

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№5 (101) МАЙ 2011



ОТ РЕДАКТОРА



Остановим мусорный террор

Ранняя весна - время очищения. ... Даже весенние субботники по уборке накопившегося за долгую зиму мусора – стали уже некой российской традицией. С одной стороны – это понятно, полгода зима, накопилось!... Но дело не только в этом. Не зря говорят: чисто не там где убирают, а там где не сорят! Буквально негодую, когда изпереди идущей машины на дорогу выбрасывают бутылки, пакеты, а обочины наших дорог, несмотря на усилия дорожников, все еще завалены мусором...

Такую же неприглядную картину в основном представляют собой места сбора мусора в жилых кварталах, подъезды жилых домов, поселковые свалки!

Конечно, проблема утилизации мусора – это не только российская проблема. Практически все цивилизованные страны озабочены ее решением.

Например, в доме каждого дисциплинированного японца должно стоять как минимум четыре мусорных ведра: для сгораемого, перерабатываемого, не перерабатываемого и опасного мусора. Инструкция по правильной переработке мусора – составляет 10 страниц!

Избавиться от мусора в альпийской конфедерации – целое приключение. Бытовые отходы нужно выбрасывать в специальных пакетах и никак иначе. «Помогите! что я должен делать с мусором?!» - с таким призывом обратился на форуме житель Базеля, переехавший из Филиппин, который не смог самостоятельно решить проблему своего мусора. И получил от сограждан весьма обстоятельные разъяснения. Если он житель Базеля – то должен покупать голубые пакеты, если же пригорода, то – черные. Но на них нужно наклеивать специальные стикеры, соответствующие району проживания...

Прямая обязанностью швейцарских полицейских борьба с «нелегальным мусором», вплоть до исследования содержимого пакетов для выяснения личности

нарушителя. Жителям европейских государств волей – неволей приходится быть дисциплинированными – штраф за выброшенный мусор достигает нескольких тысяч евро!

Безусловно рациональная утилизация мусора, обеспечивающая как например в Европе, поступление на вторичную переработку 95% стекла, 70% бумаги и картона, 90% алюминиевых банок, плюс обеспечение теплом зданий за счет мусоросжигающих заводов - это самое оптимальное решение вопроса.

Но, с нашим «российским мусором» есть и другая проблема. Это проблема нашего, я бы сказала, бескультурья, терпимости к сорящим, равнодушия...

Конечно, мы замечаем, что многие улицы городов и поселков края становятся чище, благоустроеннее. Радуют глаз цветники у административных зданий, кафе, частных магазинов. Но, других примеров, к сожалению пока еще больше.

Буквально на днях я стала свидетелем такого действия. Молодой парень припарковался буквально у главного входа на территорию краевой клинической больницы и открыв окно в автомобиле щелкая семечки и выбрасывал шелуху прямо на тротуар. Было раннее утро, около 8 часов и на работу мимо него спешили сотрудники больницы, причем ни один десяток человек! И только одна женщина (всего одна!) остановилась и сделала ему замечание.

Этой весной территория самой больницы, как и прилегающая к ней, усилиями ее персонала приведена в порядок. Высеяны газоны, разбиты клумбы, все выметено, установлены скамейки. Но даже здесь и то нерадивые посетители умудряются бросать окурки!

А за ограждением – на тротуаре, на проезжей части, вплоть до кромки прилегающего леса – настоящая мусорная свалка. Бутылки, бумаги, пакеты... Тысячи и тысячи посетителей –люди, обращающиеся в главное медицинское учреждение края за помощью, с надеждой на исцеление-, их родственники, знакомые, но каждый по немногу, не задумываясь о последствиях, буквально загадили все вокруг!

Почему мы позволяем себе этот «мусорный террор»?!

Мы с детства запомнилась мысль о том, что общий уровень культуры человека характеризует не то как он ведет себя на людях, публично, а то какой он наедине с собой. Как кушает – использует ли приборы, салфетки или они нужны только «при гостях» и в ресторане, насколько опрятен. Выброшенный «исподтишка» мусор – это тоже из темы общей культуры.

И говоря об утилизации мусора, как о серьезной экологической проблеме, требующей серьезных инвестиций, государственного подхода, хотелось бы, что бы мы не забывали и об элементарных правилах поведения и просто не сорили там, где люди стараются сделать нашу жизнь чище, привлекательнее. В школьном дворе, который благоустроили наши дети, в больнице, да и просто на улице, у дома в котором вы живете!

И непременно наша жизнь станет чище. Остановим этот мусорный террор!

Содержание



**День отца.
Бурлинский район**



**Сахарный диабет
и беременность**



**Что такое
полиноз?**



**Любимая игрушка
- телевизор?**

На обложке: Юлия Александровна ФРОЛОВА, главная медицинская сестра краевой клинической больницы, член правления Ассоциации средних медицинских работников

Фото: Евгения Налимова

Призвание. Профессия - медицинская сестра	2-4
По итогам Всероссийского форума медработников	5
День отца. Бурлинский район	6
Вода для вашего здоровья!	7
ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА Н.В. Леонова, И.А. Вейцман. Сахарный диабет и беременность	8-10
Мир и медицина	11
Началось создание «аватара» человека	12
Багульник болотный	13
Факты о стрессе	14
Стресс во всем мире	14
Наш партнер - «Алтайский вестник Роспотребнадзора» Вместе против полиомиелита	15
Здоровье единого образца	16-17
Россия: здоровье нации	17
В.Ф. Арсеньев. Что такое полиноз?	18-19
Мир и медицина	20
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ. Н.В. Гришкова. Итоги международного проекта в области фтизиатрии	21-22
К.А. Панкратова. В чем опасность отслойки сетчатки глаза	23-24
Жизнь без табака и алкоголя	25
Ю.С. Шатохина. «Круги ада»	26
Веснушки-конопушки	27
А.А. Шайдуров. Блефаропластика - Ваш новый взгляд на мир!	28-29
Цвета радуги и здоровье	29-30
Я не умею проигрывать	31
ДЕТСКАЯ СТРАНИЧКА	32-33
Мир и медицина	34
О.М. Тырышкина. Пренатальная диагностика - что это?	35-36
Любимая игрушка - телевизор?	37-38
Откуда берется дежавю?	38-39
Развенчание мифов о мозге	40-41
Тест: А какой уровень вашей самооценки?	42-43
Как полюбить недостаток	44



Призвание. Профессия - медицинская сестра

**Моя собеседница - главная медицинская сестра
краевой клинической больницы, член правления
Ассоциации средних медицинских работников -
Юлия Александровна ФРОЛОВА.**

До знакомства, признаюсь, я не очень ясно представляла себе круг обязанностей и особенности ее работы. Но чем больше общалась, тем сильнее проникалась симпатией и уважением к человеку, который принадлежит к той редкой категории людей, кому посчастливилось угадать свое главное предназначение в жизни.

- Юлия Александровна, поясните, пожалуйста, чем отличаются должности главной и старшей медицинской сестры?

- Уровнем организации и уровнем руководства. В ведении старшей сестры - средний медицинский персонал одного подразделения. А главная медсестра организует работу среднего и младшего медперсонала всего медицинского учреждения. В моем подчинении - 733 специалиста со средним медицинским образованием плюс 466 сотрудников младшего персонала, а всего получается более тысячи человек.

- Как же вы с этой армией управляетесь?

- У меня очень хорошая команда из 46 старших медсестер, это мои надежные помощники.

- Вы давно на этой должности?

- Девять лет. До этого была старшей сестрой хирургического отделения №1 (эндокринологического профиля), а еще раньше - просто медицинской сестрой общей хирургии.

- В медицине очень много специальностей. Можно было пойти любым врачом...

- А я и хотела стать врачом, поступала в медицинский...

-...а стали медсестрой!

- Это получилось, как я теперь понимаю, не случайно: так распорядилась судьба. Все началось с того, что при поступлении в ме-

динститут я не добрала полбалла до проходного уровня. Расстроилась. Но, выходя из вуза, обратила внимание на огромный плакат-объявление, где было написано, что в краевую клиническую больницу на конкурсной основе требуется санитарка в нейрохирургический операционный блок. Решила попытать счастья. Меня приняли. Это было в девяностом году. Потом я поступила на вечернее отделение в Барнаульское медучилище.

- Простите, уточню: вас принимали санитаркой на конкурсной основе?!

