

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№10 (154) октябрь 2015

Молодые!..



Движение - жизнь!



Е.А. Лебедева:

“Межнациональное согласие – ключевой элемент социального здоровья молодого поколения”...

Молодёжь - особая часть общества, во многом она является зеркалом, в котором отражаются социальная действительность и её будущее. Если из молодёжной среды пробиваются порочные побег, то это говорит о наличии проблем в самом обществе. Обсуждая социальное здоровье, межнациональное согласие, нельзя обойти вопросы профилактики экстремизма, в том числе - на почве расовой или национальной вражды.

Не случайно Президент РФ на заседании Совбеза в ноябре 2014 года определил три вектора противодействия экстремизму. Это межнациональные отношения, молодёжное пространство; миграционная политика: «*Именно в молодёжной среде лидеры экстремистских организаций пытаются вербовать своих последователей, вести пропаганду, прежде всего через мировую сеть Интернета. Идеология экстремизма набирает силу в виртуальном пространстве, причём набирает, буквально выстреливая в реальную жизнь... Очевидно, что и в этих вопросах профилактика выходит на первый план.*»



Уже выросло новое поколение людей, рожденных в последние годы существования союзного государства. Время детства и юности у них пришлось на годы нестабильности, краха идеологической системы, на время отсутствия четких и понятных перспектив развития новой государственности, поиска этнической суверенности. Сегодня они уже родители современных подростков, и наша молодёжь проходит этапы социализации в период, когда еще отсутствует сформулированная идеология государства. Сразу отмечу, что ситуация в этой сфере всё-таки меняется: общество

пытается восстановить базовые ориентиры, которые являлись традиционными ценностями России.

Новое поколение требует обеспечения ясных ориентиров, надежной системы социальных ценностей. Необходимо взвешенное обращение к истории, недавнему прошлому, анализу ностальгии по высоким нравственным ценностям, однозначной трактовке плохого и хорошего, осознанию братства народов на огромной территории.

Молодёжь быстрее и острее реагирует на проявления различных течений, идей исключительности, впитывая фиктивное «превосходство» одной национальности над другой. В молодёжной среде легче формируются радикальные взгляды. Конечно, не все молодые люди одинаково воспринимают экстремистские стереотипы. По общероссийским данным, доля активных носителей агрессии в обществе не превышает 4%. Однако к ним легко присоединяются от 10 до 15% молодых людей, обладающих повышенной психологической внушаемостью.



Молодежь - за ЗОЖ!

▲ **жи.** Это направление является наиболее действенной мерой профилактики национальной нетерпимости для ребят «группы риска». Участие в работе военно-патриотического, военно-спортивного движения или центра допризывной подготовки под руководством взрослого, умеющего повести за собой, обладающего не только личной харизмой, но и физической силой наставника, препятствует вовлечению подростка в группировки криминогенной направленности.

Есть прямая зависимость: *чем больше военно-патриотических и военно-спортивных клубов, поисковых отрядов, кадетских классов, кружков военно-технического творчества, тем меньше проявлений любого рода нетерпимости в подростковой и молодежной среде.* Очень радует, что министр обороны РФ Сергей Шойгу начал масштабную «патриотическую реформу» ДОСААФ. Это может показаться странным, но именно Министерство обороны - один из ключевых союзников в реализации Стратегии национальной политики. Именно оно провело титаническую работу по созданию поисковых систем «Мемориал», где собраны архивные данные обо всех погибших в этой страшной войне и сайт «Подвиг народа» с информацией о всех награждённых.

У молодого поколения стимулируется поиск своих семейных историй: конкурсы очерков, эссе и сочинений об участии жителей Алтайского края в Великой Отечественной войне, конкурс творческих работ по журналистике «Точка зрения», краевой смотр-конкурс музеев образовательных учреждений с отдельной номинацией «Бессмертный полк». Такие мероприятия позволяют незаформализовать «Бессмертный полк» и, опираясь на личную инициативу, «пропустить через сердце» каждого участника судьбу его семьи. Это пример «нелобовой» профилактической работы с молодежью.

Заметим, что на фоне нарастающих цивилизационных конфликтов, войн и разломов **Сибирь**, как многонациональный и поликонфессиональный регион, **остаётся местом этнической стабильности и дружбы народов.** На Алтае зарождались и вступали в культурное взаимодействие все ключевые этносы евразийского материка. Так, с Алтаем в той или иной форме связан этногенез тюрков, угрофиннов, славян, монголов, палеоазиатских народов Севера. Алтай счита-



ют своей прародиной венгры, японцы, турки и тайцы. Через Алтай двигались с запада на восток предки индоевропейских племен и русские первооткрыватели; с востока на запад шли гуннские, тюркские и монгольские племена; с севера на юг - предки современных корейцев; с юга на север - предки хантов и мансов, якутов и североамериканских индейцев. Алтай - хранитель древних культурных традиций народов России. Важно сохранить для наших детей эту многовековую стабильность.

Где сегодня основная проблема, на которую, к сожалению, мы не можем повлиять? Шквал негативной информации, в том числе в части этнического взаимодействия, которая под видом «свободы слова» обрушивается на современного подростка через СМИ во всём его многообразии: Интернет, социальные сети, телевидение, пресса. Умалчивание негативного воспитательного эффекта СМИ приводит к невосполнимой потере нравственности и культуры, без которых немыслима ни личность гражданина, ни государство как таковое.

Чрезвычайно важен перевод информационного пространства молодежи из царства праздности, ложных ценностей и образов в сферу позитивной трудовой и творческой деятельности.

Этнокультурное пространство, как некая матрица ментальности отдельного человека, связана с особым, сакральным пространством его жизни. В этом пространстве - сам факт рождения человека, его родители, эт-

ническая принадлежность, родной язык, природная и культурная среда, народ, семья, нация, Родина (малая и большая), труд и ответственность. Всё это должно быть гармонично встроено в образ психологического будущего молодого человека. Это будущее определяет поступки личности «здесь и сейчас». Чем насыщеннее временная перспектива событиями, планами и надеждами, тем интенсивнее, содержательнее, целенаправленнее жизнь человека. Известно, что у юношей, проявляющих личностную нетерпимость, будущая временная перспектива всегда укорочена, тогда как юноши с конструктивной оценкой осмысливают свою жизнь на значительный период. Затрагивая тему психологического будущего нельзя не вспомнить тот факт, что чем более ориентированы на будущее ее граждане, тем выше валовой национальный продукт страны.

Таким образом, *основная задача всех, кто имеет отношение к воспитанию молодежи, - это формирование у молодых людей образа долговременного и успешного будущего, полного активности, честного труда и гордости за своё этническое происхождение, ответственности за свое здоровье, за свою семью, будущее поколение, великий многонациональный народ и могучее Российское государство.* ☺

Елена ЛЕБЕДЕВА,
начальник управления
по молодежной политике
Главного управления образования
и молодежной политики
Алтайского края





11

ВИЧ: инфекция и молодежь



Стиль жизни - движение!



18

Анемии у беременных



38

Служба дворовых инструкторов



44

Физические нагрузки - зачем они?

Е. Лебедева. Межнациональное согласие - ключевой элемент социального здоровья молодого поколения	1-2
Спасибо вам, что жизнь свою вы посвятили медицине!	4-5
РАЗГОВОР С ЭНДОКРИНОЛОГОМ	
И.А. Вейцман. Гипоталамический синдром, осложняющий жизнь подростку	6-7
ШКОЛА РЕАБИЛИТАЦИИ ДЦП	
В.В. Кожевников, Д.В. Паршин.	
Вторичные ортопедические осложнения у детей с ДЦП	8-10
ВИЧ: инфекция и молодежь	11
ДВИЖЕНИЕ - ЖИЗНЬ	
Зарядка на рабочем месте	12
Познавать, удивляться и идти к мечте	13
Разогрелись, побежали!	14-15
«Зарница» - это игра дружных, сильных, смелых	16
Стиль жизни - движение!	17
«Большой Алтай-2015»: наши - впереди!	17
ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА	
О.А. Бельницкая. Анемии у беременных	18-19
Каждая мама должна быть красивой	20
«Новый Взгляд»: Главное управление образования и молодежной политики Алтайского края - в числе лучших	21
Волчихинский район: «Безопасные каникулы»	21
Студенческие отряды и спорт - модно быть здоровым	22
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ	
Л.А. Плигина. Уважаемые коллеги!	23
Вопрос-ответ	24-25
О.Ю. Клопова. Рекомендации для пациентов с брекет-системой	25
Е.С. Клепикова. Стоматологическое здоровье беременных	26
ДВИЖЕНИЕ - ЖИЗНЬ	
Юн и в старости тот, кто смолоду здоровье бережёт!	27
Всемирный день без табака	27
Заринск: нация должна быть здоровой!	28
И грянул «Гром»!	29
Волонтером становятся по призванию	30-31
«Алтай. Точки Роста-2015»	32
«Дареная Богом»	32
Профильные смены	33
Клоуны снимают боль	33
ДВИЖЕНИЕ - ЖИЗНЬ	
Парк спорта создан для всех	34-35
Возрождение традиций ГТО	36
Первомайский район: прошёл молодёжный турслёт	37
Детские дома заиграли красками	37
ДВИЖЕНИЕ - ЖИЗНЬ	
Служба дворовых инструкторов	38-39
Подработка обернулась сроком... ..	40
«Алтай-Парус»: воплощаем социальную занятость инвалидов	41
В плену цейтнота: лучше не рисковать ни делом, ни здоровьем	42-43
ДВИЖЕНИЕ - ЖИЗНЬ	
Физические нагрузки - зачем они?	44-46
Молодые сердца Алтая	47-48



