирования речевого процессора, а по истечении двух лет настройки процессора и сурдопедагогические занятия проводятся при необходимости, но не реже одного раза в год.

**Все это говорит о том, что от родителей ребенка и врачей требуется огромная работа, чтобы правильно восстановить все функции слуха оперированного ребенка.**

**9 февраля 2010 года** Управление Алтайского края по образованию и делам молодежи провело круглый стол «**Социализация детей, перенесших операцию по кохлеарной имплантации**» на базе центра развития ребенка «Детский сад №56» г.Барнаула, в работе которого, помимо коллектива детского сада, специалистов и педагогов, приняли участие родители ребятишек с КИ. Это дошкольное образовательное учреждение - единственное в крае, работающее с неслышащими дошкольниками, поэтому география первоначального проживания детей, попавших в него, обширна: весь Алтайский край и прилегающие районы.

Как отметила заведующая ДОУ **Л.Н. Гордеева**, ребята с кохлеарной имплантацией (а в саду есть отдельная группа для слабослышащих и глухих детей после КИ) имеют неплохие результаты обучения в саду. По словам учителя-логопеда нулевого класса специальной коррекционной общеобразовательной школы-интерната №4 V вида **Л.А. Судаковой**, в классе которой учатся 4 ребенка с КИ и 3 - с нарушениями речи, «старательности и аккуратности у них больше, чем у их ровесников с нормальным слухом. Все, что связано не с речью, у них развивается соответственно возрасту. И хотя они имеют достаточно бедный словарный запас,

не знают, как связывать слова в предложения, но сам процесс обучения, учебы их захватывает, им по-настоящему нравится учиться».

Присутствующие на круглом столе родители детей с КИ прекрасно понимают всю свою ответственность по созданию благоприятных условий для необходимой полноценной реабилитации и социализации ребенка, но они выразили обеспокоенность тем, что таких детей с каждым годом становится все больше, а мест в специализированных дошкольных учреждениях - больше не становится. К тому же выпускники ДОУ попадают не в ту речевую среду (ведь наравне с ними в коррекционных школах обучаются и дети с нарушениями речи, и подчас тяжелыми нарушениями), которая благотворно бы воздействовала на становление речевого аппарата ребенка с КИ, но при всем при этом обучаться в общеобразовательной школе ребенку с КИ очень тяжело, что, естественно, сказывается и на его обучении.

Представители Управления по образованию и делам молодежи: начальник отдела **Л.В. Багина** и главный специалист отдела социальной реабилитации специального образования **М.В. Прохода** уверили родителей, что на комиссии МПК будет осмотрен каждый ребенок с КИ, определен его статус и возможность обучения в общеобразовательной школе. ☺



# Сохранение и укрепление здоровья учителя - ведущая проблема современного общества

**Василий Федорович  
ЛОПУГА,**

директор центра  
психолого-  
валеологического  
образования Алтайского  
краевого института  
повышения квалификации  
работников образования  
(АКИПКРО),  
доцент кафедры  
здоровьесберегающих  
технологий АКИПКРО;

**Елена Владимировна  
ЛОПУГА,**

старший  
преподаватель кафедры  
здоровьесберегающих  
технологий АКИПКРО

**Вынужденное  
превышение  
нормативных  
нагрузок,  
специфика  
содержания и  
характер труда,  
отличающегося  
повышенной  
напряженностью и  
большой  
ответственностью,  
являются одной из  
причин  
неблагополучия  
физического и  
психического  
состояния учителя.**

Здоровье как необходимое условие активной жизнедеятельности, продуктивного долголетия, повседневного благополучия человека формируется и проявляется на протяжении всего жизненного пути личности. Семья, детские дошкольные учреждения, общеобразовательная школа - это те социальные институты, одной из центральных задач которых наряду с воспитанием и обучением является и формирование здоровья развивающейся личности, ее телесного и духовно-нравственного потенциала.

Роль школы и школьного учителя в этом процессе многопланова и чрезвычайно значима. **Учитель по своему положению, по своей профессиональной и социальной роли является не только носителем специальных знаний, но и воплощением нравственных норм, образцом поведения, здорового стиля жизни и адекватного отношения к здоровью.**

Труд учителя является одной из наиболее сложных форм умственного труда. Он характеризуется определенными требованиями к развитию основных свойств нервной системы, высокими мыслительными нагрузками, значительной функциональной реактивностью, гипокинезией, напряжением таких психических функций, как память, внимание. Умственный труд объединяет работы, связанные с приемом и переработкой информации, требующие преимущественного напряжения сенсорного аппарата, а также активации процессов мышления, эмоциональной сферы. **Труд педагога отличается постоянными контактами с людьми, повышенной ответственностью, часто - дефицитом времени и информации для принятия правильного решения, что обуславливает высокую степень нервно-эмоционального напряжения.**

Основным видом деятельности учителя, как известно, является **урок.**

Именно урок, занимающий в структуре рабочего времени наибольшее место, предъявляет к перцептивной (глазомер, цветоощущение, тепловые ощущения и др.), когнитивной (познавательной), интеллектуальной, мотивационной и эмоциональной сферам личности педагога наиболее высокие требования. К этому надо добавить большие нагрузки на голосовой аппарат, большое статическое напряжение для сохранения при проведении уроков одной позы, необходимость постоянного самоконтроля и др.

Кроме ведения уроков, в обязанности учителя входит **подготовка к урокам, проверка письменных работ учащихся, классное руководство, дополнительные занятия и консультации, работа с родителями, ответственностью**, а также **выполнение административно-хозяйственных функций и необходимость профессионального взаимодействия с коллегами и руководством школы.** При этом следует учитывать частые изменения в учебных программах и смены самих программ, необходимость замещения отсутствующих по болезни коллег, нередко проведение занятий в разные смены. Все это предполагает большие временные затраты, зачастую в ущерб семейным, личным делам и отдыху. Как показывают исследования, *затраты учителем времени на все виды деятельности намного превышают физиологические и правовые нормы труда.*

**Постоянное переутомление, невротические, психосоматические и вегетативные расстройства, снижающие сопротивляемость организма внешним негативным факторам, хронические заболевания создают постоянную угрозу здоровью педагогов.**

Характер производственного стресса учителей обусловлен недостатком времени, спешкой, высоким ритмом ра-



боты, необходимостью выполнять несколько работ, неудовлетворенностью работой, экономическими трудностями. Снижение способности активно и разумно справляться с трудностями, жизненными стрессовыми ситуациями является решающим фактором в возникновении и течении сердечно-сосудистых заболеваний.

Анализ характера адаптационных реакций показал, что **после 40 лет наряду с ухудшением показателей сердечно-сосудистой системы существенно нарастают дезадаптационные процессы** - эмоциональное хроническое напряжение, сочетающееся с высокой служебной ответственностью, что в 90% случаев является причиной возникновения стенокардии и инфаркта миокарда и связано с длительной гиперфункцией нервной системы.

**Анализ данных об уровне функционального состояния педагогов показывает, что он существенно изменяется в процессе работы. В первый момент времени** выполняемая работа для большинства педагогов оказывает положительное воздействие на человека. Происходит процесс вработывания, характеризующийся подъемом уровня функционального состояния и работоспособности. *Далее* наступает период устойчивой работоспособности, после которого накапливающееся утомление приводит к ее снижению. Изучение причин снижения уровня функционального состояния и работоспособности педагога показывает, что этот процесс обусловлен наличием во время работы как физических, так и психических нагрузок, зависящих от характера выполняемой работы, и проявляется в определенных состояниях мозга. Усиливается кровоснабжение мозга, повышается энергетический обмен нервных клеток, изменяются показатели биоэлектрической активности мозга.

До настоящего времени проблема здоровья педагогов как отдельной категории лиц не рассматривалась в науке. Качество образования не ставилось в зависимость от уровня здоровья учителей. **Сейчас же с ухудшением уровня жизни уровень здоровья учителей снижается, что незамедлительно сказывается на уровне обучения в школе. Возникает по-**

**Данные, полученные в ряде сибирских регионов (в том числе и в Алтайском крае), свидетельствуют о формирующемся социальном и функциональном напряжении в педагогических коллективах, психофизиологическом утомлении учителей:**

- 60% учителей постоянно испытывают психологический дискомфорт при выполнении их профессиональных обязанностей,
- 85% подвержены устойчивым стрессам,
- 35% страдают заболеваниями нервной системы,
- 85% женщин-педагогов считают, что их профессиональная педагогическая деятельность неудовлетворительно влияет на семейные отношения.

К числу причин, описывающих непосредственное влияние на состояние здоровья учителей, относятся специфические особенности сложной и многогранной деятельности педагогов средних общеобразовательных школ, отличающейся повышенной продолжительностью рабочего дня, высокой нервно-психической напряженностью и социальной ответственностью.

