

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

ЗДОРОВЬЕ



АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№2 (146) ФЕВРАЛЬ 2015



Читайте в номере:

№2 (146) ФЕВРАЛЬ 2015

Т.А. Болгова:

«Гормональная контрацепция - наиболее эффективный метод предохранения от нежелательной беременности»



Т.В. Синкина:

«Риск развития рака молочной железы зависит от образа жизни и факторов окружающей среды»



Т.Е. Шульц:

«Воспитание детей и подростков с эпилепсией не должно отличаться от воспитания их сверстников»

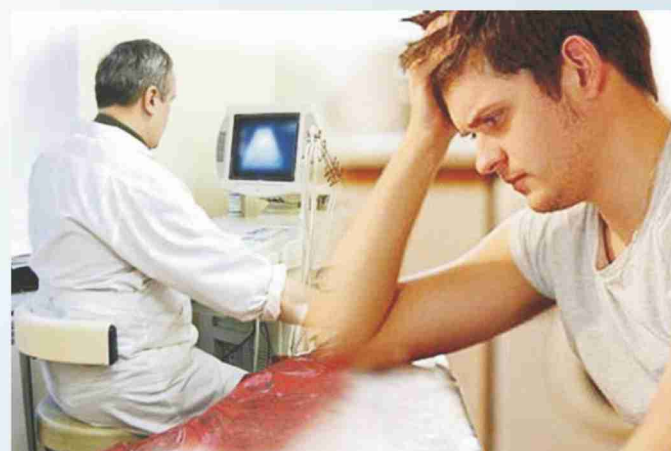


И.А. Вейцман:

«Витамин D требуется человеку от рождения до глубокой старости, а дополнительный его прием избавит от негативных последствий дефицита»

И.Ю. Добрынина:

«Ребенку для творчества необходим взрослый. Не взрослый-учитель, а взрослый-партнер»



Я.В. Яковец:

«Сегодня простатитом могут болеть не только взрослые мужчины, но и подростки, и даже школьники десяти лет»



2

**2015 год -
Год борьбы
с сердечно-
сосудистыми
заболеваниями**



28

**Как правильно
ругаться**



38

**По жизни
под наблюдением
врача**



40

**Порисуем вдвоем?
Совместное
рисование взрослого
и ребенка**

На обложке: Елена Геннадьевна НИКУЛИНА, главный внештатный кардиолог города, заместитель главного врача кардиодиспансера по ОМР, врач-кардиолог высшей квалификационной категории.

Фото: Ларисы Юрченко

2015 год - Год борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями 2-6

Е.Г. Никулина. Попробуйте переписать сценарий своей жизни! 7-10

Законотворчество. Февраль 2015 года 11

ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА

Т.А. Болгова. Современные методы планирования семьи 12-13

Стареем... 14

Чтобы соль оставалась лекарством 15

«Регенеративная медицина: достижения, проблемы, перспективы» . 15

ПОБЕДИМ СВОЙ СТРАХ!

Т.В. Синкина. Генетический рак молочной железы 16-17

В.М. Чурсина. Возвращаем свободу движений! 18-19

Удивительные свойства вазелина 20

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

Н.В. Лосева. «Современные направления развития сестринского дела в оказании первичной медико-санитарной помощи» 21-22

Резолюция II краевого съезда средних медицинских работников Алтайского края 22-23

О.А. Гребенюк. Жизнь ребенка с сахарным диабетом 24

Расслабляющая гимнастика и цигун-терапия для глаз 25

И.А. Вейцман. Знакомый незнакомец витамин D 26-27

Как правильно ругаться 28

Т.Е. Шульц. Дети и подростки с эпилепсией.

Путеводитель для родителей 29-30

Что есть, когда бросил курить 31

Наука настроения 32-33

Праздники февраля 34

СОВЕТЫ УРОЛОГА

Я.В. Яковец. «Второе сердце мужчины»: совершенные ошибки и будущие неудачи 35-37

М.А. Шкурят. По жизни под наблюдением врача 38-39

И.Ю. Добрынина. Порисуем вдвоем? 40-41

Диета по рецепту 42-43

Великий Пост и наше здоровье 44



2015 год - Год борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями

Профилактика хронических неинфекционных заболеваний - это дело, которое касается каждого

Профилактика хронических заболеваний основана на интегрированном подходе, который включает в себя не только политику правительства и деятельность системы здравоохранения, но и информирование населения и его личную ответственность за заботу о своем здоровье.

У медиков есть множество возможностей для санитарного просвещения и профилактики во время приема пациентов.

Сердечно-сосудистые заболевания занимают первое место по объему среди всех заболеваний. При этом доказано, что *снижение множественных факторов риска, как на уровне всего населения, так и индивидуального: артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, курение, ожирение, злоупотребление алкоголем и малоподвижный образ жизни - обеспечивает достижение максимального эффекта, хотя и требует разных путей воздействия.*

Например, в Европе рекомендуют каждый контакт курильщика с медицинским работником использовать как возможность для санитарного просвещения, в том числе с помощью жесткого запрета на курение в медучреждениях и постоянного внимания к поддержке отказа от курения пациентов. Родителям рекомендовано обязательно советовать отказаться от курения или хотя бы не курить при детях! **Именно иницилируемые медиками информационно-пропагандистские программы по повышению физической активности, предотвращению пассивного курения, улучшению питания в школьных столовых и другие играют важную роль в снижении множественных факторов риска, на уровне как всего населения, так и отдельных людей и семей.**

И в этом смысле особую роль системы здравоохранения просто нельзя недооценивать. Именно благодаря такой просветительской деятельности люди, входящие в группу риска и пока еще не имеющие сердечно-сосудистых заболеваний, а также больные на ранней стадии заболевания, могут получить эффективную помощь. Это позволит в будущем снизить нагрузку не только на больного, но и на всю систему здравоохранения в целом.

Собственный опыт просветительской профилактики

В 2003 году наша идея по санитарному просвещению (формированию своеобразной системы обра-



зования населения по вопросам ЗОЖ) стала реализовываться в общественном демографическом проекте «Здоровая семья - это здорово!». Одновременно в его рамках создавался краевой медико-социальный журнал «Здоровье алтайской семьи».

Цели и задачи нашего проекта мы определили весьма амбициозно: содействие достижению основных демографических целей за счет снижения сверхсмертности, увеличения продолжительности жизни, уменьшения числа заболеваемости, смертей и страданий от хронических неинфекционных заболеваний (в том числе и от сердечно-сосудистых), в основе которых лежат факторы, обусловленные неправильным образом жизни.

Мы считали и считаем, что **важно повлиять на формирование личной ответственности человека за здоровье и качество жизни - своё и своей семьи.** Это, по нашему мнению, можно осуществить за счет осознанного исключения факторов риска, чего можно достичь путем информирования населения о них, обучения навыкам сохранения и самоконтроля показателей своего здоровья.

Одним из способов решения этой задачи мы выбрали **создание своеобразных постоянно действующих «общественных школ здоровья»**, в которых население смогло бы получить объективную информацию о последствиях для здоровья факторов риска, их сочетания, а также необходимые знания по правильному питанию, рекомендации по физической активности и противостоянию стрессам.

Сегодня, когда демография стала новым национальным приоритетом в социальной политике, такая общественная работа, считаем, приобретает еще большую актуальность.



«Информационный шок»

Тогда, в 2003 году, нам было нужно просто и убедительно рассказать целевой аудитории: руководителям территорий, работникам бюджетной сферы, представителям СМИ и бизнеса и, как ни парадоксально, широкой медицинской общественности - о том, что преобладающей причиной смертности, причем в наиболее трудоспособном возрасте, является смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, которая в России в 2,5 раза выше, чем в среднем по Европе, и почти в 4 раза - чем в Финляндии. Нужно было объяснить и то, что улучшение диагностики и лечения этих заболеваний (в том числе и высокотехнологичными методами), безусловно, поможет снизить абсолютные показатели смертности и чуть увеличить среднюю продолжительность жизни, но не сможет принципиально снизить заболеваемость и, следовательно, смертность как социальный показатель.

Мы постоянно говорили, что *«принципиальное решение проблемы высокой смертности - не дать человеку заболеть! Предостеречь и уберечь его от воздействия вредных факторов... И надеемся, что довольно скоро в этом будет состоять главное предназначение врача!»*.


Методы противостояния стремительному росту сердечно-сосудистых и других хронических заболеваний, в основе которых, прежде всего, лежат факторы риска, - по сути своей просты! Нужно максимально, причем, осознанно, исключить эти факторы риска из своей жизни.

Но население не хочет быть здоровым и живым. Вернее - хочет, но так, чтобы не прикладывать к этому никаких усилий! Более того, наоборот, мы всё делаем для того, чтобы заболеть. Курение, злоупотребление алкоголем, «плохие» питание и вода, гиподинамия, неумение противостоять стрессам - неполный перечень наших «достижений».

Серьезную заинтересованность в нашем проекте проявили муниципальные образования: при активном



участии администраций городов и районов, содействию медиков и советов женщин прошли тематические встречи по данной проблеме в более чем 40 территориях края. Со своими партнерами мы подготовили убедительные презентации, использовали результаты исследований и медицинскую статистику, данные по реализации социальных программ в Алтайском крае, Российской Федерации и в мире. Но даже для такой профессиональной, подготовленной аудитории предоставленная информация, избыточная цифрами, графиками, примерами, сравнениями с другими странами, краевой медицинской статистикой, - оказалась, можно сказать, ошеломляющей. *«Почему мы молчим? Почему бездействуем? Можно ли повлиять на такую безрадостную картину?»* - вот главные вопросы слушателей. Опыт других стран - США, Западной Европы - убеждает, что да, можно! Требуется серьезная широкомасштабная профилактическая программа. Конечно, можно ждать, когда такие решения будут приняты на государственном уровне, но можно просто начать с себя.

Именно по этому принципу - «начни с себя» - мы и предлагали действовать! *«...Вы, наиболее образованные и авторитетные, успешные в глазах земляков: работники администраций, учителя, медики, работники культуры, милиционеры - именно вы должны стать приверженцами здорового стиля жизни и активно пропагандировать его»*, - обращались мы к аудитории. - *«У вас у всех есть возможность нести культуру здорового образа жизни дальше. Через свои коллективы, работая с дошкольниками и школьниками, через родительскую общественность, создавая «клубы здоровья» при центрах помощи семье и детям, центрах социальной защиты, на предприятиях, в малом и среднем бизнесе. Главное - должна быть общественная инициатива, понимание того, что выход из демографической катастрофы - это главная национальная задача»*. 



Информация - это еще не действие

Наш собственный двенадцатилетний опыт показал, что получить информацию - это еще не значит действовать.

Что сделали мы?

2003-2004 годы. В журнале «Здоровье алтайской семьи» прошел цикл публикаций по теме «Школа профилактики артериальной гипертензии» и других хронических заболеваний, которые сразу вызвали интерес.

Совместно с Алтайским краевым научным обществом кардиологов (АКНОК) мы провели в шести районах края обучающие семинары по навыкам проведения «школ здоровья» для населения, приглашая на них не только врачей-терапевтов, кардиологов, но и фельдшеров ФАПов, медицинских сестер.

«Школы здоровья» нашего проекта - это «ликбез» для населения. Да, именно ликвидация безграмотности лежит в основе первичной профилактики в вопросах ЗОЖ. Но оказалось, что выполнить роль «врача-учителя» готовы не все медицинские работники. Им нужны дополнительные знания по педагогике, психологии, риторике, - то есть такие навыки и умения, которыми они не владеют.

Мы считали, что профилактическое направление в здравоохранении должно быть отнесено к высокотехнологичным видам помощи. И оно должно иметь ресурсное, в том числе и кадровое, обеспечение, и специалистов по здоровому образу жизни нужно готовить. Поэтому наш проект **в 2005-2006 годах** несколько трансформировался.

При поддержке Главного управления по здравоохранению и фармацевтической деятельности



края и муниципалитетов мы перешли к проведению межрегиональных образовательных семинаров, которые посетили более 1000 медицинских работников. Конечно, мы понимали, что не все участники наших семинаров сразу включатся в общественную работу, но мы как могли старались «зацепить» их. Например, всем слушателям отправили в адрес администраций районов или главных врачей информационные письма о проекте и именные сертификаты о прохождении учебы. Во все районные СМИ для публикации передали подготовленные информационные материалы о проекте. Кстати, некоторые СМИ стали участниками наших акций на территориях и дали цикл собственных материалов по теме.

