

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№8 (140) АВГУСТ 2014





В добрый путь, к новым достижениям!

В 2004 году сентябрьский выпуск нашего журнала был посвящен 50-летию АГМУ. Тогда его авторами выступили выпускники 1977 года, которые по году своего рождения - 1954 год - были ровесниками родного института. Это было символично.

В этом году наш медицинский вуз стал на 10 лет старше, и мы в честь такого значимого юбилея подготовили встречи для вас, уважаемые читатели, с ведущими преподавателями медицинского института. Наша рубрика в журнале так и обозначена - **«60 лет АГМУ»**.

Среди наших авторов были и есть преподаватели медицинского университета, и подготовленные с их участием материалы всегда интересны и востребованы. Мы убеждены, что такая системная работа, как, например, наше партнерство с кафедрой акушерства и гинекологии под руководством д.м.н., профессора Н.И. Фадеевой в рамках нашего проекта «Школа ответственного родительства», - будет только расширяться.

Но материалы, посвященные юбилею, - несколько особенные. И нам не захотелось завершать этот предпраздничный цикл. Тем более, что мы не успели познакомить вас, уважаемые читатели, даже с малой частью великолепного коллектива АГМУ, корифеев от медицины.

Мне очень кстати вспомнился рассказ одного из моих учителей – заведующего кафедрой патологической физиологии Ефима Борисовича Берхина, когда он, по его собственному выражению, «будучи еще довольно самонадеянным молодым ученым», усомнился в выводах всемирно известного ученого Ганса Селье, автора теории стресса, который когда-то из предвоенной Европы эмигрировал в Америку, затем - в Канаду и создал там одноименный институт.

Ефим Борисович был изумлен и чрезвычайно обрадован, когда на «критичное» обращение к Г. Селье он получил не только ответ от всемирно признанного ученого, но и приглашение на 6 месяцев на работу в институт Селье в Канаде. А его пребывание там совпало с юбилеем Селье, который отмечали очень торжественно, правда спустя почти год после даты официального дня рождения. Тогда он этому очень удивился и довольно подробно мне рассказывал, как торжественно чествовали коллеги именитого ученого. Именно эти воспоминания Е.Б. Берхина подтолкнули меня к мысли о том, что и у нас есть моральное право продолжить юбилейные публикации, посвященные родному вузу. Как минимум до августа следующего года. Ведь юбилей вуза – это благодатный повод вспомнить всех тех, кто создавал его историю, его традиции. Отдать дань уважения тем, кто их продолжает, - людям неординарным, многогранно талантливым.

Поздравляя с юбилеем родной Алтайский государственный университет, желаю всем его преподавателям, студентам и выпускникам - здоровья, профессиональных состоятельности и долголетия.

Убеждена, что университет ждут большие перемены, ждет серьезный прорыв в его деятельности - в работе по подготовке специалистов с врачебным и сестринским образованием, по расширению научных исследований, по реальному участию в деятельности ведущих клиник края. Для этого есть все предпосылки, а главное, есть желание и понимание того, что необходимо для таких позитивных перемен сделать.

В добрый путь, к новым достижениям!



**Алтайские продукты
+ 100 к здоровью!**



**Методы
самообследования
и диагностики
молочных желез**



Пальмовое масло



**Осторожно:
«безмолвная
эпидемия»!**

На фото: Николай Федорович ГЕРАСИМЕНКО, депутат Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации, первый заместитель председателя Комитета Государственной Думы по охране здоровья, Заслуженный врач РФ, академик РАН

Н.Герасименко: «Всегда преклонялся перед своими учителями»	2-7
Е.Кравчинская. Лабораторная диагностика: качество и доступность	8-9
Наш партнер - «Алтайский вестник Роспотребнадзора» Т.Г. Коровина. Алтайские продукты +100 к здоровью!	10-11
Деньги. Знайте их место	12-13
Сколько людей будет в России	14
Выйти сухим	15
ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА М.Г. Николаева, А.А. Наливайко, Е.В. Шмидтке. Роль витаминов и нутриентов во время беременности	16-17
ПОБЕДИМ СВОЙ СТРАХ! Е.В. Хакимова. Методы самообследования и диагностики молочных желез	18-20
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ Л.А. Плигина. Милосердие медицинских сестер не имеет границ... ..	21
С.О. Березовенко. Камни бывают разные	22-23
Л.Н. Шабанова. Профилактика клещевого энцефалита	23-24
Пять причин чаще писать от руки	25
МИР БЕЗ ГРАНИЦ Н.И. Куликова. Тугоухость у детей	26-28
М.А. Егорова, Н.Н. Кузнецова. Есть право и возможность родить здоровых детей	29-30
Как питаться после тренировки	31
Пальмовое масло	32-33
Хлебное место	34
10 зеленых смузи	35
Волшебная добавка	36-37
М.А. Колесникова. Будем делать прививки?	38-39
ШКОЛА ОСТЕОПОРОЗА Н.А. Гусева, Е.В. Ковалева. Осторожно: «безмолвная эпидемия»!	40-42
ПРИРОДА ЛЕЧИТ Хрен редьки не слаще	43
Гороскоп здоровья: Лев	44



Н.Герасименко: «Всегда преклонялся перед своими учителями»

В летний месяц приезд в Белокуруху даже на несколько часов оказался радостным событием уже потому, что после утопающего в духоте Барнаула микроклимат курортного города не мог не радовать: синеющие горы и белоснежные отели, журчащая речушка и отдыхающие с улыбающимися лицами.

И первый вопрос, заданный Николаю Федоровичу ГЕРАСИМЕНКО, депутату Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации, первому заместителю председателя Комитета Государственной Думы по охране здоровья, Заслуженному врачу РФ, академику РАН, был именно таким:

- Почему местом отдыха выбрана Белокуруха, находящаяся отнюдь не «в шаговой доступности» от Москвы?

- Я приезжаю сюда ежегодно - это мой округ, мои друзья и любимое место. Удастся соединить решение деловых проблем с отдыхом. Например, вчера выезжали на Белокуруху-2, обсуждался вопрос о строительстве нового курорта, его структуре и направлениях лечебно-оздоровительного процесса.

- В этом году отмечается 60-летие АГМУ, вуза, который окончили и вы. Почему решили стать именно врачом?

- Выбор профессии был, наверно, делом случая. Хотя на Востоке говорят, что все на свете определяет «карма» человека и путь его детерминирован. Мое детство прошло в селе Верх-Суетка Благовещенского района. В семье не было врачей: отец - бывший кадровый офицер, мама - педагог. После окончания школы я планировал поступать в Высшее военно-морское училище во Владивостоке. Всегда занимался спортом - легкой атле-

тикой и боксом. Однако медицинскую комиссию не прошел: хирург в районной больнице обнаружил плоскостопие. Соответственно, дорога в подводный флот закрылась. В Барнаул нас приехало четверо друзей-одноклассников. В приемной комиссии политехнического института - именно туда мы планировали поступать - была большая очередь, стоял жаркий день. И оказалось, что поблизости есть другой вуз - медицинский. Мы туда сначала успешно сдали документы, а затем - приемные экзамены. Шел 1967 год, тогда конкурс среди абитуриентов был примерно семь человек на место. Позднее как-то вспомнил, что в младших классах был санитаром, причем сам уговорил одноклассников проголосовать за меня. Может, профессия тогда еще засела в подкорку.

- Чем особенно вам запомнились годы обучения в медицинском институте?

- Для студентов считались знаковыми два события: сдача экзамена по анатомии на втором курсе и по фармакологии - на третьем. Анатомия не всем давалась легко по понятным причинам: трупы, запах, формалин... Случались обмороки, были примеры, когда студенты не могли преодолеть себя и бросали институт. Деканом младших курсов был всеми нами любимый доцент кафедры нормальной анатомии **Владислав Родионович БОЙКО**. Фармакологию читал профессор



Ефим Борисович БЕРХИН, он поблажек не давал никому. Тогда говорили: сдашь фармакологию, - можно жениться, что я и сделал успешно на четвертом курсе. Женился на студентке второго курса Людмиле Митиной, а уже на пятом у нас родилась дочь Иринка. Студенческая жизнь и тогда была очень насыщенной, интересной и веселой: мы не только зубрили предметы и сдавали экзамены, но и осенью ездили в колхоз, летом - в стройотряды, занимались спортом, ходили на танцы, подрабатывали в больницах и еще много чего делали... Наш курс был очень дружный, недавно хорошо отметили 40-летие выпуска.

Мы очень любили нашего ректора - профессора **Виталия Николаевича КРЮКОВА**, заведующего кафедрой судебной медицины, известного ученого и прекрасного человека. Он нас, студентов, тоже любил и всегда помогал. Хорошо помню всех своих прекрасных учителей, благодаря которым я и стал хирургом и чего-то добился в жизни. Кафедрой госпитальной



хирургии на базе краевой клинической больницы заведовал профессор **Анатолий Витальевич ОВЧИННИКОВ**, прекрасный ученый, хирург и человек. Профессором кафедры был **Виктор Борисович ГЕРВАЗИЕВ**, ставший ректором нашего института после В.Н. Крюкова; доценты **Владимир Иванович ОСКРЕТКОВ** и **Виктор Федорович ЧЕРНЕНКО**. Заведовала хирургическим отделением замечательный хирург и добрейшая женщина **Анна Дмитриевна ЛЮМИНА**, другие замечательные врачи-хирурги: **И.А. ЕГОРОВА**, **Д.Н. МОРОЗОВ**, **В.Е. СУДОРГИН**...

В студенческие годы я по вечерам работал в краевой больнице медбратом и занимался в хирургическом кружке. В конце третьего курса первый «свой» аппендицит я с грехом пополам удалил с помощью Анатолия Витальевича, который меня почему-то поставил оператором, а сам ассистировал. До сих пор помню свой страх и дрожь в руках в начале операции и слова Анатолия Витальевича: «Не дрожи и не бойся, отвечать-то все равно буду я...». Память об этом осталась на всю жизнь.

Кафедрой общей хирургии заведовал **Юрий Михайлович ДЕДЕРЕП** - интеллигентнейший человек из старой московской профессорской семьи, который прекрасно играл на фортепиано, читал в подлиннике Гете. Его монографии «Острая кишечная непроходимость», «Атлас хирургии печени» были настольными книгами для всех хирургов Советского Союза. Позднее, когда мы с ним сдружились и я часто бывал у него дома, Юрий Михайлович очень интеллигентно предлагал мне книги - разные новинки, включая самиздат, спрашивая с хитринкой во взгляде: «Вы, наверно, это уже читали?». У него была великолепная библиотека не только специальной, но и художественной литературы, которой пользовались все его друзья и ученики.

Когда я в 1986 году защитил кандидатскую диссертацию, он дал мне очень важный совет не расслабляться и не отдыхать после защиты, а сразу начинать писать докторскую.

Кафедру факультетской хирургии возглавлял профессор **Израиль Исаевич НЕЙМАРК**, талантливый ученый и учитель. Утренние хирургические конференции с врачами отделения и кафедры он проводил вместе со студентами и задавал всем «каверзные вопросы». На его вопрос «Назовите мне 4 части холедоха» смог ответить только тогда еще молодой ассистент **Яков Наумович ШОЙХЕТ**, который в последующем стал моим научным руководителем по докторской диссертации, и я с благодарностью помню нашу совместную работу.

Мне очень повезло в жизни с наставниками, они служили нам примером врача-интеллигента и помогали словом и делом. Один только маленький штрих. Помню, в кабинете Израйля Исаевича висели портреты выдающихся ученых-хирургов. Когда я уже работал в Благовещенском районе заведующим хирургическим отделением и очень хотел повесить такие же портреты в ординаторской. Обратился к нему за помощью. Он не только сделал копии этих портретов в рамочках, но и при-



Подготовка к полету

слал мне, тогда начинающему врачу, в Благовещенку.

В АГМИ сложились блестящие хирургическая и терапевтическая школы. Всем врачам страны был известен выдающийся ученый-гематолог, член-корреспондент РАМН, профессор **Зиновий Соломонович БАРКАГАН**. Студенты вместе с опытными преподавателями смотрели больных, учились слушать сердце, пальпировать живот, делать перкуссию печени... Сейчас много говорят о современных симуляционных центрах, студенты теперь больше учатся работать на муляжах и компьютерах. Они, безусловно, нужны для массового обучения, но обучение только на муляжах опасно. Нельзя заменить работу с живым пациентом на работу с самыми современными муляжами и компьютерными программами. Нельзя научиться пальпировать и слушать живот на манекене. А это особенно важно в хирургии. Помню случай, произошедший у нас в Благовещенском районе. Поступил молодой мужчина с прободной язвой. Дежурившая молодая врач-терапевт не вызвала хирурга, но и самостоятельно не смогла поставить диагноз. Ночью пациент умер. Этот случай разбирали на врачебно-контрольной комиссии. Я задаю вопрос:

- «А какой был живот?»

- «Очень твердый»

- «Это же первый признак прободной язвы!»

- «А я думала, у всех мужчин такой живот»...

Происходящие изменения в системе преподавания в медицинских вузах во многом сейчас определены Болонской конвенцией, но все новшества надо вводить разумно.

- Как складывались ваши первые шаги в профессии?

- После окончания института интернатуру проходил в БСМП. Это была для меня прекрасная школа. Учился у замечательных хирургов **П.Ф. ЗИНОВЬЕВА**, **А.В. КУНОВСКОГО**. По окончании интернатуры от-



▲ работал в Благовещенской ЦРБ шесть лет и ни разу не пожалел об этом. Через год был назначен заведующим отделением. Оно было большим - на 75 коек. Активно оперировали сложные случаи, осваивали новые операции, которые раньше в районе не делали. Сначала отработывалась техника новых операций на трупах, затем - на собаках, и только после этого переходили на работу с пациентом. Это правило выполнялось в нашем отделении неукоснительно. Много делали сложных операций. Так, в год выходило до 60 холецистотомий, десятки резекций желудка, включая экстирпацию желудка при раке. Самостоятельная практика в районе дала мне очень многое, таким образом состоялось мое становление как специалиста. Позднее были разные должности, менялась зона ответственности, но старт всему был дан именно в районной больнице.

- Когда и почему вы стали заниматься еще и научной работой?

