

ALMA MATER

Издание ученого совета Института повышения квалификации специалистов здравоохранения

Выходит с 2002 г.

№ 5 (115) 14 мая 2013 г.

С Днем Победы

**9
МАЯ**

В НОМЕРЕ:

<i>Память в датах.....</i>	<i>3</i>
<i>К Международному дню медицинской сестры.....</i>	<i>4</i>
<i>Коллеги пишут</i>	
<i>Лахтина Е.Г., Белозерова Е.И., Андриенко Т.А., Фролов С.С.</i>	
<i>Центр здоровья как фактор снижения заболеваемости населения.....</i>	<i>7</i>
<i>Смолякова Г.П.</i>	
<i>Зрение и цивилизация. Как совместить?</i>	<i>10</i>
<i>Коленко О.В.</i>	
<i>Что нужно знать о сахарном диабете?..</i>	<i>12</i>
<i>Вопросы стоматологии</i>	
<i>Цвигунова М.Д., Коренева И.А., Серпова О.А.</i>	
<i>Актуальность использования жевательной резинки. Показания и противопоказания.....</i>	<i>13</i>
<i>Полезные советы</i>	
<i>Имховик М.В.</i>	
<i>Бросайте курить.....</i>	<i>16</i>
<i>Красноярская И.А.</i>	
<i>Поллиноз.....</i>	<i>17</i>
<i>Колодная С.Н.</i>	
<i>Профилактика остеопороза.....</i>	<i>19</i>
<i>Соловьева Ю.Б.</i>	
<i>Правда о контактных линзах.....</i>	<i>21</i>
<i>Неврычева Е.В.</i>	
<i>Кое-что о пиве.....</i>	<i>23</i>
<i>Библиотечная орбита.....</i>	<i>25</i>
<i>Информация, события.....</i>	<i>25</i>
<i>Это интересно.....</i>	<i>28</i>
<i>От чистого сердца.....</i>	<i>30</i>
<i>Поэзия.....</i>	<i>31</i>
<i>Поздравления.....</i>	<i>32</i>



XII МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС

«ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА – ОСНОВА СОВРЕМЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ:
ПРОФИЛАКТИКА В МЕДИЦИНЕ И ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ»,
посвященный 155-летию г. Хабаровска
и 75-летию со дня образования Хабаровского края

28 мая ФОРУМ «РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ХАБАРОВСКОГО КРАЯ» ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ 10.00 – 13.00, актовый зал ИПКСЗ	
29 мая ОТКРЫТИЕ XII МЕЖДУНАРОДНОГО КОНГРЕССА «ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА – ОСНОВА СОВРЕМЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ПРОФИЛАКТИКА В МЕДИЦИНЕ И ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ» ПЕРВОЕ ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ 10.00 – 12.30, актовый зал ИПКСЗ	
ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ, ОКРУЖАЮЩАЯ СРЕДА И ЗДОРОВЬЕ 13.30 – 17.00, актовый зал ИПКСЗ	ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА 13.30 – 17.00, лекционный зал ИПКСЗ
30 мая	
ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ПЕДИАТРИЯ И НЕОНАТОЛОГИЯ 10.00 – 16.00 Лекционный зал ИПКСЗ	ПРИКЛАДНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ: КЛИНИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И СПИД-АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ 10.00 – 13.00, актовый зал ИПКСЗ
31 мая	
СЕКЦИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАТОЛОГИИ, ПРОБЛЕМА БОЛИ В МЕДИЦИНЕ 10.00 – 15.00, лекционный зал ИПКСЗ	ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ, СОХРАНЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ КОРЕННЫХ МАЛОЧИСЛЕННЫХ НАРОДОВ СЕВЕРА Научно-практическая конференция и круглый стол 10.00 – 13.00, актовый зал ИПКСЗ
КОНКУРС МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ 09.00 – 12.00, аудитория 122 ИПКСЗ	
ЗАКРЫТИЕ КОНГРЕССА ВТОРОЕ ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ, ПРИНЯТИЕ РЕЗОЛЮЦИИ 15.00, актовый зал ИПКСЗ	
В РАМКАХ КОНГРЕССА	
15 мая СЕКЦИЯ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА 10.00 – 13.00, актовый зал ИПКСЗ	16 мая ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ Научно-практическая конференция 10.00 – 14.00, лекционный зал ИПКСЗ
20 мая СЕКЦИЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ 10.00 – 13.00, аудитория 127 ИПКСЗ	27–28 мая СЕКЦИЯ ОНКОЛОГИИ, ОНКОГЕМАТОЛОГИИ 27 мая 09.30 – 14.00, актовый зал ККЦО 28 мая 10.00 – 14.00, лекционный зал ИПКСЗ
10 июня РЕГИОНАЛЬНЫЙ ФОРУМ «ЭКОЛОГИЯ МОЗГА» 8.30 – 14.00, лекционный зал ИПКСЗ	

ПАМЯТЬ В ДАТАХ

ИЮНЬ

В июне солнце высоко и с утра до вечера далеко.
Июньские ночи воробьиного носа короче.
Пришел июнь-разноцвет – от работы отбоя нет.
Проводит июнь на работу, отобьет от песен охоту.

В июне исполняется:

- 400 лет со дня вступления на престол русского царя Михаила Романова (1613).
- 105 лет назад в Восточной Сибири упал гигантский метеорит, названный Тунгусским (1908).
- 50 лет первому полету женщины-космонавта В.В. Терешковой в космос (1963).
- 45 лет Хабаровскому государственному институту искусств и культуры (1968).
- 95 лет назад состоялся первый выпуск Николаевского-на-Амуре родовспомогательного учебного заведения (1918).

1 июня

Международный день защиты детей
70 лет Городской больницы № 3 г. Комсомольска-на-Амуре (1943)
60 лет ассистенту кафедры клинической лабораторной диагностики ИПКСЗ МЗ Хабаровского края Нине Михайловне Климович (1953)

2 июня

20 лет назад на основании решения Малого Совета Хабаровского краевого совета народных депутатов образован Хабаровский ФОМС (1993)

4 июня

Международный день невинных детей – жертв агрессии

5 июня

Всемирный день окружающей среды
День эколога
115 лет со дня рождения испанского поэта и драматурга Федерико Гарсиа Лорки (1898–1936)

6 июня

Пушкинский день России
День русского языка (отмечается ООН)
110 лет со дня рождения российского композитора Арама Ильича Хачатуряна (1903–1978)

7 июня

165 лет со дня рождения французского художника Поля Гогена (1848–1903)

8 июня

День социального работника
Всемирный день океанов
75 лет со дня рождения главного дирижера и художественного руководителя Дальневосточного симфонического оркестра, заслуженного деятеля искусств РФ, народного артиста РФ, почетного гражданина г. Хабаровска Виктора Зигфридовича Тица (1938–2006)

9 июня

Международный день друзей

10 июня

100 лет со дня рождения российского композитора Тихона Николаевича Хренникова (1913–2007)

12 июня

День России

80 лет назад в г. Комсомольске-на-Амуре состоялась закладка первого цеха завода им. Ленинского комсомола, ныне ООО «Амурский судостроительный завод». Этот день отмечается как день рождения города (1933)

13 июня

Вознесение Господне

14 июня

Всемирный день донора крови

15 июня

170 лет со дня рождения норвежского композитора Эдварда Грига (1843–1907)

16 июня

День медицинского работника

17 июня

Всемирный день борьбы с опустыниванием и засухой
110 лет со дня рождения русского поэта, драматурга Михаила Аркадьевича Светлова (1903–1964)

19 июня

60 лет доценту кафедры инфекционных болезней и дерматовенерологии ИПКСЗ МЗ Хабаровского края, кандидату медицинских наук Алле Владимировне Некипеловой (1953)

20 июня

25 лет назад в г. Хабаровске введен в эксплуатацию филиал ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова»

22 июня

День памяти и скорби – 72 года со дня начала Великой Отечественной войны и обороны Брестской крепости (1941)
115 лет со дня рождения известного немецкого писателя Эриха Марии Ремарка (1898–1970)

23 июня

Международный Олимпийский день
День Святой Троицы (Пятидесятница)

24 июня

90 лет назад в г. Хабаровске создана Приамурская губернская психиатрическая больница, ныне Краевая психиатрическая больница министерства здравоохранения Хабаровского края (1923)
Праздник Ивана Купалы – день летнего солнцестояния

ПАМЯТЬ В ДАТАХ

25 июня

День дружбы и единения славян

26 июня

Международный день борьбы со злоупотреблением наркотиками и их незаконным оборотом

27 июня

День молодежи

Всемирный День рыболовства

60 лет Детской городской больницы г. Комсомольска-на-Амуре (1953)

29 июня

Памятная дата России – День партизан и подпольщиков

30 июня

День изобретателя и рационализатора

105 лет со дня рождения доктора медицинских наук, профессора, заведующей кафедрой нервных болезней ХГМИ (до 1969 г.) Валентины Михайловны Кантер (1908–1979)

Информация предоставлена заведующей сектором библиографической аналитики научной библиотеки ИПКСЗ Т.А. Щербаковой

К МЕЖДУНАРОДНОМУ ДНЮ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ



*Понятие негаснущей надежды,
Понятие участия и добра,
С тобой и ныне связаны, как прежде
Заботливая наша медсестра.
Ты помогала, ты в бок спасала,
Ты шла вперед, на теплоту цедра.*

*И все сначала снова начинала,
спеша на зов: «Скорее, медсестра!»
Приняв благоговейно эстафету,
Сегодня ты мудрее, чем вчера,
Прямых дорог тебе, большого света
Победы всех недугов, медсестра!*

Уважаемые медицинские сестры!

Ежегодно 12 мая отмечается Международный день медицинских сестер.

Нет более почетного занятия, чем спасать человеческие жизни. Медицинская сестра – это человек, который принимает непосредственное участие в лечении больного. Именно на ее плечи ложится вся тяжелая медицинская работа.

Войны, катастрофы, экстренные ситуации – первыми, кто реагирует, конечно же, будут сестры милосердия. Они принимают на себя весь удар и с достоинством и упорством выполняют свое дело. За эти заслуги международным советом был утвержден официальный день этих героических людей, который принято отмечать 12 мая.

Не секрет, что даже в мирное время они совершают настоящие подвиги, достойные восхищения, поэтому все люди Земли очень уважают и ценят труд медицинских сестер. Работа медсестер всегда была необходимым условием развития медицины и оказания эффективной медицинской помощи.

И сегодня наши медицинские сестры остаются верными своему призванию: изо дня в день работают с тяжелобольными, иногда обреченными людьми, помогают и в операционной, и в больничной палате, ухаживают за престарелыми и инвалидами. Для всего этого нужна не только высокая профессиональная подготовка, но также доброта и бесконечное терпение.

Труд медицинских сестер очень сложно переоценить. Эти самоотверженные медицинские работники помогают врачам в нелегком труде охраны здоровья людей и всегда стоят на страже интересов больных. Раньше их называли сестрами милосердия, ведь именно эти женщины утешали тяжелобольных и раненых. Сегодня они стали просто медицинскими сестрами, но суть профессии от этого не изменилась.

Порой труд медсестер кажется простым и незамысловатым, но это не так! Медицинские сестры терпеливы и вежливы, даже тогда, когда им приходится

ассистировать во время сложных операций. От их грамотных и точных действий зависит исход операции и, нередко, человеческая жизнь! В любое время они готовы прийти на помощь пациенту и оказать квалифицированную помощь. Но и этого мало, здесь надо быть искренним, трудолюбивым и добрым человеком – ведь пациенты тоже бывают разные.

Сдержанность и терпеливость – вот основа медицинской профессии, на этих качествах держится медицина. Сегодня профессия медсестры стабильно входит в тройку самых уважаемых. Сестринское дело – это самостоятельная наука и самостоятельная профессия. Но все без исключения медицинские специалисты должны владеть знаниями и навыками ухода за больными. Настоящая медсестра, помимо профессиональных навыков, должна обладать богатой, доброй душой. Ведь нам всем так не хватает в этой жизни чьего-то сочувствия, сопереживания.

Ведь пациентам иногда так важны не таблетки, розданные хладнокровной рукой, и не градусник подмышкой в назначенное время, а теплый взгляд, доброе слово.

Уважаемые медицинские сестры, поздравляю и благодарю вас, представителей одной из самых гуманных профессий, с Международным днем медицинской сестры! Примите пожелания новых профессиональных достижений и искреннюю благодарность за ваш нелегкий труд, гуманизм, милосердие и готовность в любую минуту прийти на помощь пациентам! Искренне желаю вам терпения в нашем нелегком труде, крепкого здоровья, уважения и большого личного счастья!

**С наилучшими пожеланиями,
декан ФПК и ППСМРиФ И.В. Ткаченко**

Страница: <http://www.vampodarok.com>



ПОКОЙ ЕЙ ТОЛЬКО СНИТСЯ

В 2013 году исполняется 90 лет нашей дорогой, многоуважаемой

Раисе Фёдоровне Астафьевой

Раисе Фёдоровне было 18, когда началась война. Как и многие ее сверстники, она ринулась в военкомат, но попасть на фронт девушке удалось только после окончания краткосрочных медицинских курсов. Раиса получила направление в хирургический полевой госпиталь, с которым прошла от Сочи до венгерского города Папы. Нелегким был этот путь. Ведь сегодня большинство представляет стационар больницы типа или эшелон с красным крестом на вагонах, как в фильме «На всю оставшуюся жизнь». Из же госпиталь был большим обозом, который искал пристанище в любой, даже разбитой фашистами деревне. Приходилось работать и перевязочной, и эвакуи-



ационной сестрой. Раненых принимали прямо с поля боя. Сами рубили нары, сверху натягивали палатки – и готово. Госпиталь был рассчитан на 250 раненых, а они принимали до двух тысяч. Об отдыхе некогда было и думать. Пока кормила бойцов, сама хлеба перехватит, бывало где-нибудь полчаса прикорнет – и снова к раненым. Пригорюнившись, она вспоминает те дни, когда, утопая в грязи, девушки мерили непролазные дороги опаленной боями Украины. На весь госпиталь – одна «полторка». Это позднее уже, когда перешли в наступление, появились у них трофейные машины.

Однажды, когда наши освободили Краснодар, она получила боевое



В начале пути (Р.Ф. Астафьева – нижний ряд, справа)



Годы фронтовые... (третья справа в верхнем ряду)

крещение: прямо перед ней взорвался снаряд, осколок которого она носила потом, как талисман, в вещмешке. Но ее нельзя было ранить, смеется она, потому что у нее кровь первой группы – во фронтовых условиях лучшего донора не найти.