- Да, нужно было пройти собеседование и одно из конкурсных испытаний - пребывание в операционной, чтобы проверить, ориентируюсь ли я в операционном пространстве: понимаю ли, что такое чистая и стерильная зона.

- А у вас прежде хоть какие-то представления о медицине имелись?

- Да. В 9-10 классах посещала организованные при школе курсы младших медицинских сестер, и у меня была справка, что я прошла двухгодичное обучение и могу работать по этой специальности.

- И вас не смущало, что надо делать самую грязную работу?

- Я бы так не сказала. В операционной санитарка - далеко не последний человек, а иногда - и очень важный и нужный.

- Потому что...

- ...на плечах санитарки - не только уборка, но и участие в самом операционном процессе. Например, нажать педаль коагуляции, вовремя долить стерильный раствор в стерильную посуду медсестре, надевает хирургу лампу. ...Дел много, и надо их правильно выполнить. Много таких мелочей, соблюдение или несоблуже-



ние которых может повлиять на результат работы целой хирургической бригады. Но мне это все и было очень интересно.

- Сколько времени вы там работали?

- Три года.

- Но за это время уже можно было понять, «мое это дело или не мое». И вообще, медицина - та ли сфера деятельности, которой стоит посвящать жизнь...

- Что медицина - это «мое», я знала с самого раннего детства. У нас в доме всегда были больные кошки, раненые голубы, которых я подбирала и лечила. Для меня не стоял вопрос выбора, он был сделан давно, я просто ему следовала.

- Но за время работы санитаркой и медсестрой можно было поступить в вуз на какую-то учебную специальность.

- Можно, но мои приоритеты уже изменились. Наверное, сыграло роль более глубокое погружение в профессию. Я же наблюдала за работой врача (сама мечтала быть кардиохирургом). А за три года поняла, что мое призвание иное: быть ближе к людям.



Модернизация здравоохранения

Когда ты реально видишь, что помогаешь людям, каждодневно видишь результат. И когда тебя благодарят со слезами на глазах, говорят спасибо, - чувствуешь себя по-настоящему счастливым человеком.

- Но ведь и пациенты бывают разные. Встречаются люди с очень тяжелым характером...

- Согласна, бывают и такие. Но моя бабушка всегда говорила: «Обидеть человека просто, а наградить сложно. Поэтому, - говорила она, - прежде чем сказать кому-то грубое, резкое слово (как бы тебе этого ни хотелось), - поставь себя на его место». Вот и все. И я всегда помню, что пациенты - это люди, которые «вырваны» из привычной среды, они испытывают стресс, поэтому я смотрю на них не с чувством жалости, нет, а с чувством понимания. Я знаю, что если человек грубит, то не потому, что дурно воспитан, а этим он прикрывает свое раздражение. Это просто реакция на боль.

- А бабушка ваша кем была?

- По профессии - продавцом, но она была удивительным человеком: любила и умела работать с людьми, понимала их. Она была полячка, росла в многодетной семье, была девятым ребенком. Замуж вышла за донского казака. Их сослали в Казахстан. Бабушка рассказывала, как их привезли в товарных вагонах, выгрузили прямо в степи. И люди выстояли, выжили. Я там родилась, провела свое детство. Родителей моих уже нет в живых. Мама всю жизнь проработала на одном предприятии - на трикотажной фабрике. Начинала лаборантом в химлаборатории, а на пенсию вышла в должности начальника цеха. А папа - мастер участка на шахте. И я благодарна своим родителям, что они не «грузили» меня излишней опекой. И в выборе своей профессии у меня тоже была полная свобода.

- Когда вы поняли, что надо учиться дальше, что того образования, которое есть, недостаточно?

- Передо мной никогда не стояло вопроса: учиться - не учиться. Я училась всегда. После колледжа поступила на повышенный уровень сестринского образования,

потом - на отделение ВСО (высшее сестринское образование) в АГМУ.

- Учиться заставляет жизнь, или это нужно для личного карьерного роста?

- Кому как, но я считаю, что в любом случае и то, и другое хорошо. Лишним высшее профессиональное образование не бывает, потому что расширяет кругозор, раздвигает горизонты профессии. Разве плохо глубже узнать фармакологию или анатомию? Мне, например, по роду своих обязанностей приходится обучать коллег. Я оформлена преподавателем в Новоалтайском центре повышения квалификации. Читаю лекции главным, старшим и медицинским сестрам краевых ЛПУ. Мы регулярно проводим научно-практические конференции, и, чтобы донести материал, я должна много знать сама и быть уверена, что мои знания правильные и соответствуют действительности.

- Где научно-практические конференции, там и научная деятельность. Правда, что вы работаете над кандидатской диссертацией?

- Есть такое. В 2005 году на базе нейрохирургического отделения мы открыли экспериментальную площадку, чтобы доказать, а впоследствии и внедрить у себя сестринский процесс. Это научно обоснованный, планируемый и оцениваемый по документации индивидуальный сестринский уход. На время эксперимента мы приняли двух медицинских сестер-консультантов с повышенным уровнем образования. Сестра-консультант имеет расширенные функциональные обязанности по сравнению с обычной медицинской сестрой. Она осматривает пациента, снимает определенные показания, регистрирует их в специально разработанной карте, которая помещается на спинку кровати пациента. Во время обхода доктор, благодаря этой карте, получает полную информацию, позволяющую ему в считанные минуты оценить состояние пациента и определить, есть динамика или нет. Мы предусмотрели в этой карте параметры, по которым можно отследить на самом раннем этапе любые осложнения.

Мы выбрали две группы пациентов. Одну вели по сестринско-

му процессу, а другую - традиционным способом.

- Этот эксперимент возник по вашей инициативе?

- Да. Мысль зародилась в 2002 году во время поездки в г. Омск, где мы в составе делегации главных медсестер по инициативе Проффессиональной ассоциации средних медицинских работников знакомилась с опытом работы по этой методике в колопроктологическом отделении Омской областной больницы. Вернувшись, мы по согласованию с главным врачом больницы Виктором Ивановичем Савенко и заведующим нейрохирургическим отделением Дмитрием Андреевичем Долженко, решили попробовать освоить эту методику у себя. Эксперимент по приказу был запланирован на пять лет. Итоговый анализ показал, что метод сестринского процесса универсален, его можно применять в любом лечебном учреждении. И в нашей больнице он теперь действует в обычном рабочем режиме.

Эксперимент дал очень хорошие результаты. Были снижены послеоперационные осложнения, сокращены сроки пребывания пациентов в стационаре.

- В представлении большинства людей медсестра - это всего лишь помощник врача, то есть фигура несамостоятельная. Но, судя по тому, что приходится делать вам, это ошибочное представление. Вы - помощник, но не в том «прикладном» понимании, которое принято подразумевать на уровне «принеси - подай». Современная медсестра имеет свою программу действий и свою задачу, которую она должна выполнять. Это так?

- «Помощником врача» медсестру назвал выдающийся русский хирург Николай Иванович Пирогов. Давным-давно, когда все начиналось, роль медсестры была именно таковой. Но если рассматривать вопрос исторически, то стоит обратиться к событиям XIX века. Тогда в России, благодаря княгине Елизавете, появился первый хоспис. После смерти мужа она оставила светскую жизнь, организовала богадельню при монастыре и стала помогать страждущим. Поэтому, кто



кому помогал, пусть рассудит историю.

Хотя надо признать, что долгие годы медсестры действительно были на вторых ролях. Даже пациенты воспринимали их только помощниками врача. Но жизнь меняется, и мы меняемся вместе с ней. Сравните больницу 20-летней давности и современную. Сейчас такое оборудование, о котором в те годы и мечтать не смели. Не могли представить, что можно по снимку в компьютере рассчитать, под каким углом, в каком месте, на какую глубину должна войти игла, чтобы удалить опухоль... А сейчас - пожалуйста.

Поскольку наука идет вперед, появляется новая техника, чтобы с ней работать, мы тоже вынуждены изменяться: больше учиться, чтобы овладеть современной аппаратурой. Другими стали и наши пациенты - они предъявляют к медицинским работникам более высокие требования. Вот это все и обязывает быть более самостоятельными и квалифицированными специалистами. И для врачей сегодня медсестра - это человек, который координирует работу многих специалистов в отделении: она и за санитарочкой присмотрит, и с пациентами общается, и доктору подготовит необходимую информацию, и родственники пациентов ее не минуют. Поэтому да, сегодня это самостоятельная, очень ответственная профессия, а медицинская сестра - партнер врача.