- В 1980 году меня перевели в краевую больницу в отделение санитарной авиации, стал вылетать на сложные случаи, побывал практически во всех районах края. Вскоре был назначен заведующим этим отделением. Это был период активного развития санитарной авиации в крае. Было принято Постановление крайисполкома о развитии санавиации в крае и строительстве посадочных площадок для вертолетов около краевой клинической больницы и площадок для санитарных самолетов и вертолетов во всех районах края. Отделение было оснащено компьютерной техникой, самыми современными средствами связи, эндоскопической техникой.

Хирурги санитарной авиации, как правило, вылетают на самые сложные случаи, когда на месте не могут поставить правильный диагноз или прооперировать больного, а вывоз невоз-

можен. Или вызывают, когда после операции начинаются осложнения, послеоперационные перитониты и т.д. В то время настоящим бичом были желудочно-кишечные кровотечения: смертность в этих случаях достигала 32%, то есть погибал каждый третий больной. Хорошо помню, как прилетел в Хабаровский район, а больной, увидев меня, только успел произнести: «Ну, дождался» - и «умирает» - наступила клиническая смерть. Провели реанимационные мероприятия, сделал резекцию желудка... Больной, к счастью, остался жив, и тогда желудочные кровотечения стали предметом моих научных интересов.

В то время считалось, что вывозить таких больных нельзя: подъем на высоту приводит к гипоксии и провоцирует усиление кровотечения. Считалось также, что на высоте желудочных кровотечений нельзя делать гастроскопию. Возник вопрос: почему нельзя вывозить, обоснованы ли такие правила для санитарной авиации летающих на АН-2 на небольших высотах? Действительно ли усиливается кровотечение на высоте до 1-2км? В литературе ответа не нашел. Тогда стал проводить исследования крови у добровольцев-курсантов при «подъеме» на разные высоты в барокамере Барнаульского лётного училища, которое располагалось рядом с нашим институтом. Оказалось, что при подъеме на высоту до 2км значительной гипоксии не возникает и свертываемость крови не изменяется. Значит, при определенных условиях транспортных больных можно вывозить! Для этого санитарный самолет необходимо было оснастить реанимационным оборудованием. В России тогда это было впервые. Начали делать таким больным гастроскопию. К тому же тогда в отделении санитарной авиации появились первые японские гастроскопы. Была разработана и обоснована тактика хирурга-консультанта санавиа-

ции при диагностике и лечении больного с желудочно-кишечным кровотечением в условиях сельских больниц. Летальность снизилась почти в три раза. Больных с остановленным эндоскопически кровотечением стали вывозить уже с низким гемоглобином. Мой преемник, прекрасный хирург, Заслуженный врач России **А.И. КУНГУРОВ** вывозил с гемоглобином 5г/л.

В 1985-м - новое назначение, на должность главного хирурга края. Тогда же - начало работы над докторской диссертацией. И опять тема продиктована жизнью. Разработка автоматизированной системы диагностики в неотложной хирургии позволяла максимально исключить субъективное решение врача, помочь ему собрать информацию о состоянии больного. Работали вместе с коллегами во Владивостоке и Ярославле. В диссертации впервые в России была обоснована методика и разработаны первые стандарты оказания неотложной хирургической помощи пациентам. Тогда еще не было системы медицинского страхования, но заложенные принципы составления стандартов, с добавлением экономической составляющей, работают и сегодня.

Разработанные нашей группой главных специалистов крайздраотдела под руководством заведующего крайздраотдела, профессора А.А. АСКАЛОНОВА стандарты были утверждены в 1989 году как методические рекомендации Минздрава СССР.

- Вы возглавили Алтайское здравоохранение, как говорят сейчас, в «лихие 90-е». Какие проблемы тогда были наиболее актуальными?

- В 1990 году после избрания А.А. Аскалонова в Верховный Совет РСФСР я был назначен председателем комитета по здравоохранению края. Это было сложное и неоднозначное время, как для России, так и для





Рабочие моменты, Государственная Дума РФ

Алтайского края. Возникли трудности с самым необходимым, с которыми прежде не сталкивались, - нечем стало оперировать. Не хватало операционных наборов, наркозных аппаратов и многого другого. Мне пришлось вскрыть склады мобрезерва. Достали наркозные аппараты, хирургические наборы и обеспечили ими больницы. Министр здравоохранения Э.А. Нечаев обещал меня посадить, если я не восстановлю мобрезерв за шесть месяцев. Денег тогда не было, процветал бартер. Уже ничего не покупалось - только выменивалось по бартеру. Мы по бартеру поменяли в Китае алтайские кокс и рубероид на операционные наборы и наркозные аппараты, тем самым восстановив мобрезерв.

В Алтайском крае сложилась неплохая база для оказания высокоспециализированной медицинской помощи. Многие ее виды оказывались в медико-санитарных частях г.Барнаула из-за нехватки площадей и современного оборудования в краевой больнице. В то же время мы, наверное, были единственным регионом в России, не имеющим типовой краевой больницы. То, что у нас называлось краевой клинической больницей, по существу являлось набором тесных разнотипных зданий разных годов постройки. В этих зданиях разме-

щалось более тысячи больных. Отсутствие типовой краевой больницы и разбросанность краевых специализированных центров по медсанчастям не давало возможности дальнейшего развития здравоохранения на современном уровне. Строительство новой краевой больницы нельзя было откладывать - это было главное. Выбор оптимального проекта стал непростой задачей. За основу был взят проект краевой больницы в Ставрополе. Она напоминала форму креста: в середине размещались отделения, которые работали на всю больницу, в отходящих лучах находились отделения, в переходах - кафедры медицинского института. Этот проект мы адаптировали для нашего края. Строительство новой краевой больницы начиналось непросто: земля принадлежала НИИ садоводства имени Лисавенко, предстояло вывозить особо ценные растения, давать квартиры тем, кто имел дома на данной территории. Строители работали в три смены. Теперь мы все гордимся нашей новой прекрасно оснащенной краевой больницей.

Тогда же начали создавать в России региональные диагностические центры. Алтай попал в программу Минздрава. Минздрав должен был поставить оборудование, край обязан был обеспечить здание

для Диагностического центра. Вначале хотели разместить в бывшем здании крайкома КПСС, но помещение не подошло. Надо было строить, но денег на строительство нового центра просто не было. Помогла «Семипалатинская программа». Я очень благодарен всем, кто стоял у истоков ее формирования и научного обоснования, и особенно ее научному руководителю, члену-корреспонденту РАН, профессору Я.Н. Шойхету. Краевой Диагностический центр построили за восемнадцать месяцев. Диагностика поднялась на принципиально новый уровень, и наш Диагностический центр по праву считается одним из лучших в Сибири. Вскоре рядом с краевой детской клинической больницей был построен один из первых в Сибири краевой перинатальный центр.

Сейчас на базе краевой больницы благодаря активной поддержке здравоохранения на всех уровнях построен первый в крае Федеральный центр - ортопедии, травматологии и эндопротезирования, строится новый современный краевой перинатальный центр, завершается формирование самого современного медицинского кластера. В крае много построено и оснащено современным оборудованием объектов здравоохранения с помощью федеральных средств, таких, как онкологический центр «Надежда» и десятки объектов здравоохранения в городах и сельской местности за счет краевых средств по Губернаторским программам «75x75» и «80x80».

С ностальгией и теплом всегда вспоминаю тот период работы в комитете по здравоохранению Администрации Алтайского края и благодарен всем работникам Комитета, заместителям, главным специалистам, главным врачам краевых лечебных учреждений, лечебных учреждений городов и районов края, ученым АГМИ за радость совместной творческой работы в единой команде. ►



Модернизация здравоохранения

◀ - Почему вы резко изменили свою успешную деятельность в исполнительной власти края на законодательную в Государственной Думе РФ? Как складывалась ваша новая работа?

- Для довольно резкой смены работы было несколько причин. Важнейшим вопросом финансирования строительства новой краевой больницы из федерального бюджета тогда занимался Я.Н. Шойхет, будучи в 1994-1995гг. депутатом Совета Федерации Федерального Собрания он завершал там свою работу в декабре 1995 года. Возникал вопрос о необходимости продолжения работы по поддержке финансирования строительства на федеральном уровне. И второе. В это время началось законодательно строительство практически нового государства. Создавались новые законы, определяющие организацию, структуру и финансирование здравоохранения. Я в это время был руководителем межрегиональной Ассоциации здравоохранения Сибири, и мы с коллегами прекрасно понимали, где и как будет формироваться законодательно будущее российского здравоохранения.

После выборов во вторую Государственную Думу по Рубцовскому одномандатному округу

в Думе был избран Председателем Комитета по охране здоровья. Еще дважды избирался по этому же округу, а после отмены выборов по одномандатным округам дважды избирался по партийным спискам партии «Единая Россия». В составе третьей Госдумы был избран Председателем Комитета по охране здоровья и спорту. В последующих 4-6 составах Госдумы избирался Первым заместителем Председателя Комитета по охране здоровья.

Работа депутата значительно отличается от работы руководителя органа исполнительной власти, как по содержанию, так и по формам принятия решения. В исполнительной власти обязательно единоначалие, строгая иерархия принятия решения. В законодательной власти все депутаты равны, и решения по законопроектам в Комитете и на пленарных заседаниях Госдумы принимаются голосованием. Здесь нельзя приказать депутату, можно только аргументированно убедить. Вначале было очень тяжело сменить стиль работы, потом привык. В депутатской работе очень важно найти себя в законотворчестве и в работе с избирателями. Главное в работе депутата - это разработка законопроекта и его сопровождение на всех этапах принятия, чтобы законопроект стал законом.

- Вы - один из наиболее опытных депутатов уже пяти созывов Госдумы. Сколько вам удалось подготовить законопроектов и довести их до законов? Какие это были законы?

- На сегодняшний день за эти годы принято около ста законов, в которых я участвовал в разработке в качестве автора или группы авторов. Выступлений на пленарных заседаниях - более 550-ти. Законы разные, большая их часть касалась социальной сферы, охраны здоровья и здравоохранения, здорового образа жизни. Больше всего подготовлено и принято законов в период работы 2-4 созывов Госдумы - в этот период подавляющее большинство законов готовилось в Государственной Думе. Начиная с пятого созыва ситуация изменилась: большую часть законопроектов стали вносить Президент и Правительство.

- Какие законопроекты вы бы отметили как наиболее значимые для вас?

- Сложно так однозначно ответить. Они были разные в зависимости от времени. В 90-х годах, когда по несколько месяцев не выплачивали зарплату медработникам, удалось, хоть и с большим трудом, провести закон о выплате пенсий за выслугу лет врачам, продолжающим работать в лечебных учреждениях. Такая льгота была ранее только у шахтеров и работников вредных производств. Врачи стали получать зарплату и пенсию. Были верные отключения электроэнергии, в больницах из-за этого гибли люди. Когда ввели уголовную ответственность за отключение больниц, отключения прекратились. Законы «О наркотических средствах и психотропных веществах», «О защите населения от туберкулеза», «О социальной защите населения от многолетнего воздействия ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне», известный на Алтае как «Семипалатинский закон», «О



качестве и безопасности пищевых продуктов», «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», известные антитабачные законы, запрет рекламы табака и алкоголя и другие.

- Законы депутатским корпусом принимаются, но результат нередко приходится ждать годами...

- Конечно, в ряде случаев результаты появляются не сразу. Невозможно, чтобы все разом бросили курить или стали вести здоровый образ жизни. Это длительный и сложный процесс. Недавно ВЦИОМ подсчитал, что за 6 месяцев 2014 года курильщиков стало на 6% меньше. Это уже очень хороший результат. С потреблением наркотиков сложнее. Есть законы прямого действия, и результат наступает сразу, с момента опубликования закона. Например, пенсии за выслугу лет медикам или пособия пострадавшим семипалатинцам, штрафы за курение в запрещенных местах, запрет на рекламу...

- Удастся ли совмещать довольно напряженную депутатскую работу с наукой или врачебной деятельностью?

- От хирургической работы я отошел с момента избрания. Невозможно совмещать такую работу без ущерба для больных. Депутату разрешается законом научная и педагогическая деятельность. В 2000 году я создал первую в стране кафедру медицинского законодательства и права в Первом государственном медицинском университете им. И.М. Сеченова, возглавляю ее до сих пор. Сейчас такие кафедры или курсы медицинского права созданы более чем в половине медицинских высших учебных университетов и некоторых классических университетах. Читаю лекции не только у себя в университете, но и в Барнауле и других городах. Работаю с аспирантами и соискателями. Занимаюсь научной работой. Опубликовано более 340



научных работ, включая книги, монографии и национальные руководства. Сфера моих научных интересов касается, прежде всего, законодательного обеспечения развития здравоохранения; развития информационных и телемедицинских систем; законодательного обеспечения развития биомедицины, биотехнологий и так называемой Медицины 4-П, профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни.

Кстати, в сентябре мы проведем четвертый Форум по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни.

- Недавно избрали нового ректора АГМУ - И.П. Салдана. Что бы вы пожелали университету и ректору сделать для дальнейшего успешного развития?

- В первую очередь хочу поздравить Игоря Петровича и весь профессорско-преподавательский состав, административно-хозяйственный аппарат, студентов, ординаторов и аспирантов с этим замечательным праздником!

Алтайский государственный медицинский институт им. Ленинского комсомола создавался в трудные послевоенные годы и освоения целинных земель как знак признания важной роли Алтайского края в народно-хо-

зяйственном комплексе нашей страны. С момента образования сформировался прекрасный профессорско-преподавательский состав. Многие наши ученые имели и имеют не только российскую, но и международную известность. Выпускники славного АГМИ высоко ценились не только в родном крае, нашей стране, но и за рубежом.

Желаю нашему университету сохранения и дальнейшего развития наследия наших отцов-основателей университета, традиций и научных школ наших великих учителей, которыми я горжусь и перед которыми преклоняю колени!

Жизнь не стоит на месте. Появляются новые направления, технологии, учебные и лечебные процессы. Сильнее становится конкуренция среди вузов и межвузовская и международная интеграция университетской и академической науки. Очень важно развитие новых направлений в биомедицине, биотехнологии, информационных и ИТ-технологиях, развитие новых форм учебно-педагогического и лечебного процессов, чтобы занять достойное место в рейтинге медицинских вузов России.