Многое пришлось повидать. Даже раненых военнопленных принимали и лечили. Конечно, это не вызывало восторга, «но ведь служба милосердия», говорит она.

Особенно запомнилось, как в октябре сорок четвертого их госпиталь перебросили в Югославию на помощь партизанам, где они принимали народных мстителей со всех окрестных гор. Бесконечной вереницей

шли местные жители, несли фрукты и домашнюю пищу, чтобы поддержать здоровье партизан и братски поблагодарить. День Победы Раиса Фёдоровна встретила в венгерском городе Папа. В 12 часов ночи вдруг раздалась салютная стрельба. Раненые, кто как мог, выбрались во двор, не скрывая слез радости.

После войны 46 лет проработала в ГУЗ «Городская психиатрическая больница» медсестрой. Была, как и в молодые годы, энергична, бодра, весела, плохого настроения у нее просто не бывало. Как и прежде, всей душой стремилась помочь больному в его скорейшем выздоровлении. Она всегда и во всем была примером.

Сейчас Раиса Фёдоровна на заслуженном отдыхе. Но покой ей только снится. Даже при одолеваяющих хворях продолжает бороться с ними: ежедневная гимнастика, уборка квартиры, песни поет. А сколько в ее книжечке адресов родных и близких друзей! Всех поздравит с праздником и днем рождения. И когда она это все успевает? Диву даешься!

Раиса Фёдоровна награждена орденом Отечественной войны II степени, медалью Жукова, «За победу над Германией», «За освобождение Будапешта», «За оборону Кавказа», юбилейными медалями, она почетный донор.

У нее двое детей, четверо внуков и семь правнуков.

Вот такая она, наша дорогая Раиса Фёдоровна!

А.В. Аносова,
старшая медицинская сестра,
М.А. Сегренёва,
социальная медицинская сестра,
КГБУЗ «Краевая психиатрическая больница»



За работой

РАВНЕНИЕ НА ЛУЧШИХ



Ерёмина Галина Викторовна
работает на Станции переливания крови в г. Хабаровске. В 1972 году

двухгодичных курсов медицинских сестер Союза обществ Красного Креста и Красного Полумесяца СССР переведена на должность операционной медицинской сестры выездной бригады отделения заготовки крови. С 1994 года работает в должности процедурной медицинской сестры отделения комплектования донорских кадров, имеет высшую квалификационную категорию по специальности «Сестринское дело».

За время работы в учреждении (49 лет) овладела всеми методами заготовки крови в выездных и стационарных условиях, переработки донорской крови на компоненты. Является наставником молодых специалистов, пользуется уважением в коллективе. Галина Викторовна ведет всю учетно-отчетную меди-

цинскую документацию отделения, контролирует работу младшего персонала, выполняет все требования санитарно-эпидемиологического режима. Освоила работу в автоматизированной информационной системе трансфузиологии «АИСТ» со штрихкодированием компонентов донорской крови. Осуществляет обследование доноров (забор крови) на инфекционные агенты, групповую и резус-принадлежность.

Инициативный и грамотный сотрудник, Ерёмина Г.В. постоянно овладевает новыми знаниями, участвует в работе конференций и семинаров, выступает с докладами на семинарах для медицинских сестер учреждения.

Ассоциация медицинских сестер Хабаровского края



КОЛЛЕГИ ПИШУТ

ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ КАК ФАКТОР СНИЖЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ

В целях реализации комплекса мер, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, и во исполнение приказа МЗ СР РФ от 19 августа 2009 г. № 597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака» на базе Поликлиники № 1 КГБУЗ «Городская

больница № 2» г. Комсомольска-на-Амуре открыт центр здоровья (ЦЗ). На основании приказа МЗ СР РФ от 16 марта 2010 г. № 152н «О мерах, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака» было приобретено необходимое оборудование, а персонал ЦЗ прошел обучение по специальным программам.

В задачи ЦЗ входит:

- информирование населения о вредных и опасных факторах для здоровья человека; пропаганда здорового образа жизни, профилактика возникновения и развития факторов риска различных заболеваний (курение, алкоголь, гиподинамия и др.) и формирование у граждан ответственного отношения к своему здоровью и здоровью своих детей и близких;
- формирование у населения принципов «ответственного родительства»;
- обучение граждан, в том числе детей, гигиеническим навыкам и мотивирование их к отказу от вредных привычек, включая помощь в отказе от потребления алкоголя и табака;
- обучение граждан эффективным методам профилактики заболеваний с учетом возрастных особенностей;
- динамическое наблюдение за пациентами группы риска развития неинфекционных заболеваний;
- оценка функциональных и адаптивных резервов организма с учетом возрастных особенностей, прогноз состояния здоровья;
- консультирование по сохранению и укреплению здоровья, включая рекомендации по коррекции питания, двигательной активности, занятиям физкультурой и спортом, режиму сна, условиям быта, труда (учебы) и отдыха;
- разработка индивидуальной программы по ведению здорового образа жизни, в том числе с учетом физиологических особенностей детского возраста;
- осуществление мониторинга реализации мероприятий по формированию здорового образа жизни, факторов риска развития заболеваний.

Центр здоровья является структурной единицей Политехнической № 1, но обслуживает все взрослое население г. Комсомольска-на-Амуре и детское население Ленинского округа. Согласно обслуживаемому населению, рассчитаны и объемные показатели. В 2010 году для более полного охвата населения в ЦЗ был закуплен дополнительный комплект оборудования и сформирована бригада для работы на выездках. Это позволило проводить полноценные осмотры в школах и на промышленных предприятиях. Выполнение плана посещений возросло с 70 % до 118 % (табл. 1).

Первоначально в структуру ЦЗ входили:

Регистратура, где заполнялась карта ЦЗ (форма 025-ЦЗ/у) и проводились психологические тесты.

Кабинет функциональной диагностики – здесь проводили антропометрию, ангиологический скрининг, компьютеризированный скрининг сердца (экспресс-оценка состояния сердца по ЭКГ-сигналам от конечностей), биоимпедансометрию (процентное соотношение воды, мышечной и жировой ткани).

Кабинет лабораторной диагностики – выполнялась спирометрия, определение уровня глюкозы и холестерина в крови, уровня угарного газа в выдыхаемом воздухе с определением карбоксигемоглобина в крови.

Таблица 1
Выполнение плана объемных показателей в динамике

Показатель	2010	2011	2012
План посещений	12 000	12 000	12 000
Фактическое число посещений	8396	12 285	14 222
% выполнения плана	70 %	102,4 %	118,5 %

Таблица 2
Структура посещений

Специалист	2010 г.	2011 г.	2012 г.
Терапевт	4756	5765	10252
Педиатр	2787	6353	3622
Гигиенист стоматологический	–	6543	9119
Офтальмолог	–	–	3820

Кабинет врача, где был организован сбор анамнеза заболеваний и образа жизни. И проводились врачебные консультации по результатам обследования, составлялись индивидуальные программы по здоровому образу жизни.

В 2011 году был открыт кабинет гигиениста стоматологического, а в 2012 г. – офтальмологический кабинет. Это изменило структуру посещений (табл. 2).

Появились новые виды посещений, такие как гигиенист стоматологический и офтальмолог, удельный вес которых составил соответственно 34,0 % и 14,2 %.

Увеличение объемов работы и изменение структуры посещений не повлияло на качественные показатели ЦЗ.

Увеличился удельный вес пациентов, признанных здоровыми, с 27,6 % до 33,2 %, соответственно уменьшилась доля пациентов с выявленными факторами риска (табл. 4).

Аналогичная картина отмечается и среди детского населения (табл. 5).

Проводимые ЦЗ мероприятия позволили снизить заболеваемость как среди взрослого населения, так и среди детей (табл. 3).

Таблица 3
Заболеваемость взрослого и детского населения на 1000 населения за 2010–2012 гг.

	2010	2011	2012
Взрослое население	390,4	363,0	345,6
Детское население	2142,4	2048,8	1864,1

Таблица 4
Динамика качественных показателей взрослого населения

Показатель	2010		2011		2012	
	Всего	Уд. вес	Всего	Уд. вес	Всего	Уд. вес
выявлено здоровыми	1412	27,6	1312	22,1	3513	33,2
выявлено с факторами риска	3688	72,4	4606	77,9	7072	66,8
назначены индивидуальные планы по здоровому образу жизни	4756	93,2	5928	100	10585	100
направлено к врачам-специалистам	3688	72,4	4606	77,5	7072	66,8
направлено в стационар	0	0	6	0,4	0	0
осмотрено всего	5100	100	5928	100	10 585	100

Таблица 5
Динамика качественных показателей детского населения

Показатель	2010		2011		2012	
	Всего	Уд. вес	Всего	Уд. вес	Всего	Уд. вес
выявлено здоровыми	1752	58	1971	31	1375	37,8
выявлено с факторами риска	1268	42	4386	69	2262	62,2
назначены индивидуальные планы по здоровому образу жизни	2787	92,3	6357	100	3637	100
направлено к врачам-специалистам	1268	42	4386	69	2262	62,2
направлено в стационар	0	0	0	0	0	0
осмотрено всего	3020	100	6357	100	3637	100

Отмечается снижение заболеваемости взрослого населения на 44,8 случая на 1000 взрослого населения и детского на 278,3 случая на 1000 детского населения.

Выводы:

1. Организация работы ЦЗ выездными бригадами позволяет выполнить план посещений без снижения качества осмотров населения.

2. В снижении заболеваемости взрослого и детского населения центр здоровья играет существенную роль.

**Е.Г. Лахтина, Е.И. Белозерова,
Т.А. Андриенко, С.С. Фролов,
КГБУЗ «Городская больница № 2» МЗ ХХ,
г. Комсомольск-на-Амуре**

ЗРЕНИЕ И ЦИВИЛИЗАЦИЯ. КАК СОВМЕСТИТЬ?

Глаз человека представляет собой сложную оптическую систему, цель которой сфокусировать поток света, попадающего в глаз, на сетчатку глазного дна. В процессе эволюции зрительная система большинства млекопитающих животных приспособилась к хорошему видению вдаль. И только у ряда животных и у человека природой сформирована способность хорошо видеть вблизи. Это достигается за счет работы механизма аккомодации. Однако значительное возрастание зрительной работы вблизи в последние десятилетия и возникающие в связи с этим проблемы свидетельствуют у части людей о неготовности глаз к таким нагрузкам.

Аккомодация – способность глаза к хорошему видению вблизи. Известно, что при перемещении взгляда на разные расстояния фокус светового потока, попадающего в глаз, тоже перемещается то вперед, то назад относительно сетчатки глаза. Внутриглазная цилиарная мышца и связанная с ней прозрачная эластичная линза – хрусталик – позволяют удерживать фокус света на глазном дне, куда бы ни был направлен взгляд. Так, при взгляде вдаль расслабленное состояние цилиарной мышцы и плоский хрусталик позволяют сфокусировать свет на глазное дно; при переносе взгляда на близкое расстояние напряжение этой мышцы и соответствующее изменение формы хрусталика удерживают фокус светового потока на сетчатке глаза. Слабость механизма аккомодации – одна из причин возникновения зрительного утомления, спазма аккомодации, «компьютерного зрительного синдрома», приобретенной близорукости. И если основная часть этих проблем носит функциональный, т.е. временный характер, то возникновение близорукости – необратимый процесс, из-за которого зрение может ухудшиться навсегда.

Близорукость (миопия) – это состояние, при котором увеличивается длина глаза и соответственно ухудшается зрение вначале вдаль, а затем и вблизи. Высокая степень близорукости опасна своими осложнениями, значительно ограничивает трудоспособность в молодом и зрелом возрасте, приводит к слабовидению и инвалидности. По современным представлениям в механизме развития близорукости выделяют три основных звена: зрительную работу на близком расстоянии (снижение запаса аккомодации); наследственную обусловленность и слабость стенки глаза – склеры.

Начало близорукости напрямую связано с возрастанием зрительной нагрузки при поступлении ребенка в школу, с интенсивным процессом повсеместной компьютеризации, с нарушением правил гигиены зрения

при работе вблизи. 7–10 % детей, поступающих в 1-й класс, имеют сниженное по разным причинам зрение. К моменту окончания школы уже 25–30 % подростков имеют дефекты зрения в основном из-за приобретенной близорукости.

Почему же у школьников и людей, много работающих на близком расстоянии, возникает миопия? Доказано, что через 2 часа непрерывной зрительной работы вблизи у 50 % школьников отмечено значительное функциональное снижение работоспособности цилиарной мышцы, при работе с компьютером подобные изменения возникают еще чаще – у 75 % детей. Чрезмерное утомление цилиарной мышцы приводит к компенсаторному увеличению оси глаза.

Что же делать? Отказаться от раннего развивающего обучения дошкольников? Отказаться от работы с компьютером? Отказаться от дополнительных зрительных нагрузок у школьников: музыкальной школы, репетиторства, развивающих кружков по рисованию, рукоделию? Возможно, для кого-то это выход. Но большинство с такими советами не согласится.

Как же защитить глаза детей от чрезмерного переутомления при выполнении зрительной работы вблизи?

Самое главное – создать условия для комфортной зрительной работы. По возможности всё-таки исключить излишества, к которым без ущерба для развития ребенка можно отнести компьютерные игры. Всю обязательную зрительную работу выполнять с соблюдением следующих правил.

Организовать хорошее освещение рабочего места (300–500 люкс), которое предполагает днем естественное освещение от окна и достаточное искусственное освещение вечером. При этом чтобы избежать большой контрастности, должен быть включен верхний свет и создано дополнительное освещение рабочего места за столом любым источником света (настольная

лампа, галогеновая или лампа дневного света). Высота стола и стула должны быть такими, чтобы без излишнего наклона было обеспечено чтение либо письмо на рабочем расстоянии не менее 33–40 см от глаз.

Через каждые 30–40 минут глазам должен быть предоставлен отдых, во время которого желательно переключиться на какую-либо деятельность, не связанную с работой вблизи, например, помочь по дому, общение, перерыв на обед и пр. Во время таких пауз 2–3 раза в день полезно проделать короткую (2–3 минуты) разминку для мышц глаз. Один из вариантов гимнастики заключается в неторопливых поворотах глаз вверх – вниз – влево – вправо при неподвижной голове, при этом желательно зафиксировать взгляд в крайних отведениях на 2–3 секунды. Полезны ритмичные энергичные зажмуривания глаз (по 2–3 секунды 7–10 раз). Хорошо тренирует цилиарную мышцу упражнение «с меткой на стекле»: встать перед оконным стеклом на расстоянии 33–40 см и не спеша 10–15 раз переводить взгляд с «метки» на стекле вдаль на улицу с фиксацией взгляда по 5–10 секунд то вблизи, то вдаль.