Гипоталамический синдром, осложняющий жизнь подростку



Инна Александровна ВЕЙЦМАН,

врач-эндокринолог, кандидат медицинских наук, высшая квалификационная категория, кафедра госпитальной терапии с курсом эндокринологии, Алтайский государственный медицинский университет

Случай из практики врача-эндокринолога. На приёме - мама с 15-летним сыном. Сын молчит, опустив глаза в пол, а мама описывает жалобы: сильно прибавил в весе за последний год, на коже живота и бёдер появились синюшно-багровые полосы растяжения, увеличились грудные железы, появились головные боли на фоне повышения артериального давления, изменилось и поведение - сын стал более замкнутым, меньше общается со сверстниками и к тому же упала успеваемость. Взгляд мамы - беспокойно-обвиняющий... Но ее вопросы правомочны: «Доктор, что это? Это страшно? Это связано с периодом полового созревания? Можно ли чем-то помочь?». На самом деле - это достаточно частый и типичный случай в практике эндокринолога, поэтому и поговорим сегодня на эту тему.

Итак, каков он: гипоталамический синдром, под маской которого кроется множество симптомов?

Если говорить глобально, то наш организм стоит на трёх китах, три «пограничника» стоят на страже функционирования нашего организма (или сохранения гомеостаза) - это нервная, эндокринная и иммунная системы, ко-

торые тесно взаимосвязаны. Если происходит сбой в какой-либо из них, тогда включается цепная реакция - и из строя выходят остальные. Типичный пример такой раскоординации - **гипоталамический синдром**. И отсюда становятся ясными его **причины**:

◆ **состояние напряжения в иммунной системе** - любые хронические инфекционные заболевания (например, хронический тонзиллит),

◆ **заболевания нервной системы** (например, черепно-мозговые травмы, опухоли, перенапряжения, стрессы, интоксикации, в том числе алкоголем),

◆ **дисфункция формирующейся эндокринной системы плода** при патологической беременности матери, ожирение и др.

Анатомически гипоталамус является структурным подразделением центральной нервной системы (головного мозга), но функционально представлен клетками, вещества которых стимулируют или угнетают нижележащую структуру - **гипофиз**, который является главным «дирижёром» всего эндокринного «оркестра». Если происходит нарушение в этой системе (на структурном или гормональном уровне), то формируется гипоталамический синдром с нарушением работы практически всех эндокринных желез, но, в первую очередь, надпочечников и половых желез.

Основная функция **гипоталамуса** - обеспечение адаптивных реакций человека в ответ на постоянно меняющиеся воздействия внешней среды. Также гипоталамус отвечает за:

◆ **регуляцию цикла «сон-бодрствование»** (за наступление и поддержание сна, а также за пробуждение);

◆ **регуляцию аппетита** (чувство голода и насыщения);

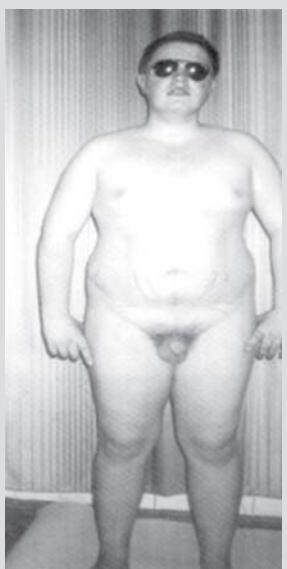
◆ **поддержание постоянной температуры тела**;

◆ **образование полового влечения** (либидо).

Поэтому, как видим, клиника гипоталамического синдрома разнообразна.

Внешний вид

- **Высокорослость**
- **Лицо округлое, румяное**
- **Стрии**
- **Гирсутизм у девушек**
- **У юношей иногда гинекомастия**
- **Ожирение**



Разговор с эндокринологом

Суммируя выше сказанное, **гипоталамический синдром - это совокупность симптомов, возникающих при нарушении функции гипоталамуса вследствие разных причин, и характеризующихся вегетативными, эндокринными, обменными и трофическими расстройствами.**

При гипоталамическом синдроме **больные предъявляют жалобы на головные боли, избыточную массу тела, жажду, иногда неутолимый голод, нарушение менструального цикла, утомляемость** и др.

Заболевание развивается в возрасте 12-15 лет, иногда и позже (17-19 лет), чаще у лиц женского пола.

Одна из особенностей данного синдрома - **усиление роста в возрасте 11-13 лет**. В этот период больные, особенно юноши, обгоняют в росте сверстников.

Ожирение в данном случае бывает равномерным, с отложением жира на пояснице, в области лобка, ягодиц, молочных желез и плечевого пояса, вследствие чего шея выглядит короткой и толстой, плечи приподняты, лицо округлое, с патологическим румянцем.

Нарушается трофика кожи. Цвет ее мраморно-цианотичный, кожа холодная на ощупь, особенно в области ягодиц и бедер. Часто имеются розоватые, красноватые или, реже, багрово-цианотичные полосы растяжения в области живота, молочных желез, плеч, ягодиц, грудной клетки.

Нередко выявляется **гиперкератоз** наружных поверхностей плеча, в области локтевого сустава, шейных складок и в местах трения одежды (область поясницы и др.).

При гипоталамическом синдроме пубертатного периода у девушек чаще наблюдается **преждевременное формирование вторичных половых признаков**. У мальчиков женоподобное лицо, рост волос на лице начинается поздно и остается скудным даже после периода полового созревания. Часто выявляется **гинекомастия**. Однако

рост волос в подмышечных впадинах и на лобке происходит как у здоровых юношей. Размеры яичек, мошонки и полового члена соответствуют возрасту и к 15 годам достигают полного развития.

Отмечаются **лабильность артериального давления**, транзиторная гипертензия, иногда стойкое повышение артериального давления.

К **осложнениям** можно отнести поликистозную дегенерацию яичников; миокардиодистрофию; гинекомастию.

У большинства больных подростков выявляются **нервно-психические нарушения**: раздражительность, плаксивость, повышенная утомляемость, головные боли, подавленное настроение, депрессивные состояния. Иногда они отказываются от посещения школы, предпочитают проводить время в одиночестве.

Почему весь этот симптомокомплекс стартует именно в период полового созревания? Дело в том, что в этот период запускается очень сложная, дремлющая до определенного периода, половая система. Происходит глобальная перестройка, как на уровне гипоталамо-гипофизарной системы, так и на уровне периферических половых желез: яичек и яичников. Эта система очень чувствительна к воздействию любых неблагоприятных факторов. В данный период наблюдается перенапряжение адаптационного аппарата вегетативной нервной системы. Баланс гормонов устанавливается длительно - несколько лет, происходит поэтапно, затрагивая многие системы и органы: сначала это ростовой скачок, затем - рост молочных желез у девушек и яичек у юношей, рост волос в гормонозависимых зонах и только потом возникает апогей - первая менструация (менархе) у девушек и поллюции у юношей. Поэтому **на пубертатный период природа выделила длительный жизненный промежуток** (не менее 5 лет).

Как правило, изменившаяся внешность ребенка и психологический настрой беспокоят, в пер-

вую очередь, родителей. Действительно: **чем раньше подросток будет обследован, тем раньше будет обнаружена причина данного расстройства и эффективнее окажется лечение.** Первично при гипоталамическом синдроме стоит обратиться к врачу-эндокринологу, который назначит ряд параметров для уточнения гормонального фона, будет исследован углеводный и липидный обмен, проведены обследования для уточнения структуры гипоталамо-гипофизарной области, надпочечников, состояние глазного дна и другое. Затем врач-эндокринолог направит на консультацию к смежным специалистам: неврологу, кардиологу, окулисту, лор-врачу и другим (по показаниям).

К сожалению, основную причину, запускающую каскад патологических реакций, не всегда удается обнаружить и, соответственно, воздействовать на нее. Поэтому, как правило, лечение направлено на те симптомы, которые уже развились. И, в первую очередь, - на коррекцию веса, то есть на инсулинорезистентность. Здесь необходимо отметить, что **только в команде «подросток-родители-врач-психолог» достигается эффект снижения веса.** Кроме того, учитывая, что основа заболевания лежит в нарушении функционирования структур нервной системы, к лечению обязательно подключается врач-невролог.

При достаточной мотивации самого ребенка, поддержке семьи (в том числе изменении пищевых привычек всех членов семьи), физической нагрузке и медикаментозной коррекции достигаются целевые показатели.