Желаю крепкого алтайского здоровья и неиссякаемой энергии нашим учителям, ветеранам университета. Творческих успехов в научной и преподавательской деятельности всему научно-преподавательскому составу. Успехов в учебе всем студентам. Учеба в Алтайском медицинском университете не только интересна и престижна, но и запоминается на всю жизнь, вспоминается всегда с теплой ностальгией.

И конечно, хочу пожелать успехов новому ректору Игорю Петровичу Салдану в работе по дальнейшему развитию университета при бережном отношении к тем лучшим традициям, которые заложили наши великие Учителя! ☺

Лариса Юрченко
Фото из личного архива
Н.Ф. Герасименко





Лабораторная диагностика: качество и доступность

Комплексный подход

В большинстве случаев 90% информации о пациенте врач получает путем лабораторных исследований. Именно в лабораториях специалисты, опираясь на современные достижения в науке и технике, способны не просто грамотно диагностировать, но и помочь предотвратить развитие опасных болезней.

Схема работы лабораторной службы в Алтайском крае является показательным примером модернизации. Редко какой регион центральной России и, пожалуй, ни один регион Сибири не могут похвастаться столь развитой информационной и технической составляющей лабораторной службы. **Централизация способствовала тому, что сегодня практически все ЦРБ и городские поликлиники края объединены в единую систему, замыкает которую, обеспечивая качество исследований мирового уровня, лаборатория Диагностического центра Алтайского края.**

В лабораторном комплексе Центра весь технологический процесс - с момента взятия, регистрации и маркировки образцов штрих-кодом до обработки полученной информации с приборов, сравнения с нормативными показателями и выдачи результата анализа - осуществляется с помощью **компьютерной лабораторной информационной системы (ЛИС)**. Эта уникальная информационная разработка Центра объединила все оборудование в единый аппаратно-программный комплекс. При проведении исследований система практически полностью исключает ручной труд и осуществляет постоянный контроль каждого этапа обработки биоматериала.

Комплексный подход к организации лабораторного процесса позволил охватить население регио-

на качественной, достоверной лабораторной диагностикой и, что очень важно экономически, сделать эксплуатацию дорогостоящего современного лабораторного оборудования более дешевым за счет огромных объемов исследований. Так какая она, современная лаборатория мирового уровня?

Сосредоточение науки и техники

Лабораторный отдел Диагностического центра Алтайского края расположен на трех этажах здания Центра. Здесь выполняется широчайший спектр высокоинформативных гематологических, клинических, биохимических, цитоморфологических, иммунологических и микробиологических исследований. КПД лаборатории Диагностического центра - свыше 3млн. исследований в год!

Гордость отдела - **иммунологическая лаборатория**. Исследования здесь выполняются на современных анализаторах мирового уровня Abbot Architecti 2000 SR, ADVIA Centaur CP, Immulite 2000. Эти аппараты являются представителями самого современного поколения мировой лабораторной науки и техники. Анализаторы не просто высокопроизводительны, но и сверхчувствительны. Технология их работы основана на магнитных микрочастицах, позволяющих улавливать даже самые незначительные изменения в крови, являющиеся предвестниками развития патологий. **На этой современной аппаратуре в лаборатории Центра выполняется целый комплекс сложнейших иммунологических исследований, позволяющий диагностировать широкий спектр гормональных, инфекционных, аллергических заболеваний.** Специалисты лаборатории проводят исследование гормонов щитовидной железы, гормонов репродукции, онкомаркеров. Эти показатели используются для ранней диагностики рака, а также для контроля проводимой противоопухолевой терапии.

Лабораторной диагностике онкологии в Диагностическом центре Алтайского края уделяется особое внимание. После проведения биопсии пациентам все необходимые исследования биоматериала выполняются в лабораторном отделе Центра на самом современном оборудовании с использованием новейших методик (например, иммуногистохимии). Эта прогрессивная методика уже на клеточном уровне распознает «зарождающуюся» онкологию.



КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края»

В клинической лаборатории Центра большинство исследований выполняются на гематологическом анализаторе SYSMEX XT 2000i. **Эта современная техника**, основанная на революционной технологии проточной цитофлуориметрии, **анализирует кровь по 30 параметрам**, что позволяет получать наиболее развернутую и полную картину состояния «жидкой ткани». В клинической лаборатории Центра **выполняются более 150 методик гематологического и общеклинического профиля**, включая исследование системы гемостаза.

Репродуктивное здоровье населения - важнейшее социальное направление современной медицины. Технические возможности аппарата SQA - V, установленного в клинической лаборатории Диагностического центра, позволяют выполнять **качественный и количественный анализ спермы**, включая определение степени подвижности и жизнеспособности сперматозоидов. Спермограмма позволяет специалистам оценить состояние репродуктивных функций мужчины и назначить более эффективное лечение.

Мы живем в мире, полном вирусов, бактерий и вредных микроорганизмов. Наш иммунитет - своеобразный щит от неблагоприятных факторов. Узнать, в каком состоянии наш «защитник», можно с помощью **иммунограммы**. По уровню клеток крови специалисты лабораторного отдела Диагностического центра определяют, существует ли угроза для иммунитета. Тестирование иммунной системы проходит в клинической лаборатории на проточном цитофлуориметре BD FaCSCanto tm II. Кстати, эта аппаратура используется и для диагностики злокачественных процессов крови (лейкозов).

Более 40 видов исследований крови и мочи проводится в биохимической лаборатории Диагностического центра Алтайского края на анализаторе Modular ANALYTICS. Этот высокопроизводительный, не имеющий в нашем регионе аналогов аппарат позволяет быстро, точно исследовать и анализировать различные составляющие биохимического обмена в организме.

Сахарный диабет - сегодня одна из самых распространенных болезней. Для диагностики этой опасной патологии в Центре используются самые современные методики. Например, **экспресс-метод на аппарате Reflotron** проводится для быстрого определения концентрации глюкозы в крови. А углубленный анализ на референс-анализаторе D10 (Bio Rad) выполняется при контроле за лечением и позволяет определять **средний уровень сахара в крови человека за последние три месяца**.

В цитоморфологической лаборатории специалисты выполняют **цитологические и гистологические исследования гинекологического, урологического, эндоскопического, онкологического**



го профилей. Технические возможности лаборатории позволяют диагностировать целиакию - хроническое заболевание, связанное с непереносимостью белка злаковых. А ведь зачастую именно целиакия, встречающаяся сегодня все чаще и чаще, является причиной развития серьезных патологий слизистой кишечника.

Широкий спектр исследований, проводящихся в **микробиологической лаборатории Центра**, позволяет не только **выявлять возбудителей заболеваний**, но и **определять их чувствительность к антибиотикам**, что чрезвычайно важно при назначении лечения.

В лабораторном отделе Диагностического центра сосредоточен не только технический, но и кадровый потенциал лабораторной отрасли края. Ведь работа на современной лабораторной площадке такого уровня требует самой серьезной подготовки и высочайшей квалификации.

Социальные гарантии

Подобным набором современных лабораторных возможностей обладают сегодня, как правило, государственные лечебные учреждения. Именно государственные - так как на их модернизацию, повышение доступности и качества медицинской помощи тратятся немалые бюджетные средства. В Алтайском крае, благодаря поддержке властей, лабораторная база ведущих лечебных учреждений является одной из лучших в стране и соответствует мировым стандартам современной медицины. И, что самое важное, **эти технологии бесплатно доступны сегодня каждому нуждающемуся в них жителю Алтайского края.** ☺

Елена Кравчинская

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

На правах рекламы



Алтайские продукты +100 к здоровью!

Чтобы разрешить вопросы в области обеспечения качества и безопасности пищевой продукции, Управление Роспотребнадзора по Алтайскому краю осуществляет тесное взаимодействие с органами государственной власти Алтайского края и местного самоуправления.

Целью государственной Программы «Здоровое питание населения Алтайского края» на 2013-2017 годы, разработанной специалистами краевого Управления по пищевой, перерабатывающей, фармацевтической промышленности и биотехнологиям и утвержденной краевой Администрацией, является создание условий для наращивания производства в крае и расширения ассортимента функциональных, специализированных продуктов питания, в том числе для детей. Для этого планируется развить материально-техническую базу предприятий по производству функциональных и специализированных продуктов питания, в том числе для детей, организовать витаминизацию и обогащение функциональными компонентами продуктов питания, а также пропагандировать здоровое питание среди населения края.

Для обеспечения всех возрастных категорий жителей края

полноценными продуктами питания предусмотрена реализация комплекса программных мероприятий, который предполагает государственную поддержку (субсидии на возмещение части затрат) предприятий, осуществляющих производство функциональных (специальные пищевые продукты, которые сохраняют и улучшают здоровье за счет наличия в их составе физиологически функциональных пищевых ингредиентов) и специализированных (пищевые продукты, обладающие заданным химическим составом за счет обогащения, удаления или замещения макро- и микронутриентов другими пищевыми компонентами) продуктов.

Для популяризации алтайских продуктов питания был разработан зонтичный **региональный бренд «Алтайские продукты +100 к здоровью»**, джингл (короткая законченная музыкальная фраза с во-

кальной пропевкой), создан графический знак (логотип) бренда. В Барнауле и Бийске размещены имиджевые трассовые модули «Алтайские продукты +100 к здоровью». В эфире местных телеканалов и на светодиодных экранах демонстрировались два социальных видеоролика «Алтайские продукты», рекомендующие жителям края потреблять только местные молочные продукты и молоко и рассказывающие о здоровых продуктах. Изготовлены буклеты о здоровом питании («Витамины и здоровье», «Питание детей раннего возраста», «Питание детей-дошкольников», «Питание школьника», «Питание беременных и кормящих женщин» «Здоровое питание взрослого населения», «Питание в пожилом возрасте», «Планируем здоровое питание»), которые были направлены в ЛПУ региона.

Для дошкольников и школьников младшего возраста разработана интерактивная детская компьютерная игра. В сентябре 2013 года завершился цикл специальных детских тематических площадок, организованных в рамках продовольственных фестивалей, где детей знакомили с брендовыми алтайскими продуктами и их полезными характеристиками. Были подготовлены два издания: «Алтайская трапеза. Вкусные и полезные рецепты от жителей Алтайского края» и «Алтай хлебосольный» (о зарождении и становлении главных отраслей пищевой промышленности (зернопереработка, хлебопечение, сыроварение, винокурение, производство меда) и другой брендовой продукции Алтайского края).

В рамках реализации мероприятий Программы были предусмотрены **гранты для товаропроизводителей в сфере производства**





здорового питания. Победителями по трем направлениям стали:

- по направлению «*Организация производства линейки продуктов (не менее трех) для детей*»: **ООО «Фармацевтический завод «Гален»** (проект производства специализированных напитков для детей на фруктово-ягодной основе) и **ООО «Алтай-Селигор»** (проект организации линейки витаминизированного драже, обогащенного пантогематогеном, растительными и минеральными добавками);

- по направлению «*Организация производства линейки продуктов (не менее трех) диетических и обогащенных микронутриентами и другими функциональными добавками*»: **молокоперерабатывающее предприятие ООО «Алтайская буренка»** (реализация проекта по организации производства сливочного масла с различными наполнителями: облепиха, земляника, мед);

- по направлению «*Создание инфраструктуры для популяризации здоровых продуктов*»: **ЗАО «Барнаульский молочный комбинат»** (реализация проекта по созданию павильона-музея «Молочный дом»). Эта экспозиция дополнит инфраструктуру старейшего краевого сыроваренного предприятия - Карагужинского маслосырзавода, где функционирует музейная экспозиция «Сырная деревня».

В рамках Программы поддержано единственное в крае предприятие по производству детского питания на молочной основе ОАО «Модест», которое в 2014 году завершило реализацию инвестиционного проекта по модернизации и реконструкции действующего производства. В результате запущена новая линия розлива молока и кисломолочных продуктов для детского питания в стеклянные бутылки. Проводится работа по внедрению нового эксклюзивного продукта - ягодного морса на основе молочной сыворотки, предназначенного для питания детей от года.

Все проведенные в рамках Программы мероприятия, безусловно, способствуют укреплению имиджа правильного здорового питания, потреблению натуральных алтайских продуктов. К счастью, все большее количество людей интересуется тем, как они едят, насколько полноценны их продукты питания и как их полезнее комбинировать.

Программа действует первый год, она разработана в соответствии с Указом Президента РФ В.В. Путина от 7 мая 2012 года №598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения». **Все действия в данном направлении, в том числе и реализация мероприятий, предусмотренных Программой «Здоровое питание населения Алтайского края» на 2013-2017 годы, будет продолжена.** ☺

Т.Г. КОРОВИНА,
начальник отдела надзора за гигиеной питания

Благодарим Управление Алтайского края по пищевой, перерабатывающей, фармацевтической промышленности и биотехнологиям за сотрудничество и предоставленную информацию.

Как образование влияет на активность

Уровень образования влияет на физическую активность, установили американские ученые. Как оказалось, менее образованные группы людей, например, те, кто не окончил школу, более склонны быть занятыми профессиональной физической активностью на своей работе.



Специалисты изучали влияние уровня образования и физической активности в свободное время. Они проанализировали данные акселерометров, которые измеряли ежеднев-

ное количество и интенсивность шагов взрослых американцев. При учете интенсивности шагов эксперты смогли определить уровень активности (малоподвижный, умеренный или интенсивный) участников. В результате обнаружено, что в среднем, люди с дипломом колледжа являются более активными по выходным, чем в будние дни. В то время как люди, закончившие лишь школу, оказались более активными в течение рабочей недели. В среднем количество часов малоподвижного образа жизни на выходных составило 8,12 для людей с дипломом колледжа, и 7,86 для людей, закончивших среднюю школу.

Ученые объясняют этот феномен тем, что менее образованная группа людей может иметь меньше возможностей заниматься фитнесом на выходных в связи с такими факторами, как занятия с детьми, дополнительная работа, или менее удобная окружающая среда, меньшее количество фитнес-залов или их доступность.