Зрительная нагрузка при просмотре телевизионных передач вызывает меньшее напряжение, чем чтение и работа с компьютером, но при условии соблюдения некоторых рекомендаций. Общая длительность просмотра не должна превышать 1–2 часа в день (в зависимости от возраста) с перерывами через каждые 15–20 минут, при этом расстояние до экрана предполагается не менее 2,5–3 м. С целью снятия зрительного утомления при просмотре телевизионных передач или во время работы с компьютером целесообразно использовать «дырчатые» очки.

Особого внимания заслуживают правила работы с компьютером.

Длительность и интенсивность зрительной нагрузки при работе с компьютером в настоящее время стала не меньше, чем время, затраченное на чтение. Совокупность симптомов, возникающих от такой напряженной работы, называют «компьютерный зрительный синдром». Он включает общую утомляемость, головные боли, плохой сон, повышенную возбудимость. Со стороны глаз это чувство тяжести, краснота, ощущение сухости в глазах («синдром сухого глаза»), периодическое (а со временем постоянное) ухудшение зрения вдаль или вблизи. Даже современные жидкокристаллические экраны монитора и защитные компьютерные очки не избавляют от этих симптомов, так как причиной их является не столько излучение от экрана компьютера, сколько длительная концентрация внимания на близкое расстояние.

Какие правила позволят избежать «зрительного компьютерного синдрома»?

Во-первых, организация рабочего места. Компьютер должен быть установлен задней панелью к стене, причем, не ближе 0,5–1,0 м от стены, чтобы избежать вредного воздействия отраженных от стены лучей. Чтобы получить комфортную контрастность, важно избегать световых бликов на экране монитора. Для этого помещение должно быть равномерно освещено. Днем это достигается путем прикрывания окон шторами или жалюзи; вечером работать за компьютером надо при включенном верхнем свете. Монитор следует установить перпендикулярно к поверхности стола, верхний край экрана монитора должен располагаться на уровне глаз. Рабочее расстояние между глазами и экраном – не менее 50–70 см.

Следующее правило: защита временем. Детям до 3-х лет работа с компьютером противопоказана. Длительность работы за компьютером с 4-х до 7 лет – по 15–20 минут ежедневно или через день; школьникам – от 30 минут до 1,5 часов в день. Через каждые 30 минут работы необходимо устраивать паузы на 10–15 минут с наблюдением тех же советов, как при чтении.

Для профилактики «синдрома сухих глаз», который возникает при напряженной работе с компьютером из-за редкого мигания, следует не забывать о моргании через каждые 5–7 секунд.

При появлении устойчивых жалоб от зрительной работы вблизи следует проконсультироваться с офтальмологом, который определит причину зрительных расстройств и даст квалифицированный совет, выпишет соответствующую очковую коррекцию, назначит медикаментозную терапию или предложит аппаратно-тренировочное лечение в кабинете охраны зрения.

Таким образом, устранение излишних зрительных нагрузок, правильная организация рабочего места, соблюдение правил зрительной работы, чередование видов деятельности, гимнастика для глаз, своевременная коррекция выявленных нарушений позволят сделать всё возрастающую зрительную нагрузку доступной, полезной и доставляющей радость.

Г.П. Смолякова,
профессор кафедры офтальмологии ИПКСЗ
Фон: <http://helpsnet.ru>



ЧТО НУЖНО ЗНАТЬ О САХАРНОМ ДИАБЕТЕ?

Сахарный диабет – одно из самых распространенных заболеваний в мире. Так, по данным Всемирной организации здравоохранения, число больных диабетом ежегодно увеличивается на 5 % и в настоящее время составляет не менее 200 миллионов человек. При этом одной из важных клинических особенностей течения заболевания медики называют проявления хронических осложнений.

Чем опасен сахарный диабет с точки зрения офтальмологов?

Дело в том, что сахарный диабет рано или поздно приведет к снижению зрения у больного. Это прямое следствие развития заболевания, проявляющееся в поражении мелких сосудов глаз. Глазные осложнения диабета называются диабетической ретинопатией и служат одной из главных причин снижения зрения, а в ряде случаев и полной слепоты.

Для больного сахарным диабетом проявление данного осложнения – это лишь вопрос времени. Но, если лечение проводить своевременно, то течение болезни не будет критично.

Насколько распространено это заболевание? Есть ли градации в группе риска?

Распространенность ретинопатии напрямую зависит от продолжительности заболевания диабетом. Так, в течение первых 5 лет поражения глазного дна встречается лишь у 10–15 % больных. После 10 лет – уже в 50 % случаев. А вот при стаже сахарного диабета более 20 лет ретинопатия диагностируется у 80–100 % пациентов.

Сегодня в Хабаровском крае проживают более 27 тысяч человек, больных сахарным диабетом, из которых около 6 тысяч имеют диагноз диабетической ретинопатии. При этом большинство из них являются пациентами нашей клиники.

Как протекает заболевание и в чем его опасность для органов зрения?

Нарушение обменных процессов в организме вызывает патологическое изменение сосудов глаза, через стенку которых легко проходит жидкая часть крови. Это приводит к развитию отека зрительных клеток. При прогрессировании заболевания развивается закупорка капилляров, сопровождающаяся кислородным голоданием внутренней оболочки глаза – сетчатки, что приводит к необратимому снижению зрения.

Главная же опасность ретинопатии в том, что в начальной стадии она развивается практически бессимптомно. Именно поэтому больные сахарным диабетом нуждаются в постоянном наблюдении за состоянием глазного дна для ранней диагностики офтальмологических осложнений.

Если же больной обращается к врачу, когда зрение снизилось настолько, что он сам начинает это замечать, то это свидетельствует о развитии далеко зашедших стадий ретинопатии, эффективное лечение которых уже невозможно.

Каковы методы диагностики ретинопатии?

Наиболее распространенными методами являются исследование остроты зрения и осмотр глазного дна с помощью офтальмоскопа. Однако данные способы диагностики не всегда позволяют полноценно оценить характер и тяжесть глазных осложнений диабета.

Применяется принципиально новый прибор для ранней диагностики диабетического поражения глаз – оптический когерентный томограф. Данное исследование совершенно безвредно и проводится бесконтактным методом, используя световые волны для получения изображения оболочек глаза. Обладая высочайшей разрешающей способностью, томограф позволяет измерять толщину сетчатки в количественном порядке и выявлять мельчайшие анатомические изменения в слое зрительных клеток.

С помощью этого аппарата можно диагностировать проявления первых признаков диабетической ретинопатии у пациента, назначить ему соответствующее лечение и в дальнейшем вести динамическое наблюдение за развитием заболевания.

А что касается лечения?

Диабетическую ретинопатию невозможно вылечить. Это необратимые изменения. Цель проводимого лечения – стабилизация процессов внутри глаза.

При прогрессировании глазных осложнений диабета возникает необходимость проведения лазерной коагуляции сетчатки, позволяющей предотвратить дальнейшее прогрессирование патологического процесса. Это основной метод лечения диабетической ретинопатии во всем мире, т.к. является самым малотравматичным способом воздействия на сетчатку.

Операция проводится амбулаторно, в один или несколько сеансов, и вполне безопасна. В зависимости от стадии диабетического поражения применяют различные по объему и области воздействия методики лазерной коагуляции сетчатки.

При этом следует понимать, что это лечение не приведет к возврату хорошего зрения, а лишь остановит его ухудшение. Важно помнить и то, что обязательным условием стойкого положительного эффекта лазерной коагуляции является хорошая компенсация диабета, иначе прогрессирование ретинопатии будет продолжаться.

Также используются и фармацевтические методы лечения, когда внутрь глаза вводится препарат, оказывающий влияние на состояние поврежденных сосудов и сетчатки. Это новый и достаточно эффективный метод.

Что следует знать тем, кто страдает сахарным диабетом?

Каждый больной должен регулярно посещать офтальмолога даже когда жалоб на зрение нет.

При отсутствии ретинопатии рекомендуется проводить осмотры раз в год, при начальных признаках фонусной ретинопатии – не реже одного раза в 6 месяцев, а при выявлении непролиферативной и пролиферативной стадий, кровоизлияний в полость глаза и снижения зрения необходим срочный осмотр в специализированном офтальмологическом учреждении.

Регулярное офтальмологическое диспансерное наблюдение больных диабетом, постоянный контроль уровня сахара крови и артериального давления, своевременное проведение лазерного лечения позволят сохранить зрение и предотвратить инвалидность и слепоту.

О.В. Колленко,

доцент кафедры офтальмологии ИПКСЗ

ВОПРОСЫ СТОМАТОЛОГИИ

АКТУАЛЬНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ РЕЗИНКИ. ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

Привычка жевать некоторые вещества (смолы, бальзамы, растительные продукты) была свойственна человеку с давних времен. Люди жевали не только из потребности что-то жевать, но и для освежения полости рта, очистки от остатков пищи.

В те времена, когда появилась жевательная резинка в нашей стране, никто не задумывался: для чего она? Ее просто жевали. Это считалось модным, являлось предметом радости и восхищения. Приятный вкус, новизна ощущений, возможность надуть пузыри сделали свое дело. Что безумно раздражает взрослых и просто выводит из себя учителей? Жующие жевательную резинку дети! Уже этого могут быть, пожалуй, только дети, надующие из нее пузыри. А испачканная одежда, а приклеенные к всевозможным предметам использованные жвачки (этим, кстати, страдают не только дети). У жевательной резинки такая незавидная репутация, что некоторые предлагают ее запретить. Между тем реклама постоянно твердит нам о необходимости жевать жвачку как можно чаще, иначе – кариес! Так чего же действительно больше в жевательной резинке, вреда или пользы?

Цель нашего исследования – провести анализ опроса жителей г. Хабаровска, выяснить их отношение к жевательной резинке, выявить их знания о пользе и вреде жевательной резинки.

Группу наблюдения составили респонденты, ответившие на вопросы анкеты, всего 40 человек обоих полов в возрасте от 18 до 56 лет. Результаты оценивались на основании ответов.

Выяснилось, что жевательной резинкой пользуются 97,5 % опрошенных, причем 51 % из них – более двух раз в день. Из этого следует, что данный продукт популярен. 82,5 % из всех опрошенных считают жевательную резинку средством гигиены полости рта, однако 15 % из них не могут объяснить причину пользы или вреда этого продукта, 85 % считают полезной при правильном использовании. Большинство опрошенных, используют

жевательную резинку как дезодорирующее и очищающее средство для полости рта, но полной информацией о пользе и вреде данного продукта не владеют. Поэтому 52,5 % респондентов на вопрос «Рекомендовали бы вы пользоваться жевательной резинкой детям?» ответили отрицательно.

Таким образом, население не информировано о целях использования жевательных резинок, нет знаний о показаниях и противопоказаниях к ее применению. Информацию о необходимости применять жевательного средства получают из СМИ, стоматологи мало информируют наших пациентов о правилах применения данных средств гигиены. Задача профессионалов – поставить «точки над i» и объяснить все «за» и «против». Многие специалисты занимались изучением этого вопроса – стоматологи, гастроэнтерологи, аллергологи, психологи, косметологи, биохимики и др.

В результате исследований появились важные заключения. Жевательная резинка проявляет свое воздействие на ткани полости рта следующими способами:

- 1) стимулирует слюноотделение за счет механического воздействия на слюнные железы при жевании, а также за счет вкусовых наполнителей;
- 2) увеличивается не только количество слюны, но и скорость слюноотделения; в научных исследованиях такой способ называется искусственное стимулирование слюноотделения для улучшения функции самоочищения в полости рта;
- 3) проникая в труднодоступные межзубные участки, слюна способствует очищению поверхности зуба, в связи с этим свойством жевательную резинку можно рекомендовать людям, страдающим пониженным слюноотделением – ксеростомией;
- 4) нейтрализует органические кислоты, выделяемые бактериями зубного налета за счет щелочных компонентов ее состава;
- 5) тренирует жевательную мускулатуру и улучшает кровообращение в деснах.
- 6) улучшает память, повышает концентрацию внимания.

История жевательной резинки насчитывает не одно тысячелетие. Но считается, что придумали ее в конце XVIII века американцы. Первое упоминание о своеобразной жевательной резинке можно вспомнить еще из уроков истории, тогда люди каменного века смешивали кору деревьев вместе со смолой и использовали, чтобы возбудить аппетит или очистить ею зубы после еды. Через некоторое время в качестве жевательной резинки люди стали использовать ту же смолу деревьев, но добавляли в нее уже мед и различные растения. Особенно в изготовлении различных видов жвачки преуспели индейцы Центральной и Северной Америки. После открытия Америки Колумбом, об этих технологиях узнали и жители Европы.

В том виде, в котором она знакома нам сейчас, жевательная резинка появилась уже в XIX веке. В Сибири применялась так называемая сибирская смолка. В Америке, в тропических и субтропических зонах, произрастает

замечательное дерево – саподилла. Из сочных листьев этого дерева начали делать основу для жевательной резинки. Чуть позже американские производители стали добавлять в эту основу сахар и ароматизирующие добавки.

В первой половине XX века американские ученые смогли доказать, что регулярное жевание жвачки помогает избавиться от последствий стресса и перенапряжения мышц. Узнав об этом, правительство США постановило распоряжение о том, что каждый американский солдат должен иметь ее у себя в рационе. Сегодня вооруженные силы США разработали жевательную резинку, которая содержит антибактериальные вещества, позволяющие солдатам «чистить» зубы прямо на поле боя. Польза этого изобретения очевидна. Другой тип изобретения американских ученых – жевательная резинка с содержанием кофеина, которая способна держать солдат в режиме ожидания в течение длительных периодов времени, чтобы те не знали усталости или сонливости.

Исследователи пришли к выводу, что жевательные движения сродни процессам воспроизведения памяти в мозге на высокой скорости. Это связано с тем, что мозг лучше кровоснабжается и серые клетки получают больше кислорода, когда челюсти работают. Концентрация, восприимчивость и способность запоминать увеличивается на 20 %, если жевать резинку. В исследовании ученые доказали, что жевательная резинка повышает производительность математической активности (у детей математического класса). В результате испытаний оказалось, что те, кто жевал резинку, показали на 3 % выше результаты, чем остальные. Кроме того, экспериментаторы заметили, что «жуящим» детям требуется меньше времени для отдыха и они менее подвержены стрессу.

Очень часто, сидя за рулем долгое время, водитель устает, снижается концентрация внимания. Процесс жевания поддерживает мозг постоянно активным, таким образом, повышая концентрацию и способность быстро реагировать.

Что же входит в состав современной жевательной резинки?