***требность быть здоровым, чтобы работать лучше.***

В качестве обобщающего результата можно предложить *следующий портрет учителя средней школы:* под воздействием «челночного расписания» из класса в класс с разным возрастным составом, психологическими установками субъектов, разным содержанием образовательного материала часто возникают головные боли, ОРЗ, болевые ощущения в области позвоночника и суставов. Все эти болезненные состояния вкупе с отсутствием отдыха на перемене (дежурство, подготовка к новому уроку, различные школьные и личные проблемы, отсутствие места для отдыха) и неумением адаптироваться к меняющимся условиям жизни и трудовой деятельности нередко являются причиной наличия агрессивных установок к ученикам, родителям и коллегам.

**По данным Ю.П. Лисицына, удельный вес всех факторов, обуславливающих здоровье населения, в 20% случаев зависит от наследственности, в 15-20% - от состояния внешней среды и в 50-55% - от образа жизни. И педагоги здесь не исключение.**

*Как профессиональная группа, учительство отличается крайне низкими показателями физического и психического здоровья.* И эти показатели снижаются по мере увеличения стажа работы в школе. Для учителей со стажем работы в школе 15-20 лет характерны «педагогические кризисы», «ис-

тощение», «сгорание». У трети учителей (более 30%) показатель степени социальной адаптации равен или ниже, чем у больных неврозами.

Мы считаем, что **одним из ведущих качеств педагога является его состояние здоровья и психофизиологическая готовность к профессиональной деятельности, которые включают в себя:**

- ◆ физическое состояние;
- ◆ функциональные резервы;
- ◆ факторы риска заболеваемости;
- ◆ стрессоустойчивость;
- ◆ психоэмоциональное состояние (тревожность, самочувствие, активность, настроение);
- ◆ интеллект;
- ◆ индивидуальный образ жизни.

Эти компоненты профессионального здоровья в первую очередь влияют как на физическую, так и на умственную работоспособность, и в значительной степени - на его педагогические способности и возможности, творческую продуктивность и активную трудовую деятельность. ☺



# Лучший врач работает на селе

26 декабря 2009 года на краевой коллегии по здравоохранению были подведены итоги первого краевого конкурса «Лучший врач года». Одной из целей его проведения стало стремление оказать заслуженное уважение людям, избравшим очень непростую и ответственную профессию врача, поднять престиж этой профессии. Безусловно - не было опыта организации такого рода соревнования, но начинать было нужно.

В конкурсе были названы лауреаты по отдельным специальностям. В номинации «*Лучший хирург*» стали: врач-хирург МУЗ «Троицкая ЦРБ» **Евгений КОРОЛЕВ**, врач-нейрохирург ГУЗ «Краевая клиническая больница» **Герман ЛЕТЯГИН**, врач-торакальный хирург ГУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер» **Александр АГЕЕВ** и врач-эндоскопист КГУЗ «Алтайский краевой противотуберкулезный диспансер» **Павел ЗИМОНИН**.

*Лучшим акушером-гинекологом* края стала врач акушер-гинеколог МУЗ «Баевская ЦРБ» **Ирина ГРИБКОВСКАЯ**, *лучшим педиатром* - участковый врач-педиатр МУЗ «Павловская ЦРБ» **Владимир КОЛЫХАЛИН**, *лучшим терапевтом* - участковый врач-терапевт МУЗ «Благовещенская ЦРБ» **Галина МОРАВСКАЯ**. Все они награждены дипломами и ценными подарками.

«*Лучшим врачом 2009 года*» был признан победитель в номинации «*Лучший хирург*» - врач-хирург МУЗ «Троицкая ЦРБ» **Евгений Королев**. Именно он по итогам Первого краевого конкурса награжден дипломом I степени и денежной премией 1млн 40 тыс. рублей целевого назначения для приобретения квартиры или улучшения жилищных условий.

По словам начальника Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевти-

ческой деятельности **Валерия ЕЛЫКОМОВА**, «в конкурсе приняли участие самые достойные представители медицины, люди, для которых профессия стала делом всей жизни, за плечами которых - немало спасенных жизней. И благодарность пациентов - подтверждение правильно выбранного пути».

Обстоятельно поговорить с Евгением Викторовичем Королевым в день награждения мы не смогли: получив награду, он уехал в свою больницу - ждала работа. Мы договорились о встрече в редакции и, честно говоря, до сих пор находимся под его обаянием после этой встречи. Евгений Викторович обстоятельно, а где-то и с чувством юмора, ответил на наши вопросы.

Знакомьтесь и вы, уважаемые читатели: **Евгений Викторович Королев - врач-хирург высшей квалификационной категории, заведующий хирургическим отделением МУЗ «Троицкая ЦРБ» - «главный» хирург Троицкого района.**

**Как все начиналось...**

- Родился я в Топчихинском районе, там и окончил школу, с медициной свое будущее в планах и не связывал, - говорит Евгений Викторович, - в роду все военные и учителя. Но в 1984 году поступил все-таки в Алтайский государственный медицинский институт, на лечебный факультет. Когда сдавал



документы, уговаривали меня выбрать специализацию педиатра. Я как мог - отказывался. Последним моим и решающим аргументом стало: «Хочу стать военным врачом! Отец мой и брат - военные, планирую по их стопам пойти». Убедил!

Учеба получилась разорванной: через год Евгения Викторовича забрали в армию, и только после окончания службы он продолжил свое обучение. Там же, в институте, встретил свою вторую половинку (сейчас Ирина Ивановна работает начмедом и терапевтом также в Троицкой ЦРБ).

**- А как вы попали в Троицкое?**

- По распределению, перед этим проходил интернатуру по хирургии в Троицкой больнице. «Карьера» сложилась стремительно: буквально через три месяца после ординатуры, в 1994 году, стал заведующим хирургическим отделением. Конечно, было трудно тогда. Опыта было недостаточно, «подглядывал» за опытными врачами, сам постоянно учился.

**Евгений Витальевич Андриенко, Олег Владимирович Олькин, Владимир Александрович Кривов, Михаил Федорович Перфильев, Александр** ▶



◀ **Иванович Кунгуров, Александр Викторович Воробьев** - те люди, которых я могу назвать своими учителями.

**- А как вы решили участвовать в краевом конкурсе?**

- Сам конкурс стартовал в апреле прошлого года, мы о нем узнали из приказа краевого управления по здравоохранению. Но в чередке ежедневных дел о нем и я, и все просто «забыли». Только в ноябре решением коллектива ЦРБ в конкурсную комиссию представили мои документы. Когда был приглашен на заседание коллегии, честно говоря, не знал, что я стал победителем конкурса. Да и размера премии не знал - уже потом попал на глаза материал в «Алтайской правде» о том, как Губернатор края отстаивал перед депутатами эту премию на сессии АКСНД (год-то кризисный, бюджет сокращали, но такую статью расходов посчитали важной!).

Тогда, на коллегии, в момент объявления результатов конкурса, когда услышал свою фамилию, смешно сказать - первая мысль была: сколько месячных зарплат в денежном призе!

**- А раньше Вас отмечали наградами?**

- Врачебный стаж мой - 16 лет. За эти годы, как пишут, «за высокий профессионализм и добросовестный труд в деле организации и оказания лечебно-профилактической помощи населению района...» несколько раз поощрялся администрацией Троицкого района и ЦРБ. В 2004 году был награжден Почетной грамотой Администрации Алтайского края за большие заслуги в труде и в связи с 80-летием со дня образования Троицкого района. Но о том, что однажды стану «Лучшим врачом 2009 года» - даже и не мечтал!

**- Евгений Викторович, а, по вашему мнению, в чем отличие современного сельского здравоохранения от городского, молодого врача от опытного доктора?**

- Думаю, что в плане опыта на селе быстрее приходится его об-

рывать: самостоятельная практика начинается с первых шагов, «вместе с теорией». К тому же любой сельский практикующий врач имеет, если так можно сказать, «широкий профиль», как в плане профессиональном, так и в отношении возраста обслуживаемого контингента. А в городе все более размеренно: сначала теория, потом - практика. Всегда есть возможность посоветоваться с более опытным врачом. Большая, я бы сказал, профессиональная защищенность действий есть... Так я себе представляю.

Могу отметить еще и такое свое наблюдение - существенно отличается образовательный уровень молодых врачей и «старичков». У первых отсутствуют знания по смежным специальностям, они более «узко» специализированы, их рабочее время, как правило, имеет четкие временные границы... И еще треть выпускников медицинских вузов просто не доезжают до места распределения, желая работать только в городе. А те, кто приезжает (к счастью, не все такие!), - немного отработав, получив от нас определенный багаж практических навыков, уезжают в город. Едут, например, на курсы повышения квалификации и разными путями пытаются там закрепиться....

Еще хочется сказать об оснащении наших медицинских учреждений. Сразу оговорюсь, что я не имею в виду только Троицкую ЦРБ, а сельское здравоохранение вообще. Представьте. Больной из глубинки получает направление в специализированное городское медицинское отделение, где все оснащено «по последнему слову техники», получает обследование, лечение на современном высокотехнологичном оборудовании. И что дальше? Возвращается он назад, в село, где условия - ну совсем иные, а у доктора зачастую на вооружении лишь знания да собственный опыт. Думаю, что в более лучших условиях: современное новое здание больницы, новое оборудование, другая укомплектованность медицинскими кадрами - проще тянуться к современным стандартам лечения. То, какие измене-

ния произошли в здравоохранении на краевом уровне, безусловно, радует, но и сельское здравоохранение нуждается в серьезнейшей помощи.