Заложить за IQ

Развитый интеллект может подталкивать человека к алкоголизму, к такому выводу пришли американские ученые, изучившие феномен алкоголизма среди «белых воротничков».

Был проведен опрос людей с высокими показателями IQ относительно потребления спиртного. Принято считать, что алкоголем злоупотребляют люди «недалекие», но эксперименты показали обратную зависи-



мость: именно умные люди склонны выпивать больше остальных, тогда как у обладателей среднего интеллекта склонность к алкоголю выражена не так ярко. Такое поведение обусловлено особенностями строения мозга: чем выше развит мозг, тем больше у него развиты и желание получать удовольствие, и способность сопротивляться опьянению. Людям же с низким IQ требуется меньше спиртного, чтобы почувствовать хмель.





Роль витаминов и нутриентов во время беременности



Марина Геннадьевна НИКОЛАЕВА,

кандидат медицинских наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии №2;

Ангела Александровна НАЛИВАЙКО, студентка 506 группы;

Елизавета Владимировна ШМИДТКЕ, студентка 606 группы

- «Алтайский государственный медицинский университет»

Приоритетом современного акушерства является его перинатальная направленность. Известно, что в структуре перинатальных потерь основное место принадлежит врожденным порокам развития (ВПР), внутриутробному инфицированию и хронической внутриутробной гипоксии плода.

По данным ВОЗ, ежегодная частота рождения детей с ВПР в мире составляет 4-6 процентов. В России среднее число рождений детей с пороками развития составляет 50 тысяч в год, в Барнауле в 2010 году родилось 56 детей с ВПР, при этом наиболее частыми и высоклетальными являются ВПР органов системы кровообращения, нервной системы и комбинация нескольких ВПР.

Применение мультивитаминно-минеральных комплексов и их участие в профилактике ВПР до настоящего времени остается предметом оживленных дискуссий, в первую очередь в связи с высокой частотой назначения указанных комплексов и неузученностью действия многих из них.

Многочисленные исследования подтверждают, что **одной из наиболее известных причин врожденных пороков является дефицит фолатов.** Исследования, проведенные в Московской области, показали, что суммарный вклад фолат-зависимых пороков составил 39,3% (1619 обследованных). *Среди фолат-зависимых пороков преобладают врожденные пороки сердечно-сосудистой системы.* Таким образом, компенсация фолатного дефицита за счет дотации фолиевой кислоты - эффективная мера предотвращения по крайней мере части врожденных пороков развития.

Рекомендуемые дозы фолатов - 400-600мкг для женщин с неотягощенным акушерским анамнезом и до 800мкг - у пациенток старше 35 лет и у женщин с отягощенным акушерским анамнезом. С точки зрения доказательной медицины дозировки фо-

лиевои кислоты более 0,8мг не принимаются во внимание. С точки зрения фундаментальной биохимии избыток синтетической фолиевой кислоты (более 1000мкг) приводит к блокированию метаболизма эндогенной фолиевой кислоты. Клинические исследования показывают, что избыток синтетической фолиевой кислоты увеличивает риск развития онкологических заболеваний, вызывает дефицит витамина В1.

Дефицит фолатов, несмотря на его значимость для патофизиологии врожденных пороков развития, - далеко не единственный из витаминно-минеральных дефицитов, которые приводят к порокам. Так, например, *к дефекту нервной трубки приводит также дефицит цинка, дефицит витамина А - к дефекту развития легких.* В некоторых исследованиях отмечается, что *дефицит токоферолов (витамин Е) повышает риск развития дефекта нервной трубки и пороков развития сердца.*

Несмотря на всю пользу витамина А, особую тревогу вызывает применение неоправданно высоких доз этого витамина (в виде ретинола) во время беременности. *Повышенные дозы витамина А потенцируют тератогенез,* что может проявляться полидактилией (наличие лишних пальцев на стопе или кисти) у детей. **Порог тератогенного действия витамина А в виде ретинола составляет 8000-10000МЕ/сут.** Наши пациентки - женщины репродуктивного возраста, которые хотят быть красивыми и которые пользуются услугами косметологических салонов. Широко распрост-



раненный пилинг (или ретиноидная маска) - это не что иное, как использование мегадоз витамина А (по разным оценкам - от 100000 до 500000МЕ), что вызывает отмирание верхнего слоя кожи и активацию деления клеток эпидермиса. Высокий риск тератогенеза сохраняется на протяжении 6 месяцев после такой процедуры. Поэтому важно знать, когда женщина посещала косметолога. Посещение окулиста также не всегда обязательно для беременной: зачастую офтальмологи назначают витаминный комплекс «Аевит», содержащий 100000МЕ и более витамина А.

Исследования, проведенные в Англии, свидетельствуют, что **витамин Е - необходимый фактор нормальной плацентации, но не обязательный для развития самого эмбриона.** Этот витамин обладает рядом важных свойств: мягким антитромбиновым и дезагрегирующим действием, стимулирует синтез белков и коллагена. Прогестероноподобное его свойство способствует пролонгированию беременности.

Количество потребляемого женщиной йода также играет важную роль во время беременности, поскольку обеспечение плода этим минеральным элементом происходит исключительно за счет материнского организма. Во время беременности у женщин без предшествующей тиреоидной патологии отмечается, как правило, снижение йодной обеспеченности. **Рекомендуемые дозы экзогенного йода постоянно меняются.** Нашими коллегами эндокринологами принято решение, что оптимальным методом коррекции йодной недостаточности у беременных, не имеющих тиреоидную патологию, является **ежедневный прием 200мкг йода, 50мкг отводится на йод, поступающий с пищей.**

Кальций и магний - эти минералы нельзя рассматривать изолированно друг от друга. Нормальный уровень магния в организме признан основополагающей константой, контролирующей здоровье человека. **Дефицит магния во вре-**



мя беременности может сопровождаться замедлением роста плода, преждевременными родами, эклампсией. Кальций является физиологическим регулятором возбудимости клетки, магний - своего рода изоляционный материал на пути проведения нервного импульса. При дисбалансе представленных минералов и повышении содержания ионов кальция клетка становится сверхвозбудимой, **в противоположность ионам кальция ионы магния тормозят возбудимость нервных окончаний, мышца расслабляется.** К биохимии можно относиться по-разному, однако в клинике рационален вопрос о назначении препаратов кальция при угрозе прерывания беременности. Зачастую в третьем триместре мы назначаем препараты кальция, учитывая его повышенные затраты на рост плода. Однако при дефиците магния весь наш экзогенный кальций откладывается в гипомagneиевых зонах плаценты, приводя к ее преждевременному старению. Точек взаимного приложения этих минералов во время беременности - множество, и назначение кальция и магния должно быть строго обосновано.

Хорошо известна и изучена роль железа во время подготовки организма к беременности, во время беременности и после родов. Это - перенос кислорода и участие в прямых и опосредованных окислительных процессах. **В первые два триместра беременности уровень сывороточного железа мо-**

жет повышаться - за счет прекращения менструаций, организм как бы экономит железо. **Начиная с третьего триместра возникает необходимость в увеличении количества потребляемого железа как для удовлетворения собственных потребностей, так и для развития плацентарного комплекса.**

Возникает вопрос: с какого этапа осуществлять профилактику и лечение железодефицитной анемии? В нормах Российской Федерации 2008 года **всем беременным, начиная с 18-20 недели, рекомендуется прием препаратов железа в дозе 33мг/сут.,** в рекомендациях ВОЗ указано, что применение препаратов железа в дозировке 60мг/сут. необходимо беременным с угрозой развития анемии. Перегрузка препаратами железа у больных анемией приводит к нарушению фагоцитарных функций иммунитета у 62,5%, снижению бактерицидной активности крови. Поступление с пищей большого количества быстрорастворимых солей железа вызывает рост бактерий в кишечнике, вызывая его дисфункцию и способствуя аутоиммунизации, а также нарушению кровообращения в плаценте.

В заключение хотелось бы представить **портрет потенциальной беременной пациентки.** Более чем в половине случаев - это женщины с отягощенным акушерским анамнезом, имеющие в анамнезе оперативные вмешательства, наведенную овуляцию, репродуктивные потери. Из года в год растет число беременностей, наступивших в результате выполнения вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Таким образом, мы имеем беременность, которая с первых дней отягощена внушительной гормональной, гемостазиологической поддержкой. А так как многолетние наблюдения за беременными позволили прийти к выводу о необходимости ограничения вводимых извне витаминных препаратов: **назначать надо только средства, польза которых показана в серьезных исследованиях.** ☺



Победим свой страх!

Методы самообследования и диагностики молочных желез



Евгения Вадимовна ХАКИМОВА,

врач онколог-маммолог, поликлиника КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер»

Самообследование молочных желез получило широкое распространение во многих странах мира. Эта процедура, проводимая систематически, воспринимается женщинами как обычная, хотя и необходимая, часть контроля за состоянием своего здоровья.

Важнейшая цель самообследования молочных желез состоит не столько в поиске опухолевых изменений, сколько в подтверждении их отсутствия.

Обследование молочных желез желательно проводить с 5-го по 12-й день от начала менструации. При отсутствии менструаций обследование молочных желез осуществляется в любой календарный день.

При появлении отека и боли в молочных железах, выявлении уплотнения в груди, втяжения или иного изменения кожи и/или соска, изменения формы молочной железы и других, вызывающих страх и беспокойство, изменений **нужно обращаться к маммологу!**

Обратите внимание! Лучшее время для самообследования - с 7-8-10-го дня после окончания месячных, утром, когда молочная железа более всего размягчена. Делайте это ежемесячно (крайний вариант - 1 раз в 2-3 месяца).

Правила наблюдения за молочными железами

Девушкам и женщинам в возрасте до 40 лет необходимо:

- каждый месяц проводить самообследование молочных желез;

- не реже одного раза в 3 года проходить ультразвуковое исследование.

Женщинам в возрасте 40-49 лет:

- каждый месяц проводить самообследование молочных желез;
- каждый год проходить обследование у маммолога;
- проводить рентгеновское, маммографическое и ультразвуковое исследование молочных желез один раз в 1-2 года.

Женщинам в возрасте 50 лет и старше:

- каждый месяц проводить самообследование молочных желез;
- раз в 1-2 года проводить маммографию и ультразвуковое исследование молочных желез.

Самообследование молочных желез

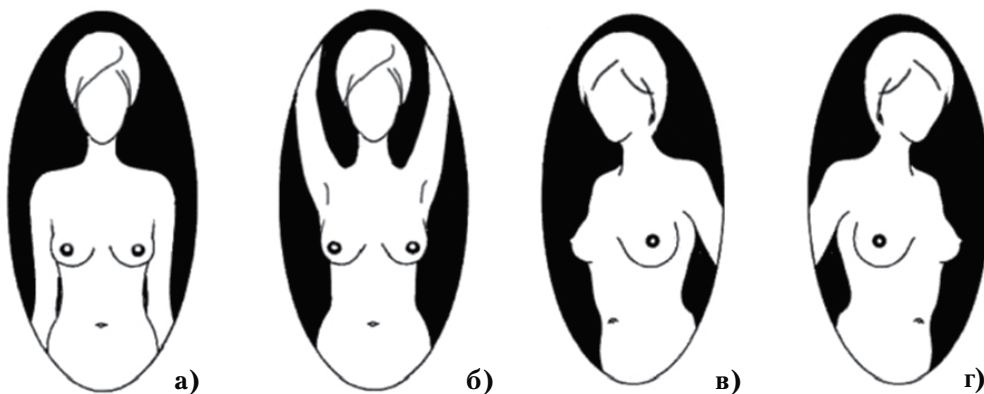
Самообследование включает осмотр и пальпацию (ощупывание) молочных желез. Начинают самообследование с осмотра молочных желез перед зеркалом при хорошем освещении, раздевшись до пояса.

ПОРЯДОК ОБСЛЕДОВАНИЯ

Осмотреть нательное белье (бюстгальтер, сорочку), обратив внимание на наличие пятен.

Осмотреть соски - не должно быть язвочек, втяжения, утолщения, изменений цвета, размеров и формы.

Осмотреть кожу молочных желез: не должно быть отека, втяжений, уплотнений, изменений



Победим свой страх!

цвета, изъязвлений, участков «гусиной кожи».

ОСМОТР МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ПЕРЕД ЗЕРКАЛОМ ПРОВОДИТСЯ

(рис. а-г):

- а) с опущенными руками;
- б) с поднятыми руками;
- в) повернувшись направо;
- г) повернувшись налево.

При проведении как поверхностного, так и глубокого прощупывания должна соблюдаться определенная последовательность. Предлагается два метода самообследования молочных желез в зависимости от этой определенной последовательности.

Метод квадратов (рис.1): вся поверхность передней грудной стенки от ключицы до реберного края и молочная железа мысленно разделяются на небольшие квадраты. Ощупывание проводится последовательно в каждом квадрате сверху вниз как бы по ступеням, как показано на рисунке. При этом не забывайте прощупать подмышку и сосок.

Метод стиралки (рис.2): прощупывание всей поверхности передней грудной стенки молочной железы проводится как бы последовательно в направлении по спирали в виде концентрически сходящихся окружностей, начиная от подмышки (при этом правая рука кладется под голову) и до соска, не пропуская при этом ни одного участка молочной железы.

Необходимо обращать внимание на следующие моменты:

- симметричность (одинаковые форма и размеры) молочных желез;
- расположение желез на одном уровне;
- равномерность смещения молочных желез при поднятии рук.

ПОРЯДОК ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ГОРИЗОНТАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ НА СПИНЕ (рис. д, е).