- 1) Основа: латекс.
- 2) Вкусовые добавки: фруктовые кислоты.
- 3) Красители: натуральные (полученные в результате переработки растительного сырья), синтетические (азокрасители и красители трифениламинного ряда – не вполне безопасные) и минералы (минеральные пигменты и металлы).
- 4) Ароматизаторы: натуральные, идентичные натуральным и искусственные – усилители вкуса.
- 5) Подсластители: природные (глюкоза, лактоза, сахароза, сорбит, манит) и сахарозаменители – полученные химическим путем (сахарин, сукразид).

Часто в составе жевательной резинки можно увидеть вещество под названием «ксилит». Ксилит часто используется в пищевой промышленности как заменитель сахара. Он показан людям с сахарным диабетом, находящимся на низкоуглеводной диете и страдающим

ожирением. Помимо своих «сладких» свойств, ксилит обладает антибактериальным действием и способствует снижению количества микроорганизмов в полости рта при частом его применении за счет восстановления кислотно-щелочного равновесия. Кислоты, которые образуются после приема пищи, нейтрализуются щелочной средой, которую создает ксилит при его наличии в жевательной резинке. Поэтому присутствие ксилита в полости рта действительно обеспечивает профилактическое действие. Щелочная среда проглатываемой слюны нормализует pH в желудке при гиперсекреции соляной кислоты. Известен факт, что изначально жевательная резинка создавалась как антацидное средство.

Ученые из финского университета обнаружили, что инфекцию уха можно легко предотвратить, если жевать резинку без сахара и именно с ксилитом. Он может успешно справиться не только с бактериями, содержащимися в полости рта, но и с пневмококками, которые вызывают воспаление среднего уха.

В составе жевательной резинки, помимо ксилита, часто присутствует манит, этот компонент оказывает дополнительное стимулирующее действие на слюнные железы.

6) Лекарственные компоненты: фтор – для профилактики кариеса; кофеин – повышает работоспособность; никотин в «Никоретте» и анабазина гидрохлорид в «Гамбазине» – для лечения никотиновой зависимости; дименгидрилат – для профилактики укачивания (Компания Roshadaron Co разработала специальную жевательную резинку для людей, страдающих укачиванием, которая приносит облегчение уже в течение первой минуты после помещения ее в полость рта. Так как при ее использовании дименгидрилат поступает в организм очень быстро. Изобретатели резинки доложили результаты клинических испытаний новинки: участники испытания утверждали, что эффект от жевания резинки наступал гораздо быстрее, чем при использовании традиционных средств. Кроме того, ученым из Roshadaron Co удалось практически полностью избавиться свой продукт от неприятного горького привкуса, который свойствен дименгидрилату. Массовое производство новой резинки должно начаться уже в 2013 году).

Таким образом, жевательная резинка – не только средство, позволяющее улучшить гигиеническое состояние полости рта (за счет увеличения количества слюны и скорости слюноотделения, что способствует очищению поверхностей зуба и нейтрализации органических кислот, выделяемых бактериями зубного налета), но и становится средством терапии и профилактики некоторых заболеваний.

Может быть вред от жевательной резинки? Даже «полезной» для зубов жевательной резинкой можно злоупотреблять. И если жевать постоянно, ждать появления неприятных последствий. Что может случиться? Гипертрофия жевательных мышц из-за их постоянной «тренировки» жеванием. Развитие деформации прикуса у детей, которое появляется из-за работы языка при надувании пузырей. Появление боли в области уха во

время жевания, ощущение усталости челюстей во время жевания, щелканье и блокировки в височно-нижнечелюстном суставе. Истощение слюнных желез вследствие их непрерывной стимуляции и развитие сухости полости рта. Кроме того, жевание резинки на голодный желудок вызывает рефлекторное выделение желудочного сока, что может привести к раздражению слизистой оболочки желудка. Сахарозаменители, входящие в состав жевательной резинки, при ее неумеренном употреблении могут вызвать диарею. На отдельные компоненты жевательной резинки у некоторых людей возможна аллергическая реакция. Психологи пришли к выводу, что жвачка может вызвать психологическую зависимость, это когда без жевания человек чувствует себя некомфортно.

Чаще всего вопрос о применении жевательной резинки задают стоматологу на приеме пациенты. Мы считаем, что комплексное влияние жевательной резинки без сахара на органы полости рта и механизм развития кариеса – убедительное обоснование рекомендации ее использования как средства гигиены, для профилактики кариозных поражений и заболеваний слизистой оболочки.

Пациенты должны понимать, что жевательная резинка не влияет на нормально поставленную пломбу, заставляет слюну вырабатывать вещества, необходимые для очистки зубов и защиты от образования бактерий. Она очищает мягкий налет с жевательных поверхностей зубов, фиссур. Но она не может очистить боковые поверхности.

Жевательная резинка – это не еда, не сладость и не лакомство. Выбирать данный продукт следует с ксилитом или сорбитом в качестве подсластителя, жевать не дольше 15 минут и только после еды. Жевать резинку перед приемом пищи и между едой нежелательно, поскольку в этом случае вырабатывается избыточный желудочный сок. И если жевание входит в привычку, то оно может стать причиной гастрита. Не забывайте, как минимум два раза в день чистить зубы. Но иногда можно пользоваться жевательной резинкой для быстрого интенсивного освежения дыхания перед важной встречей, чтобы не попасть в неловкое положение. Употребление жвачки уместно не во всех ситуациях, жевание в общественных местах некрасиво и негигиенично.

Таким образом, в результате проведенного исследования достигнута цель и сделаны выводы: жевательная резинка является средством гигиены полости рта; пользоваться жевательной резинкой следует и взрослым и детям старше 5 лет; необходимо помнить о пользе и вреде чрезмерного использования данного продукта.

*М.Д. Цвицунова,
врач стоматолог-терапевт,
И.А. Коренева,
врач стоматолог-терапевт,
О.А. Серпова,*

*заместитель главного врача по лечебной работе,
МБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 18»*

БРОСАЙТЕ КУРИТЬ

Никотиновая зависимость, по данным Всемирной организации здравоохранения, сродни героиновой и кокаиновой. Вот почему антитабачной пропаганде придается статус государственной программы и вопросы, наконец-то, стали решаться на государственном уровне.

Курение – это страшный, драматичный фактор риска развития многих заболеваний, особенно тех, от которых прежде всего умирает население нашей планеты. Все сердечно-сосудистые заболевания связаны с курением, все раки – с курением, заболевания легких и бронхов – с курением. Даже если на первом месте выступает инфекция – воспаление легких, то у курильщиков она протекает тяжелее, с большим риском осложнений и с большими затратами на лечение. Я всегда спрашиваю своих пациентов: курите Вы или нет, и если слышу в ответ: «Да, конечно, как все», не перестаю говорить: «Нет, не все! Я не курю, мои родственники и коллеги по работе не курят, большинство моих знакомых не курят!». Какое Вы имели право тревожить врача, если Вы выбрали сами этот путь нездоровья, губительный путь в никуда? Это Ваш выбор. Моя задача Вам объяснить, что есть и другой путь.

Курильщик, закуривая сигарету, должен помнить, что только 50 % табачного дыма вдыхается им, остальные 50 % уходят в воздух. Этот побочный поток в 4 раза токсичнее основного потока, вдыхаемого курильщиком. Табачный дым доставляет в организм жертвы, а ею может стать Ваш ребенок, родившийся или еще носимый в утробе матери, токсический коктейль из 4000 ядов, включая окись азота, окись углерода, аммиак, полициклические углеводороды, радиоактивный полоний, свинец и другие опухолестимулирующие вещества-канцерогены, содержащиеся в сигаретном дыме.

У нас курят 50 % роженцев. Курение родителей или пассивное потребление никотина беременной женщиной, может привести к внезапной смерти младенца, вызывать острые заболевания легочной системы, проблемы в ушных полостях у новорожденных, способствовать формированию бронхиальной астмы.

Женщина или девушка, якобы с «элегантной» сигаретой, через 8–10 лет получает следы курения как на лице, так и в своих внутренних органах: желтая кожа, грубый и хриплый голос за счет набухания слизистой гортани и трахеи, тусклые волосы, больные зубы, плохой запах изо рта, постоянный навязчивый кашель за счет формирования обструктивной болезни легких.

Курение низкосмольных так называемых «легких» сигарет тоже очень опасно. Это может привести к развитию особого рака легких – аденокарциномы, за счет углубления и удлинения вдоха. Стоит развеять и миф о том, что редкое курение от 1 до 4-х сигарет в день не

вредит здоровью курильщика. Это ложь! Курение вредит при любом, подчеркиваю, любом количестве выкуранных сигарет и любой «крепости». Одна выкурившая сигарета стоит курильщику 15 минут жизни! Но что же происходит, если с этим универсальным способом потери здоровья вы решили покончить?

Уже через 12 часов окись углерода выйдет из организма и у вас уменьшится чувство нехватки воздуха. Через 2 дня начнет восстанавливаться обоняние. Через 3–6 месяцев уменьшится кашель, увеличится объем легких на 10 %.

Нужно помнить, что отказ от курения – это изменение образа жизни. И в этом, дорогие мои пациенты, бросившие курить, Вам должны помочь, прежде всего, Ваши близкие.

Лучше, если к этому обдуманному поступку придет несколько членов семьи, муж и жена, отец и сын, дочь и мать.

Многие пациенты утверждают, что без табака им не преодолеть стресс современной жизни. Неправда! Не надо подменять истинные причины неудач: лень, трусость перед началом нового дела самооправданием. Создавайте больше мотивационных моментов: «У меня хватит сил не возобновлять эту губительную привычку, так как у меня есть воля к здоровью». Если мы не можем изменить обстоятельства, ведущие к стрессу, то надо научиться изменять отношение к обстоятельствам. Например: «Я могу обижаться или не обижаться на одно и то же стрессовое событие».

Будьте позитивны. Избегайте соблазнов и стимуляторов: алкоголь и крепкий кофе, которые вызывают желание закурить. Лучше пейте кофе без кофеина, воду, фруктовые соки. Вода всегда поможет ответить на «запрос» рта. Не поддавайтесь соблазну закурить в комфортной обстановке выходных или праздничных встреч с друзьями. Замените эти события лыжными, водными прогулками, пробежками, диетическими мероприятиями, походами в театр или просто пешими прогулками по лесу.

Помните, что нет связи между прекращением курения и набором веса, чего особенно боятся бывшие курильщики. Желание закурить часто ошибочно принимается за позывы голода. Нужно просто правильно относиться к проблеме ложного стресса, после отказа от курения, и стараться не «заедать» желание возобновить курение, особенно высококалорийными продуктами, к которым относят семечки, конфеты, печенье, тем самым мы сами

способствуем набору веса, а виним во всем отказ от курения. Лучше отвлечься употреблением фруктов и овощей, которые должны находиться поблизости.

Старайтесь, чтобы ваши руки были всегда заняты. И если Вы все же попали на вечеринку, возьмите в руки бокал с безалкогольным коктейлем, чтобы занять свои руки.

Не забывайте и о таких легких способах расслабления как: глубокие вдохи, легкая физическая разминка, несколько капель лавандового масла при приготовлении ванны или на подушку перед сном. Эти способы – хорошая альтернатива попыткам расслабиться через сигарету.

Дорогие мои некурящие пациенты, еще раз внимательно посмотрите на преимущества отказа от курения. Запишите эти постулаты и повесьте на видное место в своей квартире или офисе:

1. Мои легкие станут более здоровыми, увеличится их дыхательный объем, я не стану задыхаться и замедлю старение своей дыхательной системы.
2. Я продлю жизнь – бесценный дар – не только себе, но своим детям, близким и окружающим.
3. Я начну преодолевать многие хронические «болезни», которые «завелись» в моем организме благодаря табаку.

ПОЛЛИНОЗ

Это аллергическое заболевание, вызываемое пылью растений с преимущественным поражением слизистых оболочек дыхательных путей, глаз, кожи, имеющее сезонный характер.

Встречается как у взрослых, так и у детей. Наибольшее количество больных в возрасте 25–45 лет, преобладают женщины. У жителей промышленных городов встречается в 6 раз чаще, чем в сельской местности. Количество больных во всем мире каждые 10 лет удваивается.

Несмотря на широкое распространение данного заболевания, зачастую оно не диагностируется, или же диагностируется несвоевременно. Поллиноз врачи часто принимают за вирусное заболевание, назначают антивирусные препараты, которые абсолютно бесполезны, что еще хуже – назначают антибиотики, которые приносят только вред. Нераспознанный во время поллиноз может привести к серьезным осложнениям, ослаблению иммунитета и развитию такого опасного заболевания, как бронхиальная астма.

В России отмечается три периода цветения основных растений, которые наиболее часто приводят к развитию поллиноза:

- период весеннего цветения в апреле/мае – орешник, дуб, ольха, береза.
- период летнего цветения в июне/июле – злаковые травы – пырей, тимopheвка, овсяница, мятлик и др.

4. У меня появятся дополнительные деньги, которые не будут лишними в моем бюджете.

5. Я не буду бояться быть застигнутым врасплох при введении в действие нового закона о запрете курения в общественных местах.

6. Я, в конце концов, сам стал себя уважать, потому что я сделал это.

7. Я буду бороться с этим злом не только сам, но и в своей семье, в коллективе, в доме.

Срывы возможны, не отчаивайтесь. Многие бывшие курильщики делали несколько попыток. Воспринимайте срыв как временное отступление, а не как полную неудачу.

Воспринимайте себя некурящим человеком, а не бывшим курильщиком.

Вы сами своей свободной доброй волей выбрали путь здоровья, а не путь к бездне и страданиям.

Успехов Вам и Вашим близким!

**М.В. Имховик,
врач-пульмонолог
КГБУЗ «Городская поликлиника № 15»**

кинина и др. Наиболее важная роль отводится гистамину. В аллергическом воспалении принимают участие Т-лимфоциты, эозинофилы, базофилы, тучные клетки. Происходит ряд патофизиологических нарушений в больном органе: расширение капилляров, замедление кровотока, повышение проницаемости сосудов, трансудация плазмы крови. Повышается секреция слизи, угнетается функция мерцательного эпителия, отмечается снижение артериального давления, на коже появляется крапивница, возникает спазм гладкой мускулатуры бронхов.

Клиника поллиноза разнообразна, но чаще всего начинается с насморка, жжения, зуда в носу, чихания, выделения обильного прозрачного содержимого из носа. Затем присоединяется конъюнктивит: покраснение глаз, зуд, отек век, светобоязнь. Возникает поражение кожи в виде крапивницы. Развивается пыльцевая интоксикация: слабость, быстрая утомляемость, головная боль, раздражительность, плаксивость, нарушение сна. Наиболее тяжелой формой поллиноза является бронхиальная астма.