В 2007 году к проекту присоединилась краевая Профессиональная сестринская ассоциация - как оказалось, проблема профилактики (исключения) факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний является очень актуальной для этой группы.

Нами были подписаны соглашения о социальном партнерстве в рамках проекта с рядом муниципальных образований: это Бурлинский, Калманский, Каменский, Топчихинский и другие районы.

В 30 районах тогда на общественных началах работали наши общественные представители - координаторы проектов. Им оказывалась серьезная поддержка их волонтерской деятельности в районах, со стороны как администраций территорий, ЦРБ, так и общественных структур.

Аналогичная работа проводилась нами и по другой программе проекта - «Школа ответственного родительства». Его координаторами выступили сотрудники кафедры акушерства и гинекологии АГМУ: д.м.н., профессор Н.И. Фадеева,



Завьяловский район, 2008 год



Здоровая семья - это здорово!

к.м.н. О.В. Ремнева и С.Д. Яворская (на сегодня обе уже защитили докторские диссертации).

Особо хотелось бы подчеркнуть в этой общественной просветительской работе роль журнала «Здоровье алтайской семьи», который ежемесячно издается в крае с января 2003 года. Мы изначально рассматриваем журнал не как традиционное СМИ, а как некий инструмент, который позволит организовать работу по формированию ЗОЖ, профилактике наиболее распространенных неинфекционных заболеваний в организованных коллективах.

Ряд цикловых публикаций находят свое продолжение в издании специальных тематических выпусков журнала в рамках библиотечки «Школы здоровья - школы профилактики», рассчитанные на широкий круг читателей. За прошедшие годы в библиотечке вышли спецвыпуски по темам: «Школа профилактики артериальной гипертонии» (под редакцией д.м.н., профессора Г.А. Чумаковой); «Школа ответственного родительства» (под редакцией д.м.н., профессора Н.И. Фадеевой); «Жизнь с сахарным диабетом», «Тиреозколла», «Школа остеопороза» (все - под редакцией к.м.н. Н.В. Леоновой) и другие.

С 2007 года ежегодно совместно со специалистами краевого Управления по образованию и делам молодежи, курирующими вопросы молодежной политики, выходит октябрьский номер журнала под условным названием «Молодые», где публикуются материалы по профилактике, ориентированные на молодежную аудиторию, и молодежной политике края в вопросах сохранения здоровья.

В 2008 году при участии специалистов краевого Управления по образованию и делам молодежи был подготовлен цикл материалов «Школа приемных родителей», который завершился выходом специального выпуска журнала с одноименным названием. В 2011 году вышел совместный цикл материалов «Школа многодетной семьи».

В 2009 году в рубрике «Воспитавай здоровым» при участии работников детских дошкольных уч-



Старт программы
«Школа ответственного родительства», 2005 год

реждений, медиков, психологов были опубликованы материалы, касающиеся вопросов воспитания здоровых и гармонично развитых детей.

В 2010 году, объявленном в России Годом учителя, в журнале выходит серия материалов «Здоровая семья - это здорово! Начни с себя!», направленная на сохранение и укрепление здоровья педагогов.

С 2010 года по инициативе партнеров ноябрь нами объявлен ежегодным месячником активного противодействия курению и алкоголизации населения края. В его рамках изданы тематические выпуски журнала «Алкоголь - вкрадчивый враг!» и «Алтайский край - без табака!». Итоговое мероприятие месячника в 2010 году собрало более 800 человек из 30 территорий края, а в 2011 году уже более 1000 участников собрались в краевом театре музыкальной комедии. В этом итоговом мероприятии приняли участие член Совета Федерации РФ Ю.В. Шамков, депутат Госдумы РФ Н.Ф. Герасименко, Главный государственный санитарный врач по Алтайскому краю И.П. Салдан.

В 2013 году в развитие проектов Губернаторского марафона «Поддержим ребенка!» публикуется ряд материалов по вопросам реабилитации детей, страдающих ДЦП, - «Школа реабилитации ДЦП».

Проект «Школа ответственного родительства» в последние годы еще более ориентирован на сохранение и укрепление семейных ценностей, формирование ответственного материнства и отцовства. Мы разделяем приоритеты семейной политики края: поддержка здоровой многодетной семьи, сохранение детям кровных родителей, более эффективное межведомственное взаимодействие в вопросах работы с семьей и охраны детей.

Кроме упомянутых, в рамках проекта в разные годы реализовывались и другие программы: «Школа приемных родителей. Согрей теплом родительского сердца!», «Воспитавай здоровым», «О мире и о войне. Вахта памяти» (с участием за-служенного художника России Ильбека



Круглый стол
по вопросам репродуктивного здоровья



Хайрулинова), «Любить по-русски!» (с участием Народного артиста России Никиты Джигурды); «2010 год - Год учителя. Научи учителя!»; «Школа многодетной семьи».

Хотелось бы особо подчеркнуть, что все эти годы мы осуществляли проект в партнерстве с Алтайским краевым научным обществом кардиологов (председатель - д.м.н., профессор Г.А. Чумакова), кафедрой акушерства и гинекологии АГМУ (заведующая - д.м.н., профессор Н.И. Фадеева), Профессиональной сестринской ассоциацией (президент Л.А. Плигина), при поддержке краевого Совета женщин, Общественной женской палаты при Губернаторе Алтайского края (председатель Н.С. Ремнева).

Синергетический эффект в формировании ЗОЖ у населения в рамках нашего проекта, по нашему мнению, обеспечивает и партнерство с журналом «Алтайский вестник Роспотребнадзора».

Мы убеждены, что, только направив объединенные усилия государства, общественно-государственного сектора на решение наиболее значимых, приоритетных проблем сохранения здоровья, мы можем говорить о реализации национального проекта «Здоровье» и Программы демографического развития как проектов, в реализацию которых действительно активно вовлечена НАЦИЯ.

Совершенно очевидно, что наряду с другими принимаемыми мерами: проведение профилактических осмотров, повышение доступности и качества медицинской помощи - существенную роль должны сыграть разработка и реализация комплексной системы санитарно-гигиенического просвещения и воспитания населения, повышения



Мамонтовский район, 2005 год

Губернатор Алтайского края А.Б. КАРЛИН: «В последние годы мы немало сделали для того, чтобы помощь при сердечно-сосудистых заболеваниях была более современной, чтобы эти заболевания в значительной мере профилактировались, чтобы были своевременные правильная диагностика, лечение и реабилитация. В регионе создан центр сердечно-сосудистой хирургии, его филиалы открыты в Барнауле, Бийске, Рубцовске, еще один создается в Славгороде. Я убежден в том, что обозначение 2015 года как Года борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями будет способствовать выделению значительных федеральных ресурсов на усиление борьбы с этими заболеваниями. И мы будем делать все от нас зависящее, чтобы развивать здравоохранение в этом направлении».



культуры здоровья граждан, формирования здорового образа жизни.

Идеологический фактор, изменение сознания людей, мотивация их быть ответственными за состояние собственного здоровья - пожалуй, самая сложная задача этого периода.

Нигде в мире снижение смертности не произошло само собой. Успехи Запада в увеличении продолжительности жизни потребовали мобилизации огромных материальных ресурсов, включая расходы на здравоохранение, охрану окружающей среды, пропаганду здорового образа жизни, развитие научных исследований; одновременно были существенно пересмотрены законодательные акты, связанные с охраной здоровья населения. Но кроме того, резко повысилась активность самих людей, направленная на оздоровление своего образа жизни и среды обитания, изменилось массовое поведение людей, влияющее на сохранение их здоровья.

2015 год объявлен Годом борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями. 4 декабря 2014 года Владимир Путин во время оглашения Послания Федеральному Собранию предложил объявить 2015 год Годом борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Глава государства отметил, что Россия впервые вошла в рейтинг ВОЗ как благоприятная страна со средней продолжительностью жизни более 70 лет. «Считаю, что у нас есть все основания уже в ближайшей перспективе увеличить среднюю продолжительность жизни до 74 лет, добиться новой, качественной динамики в снижении смертности», - подчеркнул Президент России.

Важность проблемы, в решение которой и мы стараемся внести свою лепту, столь велика, что мы не имеем права отказаться от этого проекта в пользу других инициатив. ☺



Попробуйте переписать сценарий своей жизни!

Как известно, одним из основных направлений деятельности здравоохранения является кардинальное улучшение доступности и качества оказания помощи жителям края, в том числе кардиологической.

Болезни системы кровообращения (ишемическая болезнь сердца и гипертоническая болезнь) признаны социально-значимыми заболеваниями, так как главным образом определяют утрату трудоспособности населения и высокую сердечно-сосудистую смертность. Поэтому сокращение потерь общества от болезней системы кровообращения, сохранение и улучшение здоровья жителей края являются основной задачей кардиологической службы. В 2014 году удалось снизить сердечно-сосудистую смертность на 4,5%, и это является результатом планомерной работы всех структур кардиологической службы края, в том числе Алтайского краевого кардиологического диспансера. В крае многое сделано для того, чтобы помощь при сердечно-сосудистых заболеваниях была более современной, чтобы эти заболевания в значительной мере профилактировались, чтобы проводились своевременная правильная диагностика, лечение и последующая реабилитация. Алтайский краевой кардиологический диспансер (АККД) объединяет лучших специалистов в этой области.

О его сегодняшнем дне, успехах, проблемах и перспективах развития - наш разговор с заместителем главного врача кардиодиспансера по ОМР, главным внештатным кардиологом города, врачом-кардиологом высшей квалификационной категории Е.Г. НИКУЛИНОЙ.

- Елена Геннадьевна, каким стал старт 2015-го, объявленного Годом борьбы с сердечно-сосудистыми за-

болеваниями, для вас и ваших коллег, кардиологов?

- Хочется отметить, что кардиологам Алтайского края не потребовалась особая формулировка задач этого года для концентрации усилий в деле продления жизни людям, страдающим этой группой заболеваний. Работа в обозначенном направлении велась и ведется.

Кардиология Алтайского края всегда находится в поступательном развитии. На протяжении многих лет нашими специалистами отработаны и успешно реализуются технологии оказания помощи больным с острыми коронарными событиями, получены достойные результаты. Отработана схема действий, в которой четко определено место службы скорой помощи, кардиологического диспансера, кардиологии краевой клинической больницы, ЛПУ края. Так, если у пациента случаются инфаркт или иное острое коронарное событие, которое является угрожающим жизни, давностью до 24 часов от начала заболевания, пациента доставляют к нам - в АККД. Это тот интервал времени, когда в значительной мере эффективны высокотехнологичные вмешательства. Больному проводится диагностическая коронароангиография и далее, по показаниям, в зависимости от степени поражения атеросклерозом коронарных сосудов, определяется тактика: кардиохирургическое или консервативное лечение. Если пациент попадает в поле зрения врачей позднее, его доставляют в кардиологическое отделение барнаульской городской



больницы №1, где оказывается неотложная кардиологическая помощь на высоком уровне, но по другой схеме.

Мы стремимся охватить нашими методиками и технологиями практически всё население Алтайского края. Так, в 2014 году по системе Теле-Альтон в АККД из ЛПУ края доставлено более 1000 больных, из них 2/3 пациентов перенесли острое коронарное событие и были пролечены в АККД или консервативно, или получили высокотехнологичную кардиохирургическую помощь. Более 700 больных по данной системе было доставлено в кардиологическое отделение краевой клинической больницы, и к ним также применялись прогрессивные методы лечения или оказана высокотехнологичная кардиохирургическая помощь. Сегодня можно говорить о высоких технологиях в кардиологии как равнодоступных для города и села методиках.

- Если вспомнить: у вас были сомнения при выборе специальности? Почему именно кардиология ста-



Сердечный разговор с кардиологом



В 2014 году удалось снизить сердечно-сосудистую смертность на 4,5%, и это является результатом планомерной работы всех структур кардиологической службы края.