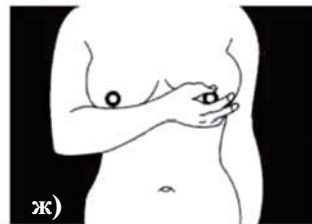
При пальпации (ощупывании) левой молочной железы под лопатку подкладывается небольшая подушка, а ладонь левой руки находится под головой. Пальцами правой руки круговыми движениями с легким надавливанием пальпируются (ощупываются) все отделы железы и подмышечная впадина. У здоровых женщин локаль-



д)



е)



ж)

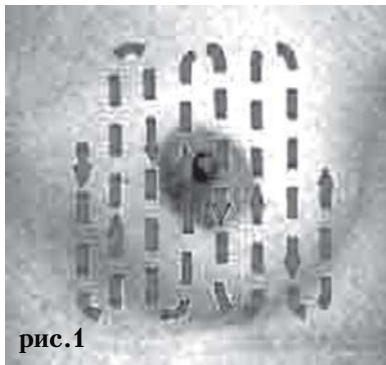


рис.1

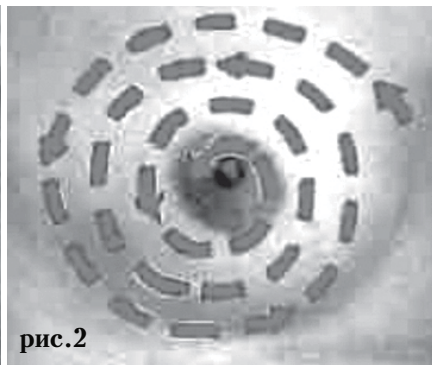


рис.2

ных уплотнений (узловых образований) обнаружить не должно.

Пальпация правой железы проводится аналогично.

ПОРЯДОК ОБСЛЕДОВАНИЯ СТОЯ ПРИ ПРИНЯТИИ ДУША (рис. ж)

Поднять правую руку, выполнить пальцами левой руки пальпацию всех отделов правой железы, отметить наличие уплотнений и припухлостей.

Провести аналогичное исследование левой железы.

Каждая женщина должна знать, что выделения из сосков далеко не всегда оставляют следы на белье. Поэтому очень важно уметь самостоятельно их выявлять. Для этого необходимо умеренно сдвинуть сосок у его основания большим и указательными пальцами (как это показано на рис. ж).

При выявлении любых изменений необходимо обратиться к врачу. Записаться на прием к маммологу или гинекологу.

Почему самообследования недостаточно?

В ряде случаев узловые образования в молочных железах не пальпируются даже чувствительными и заинтересованными руками. Женщина, заботящаяся о своем здоровье, обязательно должна один раз в год проводить маммографию и УЗИ молочных желез.

Главное: своевременно обратит на себя внимание и регулярно проводить самообследование груди.

Женщины способны себя обследовать: из 10 выявленных в молочной железе изменений 9 обнаруживают сами женщины.



Победим свой страх!

▶ **Обратиться к гинекологу или маммологу и провести профессиональную диагностику состояния молочных желез необходимо, если вы:**

- травмировали молочную железу;
- почувствовали боли или дискомфорт в молочной железе или подмышечных областях;

- почувствовали болезненность сосков;

- заметили изменение цвета или структуры кожи груди (наличие втяжения, уплотнения, «гусиной кожи» и т.д.);

- заметили трещины, язвочки, отечность или втянутость соска;

- заметили выделения из сосков на нательном белье или при надавливании;

- обнаружили асимметрию (разную форму и/или размеры) молочных желез;

- прощупали объемное образование в молочной железе;

- планируете прием оральных контрацептивов (противозачаточных таблеток).

Не забывайте проходить гинекологические кабинеты.

Маммография и ультразвуковое исследование молочных желез являются современным и достоверным методом диагностики, безопасны и не имеют противопоказаний в любом возрасте, при беременности и в период грудного вскармливания.

Маммография - это исследование молочной железы при помощи рентгеновских лучей на специальном аппарате (маммографе). Современные маммографы выводят изображение на экран компьютера, где его подробно, в разных проекциях, может оценить специалист. При необходимости подозрительный участок может быть тут же пропунктирован, что позволяет быстро установить диагноз. Рентгеновское облучение при маммографии ничтожно, вреда женщине оно не наносит. Эту процедуру рекомендуют женщинам старше 35-40 лет. После 50 лет каждая женщина должна проходить маммографию один раз в год с профилактической целью.

УЗИ молочных желез - современный метод обследования женщин, который прекрасно дополняет маммографию. Его рекомендуют проводить молодым женщинам. Изображение можно получить в разных проекциях, вывести на экран монитора компьюте-



ра и распечатать. Под контролем УЗИ можно, так же, как и при маммографии, провести пункцию подозрительного участка железы.

Пункционная биопсия проводится всегда, когда есть подозрение на развитие опухолевого процесса в груди. Она выполняется под контролем рентгеновского или ультразвукового излучения при помощи тонкой или толстой иглы. Полученный материал направляется в лабораторию для цитологического или гистологического изучения. Заключение этого исследования при положительном результате является окончательным. Если же опухоль не обнаружена, а подозрение сохраняется, может быть выполнена повторная пункция, либо инцизионная биопсия.

Таким образом, **современная медицина предоставляет возможность каждой женщине пройти обследование молочных желез и либо успокоиться, либо начать своевременные действия по профилактике рака груди либо по его раннему лечению**, что в конечном итоге сохранит либо продлит жизнь чьей-то бабушке, матери, сестре или дочери.

Если вы считаете, что с момента последнего самообследования произошли заметные изменения в молочных железах, следует незамедлительно обратиться к врачу-маммологу или онкологу. Помните о важности данного метода обследования, так как даже злокачественную опухоль можно вылечить, начав лечение на раннем этапе. **Не стоит откладывать визит к врачу «на потом» - от этого может зависеть ваша жизнь!** ☺

Появилась возможность проверить риск развития рака молочной железы, сдав анализ крови на мутации генов BRCA1 и BRCA2 (при наличии отягощенной наследственности). При их обнаружении риск развития рака молочной железы становится равен не 10%, как в среднем по стране, а 90% - то есть повышается в 9 раз! Это обследование позволяет выявить группу женщин повышенного риска по развитию злокачественных опухолей и вести за ними более тщательное наблюдение, чтобы успеть обнаружить рак в самом зародыше.



Милосердие медицинских сестер не имеет границ...

В результате масштабного наводнения в конце мая и начале июня в Алтайском крае были затоплены тысячи домов, эвакуировано более 20 тысяч людей. Ущерб, причиненный стихией, превышает 4,856 млрд. рублей. Разрушены мосты, дороги, 461 объект социальной и транспортной инфраструктуры.

Беда не обошла и членов нашей Ассоциации, в связи с чем членами Правления АРОО «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников» было проведено обсуждение чрезвычайной ситуации и принято единогласное решение по оказанию единовременной социальной помощи членам Ассоциации, пострадавшим от наводнения, выделено из бюджета **100 тысяч рублей**. С участием членов нашей Ассоциации и главных сестер ЛПУ нам удалось оперативно собрать необходимую информацию о наших коллегах - членах сестринской Ассоциации, оказавшихся в бедственном положении из-за паводка, которая позволила уточнить число пострадавших и оценить конкретно уровень ущерба.

Информация о бедствии была размещена на сайте АРОО «ПАСМР» под девизом «Протянем руку помощи».

Не остались в стороне и коллеги сестринских ассоциаций из других регионов России:

◆ Ассоциация медицинских сестер России (РАМС), президент Валентина Антоновна САРКИСОВА - перечислено **100 тысяч рублей**;

◆ Самарская региональная общественная организация медицинских сестер (Самарская РООМС), президент Нина Николаевна КОСАРЕВА - перечислено **50 тысяч рублей**;

◆ Ассоциация средних медицинских работников Республики Марий Эл (РОО «АСМР РМЭ»), председатель Евгения Яковлевна КУЗЬМИНЫХ - перечислено **185120 рублей**.

Общая сумма пожертвований составила 435120 рублей.

Трудно описать словами те чувства, которые переполняют сердце, душу от безграничной жертвенности, сострадания, человечности и чуткости к чужому горю наших российских медицинских сестер, сестер милосердия!

В результате такого профессионального единства, по решению Правления АРОО ПАСМР от 04.08.2014г. (Протокол №4), мы смогли оказать существенную финансовую поддержку: за полную утрату имущества - 25 тысяч рублей, за частичную утрату - 10 тысяч рублей и за утрату подсобного хозяйства (домашний скот и т.д.) - 5 тысяч рублей. Пострадавшие члены Ассоциации из Чарышского, Шипуновского районов, городов Барнаула и Бийска - 27 человек - получили выплаты перечислением на безналичные счета.

Позвольте в очередной раз всем коллегам, принявшим участие в акции «Протянем руку помощи», выразить искренние слова благодарности и признательности за оказанную помощь и пожелать здоровья, благополучия, добра и мира во всем! Всем низкий земной поклон от медицинских сестер Алтайского края! ☺

С уважением,
Л.А. ПЛИГИНА,
Президент АРОО «ПАСМР»



Лариса Алексеевна ПЛИГИНА,
Президент АРОО
«Профессиональная
ассоциация средних
медицинских работников»



В.А. Саркисова
Президент РАМС



Н.Н. Косарева
Президент
Самарской РООМС



Е.Я. Кузьминых
Председатель РОО
«АСМР РМЭ»



Камни бывают разные



Светлана Олеговна БЕРЕЗОВЕНКО,
медицинская сестра,
вторая квалификационная
категория,
терапевтическое
отделение, КГБУЗ
«Староалейская ЦРБ»

Мочекаменная болезнь (МКБ) - это заболевание, проявляющееся образованием камней в мочевых путях, связанное с нарушением обмена.

Во многих странах мира, в том числе и в России, МКБ диагностируется до 40% случаев всех урологических заболеваний и занимает второе место после инфекционно-воспалительных заболеваний.

Камни могут иметь разные химический состав, форму и размер. Наиболее часто обнаруживаются **фосфатные камни**. **Оксалаты и ураты** встречаются значительно реже. Также бывают **камни смешанного состава**.

МКБ проявляется в любом возрасте, наиболее часто - в трудоспособном. У мужчин МКБ встречается чаще, чем у женщин. Камни могут образоваться на любом уровне мочевыводящих путей: начиная от почечной паренхимы, в мочеточниках, в мочевом пузыре и заканчивая мочепускающим каналом.

На сегодня не существует единой теории причин развития МКБ. **Эта болезнь является полифакторным заболеванием**, имеет сложные многообразные механизмы развития и различные химические формы.

Пищевой и питьевой режимы населения, общая калорийность пищи, злоупотребление животным белком, солью, продуктами, содержащими в большом количестве кальций, щавелевую и аскорбиновую кислоты, недостаток в организме витаминов А и группы В - играют значительную роль в развитии МКБ. Также влияют и **эндогенные причины**: различные инфекции, заболевания обмена веществ, пищеварительного тракта, печени и желчных путей, наследственность и т.д.

МКБ может протекать длительное время бессимптомно или проявляться умеренными тупыми болями в поясничной об-

ласти, или с выраженной клиникой острой почечной колики.

Спровоцировать почечную колику могут: трясающая езда, длительное пребывание в вынужденном положении, злоупотребление определенными фруктами и овощами, употребление мочегонных средств, тяжелая физическая нагрузка.

Наиболее характерными симптомами почечной колики являются:

- ♦ **боль в поясничной области**, которая может быть постоянной или периодической, тупой или острой. Ее интенсивность, локализация и распространение болевых ощущений зависят от местонахождения и размера камня, степени и остроты обструкции и т.д.;

- ♦ **частое болезненное мочеиспускание, мочеиспускание маленькими порциями;**

- ♦ **присутствие крови в моче** (при прохождении камня по мочеточникам поражаются стенки мочевого канала);

- ♦ **тошнота, рвота, задержка стула и газов**, возможно повышение температуры тела;

- ♦ **положительный симптом Пастернацкого на стороне поражения** (болезненность в области почек при поколачивании в поясничной области с последующим кратковременным появлением или усилением эритроцитурии);

- ♦ **неравномерное чередование приступов колики с безболевыми промежутками.**

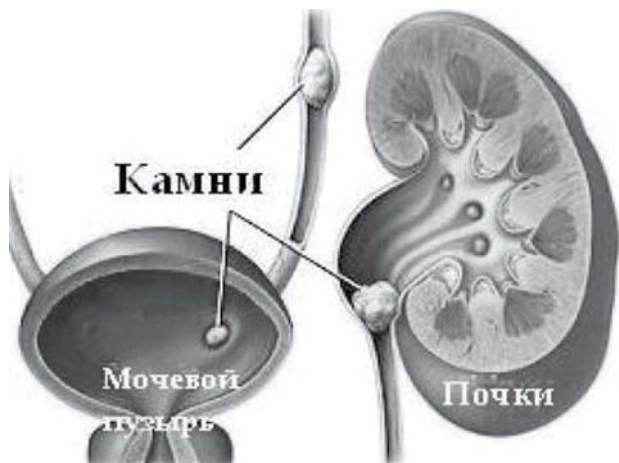
Диагноз ставится на основе данных УЗИ и лабораторных анализов. Лечение назначает врач в зависимости от природы камней, их формы и количества.

Общие принципы лечения мочекаменной болезни включают два основных направления:

- ♦ **разрушение и/или вывод конкремента (камня);**

- ♦ **коррекция метаболических нарушений.**

К дополнительным методам лечения относятся: улучшение микроциркуляции в почках, адекватный питье-



вой режим, санация мочевых путей, диетотерапия, физиотерапия и санаторно-курортное лечение (с использованием минеральных вод).

Хирургическое вмешательство показано при неэффективности других методов.

Для ускорения отхождения камней применяются фитотерапия, а также специальная диета. Диета назначается с учетом природы камней.

Если камни фосфатные, то в рацион следует включать мясо, рыбу, яблоки и морковь, но исключить молоко, горох, фасоль и фрукты.

При наличии оксалатных камней необходимо исключить из рациона продукты, содержащие щавелевую кислоту: щавель, ревень, шпинат, морковь, салат, орехи, какао, помидоры, картофель. Показаны настои из черной смородины, яблоки.

При уратных камнях следует ограничить блюда из мяса, мясные бульоны, шоколад, алкоголь, исключить из рациона бобы и щавель.

К мерам профилактики относится и **адекватное употребление жидкости** - до 2-2,5л в сутки. Полезно пить 3 раза в день настой сухого порошка из яблочной кожуры (1ст.л. на 1ст. воды).

При отсутствии профилактики частота образования камней в почках составляет: через 10 лет - 50%, через 20 лет - 80 процентов.

Фитотерапия при МКБ

◆ Тщательно промытые 1ст.л. корней петрушки измельчить и залить 0,5ст. крутого кипятка. Посуду поставить томиться на водяную баню на 25-30 минут. Отвар процедить через 2-3 слоя марли.