- Как члену правления Профессиональной ассоциации, вам приходится вести большую общественную работу, которая, как известно, отнимает очень много времени и сил. Как вам удается везде успевать?

- Говорят же: кто хочет сделать - ищет возможность, кто не хочет - находит причину. Все зависит от желания человека. Самое главное, считаю, добиваться результата. Когда я вижу, что проблемы, над которыми мы бьемся, занимаясь общественной работой, все-таки решаются и люди этому искренне радуются, то и самой приятно и хочется продолжать деятельность.

- Зачем нужна Ассоциация медицинских сестер?

- Это профессиональное сообщество, объединяющее специалистов, которые занимают активную жизненную позицию и играют заметную роль в обществе. Они хотят и могут изменить что-то к лучшему в своей профессии. В Ассоциацию нередко обращаются за помощью, особенно в конфликтных ситуациях, и мы помогаем. Согласитесь, очень важно, когда коллегам есть куда прийти со своей бедой или проблемой и получить поддержку, когда есть кому помочь найти решение.

- Каждая профессия предъявляет к человеку определенные требования. Без каких качеств не может обойтись медсестра?

- На мой взгляд, самое главное в нашей профессии - любовь к людям. Если ты не умеешь любить людей, то вообще не стоит выбирать медицину. Известно: слово как лечит, так может и убивать. Люди, которые, помимо физической боли, испытывают еще и колоссальную психическую и эмоциональную нагрузку, зачастую ждут от нас доброго слова и внимания. Чтобы его погладили по плечу и тихим голосом подбодрили: «Не беспокойтесь, все будет хорошо. Мы рядом, мы вам поможем». Это иногда дает гораздо большие результаты, чем строгое исполнение предписаний. Надо быть человеком! Уметь сочувствовать и понимать чужую боль. Не переносить ее на себя, а именно понимать, поддерживать вовремя, сказать доброе слово, помочь.

У нас находилась на лечении пациентка К. До болезни это был очень активный человек. Когда случилась беда, она сильно переживала, будет ли, такая беспомощная, нужна мужу, детям, внукам, будут ли они за ней ухаживать. Люди, подобные этой пациентке, боятся стать обузой родным и близким, не хотят обременять их своей немощью, поэтому сильно страдают из-за этого. Когда с ней пытались работать специалисты, у нее не наблюдалось ожидаемого эффекта.

Во время обхода ко мне обратилась старшая сестра отделения, где лежала эта женщина, и спросила разрешения пригласить в больницу детей пациентки с внуком. Конечно, я разрешила.

Эффект превзошел все ожидания. Когда ввели в палату мальчика с шариками в руках, у нее покатились слезы, и она заулыбалась. А вскоре пошла на поправку.

- Получается, что у вас и сотрудники подбираются соответствующие?

- У нас, действительно, остаются самые верные. Только те, кто умеет любить людей.

- В наше время это, пожалуй, самое трудное, потому что зарплатой на вашу работу не заманишь.

- Держимся! У нас в коллективе живы традиции, которые заложены еще корифеями медицины края. Мы стараемся следовать им. У нас как в песне: если радость на всех одна, на всех и беда одна. Родился у кого-то ребенок, откуда ни возьмишь - гора подарков, деньги в конвертик на неотложные нужды. Участвуют все! И люди у нас дорожат коллективом. Это, думаю, дорогого стоит.

- Вы, как главная медсестра, с кем можете сравнить свою профессию, чтобы получить наиболее полное представление о той деятельности, которую выполняете?

- С мамой! У которой много детей и которая их очень любит и старается, чтобы у них было все самое лучшее и чтобы они тоже стали лучшими. Она помогает им в этом.

- Но когда вы были простой медсестрой, вы больше и чаще имели дело с пациентами. Сейчас в ваших обязанностях на первом плане - общение с подчиненными. То есть, теперь вы больше администратор. А суть профессии не пропала от этого?

- Ни в коем случае. Несмотря на то, что ежедневно с пациентами я теперь не работаю, но когда к нам приходят студенты на практику, мы идем в отделения знакомиться с работой на местах. Так вот «уход за пациентами» я должна показать реально, общаясь с больными. Студенты смотрят, слушают, а потом пытаются повторить.

Так что с пациентами я все равно работаю. Значит, база, заложенная в прежние годы, сейчас дает плоды. ☺

Ольга Николаева
Фото: Евгения Налимова





Сахарный диабет и беременность

Сахарный диабет - это хроническое прогрессирующее заболевание, характеризующееся повышенным сахаром в крови, которое ведет к развитию осложнений.



Нина Васильевна ЛЕОНОВА,
главный внештатный
эндокринолог Алтайского
края, заведующая
эндокринологическим
отделением ГУЗ «Краевая
клиническая больница»,
врач высшей категории,
кандидат медицинских
наук, Заслуженный
врач России

Различают следующие основные типы сахарного диабета:

- **типа 1** - это диабет, который подразумевает лечение инсулином с первого дня заболевания и на протяжении всей жизни, так как при нем у человека полностью отсутствует выработка гормона инсулина, отвечающего за нормализацию сахара в крови;

- **типа 2** - это совсем другой тип сахарного диабета, при котором, как правило, имеется ожирение, и лечение, в первую очередь, направлено на повышение чувствительности клетки к своему имеющемуся инсулину. При этом типе сахарного диабета своего инсулина чаще всего достаточно, а нередко бывает даже избыток. В лечении сахарного диабета 2-го типа вне беременности применяются в основном таблетированные сахароснижающие препараты.

Эти два типа диабета, как правило, предшествуют беременности, то есть диагностируются у женщины до беременности, и поэтому объединены в группу **ПРЕГЕСТАЦИОННЫЙ сахарный диабет**. Есть еще и **ГЕСТАЦИОННЫЙ сахарный диабет** - это нарушение углеводного (сахарного) обмена, впервые диагностируемое при беременности, чаще всего по результатам нагрузочного теста с глюкозой.

Не рекомендуется вынашивание беременности при сахарном диабете:

- **1-го типа с склонностью к кетоацидозу** (острое осложнение диабета, при расщеплении жиров в организме вырабатываются кетоны, которые повышают кислотность крови);

- **осложненном пролиферативной ретинопатией** (когда окклюзия капилляров приводит к возникновению обширных зон нарушения кровоснабже-

ния сетчатки), нефросклерозом с гипертонией и азотемией (повышенное содержание в крови азотистых продуктов обмена);

- **в сочетании с туберкулезом** в активной форме;

- **в сочетании с резус-отрицательной кровью;**

- **при повторной гибели детей** с пороками развития у больных сахарным диабетом.

Какое существует лечение прегестационного и гестационного сахарного диабета во время беременности? Очень важно, что специфическое лечение прегестационного сахарного диабета (как 1-го, так и 2-го типа) при беременности одинаково - это введение инсулина. **Прием сахароснижающих препаратов в ТАБЛЕТКАХ при беременности НЕДОПУСТИМ в связи с их токсическим влиянием на плод.** Отсюда вывод, что **беременность у женщины с сахарным диабетом должна планироваться.**

И если женщина со 2-м типом сахарного диабета находилась на таблетках, то перед планируемой беременностью она должна быть переведена на инсулин. Если же этот период упущен, то таблетированные сахароснижающие препараты отменяются сразу же, как только подтвержден факт наличия беременности.

И гестационный, и прегестационный сахарный диабет требует соблюдения диеты. Напоминаем, что слово «диета» произошло от греческого «diet», что означает «образ жизни». В настоящее время, к сожалению, смысл диеты сведен к ограничению употребления отдельных видов продуктов. Поэтому диета при сахарном диабете подразумевает исключение



Инна Александровна ВЕЙЦМАН,
кандидат медицинских
наук, врач-эндокринолог
высшей категории,
ГУЗ «Краевая
клиническая больница»



Школа ответственного родительства

сахара, продуктов на сахаре, фруктовых соков, винограда, манной и рисовой каш.