Наш Троицкий район довольно большой по количеству проживающих - 27 тысяч человек. Много пенсионеров, в том числе и приезжих с Севера, Кузбасса (сами понимаете, что проблем со здоровьем у них - масса). Но, тем не менее, наши показатели эффективности работы - выше средних, сложившихся по краю.

Нашей ЦРБ тоже коснулся пресловутый «кадровый вопрос» - за два года из района уехали семь врачей! Для нас - это очень много. Итог такой «миграции»: возросшая нагрузка на других врачей, значительный объем работы выполняют фельдшера. Но я во всем ищу положительное. Администрации больницы удалось заключить договоры с молодыми специалистами: обязательства с их стороны - отработать в ЦРБ минимум три года. Среди врачебного персонала у нас появилась молодежь - это отрадно!

**- Расскажите о своей семье...**

- С моей супругой Ириной Ивановной работаем вместе в больнице. Отдохнуть от рабочей суеты ей помогает... рыбалка.

Дочь Александра решила тоже стать врачом: она студентка третьего курса лечебного факультета Алтайского государственного медицинского университета. Какую специальность она выберет - говорить об этом еще рано.

Сам я раньше увлекался охотой, но сейчас на это времени просто нет. Отдыхаю, готовя на кухне!.. Если говорить о здоровом образе жизни, пиво не пью, стараюсь придерживаться умеренности в питании, шесть лет назад, хоть и на спор, но бросил курить...

**Вот такой получился у нас портрет Лучшего врача 2009 года. Еще раз поздравляем Евгения Викторовича с заслуженной победой, признаем его профессиональных заслуг!** ☺



# Вы спрашивали...

## От редакции

Темы, связанные с сохранением комфортного состояния, трудоспособности, да и просто насыщенной и полноценной жизни при наличии тех или иных хронических заболеваний, постоянно освещаются на страницах нашего журнала. Отдельные цикловые публикации по таким проблемам, как артериальная гипертензия, сахарный диабет, заболевания щитовидной железы, ответственное родительство и другим, обобщены в тематические брошюры и вышли приложением к нашему журналу - «Школы здоровья - школы профилактики».

В настоящее время готовятся к изданию спецвыпуски по теме «Бронхиальная астма» и «Хроническая обструктивная болезнь легких».

Тем не менее, мы постоянно от наших читателей получаем вопросы. На некоторые совместно со специалистами мы отвечаем в частном порядке, а часть из них, по нашему мнению, будет интересна и полезна нашим читателям. Итак, **Вы спрашивали...**

**Медики рекомендуют употреблять препараты кальция, об этом же настойчиво говорит и реклама. Как долго можно принимать препараты кальция? С какого возраста? Не будет ли кальций накапливаться в стенках сосудов?**



Наш собеседник - главный эндокринолог края, кандидат медицинских наук **Нина Васильевна ЛЕОНОВА.**

- **Первичная профилактика направлена на создание и поддержку прочности скелета в разные периоды жизни человека,** особенно в период интенсивного роста и формирования пика костной массы, во время беременности, кормления грудью, в период менопаузы, менопаузы и постменопаузы, при возникновении экстремальных ситуаций, например, при длительной обездвиженности. Первичная профилактика особенно показана детям и подросткам.

**Вторичная профилактика направлена на предупреждение переломов при уже развившемся остеопорозе.** Показанием к вторичной профилактике служит наличие достоверных факторов риска - это ранняя или искусственная менопауза, лечение глюкокортикоидами (преднизолон, полькортолон, дексаметазон и др.), длительно суще-

ствующий тиреотоксикоз или заместительная тиреоидная терапия (прием «Эутирокса» или Л-тироксина в дозе более 75 мкг/сут.), сахарный диабет первого типа.

**Каким должно быть питание для профилактики и лечения остеопороза?** Питанию при остеопорозе уделяется большое внимание, так как на костную ткань оказывают влияние вещества и микроэлементы, содержащиеся в пище (кальций, витамин D, белки, жиры, углеводы, соль, кофе и алкоголь). Например, избыточное употребление соли с пищей приводит к снижению плотности костной ткани. *Потребление углеводов (но не легкоусваиваемых) уменьшает риск переломов любых локализа-*

ций, а потребление жиров, наоборот, повышает его.

При этом *достаточное потребление кальция с пищей рассматривается как необходимое условие для лечения и профилактики остеопороза.*

Для того чтобы рассчитать суточное потребление кальция с пищей, можно использовать следующую формулу:

**Суточное потребление кальция (мг) = кальций молочных продуктов (мг) + 350мг.**

Эта формула облегчает подсчет кальция, принятого с пищей, так как требует учета основных источников кальция - молочных продуктов. В связи с тем, что в других продуктах кальция меньше и данные продукты не всегда присутствуют в суточном рационе, количество кальция в них рассчитано в среднем и составляет 350мг в сутки, что и отражено в формуле.

**Препараты кальция до 50 лет принимаются по назначению врача, если есть прямые показания, а для профилактики остеопороза - периодически, начиная с октября и по март, т.е. в период, когда очень мало солнечного света.**

**После 50 лет кальций D3 можно принимать постоянно, но только с витамином D3, после 65 лет нужно добавлять актив-**

## Продукты питания с наибольшим содержанием кальция

(рассчитано в мг кальция на 100г продукта, по данным монографии Е.А. Лепарского, И.А. Скрипниковой)

### 1. Молочные продукты:

молоко 3%	100
молоко 1%	120
йогурт	120
сметана	100
творог	95
козий сыр	300
плавленый сыр	300
твердый сыр	600

### 2. Рыба:

рыба вяленая с костями	3000
сардины с костями	350
рыба отварная	30

### 3. Фрукты, орехи, семена:

инжир	57
курага	170
изюм	56
миндаль	254
арахис	70
кунжут	1150
семена тыквы	60
семена подсолнечника	100

### 4. Овощи зеленые:

сельдерей	240
зеленый лук	60
капуста	60
зеленые оливки	77

### 5. Хлеб:

хлеб черный	60
-------------	----



◀ **ные метаболиты витамина D3** (по согласованию с врачом).

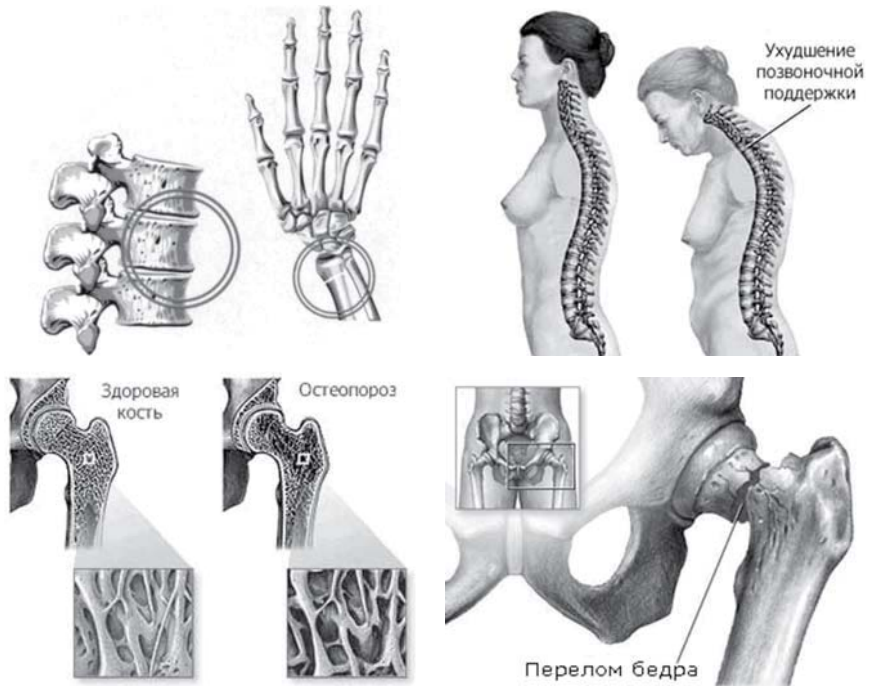
**Для всасывания кальция в кишечнике необходим витамин D.** Он образуется в коже под воздействием солнечных лучей, но не больше 100МЕ в сутки. Для адекватного образования витамина D в коже достаточно пребывания на солнце в течение 30 минут. Дальнейшая инсоляция не приводит к большему образованию витамина, но может навредить состоянию кожи.

Другой важный источник витамина D - *рыбий жир, жирная рыба* (сельдь, лосось, скумбрия), *цельное (жирное) молоко, злаки, хлеб*. Потребность в витамине D - **400-800МЕ в сутки** и зависит от возраста. Самая большая потребность в нем - в подростковом возрасте и старше 65 лет.