ла областью ваших профессиональных интересов?

- Никогда не было периода сомнений или мучительного выбора профессии. В кардиологию пришла из терапии. Окончила Ярославский государственный медицинский институт в 1985 году, по распределению была направлена в Московскую область, в город Орехово-Зуево врачом-терапевтом. Мне очень нравилась моя специальность. Был период в моей профессиональной деятельности, когда я работала в участковой больнице и даже исполняла обязанности главного врача. Поэтому из собственной практики хорошо знаю специфику оказания медицинской помощи на селе, очень уважительно отношусь к сельским врачам, зная, что они работают совершенно в других условиях, чем городские врачи. А затем жизненный путь привел меня в Алтайский краевой кардиодиспансер, в котором работаю уже почти 25 лет, и кардиология за эти годы стала важной частью моей жизни. По сей день уверена, что это самая ответствен-

ная специальность в медицине, требующая большого количества знаний и безусловного профессионализма.

Кардиология - самая прогрессивная, инновационная, постоянно развивающаяся область, соединяющая новейшие достижения науки и практики. Поэтому кардиолог не вправе останавливаться в своем образовании, так как очень стремительно развиваются методики и технологии в лечении заболеваний сердечно-сосудистой системы. Чтобы быть хорошим кардиологом, надо иметь хорошую профессиональную подготовку, а кроме этого - обязательно обладать таким человеческим качеством, как умение сочувствовать пациенту. И уже из чувства сострадания, профессиональной ответственности рождается желание грамотно и в полном объеме оказать помощь больному.

- Насколько доступна сегодня высокотехнологичная кардиологическая помощь не только для горожан, но и для сельских жителей?

- Ежегодно нами проводится анализ, кому оказывается помощь в кардиодиспансере. На протяжении 27 лет его работы сохранялось равное соотношение городского и сельского населения - 50 на 50. В этом году первый раз цифры стали иными: 44 на 56. На первое место вышли сельчане. Это лучшее доказательство отлаженности работы многоуровневой системы оказания кардиологической помощи. О работе по системе Теле-Альфон говорилось выше.

За цифрами кроется большая работа, проводимая в том числе и специалистами краевых учреждений кардиодиспансера и краевой клинической больницы. Так, ежеквартально мы обзваниваем все ЛПУ края, межрайонные кардиологические отделения, узнавая о возможности попасть больным на консультацию кардиолога в АККД. Кроме успешно работающей системы удаленной регистратуры (ежедневно на сайт АККД выставляется более 80 талонов к кардиологам), **каждый житель края самостоятельно может записаться на прием в нашу поликлинику.** Для этого достаточно телефонного звонка в регистратуру. И, надо отметить, грамотность населения, заинтересованность в своем здоровье растут с каждым годом. **В кардиологическом диспансере установлены пять многоканальных телефонов, их знают во всех лечебных учреждениях края.** Есть также мобильный теле-

Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний

Факторы риска	Немедикаментозные меры с доказанной эффективностью
Корректируемые	
<i>Курение</i> <i>Избыточная масса тела</i> <i>Повышенное потребление поваренной соли</i> <i>Злоупотребление алкоголем</i> <i>Неправильное питание</i> <i>Низкая физическая активность</i>	Отказ от курения Снижение избыточной массы тела до достижения идеальной Ограничение потребления поваренной соли до 4,5г в сутки Ограничение потребления алкоголя: не более 20-30г чистого этанола в день для мужчин, 10-20г - для женщин Комплексная модификация диеты: увеличение потребления фруктов и овощей, продуктов, богатых калием, магнием, кальцием, ограничение животных жиров Увеличение физической активности: быстрая ходьба пешком, плавание в течение 30-45 минут 3-4 раза в неделю
Некорректируемые	
<i>Пол</i> (риск сердечно-сосудистых осложнений выше у мужчин, чем у женщин) <i>Возраст</i> : мужчины старше 55 лет, женщины старше 65 лет <i>Менопауза</i> у женщин <i>Семейный анамнез</i> ранних сердечно-сосудистых заболеваний	



Сердечный разговор с кардиологом

фон старшего медрегистратора, который всегда доступен для ЛПУ края и регулирует поток больных, оптимально сокращая сроки ожидания консультаций сельскими пациентами.

В 2014 году в нашей поликлинике осуществлено 166 тысяч посещений, в стационаре пролечено на 500 человек больше, чем в 2013 году. Если в 2007 году мы лечили до 7 тысяч больных, то сейчас - свыше 10 тысяч.

Конечно, существуют проблемы. Главной из них остается **несвоевременное обращение за помощью больного человека**. А ведь результативность лечения зависит именно от этого фактора.

Другая проблема - **осознание больными сути своего заболевания и принятие ими правил дальнейшей жизни. Важно, чтобы это произошло быстрее**. Диагностированные сердечно-сосудистые заболевания останутся с человеком на всю жизнь, сколь длинной она бы ни была. Но развитие болезни и ее итог зависят во многом от самого больного. Он должен постоянно принимать лекарства, наблюдаться у специалиста - находиться на диспансерном учете, выполнять все рекомендации кардиолога, вести здоровый образ жизни. Думаю, объявленный Год борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями - хорошая основа и повод для полномасштабной просветительской работы среди населения.

- Что происходит после завершения острого состояния пациента? Он остается на учете в кардиодиспансере?

- Официально после перенесенного острого коронарного события, после инфаркта миокарда, оказания высокотехнологичной помощи пациенты проходят стационарный этап реабилитации и далее наблюдаются у нас в течение двух лет в поликлинике, в составе которой находится кабинет ВМП. За этот период между врачом и пациентом, как правило, устанавливаются особые доверительные отношения. И в дальнейшем пациенты по-прежнему остаются «нашими», регулярно наблюдаются и всегда имеют возможность посоветоваться с врачом-кардиологом.

Возможности кардиодиспансера в оказании помощи больным постоянно расширяются. **Особый период поступательного развития переживает направление лечения больных с нару-**

Схема диспансерного наблюдения пациентов с ЭКС, без сопутствующих врожденных пороков сердца

Основные направления	Рекомендации
1. Кратность наблюдения	Осмотр кардиолога — 2 раза в год Программирование ЭКС — 2–3 раза в год в зависимости от возраста
2. Методы обследования	Электрокардиография — 2 раза в год Холтеровское мониторирование — 2 раза в год ЭхоКГ — 1 раз в год Рентгенография грудной клетки — по показаниям
3. Профилактика бактериального эндокардита	ЛОР-врач, врач-стоматолог — 2 раза в год (санация очагов хронической инфекции) При ОРВИ с гипертермией более трех дней — антибактериальная терапия
4. Инвалидность	Оформляется сроком на 2 года, переосвидетельствование проводится в городской комиссии по инвалидности
5. Профилактические прививки	Противопоказаний нет
6. Физические нагрузки	В течение первых 3 месяцев после имплантации ЭКС занятия физкультурой запрещены, следующие 3 месяца в подготовительной группе (необходимое время для «созревания» электродов, подбора оптимальных частотно-адаптивных параметров), затем занятия физкультурой в общей группе с участием в кроссах и соревнованиях. Разрешены некоторые соревновательные виды спорта (см. ниже)

шениями ритма сердца. Благодаря совместным усилиям администрации края, главного врача АККД В.А. Елькова в 2010 году было открыто в АККД отделение для лечения больных с нарушением ритма сердца. Сегодня объемы оказания высокотехнологичной помощи данной категории больных (установка электрокардиостимуляторов) возросли почти в два раза. А ведь мы имеем в виду пациентов с жизнеугрожающими нарушениями ритма, для которых данный метод лечения является единственным для спасения жизни. Поэтому, бесспорно, можно говорить о дополнительно спасенных жизнях жителей края. Сейчас в АККД устанавливается ежегодно порядка 600 кардиостимуляторов в год. Работа данных устройств требует особого контроля. Поэтому важно, что наша лаборатория ЧПЭФИ имеет возможность проверять работоспособность кардиостимуляторов всех моделей и марок.

В направлении лечения больных с нарушениями ритма сердца и улучшения диагностической помощи данной категории больных по инициативе главного врача АККД А.П. Косохова предложен проект работы с сельскими больницами. **Если ЛПУ имеет мониторы суточного измерения артериального давления и суточной записи электрокардиограммы, то могут передать их в АККД, где они будут расшифрованы и даны реко-**

На протяжении 27 лет работы АККД сохранялось равное соотношение городского и сельского населения. В этом году первый раз цифры стали иными: 44 на 56. Это лучшее доказательство отлаженности работы многоуровневой системы оказания кардиопомощи.



Сердечный разговор с кардиологом

мендации по тактике ведения больных. Этот проект направлен не только на повышение уровня диагностики нарушений ритма сердца, но и на улучшение консультативно-методической помощи сельским врачам. Сейчас по программе модернизации суточные мониторы измерения артериального давления и суточной записи электрокардиограммы установлены в 18 ЛПУ края, но в некоторых из них данное оборудование не используется эффективно. Уже сейчас проект запущен в четырех районах края, это значит, что начало положено.

- Что бы вы видели главным итогом объявленного Года борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями? Можно ли ожидать оптимизации профилактической работы?

- Очевидно, что уровень профилактики заболеваний определяется уровнем социального сознания в обществе. Для нас, врачей, по сути, профилактика - это то, что мы можем рассказать пациенту. А уже будет он выполнять наши советы или нет, - зависит от понимания самого больного. С другой стороны, врач должен найти такие убедительные слова и доводы, чтобы пациент не только услышал врача, но и последовал его советам.

Вопросы профилактики, как правило, объединяют определенные ограничения в питании и даже в самом образе жизни, ставят жесткие рамки. И наши пациенты, особенно молодые, не всегда готовы отказаться от того, что они имели: вкусно и сытно ели, употребляли алкоголь, курили, абсолютно не занимались физкультурой... И вдруг случается острое коронарное событие, которое делит жизнь человека на «до» и «после». В этот период многие люди, особенно молодые, нуждаются в огромной психологической поддержке. Тем не менее, видела много примеров, когда больные добивались замечательных результатов: теряли вес,



избавлялись от вредных привычек, стали заниматься спортом. Оглядываясь назад, они констатируют: был трудный период. Но абсолютно все из них не хотят возвращаться обратно - к нездоровому образу жизни.

Болезнь держит человека в определенных рамках. Желание жить, даже оставаясь не очень здоровым, у здравомыслящего человека преваляется, и на это нацелены те профилактические меры, которыми мы занимаемся. **В кардиодиспансере успешно работают школы для больных ишемической болезнью сердца.** Программой предусмотрены восемь занятий. Рассказывается обо всем: приводятся сведения о болезни и ее развитии, возможностях самого пациента влиять на дальнейший сценарий жизни, говорится о питании, физических нагрузках и многом другом.

Профилактика - это то, как ты живешь с болезнью и какого итога ее развития готов ждать. Есть такое понятие - сердечно-сосудистый континуум. Это означает сценарий жизни пациента, страдающего болезнями сердечно-сосудистой системы, начиная с появления факторов риска, далее путь через гипертонию, инфаркт миокарда к хронической сердечной недостаточности, и заканчивается этот сценарий сердечно-сосудистой смертью. На разных ее этапах больной может соблюдать рекомендации врачей по лечению и профилактике или нет. Какой путь пройдет пациент от первого появ-

ления у него сердечно-сосудистых заболеваний, будут ли они стремительно развиваться с различными осложнениями, - зависит не только от медицины, но и от больного.

- Можно дать несколько советов тем, кто хочет сохранить свое здоровье, избежать грозных хронических заболеваний, обсуждаемых нами?

- Не существует способов и мероприятий, выполнение которых полностью убергло бы от болезни. Есть объективная статистика, распространенность болезни в популяции. Поэтому мне больше хочется обратиться к тем, у кого уже случилась болезнь, кто знает свой диагноз.