Кроме того, **необходим подсчет так называемых «хлебных (или углеводистых) единиц» (ХЕ)**. 1ХЕ содержит 10-12г углеводов. Количество ХЕ в сутки индивидуально (но при беременности - не менее 15-16 в сутки) и зависит от вашего веса и физической нагрузки. Точное для вас количество ХЕ определяет ваш врач-эндокринолог.

Каково влияние избыточного сахара в крови у беременной женщины на плод? Безусловно, беременность - это тандем мамы и малыша. И имеющийся сахарный диабет негативно влияет не только на маму, но и на малыша.

Всем хорошо известно, что от почвы, в которую ляжет зерно, зависит если не все, то очень многое. Поэтому, *если будущая мама перед беременностью и в ранние ее сроки была не компенсирована* (то есть имела высокий сахар крови), *то гипоксическое* (кислород-дефицитное) состояние *влияет на ткани желточного мешка, формируя пороки развития плода*. Именно они являются самой частой причиной гибели новорожденных, матери которых больны сахарным диабетом. Чаше поражаются ЦНС, сердце, кости, желудочно-кишечный тракт и мочевые пути. В III триместре беременности возможно развитие задержки внутриутробного роста, макросомии и гибели плода.

У малыша часто развивается диабетическая фетопатия, которая характеризуется: увеличением размеров плода, не соответствующих сроку беременности (макросомия); диспропор-

цией размеров плода (увеличение размеров окружности туловища плода в сравнении с размерами головки); отечностью тканей и подкожной жировой клетчатки; многоводием; увеличением печени и селезенки. При макросомии затрудняется прохождение массивного плечевого пояса плода по родовым путям, что может привести к родовой травме и даже гибели плода.

Кроме того, во время беременности работает **закон «от органа к органу»**: если у матери неполноценно работают какой-либо орган или система, малыш уже внутриутробно старается помочь матери - его растущие и вступающие в работу органы работают сразу с повышенной нагрузкой. В результате - раннее истощение органа и омоложение заболевания у ребенка в будущем. Что касается сахарного диабета: поджелудочная железа плода начинает работать в 28 недель беременности.

Лучшим средством профилактики осложнений беременности при сахарном диабете является компенсация сахарного диабета до и во время беременности.

Потребность в инсулине различна в разные периоды беременности. Так, первый триместр характеризуется склонностью к гипогликемическим состояниям. Повышение потребности в инсулине происходит с 22-24 недель беременности, а снижение потребности в инсулине - после родов, с возвращением к исходной через 1-2 недели после родов.

Коррекцию дозы проводят, как правило, в стационаре. **За весь период беременности предусмотрены три плановые госпитализации в эндокринологическое отделение женщины с сахарным диабетом и беременностью**: при выявлении беременности на ранних сроках, в 20-24 недели и 30-32 недели.

Тактику родоразрешения беременной с сахарным диабетом определяет акушер-гинеколог. **Оптимальный срок для этого - 37-38 недель**, а метод - программирование родов через естественные родовые пути с тщательным контролем гликемии во время и после родов.

Есть и показания к кесареву сечению. Это - общепринятые в аку-

При прегестационном сахарном диабете возрастает опасность возникновения:

- ◆ спонтанных абортов;
- ◆ врожденных пороков развития у плода;
- ◆ прогрессирования сосудистых осложнений сахарного диабета у беременной;
- ◆ диабетического кетоацидоза;
- ◆ тяжелых гипогликемий;
- ◆ диабетических фетопатий;
- ◆ гестоза второй половины беременности;
- ◆ инфекции мочеполовых путей;
- ◆ многоводия;
- ◆ родоразрешения путем операции кесаревого сечения;
- ◆ преждевременных родов.

Целевые значения гликемии при сахарном диабете во время беременности:

Натощак - 3,3-5,2 ммоль/л

Через 1 час - менее 7,8 ммоль/л

Через 2 часа - менее 6,7 ммоль/л

Перед едой - менее 5,8 ммоль/л

Перед сном - около 5,0 ммоль/л

Ночью - около 5,0 ммоль/л

Кетоновые тела - отсутствуют

Гликированный гемоглобин - менее 6,4%



Школа ответственного родительства

шерстве, наличие выраженных или прогрессирующих осложнений диабета и беременности, тазовое предлежание плода, крупный плод (более 4500г).

Сахарный диабет - это грозное заболевание, и, естественно, будущую маму волнует вопрос: «А каков риск развития сахарного диабета у ребенка?». **Если у вас сахарный диабет 2-го типа, то в 30% случаев ваш ребенок может унаследовать предрасположенность.** Но фактически это заболевание у взрослых возникает при наличии избыточной массы тела. И если человек будет иметь нормальный вес, то сахарный диабет 2-го типа не разовьется даже при наличии предрасположенности.

Если у обоих родителей сахарный диабет 1-го типа, то риск возникновения его у ребенка состав-



ляет 25-40%, а если сахарным диабетом 1-го типа болен только отец, вероятность составляет 4-5%, если только мать - 2%.

И в заключении... Быть матерью, продолжать род - это заложенный природой инстинкт женщины. Но при сахарном диабете - это достаточно трудный путь длиной в 9 месяцев. Решаясь на такой шаг, вы обязательно предварительно должны взвесить все возможные риски как для себя, так и для будущего малыша. Если вы действительно готовы и сознательно подходите к рождению малыша, то беременность должны спланировать, подойти к ней с хорошим уровнем сахара и поддерживать на таком уровне все 9 месяцев беременности. Тогда и вы будете довольны результатом, и ваш малыш родится здоровым и гордым за свою маму! ☺

Таблица хлебных единиц

Молоко и жидкие молочные продукты - 1ХЕ

Молоко - 1 стакан (200мл)

Кефир - 1 стакан (200мл)

Сливки - 1 стакан (200мл)

Хлеб и хлебобулочные изделия - 1ХЕ

Белый хлеб - 1 кусок (20г)

Черный хлеб - 1 кусок (25г)

Крекеры (сухое печенье) - 15г

Сухари - 15г

Панировочные сухари - 1ст.л. (15г)

Макаронные изделия - 1ХЕ

Вермишель, лапша, рожки, макароны* - 1-2ст.л. в зависимости от формы изделия (15г)

* - *имеется в виду несваренные.* В вареном виде 1ХЕ содержится в 2-4ст.л. продукта в зависимости от формы изделий (50г)

Крупы, мука - 1ХЕ

Гречневая* - 1ст.л. (15г)

Кукурузные хлопья - 2ст.л. (15г)

Манная* - 1ст.л. (15г)

Мука (любая) - 1ст.л. (15г)

Овсяная* - 1ст.л. (15г)

Овсяные хлопья - 1ст.л. (15г)

Перловая* - 1ст.л. (15г)

Пшено - 1ст.л. (15г)

Рис - 1ст.л. (15г)

* *имеется в виду 1ст.л. сырой крупы.* В вареном виде (каша) 1ХЕ содержится в 2ст.л. продукта (50г). То есть 2ст.л. с горкой любой каши = 1ХЕ.

Картофель - 1ХЕ

1 штука величиной с крупное куриное яйцо - 65г

Картофельное пюре - 2ст.л. (75г)

Жареный картофель - 2ст.л. (35г)

Сухой картофель (чипсы) - 25г

Фрукты и ягоды (с косточкой и кожурой) - 1ХЕ

Абрикосы (2-3 штуки) - 110г

Айва (1 крупная) - 140г

Ананас (1 кусок (поперечный срез)) - 140г

Арбуз (1 кусок) - 270г

Апельсин (1 средний) - 150г

Банан (2 средних) - 70г

Брусника (7ст.л.) - 140г

Виноград (12 штук) - 70г

Вишня (15 штук) - 90г

Гранат (1 большой) - 170г

Грейпфрут (2 крупные) - 170г

Груша (1 средняя) - 90г

Дыня (1 кусок) - 100г

Ежевика (8ст.л.) - 140г

Инжир (1 штука) - 80г

Киви (1 крупное) - 110г

Клубника (10 средних штук) - 160г

Крыжовник (6ст.л.) - 120г

Малина (8ст.л.) - 150г

Манго (1 небольшая штука) - 110г

Мандарины (2-3 средние штуки) - 150г

Персик (1 крупный) - 120г

Сливы (4 средние штуки) - 90г

Смородина (7ст.л.) - 140г

Хурма (1 средняя штука) - 70г

Черника (7ст.л.) - 140г

Яблоко (1 среднее) - 90г

6-8ст.л. таких ягод, как малина, смородина и т.д., в среднем соответствует 1 чайной чашке (150мл) этих ягод.