Поступив в организм, витамин D активизируется сначала в печени, затем в почках, после чего оказывает свое положительное влияние на кишечник и костную ткань. С возрастом снижается активация витамина в печени и почках, уменьшается способность кожи его синтезировать. Все это приводит к недостатку витамина D в старшей возрастной группе, усилению потери костной ткани и развитию остеопороза. В тех случаях, когда имеется вероятность развития дефицита витамина D (малоподвижный образ жизни, невозможность выхода из дома) рекомендуется дополнительный прием витамина D в дозе до 800МЕ.

Практика показывает, что **чаще всего количество потребляемого кальция с пищей недостаточно**, исследования уровня витамина D в крови лиц старше 60 лет показали его резкое снижение, все это указывает на то, что для профилактики остеопороза необходим дополнительный прием препаратов кальция и витамина D. Это наиболее важный, универсальный и экономически выгодный метод профилактики остеопороза. Кроме этого, фармакологические препараты кальция и витамина D обязательно входят почти во все схемы лечения остеопороза как базовый препарат.

**Препараты кальция отличаются в основном по содержанию в них элементарного, всасываю-**



**щегося в кишечнике кальция.** Однако процент элементарного кальция в различных солях разный, это значит, что в 100г солей кальция содержится разное количество этого микроэлемента.

**Карбонат кальция** содержит 40г Са<sup>+</sup> - это самая насыщенная кальцием соль и, соответственно, самая эффективная. **Хлорид кальция** - 27г. **Цитрат кальция** - 20г. **Глицерофосфат кальция** - 19г. **Лактат кальция** - 13г. **Глюконат кальция** - 9г (это самая малоэффективная соль).

**Препараты, содержащие только соли кальция:** «Кальций Сандоз Форте» (лактоглюконат + карбонат). В одной таблетке - 500мг кальция; «Аддитива Кальций» (карбонат - 500мг); «Упсавит Кальций-карбонат» - 500мг; «Лековит С - Кальций» (карбонат); «Кальций С» (карбонат, лактат); «Кальциум» (лактат).

Однако данные препараты не работают без **витамина D, который необходимо принимать дополнительно** (эргокальциферол, холекальциферол, вигантол, альфакацидол (Эталфа)).

В клинической практике хорошо зарекомендовал себя комбинированный препарат, содержащий в одной таблетке кальций и витамин D. Это - **«Кальций D3 Никомед»** (содержит 500мг карбоната кальция и 200МЕ витамина D; подростки - 2 таблетки в сутки, беремен-

ные женщины - по назначению врача, люди в возрасте 30-35 лет - по 1 таблетке в сутки курсами с небольшими перерывами, женщины старше 45 лет - постоянно по 1-3 таблетки в сутки), **«Кальций D3 Никомед Форте»** - для лиц пожилого возраста (500мг карбоната кальция и 400МЕ витамина D; по 2 таблетки в сутки).

Особо следует обратить внимание, что во всех имеющихся на рынке *поливитаминах* содержится небольшое количество кальция, которое диктует дополнительный прием препаратов кальция.

В настоящее время достаточно много *БАДов с кальцием*. Опираясь на клинический опыт и данные литературы, можно сказать, что эти препараты не содержат точно проверенной дозы кальция, поэтому эффективность их сомнительна.

*Яичная скорлупа* тоже содержит кальций, однако в жестком соединении с белком плохо усваивается организмом, отсюда данная добавка не насыщает ваш организм и кости кальцием!

**При приеме кальция 1 раз в 3 месяца необходимо контролировать кальций в крови и моче.** При повышении уровня кальция в любой жидкости необходимо отменить прием кальция и проконсультироваться с врачом. **С осторожностью препараты кальция принимаются при**





**мочекаменной болезни - только после консультации с врачом.**

«Кальцификация» сосудов связана не с приемом кальция, а с недостатком его в крови. При этом активируется контролирующий уровень кальция крови гормон - паратгормон. Он «вымывает» кальций из кости, при этом уровень кальция в крови резко повышается и это может способствовать развитию мочекаменной болезни и отложению кальция в сосудах. Чтобы этого не произошло, необходимо принимать кальция не более 1000мг в день (советоваться с врачом!) в 2 приема (на один прием не более 500мг) и обязательно с витамином D3. Доказано, что остеопороз сопровождается кальцификацией сосудов.

Остеопороз, хотя и встречается чаще у женщин, но сегодня все больше мужчин имеют те же проблемы. Это, в первую очередь, связано с гиподинамией (передвижение на машинах, «лежание» у телевизора, компьютеризация, прием пива и алкоголя, которые уменьшают усвоение кальция). Сегодня у мужчин имеется много проблем с печенью, в частности, так называемый «жировой гепатоз», отложение жира в печени, как частное проявление общей проблемы накопления жира в организме. При этом ухудшается активация витамина D, что приводит к худшему усвоению кальция и более быстрому его выведению. Поэтому сегодня мужчины имеют те же проблемы с костной тканью, что и женщины. Кроме этого, стрессы, связанные с бизнесом, снижают уровень тестостерона в крови у мужчин, а это тоже способствует ухудшению структуры костной ткани.

**Поэтому мужчинам тоже следует проводить мероприятия по профилактике остеопороза:**

- ◆ контролировать свой вес,
- ◆ уменьшить или прекратить прием алкоголя, пива,
- ◆ не курить,
- ◆ достаточно двигаться.

**При необходимости - принимать препараты кальция и витамина D3.** Режим приема как у всех - 1000мг кальция в день и 400-800мг витамина D3. ☺

## Недоспать - хуже, чем наवरстать

**Люди, которые регулярно недосыпают, часто надеются, что, проспав 10 часов в выходной, они восстановят свои силы. Но недавнее исследование показало, что это не так: несмотря на то, что после пробуждения показатели внимания приближаются к нормальным, в течение дня они заметно ухудшаются.**

Все это может представлять опасность для общества, поскольку многие люди, принимающие важнейшие решения в ходе работы, зачастую вынуждены не спать по многу часов.

Американские сомнологи считают результаты исследования в чем-то устрашающими: большая часть работников, занятых на важных должностях, имеют высокий риск допустить в своей работе катастрофические ошибки - особенно в середине ночи и в первые утренние часы. Если вы спите по 6 часов за ночь в течение 2 недель, вы наносите своему организму такой же вред, как если бы не спали сутки.

Участникам исследования дали 5 суток, чтобы выспаться, а затем включили в цикл из 33 часов бодрствования и 10 часов сна. Такие циклы повторялись в течение 21 суток. В исследовании учитывались три фактора: число часов без сна, число дней или недель, когда испытуемый постоянно недосыпал, и время дня. От сочетания этих факторов зависело, насколько продуктивно мы «функционируем» в каждый момент времени.

Выяснилось, что регуляция сна у человека состоит из, по крайней мере, двух отдельных процессов, действующих в разных временных шкалах. Краткосрочный процесс состоит в снижении продуктивности с каждым последующим часом бодрствования. При этом, чтобы вернуть утраченное, достаточно одного эпизода более длительного, чем обычно, сна.

Долгосрочный же процесс включается, когда недостаток сна накапливается в течение нескольких недель и приводит к более сильному снижению продуктивности с каждым последующим часом бодрствования, особенно в период, биологически соответствующий поздней ночи, т.е. с 3 часов ночи до 7 часов утра. Сколько ночей хорошего сна потребуется, чтобы компенсировать такой урон, неизвестно.



## Материнство от гипертонии

**Женщины, имеющие детей, реже страдают от гипертонии, утверждают американские медики на основе наблюдений за почти двумястами добровольцами.**

Участники эксперимента на протяжении суток постоянно носили на себе портативный прибор, постоянно отслеживающий изменения артериального давления, и спустя сутки ученые получали в свое распоряжение данные, позволяющие судить о состоянии сердечно-сосудистой системы.

Исследователи стали искать связь артериального давления (его среднее по всем пациентам значение составило 116 на 71) с возрастом, массой тела, курением, наличием постоянной работы, полом, семейным положением и множеством других факторов, в том числе наличие и число детей.

Оказалось, что в среднем давление у родителей немного ниже - на 4,5 пункта для систолического (верхнего) и на 3 пункта ниже для диастолического (нижнего) значения в целом. Если учесть разницу между полами, то надо отметить, что матери выигрывают больше отцов - для них давление в среднем уменьшается уже на 12 и 7 пунктов соответственно. Это вроде немного, но такая разница говорит о том, что у родителей реже встречается гипертония, а не просто на 3-4 пункта снижается давление в целом.





# Курительные смеси - тот же наркотик!

*Производители курительных смесей всегда утверждали, что для изготовления данной продукции традиционно используются лечебные травы, каждая из которых производит слабые эффекты, схожие с курением марихуаны (в небольших дозах оказывающей на организм стимулирующее и седативное воздействие).*

Однако, как показали исследования, проведенные ГУ НИИ питания РАМН по поручению Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, **вещества, входящие в состав курительных смесей, обладают психотропным, наркотическим действием, содержат ядовитые компоненты и представляют потенциальную опасность для человека.**

## Курение - верный путь к инвалидности

Причем воздействие на организм человека курительных смесей аналогично действию наркотиков. **При употреблении смесей страдают психические функции организма:** память, внимание, интеллект, энергетика. **Эффект от воздействия курительных смесей на организм, так называемый синдром отмены (ломка), может длиться от 1 до 2 суток.** Употребление курительных смесей может привести к психическим патологиям, таким, как острые и депрессивные психозы, что представляет реальную угрозу общественному здоровью.