Пубертатный период - это стартовый рубеж для дальнейшего функционирования организма. Поэтому подростки, страдающие гипоталамическим синдромом, составляют группу риска по развитию у них в будущем ожирения, артериальной гипертензии, сахарного диабета 2 типа, раннего атеросклероза, нарушения репродуктивной функции. ☺



Вторичные ортопедические осложнения у детей с ДЦП



Вадим Витальевич КОЖЕВНИКОВ,
кандидат медицинских наук, врач детский травматолог-ортопед, ФГБУ «Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования» г.Барнаул;

Не изменяя традиции ведения нашей Школы реабилитации ДЦП, начнем с определения. Детский церебральный паралич - это группа нарушений развития движений и положения тела, вызывающих ограничение активности, которые вызваны непрогрессирующим поражением мозга плода или новорожденного.

Определяющим синдромом клинических нарушений ДЦП является синдром двигательных нарушений. Если поражение головного мозга при ДЦП является непрогрессирующим, то двигательные нарушения становятся более выраженными по мере роста ребенка. Это связано с **закономерным** развитием вторичных ортопедических осложнений при ДЦП, которые в дальнейшем являются серьезной причиной дезадаптации пациента в обществе, нарушают его социализацию.

Как было сказано на предыдущем занятии, **основной причиной развития вторичных ортопедических осложнений является отсутствие редукции (угасания) позотонических рефлексов**, что приводит к нарушению правильного формирования позы, а **сохраняющаяся спастичность мышц приводит к функциональному, а затем и к анатомическому их укорочению (ретракции)**. В совокупности это способствует развитию деформаций костей и суставов скелета.

Наиболее часто и в различных вариантах ортопедические нарушения затрагивают **нижние конечности**. В зависимости от области (анатомического отдела опорно-двигательного аппарата) локализации *ортопедические нарушения можно распределить:*

- деформации стоп,
- функционально значимые контрактуры (коленных и тазобедренных суставов),
- различные варианты спастической нестабильности тазобедренных суставов.

Развитие спастичности и, как следствие, усугубление тяжести контрактур и деформаций нижних конечностей распространяется в определенном направлении. Более правильно следует начать с патогенеза (механизма) развития деформаций стоп.

Пусковым моментом в появлении деформаций является наличие нередуцированных позотонических рефлексов. Формирующийся в результате этого патологический паттерн приводит к рефлекторной эквинусной контрактуре стопы (голеностопного сустава). В процессе роста ребёнка, особенно на фоне положительной динамики двигательной активности при сохранении тонических рефлексов, мышечного дисбаланса, возникает нестабильность в суставах стопы. Сохраняющиеся нарушения в дальнейшем приводят к различным деформациям стоп, которые в процессе роста ребёнка становятся более тяжелыми, трудно поддающимися коррекции (ригидные деформации).

В зависимости от характера деформации стопы их можно разделить на два варианта, так как для ортопеда это имеет принципиальное значение для выбора тактики (в том числе хирургического) лечения: **пронационный вариант** (встречается чаще; это эквино-плано-вальгусные, плано-вальгусные деформации стоп) и **супинационный вариант** (эквино-варусные, варо-приведенные и другие деформации стоп). Также они бывают фиксированные (резкое, вплоть до полного отсутствия, ограничение дви-



Дмитрий Владимирович ПАРШИН,
главный внештатный детский специалист-невролог Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности



жения) и нефиксированные (динамические - движение в суставе ограничено, но возможно). *Любой из видов деформации стоп приводит к нарушению позы и к изменению кинематики движения во всей нижней конечности.* Возникают нарушения согласованных взаимодействий между нижней конечностью и тазом, тазом и позвоночником.

К тому же для поддержания вертикальной позы ребёнка огромная роль отводится рецепторам (чувствительным нервным окончаниям) стопы. Стопа, имея в своем «арсенале» три свода, два из которых - основные, со сложным механизмом взаимоотношений между костями в суставах, является большим рецепторным полем, которое оказывает существенное влияние на регуляцию не только позы и ходьбы, но и на психоэмоциональное развитие ребёнка.

Имеется **прямая связь и зависимость деформации стопы относительно контрактур (ограничение движений) вышележащих суставов** (коленного, тазобедренного), что в комплексе формирует определенный характер походки и опоры (паттерна). Контрактура коленного сустава средней степени и тяжёлой степени тяжести формируется у детей старше семилетнего возраста на фоне спастичности и последующей ретракции сухожильно-мышечного аппарата (то есть формирование истинного анатомического укорочения). *Прогрессирующая контрактура коленных суставов в процессе роста ребёнка и в случае некорригированной (нелеченой) деформации или спастической контрактуры стоп выходит на первый план и зачастую является «ключом» общей деформации нижних конечностей и патологической походки.* Это также важно учитывать при планировании программы лечения. Вследствие спастичности задне-внутренней группы мышц бедра может развиваться **скручивание (торсия) бедренной кости**, что приводит к формированию внутритроханционной контрактуры, а впоследствии - и деформации бёдер (колени пациента направлены внутрь).

Особое место в перечне ортопедических осложнений у детей с ДЦП занимает **патология тазобедренного су-**



Рис. Эволюция вывиха бедра

става. Изменения анатомии сустава могут быть выражены нестабильностью, и крайние её проявления - это *подвывих и вывих бёдер.* Важным определяющим моментом (причиной) возникновения этого грозного состояния является наличие выраженной контрактуры - спастичности приводящих мышц бёдер с заинтересованностью подвздошно-поясничной мышцы, которая имеет особенный характер своего расположения и способствует дислокации (смещению) головки бедренной кости относительно вертлужной впадины. Отсутствие факта вертикализации ребенка и возможности опоры на нижние конечности исключает не только навык формирования равновесия, но и возможность дальнейшего развития сустава: так как фактор вертикальной нагрузки является стимулирующим фактором развития сустава. *Длительно существующая спастичность данной группы мышц, особенно у детей с тяжёлыми двигательными нарушениями (GMFCS III-V), приводит к постепенной прогрессирующей дислокации (смещению) проксимального отдела бедренной кости и формированию вывиха бедра и вторичной дисплазии (недоразвитию) вертлужной впадины.*

Формирование вывиха бедра у детей с ДЦП - это не только факт анатомического нарушения. Это является *причиной выраженного болевого синдрома у детей старшего возраста.* Подвывих и вывих бедра в дальней-

В процессе роста ребёнка, особенно на фоне положительной динамики двигательной активности при сохранении тонических рефлексов, мышечного дисбаланса, возникает нестабильность в суставах стопы. Сохраняющиеся нарушения в дальнейшем приводят к различным деформациям стоп, которые в процессе роста ребёнка становятся более тяжёлыми, трудно поддающимися коррекции.



Школа реабилитации ДЦП

► шем приводят к резкому снижению перспектив реабилитации, ухудшению позы, походки, а в тяжелых случаях вторичный перекос таза и туловища просто не позволяет полноценно ухаживать за пациентами. Также, по причине ограничения активных двигательных навыков, подвижности в положении лежа (на кровати), увеличивается вероятность развития осложнений со стороны бронхо-лёгочной системы в виде пневмоний.

Своевременная коррекция контрактур и вертикальная нагрузка в условиях правильного ортезирования позволят предотвратить формирование подвывиха или вывиха бедра.

Одними из серьезных проявлений ортопедических осложнений являются деформации позвоночника у пациентов с ДЦП. Они могут быть разнообразными: сколиотического, кифосколиотического характера.

Следует отметить, что характер деформации позвоночника может зависеть от формы ДЦП, уровня по GFMCS. Для гемипаретических форм (когда страдают рука и нога на одной стороне) более характерны *сколиотические нарушения*. *Кифосколиотические нарушения* более характерны для пациентов со спастической диплегией (страдают все четыре конечности, но в большей степени - ноги) и спастической квадриплегией (страдают все четыре конечности, но в большей степени - руки).

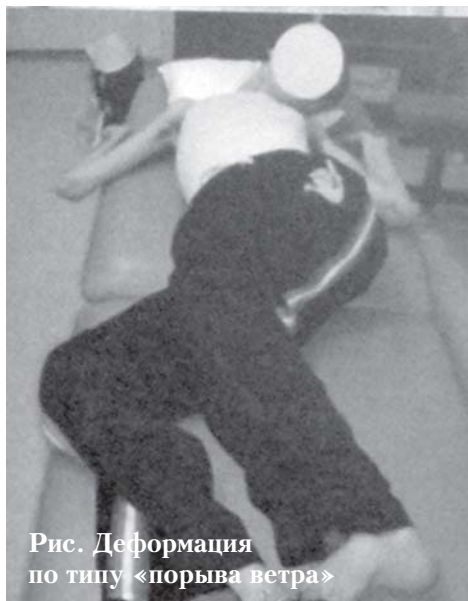


Рис. Деформация по типу «порыва ветра»