Около 100мл сока (без добавления сахара, 100% натуральный сок) содержит примерно 10г углеводов = 1ХЕ.

Другие продукты - 1ХЕ

Квас - 1ст. (250мл)

Пиво - 1ст. (250мл)

Мороженое - 50-65г

Сахар-песок - 1ст.л. (10г)

Сахар кусковой - 2 куса (10г)

Учтите, что такие продукты как блины, оладьи, пирожки, сырники, пельмени, вареники, котлеты, также содержат ХЕ. Но их количество зависит от рецепта и размера.



Что такое поллиноз?



Владимир Федорович АРСЕНЬЕВ,
главный аллерголог-иммунолог города Рубцовска

Пыльца растений обладает выраженной аллергенной активностью, и контакт с ней может вызвать у высокочувствительных людей развитие сезонных заболеваний. Называют их поллинозами.

Заболевание поллиноз (от латинского слова «поллин» - «пыльца») издавна известно врачам. Еще великий целитель древности римлянин Гален заметил, что у некоторых людей определенные цветы вызывают признаки чихания. В начале прошлого века в Англии в медицинскую практику был введен термин «сенная лихорадка», указывающий на связь заболевания с травами. Это и есть **поллиноз - аллергия к пыльце растений**. Эта болезнь очень распространенная, она одинаково часто встречается у мужчин и женщин, но дети болеют реже взрослых.

Проявления поллиноза очень разнообразны. **К его симптомам относят:**

- ◆ обильные водянистые выделения из носа,
- ◆ приступы многократного чихания,
- ◆ зуд крыльев носа,
- ◆ слезотечение,
- ◆ покраснение белков глаз, то есть воспаление конъюнктивы глаз, но без гнойных выделений,
- ◆ при вовлечении в процесс придаточных пазух возникают нередко головные боли, порой сильные,
- ◆ у детей иногда появляются симптомы отита - шум и боли в ушах.

Иногда поллиноз сказывается и на нервной системе. Тогда больных мучает бессонница или, наоборот, сонливость. **Быстрая утомляемость сопровождается головной болью, головокружением.** Человек становится раздражительным, ему трудно жить и работать.

При попадании пыльцы в легкие у 20% больных регистрируются **приступы удушья, бронхиальной астмы.**

Необходимо отметить, что все разнообразные клинические проявления поллиноза характеризуются **четкой сезонностью, совпадающей с цветением тех или иных растений.** Отцвели растения, и человек чувствует себя вполне здоровым. Конечно, период появления пыльцы может начинаться каждый год раньше или позже, в зависимости от погодных условий, но примерно с двухнедельной точностью.

Наследственная предрасположенность и неблагоприятная экологическая обстановка значительно усугубляют тяжесть заболевания.

В качестве ориентира приведем календарь цветения в Западной Сибири:

- ◆ *ольха*: середина марта - апрель;
- ◆ *ива*: середина апреля - май;
- ◆ *береза, сосна, тополь*: конец апреля - май;
- ◆ *одуванчик*: конец апреля - конец августа;
- ◆ *ежа, мятлик, клен*: конец мая - конец июля;
- ◆ *сосновые*: конец мая - конец июня;
- ◆ *тимофеевка, овсяница, пырей*: конец июня - конец июля;
- ◆ *лебеда, подсолнечник*: конец июня - конец августа;
- ◆ *полынь*: конец июня - конец сентября;
- ◆ *кукуруза*: конец июля - август;
- ◆ *злаковые*: начало июня - середина августа.

Все страдающие поллинозом непременно должны подготовиться к тяжелому для них сезону. Прежде всего, следует обратиться в аллергологический кабинет. Врач аллерголог-иммунолог с помощью специальных методов исследования поможет выяснить, что является аллергеном или аллергенами в каждом конкретном случае, проведет курс лечебных инъекций.

Такой метод лечения называется **«аллерген-специфическая иммунотерапия».** Он дает от 80 до 95% хороших и отличных результатов. Так как осенью и зимой, когда ваш летучий «враг» наверняка отсутствует в природе, можно подготовить организм к встрече с ним.

Предупреждение поллиноза - не простой вопрос. Больному на период цветения тех растений, к которым у него имеется аллергия, если есть возможность, желательно уехать в отпуск. Человек лучше почувствует себя в условиях высокогорья, на морском побережье с преобладанием ветров с моря, в санатории, использующем спелеотерапию (лечение в солевых пещерах). Иногда достаточно сменить климатический пояс. Не советуем при обострении болезни проводить время на даче.

А если нет возможности уехать? **Полезно носить защищающие глаза очки,** регулярно их промывая, занавешивать окна марлей, смоченной водой. **Для увлажнения воздуха** поставьте в комнате тазы с водой. **Старайтесь гулять на улице после дождя,** когда пыльца прибита к земле, а не летает в воздухе. После каждого входа в дом



с улицы **промывайте нос теплой водой** для удаления пыли. С этой же целью **ежедневно принимайте душ** и мойте голову.

Конечно, старайтесь как можно реже выходить на улицу, не гулять в парке или в лесу, где концентрация пылицы во много раз выше. Вернувшись домой, уберите свою одежду в шкаф, а обувь протирайте влажной тряпочкой, чтобы как можно меньше пыли попадало в вашу квартиру. Обратите особое внимание и на такой, казалось бы, пустяк: в это «цветущее» время **не используйте косметику, кремы, шампуни, лосьоны, дезодоранты, жидкое мыло, гели для душа с экстрактами трав и деревьев.**

К сожалению, когда речь идет о поллинозах, **от фитотерапии лучше отказаться.** Описаны очень тяжелые реакции на полынный чай, настой череды, ромашки, ромашковые клизмы, на промывание глаз отваром ромашки. **Опасность может представлять и всеми любимый мед,** так как в него попадает большое количество пылицы. Например, при аллергии к пылице полыни вам категорически противопоказаны настойка календулы, настои и отвары ромашки, девясила, тысячелистника, мать-и-мачехи, череды.

Существует еще и так называемая **грибковая аллергия.** В середине лета и в конце августа некоторые виды микроскопических грибов выбрасывают споры: болезненные проявления, вызываемые их «десантом», очень напоминают поллиноз, но лечение иное.

Если в семье кто-то страдает поллинозом, никогда не купайте малышей в столь любимом родителями отваре ромашки или череды. Ученые установили: аллергия на пылицу - заболевание наследственное. Выявлены даже гены, передающие потомкам восприимчивость к тем или иным аллергенам. *Наследуются они чаще по материнской линии, реже - по отцовской.* Доказано даже, что малыши, родившийся в период цветения злаковых трав или деревьев, рискует заработать поллиноз быстрее и в более тяжелой форме, чем те, кто родился осенью.

Болезнь не обязательно проявится в детстве - она может дать



о себе знать в зрелом возрасте. Это связано с тем, что количество антител к пылице достигнет критической массы.

Для больных с поллинозом характерна еще и **перекрестная пылевая аллергия.** Например: *при аллергии к пылице орешника, березы* наблюдается реакция в виде крапивницы и ангионевротических отеков при употреблении в пищу лесных орехов, березового сока, некоторых фруктов (яблок, слив и других). Страдающие *аллергией на пылицу подсолнечника* должны исключить из своего рациона семена подсолнечника, подсолнечное масло, халву. Противопоказаны им отвары ромашки, девясила, настойки календулы. У некоторых больных *поллинозом с аллергией к пылице злаковых* бывают аллергические реакции при употреблении белого и черного хлеба, рисовой, овсяной, пшеничной каш.

У таких больных заболевание теряет четкую сезонность, часто отмечаются круглогодичные симптомы бронхиальной астмы, аллергического насморка, крапивницы и другие проявления аллергии. **Зная особенность своего организма, вы должны избегать продуктов, которые могут неблагоприятно сказываться на вашем самочувствии.** На пылицу родственных растений могут быть и перекрестные общие аллергические реакции. К примеру, *больной с аллергией к пылице тимофеевки* может реаги-

ровать и на ежу, ольху и орешник, на березу и т.д.