Принимать по 2дес.л. 3-4 раза в день за 15 минут до еды.

◆ 4 ст.л. цикория залить 400мл крутого кипятка. Настоять 25-30 минут, процедить через 2-3 слоя марли.

Принимать по 1/3ст. 2-3 раза в день за 20 минут до приема пищи.

◆ 2дес.л. сушеных ягод черники залить 1,5ст. крутого кипятка, поставить на медленный огонь, довести до кипения и кипятить в течение 5-7 минут. Настоять 1,5 часа.

Отвар принимать по 1ст. 3-4 раза в день. ☺

Профилактика клещевого энцефалита



Любовь Николаевна ШАБАНОВА, старшая медицинская сестра неврологического отделения, КГБУЗ «Краевая клиническая больница», член АРОО «ПАСМР» с 2003 года

Посещение пригородов и лесозон всегда сопряжено с риском укуса клещом.

Территория Алтайского края относится к зоне повышенного риска заражения.

Иксодовые клещи являются источником повышенной опасности, поскольку после присасывания могут заразить человека не только клещевым энцефалитом, но и иксодовым клещевым боррелиозом (болезнью Лайма), эрлихиозом, листериозом, туляремией и другими инфекционными заболеваниями. Число инфекций, передающихся клещами, увеличивается с каждым годом.

Клещевой энцефалит - тяжелое заболевание, при котором поражается центральная нервная система. Болезнь может пройти бесследно, но иногда заканчивается смертью или приводит к инвалидности из-за паралича мышц рук, шеи (свисание головы), развития периодических судорожных припадков (эпилепсия), возможного развития слабоумия.

Первые признаки заболевания клещевого энцефалита, иксодового клещевого боррелиоза, эрлихиоза - во многом схожи. После скрытого периода, который обычно продолжается от 1-2 до 40 и более дней, у заболевшего повышается температура до 37,5-38°C, появляются слабость, головная боль, тошнота, раздражительность. Если подобные симптомы отмечаются после регистрации случая присасывания клеща, то первое, что нужно сделать, - это **обратиться в больницу за медицинской помощью.** Чем раньше поставлен диагноз и назначено эффективное лечение, тем больше вероятность успеха в полном выздоровлении без перехода заболевания в хроническую форму и последующей инвалидности.

Индивидуальная защита людей включает в себя:

◆ **соблюдение правил поведения на опасной в отношении клещей территории:**

▶ проводить само- и взаимоосмотры каждые 10-15 минут для обнаружения клещей,

▶ не рекомендуется садиться и ложиться на траву,

▶ устраивать стоянки и ночевки в лесу следует на участках, лишенных травяной растительности, или в сухих сосновых лесах на песчаных почвах,

▶ после возвращения из леса или перед ночевкой необходимо снять одежду, тщательно осмотреть тело и одежду,

▶ не рекомендуется заносить в помещение свежесорванные растения, верхнюю одежду и другие предметы, на которых могут оказаться клещи,

▶ осматривать собак и других животных для обнаружения и удаления с них прицепившихся и присосавшихся клещей; ▶



Советы медицинской сестры

◆ **ношение специальной одежды** (при ее отсутствии - одеваться таким образом, чтобы облегчить быстрый осмотр для обнаружения клещей):

▶ носить однотонную и светлую одежду,

▶ брюки заправлять в сапоги, гольфы или носки с плотной резинкой, верхнюю часть одежды - в брюки,

▶ манжеты рукавов должны плотно прилегать к руке,

▶ ворот рубашки и брюки должны не иметь застежки или иметь плотную застежку, под которую не может проползти клещ,

▶ на голову надевать капюшон, пришитый к рубашке, куртке или заправлять волосы под косынку, шапку;

◆ **применение специальных химических средств индивидуальной защиты, отпугивающих клещей:** акарицидных средств (предназначенных для обработки верхней одежды, применение на кожу недопустимо!) и репеллентных средств. Применять средства необходимо строго в соответствии с прилагаемой инструкцией.

Если произошло присасывание клеща, его необходимо как можно быстрее удалить, стараясь не повредить хоботок.

Для удаления клеща и первичной обработки места укуса следует обратиться в травматологический пункт либо снять самостоятельно.

Как правильно удалить клеща?

При удалении клеща необходимо соблюдать следующие рекомендации:

- захватить клеща пинцетом или обернутыми чистой марлей пальцами как можно ближе к его ротовому аппарату и, держа строго перпендикулярно поверхности укуса, повернуть тело клеща вокруг оси, извлечь его из кожных покровов,

- сделать петлю из нити, накинуть ее на место присасывания клеща, свести концы нитки вместе и по часовой стрелке осторожно прокрутить,

- место укуса продезинфицировать любым пригодным средством (70%-ный спирт, 5%-ный йод, спиртосодержащие средства),

- после извлечения клеща необходимо тщательно вымыть руки с мылом,

- при отрыве головки или хоботка клеща, пораженное место обработать 5%-ным йодом и оставить до естественной элиминации.



Основными мерами профилактики клещевых инфекций остаются вакцинация и серопротекция при клещевом энцефалите, противоклещевые обработки территорий. При иксодовом клещевом боррелиозе и эрлихиозе эффективна антибиотикопрофилактика.

Вакцинацию против клещевого энцефалита рекомендуется начинать осенью (в сентябре-октябре) с тем, чтобы закончить ее до апреля, когда в наших климатических условиях начинают появляться клещи. Через год прививку однократно повторяют. В последующем проводятся ревакцинации с периодичностью 1 раз в 3 года.

Лицам, не привитым против клещевого энцефалита, в случае присасывания клеща на пунктах серопротекции вводят противоклещевую иммуноглобулин, введение которого желательнее после получения результатов исследования клеща или крови.

После удаления впившихся клещей и проведения серо- и антибиотикопрофилактики в течение месяца нужно следить за состоянием своего здоровья. При первых признаках недомогания (появление головной боли, повышение температуры, слабости) немедленно обратитесь к врачу и сообщите ему о факте присасывания клеща. ☺

Извлеченного клеща рекомендуется исследовать в лаборатории на зараженность боррелиями и вирусом клещевого энцефалита.

Клещей, снятых с человека, помещают в герметично закрывающуюся емкость с небольшим кусочком чуть влажной ваты и направляют в лабораторию.

При невозможности исследования клеща следует сжечь или залить кипятком.



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

На правах рекламы

ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ





Тугоухость у детей

Надежда Ивановна КУЛИКОВА,

детский невролог, кандидат медицинских наук, КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница»

Тугоухость - это частичное снижение способности человека обнаруживать и понимать звуки. Из 1000 новорожденных один ребенок рождается с глубокой тугоухостью или глухотой.

Кроме того, в течение первых трех лет жизни тугоухость появляется еще у 2-3 детей. Общая статистика гласит, что у 14% лиц в возрасте от 45 до 64 лет и у 30% лиц старше 65 лет имеется тот или иной вид тугоухости. Таким образом, по прогнозам ВОЗ, к 2020 году более 30% всей популяции земного шара будут страдать тугоухостью.

Известно, что 80% нарушений слуха возникает у детей на первом-втором году жизни. Основная проблема заключается в том, что **запоздалая диагностика тугоухости приводит к несвоевременному началу лечения, а следовательно - к поздней реабилитации, задержке формирования речи у ребенка.**

Выделяют следующие виды тугоухости у детей:

- сенсоневральная,
- слуховая (аудиторная) нейропатия,
- корковая слуховая агнозия,
- кондуктивная,
- смешанная.

Сенсоневральная тугоухость (СНТ) - это снижение слуха, обусловленное заболеванием внутреннего уха (повреждены наружные и внутренние волосковые клетки улитки), слухового нерва или центральных отделов головного мозга (ствол мозга или слуховая кора).

Причинами врожденной сенсоневральной тугоухости являются следующие факторы:

- *генетические aberrации* (отклонения от нормы) составляют около 50% от всего числа выявленной врожденной СНТ. Из них 80% наследуются по рецессивному типу (родители передают заболевание 25% своих детей, а скрытое носительство - в 50% случаев) и 20% - по доминантному (когда родитель с патологическим геном передает заболевание 50% своих детей);

- *аномалии строения внутреннего уха;*

- *инфекции, тератогенные факторы* (факторы внешней среды, негативно влияющие на развитие плода и его органов), интоксикация (в том числе медикаментозная);

- *вес при рождении составляет менее 1500 граммов;*

- *гипербилирубинемия* (повышение содержания билирубина в сыворотке крови);

- *недоношенность.*

Приобретенная СНТ возникает вследствие:

- нарушения местного и регионального кровообращения;

- сосудистых аномалий;

- вирусной инфекции;

- интоксикаций (медикаментозной, бактериальной и др.);

- новообразований;

- травм (баротравмы, взрыва, травмы головы, операции на ухе);

- аутоиммунных и нейродегенеративных заболеваний;

- органических заболеваний головного мозга;

- демиелинизирующих заболеваний.

Отдельно можно выделить **идиопатическую СНТ**, когда заболевание наступает среди полного здоровья, и причины развития поражения органа слуха достоверно выявить не удастся.

Особо следует упомянуть ототоксические препараты, которые могут вызвать повреждение внутреннего уха. Это - аминогликозидные антибиотики (гентамицин, стрептомицин, канамицин, амикацин, нетромицин и др.), хинин и его производные, салицилаты (ацетилсалициловая кислота и др.),



петлевые диуретики (фуросемид и др.), препараты, применяемые в качестве химиотерапии при лечении онкологических заболеваний.

Какими признаками характеризуется проявление СНТ? Очень частый симптом при этом заболевании - шум в ухе. Он может быть как высокочастотным (звон, писк, «зуммер»), что чаще, так и низкочастотным (гул). У ребенка отмечается общее снижение слуха. При СНТ поражаться может как одно ухо, так и оба одновременно.

Ребенок с СНТ должен быть максимально рано слухопротезирован (желательно до шести месяцев), чтобы обеспечить стимуляцию слуховых центров мозга и условия для слухоречевого развития у ребенка.

Слуховая (аудиторная) нейропатия (СН) - редкое и недавно выявленное нарушение слуха. В отличие от СНТ, при которой повреждены наружные и внутренние волосковые клетки улитки, при СН наружные волосковые клетки сохранены.

Основу развития СН составляют: нарушение синаптической передачи между рецепторами улитки и слуховым нервом; нарушение синхронизации проведения возбуждения волокнами слухового нерва. При СН звук поступает в область внутреннего уха нормальным путем, однако нарушена дальнейшая передача сигнала в головной мозг.

Причинами возникновения СН могут являться следующие факторы:

- вес при рождении составляет менее 1500 граммов;
- гипербилирубинемия;
- гипоксия плода;
- недоношенность и другие проявления фетопатии;
- митохондриальная патология (мутации митохондриального или ядерного генома, поражающие мышечную, нервную и нервно-мышечную системы);
- демиелинизирующие заболевания (группа заболеваний, характеризующаяся поражением белого вещества ЦНС).

У детей с СН не выявлено наследственного фактора по тугоухости (чаще возникает симптомокомплексная фетопатия). В анамнезе детей с СН отсутствовали такие общепризнанные факторы риска по тугоухости, как патология ЛОР-органов и инфекционные



заболевания матери во время беременности.

По каким критериям диагностируется СН? По наличию вызванной отоакустической эмиссии (ОАЭ). Определяется отсутствие слуховых стволомозговых вызванных потенциалов (КСВП) или их регистрация только на стимулы большой интенсивности даже при низких тональных порогах слуха. У пациента снижена разборчивость речи, в том числе и при низких тональных порогах слуха (тоно-речевая диссоциация). Отмечается высокая интер- и интраиндивидуальная вариабельность тональных порогов слуха.

Решение о слухопротезировании детей с СН должно приниматься индивидуально для каждого ребенка после достижения у него стабильных порогов слуха, как правило, в возрасте 18-24 месяцев (когда происходит процесс созревания слуховых путей и центров). При этом большая часть детей с СН не нуждаются в слухопротезировании.

Корковая слуховая агнозия (СА) образуется при повреждении вторичных (ассоциативных) корковых полей височной доли.

При повреждении височной коры левого (доминантного) полушария СА проявляется в виде нарушения возможности различать звуки речи, что приводит к расстройству (или нарушению развития - у детей) понимания речи.

Какими признаками проявляется СН? Возникает нарушение восприятия речи, часто отмечающаяся флюктуация (изменение) слуха, характерна резкая задержка речевого развития. Нередко отмечается сочетание с органическим поражением ЦНС (то есть добавляется задержка психического развития).



Мир без границ

При поражении височной коры правого (недоминантного) полушария возникает СА в виде невозможности распознать знакомые немзыкальные звуки и гулы. Нарушается и восприятие мелодики слышимой (в том числе и собственной) речи, тембра, интонации, что в итоге может проявиться нарушением узнавания знакомого человека «по голосу», а также вести к неадекватной оценке слышимых высказываний, так как смысл речи определяется не только составом слов, но и интонацией, с которой они произносятся.

Речевая акустическая агнозия является основным источником нарушения речи - сенсорной афазии (неспособность воспринимать речь).

Кондуктивная тугоухость наблюдается при поражении среднего или внешнего уха: при отите, аномалии развития уха, деформации или перфорации барабанной перепонки, инородных телах в слуховом проходе.

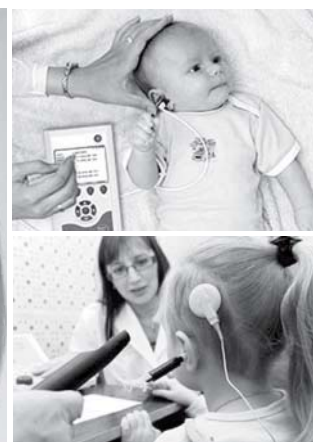
Благодаря современной медицине большинство кондуктивных нарушений поддаются лечению либо, как минимум, достигается значительная их компенсация.

Диагностика тугоухости

Выделяется несколько методов определения наличия тугоухости.