Методы диагностики состоят из двух этапов. Первый этап могут проводить врачи разных специальностей. Он включает в себя тщательный аллергологический анамнез, осмотр больного, инструментальные и лабораторные методы диагностики. Второй этап проводят врачи-аллергологи для выявления конкретного этиологического фактора. Лучше это делать в зимнее время, когда раздражающий фактор (пыльца) отсутствует и человек не получает лечения. Это позволяет получить более достоверную картину заболевания. Для уточнения диагноза проводят скарификационные кожные пробы, определяют уровень содержания в крови иммуноглобулина класса «Е».

Лечение проводится сезонно в период обострения. Однако наиболее действенной мерой является профилактика и элиминация аллергена, то есть исключение контакта больного с аллергеном. При возможности человеку необходимо покинуть на время цветения свой регион. Если это невозможно, то принять следующие меры:

- исключить загородные прогулки на время цветения растения;
- не покидать помещения без крайней необходимости в жаркое дневное время, особенно в ветреную погоду;
- полезны прогулки после дождя и в пасмурную погоду;
- на оконные рамы натянуть сетку и увлажнять ее;
- чаще делать в доме влажную уборку;
- носить специальные защитные маски;
- посещать специализированные больницы-биотроны, где воздух очищен от аллергенов.

Большое значение в профилактике поллиноза имеет диета, так как некоторые пищевые продукты имеют общие антигены с пыльцой растений. Например, при сенсибилизации к пыльце березы больной дает реакцию на употребление яблок, черешни, слив, орехов, моркови. Пыльца полыни имеет сходство с цитрусовыми, подсолнечным маслом, халвой; пыльца лебеды – со свеклой, шпинатом; пыльца амброзии – с дыней и бананом. К про-

филактике поллиноза относится исключение активного и пассивного курения, планирование рождения ребенка в зимний период.

Лекарственная терапия при обострении заболевания направлена на подавление или снижение силы аллергического воспаления. Применяют препараты: антигистаминные, кромоглиновой кислоты, симпатомиметики, кортикостероиды. Применять их необходимо весь период цветения ежедневно. Обычно терапию начинают с антигистаминных препаратов. Механизм их действия основан на конкурентном связывании H-1 или H-2 клеток – мишеней аллергического воспаления (мастоциты, эозинофилы, базофилы). Антигистаминные препараты делятся на 2 группы: 1-е и 2-е поколения. К первому поколению относятся: супрастин, тавегил, диазолин, пипольфен, димедрол и др. Однако они существенно нарушают качество жизни – головная боль, сонливость, нарушение координации, снижение работоспособности. Кроме того, их нельзя назначать больным с аденомой простаты, эпилепсией, глаукомой, при беременности. Антигистаминные препараты второго поколения не проникают через гематоэнцефалический барьер, не обладают седативным действием и наиболее безопасны в отношении побочных эффектов. Эти препараты могут применяться длительно. К ним относят: лоратадин (klaritin), астемизол (гисманал), терфенадин (гистадин), эбастин (кестин), цетиризин (зиртек). Продолжительность действия одной дозы – 24 часа.

Появился препарат 3-го поколения – телфаст (фексофенадин). В отличие от препаратов 2-го поколения он не метаболизируется в печени, его можно принимать с антибиотиками, не противопоказан при заболеваниях печени, почек, в пожилом возрасте, не обладает седативным действием. Применяется 1 раз в сутки.

Разработаны также топические антигистаминные препараты для лечения аллергического ринита на основе эластатина гидрохлорида. Их вводят в виде аэрозоля в полость носа.

Антигистаминные препараты действуют только на раннюю стадию аллергической реакции. Если в патологический процесс вовлекаются другие медиаторы (лейкотриены, простагландины), то возникает отек тканей, требуется дополнительная терапия. Хороший, но непродолжительный эффект оказывают сосудосуживающие препараты: нафтизин, галазолин и др. Предложен также симпатомиметик в виде аэрозоля – африн (оксиметазолин). Иногда назначают системные агонисты адренорецепторов – судафед (псевдоэфедрин).

Имеется большая группа профилактических препаратов, производных кромоглиновой кислоты, которые связываются с мембранным белком мастоцита и базофила и препятствуют дегрануляции тучной клетки и выделению гистамина. Поэтому назначать их следует за 10–15 дней до начала обострения и применять в течение всего сезона цветения растения. После начала обострения они малоэффективны. Препараты кромоглиновой кислоты не имеют серьезных побочных осложнений и могут приме-

няться ежедневно в течение нескольких месяцев. Вводят их местно в глаза, нос, бронхи в виде капель, аэрозолей. Основным препаратом этой группы – кромоглин.

Когда указанная терапия малоэффективна, подключают глюкокортикоиды, которые обладают высокой противовоспалительной активностью. Начинать следует с местных гормонов, системные кортикостероиды (таблетки, инъекции) применяют в крайних случаях и короткое время, так как они обладают выраженными побочными действиями. Для лечения поллиноза применяют несколько групп кортикостероидов в виде аэрозолей: триамцинолон (назакорт), флутиказон (фликсоназе), будезонид (ринокорт), флунисолид (синтарис), беклометазон (альдецин). Противопоказанием для их назначения являются сопутствующие вирусные, бактериальные, грибковые инфекции, беременность.

Специфическая иммунотерапия – важнейший эффективный метод лечения, направленный на снижение сенсибилизации организма к аллергенам. Это единственный метод, позволяющий добиться длительной и устойчивой ремиссии заболевания и предупреждающий утяжеление процесса. При проведении иммунотерапии

больному делают инъекции возрастающих доз аллергена, в результате чего происходит уменьшение выраженности специфической гиперчувствительности.

Таким образом, поллиноз – это хроническое сезонное аллергическое заболевание, возникающее при повышенной чувствительности к пыльце одного или нескольких растений. Проявляется в виде ринита, конъюнктивита, дерматита, бронхиальной астмы. Характеризуется наследственной предрасположенностью. Основным методом диагностики являются кожные провокационные пробы с аллергенами и определение в анализах крови иммуноглобулинов класса «Е». Наиболее действенной мерой является профилактика – исключение контакта с аллергеном. Лекарственная терапия включает антигистаминные, препараты кромоглиновой кислоты, симпатомиметики, кортикостероиды. Важнейший эффективный метод лечения специфическая иммунотерапия.

*И.А. Краснаяружская,
врач-терапевт Поликлиники
медико-санитарной части МВД
по Хабаровскому краю*

ПРОФИЛАКТИКА ОСТЕОПОРОЗА

Остеопороз – заболевание, при котором снижается прочность кости и возникают переломы. При остеопорозе перелом можно получить при незначительной травме или при неловком движении. Чаще всего переломы происходят в области запястья, шейки бедра и позвоночника.

Очень долго остеопороз может никак не проявляться. В отсутствие профилактики риск развития переломов с каждым годом возрастает. Следует понимать, что после первого перелома позвоночника риск последующих переломов позвоночника в течение первого года повышается в 3 раза и более.

Кроме того, у пациенток 70 лет, имеющих предшествующий перелом позвоночника и низкую минеральную плотность костей, риск перелома шейки бедра значительно выше.

Измененная после перелома форма позвоночника остается на всю жизнь. При нескольких деформированных позвонках нарушается осанка и возникает так называемый «вдовий горб». К серьезным проблемам с внешностью и подбором одежды присоединяются проблемы медицины:

- постоянная боль в спине;
- нарушение нервно-мышечной проводимости с последующим развитием склонности к падениям;
- нарушение функций сердца, легких, желудка.

К счастью, диагноз остеопороза можно поставить до возникновения его осложнений – переломов. Это особенно важно, так как лечение, начатое своевременно, может остановить прогрессирование болезни.

Согласно рекомендации ВОЗ, остеопороз диагностируют с помощью костной денситометрии (измерение минеральной плотности кости).

Денситометрия – простая, безопасная и безболезненная процедура. Измерение проводят ультразвуковым или более точным рентгеновским методом (рентгеновская нагрузка, получаемая пациентом незначительна). Диагностика занимает не более пяти минут. Обычно исследуют кости позвоночника, запястья и бедра.

Собираясь на обследование, наденьте удобную одежду, желательно без металлических деталей (пуговиц, молний, пряжек, крючков), тогда Вам, скорее всего, не придется раздеваться.

Оценив результаты денситометрии, Вам доктор сможет подобрать индивидуальную программу для защиты от осложнений остеопороза:

- диету;
- специальные упражнения;
- важные советы по изменению образа жизни и (если требуется) лекарственные препараты.

Первые шаги в борьбе с остеопорозом

Шаг первый – полноценное питание, богатое кальцием.

У женщин после 50 лет возрастает суточная потребность в кальции:

- если Вы принимаете заместительную гормональную терапию, то в сутки Вам необходимо 1000 мг кальция;
- если Вы не принимаете заместительную гормональную терапию, тогда кальция надо больше – до 1300 мг в сутки.

Помните, что основным и предпочтительным источником кальция являются обезжиренные молочные продукты. Особенно богаты кальцием: сыры (Эдам, Пармезан, Чеддер), творог, консервированная рыба с косточками (молодая сельдь, сардины).

Если Вы потребляете меньше кальция, чем необходимо в вашем возрасте, то кальций следует принимать дополнительно в виде лекарственных препаратов.

Для лучшего усвоения кальция в желудочно-кишечном тракте важен витамин D.

Согласно последним рекомендациям Международного Фонда Остеопороза (IOF), потребность в витамине D в сутки составляет до 400 МЕ (международных единиц) в возрасте до 65 лет и до 600 МЕ – в более старшем возрасте.

Витамин D поступает в организм с продуктами питания (рыба, печень, яйцо), а также образуется в коже под влиянием ультрафиолетовых лучей. Однако с октября по март большая часть солнечного света в наших широтах поглощается атмосферой, поэтому витамин D следует принимать дополнительно в виде лекарственных препаратов. Особенно не стоит забывать об этом в пожилом возрасте.

Следите за содержанием белка в рационе.

Белок необходим для образования основы костей, поэтому в день надо потреблять 1–1,2 г белка на 1 кг веса тела. Однако избыточное потребление белка способствует увеличению выделения кальция с мочой.

Не злоупотребляйте кофе. Кофеин усиливает выделение кальция с мочой у взрослых. Потребление 4 и более чашечек кофе способствует потере костной массы в позвоночнике и во всем теле.

Необходимо ограничивать употребление поваренной соли до 1 чайной ложки без верха в день.

Поваренная соль повышает выделение кальция с мочой и снижает минеральную плотность кости у взрослых людей.

Шаг второй – поддержание нормальной массы тела.

Одним из факторов риска остеопороза является низкая масса тела. Поэтому проверьте, есть ли у Вас недостаток веса. Для этого необходимо рассчитать индекс массы тела (ИМТ).

Шаг третий – борьба с вредными привычками.

Для курящих женщин характерны:

- относительно низкая масса тела.
- более низкий уровень половых гормонов.
- ранний возраст наступления менопаузы.
- снижение всасывания кальция в кишечнике.
- повышенный риск падений вследствие нарушения нервно-мышечной проводимости.

Поэтому отказ от курения является еще одной мерой профилактики остеопороза и переломов.

Алкоголь отрицательно влияет на костную массу. Так как угнетает костеобразование и уменьшает всасывание кальция в кишечнике.

Таким образом, отказ от приема спиртных напитков также является профилактикой остеопороза.

Шаг четвертый – изменение образа жизни.

Малоподвижный образ жизни ведет к остеопорозу. Регулярные физические упражнения полезны для укрепления костей. Повышенная механическая нагрузка на кости увеличивает их плотность.

Для достижения эффекта программы физической активности при остеопорозе должны постепенно нарастать по уровню нагрузки. Начинать надо с простых упражнений с низкой интенсивностью. При выборе программы прислушайтесь к рекомендациям специалистов по лечебной физкультуре.

Избегайте упражнений, включающих сгибание и вращение в позвоночнике, независимо от того, в каком положении они совершаются (лежа, сидя или стоя), а также прыжки. Такие движения могут приводить к повреждению позвонков.

Шаг пятый – профилактика падений.

Падение является непосредственной причиной перелома. От 30 до 50 % людей старшего возраста падают по несколько раз в год, но только 3–5 % падений приводят к переломам различной локализации и лишь 1 % – к перелому шейки бедра. Процент пожилых людей, склонных к частым падениям, растет с возрастом, и после 75 лет – 90 % переломов бедра случаются вследствие падения. Поэтому первоочередным являются меры, направленные на уменьшение риска падения.

Шаг шестой – регулярно посещайте врача.

После того как у Вас выявили остеопороз, не забывайте регулярно консультироваться с Вашим доктором. Любое лечение следует проводить под руководством специалиста, так как сегодня существует несколько групп лекарств для лечения остеопороза. Они различаются по эффективности, безопасности и удобству приема. Поэтому, перед тем как начать лечение, обязательно следует обсудить все «за» и «против» назначения того или иного препарата с врачом, который с учетом Ваших особенностей выберет лекарство, оптимальное именно для Вас. Основная задача лечения лекарственными средствами – улучшить качество кости и снизить риск новых переломов. Поэтому следует помнить, что если Вам уже установлен диагноз остеопороза, то помимо кальция и витамина D (в любом виде), которые должны принимать все больные, необходим прием лекарств от остеопороза.

При остеопорозе показано длительное наблюдение – в течение 3–5 лет. При этом регулярно (примерно 1 раз в год) проводится денситометрия, чтобы оценить состояние костей и эффективность лечения. По показаниям проводятся и другие обследования.

Таким образом, выполняя самые простые рекомендации, Вы сможете предотвратить дальнейшую потерю костной массы и избежать грозного осложнения остеопороза – переломов костей.

С.Н. Колодная,
врач-ревматолог

КГБУЗ «Городская поликлиника № 15»

ПРАВДА О КОНТАКТНЫХ ЛИНЗАХ

Почему используются контактные линзы?

Современные контактные линзы являются достойной альтернативой традиционным средствам коррекции – очкам. Комфортные при ношении и легкие в уходе, контактные линзы изменили к лучшему жизнь миллионов людей, нуждающихся в коррекции зрения. Выбрав контактные линзы, Вы получите возможность присоединиться к многочисленным сторонникам активного образа жизни, которые используют этот современный способ коррекции зрения.

Попробуйте сами и предложите друзьям убедиться на практике, как удобно носить контактные линзы, веселясь на вечеринке. Насладитесь свободой, которую обеспечивают контактные линзы во время занятий спортом, или элегантностью, когда к вечернему платью не надо надевать очки. В контактных линзах Вы почувствуете себя совершенно иначе – попробуйте!