В «цветущую» и опасную для вас пору откажитесь от яблок, моркови, груш, персиков, орехов, особенно фундука, манго, киви, ананасов, а также соков из них, сельдерея, меда, горчицы. **Не употребляйте** в пищу гречку, манку, рис, овсяную кашу. **Не пейте** квас, пиво, пепси-колу, свежее коровье молоко, водку, вермут из-за содержащейся в нем полыни. Отдайте предпочтение заводским молочным продуктам, неострым сортам сыра, йогуртам, простокваше, кефиру, ряженке, а также нежирному мясу, картофелю.

В заключение хочу предупредить: если у кого-то из читателей наблюдаются вышеперечисленные симптомы, не стоит откладывать визит к врачу-аллергологу-иммунологу. С каждым годом число растений, вызывающих аллергию, обычно увеличивается, что удлиняет сроки проявления болезни. **Неприятный сам по себе аллергический насморк при поллинозе может перейти в бронхиальную астму, другие тяжелые заболевания.** Все эти болезни одной природы. И чем быстрее начато лечение, тем оно, как правило, успешнее.

Не увлекайтесь самолечением! Не забывайте: поллинозы часто соседствуют с аллергией на антибиотики. Поэтому обязательно нужна консультация врача-аллерголога-иммунолога. ☺



Итоги международного проекта в области фтизиатрии

15-16 апреля 2011 года в г. Санкт-Петербурге состоялась международная сестринская конференция по итогам международного проекта в области фтизиатрии, проходившего в России с 2007г. по 2011г. при организации Российской ассоциации медицинских сестер и финансовой поддержке компании Эли Лилли.

В конференции приняли участие более 150 человек из различных регионов России, представителей других стран, директора проекта **Дженни Уильямс**, ведущих специалистов фтизиатрических клиник и образовательных учреждений.

В конференции приняла участие делегация АРОО «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников» в лице главной медицинской сестры КГУЗ «Алтайский краевой противотуберкулезный диспансер» **Н.В. ГРИШКОВОЙ**, старшей медсестры легочно-туберкулезного отделения №1 этого же учреждения **Т.А. СУРАЗАКОВОЙ**.

В реализации проекта были проведены учебные семинары в гг. Санкт-Петербурге, Ставрополе, Ульяновске, Кемерове, Чите, Москве, Сыктывкаре, Нижнем Новгороде. Алтайская профессиональная ассоциация принимала участие в работе семинара, проходившего в г. Кемерове, где были подготовлены четыре специалиста.

Обучение сестринского персонала фтизиатрической службы проходило по каскадному методу на основе методических материалов, разработанных экспертами Международного совета медицинских сестер.

Все участники семинаров выполняли обязательство по распространению знаний и проводили обучение специалистов на рабочих местах. *Активные специалисты из числа 263 участников российских*

семинаров обучили порядка 4636 человек. В нашем регионе были обучены 620 специалистов фтизиатрической службы и лечебной сети.

С приветственным словом перед делегатами выступили президент РАМС **В.А. САРКИСОВА**, руководитель проекта Дженни Уильямс.

Ситуацию по туберкулезу, политику в области фтизиатрии по России в целом озвучил главный фтизиатр МЗ РФ **Петр Казимирович ЯБЛОНСКИЙ**.

Очень большой интерес вызвало выступление директора отдела борьбы с ТБ в США **Пола Йенсена**. В его докладе была затронута глобальная проблема инфекционной безопасности, как фтизиатрических учреждений, так и учреждений общей лечебной сети.



Т.А. Суразакова, В.А. Саркисова,
Н.В. Гришкова

Наталья Васильевна ГРИШКОВА,
главная медицинская сестра, специалист высшей квалификационной категории, КГУЗ «Алтайский краевой противотуберкулезный диспансер»

Все участники семинаров выполняли обязательство по распространению знаний и проводили обучение специалистов на рабочих местах. Активные специалисты из числа 263 участников российских семинаров обучили порядка 4636 человек. В нашем регионе были обучены 620 специалистов фтизиатрической службы и лечебной сети.





С энтузиазмом было принято предложение о создании специализированной секции, цель которой состоит в содействии развитию профессионализма сестринского персонала в рамках фтизиатрической специальности, повышении оказания сестринской помощи населению, продвижении новаторских идей, повышении профессионального престижа и статуса сестринского персонала.

Зная, в каком состоянии находится вся фтизиатрическая служба России, проблемы финансирования, было озвучено, что в отсутствие адекватных условий в туберкулезных стационарах, никакие знания, навыки и профессионализм сестринского персонала не станут гарантией инфекционной безопасности. Было отмечено, что **основной груз ответственности по профилактике, уходу и лечению ТБ несут медицинские сестры.** Тем не менее должного признания медицинские сестры в России не получают.

В ходе конференции было много выступлений специалистов фтизиатрических учреждений из многих регионов России по вопросам организации контролируемого лечения пациентов с ТБ и ВИЧ-инфицированных по профилактике ТБ.

С большим вниманием и интересом было воспринято выступление начальника отдела по научно-техническому развитию обучения СПб ЦПО ФМБА России (Санкт-Петербургский медицинский центр по повышению квалификации средних медицинских работников) **Валерия Валерьевича САМОЙЛЕНКО** по этическим вопросам сестринской практики.

В.В. Самойленко является одним из составителей пересмотренного и дополненного Этического кодекса медицинской сестры России. Как и прежде, **высшей ценностью сестринской работы обозначены служение людям, верность принципам милосердия и наивысший приоритет интересов пациента.**

С бурными обсуждениями прошла работа секций, отражающих очень важные разделы работы. Это - секция по вопросам обучения в области ухода и лечения во фтизиатрии, секция по вопросам инфекционной безопасности, секция по вопросам производственной среды.

В ходе дискуссии поднимались вопросы охраны труда, вопросы материально-технического обеспечения, инфекционной безопасности при работе с ВИЧ-инфицированными пациентами, вопросы доплаты за профессионализм медсестер и организации условий труда.

За время реализации проекта ежегодно **проводились конкурсы профессиональных достижений медицинских сестер фтизиатрической службы.** В 2009 году старшая медицинская сестра КГУЗ «Алтайский краевой противотуберкулезный диспансер» Т.А. Суразакова заняла II место в этом конкурсе.

Благодаря участию в международном конкурсе медсестры фтизиатрической службы продемонстрировали высочайшие достижения в вопросах профилактики и лечения ТБ/МЛУ - ТБ.

В заключительной части конференции прошло награждение победителей конкурса.

С энтузиазмом было принято **предложение о создании специализированной секции, цель которой состоит в содействии развитию профессионализма сестринского персонала в рамках фтизиатрической специальности,** повышению оказания сестринской помощи населению, продвижению новаторских идей, повышению профессионального престижа и статуса сестринского персонала.

Медицинские сестры играют важную роль в контроле за распространением ТБ. Чтобы успешно выполнить свою роль, медсестра должна понимать суть заболевания, распознавать признаки и симптомы ТБ, помогать больным соблюдать режим лечения и здоровый образ жизни.

В то же время **медсестры тоже нуждаются в защите,** поэтому для того, чтобы они могли оказывать качественный уход, необходимы программы защиты персонала. В ТБ-контроле участвуют все работники здравоохранения - ответственные за выработку политики на мировом и государственном уровнях, региональные и районные координаторы ТБ-контроля, медсестры тубслужб и медсестры первичного звена.

Медсестра общей практики - первый барьер на пути ТБ везде в мире, и эту ее важную роль нужно признать и подкрепить. В связи с этим было принято единогласное решение о продлении проекта по обучению в области фтизиатрии. ☺



В чем опасность отслойки сетчатки глаза

Отслойка сетчатки глаза - это тяжелейшее заболевание органа зрения. В настоящее время оно занимает одно из главных мест среди причин инвалидности и слепоты, причем 70% страдающих этой патологией составляют лица работоспособного возраста.

Отслойка сетчатки глаза - это процесс отделения сетчатой оболочки глаза от сосудистой оболочки. В здоровом глазу они тесно соприкасаются. *Причинами отслойки чаще являются как различные травмы и близорукость, так и диабетическая ретинопатия, внутриглазные опухоли, дистрофии сетчатой оболочки.*

Нередко наш глаз сравнивают с фотоаппаратом, в котором роль объектива выполняют роговица и хрусталик: они пропускают и преломляют лучи света, попадающие в глаза. Роль светочувствительной пленки отведена сетчатой оболочке: именно на ней отображается все то, что мы видим.