Если у вас гипертония, нужно помнить следующее: лечиться теперь придется всегда, при этом заболевании не существует этапности или цикличности терапии. Даже когда достигнуты целевые цифры уровня артериального давления, нужно обязательно сохранять в ежедневном приеме минимум лекарственных препаратов, чтобы эти достигнутые цифры целевого артериального давления не менялись. Гипертоническая болезнь - самостоятельный фактор риска мозгового инсульта, инфаркта, возникновения ишемической болезни сердца. Причем ИБС и гипертония взаимно отягощают течение друг друга. При сочетании этих диагнозов необходимо всегда придерживаться рекомендаций терапевта и врача-кардиолога. Важно также запомнить, что все народные средства, методики, если вы решили им следовать, не должны заменять ту базисную терапию, которую вам рекомендовал врач.

Помните, что всё, что мы сегодня рекомендуем пациентам, - результат фундаментальных исследований, многолетней практики лечения, доказывающей, что данная тактика ведения больного снижает смертность, инвалидизацию от сердечно-сосудистых заболеваний, улучшает качество жизни пациента. ☺





Современные методы планирования семьи



Татьяна Александровна БОЛГОВА,

врач акушер-гинеколог, высшая квалификационная категория, кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО «АГМУ МЗ РФ», консультант Городского центра планирования семьи и репродукции

Сохранение здоровья женщин и обеспечение безопасного материнства - основная задача современной медицины.

Одним из путей ее решения является профилактика незапланированной беременности, снижение числа медицинских и криминальных аборт, материнской заболеваемости и смертности после абортов, бесплодия и невынашивания беременности.

Во всем мире основной метод планирования семьи - эффективная контрацепция, позволяющая сохранить здоровье и родить только желанных детей.

Что ждут женщины от контрацепции:

- эффективность (71%);
- отсутствие побочных эффектов (38%);
- легкость (удобство) использования (31%);
- регуляция цикла (37%);
- отсутствие ежедневного контроля за приемом таблеток (18%);
- отсутствие связи с половым актом (16%).

В настоящее время существует **классификация методов контрацепции** в зависимости от режима использования:

- во время полового акта (презервативы, спермициды, прерванный половой акт);
- ежедневный (таблетки);
- еженедельный (пластырь);
- ежемесячный (кольцо);
- 3-5 лет (внутриматочная контрацепция, импланты);
- на всю жизнь (хирургическая стерилизация).

Гормональная контрацепция - наиболее эффективный метод предохранения от нежелательной беременности. С момента своего первого появления в 60-х годах прошлого столетия и до сегодняшнего дня гормональные контрацептивы постоянно совершенствуются: уменьшается дозировка, особенно эстрогенного компонента, повышается селективность прогестагенного компонента, меняются режимы дозирования.

Несмотря на свою безопасность, высокую приемлемость и эффективность, гормональная контрацепция до сих пор не получила широкого распространения в России. По-прежнему бытует мнение среди населения и врачей о вредном влиянии гормональной контрацепции на здоровье женщины. Одной из причин отказа от приема оральных контрацептивов является опасность увеличения массы тела.

Изменение массы тела на фоне приема гормональной контрацепции является как прогестагензависимым, так и эстрогензависимым побочным эффектом. Эстрогены приводят к задержке жидкости в организме, что является дозозависимым эффектом. Прогестагены, связываясь с рецепторами андрогенов, могут оказывать анаболическое действие и, как следствие, влиять на массу тела женщины.

Большинство комбинированных оральных контрацептивов содержат этинилэстрадиол с различными комбинациями прогестагенов. Если мы посмотрим на эволюцию гормональной контрацепции, то за 50 лет их существования доза эстрогенного компонента снизилась со 150мкг до 20 и даже 15мкг в современных микродозированных комбинированных оральных контрацептивах (КОК). Целью снижения эстрогенной нагрузки на организм является снижение количества эстрогензависимых побочных эффектов. Однако уменьшать дозу этинилэстрадиола менее 15мкг нецелесообразно, так как значительно ухудшается контроль менструального цикла, появляются кровянистые выделения.

Новое направление в развитии гормональной контрацепции - это замена этинилэстрадиола на эстроген, структурно идентичный натуральному (эстрадиол или 17-бета-эстрадиол). Это позволяет говорить о большей метаболической нейтральности такого КОК. Такими препаратами являются Клайра (Байер Шеринг Байер) и Зоэли (MSD).



Школа ответственного родительства

Второй важнейшей составляющей современных КОК являются различные прогестагены, которые отличаются по своему происхождению и селективности действия в отношении стероидных рецепторов. В современных КОК применяют высокоселективные прогестагены. Чем выше селективность в отношении рецепторов прогестерона и ниже сродство к минералокортикоидным, глюкокортикоидным, эстрогеновым и андрогенным рецепторам, тем более направленное действие оказывает прогестаген.

Существует категория женщин, нуждающихся в эффективной контрацепции, но имеющих противопоказания к эстрогенам (кормящие грудью матери, пациентки с эстрогензависимыми побочными реакциями на КОК, курящие женщины). **Альтернативой для этой группы женщин являются контрацептивные препараты, содержащие только прогестаген.** Однако современный контрацептив должен содержать такую минимальную дозу препарата, которая была бы в состоянии обеспечить стойкое подавление овуляции и, следовательно, обеспечить надежную защиту от нежелательной беременности при минимальном количестве побочных эффектов.

Чарозетта (MSD) - это первый контрацептив без эстрогенного компонента, принимающийся в непрерывном режиме, с практически полным подавлением овуляции. Соответственно, чем ниже доза эстрогенов в КОК и чем выше индекс селективности прогестагенного компонента, тем меньше вероятность влияния препарата на массу тела женщины.

Несмотря на постоянное совершенствование, высокую эффективность и безопасность, **оральные контрацептивы имеют ряд недостатков, связанных со способом их приема.** Это отмечают и не только специалисты, но и женщины. По данным международных исследований, больше половины всех женщин (62%), независимо от используемого ими метода контрацепции, и 80% женщин, принимающих КОК, хотели бы вспоминать о контрацепции не чаще, чем один раз в месяц. 47% женщин пропускают прием одной таблетки в течение одного цикла приема таблеток, а каждая пятая - две и более таблетки. 8% незапланированных беремен-



ностей среди женщин, принимающих КОК, возникали из-за рвоты. Поэтому, конечно, женщины предпочли бы более легкий и удобный в использовании метод контрацепции, нежели оральные контрацептивы. **Альтернативой оральному пути введения гормонов является влагалищный путь,** он позволяет избежать первичного метаболизма в печени и желудочно-кишечных взаимодействий. **Очень гибкое и эластичное кольцо НоваРинг (MSD)** при введении во влагалище максимально «подстраивается» под контуры тела. При этом за счет округлой формы оно надежно фиксируется во влагалище. Каждое кольцо НоваРинг предназначено для одного цикла использования: после введения кольцо должно оставаться на месте в течение трех недель, затем удалено в тот же самый день недели, в который было введено.

Но есть пациентки, нуждающиеся в длительной эффективной контрацепции, планирующие в последующем беременность. Это - женщины после родов, особенно после кесарева сечения. Таким пациенткам подходит **Импланон (MSD) - имплантат для подкожного применения, содержащий только прогестаген,** срок контрацептивного действия имплантата - 3 года.

Таким образом, сегодня каждая пара имеет возможность выбрать приемлемый для себя метод планирования семьи. Важно только вовремя обратиться за консультацией к специалисту по планированию семьи и вместе с ним найти свой идеальный вариант. ☺

Во всем мире основным методом планирования семьи является эффективная контрацепция, позволяющая сохранить здоровье и родить только желанных детей.



Генетический рак молочной железы



Татьяна Владимировна СИНКИНА,

врач-онколог, высшая квалификационная категория, кандидат медицинских наук, заведующая отделением профилактики и индивидуального прогнозирования злокачественных новообразований, КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер»

Рак молочной железы (РМЖ) у женщин - самое распространенное из всех онкологических заболеваний. По статистике, одна из девяти женщин заболевает РМЖ в течение жизни. В 90% случаев - это заболевание, зависящее от внешних факторов (экологии, условий работы, питания). Однако до 10% - это наследственные формы рака.

В настоящее время большинство наследственных случаев рака молочной железы связано с генами **BRCA1** и **BRCA2**. Роль этих генов заключается в том, что они регулируют нормальный рост клеток молочной железы и предупреждают возможный раковый рост. Но при наличии мутаций в этих генах они повышают риск РМЖ. Аномалии же (или мутации) в этих генах могут носить или наследственный характер (то есть передаваться от матери), или быть приобретенными.

Приобретенная мутация генов происходит по причине воздействия на клетку различных факторов: радиации, диеты, уровня половых гормонов, токсические факторы окружающей среды либо неизвестные причины.

Наследственная мутация генов передается от родителей.

Каждый человек имеет по две копии каждого гена: одна копия - от отца, другая - от матери. Если ваши мать или отец являются носителями мутаций в гене, то в процессе наследования генетического материала вы имеете 50%-ный шанс на наследование мутированного гена и 50%-ный шанс на наследование неизмененного гена. Если вы наследуете мутацию, которая вызывает заболевание, то появляется не только риск заболеть, но и риск передать этот ген вашим детям. Если мутация вами не унаследована, риск передачи ее детям отсутствует.

У женщин с наличием мутации гена BRCA1 риск развития рака молочной железы на протяжении жизни составляет 50-80%, риск развития рака во второй молочной железе - 40-60%, у 55% - рака яичников (РЯ). *У женщин с мутацией гена BRCA2* риск развития РМЖ на протяжении жизни составляет 50%, рака яичников - 25%. Важно помнить, что при наличии мутации повышается риск и других онкологических заболеваний (например, рака кожи, толстого кишечника), и проявляются они точно так же, как заболевания, возникшие у носителей мутаций.

У мужчин с мутацией гена BRCA2 риск развития рака грудной железы на протяжении жизни составляет 6%, что в 150-200 раз выше, чем в обычной популяции.



Победим свой страх!

Кроме того, заметим, что у мужчин с аномалией генов *BRCA1* и *BRCA2* - в 3-7 раз выше риск развития рака предстательной железы.

Большая вероятность того, что вы являетесь носителем мутации в генах *BRCA1* или *BRCA2*, отвечающих за РМЖ, может быть в следующих случаях:

- ◆ наличие прямых родственников (мать, бабушка, сестра, тетя) с материнской или отцовской стороны, у которых был выявлен рак молочной железы в возрасте до 50 лет;

- ◆ наличие в вашей семье родственницы с раком молочной железы и яичников;

- ◆ если в вашей семье были случаи рака обеих молочных желез;

- ◆ если вы относитесь к некоторым национальностям (например, евреи восточной Европы);

- ◆ если в вашей семье был случай рака грудной железы у мужчины.

Что нужно делать после того, как у вас выявили мутированные гены, отвечающие за развитие РМЖ?

- ◆ Рекомендуется с раннего возраста проводить регулярный контроль за состоянием здоровья - с 25-летнего возраста или на 10 лет ранее того возраста, при котором был выявлен рак молочной железы у члена вашей семьи.

- ◆ Ежемесячно в середине менструального цикла женщинам рекомендуется проводить самообследование молочных желез.

- ◆ Ультразвуковое исследование (УЗИ) молочных желез необходимо делать 1 раз в 6 месяцев до 35 лет, а после 35 лет добавляется ежегодная маммография.

- ◆ Прекрасным методом диагностики является магнитно-резонансная томография (МРТ).

- ◆ Необходима ежегодная проверка состояния яичников у гинеколо-



га, контрольные УЗИ органов малого таза, а также анализ крови на специфический маркер СА-125.

- ◆ Старайтесь разумно планировать такие моменты вашей жизни, как, например, рождение детей - рекомендуется более ранняя беременность, как один из профилактических факторов, а также избегать любой (по возможности) необходимости гормональной терапии. Если вы не собираетесь иметь детей, не применяйте таблетированные или инъекционные формы гормональных противозачаточных. Вместо этого используйте барьерные формы (презервативы или диафрагмы).

Несмотря на повышенный риск, важно помнить, что **рак молочной железы возникает не у каждой женщины с аномалией генов *BRCA1* и *BRCA2*! Этот риск зависит от образа жизни и факторов окружающей среды.** Самое главное - **постарайтесь изменить свой образ жизни в более здоровую сторону:** это касается изменения диеты, занятий физическими упражнениями, контроля веса тела и отказа от алкоголя и курения!