Как правильно выбрать контактные линзы?

Если Вы решили носить контактные линзы, прежде всего, необходимо посетить офтальмолога и попросить подобрать Вам контактные линзы известной марки и хорошего качества. В том, что касается марки и качества линз, не идите на компромисс. Обязательно обсудите с врачом, какие линзы лучше подойдут Вашему стилю жизни и обеспечат необходимую коррекцию зрения. В нашем центре «Микрохирургия глаза» врач-офтальмолог расскажет об имеющемся ассортименте линз и подберет Вам пробные контактные линзы. Перед подбором контактных линз необходимо пройти офтальмологический осмотр во избежание будущих проблем со здоровьем глаз (он абсолютно безболезненный и займет немного времени).

Настоящая статья поможет Вам многое узнать о контактных линзах.

Распространенные заблуждения, связанные с контактными линзами

1. Контактные линзы некомфортны?

Линзы нового поколения чрезвычайно мягкие, тонкие, гибкие и, что особенно важно, долго остаются влажными, обеспечивая пользователям непревзойденный комфорт. Материал и дизайн контактных линз позволяют им соответствовать индивидуальной форме поверхности глаза. Контактные линзы так комфортны, что пользователи контактных линз не ощущают их присутствия на глазу.

Дискомфорт же возникает, как правило, при несоблюдении правил и условий ношения контактных линз. Контактные линзы необходимо регулярно заменять новыми, в соответствии с рекомендациями врача.

2. Мне не хочется вставлять что-то в глаз?

Это нормальная реакция для тех, кто никогда не имел дела с контактными линзами. Это страх дотронуться до глаза. То, что незнакомо, вначале всегда внушает сомнения, но все опасения быстро исчезают. Офтальмолог покажет, как правильно надевать и снимать контактные

линзы, и вы увидите, что это не сложнее, чем надевать и снимать ботинки. Миллионы людей быстро овладевают наукой обращения с контактными линзами, так почему не Вы? Попробуйте – и убедитесь.

3. Контактные линзы приводят к инфицированию глаз?

Сами по себе контактные линзы не вызывают инфекционных заболеваний. Воспаление могут вызвать патогенные микробы, занесенные в глаз с поверхности грязных линз. Только недостаток гигиены или неправильное обращение с контактными линзами может привести к подобным проблемам. Если Вы будете следовать инструкциям офтальмолога по уходу за линзами и не забывать о регулярной дезинфекции линз, вы сможете наслаждаться комфортом и преимуществами ношения контактных линз без каких-либо неудобств.

Важно помнить: чем чаще вы меняете линзы, тем лучше это для здоровья глаз. Во всем мире производители постепенно переходят с производства «традиционных» контактных линз, рассчитанных на использование до 6 месяцев на контактные линзы частой плановой замены – ежемесячной, двухнедельной или, что самое гигиеничное – однодневной. Частая замена линз новыми снижает вероятность образования органических отложений из жиров и белков, содержащихся в слезной пленке, которые являются питательной средой для микробов. Пока вы правильно ухаживаете за линзами, тщательно очищаете, дезинфицируете их и вовремя заменяете новыми, у болезнетворных микробов нет шанса выжить и попасть в глаза.

4. Контактные линзы вредны для глаз?

Современные линзы изготавливают из биосовместимых (не вызывающих реакции со стороны тканей организма) материалов, аналоги которых широко используются во многих отраслях медицины. Свойства этих материалов позволяют линзам пропускать достаточное количество кислорода к роговице, поэтому недостаток кислорода при ношении современных линз уже в прошлом. Контактные линзы, правильно подобранные офтальмологом, в случае соблюдения правил ухода, режима ношения и графика замены, являются комфортным и здоровым для глаз средством коррекции зрения. Помните, что контактные линзы относятся к изделиям медицинского назначения, поэтому ими нужно пользоваться в соответствии с рекомендациями врача.

5. Контактные линзы не позволяют глазам «дышать»?

Для здоровья глаз необходимо, чтобы определенное количество кислорода достигало роговицы, следовательно, контактные линзы должны пропускать достаточно кислорода к глазу. Количество кислорода меняется в зависимости от того, пользуетесь ли вы линзами только днем или не снимаете их даже на ночь. Офтальмолог подберет контактные линзы, лучше всего подходящие

вашему стилю и обеспечивающие необходимую коррекцию зрения, и, при соблюдении рекомендаций врача, вы можете быть уверены, что глаза не будут страдать от недостатка кислорода.

Хотя материал контактных линз чрезвычайно важен для полноценного снабжения роговицы кислородом, но поступление кислорода к глазу зависит и от других факторов. Немаловажным представляется правильный уход за контактными линзами. Любые отложения на поверхности линз блокируют прохождение кислорода, поэтому необходимо правильно очищать и дезинфицировать линзы. Правильный уход и своевременная замена контактных линз позволят вам оценить все преимущества современных средств контактной коррекции зрения.

6. Контактные линзы могут сместиться за глазное яблоко?

Контактная линза физически не может попасть внутрь глазницы. Линзы находятся на передней поверхности глаза или, в случае смещения, под веками. Глаз имеет естественный защитный барьер – конъюнктиву – слизистую оболочку, которая покрывает «белок» глаза и окружает глазное яблоко под верхним и нижним веками, препятствуя попаданию линзы внутрь глазницы.

7. При резком движении линза может выпасть?

Благодаря анатомии человеческого глаза мягким контактными линзами практически невозможно выпасть из глаз. Это дает возможность пользователю контактных линз заниматься любыми видами спорта. Сила, удерживающая контактную линзу на роговице, зависит от диаметра линзы, поэтому жесткие линзы, диаметр которых обычно меньше, плохо держатся на поверхности глаза. Напротив, правильно подобранные мягкие контактные линзы выпадают крайне редко – это еще одна причина посетить врача-офтальмолога для профессионального подбора линз.

8. Уход за контактными линзами занимает много времени?

Правильный уход за линзами очень важен для здоровья глаз. К счастью, современные multifunctional растворы позволили значительно упростить уход и хранение линз.

Продолжительность ухода за линзами зависит от режима ношения. Лучший способ дезинфицировать и очищать линзы – это помещать их на ночь в специальный раствор, который сделает всю «работу», пока вы спите. Обязательно соблюдайте инструкции на вкладыше к multifunctional раствору.

Если вы предпочитаете снизить хлопоты по уходу до минимума, рекомендуем выбрать контактные линзы ежедневной замены. Каждое утро вы будете надевать новую чистую пару линз, а вечером выбрасывать использованные линзы, не заботясь об их очищении.

9. Пользователям контактных линз нельзя пользоваться декоративной косметикой?

Можно. Единственное, о чем нужно помнить, – это о соблюдении правильного порядка действий: накладывайте макияж после надевания контактных линз и снимайте контактные линзы до того, как смывать косметику.

Применяя аэрозоли (лак для волос и т.п.), не забывайте закрыть глаза, чтобы мельчайшие частицы спрея не попали на поверхность линз.

10. Все контактные линзы одинаковы?

Неправда. Развитие технологий в сфере контактных линз позволяет предложить пользователям широкий ассортимент продукции с различными свойствами. Среди многообразия существующих контактных линз можно выделить две основные категории: линзы дневного ношения и линзы длительного ношения (без снятия на ночь). Существуют индивидуальные особенности глаз, различные потребности в коррекции зрения, стиль жизни также отличаются у разных людей, поэтому необходимо проконсультироваться с врачом-специалистом и подобрать линзы, лучше всего подходящие конкретному пациенту. Контактные линзы удовлетворяют самым разнообразным запросам и потребностям.

11. Контактные линзы не могут обеспечивать достаточно хорошее зрение – как очки?

Мы часто наблюдаем прямо противоположную ситуацию. Находясь непосредственно на роговице, контактные линзы корректируют зрение прямо на поверхности глаз, а не на расстоянии 10–12 мм, как стекло очков, поэтому во многих случаях качество зрения в контактных линзах значительно лучше и нет оптических aberrаций (уменьшения предметов и т.п.). В отличие от очков, линзы обеспечивают широкий обзор и периферическое зрение независимо от направления взгляда, потому что контактные линзы двигаются вместе с глазным яблоком. Кроме того, контактные линзы не запотевают, не падают с носа, не разбиваются, их не заливают дождем. В любых видах спорта контактные линзы гораздо удобнее очков.

12. Я не могу носить контактные линзы, потому что у меня астигматизм?

В прошлом контактные линзы для астигматизма производились из ограниченного числа материалов, но инновации последних лет позволили изменить ситуацию. Астигматизм уже не является преградой для ношения контактных линз, так как существуют торические контактные линзы.

13. У меня пресбиопия, и контактные линзы мне ни к чему – я пользуюсь очками только для чтения или при работе за компьютером?

Существуют различные способы контактной коррекции пресбиопии (когда возникает необходимость в очках для работы вблизи) – например, так называемая коррекция «моновижн», когда на правый и левый глаз подбираются контактные линзы с разной оптической силой. Коррекция «моновижн» дает хорошие результаты при начальной пресбиопии (в среднем в возрасте 45 лет). Также применяются специальные бифокальные линзы, имеющие особые зоны для дальнего и близкого расстояния, которые обеспечивают пользователям четкое зрение в условиях различной освещенности. Таким образом, пресбиопия не является преградой для ношения контактных линз.

14. Я еще мал, чтобы носить контактные линзы?

Здесь не существует возрастных ограничений: пользоваться контактными линзами могут как дети, так и взрослые. Последние исследования показали, что в среднем подростки начинают носить контактные линзы с 13 лет. Контактные линзы являются исключительно удобным способом коррекции зрения для детей и подростков, занимающихся различными видами спорта и уделяющих много времени активному отдыху.

15. Я слишком стар, чтобы начинать пользоваться контактными линзами?

Люди любого возраста могут пользоваться преимуществами, которые обеспечивают контактные линзы. Некоторые общие заболевания, независимо от возраста, являются противопоказанием к контактной коррекции. Поэтому при обращении для подбора контактных линз не забудьте сказать о них врачу.

16. Контактные линзы стоят целое состояние?

В действительности стоимость контактных линз гораздо ниже, чем люди привыкли думать. Благодаря развитию новейших технологий, в настоящее время на рынке существует широкий ассортимент контактных линз различной ценовой категории. Контактные линзы в день обойдутся не дороже, чем пачка сока или чашка кофе. В нашем центре врач-специалист поможет подобрать линзы, лучше всего подходящие к вашему стилю жизни, обеспечивающие необходимую коррекцию зрения и соответствующие вашему бюджету.

Ю.Б. Соловьева,
ассистент кафедры офтальмологии

КОЕ-ЧТО О ПИВЕ

Несмотря на то, что пиво известно уже давно, а хмель в Европе культивируют примерно 1000 лет, до сих пор нет ясности в том, как же действует этот «напиток» на организм человека.

С одной стороны, можно встретить целые оды пиву, заканчивающиеся рекомендациями употреблять пиво беременным женщинам, кормящим матерям, давать пиво младенцам «для лучшего сна», с другой стороны – главный санитарный врач РФ Геннадий Онищенко говорит: «Не СПИД, не туберкулез погубят Россию, а пивной алкоголизм среди юного поколения». Пиво – древний напиток, известный еще в Древнем Египте, Вавилоне, Китае, времен Шанской династии (I тыс. до н. э.), Армении.

По другому мнению, пиво впервые появилось в Египте в эпоху Птолемея, в ходе археологических раскопок в этой стране был найден самый древний рецепт приготовления пива.

В Римской империи пиво не пользовалось популярностью, здесь предпочтение отдавалось вину. Однако некоторые римские историки в начале новой эры упоминали, что кельтские, германские и другие племена пили пиво.

В средние века производство пива в Европе переместилось в монастыри.

Европейские монахи усовершенствовали технологию пивоварения, начав использовать в качестве консерванта хмель.

Из всех алкогольных изделий пиво можно признать самым опасным для человека, что обусловлено целым рядом факторов:

– наличие высокоактивного фитоэстрогена, существенно влияющего на гормональный фон человека;

– присутствие наркотических веществ, родственных гашишу;

– низкое содержание алкоголя, обуславливающее раннее приобщение человека к алкоголю и формирование стойкой зависимости.

Как известно, при производстве пива используются «шишечки» (неоплодотворенные женские соцветия) хмеля обыкновенного (*Humulus lupulus* L.).

Оказалось, что в «шишечках» хмеля, используемых для придания пиву специфического горьковатого вкуса, содержится 8-прениларингенин (8-ПН) – фитоэстроген, представляющий из себя женский гормон растительного происхождения («фито» – растение, «эстроген» – женский половой гормон). Подобные соединения находятся также в красном клевере и люцерне.

Народ издавна знал о свойствах этих растений, и поэтому пастухи тщательно следили, чтобы скот не потреблял их слишком много, так как это грозило бесплодием, что наблюдалось, например, в Австралии при выпасе овец исключительно на красном клевере.

Важной особенностью гормонов является их высокая активность даже в низких концентрациях. Так, в организме здоровой женщины в сутки вырабатывается всего лишь 0,3–0,7 мг эстрогена, что по весу соответствует половине крупинки сахара!

Этого количества вполне достаточно, чтобы человек был женщиной.

Действующая концентрация женского гормона в 1 л пива может достигать 0,15 мг в пересчете на эстроген! 90 %

его содержится в пиве в неактивной форме, но под воздействием микрофлоры кишечника в организме человека он переходит в активную форму.

Мужчина, регулярно потребляя пиво, в существенной степени замещает в собственном организме мужской гормон на женский.

Фигура такого существа меняется, приобретая округлые женские формы: расширяется таз, жир откладывается по женскому типу – на бедрах.

Разрастаются грудные железы, по некоторым данным, в запущенных случаях из таких грудей начинает сочиться молоко.

Все более проблематичным становится выполнение мужских обязанностей, постепенно развивается импотенция, влечение к женщине заменяется влечением к алкоголю.

Если женщина пьет пиво и таким образом вводит в свой организм дополнительное количество женского гормона, то это может привести к увеличению матки, разрастанию тканей матки и влагалища, выделению излишнего секрета и слизи в фаллопиевых трубах, нарушению менструального цикла, что наглядно подтвердили опыты на крысах.

Не лучшим образом сказывается употребление пива и на внешности женщин.

Нарушение желез внутренней секреции ведет к появлению у них мужских вторичных половых признаков: росту «пивных» усов и бороды, огрублению голоса.

Пиво – хоть и слабоалкогольный напиток, но все же этиловый спирт в нем присутствует.