Неврологическое обследование направлено на определение первичных слуховых (поведенческих) реакций детей грудного возраста. **Оториноларингологическое и аудиологическое исследование** включает в себя методы: коротколатентные слуховые вызванные потенциалы (КСВП) и тестирование с использованием отоакустических эмиссий (ОАЭ). Проводится **брахицефальная и транскраниальная доплерография сосудов головного мозга (ДБЦ и ТКС), рентгенография шейного отдела позвоночника. МРТ головного мозга** проводится с соответствующими зонами интереса: мостомозжечкового узла (ММУ), коры больших полушарий лобно-височных областей, ствола мозга, мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) височной кости.

При подозрении на аутоиммунный характер СНТ проводится **иммунологический анализ крови на присутствие антител к белку миелину.**



Лечение СНТ и СН

Чем позже начато лечение, тем меньше надежды на восстановление слуха.

Назначенные медикаментозные препараты улучшают кровоснабжение внутреннего уха, церебральную гемодинамику и реологические свойства крови, лекарственные средства, обладающие антигипоксантами направленно за счет активизации биоэнергетических процессов в митохондриях и стимуляции биосинтеза макроэргических соединений. То есть, парентеральная и энтеральная терапия вазоактивными, антигипоксантами средствами и церебропротекторами.

Наличие у новорожденного симптомов фетопатии (сочетание трех и более патологических признаков нарушения внутриутробного развития) является показанием для проведения у него комплексного аудиологического исследования и динамического наблюдения слуховой функции с использованием объективных и субъективных методов в течение 12-18 месяцев. При наличии комплекса этих нарушений имеется высокая вероятность выявления у ребенка СН.

В целом, несмотря на различия в механизмах нарушений слуховой функции при СН и СНТ, тактика их реабилитации имеет определенное сходство - **постоянное наблюдение и лечение у сурдолога и невролога, занятия по развитию понимания речи и собственной речи с логопедом и сурдопедагогом.** Исключение касается, прежде всего, решения вопроса о целесообразности и возрасте слухопротезирования. ☺

Гистаминоподобные препараты обладают специфическим воздействием на микроциркуляцию внутреннего уха, нормализуют давление эндолимфы в лабиринте. Применяется рефлексотерапия (акупунктура, лазеропунктура), гипербарическая оксигенация (использование кислорода под высоким давлением).



Есть право и возможность родить здоровых детей



Интервью с Марией Андреевной
ЕГОРОВОЙ, заведующей отделом
профилактики, и Натальей
Николаевной КУЗНЕЦОВОЙ,
гинекологом лечебного отдела,
- КГБУЗ «Алтайский краевой центр
по профилактике и борьбе со СПИДом
и инфекционными заболеваниями».



- Давайте начнем наш разговор со статистических данных по заболеваемости ВИЧ / СПИДом в Алтайском крае.

М.А. Егорова:

- На 1 августа текущего года в крае проживает 14231 больной ВИЧ-инфекцией (показатель на 100 тысяч населения - 752,4; в Сибирском федеральном округе - 888,3). Среди ВИЧ-инфицированных, зарегистрированных за все годы в Алтайском крае, - 35,2% приходится на долю женщин. В крае выявлено 6358 женщин с ВИЧ-инфекцией, в том числе 3508 ВИЧ-инфицированных беременных. Большинство таких женщин (53%) находятся в наиболее активном репродуктивном возрасте - 20-30 лет. При этом число ВИЧ-инфицированных женщин и беременных ежегодно увеличивается.

- Если серьезно поставлена и решается проблема рождения здоровых детей у ВИЧ-инфицированных женщин, значит, это заболевание перешло из смертельно опасных в другой разряд - «хронические заболевания»?

М.А. Егорова:

- К сожалению, ВИЧ-инфекция продолжает оставаться смертельным заболеванием. Используемая в настоящее время антиретровирусная терапия пока не в состоянии полностью уничтожить вирус в крови больного ВИЧ-инфекцией. *Вовремя приступив к лечению ВИЧ-инфекции и делая это правильно, ВИЧ-инфицированный человек может сохранить свое здоровье и вести полноценный образ жизни.* Замечу, что в настоящее время в крае все больные ВИЧ-инфекцией, нуждающиеся в лечении, обеспечены антиретровирусной терапией.

- Расскажите о проводимой Центром работе, направленной на рождение здоровых детей в семьях, в которых оба или один из супругов имеют статус инфицированных.

М.А. Егорова:

- Любой человек, вне зависимости от ВИЧ-статуса, вправе принять осознанное решение о рождении

ребенка, здорового ребенка. Соответственно, первым шагом становится посещение инфекциониста и гинеколога для прохождения всего спектра обследований.

На 1 июня 2014 года в Алтайском крае от ВИЧ-инфицированных матерей рождены 2368 детей, 179 из которых установлен диагноз «ВИЧ-инфекция», из них 130, то есть все нуждающиеся в лечении дети, получают антиретровирусную терапию. По перинатальному контакту на диспансерном учете состоят 729 детей. Для осуществления диспансерного наблюдения, ранней диагностики ВИЧ-инфекции детям *проводятся исследования методом ПЦР.*

Мероприятия по профилактике ВИЧ-инфекции среди женщин, беременных, медико-социальному сопровождению ВИЧ-инфицированных беременных и детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, включены в межведомственные соглашения, приказы, совместные планы работ организаций и ведомств.

Н.Н. Кузнецова:

- Согласно современным представлениям, выявление ВИЧ-инфекции у беременной женщины является показанием к проведению профилактики ВИЧ от матери ребенку, а не к прерыванию беременности. В нашем Центре ежегодно наблюдается более 400 случаев, когда ВИЧ-инфекцию имеют один или оба супруга в семьях, ожидающих или планирующих рождение ребенка. В прошлом году родились 375 детей. Это большие цифры.

Ежегодный рост числа родов у ВИЧ-инфицированных женщин определяет чрезвычайную актуальность профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку. **В последние годы накоплены убедительные данные доказательной медицины, позволяющие выбирать наиболее эффективные и безопасные методы профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку.**

Содействие рождению здоровых детей в семьях ВИЧ-инфицированных - основная за- 



◀ дача акушерско-гинекологической службы. **Опыт трехэтапного использования антиретровирусных препаратов во время беременности, в родах и ребенку показал возможность снижения риска вертикальной передачи ВИЧ до одного процента.** Без проведения антиретровирусной терапии ВИЧ-инфицированным беременным процент вертикальной передачи ВИЧ-инфекции возрастает до 40. Согласитесь, это существенная разница.

Важно сформировать осознанное отношение женщины к вынашиванию беременности, подробно информировать женщину еще на этапе подготовки к беременности о наличии современных методов профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку. Доказано, что наиболее важным фактором, влияющим на вероятность передачи ВИЧ-инфекции от матери плоду и ребенку, является вирусная нагрузка во время беременности и родов, поэтому важно до времени беременности и особенно к родам.

- Каким образом передается ВИЧ-инфекция, возможна ли передача вируса в быту?

М.А. Егорова:

- На бытовом уровне больные ВИЧ-инфекцией не представляют опасности для окружающих. Напомним, что **существуют только три пути передачи ВИЧ-инфекции. Парентеральный путь передачи, то есть передача вируса через кровь.** Это происходит при прямом попадании крови в организм через ранки, язвочки на коже и слизистых оболочках, при переливании крови и трансплантации органов, использовании нестерильных шприцев для введения наркотиков. Потребители наркотиков продолжают оставаться основной группой населения, внутри которой регистрируется ВИЧ-инфекция. Из общего числа больных ВИЧ-инфекцией, выявленных в Алтайском крае, доля лиц, заразившихся парентеральным путем, составляет 71 процент. **Вертикальный путь передачи инфекции - передача вируса от матери ребенку,** которая возможна в период беременности, при родах и при грудном вскармливании. Для предотвращения инфицирования ребенка при грудном вскармливании рекомендуется детей, родившихся от ВИЧ-инфицированной женщины, не прикладывать к груди и не кормить материнским молоком. **При половом пути передачи вирус может передаться при любом проникающем незащищенном сексуальном контакте, то есть без презерватива.** Когда мы говорим о передаче ВИЧ-инфекции половым путем, следует помнить, что это сфера эмоций, чувств. И здесь важно разобраться в существующих рисках и вопросах профилактики для каждого, обратившегося за консультацией. Если люди сохраняют верность и преданность друг другу, они защищены от многих инфекций, передающихся половым путем.

- Получается, что специалисты Центра становятся воспитателями для взрослых людей?

М.А. Егорова:

- Учитывая, что около 40% женщин имеют в анамнезе употребление психоактивных веществ: алкоголя, наркотиков - прежде всего, нужна их реабилита-

ция от наркотической и алкогольной зависимости. Работа с такими женщинами проводится с привлечением наркологов, психологов, социальных работников и других специалистов. В случае необходимости, и с информированного согласия женщины, к сопровождению привлекаются специалисты других организаций, ведомств и общественных организаций. Большое значение в этой работе играет построение доверительных отношений между пациентом и специалистами. У многих из тех, кому поставлен диагноз «ВИЧ-инфекция», происходят пересмотр жизненных ориентиров, отказ от проблемного поведения и возвращение к нормальной жизни.

Н.Н. Кузнецова:

- Особая тема в нашей работе - ведение дискордантных пар. **Если у будущих мамы и папы разный ВИЧ-статус, при планировании беременности следует тщательно проанализировать ситуацию и все риски, связанные с возможностью передачи ВИЧ-инфекции,** как отрицательному партнеру, так и ребенку. Зачатие для дискордантной пары всегда требует тщательного планирования. Дискордантная пара, принявшая решение иметь общего ребенка, должна обратиться к врачу-инфекционисту по месту жительства или центры СПИД для прохождения необходимого обследования: определения иммунного статуса и уровня вирусной нагрузки ВИЧ-инфицированного пациента, уточнения ВИЧ-статуса дискордантного партнера и получения соответствующих рекомендаций.

- В Центре принято решение о создании «Школы позитивного материнства и отцовства». Расскажите об этом подробнее.

М.А. Егорова:

- С 2012 года в крае организована работа Школы позитивного материнства для ВИЧ-инфицированных женщин на базе центров СПИД и филиалов Алтайского краевого центра СПИД. **В 2014 году Школа позитивного материнства преобразована в Школу позитивного материнства и отцовства.** Основной целью работы Школы является планирование беременности ВИЧ-инфицированными женщинами, профилактика перинатальной передачи ВИЧ от матери к ребенку, рождение здоровых детей у ВИЧ-инфицированных матерей. Работа осуществляется командой специалистов, в которую входят медики, психологи, социальные работники, представители общественных организаций. Проводятся индивидуальное и групповое консультирование, телефонное консультирование, в соответствии с потребностями женщин, работа равного консультанта, предоставление информационных материалов. Оформлены информационные стенды, приготовлены листовки и буклеты.

За два года работы школами были охвачены 1500 женщин, с 84 семьями проведено семейное консультирование. Различными специалистами проведена 5571 консультация по разным аспектам ВИЧ-инфекции. Эта комплексная работа позволила не только повысить качество жизни ВИЧ-инфицированных женщин, но и снизить риск передачи ВИЧ от матери к ребенку. Удельный вес детей, которым установлен диагноз «ВИЧ-инфекция», снизился с 13% в 2006 году до 2% в 2014 году. ☺



Будем делать прививки?



Марина Анатольевна КОЛЕСНИКОВА, заведующая центром здоровья для детей, невролог, педиатр, высшая квалификационная категория, КГБУЗ «Краевая клиническая детская больница»

Этот вопрос сегодня родителей пугает едва ли не больше, чем самих детей. Теперь медсестре необходимо получить официальное согласие родителей на проведение прививки.

Мифы и реальность

По слухам: «Прививка может вызвать анафилактический шок или приступ астмы».

Реальность. Миф о вреде прививок для аллергиков возник из сообщений о редких аллергических реакциях на отдельные компоненты вакцин. **Делать прививку детям, страдающим аллергией или астмой, можно и нужно.** Разумеется, прививку, как и любое другое вмешательство в организм, *не следует проводить при текущем обострении аллергического процесса.* Также аллергикам *показана антигистаминная терапия до прививки и после.* Сроки терапии антигистаминными препаратами необходимо определить с педиатром.

По слухам: «Прививки противопоказаны часто болеющим и болезненным анемичным детям».

Реальность. Это особенно опасное, почти диверсионное заявление! Следуя этому заблуждению, родители прямо вредят здоровью ребенка, причем сознательно. **Если ребенок часто болеет, то делать ему прививку не только можно, но и необходимо.** Порочный круг «часто болеет, потому что не привит, - отказались от прививки, потому что часто болеет» можно разорвать только своевременной вакцинацией.

По слухам: «Ребенок пойдет в детский сад не раньше трех лет, значит, пока с прививками можно не топиться».

Реальность. Опытные врачи отмечают: случаи осложнений после прививок крайне редки. Более того, каждый подобный случай при детальном анализе спровоцирован иными процессами в организме, не имеющими ничего общего с прививкой. Совет может быть только такой: **соблюдайте Национальный календарь прививок,** так как сроки прививания рационально обоснованы возрасту и развитию ребенка, даже если ребенок не скоро пойдет в дошкольное

учреждение. Особенно это важно, если в семье есть старшие дети или ребенок часто контактирует с другими детьми и взрослыми: от них малыш всегда может подхватить опасные заболевания.

По слухам: «Прививки не делают детям с неврологическими заболеваниями».

Реальность. **Прививки таким детям надо делать!** У ребенка с отклонениями неврологического характера больше шансов быть инфицированным (из-за сниженных способностей к самогигиене, например), а протекание тяжелой инфекции еще более обострит неврологическое расстройство. Если неврологическое заболевание протекает стационарно (синдром Дауна, другие хромосомные заболевания), то прививки проводятся по графику Национального календаря прививок. При нестабильном протекании допустимы незначительные отклонения от графика Календаря прививок, показано применение особых вакцин.

Родовые травмы, перинатальная энцефалопатия, детский церебральный паралич и другие заболевания также не являются противопоказаниями к прививкам.

По слухам: «Прививку делать нельзя! У нас дисбактериоз!».