Будьте здоровы! ☺

Если вы наследуете мутацию, которая вызывает заболевание, то появится не только риск заболеть, но и риск передать этот ген вашим детям. Если мутация вами не унаследована, риск передачи ее детям отсутствует.

Если вы относитесь к группе риска, то вам необходимо обратиться в кабинеты отделения профилактики и индивидуального прогнозирования (г. Барнаул, Змеиногорский тракт, 110, кабинеты 516 и 518), где вас включат в группу высокого онкологического риска и (по показаниям) проведут молекулярно-генетическое исследование на наличие мутации в генах *BRCA1* и *BRCA2*.





Возвращаем свободу движений!



Валентина Михайловна ЧУРСИНА,

заведующая отделением восстановительной медицины и реабилитации, высшая квалификационная категория, КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края»

Применение в работе новейших методик - правило, которого придерживаются специалисты Диагностического центра Алтайского края с первого года его работы.

Уникальность еще одного метода лечения пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, успешно применяемого врачами отделения восстановительной медицины и реабилитации Центра, в том, что **положительный эффект очевиден уже после первых процедур**: многие пациенты получают облегчение - избавление от боли, увеличение подвижности сустава и т.д.

Известны статистические данные: до 70% населения страдает патологией опорно-двигательного аппарата. Нередко заболевания приводят к инвалидизации пациентов, почти всегда - к ухудшению качества их жизни. Поэтому данная методика лечения должна быть интересна многим, независимо от возраста.

Ударно-волновая терапия (УВТ) - один из наиболее актуальных методов физиотерапии при лечении заболеваний опорно-двигательного аппарата и позвоночника, эффективность которого достигается почти в 90% случаев. Суть метода УВТ заключается в воздействии звуковой (акустической) волны, которая передает энергию на проблемную область. Глубина проникновения такой акустической волны может достигать 7 см. Ударно-волновая терапия оказывает стимулирующее действие на процессы регенерации и репарации. *УВТ также оказывает довольно быстрое и эффективное обезболивающее действие, снимает мышечные спазмы и напряжение, улучшает трофику тканей позвоночника и вокруг суставов, разрыхляет известковые отложения и участки фиброза в тканях позвоночника и суставов, а также повышает выработку коллагена, а кроме того, ускоряет метаболизм в тканях, куда направлена акустическая волна.*

Действие ударной волны основано на эффекте кавитации, развивающейся на границе раздела сред. Акустическое сопротивление жидкостных сред и мягких тканей незначительное, а акустическое сопротивление костной ткани, напротив, очень высокое. Вследствие этого ударные волны распространяются в жидких средах и мягких тканях, не задерживаясь и не повреждая их, оказывая непосредственное воздействие на костную и хрящевую ткани, а также на кальцификаты, оссификаты и другие акустические плотные образования. **Ударные волны, проникая в ткани организма, восстанавливают естественный обмен веществ, запускают процессы восстановления и обновления клеток, улучшают метаболические про-**



Интенсивность ударной волны и магнитного поля регулируется по мощности и частоте. Дозировка и длительность курса подбираются индивидуально

Продолжительность процедуры составляет 15-20 минут. Процедуры проводятся с интервалом 5-7 дней - их количество определяет врач.

Перед лечением проводится первичная консультация врача, специалиста по ударно-волновой терапии, который определяет показания к лечению. Пациенту, имеющему хронические заболевания, желательно прийти на прием, имея сведения о проводимом прежде лечении и своем состоянии.

цессы в тканях и в местах поражения. Акустическая волна не вызывает нагревания тканей, не имеет побочных эффектов и действует только на патологические участки внутри организма.

Ударно-волновая терапия в отделении восстановительной медицины и реабилитации проводится на новейшем аппарате «SALUS Talent» (производство Корея).



Новая методика имеет ряд преимуществ по сравнению с применяемыми прежде.

Аппарат нового поколения «SALUS Talent» позволяет объединить два вида воздействия на организм человека: ударную волну и высокоинтенсивное импульсное магнитное поле. Благодаря такому объединению возможно с помощью проводимых процедур восстановить функционирование не только костного механизма, но и прилегающих мышечных тканей, вернуть чувствительность нервных окончаний.

Ударные волны оказывают непосредственное воздействие на костную и хрящевую ткани, кальцификаты, оссификаты и другие плотные образования. **Акустическая волна действует только на патологические участки внутри организма и является абсолютно безопасной для пациента.**

Магнитное поле способствует усилению кровоснабжения, запускает восстановительные процессы.

Магнитная индукция, создаваемая аппаратом, превышает магнитные поля, которые имеют обычные магнитотерапевтические аппараты, что позволяет достигнуть воздействия на глубокорасположенные внутренние органы, нервные, мышечные и костные структуры. Высокая интенсивность позволяет получить и более ощутимый результат.

В ходе проведения сочетанного лечения происходит более быстрое получение положительного эффекта.

Процедура лечения импульсным магнитным полем комфортна для пациента и при этом весьма результативна: улучшается кровоснабжение больного участка, приходит в норму мышечная ткань, восстанавливаются нервные окончания. Важно, что лечение одинаково подходит для пациентов любой возрастной категории и имеет сравнительно немного противопоказаний.

Во время лечения ударно-волновой терапией пациент испытывает болевые ощущения, но они значительно меньше тех, что вызваны болезнью. Когда пациент после первого сеанса лечения пяточных шпор встает на ноги - не на цыпочки! - и не чувствует боли, его радость естественна и является лучшей благодарностью врачу. Другой пример: заболевание плечевого сустава всегда является причиной ограниченности в движениях. Привычные движения возвращаются почти сразу - после 2-3 процедур: пациент сам одевается и

Процедура может проводиться при наличии онкологических заболеваний (при условии, что опухоль находится вне зоны действия ударной волны), гипертонической болезни, патологии щитовидной железы. Метод имеет ряд таких преимуществ: высокая эффективность, неинвазивность и отсутствие серьезных противопоказаний.

радуется, что смог вернуть былую естественность этого.

В моей практике был и такой случай. Пожилую женщину сопровождал на лечение внук. Причем, добиравшись они регулярно на такси - общественный транспорт был исключен из-за заболевания женщины. Ею были пройдены десять процедур, движения стали менее ограниченными, проезд на автобусе стал вполне возможен.

Метод подходит для лечения практически любой боли в суставах, костях, мышцах, позволяет минимизировать или полностью исключить в дальнейшем медикаментозное лечение.

К абсолютным противопоказаниям относятся:

- беременность;
- острые инфекционные заболевания;
- наличие у пациента кардиостимулятора, прочих металлических конструкций.

Относительными противопоказаниями являются:

- состояния, связанные с нарушением свертывающей системы крови и повышенной ломкостью сосудистой стенки;
- злокачественный процесс в зоне воздействия аппарата;
- возраст пациента до 12 лет (нельзя воздействовать на зоны роста трубчатых костей);
- тромбофлебит;
- индивидуальная непереносимость (бывает крайне редко).

ОСНОВНЫМИ ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

- ▶ артроз;
- ▶ артрит;
- ▶ нарушение осанки;
- ▶ грыжа диска;
- ▶ коксартроз;
- ▶ пяточная шпора;
- ▶ остеохондроз;
- ▶ спондилоартроз;
- ▶ периартрит;
- ▶ «теннисный» локоть;
- ▶ контрактура Дюпюитрена;
- ▶ плохое сращение переломов;
- ▶ заболевания связок и сухожилий;
- ▶ плече-лопаточный периартрит;
- ▶ деформация пальцев стоп, растяжения и другие повреждения мышц;
- ▶ ахиллодиния;
- ▶ подошвенный фасциит;
- ▶ бурсит поверхностный;
- ▶ триггерные точки;
- ▶ подошвенный фасциит;
- ▶ эпикондилит, эпикондилит наружный, внутренний, триципитальная тендопатия;
- ▶ ахиллодиния, ахиллобурсит;
- ▶ последствия болезни Шляттера;
- ▶ синдром верхнего и нижнего полюса надколенника;
- ▶ лигаментит и лигаментопатия связки надколенника, связок пояснично-крестцового отдела позвоночника (подвздошно-поясничной, крестцово-бугорной, крестцово-подвздошной);
- ▶ тендопатии сухожилий ротаторной манжеты плеча, субакромиальный, поддельтовидный, калькулезный бурсит, импиджмент-синдром;
- ▶ трохантеропериостоз, трохантерный бурсит;
- ▶ перестройка костной ткани, усталостные переломы;
- ▶ замедленная консолидация переломов длинных трубчатых костей;
- ▶ гипертрофированные ложные суставы;
- ▶ хроническая мышечная боль, связанная с постоянным переутомлением;
- ▶ спортивные травмы.

КОНТАКТНЫЕ ТЕЛЕФОНЫ

КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края»:

(3852) 66-52-93 - отделение восстановительной

медицины и реабилитации,

(3852) 36-47-16 - справочная,

(3852) 24-32-90 - регистратура.

Адрес: г.Барнаул, пр.Комсомольский, 75а



«Современные направления развития сестринского дела в оказании первичной медико-санитарной помощи»

- под таким названием в Омске 31 октября 2014 года открылась двухдневная Всероссийская научно-практическая конференция.

От нашей Алтайской профессиональной ассоциации в работе конференции приняли участие четыре делегата: **Тамара Федоровна ДОБРОЛЮБОВА**, главная медицинская сестра поликлиники КГБУЗ «Краевая клиническая больница», **Светлана Васильевна ГОСТЕВА**, старшая медицинская сестра педиатрического отделения КГБУЗ «Детская городская больница №5, г.Барнаул», **Ольга Викторовна АЛЁНИНА**, старшая медицинская сестра поликлиники КГБУЗ «Городская больница №1, г.Рубцовск», и я - **Наталья Викторовна ЛОСЕВА**, главная медицинская сестра поликлиники КГБУЗ «ЦРБ с.Завьялово».

В ходе работы конференции были подняты актуальные вопросы: ведь организация первичной медико-санитарной помощи, формирование здорового образа жизни у населения, санитарно-гигиеническое его просвещение, профилактика развития заболеваний являются фундаментом всего здравоохранения в целом. В своем вступительном слове Президент РАМС **В.А. САРКИСОВА** обозначила основные задачи конференции:

- ◆ обсудить наиболее актуальные вопросы сестринского дела в оказании первичной медико-санитарной помощи населению;

- ◆ обменяться инновационным опытом участникам конференции из различных регионов;

- ◆ определить современные тенденции развития сестринского дела.

Специалисты из Омской, Кемеровской, Самарской и Новосибирской областей посвятили свои доклады теме развития медико-санитарной помощи на дому, так как на современном этапе

реформирования здравоохранения при дифференцированном подходе к ресурсному обеспечению медицинской помощи по ее видам и степени интенсивности лечебно-диагностического процесса делается акцент на приоритетное развитие первичной медико-социальной помощи с широким использованием стационарзамещающих технологий, в том числе путем развития стационаров на дому.

В последнее время профилактика стала занимать одно из ведущих мест в системе здравоохранения. Профилактическая работа является обязательной составной частью рабочего дня медицинской сестры. Одной из наиболее доступных и перспективных форм этой работы считается обучение пациентов в школах здоровья. Этой теме были посвящены доклады специалистов из Смоленской, Архангельской, Тюменской областей и Республики Калмыкии.

С расширением роли медицинской сестры в оказании первичной медико-санитарной помощи изменились и подходы к повышению ее профессионального уровня. Инновационный подход

Наталья Викторовна ЛОСЕВА,

главная поликлиническая сестра поликлиники, КГБУЗ «Центральная районная больница, с.Завьялово», член АРОО «ПАСМР» с 2012 года

Сегодня самостоятельная роль практикующей медицинской сестры стала как никогда актуальной.



◀ к определению содержания обучения предполагает оперативное реагирование на запросы практического здравоохранения в формировании новых в развитии имеющихся компетенций медицинских работников в связи с интенсивным развитием науки, технологических решений в отрасли и реализуется через расширение спектра программ повышения квалификации. По этой теме с докладом выступила директор БОУ ОО ЦПК РЗ г. Омска **Н.Ю. КРЮЧКОВА**. Мы посетили Центр повышения квалификации работников здравоохранения Омской области, где ознакомились с приоритетными направлениями деятельности Центра. На базе этого образовательного учреждения мы также посетили тренинг-центр.