Бутылка пива может приравняться к 50 граммам водки. Это приводит к раздражению и отравлению слизистой оболочки.

Пищеварение становится затрудненным, непереверенная еда поступает в кишечник. В результате – гастрит и проблемы со стулом.

При этом отмечается общая слабость, подавленное настроение, снижение работоспособности, боли в желудке.

Как известно, этот напиток обладает сильнейшим мочегонным эффектом. Он способствует вымыванию из организма микро- и макроэлементов, особенно калия, магния, витамина С. Дефицит этих веществ ведет к слабости в ногах, боли в икрах, раздражительности, бессоннице, снижению иммунитета. У пивных алкоголиков со стажем нередки случаи кровоизлияния и инфаркта почек, которые со временем уменьшаются в размерах и сморщиваются.

В результате перекачивания большого количества излишней жидкости сердце становится дряблым, учащаются его сокращения, появляется аритмия и высокое давление. Такое явление в медицине получило название синдрома «пивного сердца» или «капронового чулка».

Физические нагрузки переносятся уже не так легко, начинается одышка.

Ишемическая болезнь сердца и сердечная недостаточность – нередкие спутники задралых любителей пива. По статистике, у пивных алкоголиков в два раза увеличивается смертность от инсульта.

Ближайшим родственником хмеля по семейству Cannabaceae является конопля, которая представляет собой источник таких наркотиков, как марихуана и гашиш. Эти наркотические вещества, хоть и в более низкой концентрации, содержатся также и в хмеле.

Помимо этого, хмель вырабатывает много морфина – действующего начала опиума и героина.

Из всего вышесказанного становится ясно, почему пристрастие к пиву развивается в 3–4 раза быстрее, чем к водке, причем незаметно и лечится с большим трудом, чем обычный алкоголизм.



Опасность кроется и в том, что пиво для многих становится «мостиком» к употреблению более крепкого алкоголя, неслучайно его называют «воротами алкоголизма», так как именно через него осуществляется зачастую самое первое приобщение детей к алкоголю.

Некоторые факты о пиве:

- На пиво легко ложится шоколадный загар. Вместо защитного крема натирайтесь пивом. Результат вам придется по душе.
- Для укрепления и лучшего роста волос полезно мыть голову свежим слегка подогретым пивом. При выпадении волос пиво можно использовать для масок и укутываний головы.
- Маски из желтка, взбитого с пивом, разглаживают морщины на лице и укрепляют корни волос. Избавиться от морщин помогает и крутая пена свежего пива.
- Пивные ванны регулируют потоотделение. Если Вы сильно потеете, принимайте пивные ванны: 1 бутылку пива добавьте в теплую воду и наслаждайтесь!
- Еще древним людям были известны полезные свойства этого напитка. Например, шумеры полоскали пивом рот, чтобы избавиться от зубной боли, а в средние века врачи лечили пивом камни в почках.
- Утомленные паломники растирали пивом ноги после дальней дороги.
- В бане пиво льют на раскаленные камни, ведь пивной пар так полезен для кожи и всего организма.

Е.В. Неврычева,
доцент кафедры сестринского дела ИПКСЗ

www.voloskova.ru

НОВЫЕ ИНФОРМАЦИОННЫЕ РЕСУРСЫ ДЛЯ СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Предлагаем Вам использовать в обучении и работе следующие ресурсы.

Три примерно одинаковых по своему содержанию сайта для медицинских сестер: <http://yamedsestra.ru/>, <http://www.sestrinskoeidelo.ru>, <http://medsestra.geiha.ru>. Сайты созданы в поддержку студентам-медикам, практикующим медицинским сестрам, младшим медицинским сестрам. На них размещены материалы по сестринскому делу (например, процедуры и манипуляции), статьи на медицинские темы, блоги медсестер и т.п.

<http://nursemanager.ru/> «Ассоциация специалистов с высшим сестринским образованием» создала сайт как единое информационно-справочное пространство

для всех медицинских сестер, по роду профессии связанных с организацией и управлением сестринской деятельностью. На сайте обобщены и представлены знания и опыт по управлению сестринской службой как государственных, так и частных медицинских учреждений. Кроме того, публикуются статьи специалистов в области науки и образования.

http://www.healthquality.ru/open/index_con.php?obj=co_library&ac=index

Библиотека Научно-методического центра по обеспечению качества медицинской помощи содержит различные материалы в поддержку

улучшения качества медицинского обслуживания и опыт методологии их применения.

<http://dlya-medsester.narod.ru/> Информационный портал для медсестер. Создан Хасией Поташевой. Пользователям предоставляется библиотека электронных книг для медицинских сестер, тесты и многое другое. В библиотеке можно бесплатно скачивать учебные пособия по различным отраслям здравоохранения.

М.В. Дятлова,
заведующая отделом библиотеки

ИНФОРМАЦИЯ, СОБЫТИЯ

25–26 апреля в актовом зале ИПКСЗ состоялась Дальневосточная научно-практическая конференция «Красота и здоровье»

В течение двух дней врачам-дерматовенерологам, косметологам, пнекологам, пластическим хирургам, работающим в области эстетической медицины, свой опыт и практические навыки, а также новейшую информацию о разрешенных к использованию методиках, оборудовании и препаратах представляли ведущие российские и зарубежные специалисты.

В работе конференции принимали участие: доктор медицины, директор и главный медицинский директор эстетического центра Aesthetic Center GmbH & Co KG Стефан Лип (Германия); доктор медицины, руководитель подразделения клинических исследований компании Forma-ТК Эран Кригер (Израиль); директор и президент

компании Biomed SARL Anthony Cohen (Франция); доктор медицины, представитель компании PNC International Co, Ltd, профессор Lee Soo Sang (Южная Корея); врач-модератор, дерматокосметолог, ведущий тренер по контурной коррекции, научный консультант отдела медицинской эстетики «Мезоэксперт» М.Л. Егорова (г. Москва); врач-дерматокосметолог, магистр Дрезденского международного университета по специальности «Медицина anti-age», директор клиники «Еврокосмет» Е.П. Белешева (г. Ростов-на-Дону) и др.

В рамках форума был проведен мастер-класс по косметологии, сессия вопросов и ответов, а в фойе активно работала выставка косметической продукции.

15 мая состоится XXI научно-практическая конференция медицинских сестер Хабаровского края «Профессиональная карьера медицинской сестры на современном этапе»

ПРОГРАММА

15 мая

Актовый зал Института повышения квалификации специалистов здравоохранения (г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9)

10.00 – 13.00

9.00 – 10.00

Регистрация участников конференции

Сопредседатели:

Чикова Галина Всеволодовна – д.м.н., профессор, ректор КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края, г. Хабаровск.

Ситников Валерий Николаевич – директор ГОУ СПО «Хабаровский государственный медицинский колледж», г. Хабаровск.

Ткаченко Ирина Владимировна – д.м.н., декан факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки средних медицинских и фармацевтических работников КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края, г. Хабаровск.

Колесникова Ирина Николаевна – президент Ассоциации медицинских сестер Хабаровского края, главная медицинская сестра КГБУЗ «Краевая клиническая больница № 1 им. проф. С.И. Сергеева» министерства здравоохранения Хабаровского края, г. Хабаровск.

10.00 – 10.30

Приветственное слово:

Чикова Галина Всеволодовна – д.м.н., профессор, ректор КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края, г. Хабаровск.

Ситников Валерий Николаевич – директор ГОУ СПО «Хабаровский государственный медицинский колледж», г. Хабаровск.

Пудовиков Сергей Сергеевич – главный врач КГБУЗ «Краевая клиническая больница № 1 им. проф. С.И. Сергеева» министерства здравоохранения Хабаровского края, г. Хабаровск.

Колесникова Ирина Николаевна – президент Ассоциации медицинских сестер Хабаровского края, главная

медицинская сестра КГБУЗ «Краевая клиническая больница № 1 им. проф. С.И. Сергеева», г. Хабаровск.

10.30 – 10.50

«Современные направления подготовки средних медицинских работников в Хабаровском государственном медицинском колледже»

Ситников Валерий Николаевич – директор ГОУ СПО «Хабаровский государственный медицинский колледж», Сиворакша Н.И. – начальник отдела ДПО ГОУ СПО «Хабаровский государственный медицинский колледж».

10.50 – 11.00

«Управление сестринским персоналом: состояние и тенденции» – доцент кафедры сестринского дела, к.м.н. Топалов К.П. КГБОУ ДПО ИПКСЗ, г. Хабаровск.

11.00 – 11.10

«Роль медицинских сестер во внедрении в ЛПУ нового оборудования, средств ухода и других инноваций»

Ложкарев Алексей Владимирович – медицинский брат неврологического отделения КГБУЗ «Краевая клиническая больница № 1 им. проф. С.И. Сергеева», Колесникова И.Н., Мансвеева Е.Ф.

11.10 – 11.20

«Новые технологии в сестринском деле – ПЭТ/КТ диагностика»

Галлямова Ольга Шамильевна – старшая медицинская сестра ПЭТ-центра, КГБУЗ «Краевой клинический центр онкологии», Бутакова Т.Н., Стрелкова В.М.

11.20 – 11.30

«Роль главной медицинской сестры ЛПУ в формировании заказа в соответствии с 94 Федеральным Законом»

Буданова Надежда Владимировна – главная медицинская сестра КГБУЗ «Краевая психиатрическая больница» министерства здравоохранения Хабаровского края, г. Хабаровск.

11.30 – 11.40

«Сестринское дело в Николаевском районе: приоритеты и проблемы»

Дельнова Наталья Викторовна – главная медицинская сестра КГБУЗ «Николаевская-на-Амуре центральная районная больница» министерства здравоохранения Хабаровского края, г. Николаевск-на-Амуре.

11.40 – 11.50

«Оценка мнений среднего медицинского персонала о ВСО» – доцент кафедры сестринского дела, к.м.н. Невричева Е.В. КГБОУ ДПО ИПКСЗ, г. Хабаровск.

11.50 – 12.00

«Роль старшей медицинской сестры в формировании кадрового состава приемного отделения КГБУЗ ККБ № 2»

Бескорнова Светлана Ивановна – старшая медицинская сестра приемного отделения КГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2» министерства здравоохранения Хабаровского края, Филиппова Н.В., Волочаева М.В., Мансвеева Е.Ф.

12.00 – 12.10

«Инновационные технологии в профилактике ВБИ. Новые технологии в стерилизации изделий медицинского назначения КГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»

Быченко Светлана Анатольевна – заведующая ЦСО КГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2» министерства здравоохранения Хабаровского края, Коновалова Е.Ю., Жилач Л.Д., Филиппова Н.В., Волочаева М.В.

12.10 – 12.30 Перерыв

12.30 – 12.40

«Внутрибольничные конференции медицинских сестер как фактор инновационных технологий и развития сестринского дела в ЛПУ»

Батяйкина Наталья Викторовна – старшая медицинская сестра эндоскопического отделения КГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» министерства здравоохранения Хабаровского края, г. Хабаровск.



12.40 – 12.50

«Инновационные технологии в перевязочном деле в учреждениях здравоохранения: опыт применения новых перевязочных средств в ожоговом центре КГБУЗ ККБ № 2»

Берг Светлана Васильевна – старшая медицинская сестра ожогового отделения КГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2» министерства здравоохранения Хабаровского края, Тайнова М.И., Тупикин А.Н., Филиппова Н.В., Румянцев С.В.

12.50 – 13.00

«Рациональное трудоустройство медицинских сестер с ВСО в г. Комсомольске-на-Амуре»

Белаш Анна Петровна – старшая медицинская сестра поликлиники № 2 КГБУЗ «Городская клиническая больница № 2», г. Комсомольск-на-Амуре, Никитина Ю.В., Андриенко Т.А.

13.00 – 13.10

«Центр здоровья как фактор снижения заболеваемости населения г. Комсомольска-на-Амуре»

Лактина Елена Геннадьевна – старшая медицинская сестра травматологического отделения КГБУЗ «Городская клиническая больница № 2» министерства здравоохранения Хабаровского края, г. Комсомольск-на-Амуре.

13.10 – 13.20

«Роль контроля качества сестринского ухода в учреждениях здравоохранения на развитие сестринского персонала»

Караченцева Ирина Федоровна – медсестра отделения гнойной хирургии КГБУЗ «Городская клиническая больница № 11» министерства здравоохранения Хабаровского края, Хлыст Е.М., Миллер М.Г., Макарова О.Г., Бурдейная Л.А., г. Хабаровск.

13.20 – 13.30

«Роль операционной медицинской сестры во внедрении технологии получения пулированного полидонорского концентрата тромбоцитов из лейкоцитарной массы»

Попова Наталья Сергеевна – старшая медицинская сестра отделения заготовки крови и компонентов КГБУЗ «Станция переливания крови», г. Хабаровск.

13.30 – 13.40

«Инновации в перевязочном деле. Опыт применения современных перевязочных средств»

Федорова Ксения Аркадьевна – медицинская сестра НУЗ «Отделенческая поликлиника на станции Хабаровск-1» ОАО «РЖД», Колесникова О.Ю., г. Хабаровск.

13.40 – 13.50

Подведение итогов, принятие резолюции конференции

Фото: www.webmedita.com

Секрет притягательности пива

Американские нейробиологи утверждают, что им удалось выяснить, почему тем, кто употребляет спиртные напитки, бывает так трудно остановиться после первой кружки пива или рюмки более крепкого алкогольного напитка. Результаты исследования, проведенного в Медицинской школе университета штата Индиана (Индианаполис, США), опубликованы в журнале *Neuropsychopharmacology*.

Группа исследователей под руководством Дэвида Каржена (David Kareken) с помощью позитронно-

эмиссионного томографа наблюдала за работой мозга 49 испытуемых, которым были предложены небольшие порции пива их любимых марок и безалкогольного напитка Gatorade. Дозы пива были настолько малы, что содержащийся в них алкоголь не мог повлиять на состояние участников эксперимента.

Как выяснилось, вкус и аромат пива, а совсем не опьяняющее воздействие этилового спирта, вызывает выброс одного из «гормонов удовольствия», нейромедиатора дофамина в вентральном стриатуме –

области головного мозга, считающейся «центром немедленного вознаграждения». У тех участников эксперимента, которые употребляли Gatorade, такого эффекта не наблюдалось.

Как было установлено, мозг тех участников исследования, чьи близкие родственники страдали от алкоголизма, реагировал на небольшие дозы спиртного значительно более сильным выбросом дофамина, чем у остальных, что, по мнению авторов, подтверждает генетическую природу алкоголизма.