Реальность. **Прививки можно делать при этом заболевании.** Дисбактериоз считается болезнью только у чересчур мнительных родителей и в рекламе йогуртов. На самом деле - это болезненное состояние, вызванное нарушением баланса штаммов микрофлоры кишечника. Оно не является болезнью, не имеет отношения к состоянию иммунной системы и, как след-





ствие, никак не мешает проведению вакцинации. Это заблуждение возникло в результате непонимания причины и следствия, из-за противопоказанности прививок лицам, проходящим терапию мощными антибиотиками, которые часто вызывают дисбактериоз.

Противопоказаний для прививок нет?

Они есть, но их мало. **Абсолютное противопоказание - острый период заболевания, туберкулез, некоторые онкологические заболевания. Противопоказания имеют живые вакцины и вакцина от краснухи в случае беременности.** Но и это противопоказание предписано «на всякий случай» - действие прививок на плод пока недостаточно изучено.

Чего не нужно бояться, делая прививку?

Не нужно бояться болезненных явлений, возникающих после прививки: повышения температуры, болезненности и раздражения места инъекции. Эти симптомы неизбежны и даже желательны, ибо свидетельствуют о нормальном действии вакцины.

Не стоит бояться самих вакцин - для прививок используются препараты, качество которых тщательнейшим образом проверяется государством, представленным Государственным НИИ стандартизации и контроля медицинских биологических препаратов им. Л.А. Тарасевича на уровне разработки (5-7 лет), внедрения (1-3 года), производства каждой партии и серии (постоянно).

В следующем номере вы узнаете, каких правил следует придерживаться перед, во время и после вакцинации. ☺

Возраст	Наименование прививки
Новорожденные в первые 24 часа жизни	Первая вакцинация против вирусного гепатита В
Новорожденные на 3-7 день жизни	Вакцинация против туберкулеза
Дети: 1 месяц	Вторая вакцинация против вирусного гепатита В
2 месяца	Третья вакцинация против вирусного гепатита В
3 месяца	Первая вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка. Первая вакцинация против полиомиелита. Первая вакцинация против гемофильной инфекции.
4,5 месяца	Вторая вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка. Вторая вакцинация против полиомиелита. Вторая вакцинация против гемофильной инфекции.
6 месяцев	Третья вакцинация против вирусного гепатита В. Третья вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка. Третья вакцинация против полиомиелита. Третья вакцинация против гемофильной инфекции.
12 месяцев	Вакцинация против кори, краснухи, эпидемического паротита. Четвертая вакцинация против вирусного гепатита В. Первая ревакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка.
18 месяцев	Первая ревакцинация против полиомиелита. Ревакцинация против гемофильной инфекции
20 месяцев	Вторая ревакцинация против полиомиелита
6 лет	Ревакцинация против кори, краснухи, эпидемического паротита
6-7 лет	Вторая ревакцинация против дифтерии, столбняка
7 лет	Первая ревакцинация против туберкулеза (БЦЖ)
14 лет	Третья ревакцинация против дифтерии, столбняка. Третья ревакцинация против полиомиелита. Вторая ревакцинация против туберкулеза (БЦЖ)
Взрослые от 18 лет	Ревакцинация против дифтерии, столбняка - каждые 10 лет от момента последней ревакцинации



Осторожно: «безмолвная эпидемия»!

ЗАНЯТИЕ 1



Наталья Александровна ГУСЕВА,

заведующая консультативной поликлиникой ФГБУ ФЦТОЭ, акушер-гинеколог, первая квалификационная категория;



Елена Владимировна КОВАЛЕВА,

терапевт, высшая квалификационная категория

- консультанты ФГБУ «Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования» по остеопорозу

По статистике Всемирной организации здравоохранения, в медицинской практике одной из наиболее частых причин инвалидности и смерти является остеопороз. Он занимает четвертое место, уступая только сердечно-сосудистым заболеваниям, онкологии и сахарному диабету.

Прогнозы медиков неутешительны - они уверенно говорят о высокой вероятности возникновения эпидемии данного заболевания. К 2050 году хрупкость костей (таково бытовое название остеопороза) у жителей планеты достигнет небывалых масштабов, увеличившись, по сравнению с нашими днями, в три раза. Таким образом количество больных достигнет 6,5 миллионов человек. Каждая третья женщина и каждый пятый мужчина старше 50 лет имеют остеопороз.

Давайте попробуем разобраться, в чем причина угрожающего распространения этого заболевания.

Сложность своевременного диагностирования остеопороза заключается в том, что **оно не имеет симптомов до тех пор, пока не переходит в завершающую стадию.** Только тогда появляются неожиданные переломы при незначительных травмах (наиболее типичны переломы позвоночника, шейки бедра и лучевой кости). Для остеопороза не характерны боли в костях и суставах. **Боли появляются лишь при развитии переломов.**

Причин для развития остеопороза много. **У женщин** (именно они чаще подвержены развитию этого заболевания) это связано с изменениями плотности кости на фоне гормональных перестроек организма в период менопаузы.

К управляемым факторам риска остеопороза (те факторы, которые можно изменить) относятся образ жизни и вредные привычки:

◆ табакокурение и злоупотребление алкоголем;

◆ гиподинамия и сидячий образ жизни;

◆ голодание и другие формы неправильного питания,

◆ низкое потребление кальция,

◆ дефицит витамина D,

◆ длительный постельный режим (более двух месяцев),

◆ низкий индекс массы тела и/или низкая масса тела (меньше 57кг). Напомним, что индекс массы тела (ИМТ) должен быть от 20 до 25. Он считается так: массу тела в килограммах необходимо разделить на квадрат роста человека в метрах.

Существуют также и **не зависящие от человека причины возникновения заболевания.** Это:

◆ женский пол;

◆ возраст старше 65 лет;

◆ наличие переломов при незначительной травме у близких родственников (мать, отец, сестра) в возрасте 50 лет и старше;

◆ ранняя (в том числе хирургическая) менопауза у женщин;

◆ некоторые эндокринные заболевания;

◆ заболевания почек, органов пищеварения и дыхания, ревматические болезни.

Важным шагом профилактики остеопороза должен стать контроль над потребляемыми продуктами. Достаточное количество кальция в ежедневном рационе необходимо на протяжении всей жизни, начиная с детства. Для женщин и мужчин моложе 50 лет ежедневная потребность в кальции равна **1000мг.** Для женщин после менопаузы и мужчин старше 50 лет ежедневная потребность в кальции составляет **1500мг.**



Школа остеопороза

Больше всего кальция содержится, конечно, в молочных продуктах. Например, 1л коровьего молока или кефира содержит суточную норму кальция. Для того чтобы **рассчитать суточное потребление кальция**, можно использовать следующую формулу:

**кальций молочных продуктов
+ 350мг (кальций из других про-
дуктов) = суточное потребление
кальция (мг).**

Кроме кальция, необходимо также достаточное поступление в организм витамина D. Этот витамин играет важную роль в образовании костей, увеличивая всасывание кальция в кишечнике. Он образуется в коже под действием солнечных лучей. Для этого не менее 15 минут ежедневно человек должен находиться под солнечными лучами. Учитывая, что для нашей климатической зоны характерна длительная зима и не всегда бывает солнечным лето, **следует особое внимание уделить своему питанию и достаточному потреблению кальция и витамина D круглогодично.**

Людам, страдающим остеопорозом, или попадающим в группу риска, следует делать акцент на употребление таких продуктов, как натуральные кисломолочные продукты, орехи, цельнозерновые продукты и бобовые, сухофрукты, петрушка, шпинат и другие виды свежей зелени, капуста, свежие овощи и фрукты.

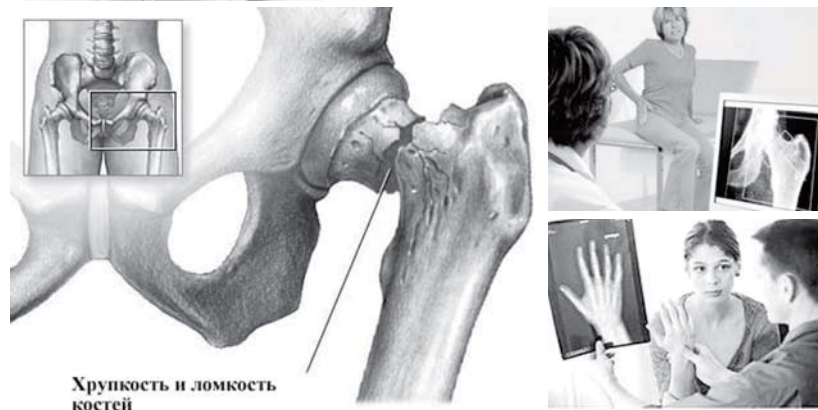
Еще одним важным шагом в профилактике остеопороза является **отказ от вредных привычек**. Поэтому:

- **ограничьте употребление кофе до четырех чашек в день**. Помните, что большое употребление кофе увеличивает риск переломов;

- **ограничьте потребление соли**. Избыточное ее потребление приводит к снижению плотности костной ткани;

- **откажитесь от курения**. Курящие женщины имеют низкую массу тела, у них раньше наступает менопауза. У курящих людей чаще развиваются переломы;

- **откажитесь от избыточного приема алкоголя**. Алкоголь подавляет деятельность клеток, образующих костную ткань, а из-за отрицательного воздействия на желудок и кишечник



происходит уменьшение всасывания кальция.

Основным методом, позволяющим провести своевременную диагностику остеопороза, является денситометрия. В Федеральном центре травматологии, ортопедии и эндопротезирования используется современная аппаратура, позволяющая выявлять даже незначительные нарушения минеральной плотности костной ткани, что дает возможность своевременно начать лечебно-профилактические мероприятия. **Всем женщинам старше 65 лет и мужчинам старше 70 лет, а также женщинам моложе 65 лет и мужчинам моложе 70 лет при наличии факторов риска развития остеопороза, необходимо проведение денситометрии.**

Выделяют несколько стадий состояния костной системы. **В норме Т-критерий превышает -1,0 стандартных отклонений (СО) от пиковой костной массы.** При остеопении (промежуточном состоянии) Т-критерий в интервале **от -1,0 до -2,4 СО**. При остеопорозе показатели Т-критерия опускаются **ниже -2,5 СО** (или ниже показателей минеральной плотности кости у белых женщин в возрасте 20-29 лет).

В завершающей стадии остеопороза появляются неожиданные переломы при незначительных травмах (наиболее типичны переломы позвоночника, шейки бедра и лучевой кости). Для остеопороза не характерны боли в костях и суставах. Боли появляются лишь при развитии переломов.



Важные правила

Серьезным проявлением остеопороза являются переломы позвоночника и шейки бедра. Но человек может защитить себя! Специалистами разработаны рекомендации по поведению в быту, направленные на помощь тем, кому поставлен диагноз, кто проходит курс лечения, чтобы избежать переломов. Приведем основные из них.

Рекомендации по подъему тяжестей. Подъем тяжести необходимо исключить полностью. Если это невозможно, предельный вес не должен превышать 4,5 кг и обязательно распределяться равномерно на обе руки. Поднимая предмет, лучше присесть, стараясь держать спину прямо.

Рекомендации по сохранению правильной осанки. Следует избегать движений, связанных со сгибанием в позвоночнике и одновременным подъемом тяжестей. Нежелательно, чтобы стул или кресло были слишком низкими или высокими. Оптимальна высота стула до уровня коленного сустава. Глубина сиденья не должна быть слишком большой, оптимальна глубина, равная 2/3 бедра. Для удобства можношить валик и подкладывать его под поясничный изгиб позвоночника. Не сидите и не стойте на одном месте в течение длительного времени. Больше двигайтесь, чаще меняйте позу.

Рекомендации по уборке квартиры. Используйте инструменты с длинной ручкой и насадкой, чтобы уменьшить наклоны. Например, замените короткую ручку щетки на длинную. При уборке квартиры необходимо использовать пылесос с длинной ручкой, чтобы избежать наклонов.

Рекомендации по обуванию. Обуваться нужно, не сгибая спину, сев на стул, установив ногу на подставку. Для надевания обуви пользуйтесь ложкой с длинной ручкой, чтобы не сгибать спину.

Рекомендации по работе на кухне. Рабочие поверхности на кухне должны быть такой высоты, чтобы посуду с горячей пищей можно было передвигать, а не поднимать. Не несите кастрюлю с водой к плите. Лучше поставьте пустую кастрюлю на конфорку и наполните ее водой из небольшого сосуда. Прежде чем выливать из кастрюли ненужную воду в конце варки,



предварительно выньте часть овощей и зачерпните воды. Наливая чай, ставьте чашки, заварочный чайник рядом с плитой, чтобы не нести полный чайник через всю кухню. Если у вас слишком низкая раковина и при мытье посуды вам приходится нагибаться, то поставьте в раковину вверх дном тазик, а на него еще один тазик. Тогда вам не придется наклоняться.

Рекомендации по работе в саду. Правильно формируйте грядки (приподнятые посадки уменьшают наклоны, узкие - уменьшают напряжение в спине при работе). Сажайте растения, не требующие много внимания и ухода. Делайте большую часть работы в саду сидя. Поливайте цветник или огород из шланга, не переносите тяжелую лейку с водой. Работайте с частыми перерывами. Используйте двухколесные тачки: они дают меньшую нагрузку на спину, чем одноколесные. Копайте землю маленькой лопаткой.

Рекомендации по принятию ванны или душа. Прикрепите на стенки ванны поручни. Чтобы было легко садиться и вставать, поперек ванны положите доску (сидя на ней, легче переместить ноги из ванны наружу). Мочалка или губка на длинной рукоятке облегчает мытье. ☺

В ФГБУ «ФЦТОЭ» вы можете пройти денситометрию на современном оборудовании, а также посетить занятия в Школе остеопороза. Запись на обследование и занятия производится по телефону регистратуры (3852) 297-502; 297-503 (поликлиника).

Обращаясь за медицинской услугой, получите предварительную консультацию у специалистов (врача) по имеющимся противопоказаниям.



"За радикальные преобразования в здравоохранении Алтайского края"



Медицинской общественностью глава края Александр Карлин отмечен символическим скальпелем

"За радикальные преобразования в здравоохранении Алтайского края"



Фоторепортаж с заседания Медицинской палаты Алтайского края, 26 августа 2014 г.