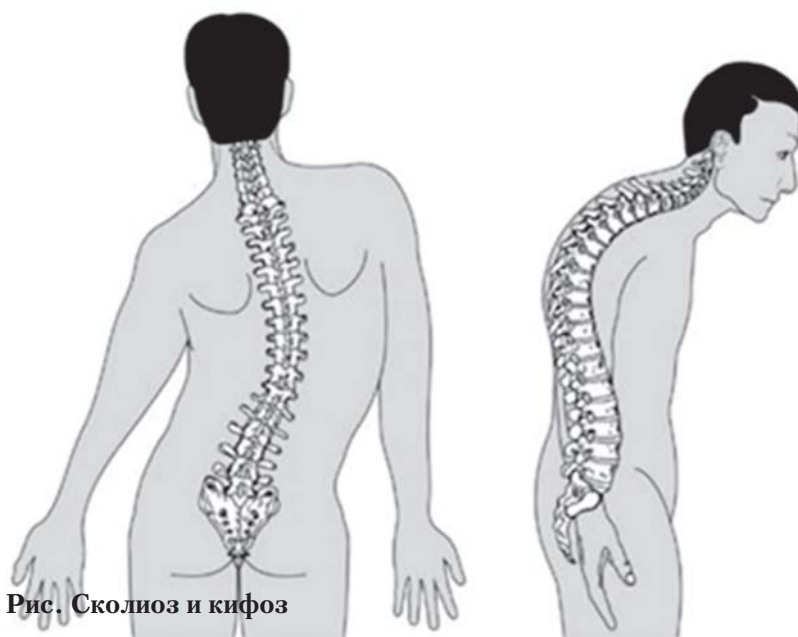


Рис. Сколиоз и кифоз

У пациентов с IV и V уровнями по GFMCS, особенно при длительном нахождении в положении лежа и при наличии нестабильности тазобедренного сустава, могут формироваться *деформации позвоночника по типу «порыва ветра»*. Длительно находясь в положении лежа на спине с ногами, согнутыми в коленных суставах, колени заваливаются в одну сторону, а плечевой пояс поворачивается в противоположную сторону. При этом происходит скручивание позвоночника и усугубление деформаций. При выраженных деформациях позвоночника происходит деформация грудной клетки, а с ней и деформация внутренних органов, в первую очередь - лёгких и сердца, что приводит к нарушению функций дыхания и кровообращения.

Резюмируя вышеизложенное, нужно сказать, что **вторичные ортопедические осложнения** являются одной из наиболее значимых причин, нарушающих качество жизни пациента с ДЦП. Они **не существуют отдельно друг от друга**, а развиваются совместно, и **зачастую одна деформация является причиной развития другой**. Поэтому очень важно своевременно и правильно проводить профилактику и коррекцию вторичных ортопедических осложнений.

О принципах и способах профилактики и коррекции будет изложено в последующих статьях. ☺

Особое место в перечне ортопедических осложнений у детей с ДЦП занимает патология тазобедренного сустава. Изменения анатомии сустава могут быть выражены нестабильностью, и крайние её проявления - это подвывих и вывих бёдер.



ВИЧ: инфекция и молодежь

В Алтайском крае, как и в целом по России, продолжает возрастать число новых заражений ВИЧ-инфекцией.

По данным КГБУЗ «Алтайский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями», на 1 сентября 2015 года в крае выявлены 21668 случаев ВИЧ-инфекции, на территории края проживают 17076 человек с этим диагнозом.



Среди выявленных за все годы больных ВИЧ-инфекцией (вирусом иммунодефицита человека) в крае около 50% - это молодые люди в возрасте от 18 до 29 лет. За все годы регистрации ВИЧ-инфекции выявлены 265 ВИЧ-инфицированных среди учащихся различных учебных заведений, 80% среди них - девушки. 65,7% учащихся инфицировались половым путём. 80% - учащиеся ссузов, 11% - вузов. Многие из ВИЧ-инфицированных учащихся - иногородние, проживающие в общекитиях.

Из всех больных ВИЧ-инфекцией, выявленных в крае, около 70% инфицировались при внутривенном употреблении наркотиков. Но тем не менее ежегодно возрастает роль полового пути передачи при незащищённых сексуальных контактах. Так, с 2010г. около 40% вновь выявленных больных ВИЧ-инфекцией заразились именно половым путём. Так как инфицируются ВИЧ преимущественно женщины, соответственно наблюдается увеличение и числа беременных и детей, рождённых от ВИЧ-инфицированных матерей: на 1 октября 2015г. в Алтайском крае зарегистрированы 7669 больных ВИЧ-инфекцией женщин, около 70% из них находятся в репродуктивном возрасте. От ВИЧ-инфицированных матерей рождены 2875 детей. Женщины и беременные инфицируются ВИЧ преимущественно половым путём.

Мы живём в условиях риска инфицирования ВИЧ, и вероятность встретиться с человеком, у которого ВИЧ, - у каждого из нас становится всё больше. Но нужно помнить, что заразиться ВИЧ может только тот, кто пренебрегает мерами защиты при сексуальном поведении и/или употребляет психоактивные вещества!

Женщине детородного возраста, у которой обнаружен ВИЧ, запрещено иметь детей?

Нет. Инфицированная ВИЧ женщина может передать вирус ребёнку во время беременности, родов и кормления грудью, но если она будет соблюдать определённые правила, то сможет родить здорового ребёнка. Для этого ей следует посетить акушера-гинеколога и инфекциониста, рассказать им о своих планах или уже имеющейся беременности. Врачи дадут рекомендации по срокам обследования, приёму специальных противовирусных (антиретровирусная терапия) препаратов. Своевременное обращение к врачу, соблюдение рекомендаций медицинских специалистов, применение медикаментозной профилактики во время беременности и родов, отказ от последующего грудного вскармливания позволяют снизить риск инфицирования ребёнка до 2%.

Изменит ли ситуацию обязательное обследование на ВИЧ людей, вступающих в брак?

С одной стороны, есть необходимость рекомендовать обследоваться на ВИЧ молодым людям, вступающим в брак, но принятие решения об обследовании остаётся за ними. Сегодня при постановке беременной на учёт в женских консультациях предлагается обследование на ВИЧ как самой женщине, так и её половому партнёру/мужу. И это приносит определённый результат: ВИЧ-инфек-

ция выявляется у 5% обследованных мужчин, что позволяет принять меры по сохранению здоровья женщины и будущего ребёнка.

Но если ввести обязательное обследование, то возникает необходимость предоставления справки представителям отделов ЗАГС, что приводит к нарушению прав человека, так как информация о ВИЧ-статусе становится доступной посторонним людям.

К тому же часто молодые люди живут «гражданским браком» и на них это обязательство не будет распространяться.

К кому ВИЧ-инфицированный может обратиться за поддержкой и советами?

Такой диагноз вызывает у человека не только состояние тревоги и страха, но и множество вопросов, требующих ответа. Обсудить варианты решения этих проблем, принять правильное решение помогают люди, которые уже пережили подобное. Взаимопомощь - вот основной принцип работы группы людей, живущих с ВИЧ-инфекцией. Каждый человек может обратиться в такую группу взаимопомощи в Барнауле. На встречах участники обсуждают разные темы: как избежать заражения; было ли рискованным ваше поведение; как отличить правду о ВИЧ и СПИДе от слухов и мифов; как жить после получения ВИЧ-положительного диагноза; какое существует лечение; как поддержать в трудную минуту друга, сына или дочь, любимого человека; как защитить свои права... ☺

Если вы столкнулись с проблемой ВИЧ-инфекции, нужна помощь и поддержке, обращайтесь по телефону: 8-923-719-13-08, Наталья, руководитель группы взаимопомощи.

Телефон «горячей линии» 8-800-250-13-56 и информационный телефон по вопросам ВИЧ/СПИДа: (3852)33-45-99. Обращаться можно с понедельника по пятницу, с 9.00 до 16.00.

Благодарим за предоставленную информацию КГБУЗ «Алтайский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями»





Анемии у беременных



Ольга Александровна БЕЛЬНИЦКАЯ,
кандидат медицинских наук, врач акушер-гинеколог, высшая квалификационная категория, доцент кафедры акушерства и гинекологии, Алтайский государственный медицинский университет

Термин «анемия» с греческого - «малокровие». Этим словом врачи обозначают целую группу синдромов, при каждом из которых наблюдается снижение концентрации гемоглобина в крови человека, уменьшение общего объема и числа эритроцитов.

Анемия встречается и у мужчин, но чаще всего бывает у женщин, причем именно в период беременности. Главное, с чем мы имеем дело, - **снижение концентрации гемоглобина при беременности ниже 110г/л.**

В теле человека, без преувеличения, в различных количествах содержатся все элементы периодической системы Менделеева. **Железа, в самых его различных формах, содержится довольно много - около 4г,** причем три из них находятся именно в гемоглобине, играющем роль своего рода «транспортного средства», с помощью которого это такое нужное вещество с кровотоком разносится по всему организму. С бытовой точки зрения, 4г - это совсем немного. Особенно с учетом того, что при нормальных физиологических процессах (естественные отправления, кормление грудью, менструации) его ежедневно теряется до 3мг в сутки. Поэтому железо должно регулярно поступать в организм в количестве, достаточном, чтобы компенсировать его ежедневные потери.

При беременности потребность в железе растёт. В первую треть беременности дополнительно требуется около 1мг/сутки, затем - вдвое больше, а во время последнего триместра - его нужно уже до 5мг. Для чего так много железа? *Примерно 0,3г нужно самому ребенку, около 100мг уходит на построение плаценты. А еще организм создает что-то типа «аварийного запаса» миллиграммов в 50 на случай, если поступление железа временно прекращается.* Добавочное потребление железа происходит неравномерно.