Эксперты утверждают, что **вещества, входящие в состав курительных смесей, оказывают негативное воздействие на весь организм.** Страдают сердечно-сосудистая, мочеполовая системы, органы дыхания, печень. Нарушается работа центральной нервной системы, изменяется поведение че-

ловека, снижается интеллект, нарушается половая функция. После отмены употребления курительных смесей отмечаются нервозность, депрессия, общее плохое самочувствие, что в дальнейшем ведет к появлению психических патологий, таких, как острые и депрессивные психозы.

**Содержащиеся в курительных смесях ядовитые компоненты** (в том числе каннабиноиды), **обладают галлюциногенным и психотропным действием** и, в связи с этим, представляют потенциальную опасность для жизни и здоровья человека.

## Приравнены к наркотикам!

Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации Г.Г. Онищенко принято постановление от 09.04.2009г. №23 «Об усилении надзора за реализацией курительных смесей», которым был **запрещен оборот на территории Российской Федерации курительных смесей, содержащих в своем составе: Шалфей предсказателей (Salvia divinorum), и (или) Гавайскую розу (Argyrea nervosa), и (или) Голубой лотос (Nymphaea caerulea),** а ранее выданные санитарно-эпидемиологические заключения на отдельные марки смесей признаны утратившими силу.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 31.12.2009г. №1186 «О внесении



*изменений в некоторые постановления Правительства Российской Федерации по вопросам, связанным с оборотом наркотических веществ», Голубой лотос, Шалфей предсказателей, Гавайская роза и ряд других синтетических каннабиноидов внесены в список наркотических средств и психотропных веществ, оборот которых в Российской Федерации запрещен.*

**Обращаем внимание жителей Алтайского края!** От наркотической зависимости практически невозможно избавиться. Самое страшное, что распространяются курительные смеси, в основном, среди молодежи и подростков, а это представляет реальную угрозу обществу. Прежде чем попробовать любой наркотик, - задумайтесь! Остановитесь сами и остановите своих близких, знакомых и родных! ☹

**М.В. ЖИРНЫХ,**  
заместитель начальника  
отдела защиты прав  
потребителей  
Управления Роспотребнадзора  
по Алтайскому краю



# Роль медицинских сестер в предупреждении заболеваний

**По мнению экспертов ВОЗ, половину смертей россиян можно предупредить, проводя на уровне первичного звена здравоохранения нехитрое действие по ранним (на этапе рисков и предикторов) выявляемым заболеваниям и снижению влияния этих факторов. Самым сложным является выполнение одного из условий: активная роль и информированное участие в этом пациента.**

В переводе на язык учебника по медицинской профилактике для медицинских сестер этот тезис звучит так: «повышение уровня гигиенической активности пациентов в настоящее время считается единственным способом увеличения продолжительности их предстоящей жизни». Таким образом, признается, что **смыслом медицинской профилактики является передача адекватной доли ответственности за сохранение и укрепление своего здоровья самому человеку.**

Почему медицинская сестра, фельдшер названы «золотым звеном» профилактики заболеваний? **Во-первых**, продолжительность контакта пациентов с этими медицинскими работниками принципиально, во много раз, продолжительнее, чем с врачами, а убеждение пациента выполнять медицинские рекомендации, в том числе по образу жизни, просто-напросто требуют значительного времени. **Во-вторых**, язык медицинских сестер намного понятнее абсолютному большинству пациентов, чем профессиональный сленг докторов. И, наконец, **в-третьих** (пожалуй, самое важное), уровень доверия пациентов к фельдшеру, медицинской сестре остается очень высоким, в отличие от уровня доверия к врачам, который, к сожалению, снижается (объяснение причин этого выходит за рамки настоящей публикации).

Более 80% пациентов, обращающихся в ЛПУ, получают помощь в амбулаторных условиях, то есть на

этапе, где наиболее целесообразно и результативно работают медицинские профилактические технологии. Количество ежегодных обращений в ЛПУ ПМСП, не связанных с заболеваниями (справки, профосмотры и т.д.), вдвое превышает число жителей края.

Советский опыт, опыт большинства развитых стран, да и наша собственная практика работы школьных кабинетов здоровья, смотровых кабинетов свидетельствуют, что **консультировать здоровых по актуальным вопросам сохранения здоровья отлично могут медицинские сестры.** Самые успешные проекты по профилактике заболеваний (например, Северная Карелия) осуществляются практически исключительно средними медицинскими работниками.

Роль медицинской сестры ЛПУ ПМСП в наблюдении детей и доверительном консультировании их родителей по вопросам питания, физической активности, безопасной среды обитания трудно переоценить. **Важнейшей темой в общении медицинской сестры с жителями участка является планирование семьи**, причем в области не столько предупреждения нежелательной беременности (профилактика ИППП, превращенная усилиями некоторых проектов в инструмент контроля над рождаемостью, требует обсуждения в свое время и в своем месте), сколько работы на всех этапах планирования желательной беременности и ожидания желанного ребенка.

**Анатолий Иванович  
СТАРКОВ,**  
заведующий отделением  
профилактики, ГУЗ  
«Краевая клиническая  
больница»

**Перспектива восстановления работы отделений и кабинетов медицинской профилактики в ЛПУ, открытие центров здоровья вполне могут создать реальные условия положительных результатов профилактики неинфекционных заболеваний в крае.**



◀ Сведение роли медицинской сестры при проведении профилактических мероприятий к уровню статистика не только обедняет работу сестринского персонала, не способствует росту ее престижа, но и существенно сокращает доступность и качество медицинской профилактической помощи для населения. **Зная социальный статус, условия жизни семей, пользуясь доверием и уважением жителей участка, фельдшер, медицинская сестра могут эффективно заниматься планированием и реализацией конкретных профилактических мероприятий.** Например, организация и проведение школ здоровья по профилактике артериальной гипертонии, бронхиальной астмы и других практически полностью, за исключением отдельных микролекций, может осуществляться силами медицинских сестер.

Безусловно, решение проблемы существенного сокращения новых случаев заболеваний (это, собственно, и есть цель первичной медицинской профилактики) невозможно без **укрепления ресурсной базы проведения профилактических мероприятий и повышения уровня компетентности медицинских работников в этой сфере.**

Требования к количеству и качеству знаний и навыков фельдшеров и медицинских сестер в области медицинской профилактики постоянно уточняются. В соответствии с российскими рекомендациями по лечению болезней системы кровообращения (ВНОК 2007-2009гг.) **медицинская сестра обязана уметь рассчитывать риск сердечно-сосудистых осложнений в соответствии с набором тестов и ею же выявленным уровнем поведенческих факторов риска.** В настоящее время неясно: какое количество медицинских работников, в том числе фельдшеров, самостоятельно оказывающих медицинскую помощь, умеют измерять уровень поведенческих отклонений, пользоваться стандартными тестами: опросником Киселевой по уточнению рациона питания; тестом Н.Амосова по выявлению нарушения физической адаптации; тестом Фагерстрема по уточнению наличия/степени никотиновой зависимости; тестом CAGE по выявлению риска алкогольной зависимости и др.



Большинство фельдшеров и медицинских сестер клинических специальностей хорошо знают нормы индекса массы тела, окружности талии, уровня сахара и общего холестерина крови, но представления об индексе атерогенности липопротеидов или значении плечелодыжечного индекса имеют, увы, не многие.

Так, российский медицинский журнал опубликовал **данные результатов исследования профессиональной грамотности по медицинской профилактике медицинских сестер и фельдшеров:**

- ◆ 59,3% знают эти вопросы хорошо;
- ◆ 29,4% имеют некоторое представление;
- ◆ 11,3% не знают.

**В ЦМП ГУЗ «Краевая клиническая больница» организовано пилотное, предварительное исследование уровня знаний фельдшеров ФАПов в сфере медицинской профилактики.** Средний балл, по пятибалльной системе, не превышает пока 3,2.

В настоящем учебном году в планах ББМК - введение курса, раздела *«Медицинская профилактика для медицинских сестер и фельдшеров»*. Есть надежда, что уровень представлений о медицинских мероприятиях по предупреждению возникновения новых случаев неинфекционных заболеваний, хотя бы в перспективе, будет выше.