Medportal.ru

Полные пациенты вызывают меньшую симпатию у врачей

Врачи лучше относятся к пациентам с нормальным весом, чем к страдающим избыточным весом или ожирением больных. Такими результатами исследования ученых из Университета Джона Хопкинса (Johns Hopkins University), опубликованные в журнале *Obesity*.

По словам авторов исследования, о негативном отношении врачей к страдающим ожирением пациентам было известно давно, однако не было сведений о том, как проявляется этот негатив в процессе лечения. Чтобы это выяснить, группа ученых во главе с Кимберли Гудзюн (Kimberly Gudzyun) расшифровала записи беседы 39 врачей общей практики с 208 пациентами, страдающими гипертонией. Среди них насчитывалось 28 человек с нормальным весом (индекс массы тела, ИМТ, ниже 25), 60 человек с избыточным весом (ИМТ от 25 до 30) и 120 человек, страдающих ожирением (ИМТ от 30 и выше).

Проанализировав записи, ученые выяснили, что терапевты всем пациентам уделяли одинаковое количество времени, назначали одинаково качественное лечение и беседовали с ними на одни и те

же темы. Исследователи выявили только одно существенное отличие – с пациентами, обладающими нормальным весом, врачи общались более тепло и дружелюбно, высказывали им больше сочувствия. Медики выражали им свое отношение при помощи простых фраз. Например, страдающей от приливов женщине терапевт сказал: «Я рад, что вам стало лучше»; другой доктор посочувствовал пациентке, которая переживала из-за оставшегося после операции шрама. «Вы через многое прошли, но Ваши ноги все равно остались прекрасными. Наденьте что-нибудь красивое, весеннее, это всегда поднимает настроение». Если пациенты не могли попасть на прием к узкому специалисту, терапевты им сочувствовали: «Я с Вами согласен, это очень раздражает», – говорили они.

Подобные проявления соперничества отсутствовали при беседе со страдающими избыточным весом или ожирением пациентами. Медики не вслепая таких пациентов в эмоциональный контакт. «Это не означает, что врачи открыто выражали свое негативное отношение или были грубы в общении», – пояснила Гудзюн.

По словам авторов работы, это негативно влияет на результаты лечения: ранее другие группы ученых в своих исследованиях доказали, что чем лучше врач относится к пациенту, тем охотнее больной исполняет его предписания.

Результаты исследования Гудзюн и ее коллег подтверждает доктор Дэвид Кац (David Katz) из Исследовательского центра по предотвращению заболеваний Yale-Griffin. «Когда страдающий ожирением пациент приходит с головной болью, врачу говорит: «Вам нужно сбросить вес». Пациент приходит с больным горлом, а врачу говорит: «Вам нужно сбросить вес». Такие пациенты чувствуют, что доктор не хочет помочь им, и в конце концов перестают ходить к нему на прием», – пояснил Кац.

Так называемая эпидемия ожирения в последние годы распространялась в США, Австралии и Великобритании. Избыточный вес увеличивает риск возникновения диабета и других заболеваний, способствует повышению общей заболеваемости страдающих ожирением пациентов.

Medportal.ru

Белые грибы снизили вес у страдающих от ожирения

Белые грибы с успехом заменяют красное мясо и способствуют снижению веса. К такому выводу пришли специалисты из университета Джона Хопкинса, в течение года проводившие клинические испытания новой диеты.

Результаты испытаний, сообщает EurekAlert!, будут обнародованы 22 апреля на проходящей в Бостоне конференции Experimental Biology 2013.

Участниками испытаний стали страдающие от ожирения взрослые люди, 88 процентов из которых составляли женщины. Средний возраст участников – 48,4 года. 73 из них в течение года ежедневно вместо красного мяса съедали приблизительно чашку белых грибов, а остальные придерживались своей обычной диеты.

Как оказалось, за этот период все участники, отказавшиеся от мяса в

пользу грибов, сбросили примерно по три с лишним килограмма, что в среднем составило 3,6 процента от их первоначального веса. Они, как было зафиксировано, потребляли, в сравнении с контрольной группой, меньше калорий и жира, у них снизился индекс массы тела, обхват талии (в среднем на 6,5 сантиметра) и вообще улучшились пропорции фигуры.

Medportal.ru

Лечение – свет

Традиционно с переменой погоды, появлением солнечных весенних или, наоборот, хмурых и дождливых осенних дней наступает период сезонных обострений различных заболеваний. Некоторые из них связаны с долговременным отсутствием солнечного света, таким, как длящаяся полгода полярная ночь.

Согласно данным финских ученых, симптомы депрессии «полярной ночи» проявляются у 40 процентов населения, проживающего в северных регионах за полярным кругом. К самым распространенным признакам этого расстройства причисляют увеличение потребности во сне и потреблении углеводов и сахаров, у страдающего «полярной» депрессией человека снижается социальная активность, он постоянно пребывает в плохом настроении.

Эти симптомы финны научились устранять при помощи светотерапии – лечения ярким светом. На время сеанса пациента помещают в комнату, где включены яркие лампы дневного света, на 30–60 минут – в зависимости от предписания врача. Несмотря на кажущуюся простоту, этот вид терапии имеет и свои побочные эффекты: ожоги сетчатки, шелушение или отек кожи, может появиться раздражительность, тре-

вога, переход больного из депрессии в манию (инверсия аффекта). Кроме того, светотерапия используется для увеличения выработки белых клеток крови. «Яркий свет днем подавляет продукцию мелатонина и увеличивает его суточную амплитуду, что дает положительный эффект. Если включать яркий свет ночью, то это, в конечном счете, приводит к развитию многих заболеваний, включая рак, и ускоренному старению», – пояснил Владимир Анисимов, член-корреспондент РАН, заведующий отделом канцерогенеза и онкогематологии в НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова.

Более интересный способ светолечения, позволяющий избежать появления побочных эффектов, придумали ученые из финского Университета Оулу – они изобрели световые наушники. В традиционного вида наушники «вкладыши», подключенные к корпусу прибора размером с небольшой мобильный телефон, исследователи вмонтировали светодиодные лампы. Нажатие на кнопку «включения-выключения» запускает сеанс светотерапии длительностью 8–12 минут.

Как рассказал один из изобретателей устройства Юсо Ниссила (Jussu Nissila), идея воздействовать на мозг через слуховой канал пришла ему и

его другу Анте в студенческие годы. «Ухо находится на той же высоте, что и отвечающие за выработку гормонов отделы мозга. В них в больших количествах вырабатывается белок-рецептор света меланопсин», – пояснил Юсо.

Первоначально меланопсин был обнаружен в светочувствительных клетках сетчатки глаза, позже выяснилось, что его вырабатывают и другие ткани человеческого организма. «Всего у человека есть восемь опсинов (светочувствительных белков-рецепторов), четыре из них участвуют в переводе света в электрохимический сигнал. Один из них – меланопсин OPN4 – мы обнаружили в мозжечке, а также в участках мозга, вырабатывающих серотонин и дофамин. Мы проводили забор проб в 10 точках мозга человека и опубликовали результаты исследований по OPN3 (энцефалин) и OPN4. Эти пробы были взяты в тех участках головного мозга, где при расстройстве нервной системы наблюдаются наибольшие нарушения, например, при болезни Альцгеймера» – рассказал Ниссила.

Всего за пять лет в клинических испытаниях устройства Юсо Ниссила (Jussu Nissila), идея воздействовать на мозг через слуховой канал пришла ему и

результатов специального опроса. Воздействие световых наушников, или, как их называют изобретатели, «подзарядки для человека», на страдающих депрессией людей проверялось при помощи МРТ и специально составленной анкеты. В последнем клиническом испытании, проведенном с использованием плацебо, участвовали 89 человек.

Плацебо-прибор разработали инженеры Вальке (Valkee) – компании, которую Нисилла и Анте основали для производства «подзарядки для человека». В ходе испытаний вставные наушники исследователи заменили надевающимися на голову

гарнитурами. Во все приборы были вмонтированы светодиодные лампы и датчик давления, который срабатывал, если испытуемый пытался поднять наушники и подсмотреть, работают лампы или нет. В случае активизации датчика излучение света автоматически прекращалось. Результаты этого эксперимента были опубликованы в Journal of Neurosciences.

Изобретатели утверждают, что их устройство можно использовать не только для лечения «полярной» депрессии, но и для коррекции суточных ритмов и устранения «джетлага» – синдрома, возникающего

при перемене часовых поясов; а также улучшения когнитивных способностей. Так, в ходе клинических исследований было установлено, что у участников использовавшей плацебо группы когнитивная функция улучшилась на 10 процентов; у добровольцев, проходивших курс светотерапии – на 35 процентов. У прибора есть еще пара преимуществ: он прост в использовании и лишен побочных эффектов, присущих традиционной светотерапии.

Medportal.ru

ОТ ЧИСТОГО СЕРДЦА

Выражаем благодарность кафедре анестезиологии и реаниматологии и отдельно преподавателям Мищенко Г.С., Киму Е.С. за интересный лекционный материал и проведенные семинары, а также доброжелательное отношение к слушателям.

Слушатель и цикла «Сестринское дело в анестезиологии и реаниматологии»

Выражаем искреннюю благодарность куратору цикла, доценту, к.м.н. **Некипеловой Алле Владимировне** за большой вклад в повышение квалификации специалистов здравоохранения Хабаровского края.

На занятиях были использованы материалы современных исследований, слайды с современными методами лечения, современные классификации болезней. Проводились осмотры больных, в том числе с редкими дерматозами. Совместно с Аллой Владимировной обсуждались постановка диагноза, методы обследования, дифференциальная диагностика и тактика лечения. Мы остались довольны полученными знаниями. Делаем счастья, здоровья и благополучия!

Слушатели цикла «Дерматовенерология»

Выражаем благодарность куратору цикла **Янчуку В.П.** за внимание и бесценный опыт в рентгенологии, которым Василий Павлович с нами поделился.

Ход теоретических и практических занятий был построен так, что слушателям было легко осваивать программу цикла. Методические пособия Янчука В.П. оказали неоценимую помощь в подготовке к составлению рефератов, тестированию и в подготовке к сдаче экзаменов.

Василий Павлович является не только профессионалом своего дела, но и чутким человеком, к которому можно обратиться за консультацией по любому вопросу.

Слушатели цикла «Лабораторное дело в рентгенологии»

Дорожите счастьем, дорожите!

Дорожите счастьем, дорожите!
Замечайте, радуйтесь, берите
Радуги, рассветы, звезды глаз –
Это все для вас, для вас, для вас.

Услышали трепетное слово –
Радуйтесь. Не требуйте второго.
Не гоните время. Ни к чему.
Радуйтесь вот этому, ему!

Сколько песне суждено продлиться?
Все ли в мире может повториться?
Лист в ручье, снегирь, над кручей вяз...
Разве это будет тысячу раз!

На бульваре освещают вечер
Тополей пылающие свечи.
Радуйтесь, не портите ничем
Ни надежды, ни любви, ни встречи!

Лупит гром из-под небесной пушки.
Дождик, дождь! На лужайках веснушки!
Крутит, пляшет, бьет по мостовой
Крупный дождь в орех величиной!

Если это чудо пропустить,
Как тогда уж и на свете жить?!
Все, что мимо сердца пролетело,
Ни за что потом не возвратится!

Хворь и ссоры временно оставьте,
Вы их все для старости оставьте.
Постарайтесь, чтобы хоть сейчас
Эта «прелесть» миновала вас.

Пусть бормочут скептики до смерти.
Вы им, желчным скептикам, не верьте –
Радости ни дома, ни в пути –
Злым глазам, хоть лопнуть, – не найти!

А для очень, очень добрых глаз
Нет ни склок, ни зависти, ни муки.
Радость вам сама протянет руки,
Если сердце доброе у вас.

Красоту увидеть в некрасивом,
Разглядеть в ручьях разливы рек!
Кто умеет в буднях быть счастливым,
Тот и впрямь счастливый человек!

И поют дороги и мосты,
Краски леса и ветра событий,
Звезды, птицы, реки и цветы:
Дорожите счастьем, дорожите!

Эдуард Асадов

Собака

Я эту собаку запомнил, как человека...
Случилось такое в сорок четвертом. Зимой.
Игрался спектакль «Охота XX века»
Перед шеренгой застывшей от страха, немой.

У коменданта была привязанность к догам.
И был экземпляр – казался слоном среди всех.
Даже эсэсовцы боялись верзилу-дога,
И вот этот зверь шагнул величаво на снег.

И вывели жертву...
Стоял мальчишка продрогнув.
Куда тут бежать? Он давно ослабел.
Комендант наклонился, подал команду догу,
И тот в два прыжка расстояние преодолел.

Обнюхав смертника, прошелся спокойно рядом.
Был он великолепен в размашистом, легком шагу!
Вернулся дог к коменданту и честным собачьим взглядом
Сказал человеку пс:
«Ребенок ведь – не могу...»

Лафюрер пожал плечами; ему-то разницы нету.
Раскрыл кобур у упряжки с надписью «С нами Бог»
Но, едва сверкнула вороненая сталь пистолета,
В эсэсовское горло впились красавец дог!

Дога четвертовали, путив под лопасти шнека...
Я вряд ли теперь найду в Сан-Пельтене свой барак...
Но эту собаку я вспоминаю, как человека,
Единственного человека среди фашистских собак.

Владимир Калинин



Поздравляем с Днём рождения!

Авилову Анну Александровну
Бевзо Татьяну Константиновну
Волкову Ларису Юрьевну
Воробьеву Евгению Анатольевну
Воронова Александра Викторовича
Гончар Марину Васильевну
Горлач Ольгу Александровну
Дульянинова Анатолия Георгиевича
Дьяченко Ольгу Александровну
Звонарёву Евгению Владимировну
Зеленовского Виктора Иосифовича
Иевлеву Надежду Фёдоровну
Ишутину Наталью Николаевну
Канаеву Наталью Владимировну
Кузнецову Светлану Васильевну
Кузьмичёву Наталью Ефимовну
Макарычеву Ларису Михайловну

Монину Анастасию Олеговну
Новикову Нину Васильевну
Осипова Алексея Леонтьевича
Оттеву Эльвиру Николаевну
Размовенко Ольгу Викторовну
Рапопорт Марианну Владимировну
Родионова Александра Владимировича
Сафонова Владимира Алексеевича
Свередюка Максима Геннадьевича
Сенькевич Ольгу Александровну
Сидоренко Алу Ивановну
Стеценко Евгения Геннадьевича
Стороженко Наилю Наиловну
Сычеву Наталию Николаевну
Тармаеву Светлану Владимировну
Турковскую Елену Олеговну
Шишкину Татьяну Николаевну

Здоровья, радости и счастья!