Больше всего его требуется на 16-20-й неделе, и именно этот период наиболее вероятен для появления анемии. Ещё более опасны в этом отношении сами роды, потому что процесс деторождения сопровождается естественной кровопотерей и организм теряет от 0,2 до 0,7г железа. Общее количество железа, затрачиваемого на кормление малыша грудным молоком, составляет примерно 0,2 грамма. *Всего в период беременности, при родах и кормлении ребенка потери железа составят 0,8-1 грамм.* Это - чрезвычайно большая величина, и полное восстановление, если полагаться только на обычное питание, наступает лишь

по истечении 4-5 лет. Вот почему в этот период необходимы добавочные источники железа, иначе анемия станет неизбежной.

Не обращать внимания на анемию нельзя. Если не принять мер, она сама по себе не пройдет, зато **повлияет на здоровье, как матери, так и ребенка.** При этом в организме нарушается ферментный и витаминный баланс, в первую очередь - белковый, что чревато отеками. Но к ещё худшим последствиям ведет плацентарная недостаточность, при которой развитие плода замедляется. **Анемия в период беременности может привести и к таким тяжким последствиям: самопроизвольный аборт, гестоз или отслойка плаценты.** Состояние, вызванное дефицитом железа, не только приводит к различным расстройствам и утомляемости, но и может стать причиной осложнённых родов, а после рождения ребенка высока вероятность различных воспалительных процессов.

Для анемии характерны такие признаки, как общая слабость, головокружение и шум в ушах, быстрая утомляемость и снижение работоспособности. Пациентки жалуются на «мелькание мушек перед глазами», одышку, учащенное сердцебиение, головную боль и мышечную слабость. **Пониженное содержание железа вызывает сухость кожи и появление на ней трещин, особенно заметных в углах рта. Волосы становятся иссеченными и ломкими.** Иногда появляется неприятное жжение языка, а вкусовые ощущения нарушаются. Например, появляется настойчивое желание есть мел или глину, меняется и обоняние, вызывая интерес к неприятным в обычном состоянии запахам, таким, как ацетон или бензин. Иногда следствием анемии становятся бессонница и обмороки.

Однако, несмотря на большое количество симптомов, **анемия может быть точно диагностирована лишь по результатам полного анализа состава крови,** когда кроме содержания гемоглобина, учитывается и количество эритроцитов, а также отношение их количества к общему объему плазмы крови, способность кровяной сыворотки связывать железо и ряд других показателей. Дело в том, что довольно часто возникает так называемая «лож-

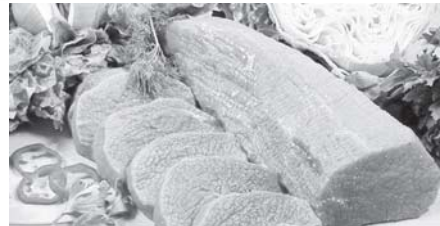


Школа ответственного родительства

ная», или физиологическая анемия, возникающая при беременности. В этот период увеличивается количество плазмы крови, причем количество произведенных эритроцитов просто не успевает за этими изменениями. Такое состояние считается нормальным и не нуждается в каком-либо лечении.

У каких пациенток возможно развитие анемии? Прежде всего, это **пациентки с заболеваниями, мешающими нормальному процессам накопления и распространения железа в организме:** патология печени, например, гепатит, гастрит и пиелонефрит. **Кровотечения, сопутствующие заболеваниям желудочно-кишечного тракта,** ведут к регулярной и трудновосполнимой потере гемоглобина, а следовательно, и железа. Это означает, что такие болезни, как язвенная болезнь желудка или 12-перстной кишки и геморрой должны серьезнейшим образом лечиться. Опасна потеря железа и предрасположенность **к носовым кровотечениям. Маточные кровотечения,** а также слишком **обильные менструации** ведут к снижению уровня гемоглобина. Часто анемия проявляется у женщин **с артериальной гипотонией или имеющих обострения каких-то хронических инфекционных болезней. Вегетарианская диета** не компенсирует потери железа в послеродовой период. Если вы все же не в силах отказаться от таких диет, хотя бы посоветуйтесь со своим врачом. **Несколько беременностей подряд,** в том числе и те, что приводили к самопроизвольным выкидышам, снижают количество железа в силу возникающей при этом потере крови. В группе риска оказываются и **перенесшие осложненную,** например, **многоплодную беременность,** а также **беременные в возрасте до 17 лет или те, у которых первые роды проходят после 30 лет.**

Анемию, как и большинство болезней, лучше не лечить, а предупредить. Прежде всего, это *ведение здорового образа жизни и сбалансированное питание.* Ведь пониженный уровень гемоглобина не приходит сам по себе, ему предшествует дефицит витамина B12, фолиевой кислоты и белков, а также важнейших микроэлементов, таких, как кобальт, марганец, цинк и никель. Мешает усвоению железа и появлению анемии нарушенный в период беременности гормональный баланс. Если организм испытывает недостаток кислорода, ответственного за окислительные процессы в нём, дефицит железа просто гарантирован. В период беременности для нормального



развития плода требуется кислорода больше почти на треть, а потому пребывание на свежем воздухе и частые прогулки должны стать нормой.

Чтобы скомпенсировать недостаток фолиевой кислоты, **старайтесь есть пищу, богатую белками:** это все виды мясопродуктов, за исключением жирной свинины, субпродукты (язык, сердце и печень), курица и яйца, а также морская рыба и морепродукты. Однако скорость и эффективность, с которыми они попадают в организм, зависят и от вида продукта, и от того, как его приготовили. Например, продолжительная тепловая обработка мяса (тушение) в десятки раз уменьшает его полезные свойства, по крайней мере, как источника железа. Теряет свои качества мясо и при заморозке. Желательно также стараться, чтобы источником жиров для организма служили творог, сметана, сыры и сливки. Обязательным в период беременности является регулярное потребление свежей зелени. Всё вышеперечисленное и так составляет основу здорового питания, но в период беременности эти продукты являются просто обязательными.

Конечно, существуют и многочисленные синтетические препараты, например, поливитаминные комплексы, содержащие ещё и микроэлементы. Однако любую «химию» при беременности следует употреблять с известной степенью осторожности, а положенные 2,5-3мг железа в сутки лучше получать естественным путём. **Железосодержащие препараты нужно принимать лишь по назначению врача, причём строго по рекомендованной схеме.** Нельзя нарушать схему и при нормализации состава крови, иначе уровень гемоглобина снова снизится. ☺

После родов, для более быстрого восстановления гемоглобина, препараты железа необходимы. Однако и в этом случае их принимают строго дозированно и под обязательным наблюдением врача.



«Новые технологии в деятельности сестринского персонала»

- название Всероссийской научно-практической конференции, прошедшей 24-25 сентября 2015 года в г.Петрозаводске (Республика Карелия).

В её работе приняли участие главные специалисты по управлению сестринским делом регионов, директора медицинских колледжей России, президенты сестринских ассоциаций субъектов.

В рамках конференции было проведено очередное заседание профильной комиссии Министерства здравоохранения Российской Федерации по специальности «Управление сестринской деятельностью», на котором **Сергей ДВОЙНИКОВ**, главный внештатный специалист Министерства здравоохранения РФ по управлению сестринской деятельностью, представил «Итоги проведения Всероссийского конкурса «Лучший специалист со средним медицинским и фармацевтическим образованием».

«Основные недостатки в оформлении пакета документов участников Всероссийского конкурса» прозвучали в докладе **Ирины БУБЛИКОВОЙ**, директора ГОУ СПО «Санкт-Петербургский медицинский колледж №1», главного внештатного специалиста Северо-Западного федерального округа по управлению сестринской деятельностью. Последующие выступления специалистов из регионов были посвящены инновационным технологиям в области лабораторной диагностики и других специальностей сестринского дела.

На заседании Совета директоров медицинских и фармацевтических колледжей России в выступлениях были представлены новые подходы в системе дополнительного и непрерывного профессионального образования специалистов сестринского дела как ресурса кадрового обеспечения отрасли здравоохранения в современных условиях.

На открытии конференции с приветственным словом к присутствующим обратились: **И.А. КУПЕЕВА**, замес-

титель директора Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Министерства здравоохранения РФ; **В.В. УЛИЧ**, заместитель главы Республики Карелия по социальным вопросам; **Е.А. ХИДИШЯН**, министр здравоохранения и социального развития Республики Карелия; **Т.В. ВИРКИ**, президент Карельской региональной общественной организации медицинских работников «Союз профессионалов».

Ирина Александровна Купеева зачитала приветствие заместителя министра Министерства здравоохранения Российской Федерации **Игоря КАГРАМАНЯНА** о важной роли средних медицинских работников по укреплению основных направлений в условиях инновационного развития здравоохранения.

В приветствиях была подчеркнута особенность проходящей конференции, которая собрала вместе руководителей образования, практического здравоохранения и профессиональных ассоциаций, что позволяет выработать инициативы, способствующие укреплению новой модели сестринского дела как самостоятельной профессии и поднятию престижа профессии.

На пленарном заседании конференции были представлены содержательные доклады по обмену опытом работы в сфере инновационных технологий в практической деятельности сестринского персонала по разным специальностям в разных субъектах.

В заключение конференции была принята резолюция.