О.В. Алёнина, Н.В. Лосева,
Т.Ф. Добролюбова, С.В. Гостева

Не осталась без внимания и тема исследований в сестринском деле, что напрямую связано с внедрением новых инновационных технологий в профессиональной деятельности сестринского персонала на основе доказательной практики.

На медицинскую сестру возложены такие функции, как самостоятельное консультирование, обучение, информирование и психологическая поддержка пациента. И для достижения этих целей мы должны объединиться, совместно обобщать практику введения новых технологий, обмениваться опытом с коллегами из разных регионов. Активно осваивать новые информационные технологии. А Профессиональная ассоциация является главной базой для совместной работы специалистов со средним медицинским и высшим сестринским образованием. Вместе мы - сила! ☺

Резолюция

II краевого съезда средних медицинских работников Алтайского края

17 декабря 2014 года

В работе II краевого съезда средних медицинских работников приняли участие 250 делегатов и гостей. Участниками съезда стали представители Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности (далее - Главное управление), медицинских организаций всех уровней, образовательных организаций медицинского профиля Алтайского края.

На съезде были рассмотрены такие основные вопросы, как:

- современное состояние организации и управления сестринской деятельностью;
- основные направления и задачи развития среднего медицинского и высшего сестринского образования;
- актуальные вопросы системы оценки и управления качеством медицинской помощи;
- этические и правовые аспекты деятельности медицинских работников;
- роль АРОО «ПАСМР» в реформировании деятельности сестринского персонала;
- внедрение инновационных технологий в практическую деятельность специалистов сестринского дела;
- перспективы развития сестринского дела в Алтайском крае.

Очевидно, что рассмотрение этих вопросов является первоочередной задачей, имеющей существенное значение не только для сестринского сообщества, но и для здравоохранения в целом.

Вместе с тем, **съезд отмечает проблемы, среди которых наиболее существенными являются:**

- недостаточное кадровое обеспечение отрасли здравоохранения специалистами сестринского дела;
- слабое внедрение инновационных технологий сестринского ухода, призванных повысить качество и доступность медицинской помощи населению;
- несовершенство системы непрерывного медицинского образования;
- низкий процент аттестованных специалистов со средним медицинским образованием;
- низкий уровень оснащенности рабочих мест сестринского персонала.

Обсудив проблемы и наметив перспективы развития сестринского дела, краевой съезд средних медицинских работников постановляет:

1. Продолжить реализацию мероприятий в рамках Программы развития сестринского дела в Алтайском крае на 2010-2020гг.

2. Обратиться к Главному управлению с предложениями:

- 2.1. координировать деятельность средних медицинских образовательных организаций и АГМУ в обеспечении непрерывности и преемственности подготовки специалистов;
- 2.2. способствовать развитию системы стандартизации сестринской деятельности, внедрению технологий простых медицинских услуг в сестринской практике;
- 2.3. нормативно-правовым актом закрепить введение накопительной системы дополнительного образования сестринского персонала;
- 2.4. закрепить нормативным документом полномочия и ответственность медицинских организаций при практической подготовке студентов и слушателей организаций среднего медицинского и фармацевтического образования;
- 2.5. начальникам отделов межрайонных медицинских округов Алтайского края обеспечить план целевой подготовки специалистов со средним медицинским образованием на базах образовательных организаций среднего профессионального медицинского образования.

3. Обратиться к главному штатному и внештатным специалистам по управлению сестринской деятельностью:

- 3.1. развивать и совершенствовать систему дополнительного образования специалистов со средним медицинским и высшим сестринским образованием;
- 3.2. практиковать проведение секционных заседаний по сестринским специальностям в рамках краевых врачебных конференций;
- 3.3. активизировать работу по проведению краевых профессиональных курсов;
- 3.4. создавать экспериментальные площадки на базе ведущих медицинских организаций по внедрению и отработке новых технологий, основанных на результатах научных исследований в области сестринского дела;
- 3.5. способствовать совершенствованию системы сертификации и аттестации специалистов со средним медицинским образованием, подготовке и внедрению аккредитации специалистов.



4. Обратиться к образовательным организациям среднего профессионального медицинского образования с предложениями:

- 4.1. осуществлять информационные, методические, организационные мероприятия в сфере непрерывного профессионального образования специалистов сестринского дела;
- 4.2. разработать и внедрить систему дистанционного дополнительного профессионального образования;
- 4.3. содействовать трудоустройству выпускников в соответствии с полученной специальностью;
- 4.4. проводить профориентационную работу с выпускниками школ по привлечению в медицинские колледжи Алтайского края.

5. Обратиться к руководителям медицинских организаций с предложениями:

- 5.1. формировать резерв руководящих кадров в области сестринской деятельности из числа выпускников факультета высшего сестринского образования (ВСО);
- 5.2. использовать потенциал специалистов с высшим сестринским образованием в соответствии с полученной специальностью;
- 5.3. создавать экспериментальные площадки по внедрению и отработке новых технологий в области сестринского дела;
- 5.4. проводить мониторинг профессиональных рисков сестринского персонала и разрабатывать механизмы защиты;
- 5.5. развивать профилактическую направленность первичного здравоохранения широким привлечением сестринского персонала, развивать школы здоровья;
- 5.6. создавать учебно-методические кабинеты в медицинских организациях;
- 5.7. проводить профориентационную работу со студентами образовательных организаций среднего медицинского профессионального образования с целью привлечения выпускников на рабочие места;
- 5.8. содействовать развитию накопительной системы дополнительного образования среднего медицинского персонала;
- 5.9. осуществлять отбор кандидатур для целевого приема из числа выпускников школ, заключение с ними договоров о целевом обучении.

6. Обратиться к Алтайской профессиональной ассоциации средних медицинских работников:

- 6.1. продолжить участие в реализации «Программы развития сестринского дела в Алтайском крае» и Стратегии развития АРОО «ПАСМР» на 2012-2015гг.;
- 6.2. совершенствовать формы сотрудничества с кафедрой ВСО ГБОУ ВПО «АГМУ МЗ РФ» и медицинскими колледжами Алтайского края в сфере повышения качества дополнительного образования и аттестации специалистов сестринского дела;
- 6.3. совместно с Главным управлением определить экспериментальные площадки по организации специалистов сестринского дела лечебно-профилактических организаций и внедрению в практику инновационных сестринских технологий;
- 6.4. изучить вопрос по заключению Соглашения о сотрудничестве с территориальным ФОМС Алтайского края в

Уважаемая Лариса Алексеевна, выражаю огромную благодарность за проведение мероприятия такого высокого уровня - съезда средних медицинских работников Алтайского края.

Будучи членом Ассоциации в течение 10 лет, я впервые увидела и почувствовала, сколь высоко ценятся труд и профессия средних медицинских работников. С каким уважением относится Администрация края в лице нашего Губернатора А.Б. Карлина и руководителей здравоохранения края к поистине героическому труду медицинских сестер, фельдшеров, акушерок, лаборантов.

В настоящее время я - преподаватель Бийского медицинского колледжа и горжусь, что 20 лет являюсь членом когорты медицинских сестер. Нас видят, знают и, самое главное, ценят как профессионалов, без которых невозможно было бы сохранить здоровье нации. Мы, медицинские сестры - это огромная, дружная семья со своими уставами, принципами, и объединяет нас и дает возможность развиваться, самосовершенствоваться «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников».

Участие в съезде вдохновило меня на привлечение в ряды нашей Ассоциации будущих средних медицинских работников из числа студентов третьего, четвертого курсов. Мы разрабатываем программу, план работы с медицинскими учреждениями города и близлежащих районов - будущих работодателей наших выпускников.

Большое внимание на съезде уделялось проведению профилактических мероприятий и обучению по оказанию доврачебной помощи населению. Мы со студентами отделения «Лечебное дело» уже сделали первые шаги в этом направлении: для работников торгового дома «Аникс» провели на рабочем месте практическое занятие по оказанию неотложной доврачебной помощи и разработали памятки для сотрудников.

Я считаю, что вливаться в ряды Ассоциации нужно со студенческих лет, чтобы по проделанной работе в ходе обучения можно было судить о будущих кадрах как о профессионалах своего дела с «горящими сердцами» на восстановление ЗДОРОВОГО поколения России.

**Наталья Владимировна ПОТЕХИНА,
преподаватель ПМ «Выполнение работ по профессии «младшая медицинская сестра»,
КГБОУ СПО «Бийский медицинский колледж»**

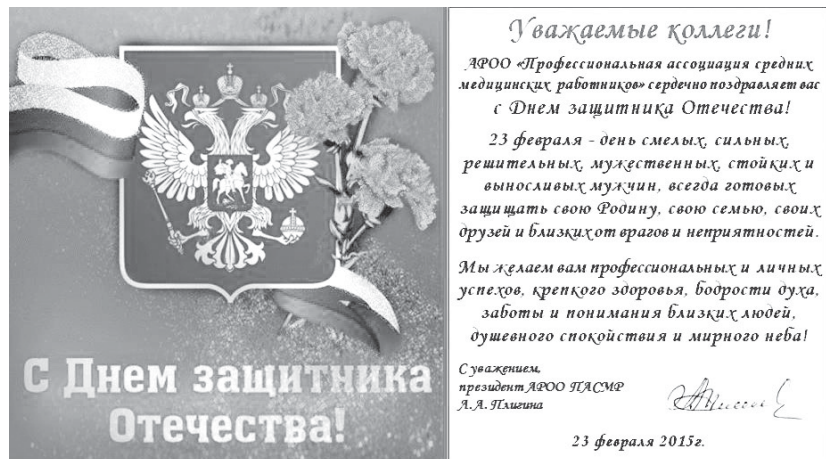
целях создания условий для максимальной квалифицированной и доступной сестринской помощи застрахованному по обязательному медицинскому страхованию населения Алтайского края;

6.5. совершенствовать сотрудничество с общественными профессиональными организациями российского и регионального уровней.

7. Обратиться к ГБОУ ВПО «АГМУ МЗ РФ» с предложениями:

- 7.1. расширить профориентационную работу со студентами медицинских колледжей;
- 7.2. проработать вопрос о создании учебного кластера;
- 7.3. на базе АГМУ расширить дополнительное образование специалистов с ВСО по специальности «Управление сестринской деятельностью» и со средним медицинским образованием с применением дистанционных технологий.

В настоящее время в крае принимаются меры по развитию сестринского дела. Проблемы сестринского персонала конструктивно решаются на уровне администрации края, городов и районов. Делегаты съезда считают, что дальнейшее развитие сестринского дела зависит от тесного взаимодействия органов власти, общественных организаций и личного участия специалистов сестринского дела. ☺



Жизнь ребенка с сахарным диабетом



Оксана Анатольевна ГРЕБЕНЮК,
медицинская сестра-анестезистка, отделение анестезиологии и реанимации, КГБУЗ «Косихинская ЦРБ»

Вашему ребенку только что поставлен диагноз «сахарный диабет» или диабет уже какое-то время является частью его жизни? В любом случае, с этого момента ваша и его жизни кардинально изменились.

Чтобы правильно заботиться о ребенке с сахарным диабетом, родители должны быть постоянно в курсе новейших возможностей медицины - это жизненно важно. Со временем меняются не только возможности медицины, но и потребности вашего ребенка, а контроль диабета требует внимания и умения в любом возрасте.

Прежде всего, необходимо знать, что «диабет юных», или «инсулинозависимый сахарный диабет» - диабет первого типа, - развивается вследствие повреждения поджелудочной железы в результате нарушения функции иммунной системы организма. Назвать точные причины развития сахарного диабета первого типа невозможно, но специалисты предполагают, что генетическая и аутоиммунная предрасположенность реализуется под влиянием неблагоприятных факторов окружающей среды.

Существуют признаки, свидетельствующие о том, что у ребенка - начало развития сахарного диабета. **Типичными его симптомами являются:**

- ◆ выраженная сухость во рту и жажда,
- ◆ частое мочеиспускание,
- ◆ сонливость,
- ◆ внезапные изменения зрения,
- ◆ повышение аппетита,
- ◆ значительное снижение массы тела.