Итак, *с начала 2010 года в шести ЛПУ края (к концу года возможно существенное увеличение) вновь организуется работа центров здоровья.* По моему убеждению, *работать в них должны медицинские сестры - инструктора по гигиеническому обучению и др., конечно, специально подготовленные, возможно, получившие высшее сестринское образование.* ☺

**Самостоятельная работа, а кроме ФАПов, медицинские работники со средним образованием могут руководить такими клиническими подразделениями, как кабинеты и отделения медицинской профилактики ЛПУ, безусловно, будет способствовать повышению престижа, уровня самоуважения и уважения пациентов.**



# Медик на страже безопасности дорожного движения

**В последние годы резко возросло число автохозяйств в Алтайском крае - в настоящее время их насчитывается уже более 6413. Высокая интенсивность дорожного движения за счет значительного роста количества автотранспортных средств предъявляет к водителям повышенные требования в плане состояния здоровья. А это резко увеличило необходимость квалифицированной подготовки специалистов по проведению предрейсовых и текущих медицинских профилактических осмотров водителей транспортных средств.**

Оценить состояние здоровья, выявить признаки употребления алкоголя и других психоактивных веществ позволяют практикуемые в нашей стране **предменные (предрейсовые) медицинские осмотры**. В настоящее время обязательность их проведения определена ст.23 Федерального закона «О безопасности дорожного движения» 1995 года. Появилась служба действенного контроля за выполнением автохозяйствами законов и других нормативных актов, которая носит название «**Транспортная инспекция**». Под ее контролем предрейсовые осмотры водителей становятся по-настоящему неотъемлемой частью для всех автохозяйств.

Осмотры производятся только медицинскими работниками, имеющими соответствующую медицинскую подготовку (сертификат), а учреждение - лицензию.

Целью предрейсовых медицинских осмотров водителей является выявление лиц, которые по медицинским показаниям не могут быть допущены к управлению автомобилем как с позиции обеспечения безопасности дорожного движения, так и с точки зрения охраны здоровья водителей и пассажиров.

Управление автотранспортом в состоянии алкогольного (наркотического) опьянения является одной из основных причин дорожно-транспортных происшествий. Ежегодно **20%** происшествий происходят из-за нарушений правил дорожного движения водителями в состоянии опьянения. Особую тревогу вызывает тот факт, что за последние годы в 3-4 раза возросло количество водителей, управляющих автотранспортными средствами в состоянии наркотического опьянения и под действием психоактивных веществ.

Прием даже небольших количеств спиртных напитков способствует ухудшению многих физиологических функций и вследствие этого снижению качества выполняемой работы: снижается умственная работоспособность, уменьшается точность действий, снижается мышечная работоспособность и ухудшается координация движений, увеличивается число лишних или ошибочных действий. Даже 15-30мл алкоголя увеличивают время слуховых и зрительных реакций, нарушают адаптацию к освещению, изменяют глубину зрения.

**Кажущееся состояние повышения работоспособности носит призрачный характер.**



**Наталья Владимировна КИНДЕРКНЕХТ,**  
медицинская сестра  
высшей категории,  
старшая медсестра  
экспертного отдела, ГУЗ  
«Алтайский краевой  
наркологический  
диспансер»,  
член ПАСМР с 2000г.

**Целью предрейсовых медицинских осмотров водителей является выявление лиц, которые по медицинским показаниям не могут быть допущены к управлению автомобилем как с позиции обеспечения безопасности дорожного движения, так и с точки зрения охраны здоровья водителей и пассажиров.**



## Советы медицинской сестры

Ужесточение законодательных мер по недопущению управления транспортом в состоянии опьянения позволяет минимизировать риск совершения ДТП.

Хотелось бы обратить внимание руководителей частных предприятий и фирм на необходимость организации предрейсовых медицинских осмотров даже с небольшим количеством автотранспортных единиц, осмотров водителей медицинскими работниками. Постановлением Правительства Российской Федерации от 22.01.2007г. №30 предрейсовые (послерейсовые) медицинские осмотры включены в Перечень работ (услуг) при осуществлении медицинской деятельности и подлежат лицензированию.

ГУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер» является базовым образовательным учреждением, осуществляющим подготовку специалистов-медиков для подобного раздела работы. Лицензирование медицинской деятельности осуществляет лицензионное бюро Главного управления по здравоохранению и фармацевтической деятельности администрации Алтайского края.

*При обнаружении отклонений в поведении водителей:* запах алкоголя (перегара) изо рта, выраженное дрожание пальцев рук, резкое изменение окраски кожных покровов лица, повышение артериального давления, нарушение походки, речи, сужение или расширение зрачков с их слабой реакцией на свет и т.д. - **запрещен допуск к вождению автомобиля!** При неясности или подозрении на опьянение, а также несогласии испытуемого с заключением проведенного контроля трезвости медицинский работник обязан направить его в **территориальный кабинет медицинского освидетельствования на состояние опьянения**, работающий в круглосуточном режиме.

В г.Барнауле функционирует два кабинета медицинского освидетельствования на состояние опьяне-



ния: ул.10-я Западная, 5 (здание краевого УГАИ ГИБДД) и ул.Л. - Толстого, 23 («АКНД»).

На базе краевого наркологического диспансера развернута **химико-токсикологическая лаборатория**, которая оснащена современным новым оборудованием, позволяющим в кратчайшие сроки производить исследование биожидкостей (не только крови, мочи, слюны, но и волос, ногтей) на алкоголь, суррогаты алкоголя, наркотики, лекарственные препараты.

Предрейсовые осмотры водителей транспортных средств позволяют снизить количество ДТП, тогда как водители личного транспорта в связи с отсутствием контроля за ними остаются вне поля зрения до тех пор, пока не случается факт ДТП.

**Водители! Не подвергайте свою жизнь и жизнь пешеходов риску. Помните, что употребление спиртных напитков и психоактивных веществ и управление транспортными средствами несовместимо!** ☹

**ГУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер» является базовым образовательным учреждением, осуществляющим подготовку специалистов-медиков для подобного раздела работы. Лицензирование медицинской деятельности осуществляет лицензионное бюро Главного управления по здравоохранению и фармацевтической деятельности администрации Алтайского края.**



Контактный телефон  
Алтайской региональной  
Ассоциации средних  
медицинских работников:  
(8-3852) 34-80-04





## Период молчания при транскраниальной магнитной стимуляции в диагностике экстрапирамидных нарушений

*История использования магнитной стимуляции в медицине охватывает немногим более двух десятилетий.*

*В России первые клинические исследования по транскраниальной магнитной стимуляции были начаты в НИИ неврологии РАМН в 1989 году, а с 1992 года метод получил признание среди отечественных специалистов.*

*Показано, что магнитная стимуляция является более физиологичной, чем электрическая стимуляция, а противопоказания к ее применению четко ограничены.*

*Более того, магнитная стимуляция применяется не только в диагностических целях, но все шире внедряется в терапевтическую практику.*



**Ольга Владимировна ЛЯМИНА,**

кандидат медицинских наук, врач высшей категории отделения функциональной диагностики заболеваний нервной, мышечной систем, КГУЗ «Диагностический центр Алтайского края»

Вспомните, как, посмотрев на яркое солнце, вы потом несколько секунд почти ничего не видите, хотя ваше зрение безупречно. Что произошло? Нервная система получила переизбыток зрительной информации в виде очень яркого света, и нервным клеткам нужно чуть-чуть отдохнуть для восстановления сил. Этот отдых называется рефрактерным периодом.

Точно так же после большой физической работы нам необходим покой. Биологические законы предельно совершенны, универсальны и направлены на то, чтобы наш организм мог сосуществовать в согласии с окружающей средой. В нервной системе постоянно работают миллионы нервных клеток, а также множественные связи между ними для обеспечения баланса процессов возбуждения и торможения. Мы никогда над этим не задумываемся, пока здоровы.

**При некоторых заболеваниях происходит сбой в работе регулирующих механизмов центральной нервной системы.** Если нарушается контроль обеспечения движения за счет дефицита тормозных механизмов, возникают непроизвольные движения в виде моторных тиков либо в виде тремора (дрожания) рук, головы, а также других экстр-

апирамидных расстройств - спастической кривошеи, синдрома мышечной ригидности и пр.

**Объективно оценить эффективность процессов торможения в системе моторного контроля, а также баланс механизмов возбуждения и торможения в центральной нервной системе позволяет методика «период молчания при транскраниальной магнитной стимуляции».**

Особое внимание следует уделить **противопоказаниям** к проведению магнитной стимуляции:

- ◆ беременность;
- ◆ наличие у больного имплантированного водителя ритма сердца, а также любых других электронных приспособлений, управляющих физиологическими функциями организма;
- ◆ перенесенные нейрохирургические операции с использованием встраиваемых металлических приспособлений, которые могут нагреваться и сдвигаться (клипирование аневризм, металлические скобы, пластины для закрытия дефектов костей черепа и т.п.).

**К ограничениям** к проведению магнитной стимуляции относятся:

- ◆ возрастные (дети раннего возраста);



◆ нарушение коммуникативного поведения пациента;  
◆ сопутствующая патология (инфекционные кожные заболевания, раневая поверхность в точках должного наложения регистрирующих электродов, невозможность совершать заданное движение вследствие грубых мышечных атрофий, иммобилизации конечности и пр.).