Предлагаю ознакомиться с материалами конференции по ссылке, размещенной на сайте АРОО «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников», в разделе «Новости», и провести конференции в своих сестринских коллективах. ☺



Лариса Алексеевна ПЛИГИНА,
президент АРОО
«Профессиональная
Ассоциация средних
медицинских работников»

Выражаю надежду на вашу заинтересованность в изучении опыта работы коллег и применении его на практике в сестринских коллективах ЛПО.



Нормируется ли какими-либо документами состав наполнителя подушек в хирургических отделениях?

В приложении 1 действующего до настоящего времени приказа Минздрава СССР от 15.09.1988 №710 «Об утверждении табелей оснащения мягким инвентарем больниц, диспансеров, родильных домов, медико-санитарных частей, поликлиник, амбулаторий» перечислено оснащение медицинских организаций мягким инвентарем, в обязательный перечень постельных принадлежностей которого включены перьевые подушки (раздел II приложения).

Кроме того, при использовании постельных принадлежностей в медицинских организациях следует руководствоваться следующими положениями действующего законодательства.

Постельные принадлежности как медицинские изделия (медицинские изделия из текстильных и иных материалов), в соответствии с п.8.9.2 главы I СанПин 2.1.3.2830-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность», должны иметь в установленном законом порядке документ, подтверждающий его безопасность для использования в медицинской и фармацевтической деятельности.

Согласно разделу 10 главы 3 и разделу 18 «Единых санитарно-эпидемиологическому надзору (контролю)», утвержденных Решением Комиссии Таможенного союза от 28.05.2010 №299 (ред. от 13.05.2014), постельные принадлежности должны проходить санитарно-эпидемиологическую и гигиеническую оценку, подтверждающую их соответствие действующему законодательству в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения, и иметь маркировку с указанием области применения товара (изделия), требований по уходу и дезкамерной обработке в соответствии с п.11.20 главы I СанПин 2.1.3.2630-10.

Подушки для хирургических отделений должны в процессе использования подвергаться промышленной

чистке, сушке, промывке, антиаллергенной обработке, камерному обеззараживанию вещей по паровоздушному методу: перо проходит через две камеры - в первой происходит отсос пыли и мусора, во второй - обработка паром и сушка горячим воздухом, обработку в дезинфекционной пароформалиновой камере и другим методам обработки. И хотя на рынке сегодня широко используются самые разные наполнители для подушек (синтепон, гранулы каучука синтетического ЦИС - изопренового, холлофайбер и другие) в силу их относительной новизны (по сравнению с пухо-перьевыми наполнителями) и невозможности предсказать их поведение при многократной дезинфекционной обработке при высокой температуре, отсутствие соответствующих ГОСТов на наполнители, лечебно-профилактические учреждения должны отдавать предпочтение подушкам пухо-перьевым.

Существуют ли на сегодня тесты для контроля качества камерной дезинфекции?

Такие тесты действительно существуют. Порядок организации данной работы, в том числе описание тестов для биологического контроля, правила их приготовления, а также особенностей размещения тест-объектов, изложены в документе «Контроль дезинфекционных камер. Методические указания. МУК 4.2.1035-01», утвержденном Главным государственным санитарным врачом РФ 23.05.2001 году (далее - МУК).

Согласно п.6.2 этого документа «индикаторами биологического контроля эффективности дезинфекции вещей в камерах служат инсулиновые флаконы с сухими культурами бактерий (индикатор биологический БИК-ИЛЦ)». При этом, согласно п.5.1 «эталоны бактериологического контроля надежности обеззараживания вещей в камере служат следующие культуры:

◆ при обработке вещей из очагов инфекций, вызванных непорообразующими микробами - золотистый стафилококк (*Staphylococcus aureus*), штамм 906;

◆ при обработке вещей из очагов туберкулеза - непатогенная микобактерия (*Mycobacterium*), штамм В-5;

◆ при обработке вещей из очагов инфекций, вызванных спорообразующими микробами, - культура *Bacillus cereus*, штамм 96, в спорной форме (антракоид).

Данные тест-объекты могут готовиться в профильных микробиологических лабораториях или выпускаться промышленным способом.

Не следует также забывать, что основными (повседневными) методами контроля камерной дезинфекции являются методы технического и термического контроля. Правила применения данных методов изложены в этих же МУК.

Какой сертификат должна иметь медицинская сестра для работы в эндоскопическом кабинете?

Сертификат должен быть изготовлен по единому образцу в установленном законодательством Российской Федерации порядке в соответствии с Техническими требованиями и условиями изготовления защищенной полиграфической продукции, утвержденными нормативными документами.

Приказ Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 №541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» не определяет требования к квалификации специалиста, работающего на должности медицинской сестры эндоскопического кабинета.

Однако в приложении к приказу Минздрава России от 05.06.1998 №186 «О повышении квалификации специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием» в графе «Наименование должности» указывается должность «Медицинская сестра эндоскопических отделений (кабинетов)». И для данной должности утверждается тематика цикла повышения квалификации «Современные аспекты сестринского дела при эндоскопии», который, в свою очередь, относится к специальности «операционное дело».



Как правильно утилизировать просроченный калия перманганат?

Согласно постановлению Правительства РФ от 30.06.1998 №681 «Об утверждении перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации» калия перманганат относится к Таблице III Списка IV прекурсоров, оборот которых в Российской Федерации ограничен и в отношении которых допускается исключение некоторых мер контроля. В частности, контролю подлежит отчетность о деятельности, связанной с оборотом прекурсоров, лицензирование внешнеторговых операций, установление требований по обеспечению безопасности деятельности, связанной с оборотом прекурсоров, и исключению доступа к ним посторонних лиц, регистрация в специальных журналах любых операций с прекурсорами. Деятельность, связанная с уничтожением калия перманганата, не регулируется Федеральным законом от 08.01.1998 «З-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах». В связи с этим калия перманганат подлежит уничтожению как обычный лекарственный препарат. Недоброкачественные лекарственные средства уничтожаются согласно требованиям ст.59 гл.11 Федерального закона от 12.04.2010 №61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» (с изменениями и дополнениями) организациями, имеющими соответствующую лицензию, на специально оборудованных площадках, полигонах и в специально оборудованных помещениях с соблюдением требований в области охраны окружающей среды в соответствии с законодательством Российской Федерации. Поэтому, для того чтобы правильно утилизировать калия перманганат с истекшим сроком годности, необходимо заключить договор с организацией, имеющей лицензию на уничтожение лекарственных средств (класс Г). ☺

Рекомендации для пациентов с брекет-системой

Пациенты, находящиеся на лечении брекет-системой, должны уделять особое внимание уходу за полостью рта и аппаратурой.

Также такие пациенты должны выполнять **ряд требований при приёме пищи**. К ним относятся:

- ▶ необходимость чистить зубы не только утром и вечером, как раньше, но и после каждого приёма пищи;
- ▶ необходимость чистить зубы 2-3 минуты, уделяя особое внимание месту соприкосновения брекетов с зубами.

Помимо обычной зубной щётки вам понадобятся **специальные средства по уходу за брекетами**: специальная зубная щётка по уходу за брекетами с V-образным вырезом по щетине; зубные нити; ёршики; флосы.

Что касается употребления пищи, то **не следует употреблять:**

- ▶ *жесткую или грубую пищу*, потому что можно травмировать брекет-систему;
- ▶ *холодную и горячую пищу*, вызывающую нарушение функций в месте сцепления брекетов;
- ▶ *газированные напитки* обладают высокой кислотностью, которая может повредить эмаль зубов или оставить на них след;

▶ *липкую пищу*, так как она может прилипнуть к отдельным брекетам.

Помните, что ношение брекетов - это дело временное, хотя и долгое: около 1,5-2 лет. От того, насколько грамотно и качественно будет осуществлён самостоятельный уход за брекетами, и будет зависеть эффективность лечения. ☺



Ольга Юрьевна КЛОПОВА,
медицинская сестра,
ортодонтический кабинет,
КГБУЗ «Детская
стоматологическая
поликлиника №2,
г.Барнаул»,
член ПАСМР с 2014 года



Стоматологическое здоровье беременных



Елена Сергеевна КЛЕПИКОВА,
главная медицинская сестра, КГБУЗ «Детская стоматологическая поликлиника №2, г.Барнаул», член ПАСМР с 2004 года

Здоровье матери во время беременности влияет на развитие зубов ребенка, особенно в период шестой-седьмой недель, когда начинается процесс закладки зубов.

Уже в ранние сроки беременности происходит ухудшение состояния твёрдых тканей зубов, пародонта на фоне неудовлетворительного гигиенического состояния полости рта и сдвиг в составе ротовой жидкости. Это говорит о том, что **необходимо проводить профилактические мероприятия на протяжении всего срока беременности.**

Одним из условий полноценного развития зубов у ребёнка является рациональное питание будущей матери в период беременности. Оно должно быть не обильным, но полноценным. В рацион должны входить продукты, богатые минеральными солями, витаминами, белками, жирами и углеводами. Женщине во время беременности рекомендуется четырехразовое питание.

В периоды беременности и кормления грудью повышается потребность в кальции. В настоящее время существует множество препаратов кальция, но остановить свой выбор необходимо на тех, в которые включена форма легкоусвояемого кальция. К ним относятся препараты, полученные из костей животных, раковин морских моллюсков и яичной скорлупы.