Всем детям с сахарным диабетом для поддержания сахара крови на нормальном уровне необходим баланс между объемами потребляемой пищи, уровнем физической активности и применяемыми медикаментами.

Контроль уровня сахара в крови важен для понимания взаимодействия этих трех составляющих. **Измерение уровня сахара в крови - это важнейшая часть контроля течения диабета вашего ребенка.** Контролировать уровень сахара крови необходимо **не менее 4 раз в сутки**. Если ребенок заболел, изменились график его активностей или доза вводимого инсулина, тогда необходимо еще чаще определять его уровень сахара в крови.

Ребенок с сахарным диабетом первого типа должен получать инсулин, выработка которого в организме нарушена. Инсулин - это единственный гормон в организме человека, который преобразовыва-

ет пищу в энергию и снижает уровень сахара крови. В организм ребенка его вводят либо путем определенного числа инъекций инсулина в течение дня, либо с помощью инсулиновой помпы, которая вводит небольшие дозы инсулина на протяжении суток.

Здоровое питание для ребенка с диабетом, создание плана питания - это важнейшая часть контроля уровня сахара крови. Время основных приемов пищи и перекусов должно быть строго определенным. Углеводы, белки и жиры - это основные компоненты питания.

Углеводы (сахара) - это энергия. Они - основной источник энергии для организма. Углеводы пересчитываются в ХЕ, и доза инсулина зависит от количества ХЕ.

Белок - восстанавливающий и строительный материал для тканей и органов вашего ребенка.



Жиры - хранилище энергии, которая используется в аварийных ситуациях.

В нашей стране люди с диабетом используют **систему «хлебных единиц»**. Подсчитывается количество углеводов пищи, которая готовится к употреблению, и вводится доза инсулина короткого действия, необходимая для усвоения этого количества углеводов. Существуют книги, в которых указано количество углеводов в различных продуктах питания. На этикетках фасованных продуктов указывается количество углеводов в 100г продукта. Вам также необходимо знать, сколько инсулина необходимо вашему ребенку для усвоения определенного количества углеводов.

Работая вместе с диabetологом, необходимо определить, какова потребность в инсулине у вашего ребенка. Помните: **ваш ребенок должен овладеть навыком подсчета углеводов или «хлебных единиц» и знать принципы здорового полноценного питания**, чтобы в дальнейшем самостоятельно составлять свой ежедневный рацион. ☺

	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



Знакомый незнакомец витамин D



Инна Александровна ВЕЙЦМАН,

врач-эндокринолог,
высшая квалификационная
категория, кандидат
медицинских наук,
КГБУЗ «Краевая
клиническая больница»

**Вот рыбий жир
с утра испил
- и сердце жиз-
нию забилося,
и настроенье
изменилось,
и стало боль-
ше юных сил...**



На сегодняшний день, когда фармацевтический рынок предлагает множество препаратов от практически всех болезней и когда нередко чек в аптеке имеет большую разрядность, чем в ресторане, мы забываем о тех естественных компонентах (витаминах), которые требуются нашему организму. Причем недостаток их (гиповитаминоз) ведет к достаточно серьезным последствиям.

Из истории мы хорошо знаем, что при дефиците витамина С развивается цинга, которая впервые была описана в эпоху первых крестовых походов у экипажей судов, перевозивших крестоносцев на Святую землю. В XIX веке в странах Восточной Азии распространилось заболевание бери-бери, связанное с дефицитом в организме витамина В1, причиной которого явилось увеличение потребления населением полированного риса, лишённого богатых витамином В1 отрубей.

А в настоящее время актуальным является дефицит витамина D у населения, проживающего в условиях дефицита ультрафиолетового излучения. УФО-дефицитными регионами считаются регионы, расположенные севернее 38° северной широты (например, Барнаул, расположенный на 53°с.ш.).

Витамин D называют «солнечным витамином», так как основная его часть вырабатывается у нас в коже под действием ультрафиолета. При «хорошем» солнце инсоляция открытых частей тела (лицо, руки) в течение 30 минут приводит к достаточной выработке витамина D. В нашем регионе солнце способно удовлетворить потребность в витамине D только с апреля по август. Недаром раньше говорили, что рыбий жир (пищевой источник ви-

тамина D) надо употреблять в те месяцы, в названии которых есть буква «р»: с сентября по апрель.

Роль витамина D в организме

Витамин D имеет очень много точек приложения в организме: костная, нервная и иммунная системы, поджелудочная железа, легкие, суставы, сердце и др. Недаром он единственный из всех витаминов является гормоном (и по структуре, и по действию). Витамин D заслуженно имеет репутацию витамина, замедляющего старость, поэтому в некоторых западных странах его применение у лиц старшей возрастной группы даже не обсуждается. В нашей стране прием витамина D обязателен детям до 2 лет.

Функции витамина D

Стимуляция выработки особого транспортного белка в стенке кишечника - кальмодулина, который «переносит» кальций из просвета кишки в кровеносные сосуды.

Стимуляция всасывания кальция из первичной мочи в кровь (оба эффекта по повышению кальция в крови обеспечивают нормальную работу костной ткани, сохранение прочности зубов).

Есть сведения о том, что витамин D способен снижать концентрацию холестерина крови и профилактировать таким образом атеросклеротические изменения сосудов.

Витамин D способен снижать риск рака толстой кишки и желудка, молочной железы у женщин и предстательной железы - у мужчин.

Доказано профилактическое действие витамина D в отношении аутоиммунных болезней (например, сахарный диабет первого типа, аутоиммунный тиреоидит, ревматоидный артрит).

Повышение концентрации витамина D в крови повышает иммунитет. Недаром при оценке предполагаемой продолжительности жизни больного СПИДом одним из важных показателей является уровень содержания в крови витамина D.

При дефиците витамина D повышается вероятность развития опухолей паращитовидных желез.



Источники витамина D

● **естественное ультрафиолетовое облучение**, то есть солнце (обращаю внимание: лампы в солярии имеют другую длину волны, и, несмотря на получение красивого загара, витамин D в коже не вырабатывается);

● **продукты питания**: жирная морская рыба, яйца, сливочное масло, печень трески и др.

Норма витамина D для организма

По рекомендациям Министерства здравоохранения РФ определено оптимальное потребление витамина D в различные периоды жизни.

Концентрация витамина D в крови

Возрастные и физиологические периоды человека	Рекомендуемое потребление витамина D, МЕ
Новорожденные и дети до 6мес.	400
Дети от 6мес. до 6 лет	400
Дети от 6 до 11 лет	200-400
Подростки от 12 лет и взрослые до 24 лет	200-400
Женщины 25-50 лет	200-400
Беременные и кормящие	400
Женщины в период перименопаузы	400
Мужчины 25-50 лет	400
Мужчины и женщины старше 50 лет	800

В настоящее время концентрацию витамина D можно измерить, сдав анализ крови в лабораториях «Инвитро», «Ситилаб». По результатам можно судить, достаточно ли в вашем организме витамина D или нет, а если его концентрация снижена, то в какой степени - недостаточность или дефицит.

Норма витамина D в крови составляет от 30 до 100нг/мл или от 75 до 250нмоль/л (в других единицах измерения).

Недостаточность витамина D - 10-30нг/мл или 25-75нмоль/л.

Дефицит витамина D - менее 10нг/мл или менее 25нмоль/л.

Факторы риска дефицита витамина D:

- ◆ возраст старше 50 лет;
- ◆ отсутствие природного УФ-облучения, работа и отдых в помещении;
- ◆ грудное вскармливание;
- ◆ болезнь Крона;
- ◆ мальабсорбция;
- ◆ муковисцидоз;
- ◆ темный цвет кожи;
- ◆ болезнь оперированного желудка;
- ◆ хронические болезни почек и печени;
- ◆ проживание севернее 40° северной широты;
- ◆ ожирение;
- ◆ длительное применение препаратов глюкокортикостероидов (преднизолон, дексаметазон и др.), лития, антацидов, противосудорожных средств;
- ◆ соблюдение вегетарианской диеты;
- ◆ низкая физическая активность.

Последствия дефицита витамина D:

У детей: рахит и повышенная предрасположенность к развитию шизофрении.

У взрослых:

- ◆ остеопороз (снижение плотности костной ткани, приводящее к переломам при минимальной травме);
- ◆ мышечная слабость;



А.А. Кисель: «Комната - тюрьма для ребенка»).

► Посильные физические нагрузки.

► Достаточное потребление витамина D в продуктах и витаминных препаратах.

► Органы здравоохранения в Европе и США установили уровень адекватного потребления витамина D для взрослых - на уровне 200- 400МЕ в сутки (или 5-10 микрограмм). Для пожилых людей суточная доза витамина D равна 600МЕ (15 микрограмм). Верхний допустимый уровень потребления витамина D для подростков и взрослых - 2000МЕ (50 микрограмм) в сутки.

Содержание витамина D в различных продуктах

Продукт питания	Витамин D, МЕ	Столько граммов/штук продукта необходимо съесть, чтобы получить 800МЕ витамина D
Цельное молоко(стакан 200мл)	98	8 стаканов
Масло сливочное (20г)	10	1600г
Маргарин (20г)	60	267г
Лосось приготовленный (120г)	360	267г
Сардины в масле (120г)	270	356г
Атлантическая сельдь (120г)	680	141г
Масло печени трески (1ст.л.)	1360	7г
Тушеная говяжья печень (120г)	20	4800г
Яйцо (желток)	25	32шт.

Препараты, содержащие только витамин D:

◆ Вигантол, Аквадетрим - профилактические дозы составляют 1-2 капли в сутки.

◆ АльфаD3 Тева, Этальфа - профилактические дозы составляют 0,25мкг в сутки.

◆ Комбинированные препараты, содержащие витамин D плюс кальций:

◆ Кальций D3 Никомед, Кальцецин, Натекаль - применяются по 2 таблетки в сутки.

Перед применением препаратов необходимо проконсультироваться с врачом!

И в заключение. Витамин D, «солнечный витамин», требуется человеку от рождения до глубокой старости, а дополнительный его прием избавит от ряда негативных последствий дефицита. Как говорил великий русский режиссер Георгий Александров: «Бережет себя тот, кто не хочет новых проблем». ☺





Дети и подростки с эпилепсией. Путеводитель для родителей

Чаще всего на приеме у врача-невролога родители задают вопросы, связанные с эпилепсией в детском и подростковом возрасте и сопровождающими ее факторами педагогического и психологического характера. Но все же многие вопросы для родителей остаются открытыми.

Я хочу побудить родителей, дети которых болеют эпилепсией, и молодых людей с этим заболеванием обращаться со своей болезнью открыто, научиться принимать ее и тогда жить с эпилепсией будет легче. Только так можно побороть предубеждения и некоторую дискриминацию в отношении людей с эпилепсией.

Целью для родителей и педагогов должно стать (и к этому я призываю!), в первую очередь, **создание этим детям и подросткам оптимальных условий для полноценного развития с учетом их способностей, как в школе, так и дома.** Ребенка не нужно наделять особенным статусом «больного», во всем потакая ему, постоянно охранять и опекать, тем самым изолируя его от друзей.

Для социального развития детей, больных эпилепсией, очень важна дошкольная и школьная интеграция. Необходимо отметить, что каждый конкретный случай нужно рассматривать индивидуально с учетом его специфического течения.

Как выбрать подходящий детский сад?

Нередко приходится устранять сомнения и страхи со стороны родителей, разъясняя необходимость посещения детского сада для полноценного максимального развития ребенка в умственном и социально-эмоциональном плане. Извлечь пользу ребенок может только в том случае, если он чувствует себя комфортно в детском саду, его принимают, если общение с детьми создает импульсы для совместных игр. При отсутствии таких усло-

вий следует подумать о другой альтернативе.

Дети должны посещать детские сады, соответствующие уровню их развития, а именно: **детей с отклонениями в развитии и поведении желательно определить в специализированные педагогические учреждения.** Такие детские сады предлагают различные формы терапии, логопедии. За счет маленьких групп ребенок сможет лучше интегрироваться и успешнее заниматься. *Неважно, как называется педагогическое учреждение, а важно то, какую инфраструктуру для развития оно предлагает.*

Само собой, можно попробовать определить отстающего ребенка в обычный детский сад, некоторые имеют специализированные группы интеграции и квалифицированный персонал.