Сетчатка глаза представляет собой тонкую, нежную оболочку, похожую на легкую вуаль. Она состоит из множества нервных клеток и их отростков. Колбочки и палочки - это те клетки, которые воспринимают свет. Палочек в сетчатке человека насчитывается 170 миллионов, а колбочек - 8 миллионов. Под действием света в этих клетках зрительный пигмент распадается, и образуются особые вещества - раздражители. Они вызывают своего рода электрический разряд, который, как по электрическим проводам, передается по нервным клеткам сетчатки, а затем - по зрительному нерву в мозг. В коре головного мозга (точнее - в его затылочной части) электрический сигнал превращается в зрительный образ.

Палочки и колбочки распределены в сетчатке неравномерно. Так,

колбочки сконцентрированы в центре сетчатки - в том месте, куда попадают лучи от рассматриваемых нами предметов. **Они обеспечивают человеку высокую остроту зрения, восприятие всех цветов и их оттенков. Палочки же обеспечивают сумеречное и боковое зрение,** то есть позволяют видеть в сумерках и ориентироваться в пространстве.

Почему же тогда сетчатка, которая правильно размещена в глазном яблоке, все же сдвигается со своего места, отслаивается и при этом перестает функционировать?

Разрывы сетчатой оболочки глаза выделяют как основную причину этого недуга. Сетчатка не сдвигается со своего места. Если сетчатка герметична (то есть сохраняет свою целостность), то в ней нет разрыва. Если же разрыв образовался, то через него жидкость из стекловидного тела проникает под сетчатку и отслаивает ее от сосудистой оболочки.

Основная причина формирования разрыва сетчатки - **тракции** (вытяжение) **стекловидного тела**, при изменении его нормального состояния. Этот процесс происходит таким образом: в норме стекловидное тело напоминает прозрачное желе, при некоторых же заболеваниях оно изменяется - становится мутным с плотными тяжами, то есть уплотненными волокнами, которые связаны с сетчаткой. При движении глаза тяжи тянут сетчатку за собой, что и может привести к ее разрыву.

Также разрыв сетчатки может



Ксения Анатольевна ПАНКРАТОВА,
постовая медсестра
отделения микрохирургии
глаза, МУЗ «Городская
больница №8», г.Барнаул,
член ПАСМР с 2005 года

Нередко наш глаз сравнивают с фотоаппаратом, в котором роль объектива выполняют роговица и хрусталик: они пропускают и преломляют лучи света, попадающие в глаза. Роль светочувствительной пленки отведена сетчатой оболочке: именно на ней отображается все то, что мы видим.



Советы медицинской сестры

возникать при ее дистрофии (истончении). Большие разрывы часто возникают при травмах глаза.

Каковы симптомы при разрывах сетчатки? Это:

◆ *появление пелены перед глазом*. Пациенты безуспешно пытаются самостоятельно устранить ее, промывая глаза чаем или закапывая капли. В этом случае важно ЗАПОМНИТЬ и сказать врачу, с какой стороны первоначально появилась пелена, так как со временем она может увеличиться и занять все поле зрения;

◆ *вспышки в виде искр и молний* также являются характерной чертой происходящего отслоения сетчатки;

◆ *искажение рассматриваемых букв, предметов, вытеснение из поля зрения отдельных участков* указывают на то, что отслоение захватило центр сетчатки. Иногда отмечают, что после сна зрение несколько улучшается, это объясняется тем, что при горизонтальном положении тела сетчатка возвращается на свое место, а когда человек встает, то она вновь отходит от сосудистой оболочки, и дефекты зрения возобновляются. Больные могут жаловаться на появление двоения, связанного с понижением остроты зрения и появлением скрытого косоглазия.

Нередко отслоение сетчатки сопровождается появлением гемофтальма (кровоизлияния в стекловидное тело), **иридоциклита** (воспаления радужной оболочки и цилиарного тела глаза) **с вялым течением, гипотонии** (пониженного тонуса сосудов или мышц). Возникновение отслойки сетчатки на фоне выраженной катаракты также затрудняет диагностику.

При разрывах сетчатки используются следующие методы диагностики:

◆ проверка остроты зрения, которая покажет состояние центральной области сетчатки;

◆ исследование бокового зрения (периметрия) для оценки состояния сетчатки на ее периферии;

◆ измерение внутриглазного давления (тонометрия): при отслойке может быть ниже нормы (норма составляет 16-25 мм рт.ст.);

◆ специальное электрофизиологическое исследование позволит определить жизнеспособность нервных клеток сетчатки и зрительного нерва;

◆ осмотр глазного дна помогает определить точные места разрывов сетчатки и их количество, выявить истонченные участки, которые могут привести к возникновению новых очагов болезни.



Цель хирургического лечения при отслойке сетчатки состоит в обнаружении разрыва и его блокировании, для этого накладывается пломба и вокруг разрыва вызывается воспаление (воздействие холодом - криопексия - или лазером), что приводит к дальнейшему рубцеванию в области разрыва сетчатки.

В период подготовки к операции пациенту необходимо сдать общий анализ крови, общий анализ мочи, снять ЭКГ, провести осмотры у стоматолога, отоларинголога и терапевта.

После операции пациенту делают бинокулярную повязку. Для каждого пациента подбирается индивидуальное положение тела: лежать лицом вниз или лицом вверх без подушки. Первые 1-3 дня необходимо соблюдать постельный режим.

В послеоперационный период большее значение имеет уход за пациентами: жесткая поверхность кровати, внимание и бережное отношение к больным. Также необходимо организовать кормление, оказать помощь во время приема пищи, стремиться поддерживать комфортные безопасные условия при кормлении. Палата, в которой находится пациент, должна быть затемненной, защищенной от шума. Влажную уборку в ней нужно проводить 2 раза в день, регулярно проветривать, избегая сквозняков, поддерживая температуру в палате +18-22 градуса. Наблюдая за состоянием видимых слизистых оболочек и кожных покровов, необходимо регулярно обтирать пациента при помощи влажного полотенца, смоченного в слабом мыльном растворе, с дальнейшим протиранием насухо. Нужно иметь подкладное судно и чайник для подмывания. Необходимо уделять внимание туалету полости рта. Оперированный глаз обрабатывают стерильными ватными шариками, смоченными в 0,9%-ном растворе натрия хлорида, после обработки глаза меняют повязку. На 4-5 день разрешается полусидячее положение тела. Закапывание капель и постановка инъекций производятся строго по назначению врача.

Помните: если запустить болезнь, может возникнуть опасность хронического воспаления, развитие катаракты и глаз вообще может потерять способность видеть. ☹

КОНТАКТНЫЙ ТЕЛЕФОН



Алтайской региональной
Профессиональной ассоциации
средних медицинских
работников: (8-3852) 34-80-04
E-mail: pasmr@mail.ru
сайт: www.pasmr.ru



«Круги ада»



Юлия Сергеевна ШАТОХИНА,

гештальт-терапевт,
психолог отделения
консультативной помощи
и реабилитации, КГУСО
«Краевой кризисный
центр для женщин»

В предыдущих своих статьях по теме домашнего насилия я писала о психологических особенностях личностей, участвовавших в домашнем насилии. В этой статье хочется уделить внимание процессу.

Практически все исследователи, работающие с проблемой домашнего насилия, отмечают, что **существует цикл насилия: некий замкнутый круг сменяющих друг друга ситуаций, разорвать который для многих женщин довольно трудно.**

Впервые данная теория появилась в книге «Избиваемая женщина» американской исследовательницы и видного специалиста по проблеме семейного насилия Линор Уокер. Ее теория была подтверждена и в рамках работы российских кризисных центров.

Эта теория заключается в том, что в целом ситуация домашнего насилия развивается циклично, складываясь из трех следующих друг за другом фаз.

Фаза первая: напряжение. Она характеризуется *отдельными вспышками оскорблений, которые могут быть вербальными и/или эмоциональными.* При этом они несколько отличаются по интенсивности от привычных и ожидаемых от партнера.

Женщины обычно могут реагировать спокойно, стараясь разрядить обстановку или пытаться оправдать поведение обидчика, ища объяснение его срывам в стрессах из-за работы, денег и т.д.

Продолжительность по времени этой фазы роста напряжения широко варьируется для различных отношений. Для одних промежуток между фактическими случаями насилия могут быть дни и недели, а для других - годы. Однако с ростом напряжения способности женщины к регулированию ситуации, к балансировке и конформизму могут становиться все менее эффективными.