На нарушение полноценного формирования зубочелюстной системы могут влиять наличие экстрагенитальной



патологии у матери, осложнения беременности (токсикозы первой и второй половины), а также стрессовые ситуации во время беременности.

Плановая санация ротовой полости во время беременности необходима с целью сохранности общего здоровья матери и тем самым создания наиболее благоприятных условий для развития плода.

Женщина во время беременности должна посетить стоматолога не менее трех раз, даже если её ничего не беспокоит.

При первом посещении (обычно на 6-8 неделях) проводятся стоматологическое обследование, контролируемая чистка зубов, беседа о необходимости профилактики для улучшения здоровья полости рта, как самой женщины, так и ее будущего ребенка.

При втором посещении на сроке 16-18 недель рекомендуются определение индекса гигиены, профессиональная чистка зубов.

Во время следующего посещения при сроке 26-28 недель определяется гигиенический индекс, проводятся контролируемая чистка зубов, профессиональная гигиена полости рта.

При заключительном посещении (на сроке 36-38 недель) проводятся профессиональная гигиена, беседа по предупреждению стоматологических заболеваний у ребенка.

Лечение и удаление разрушенных зубов следует проводить до беременности, если же этого не произошло, то лучше в срок до трех-шести месяцев беременности. ☺

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

На правах рекламы



Физические нагрузки - зачем они?

Одна из зимних примет - это снижение физической активности большинства людей. Даже лыжные прогулки и походы на каток откладываются с лёгким сердцем «на потом». Потребность людей в двигательной активности и их понимание необходимости занятий физкультурой стало темой пресс-конференции с участием ведущих специалистов в области краевой спортивной медицины, детского и взрослого здоровья.

На вопросы собравшихся отвечали **Татьяна Викторовна ЛУКАШИНА**, врач высшей категории по лечебной физкультуре и спортивной медицине, главный врач КГБУЗ «Алтайский лечебно-физкультурный диспансер»; **Лариса Григорьевна УЛЬЯНОВА**, врач высшей категории по лечебной физкультуре и спортивной медицине, КГБУЗ «Алтайский лечебно-физкультурный диспансер»; **Марина Анатольевна КОЛЕСНИКОВА**, заведующая Центром здоровья КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница».

Т.В. Лукашина: К сожалению, двигательная активность особенно взрослого населения в современном мире очень низкая. Так, на

ежедневную ходьбу горожанин тратит не более 10% времени, причем чаще всего это лишь переходы от дома до остановки, до магазина и прочее. Около 20% взрослых людей (пятая часть!) занимаются физкультурой в спортивных залах. При этом практически всё население с детского возраста имеет проблемы с состоянием костно-мышечной системы, что должно являться веским аргументом для начала тренировок.

Дошкольники, школьники и даже студенты регулярно посещают уроки физкультуры, но после окончания вуза картина меняется - обязательность и контроль исчезают, и двигательная активность снижается в разы.

Президент России этот год объявил Годом борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями. По статистике, растёт смертность от инсультов, инфарктов, острой коронарной недостаточности среди достаточно молодых людей, в частности, мужчин. И одна из целей занятий фитнесом, оздоровительной физкультурой - уйти от этих заболеваний. Можно найти спортзал с учётом любых потребностей: рядом с домом, местом работы, дешевле или дороже... Существует множество фитнес-клубов, спортивных и оздоровительных залов, где можно заняться любой проблемой здоровья. Считаю, что при грамотном подходе и грамотном инструкторе, ещё лучше - при консультации спортивного врача и врача по лечебной физкультуре, в тренажерном зале **можно добиться положительного эффекта при любом заболевании.** Следует помнить, что **противопоказаний к занятиям физкультурой нет, есть противопоказания к выполнению определенных упражнений.**

Да, почти каждому из нас тяжело втянуться в занятия, - и это нормально. Следует хотя бы три недели заставлять себя не пропускать тренировки, а потом желание пойти в зал появится само. Максимум через три месяца, обычно через полтора, организм начинает вырабатывать гормон удовольствия от выполнения физических нагрузок.

Отдельного внимания заслуживают цели занятий, которые чаще всего преследуют наши граждане. Как правило, их интересует внешняя сторона вопроса: женщины мечтают похудеть, мужчины - «получить» бицепсы и трицепсы. Редко заботимся именно о здоровье. Доказано, что **при занятиях физкультурой компенсаторные возможности организма растут даже при таком серьезном заболевании, как гипертоническая болезнь.** С помощью определенных



аэробных, не высокоинтенсивных, интервальных тренировок можно добиться снижения артериального давления.

При посещении спортивного зала мы стараемся придерживаться правильного питания. Таким образом, правильно питаясь, мы снижаем риск заболеваний со стороны эндокринной и сосудистой систем. Идя в спортзал, мы также настраиваемся на позитив. Поэтому «убираем» стрессовые ситуации, которые вокруг нас, проживаем их иначе. А в комплексе всё вышперечисленное приводит к улучшению не только здоровья, но и работоспособности и настроения.

- Как самостоятельно контролировать допустимый уровень физической нагрузки?

Т.В. Лукашина: Все критерии даже в спорте высших достижений основываются на измерении пульса - частоты сердечных сокращений (ЧСС). Есть элементарная формула: **220 минус ваш возраст, результат умножаем на 0,8.** Полученное число - это та оптимальная ЧСС, за которую выходить нежелательно.

Еще один важный показатель - артериальное давление. **Самая адекватная реакция на физическую нагрузку происходит тогда, когда верхнее, систолическое, давление растёт, а диастолическое (нижнее) - падает.** Но эти изменения не должны превышать 5-10 единиц при невысокоинтенсивных занятиях для негипертоника. Если человек пришёл на тренировку с исходным повышенным давлением, тогда это является противопоказанием для занятий.

Большой проблемой становятся те, кто форсирует тренировки: чуть ли не в первое занятие сразу же садятся под большую штангу, считая, что при этом ничего страшного не происходит ни с позвоночником, ни с сосудами. На самом деле такие действия категорически запрещены.

- Можно выделить: где популярнее занятия физкультурой - в городах или сёлах?

Т.В. Лукашина: Как ни странно, в городах, где есть шаговая доступность спортивных клубов и залов, занимаются в процентном соотношении меньше людей, чем в сёлах. Если в селе есть зал, ос-

вещённая хоккейная коробка, то они не пустуют в любое время года. И олимпиады сельских спортсменов доказывают высокий спортивный уровень сельчан.

В то же время пугает **равнодушное отношение человека к своему здоровью.** Есть рекомендации контролировать, насколько выросла силовая выносливость мышц, как стали реагировать пульсовая кривая и кривая давления на физические нагрузки, - а людям это просто не интересно. То есть любому тренеру интересно, что стало с пришедшим к нему на занятия человеком, например, через полгода занятий, но не каждому клиенту это важно.

- Сколько детей в крае имеют различные патологии?

М.А. Колесникова: *Одна половина детей страдает от ожирения и других метаболических нарушений. У другой половины - гипотрофия, то есть дефицит веса.* По последним данным, у 65% школьников можно диагностировать *гиподинамию.* Считаем, что уроков физкультуры, даже трех в неделю, абсолютно недостаточно. Но многое зависит от муниципального участка, где живет ребёнок. Так, в поселке Южном в Барнауле 75% детей занимаются спортом и танцами, потому что там эти коллективы находятся в шаговой доступности - ребёнок может сам прийти на занятия в течение дня без сопровождения родителей.

Т.В. Лукашина: **На первом месте в Алтайском крае по распространенности стоит патология опорно-двигательного аппарата, на втором - миопия.** Если тренер будет требовать все необходимые медицинские справки ребёнка, то заниматься спортом некому: 5-10% детей - и всё! Спорт подразумевает, что могут быть травмы и нарушения работы каких-то систем организма из-за перенапряжения. А вот для физической активности, физкультуры противопоказаний нет и быть не может.

Бывает и другая крайность - дети ходят в две, а то и в три секции. Это перебор. Давайте заниматься чем-то одним. Если ребёнок на приёме сказал, что не хочет идти на соревнования, для нас это не звонок - колокол.

- Сколько времени нужно заниматься физкультурой, чтобы быть в форме?

Т.В. Лукашина: Это зависит от решаемых задач. **Обычный человек должен заниматься физкультурой не менее трех раз в неделю по 40 минут.** Верхний предел занятий по времени - полтора часа. Хорошо чередовать виды спорта: фитнес, тренажёры, танцы, бассейн. Предпочтительнее занятия под контролем тренера перед выполнением упражнений в домашних условиях.

Л.Г. Ульянова: Нередко к нам обращаются люди, которые поверили какой-либо рекламе и стали делать самостоятельно упражнения. И получили противоположный эффект - спина болит, колени не работают и т.д. Почему это произошло? **Все вопросы, касающиеся упражнений, надо решать с врачом,** а не с рекламными роликами. Врач объективно оценивает состояние конкретного человека и понимает последствия выполнения любых упражнений именно у него. Нередко оказывается, что именно это упражнение, вроде безобидное, этому человеку делать нельзя. И часть «запрещённых» упражнений можно просто изменить: убрать груз, выполнять из другого исходного положения. Постепенность даёт желаемые результаты. Терпение и труд обязательно сделают свое дело.