На современном этапе развития медицины расширяются диагностические возможности нейрофизиологии в клинике нервных болезней: исследование периода молчания при транскраниальной магнитной стимуляции позволя-

ет осуществлять объективную диагностику экстрапирамидных расстройств и контроль эффективности их медикаментозной коррекции. Данный метод был успешно внедрен в КГУЗ «Диагностический центр Алтайского края» более трех лет назад - впервые в Сибирском и Дальневосточном регионах. Более тысячи

пациентов смогли получить узкоспециализированную диагностическую помощь с возможностью обоснованного назначения медикаментозной терапии. ☺

*Методика проводится в КГУЗ «Диагностический центр Алтайского края», справки по тел. 36-47-16 или 26-15-79.*

### КОНТАКТНЫЕ ТЕЛЕФОНЫ

КГУЗ «Диагностический центр Алтайского края»:  
(3852) 36-47-16 - справочная,  
26-17-60, 26-17-76 - регистратура.  
Адрес: г.Барнаул, пр.Комсомольский, 75а

## Упущенное поколение?..

**В редакцию журнала «Здоровье алтайской семьи» обратились члены Совета женщин Белоярского района г.Новоалтайска. Это очень действенная и авторитетная в городе общественная организация, и мы не раз писали об их инициативах. Сегодня женщины обращаются с новым предложением.**

«Вся страна смотрит репортажи из Ванкувера, и не всегда они радуют. В комментариях спортивных специалистов проскакивает фраза: «...упущенное поколение девяностых», а Дума «задумалась» над снижением возрастного «потолка» уголовной ответственности (с 12 лет!), и все удивляются: откуда столько жестокости в детях, в какой семье они росли, кто их родители? А ходить далеко не надо, они рядом, только надо взглядеться, и если мы не сделаем это сегодня, то еще целое поколение будет упущено.

Анализируя работу женсовета (Белоярского района - Прим.ред.) за последние три года, вот что замечено: **список неблагополучных семей увеличивается** (в 2007г. - 14, в 2008г. - 22, в 2009г. - 28, на сегодня - 38 семей). Большую помощь в работе с ними нам оказывает сотрудничество с КДН, педиатрической службой нашего района.

**Характеристики условий проживания таких «типичных» детей:** в доме холодно, накурено; родители распивают спиртные напитки; в доме - посторонние пьяные люди; малообеспеченная семья, живут на квартире; беременная женщина употребляет спиртные напитки, со слов соседей - часто слышат, что ребенок пла-

чет; на приемы к врачу не ходят, документов на ребенка нет; мать-одиночка, выпивает; пьющая семья, материальный и социальный уровни низкие; мама неоднократно кодирована, у ребенка ВПС; родители не работают, в доме грязь и т.д.

**Кого же мы вырастим в таких условиях?** Дети в этих семьях все «неорганизованные», социально запущенные, с определенным набором уже хронических (!) заболеваний. **Что для них может сделать государство?** Построить еще один приют? Да, там тепло, светло, сытно и «море» развивающих игрушек, книг, но - там нет самого главного: мамы и папы! Тогда **давайте повернемся лицом к этим мамам и папам, ведь эти вчерашние мальчишки и девчонки зачастую тоже из неполных или неблагополучных семей.** Почти все браки - гражданские, то есть девичья мечта о «белом свадебном платье» и красивой свадьбе с цветами уже разбилась о наш БЫТ, мальчишки, с легкостью приходя к супружеским отношениям, не чувствуют моральной ответственности за будущее своей семьи и детей, рожденных в этой семье. Не получается с приобретением нужной профессии, а в дальнейшем и с работой, приобрести свое жилье - еще одна несбы-

точная мечта, но легко родить ребенка и жить на детское пособие.

С нами может кто-то поспорить, но мы считаем: **эти молодые пьющие папы и мамы - как укор нашему государству.** Свое письмо адресуем людям, осознающим, что алкоголизм - это болезнь и не так-то просто вырваться из этого «водоворота», особенно тем, кто живет на детское пособие. Да, решил человек остановиться, закодироваться, для этого нужно пройти курс по снятию абстинентного синдрома - а для этого нужны деньги, и немалые деньги. Выходит, что проще найти на очередную бутылку в пределах сотни рублей, чем 2-3 тысячи рублей на полную адаптацию и возвращение к нормальной жизни.

**Обсудив этот вопрос на заседании женсовета, мы просим поддержать наше предложение - возвращение к принудительному лечению алкоголизма!** Ведь наша страна имела опыт таких учреждений, человек лечился, работал, зарабатывая себе на лечение, на свое питание, а не проедал и пропивая детское пособие своих детей. Кто же должен задуматься над этим, кто должен решить эту непростую задачу?

Наше общество должно дать шанс этим людям, а главное - их детям, жить в нормальных условиях и воспитываться в своей семье.

Председатель женсовета **Т.П. Курятникова**, члены женсовета: **Р.С. Фефелова, Р.Р. Козлова, Г.А. Гусельникова, С.С. Захарова, Л.Н. Алексеева, О.А. Мадельханова**».





# Здоровье девочек-подростков определяет будущее страны



### **Наталья Ильинична ФАДЕЕВА,**

доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ, лауреат премии Алтайского края в области науки и техники, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии №1 ГОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет»

За последние 20 лет низкая рождаемость в России превратилась из медицинской в государственную проблему. Количество населения и качество его здоровья всегда характеризовали мощь и процветание страны. Рождаемость в России на ближайшие 10-15 лет будут определять девочки, которым в настоящее время 10-18 лет. **Количество рожденных детей и, особенно, здоровье этих детей, то есть здоровье нации, во многом зависят от состояния здоровья их матерей.**

Большую роль в формировании здоровья женщины играют течение периода полового созревания и становление менструальной функции у девушки, как показатели готовности организма к наступлению беременности, благополучному ее вынашиванию и рождению здорового ребенка.

Одним из многочисленных научных исследований проблем женского репродуктивного здоровья, проводимых на нашей кафедре, была работа аспиранта кафедры **Е.Г. КУДИНОВОЙ** по оценке состояния здоровья девочек-подростков 15-18 лет, как репродуктивного потенциала одного из типичных районов Алтайского края. Полученные результаты, несомненно, очень интересны и нужны для медицинских работников, оказывающих помощь детям, подросткам и женщинам детородного возраста, а также для всех жителей Алтайского края, кому небезразличны здоровье своих детей и судьба дальнейшего развития региона.

Установлено, что в изучаемом районе **количество девочек 15-18 лет уменьшилось за период с 2000 по 2005 год, по сравнению с исходным, на 12,2%, а девочек 1-14 лет - даже на 39,4%.** При снижении общего количества девочек-подростков (репродуктивный потенциал региона) **наблюдается ухудшение их здоровья,** что характеризуется ростом гинекологической заболеваемости. За шесть

лет частота нарушений менструальной функции у них, как показателя снижения способности к вынашиванию беременности и рождению здорового ребенка в дальнейшем, **выросла на 25%.** Таким образом, репродуктивный потенциал региона уменьшается не только количественно, но страдает и его качество.

Прежде чем говорить о возможностях исправления такого состояния репродуктивного потенциала, следует выяснить, почему оно такое. Снижение количества девочек, проживающих в районе, отражает прогрессивное снижение рождаемости в России с конца 80-х годов прошлого века. **Для ответа на вопрос «Почему неуклонно ухудшается здоровье этих девочек?» были обследованы 232 девочки в возрасте 15-18 лет, их матери и отцы, а также бабушки и дедушки по материнской линии.** Все три поколения проживали в изучаемом районе. Половина этих девочек в периоде полового созревания страдали нарушениями менструальной функции (основная группа). У прочих 116 девочек течение пубертата было физиологическим (группа сравнения). У всех этих девушек оценивались физическое и половое развитие, учитывались соматические заболевания в подростковом возрасте, состояние при рождении, особенности течения беременности матерей, а также соматическое и репродуктивное здоровье их матерей, здоровье отцов, бабушек и дедушек.

Оказалось, что у девочек с нарушением менструальной функции значительно **чаще,** чем у девочек с физиологическим течением периода полового созревания, **выявлялись нарушения общего и полового развития.** Дефицит массы тела у девочек с нарушениями в периоде полового созревания к началу менструаций имелся почти в два раза чаще (**60,3% и 35,3%**), чем у девочек основной группы. Недостаточное развитие матки выявля-





## Школа ответственного родительства

лось у них в 9 раз чаще (**31,9% и 3,4%**), а патологические изменения в яичниках - в 8 раз чаще (**27,6% и 3,4%**), чем у девушек без нарушений менструальной функции.

У девочек основной группы нарушения менструальной функции сочетались с соматическими заболеваниями. Более чем у половины из них имелись заболевания ЛОР-органов, что в два с половиной раза чаще (**51,7% и 18,1%**), чем у девочек с физиологическим течением периода полового созревания. Болезни нервной системы в 9 раз (**31,9% и 3,4%**), сердечно-сосудистой системы (**38,8% и 11,2%**), и кожи (**30,2% и 11,2%**) - в три раза, органов дыхания - в 4 раза (**16,4% и 4,3%**) выявлялись чаще у девочек основной группы, чем у подростков с физиологическим течением периода полового созревания.

Вышеприведенные результаты наглядно свидетельствуют о том, что **основой для нарушений становления репродуктивной функции женщины является плохое соматическое здоровье девочек-подростков.** Ответить на вопрос об истоках плохого здоровья подростков позволяют дальнейшие результаты нашего исследования.