Фаза вторая: инцидент острого насилия. Она отличается *наиболее интенсивной разрядкой, основными разрушениями и крайними эмоциональными выплесками в их самой негативной форме, а также осознанием того, что эти ситуации не могут быть спрогнозированы или контролируемыми.* Припадки гнева настолько сильны и деструктивны, что обидчик уже не может отрицать их существование, а женщина не может не признать, что они оказывают на нее сильное влияние. Это самая короткая

фаза, которая может продолжаться от двух до двадцати четырех часов. После этого обычно наступают некоторое отрезвление со стороны обидчика и отрицание им серьезности инцидента или же минимизация всего случившегося.

Фаза третья: «медовый месяц». Следующий за второй фазой «медовый месяц» может показаться счастливым финалом затянувшейся семейной драмы. Во время этой фазы *мужчина может преобразиться и стать очень любящим, демонстрировать необыкновенную доброту и раскаяние в содеянном.* Он может выглядеть великолепным отцом и мужем, предлагать любую помощь и *обещать никогда больше не совершать насилия* или, наоборот, обвинить женщину в том, что это она спровоцировала насилие, «довела его...». Но это больше никогда не повторится - он обещает ей это! *В этот период женщина может ощущать себя очень счастливой:* она любит этого человека, верит в то, что он может измениться.

Но механизмы насилия продолжают работать. Мужчина все-таки одержал «победу» над женщиной, и теперь он хочет закрепить свой «успех», захлопнуть ловушку и удержать женщину в этих отношениях. Вполне вероятно, что в это же самое время *мужчина может продолжать применять другие формы насилия,* такие, как экономический контроль, эмоциональные оскорбления для того, чтобы поддерживать свое чувство контроля даже во время этой фазы.

Необходимо помнить о том, что, однажды случившись, насилие, скорее всего, будет продолжаться с постепенным усилением - напряжение в семье будет вновь возрастать, и учащающиеся срывы будут свидетельствовать о наступлении уже хорошо знакомой первой фазы насилия. Все повторяется опять.

Насильник может внушать вам, что это именно вы стали причиной его агрессивного поведения. Это ложь. Вы никогда не несете ответственность за поведение другого человека. Это никогда не является вашей виной. Наоборот: это преступление, совершаемое против вас. ☹





Пренатальная диагностика - что это?

Серьезные мысли о здоровье будущего малыша часто приходят только во время беременности, когда изменить что-либо бывает поздно. По данным медицинской статистики, у совершенно здоровых молодых людей риск родить неполноценного ребенка составляет 5 процентов.

Если семья не попадает в эти проценты, то это, конечно, немного. А если же попадает?..

Пренатальная (или - дородовая) диагностика - одно из самых молодых и быстро развивающихся направлений современной репродуктивной медицины. Оно представляет собой процесс обнаружения или исключения различных заболеваний у находящегося в матке плода. Пренатальная диагностика и базирующееся на ее результатах медико-генетическое консультирование отвечают на жизненно важные для каждого будущего родителя вопросы, такие, как:

- ◆ болен еще не рожденный малыш или нет?
- ◆ как может повлиять обнаруженная болезнь на качество жизни будущего ребенка?
- ◆ возможно ли эффективное лечение болезни после рождения малыша?
- ◆ нет ли у ребенка наследственных заболеваний?
- ◆ правильно ли он развивается?
- ◆ хорошо ли ему там?
- ◆ и вообще - это он или она?

Эти ответы позволяют семье осознанно и своевременно решить вопрос о дальнейшей судьбе беременности - и тем самым смягчить психическую травму, вызываемую рождением малыша с неизлечимой инвалидизирующей патологией.

Современная пренатальная диагностика использует самые различные технологии. Все они обла- дают разными возможностями и сте-

пенью надежности. Некоторые из этих технологий - ультразвуковой скрининг (динамическое наблюдение) развития плода и скрининг сы-вороточных факторов материнской крови - считаются **неинвазивными или малоинвазивными**, то есть не предусматривают хирургического вторжения в полость матки. Практически безопасные для плода, эти диагностические процедуры рекомендуются всем без исключения будущим мамам.

Другие же технологии (биопсия хориона или амниоцентез, например) являются **инвазивными** - то есть предполагают хирургическое вторжение в полость матки с целью взятия плодного материала для последующего лабораторного исследования. Понятно, что инвазивные процедуры небезопасны для плода и потому практикуются только в особых случаях.

Главная цель пренатального скрининга - обнаружить женщин с высоким риском хромосомных болезней у будущего ребенка. Эта серьезная задача требует совместной работы мамы и целого коллектива врачей. Что же нужно делать женщине, если она хочет как можно точнее выяснить, все ли в порядке с ее малышом? Что мы можем предложить в настоящее время?

Шаг первый: анализ крови и УЗИ.

В 11-13 недель беременности акушер-гинеколог выдает каждой бу-

Ольга Михайловна ТЫРЫШКИНА,
заместитель главного
врача по консультативно-
диагностической
деятельности и охране
материнства и детства

Елена Александровна КОРЗНИКОВА,
кандидат медицинских
наук, врач высшей
категории, отделение
ультразвуковой
диагностики

- КГУЗ «Диагностический центр Алтайского края»

Пренатальная диагностика и базирующееся на ее результатах медико-генетическое консультирование отвечают на жизненно важные для каждого будущего родителя вопросы



дущей маме два направления.

Первое - на анализ крови из вены на особые белки (свободный ХГЧ и РАРР-белок), а второе - на УЗИ, во время которого врач проверит, нет ли у ребенка признаков хромосомных болезней. Эти исследования должны проводиться одновременно, ведь для каждой недели беременности существуют свои нормативы и по уровню белков, и по показателям развития ребенка. Если сроки анализа и УЗИ не совпадают, правильно оценить их результаты невозможно.

Спустя некоторое время женщина получит заключение, где указывается риск рождения ребенка с синдромами Дауна и Эдвардса. Этих результатов будущие мамы всегда ждут с замиранием сердца, но даже тревожное известие о том, что риск рождения малыша с хромосомными болезнями повышен и составляет больше «контрольного» показателя 1 : 250, - это повод не для волнений, а прежде всего для визита к врачу-генетику.

Шаг второй: консультация генетика.

Только этот врач, владея специальной информацией, сумеет правильно оценить результаты анализов и дать будущей маме самый обоснованный совет.

Дело в том, что на итоги скрининга могут влиять самые разные условия. Так, при синдроме Дауна у ребенка уровень ПАПП-белка в крови его мамы понижается, а бета-ХГЧ повышается. Но это может вызываться и другими факторами. Например, снижение ПАПП отмечается у женщин с сахарным диабетом, большим весом, гестозом, анемией, угрозой выкидыша, низким расположением плаценты. Повышение уровня ХГЧ может быть вызвано резус-конфликтом, некоторыми особенностями беременности или ожиданием близнецов. Иногда именно эти факторы становятся причиной попадания в группу риска, хотя утверждать это можно только после того, как будут исключены хромосомные нарушения.



Оценив ситуацию, генетик предложит женщине либо пройти точную инвазивную диагностику, либо дождаться следующего этапа скрининга на сроке 16-17 недель. Рекомендация врача будет зависеть прежде всего от степени риска: если он высок, женщине лучше не отказываться от обследований, хотя окончательное решение в любом случае остается за будущими родителями.

Шаг третий: инвазивная диагностика и хромосомный анализ.

Чтобы получить для исследования клетки будущего ребенка из плаценты, околоплодных вод или пуповинной крови, врачи извлекают их через микроскопический прокол матки под контролем УЗИ. Благодаря этому риск осложнений невелик: около 1-2 процентов. Получив клетки, врачи исследуют их хромосомный набор. Теперь родители узнают, нет ли у ребенка генетических болезней, почти со 100%ной точностью и - скорее всего - смогут вздохнуть с облегчением.

Поэтому вывод: если каждой беременной полностью соблюдать необходимый уровень и объем обследования в женской консультации, то уверенность в рождении здорового малыша увеличивается! ☺

Данное обследование вы можете пройти в КГУЗ «Диагностический центр Алтайского края», имея при себе направление из лечебно-профилактического учреждения и обменную карту.

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