Т.В. Лукашина: Есть достаточно примеров ошибок в выборе упражнений. Женское население массово решает весной похудеть. И вот они побежали по центральному проспекту по асфальту в обуви, абсолютно не приспособленной для спорта. Я уже не говорю об экологии.

Первым шагом должна стать лечебная физкультура. У многих людей предвзятое к ней отношение. И напрасно: после правильного выполнения комплексов упражнений спортсмены высокого уровня выходят красные и мокрые. Есть практика, когда тренеры вместе с детьми приходят проработать комплексы упражнений ЛФК. Им одинаково непросто выполнить их правильно.

При детальном анализе модных направлений: йоги, калланетики и других - оказывается, что они построены на базовых упраж-



нениях ЛФК. Такие виды спорта, как каратэ, футбол активно используют статические упражнения лечебных физкультурных комплексов. В ЛФК ведутся занятия грамотно, дозированно, систематично и постепенно, что даёт колоссальные результаты.

Бег - это сменяющие друг друга фазы полета-приземления, очень нагружающее занятие для суставов и позвоночника. Бег по асфальту имеет одно преимущество - он бесплатный. Но есть бесплатные студенческие тренажерные залы, есть группы здоровья, организованные энтузиастами...

- В какое время суток лучше заниматься спортом?

Т.В. Лукашина: Это зависит от индивидуальных особенностей. Есть люди легко возбудимые, «совы», «жаворонки». Многие мужчины предпочитают утреннее посещение спортивного зала - до работы. Все страны разными путями пришли к необходимости производственной гимнастики.

Наш организм всегда сам подскажет, в какое время лучше идти в спортивный зал. Учитесь его слушать.

- На что следует обратить внимание родителям при выборе вида спорта для ребёнка?

М.А. Колесникова: В каждом возрасте есть своя потребность в двигательной активности. Самая большая - у детей младшего возраста. Мы же постоянно пытаемся их усадить, приводим в детские сады с переполненными группами. Наши дети мало гуляют. Поэтому спортивные секции, конечно, можно только приветствовать.

Я бы рекомендовала **начать выбор вида спорта с посещения педиатра**, лучше - участкового педиатра, который наблюдает этого ребенка несколько лет, знает о перенесенных им заболеваниях.

Ребенку с дисплазией соединительной ткани, с вывихами и подвывихами шейного отдела не рекомендованы травматичные виды спорта. Если ребенок часто болеет простудой, страдает заболеваниями носоглотки, ему не показан бассейн, где придется дышать хлором. Родители часто отдают ребёнка в свой любимый спорт, считая, что так реализуют свои мечты. Это неверно, хотя и не страшно: пер-

вые два года занятий идёт общефизическая подготовка. **Начинать занятия в секции следует после исполнения четырех лет**, когда ребёнок уже адаптирован на коллектив, понимает и выполняет команды, понимает смысл занятий, может правильно работать.

Родителям можно дать следующий совет - **больше времени в выходные дни проводите с ребёнком на свежем воздухе, организовывайте семейные старты.** Как педиатр, я не понимаю долгое освобождение ребенка от уроков физкультуры. Очень мало есть заболеваний, при которых это необходимо. Недавний пример: на приеме - девочка с ожирением, имеющая вегетососудистую дистонию. Мама говорит: «У дочери давление до 120 повышается, она у меня даже пол не моет». Такого не должно быть. Не дело, когда ребёнок только присутствует на уроке физкультуры - сидит на скамейке.

В последнее время устанавливаются тренажеры на улице на детских площадках. Каждое лето происходят случаи травмирования детей. Основная причина - недосмотр родителей и то, что они не объяснили вовремя, как пользоваться тренажерами. Всегда привожу пример: у всех в подъездах стоят металлические двери, но каждый знает, что надо быстро пройти и не травмироваться. Это тот же тренажёр. Поэтому применение любых механических средств для тренировок обязательно требует наблюдения со стороны родителей и обучения правилам техники безопасности.

Т.В. Лукашина: Добавлю о спортивных секциях следующее. Многие родители приводят детей в секции по боевым видам спорта, считая, что это научит их постоять за себя в нужный момент. Это большая ошибка, большое заблуждение. Любой выбор индивидуален. Контактные виды спорта не исключают удары по голове, а большинство детей имеют миопию, сколиоз. И это серьёзная проблема. Тот же **настольный теннис - прекрасный вид спорта**, при котором происходит гимнастика для глаз, нет ударности, резких прыжков, у ребёнка развиваются тонкая координация и мыслительные процессы, активно работает кора головного мозга. Есть виды спорта, в которых у любого ре-

бёнка можно увидеть и развить определённые качества. Мы должны думать о самом ребёнке и его здоровье прежде всего.

М.А. Колесникова: У тренеров есть свои амбиции и видение успехов своих воспитанников. И неперспективных нередко просят покинуть секции. Таких случаев не должно быть.

В прошлом году я была в Пекине и утром шла по парку в храм Неба. Меня поразило количество людей, занимающихся в парке физкультурой, а руководил ими энтузиаст с маленьким магнитофоном. Если бы в нашем городе появились такие волонтеры, - это было бы здорово. В местных парках, в шаговой доступности, на школьных стадионах всегда найдется место для занятий. Не надо быть тренером, надо быть просто энтузиастом, чтобы собрать вокруг себя людей.

Л.Г. Ульянова: В завершение мне бы хотелось вернуться к началу нашего разговора, к главному вопросу: надо заниматься физкультурой или нет? О том, как работает наше сердце, знают все: сокращается мышца - и кровь бежит по сосудам. Однако за счёт работы мышц сердца бежит только артериальная кровь. Венозная кровь, которая собирает все шлаки, двигается иначе. И для её нормального движения нужна работа всех групп мышц. Если человек только лежит и смотрит по телевизору рекламу о замечательных таблетках, возвращающих здоровье суставам, то у него ничего не получится, даже если он купит и будет правильно принимать данный препарат. Он снимет симптомы, не решая саму проблему. Если человек работает, двигается, тогда улучшается кровоснабжение, в том числе и суставов, его самочувствие улучшается. Когда люди мало двигаются, кровь становится вязкой, сердцу труднее ее перекачивать, образуются тромбы, возникают инсульты и инфаркты. Рецепт простой: **не можешь идти в тренажёрный зал, - походи полчаса в день.** Сначала для удовольствия, потом прибавляя скорость, время. **Начать с элементарной ходьбы и затем прибавить к ней комплекс упражнений** - совет, легко выполнимый каждым. Здоровья вам! ☺



Участуйте в марафоне «Поддержим ребенка»!



Узнайте больше
по телефонам
в Барнауле: (8-3852)
66-65-50, 63-30-13

В марте 2009 года стартовал марафон «Поддержим ребёнка», инициированный Губернатором Алтайского края А.Б. Карлиным, который стал одним из самых масштабных совместных проектов власти и Детского фонда.

Распределение средств, поступивших в рамках проведения Марафона, идёт под контролем Общественного попечительского совета по поддержке детей, которым часто необходима высокотехнологичная медицинская помощь. Возглавляет Совет **Яков Наумович ШОЙХЕТ** - известный врач, доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент Российской академии медицинских наук, заслуженный деятель науки РФ, дважды лауреат в области науки и техники Алтайского края.

Марафон проводится в рамках Генерального соглашения между Российским детским фондом и Администрацией Алтайского края, его активно поддерживают все управления, муниципальные органы власти, практически все предприятия промышленности и сельского хозяйства края, банки, индивидуальные предприниматели, организации разных форм собственности. Много отзывчивых людских сердец объединяет Марафон.

С момента старта марафона «Поддержим ребёнка», благодаря усилиям жителей края, на 22 октября 2015 года поступило 58166165 рублей (за период 01-22.10.2015 собрано 3493994 рубля). Для более чем тысячи детей стало возможным получить материальную поддержку и высокотехнологичную медицинскую помощь. В центре внимания оказались глухие дети, дети, страдающие детским церебральным параличом, сахарным диабетом, с редкими (орфанными) заболеваниями, такими, как: буллезный эпидермолиз («дети-бабочки»), мукополисахаридоз, заболевания целиакией и аутизмом. Для больных целиакией были приобретены дорогостоящие продукты питания, а для детей, больных аутизмом, – оборудована комната Монтессори. Приобретаются лекарственные препараты, например, диспорт – для лечения детей с детским церебральным параличом. Из средств Марафона приобретается и современное медицинское оборудование для клиник края.



Участие в марафоне могут принять все желающие, перечислив средства на оказание помощи детям с тяжелыми заболеваниями на расчетный счет Алтайского краевого отделения Российского детского фонда: ИНН 2225018635 КПП 222501001 БИК 040173604 р/с 40703810002140010252 к/с 3010181020000000604. Отделение №8644 Сбербанка России г.Барнаул, с пометкой: «Благотворительные пожертвования на марафон «Поддержим ребенка».



Движение - жизнь!



Прими участие
в краевом месячнике
здорового образа жизни
**"Мы - здоровое
поколение!"**
1 ноября - 1 декабря
2015 года