Девочки с нарушениями в периоде полового развития, по сравнению с девочками с физиологическим течением пубертата, рождались преимущественно в первых родах и имели множественные последствия неблагоприятного течения беременности у матери. Более чем в три раза чаще у них выявлялись поражения центральной нервной системы (**20,7% и 6,0%**), в два раза чаще - асфиксия (**41,4% и 18,1%**) и недостаточный вес (**31,9% и 14,7%**).

Беременность у матерей девочек с патологическим пубертатом была более осложнена, чем в группе сравнения, токсикозом (**49,1% и 24,1%**) и анемией (**23,3% и 9,5%**). Роды у матерей девочек с нарушениями менструальной функции в два раза чаще (**61,2% и 28,9%**), чем роды у матерей девочек с физиологическим течением пубертата, сопровождались осложнениями. При вынашивании дочерей с нарушениями в периоде полового созревания матери в 4 раза чаще, чем в группе сравнения, имели заболевания



ЛОР-органов (**49,1% и 12,1%**), сердечно-сосудистой (**32,8% и 6,9%**), эндокринной (**19,0% и 1,7%**), мочевыделительной (**20,7% и 4,3%**) и пищеварительной (**21,6% и 8,6%**) систем. Высокая соматическая заболеваемость матерей определила более осложненное течение беременности и родов.

Исходное репродуктивное здоровье у матерей девочек с нарушением течения пубертата было значительно хуже, чем у матерей девочек группы сравнения. Матери основной группы еще до наступления беременности девочки имели нарушения менструальной функции в два раза чаще, воспалительные заболевания половых органов - в полтора раза и гормонально зависимые заболевания - в три раза чаще, чем матери здоровых девочек. Нарушения репродуктивного здоровья матерей основной группы проявлялись также самопроизвольными абортами в **39,7%** случаев.

Не только матери девочек основной группы, но и их отцы, были достоверно более нездоровыми, по сравнению с отцами здоровых девочек: они в два раза чаще болели заболеваниями ЛОР-органов, эндокринной системы и опорно-двигательного аппарата.

Бабушки по материнской линии у девочек с нарушениями менструальной функции, по сравнению с таковыми у здоровых девочек, имели достоверно более плохое соматическое и репродуктивное здоровье. Они чаще имели заболевания сердечно-сосудистой (**25,0% и 9,5%**) и эндокринной (**22,4% и 10,3%**) систем,

**Большую роль в формировании здоровья женщины играют течение периода полового созревания и становление менструальной функции у девушки, как показатели готовности организма к наступлению беременности, благополучному ее вынашиванию и рождению здорового ребенка.**



## Школа ответственного родительства

▶ желудочно-кишечного тракта (21,6% и 9,5%) и органов дыхания (15,5% и 2,6%). В перименопаузальном возрасте у них чаще выявлялись доброкачественные (22,4% и 6,9%) и злокачественные (12,9% и 1,7%) новообразования репродуктивной сферы.

**Дедушки по материнской линии у девочек основной группы**, по сравнению с таковыми у здоровых девочек, достоверно **чаще страдали заболеваниями** нервной (23,3% и 10,3%) и сердечно-сосудистой (58,6% и 27,6%) систем, а также онкозаболеваниями (12,0% и 3,4%). Они умирали от соматических заболеваний в возрасте до 60 лет более чем в четыре раза чаще (43,1% и 9,5%), чем в группе сравнения.

Таким образом, **на формирование здоровья девочки-подростка влияют многие факторы:**

- ◆ генетическая предрасположенность к заболеваниям, передающаяся от родителей;

- ◆ осложнения беременности и родов, нарушающие внутриутробное развитие девочки;

- ◆ соматические заболевания в детстве и в периоде полового созревания, способствующие нарушениям физического и полового развития девочки.

Путем специальных математических вычислений для каждого, выявленного в процессе нашего исследования, фактора риска патологического течения периода полового созревания у девочек **была определена прогностическая ценность. На ее основе выделены наиболее весомые маркеры нарушений женского здоровья у девочек-подростков:**

**а)** наличие у бабушек заболеваний эндокринной и сердечно-сосудистой систем, доброкачественных и злокачественных опухолей органов репродукции;

**б)** наличие у матери во время беременности заболеваний эндокринной и сердечно-сосудистой систем, а также ЛОР-органов;

**в)** заболевания нервной системы и органов дыхания у девочек в детстве;

**г)** наличие у девочки в возрасте начала менструаций заболеваний нервной и сердечно-сосудистой систем.



К сожалению, мы не можем изменить плохую генетику наших предков. Но совершенно **реально можно подготовить женщину к желанной беременности** для того, чтобы эта беременность не имела тяжелых осложнений и закончилась рождением относительно здорового ребенка. Для этого нужно, чтобы врачи, оказывающие ей помощь на этапах планирования, вынашивания беременности и в родах, были вооружены необходимыми знаниями и имели условия применять эти знания на практике. Но еще большее значение в реализации этой цели имеют **желание и воля самой женщины-матери и ее близких.**

Уже при рождении девочки с перинатальными заболеваниями реально выделить ее **в группу риска по нарушению полового созревания** и, по мере ее роста, работникам детских учреждений и врачам-педиатрам своевременно выявлять отклонения в ее здоровье и лечить заболевания на ранних стадиях. **Девочка группы риска по нарушениям репродуктивного здоровья требует особой заботы к началу периода полового созревания.** Определяющее значение в этот период имеют полная санация очагов хронической инфекции, выявление и полноценное лечение эндокринных сердечно-сосудистых и нервных заболеваний. Девочка-подросток должна иметь достаточный сон-отдых, обязательные, дозированные по ее состоянию, физические нагрузки и здоровое питание, корректирующее массу тела. ☺

**В заключение хочется обратиться ко всем родителям, настоящим и будущим, а также их детям-подросткам, чтобы они чаще вспоминали народную мудрость «От дурного семени не жди здорового племени», а не сетовали на плохую экологию и слабую систему здравоохранения. Плохая экология - это наш ежедневный быт, который определяется не нашими желаниями, а нашими усилиями. Наше здравоохранение не пришло к нам извне, оно есть плоть от плоти и кровь от крови нашего населения, и работают в нем такие же люди - граждане нашей страны.**



## Победим свой страх!

# Новая поликлиника Алтайского онкологического центра «Надежда»

Открытие 28 января т.г. новой поликлиники Алтайского онкологического центра «Надежда» вызвало довольно много обращений. Причем, вопросы нас даже несколько удивили.

Часть обратившихся посчитали, что это поликлиника частная, и услуги там будут платные. Другие интересовались уровнем квалификации специалистов - «в новое учреждение врачей-то новых набрали, когда они еще опыта наберутся?!».

Ответить на эти вопросы мы попросили **Валентину Дмитриевну ПЕТРОВУ**, заместителя главного врача по поликлинической работе, кандидата медицинских наук, МУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер».

- **28 января 2010 года** введено в эксплуатацию здание новой поликлиники ГУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер». Поликлиника была выстроена с самые короткие сроки - всего 11 месяцев. К слову сказать, стройку лично курировал Губернатор Алтайского края **А.Б. Карлин**.

Новое восьмиэтажное здание, построенное согласно современным стандартам, очень красивое как снаружи, так и внутри.

Раньше и в настоящее время (прием первичных больных) краевая он-

кологическая поликлиника размещалась на двух этажах непригодного здания с узкими коридорами, низкими потолками, крохотными кабинетами по ул. Партизанская. Огромные очереди в регистратуру. Неудобным для пациентов было и то, что многие исследования - рентгенологические, томография и прочие, нужно было делать на других базах онкодиспансера.

**Новая поликлиника рассчитана на 450 посещений в смену. Она включает в себя:**

- ◆ высокоспециализированную онкологическую поликлинику с приемом более чем по 30 узким специальностям;
- ◆ отделение медицинской профилактики и индивидуального прогнозирования злокачественных новообразований;



◆ дневной стационар, кабинет противоболевой терапии;

◆ специализированный диагностический центр с включением таких отделений, как рентгенологическое, эндоскопическое, компьютерной томографии, ультразвуковых исследований, а также клинико-биохимической, патогистологической, цитологической, молекулярной лабораторий;

◆ сансер-регистр, регистр предрака высокого риска;

◆ организационно-методический отдел;

◆ отдел медицинской статистики,

◆ архив;

◆ Алтайский филиал Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина РАМН;

◆ кафедра онкологии Алтайского государственного медицинского университета;

◆ конференц-зал.

**Подобной онкологической поликлиники в настоящее время нет ни в одном регионе России.**

Новая поликлиника - это **только первая очередь** в строительстве Алтайского онкологического центра «Надежда», который будет объединять и амбулаторную, и стационарную специализированную помощь для онкологических больных. Уже в декабре 2010 года планируется введение в эксплуатацию нового радиологического корпуса, а в ближайшие несколько лет - корпусов для стационарного лечения.

**Первый прием пациентов планируется на конец апреля.** ☺



# Демидовский Бал



# Демидовский 2010 Бал