Интенсивное сотрудничество обычных детских садов с другими педагогическими учреждениями для раннего развития детей могли бы также создать соответствующие условия и способствовать интеграции таких детей. Так называемые интегрированные детские сады или интегрированные группы развития в обычных детских садах, как правило, не могут исправить нарушения в развитии как таковые, но, возможно, предотвратят дальнейшее ухудшение. Помимо этого такие методы способствуют развитию терпимости и толерантности у детей без нарушений.

Сомнения со стороны персонала учреждений - принять ли ребенка с эпилепсией? - должны устраняться с помощью специальных мер в форме писем-рекомендаций от лечащего врача - невролога, психиатра, где описывается точная картина болезни. В боль-



Татьяна Ергартовна ШУЛЬЦ,
невролог, высшая квалификационная категория, заместитель главного врача по экспертизе, КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница»

Для детей с эпилепсией нет специально разработанных программ. Главное, чтобы ребенок мог адекватно развиваться, исходя из своего потенциала, только тогда он обретет внутреннее спокойствие.



В большинстве случаев сомнения основываются на неуверенности и страхах: кто будет нести ответственность, если с ребенком случится приступ? Как себя вести? Нужно ли наблюдать за каждым приступом? Что будет в случае травмы? Нуждается ли ребенок в постоянном наблюдении? Как отразятся приступы ребенка, больного эпилепсией, на психике других детей?

Наряду с детскими садами важная роль может быть отведена **специальным группам для раннего развития детей**. Подавляющее число детей, страдающих эпилепсией, развиваются там оптимально.

Для детей с эпилепсией нет специально разработанных программ. Главное в том, чтобы ребенок мог адекватно развиваться, исходя из его потенциала, только тогда он обретет внутреннее спокойствие.

Выбор подходящей школы

Решающим фактором в выборе школы являются умственные и социальные способности ребенка. При нормальном развитии ребенок, страдающий эпилепсией, может посещать обычную школу, а особенно одаренный - гимназию. В отдельных случаях, если здоровью ребенка угрожает опасность вследствие тяжелых приступов, тогда даже нормально развитому ребенку рекомендуется специализированная школа, в которой он будет определенно лучше защищен и интегрирован.

Школьная интеграция должна быть тщательно спланирована и основываться на психологическом обследовании и тестировании. Часто обучение ребенка, страдающего эпилепсией, сопряжено с особыми трудностями и сложностью обучения, поэтому только каждый второй ребенок оканчивает школу без проблем. В процессе обучения возникают перепады в школьных успехах, обусловленные болезнью, зачастую они неправильно истолковываются педагогами, например, как плохая мотивация к учебе. Даже родители склоняются к такому мнению и обвиняют в первую очередь школу, заставляя детей больше заниматься и применяя строгие воспитательные меры. Однако лучше выяснить причины спада успеваемости и оказать поддержку ребенку, если неудачи в учебе продолжаются длительное время, то необходимо подумать о замене школы соответственно уровню способностей ребенка. Для многих родителей перемена школы - это удар по их самолюбию, они медлят и, иногда, слишком долго ждут, тем самым попадая в замкнутый круг. У ребенка возникает комплекс неполноценности и страха перед учебой, блокируются его радость и желание учиться, в конечном итоге обостряются все школьные проблемы.

Информировать ли школу?

Многие родители не уверены в решении вопроса, нужно ли и в какой форме информировать педагога о заболевании ребенка эпилепсией. Это зависит, прежде всего, от того, происходят ли приступы в



дневное время, то есть во время школьных занятий. В этом случае необходимо незамедлительно поговорить с классным руководителем во избежание неправильной интерпретации приступов и компетентного обращения с ними со стороны педагогов.

Если приступы происходят или могут происходить в дневное время, то есть во время пребывания в образовательном учреждении, нужно конкретно информировать:

- ◆ о виде, частоте и продолжительности приступа;
- ◆ о правилах поведения во время и после приступа:
 - как себя вести и что делать во время приступа?
 - кого нужно проинформировать?
 - в каком случае вызывать скорую помощь?
 - при каких приступах имеет смысл забрать ребенка?
 - может ли ребенок после приступа остаться в школе?
- ◆ неблагоприятное влияние на школьные успехи и поведение ребенка вследствие приступов или негативных побочных действий медикаментов;
- ◆ спорт и другие проекты, в которых ребенок может и должен принимать участие.

Если приступы до сих пор не происходили в школе, посоветуйтесь по этому поводу с лечащим врачом, психологом. Оцените ситуацию в классе, нужно ли кого-то информировать о заболевании. Негативная реакция со стороны школы или отдельных учителей (иногда родителей одноклассников) зачастую является следствием отсутствия знаний или неправильной информации об эпилепсии и возникающих отсюда неуверенности, страхов и предрассудков. Само собой, при спорте, уроках труда и физкультуры, а также при классных поездках и т.д. необходимо учитывать, что у ребенка эпилепсия, и принимать соответствующие меры предосторожности, но в рамках разумного.

Воспитание детей и подростков с эпилепсией не должно, по возможности, отличаться от воспитания их сверстников, тем самым давая им шанс накапливать важный жизненный опыт, так необходимый для становления их личности. ☺



«Второе сердце мужчины»: совершенные ошибки и будущие неудачи

Наш разговор посвящен простатиту - болезни мужчин, выбирающей свою жертву вне зависимости от возраста и званий, приводящей к серьезному поражению предстательной железы, у которой есть другое название - «второе сердце мужчины».

Предстательная железа - это орган внешней секреции, железистое образование, объединяющее огромное количество тканей и клеток, которые продуцируют «жидкость», участвующую во многих жизненно важных процессах.

При любом воспалении важны три фактора, которые должны присутствовать и «счастливо» соединиться. Это - **инфекционный агент, нарушение кровообращения и снижение иммунитета**. Если в наличии только один фактор, - простатита не будет. Это правило относится ко всем воспалительным заболеваниям. Другие факторы: переохлаждение, нерегулярная половая жизнь, частая смена половых партнеров - являются только провоцирующими моментами, которые при отсутствии трех главных факторов никогда не станут определяющими. Иными словами, *абсолютно здоровый мужчина, в организме которого нет микробов, иммунитет работает безупречно, в наличии шикарный кровоток, не заболеет простатитом, даже если серьезно замерзнет в морозный день*. Он придет домой, примет горячую ванну, выпьет чай с малиной и утром встанет здоровым. В другом случае, если не работает иммунитет, мужчина ногу спустил с кровати утром - и уже получил обострение болезни.

Инфекция может присутствовать в организме мальчика, а затем мужчины - с любого возраста. Сегодня простатитом могут болеть не только подростки, но даже школьники десяти лет. И причины кроются в названных выше трех факторах. В организме современного человека формируется большая микробная напряженность, сказываются дисбактериозы кишечника, продолжительное время, посвященное компьютеру, а позднее - за рулем в автомобиле. Малоактивный образ жизни приводит к проблемам с позвоночником, а значит, - к проблемам с работой сосудов

и нервных окончаний, которые отвечают за питание и работу предстательной железы. В подростковом возрасте наши мальчики начинают дружить с девочками и стремятся выглядеть настоящими рыцарями - садятся на бетонные ступени или парапет, усаживая на колени девочек. Если они это делают сегодня, то следующим этапом, то есть завтра, уже надо готовиться к встречам с урологами, к проблемам со своим здоровьем. Важно понимать, что и мальчикам, и девочкам, и взрослым людям переохлаждаться нельзя ни при каких обстоятельствах.

Как ни странно, **для мужского здоровья опасны и теплые зимы**. Температура воздуха в зимние месяцы около нуля градусов человека расслабляет. Два градуса мороза - это вообще роскошно в январе! Можно в кедах пробежать по улице, не греть долго машину и т.д. В результате получаем уже знакомый нам фактор переохлаждения.

Средний возраст тоже готовит свои испытания для мужчин: нагрузки на работе возрастают, ритм сумасшедший, с усталостью не справиться, поэтому легче всего отказаться от регулярной половой жизни. К тому же с каждым годом накапливается определенная отрицательная база в организме мужчины, своеобразный результат прожитых лет. А что в итоге? В семье уже растет один ребенок, пришла пора подумать о втором - не получается, потому что последние несколько лет мужчина регулярно выпивал спиртное, курил, в сауну ходил, вес набрал, «пивной» живот уже не спрячешь...

Следующий возрастной этап у многих мужчин характеризуется аденомой. Есть специальное понятие - **аденомит, то есть воспаление предстательной железы из-за возникшего внутри нее новообразования**. Само по себе оно не является злокачественным, но ткань аденомы начинает да-



Ярослава Валерьевна ЯКОВЕЦ,

врач-уролог, высшая квалификационная категория, кандидат медицинских наук, доцент кафедры урологии АГМУ

Мальчикам и девочкам, взрослым людям переохлаждаться нельзя ни при каких обстоятельствах.



◀

Задача вируса и микробов - выжить. Для этого они блокируют кровоток по мелким сосудам, возникает отек и создаются условия для их жизни. Как только вирусы набирают определенную концентрацию, они выходят из облюбованной зоны и начинают распространяться дальше.

вить на прилегающие участки, нарушается кровообращение - начинается простатит.

Как видим, возрастных ограничений для обсуждаемого диагноза нет. Мы, урологи, начинаем работать с семнадцатилетними юношами - и этот диагноз уже им ставим. В детской практике он отсутствует, потому что для диагностики требуются специальные осмотры, которые без разрешения родителей невозможны. Хотя **именно в детском возрасте делается первый шаг к болезни**. Простыл ребенок в песочнице - предстательная железа получила первый удар, но настоящий отклик будет очевиден позднее - в подростковом возрасте, когда начнется гормональное развитие. А пока предстательная железа находится в сонном состоянии. У подростка могут появиться выделения, боли внизу живота, но возраст у него такой, что никто не подумает о простатите. Хотя уже налицо имеющийся очаг инфекции. Юноша начинает часто болеть, худеет, становится раздражительным. В лучшем случае в этот период тинэйджер обратится к врачу по поводу вирусной инфекции, сдаст анализы, в их результатах увидят повышенный уровень лейкоцитов и его обязательно отправят к урологу. Ни-кто и в этом случае не поставит диагноз «простатит». Речь пойдет о цистите, но лечение в данном случае совпадает, так что помощь органу все же будет оказана.

Таким образом, **обсуждаемое заболевание привязано не столько к возрасту, сколько к уровню гормонов в организме**. Предстательная железа дана мужчине с рождением, умирает вместе с хозяином.

инном. Весь промежуток времени между этими двумя датами сохраняется опасность заболеть простатитом.

Хорошо известно, что абсолютно все микробы облюбовали предстательную железу. Даже те, которые считаются условно патогенными в одних случаях, в других приводят к болезни. Например, внешний кожный стафилококк есть в уретре у мужчин и во влагалище у женщин. Если его количество > 10³, - ничего страшного. Если допустимая концентрация превышена, велика вероятность заболевания. *К простатиту приводят абсолютно вся группа стафилококков, кишечная палочка, инфекции, передающиеся половым путем, вирусы герпеса, цитомегаловирус, вся группа грибов*. Как видим, почти невозможно назвать инфекционного агента, не приводящего к простатиту.

Например, сейчас очевидна *эпидемия по вирусу герпеса Эпштейн-Барра*. Он очень просто передается воздушно-капельным путем. Вы вдохнули глоток воздуха, вирус попал в полость рта, сглотнули - он легко передвинулся в кишечник, вышел в кровь и распространился в организме везде, где смог, остался, где есть условия для его развития, прикрепления. Придет в печень, мочевой пузырь, глаз, почку - заболевание любого органа станет неожиданным для человека.

Присутствие в организме вируса снижает иммунитет, вследствие этого другие микробы «поднимают голову». Их задача - выжить, для этого они блокируют кровоток по мелким сосудам, возникает отек, и таким образом создаются условия для жизни, своеобразный конгломерат, надежно охраняемая территория. Как только вирусы набирают определенную концентрацию, они выходят из облюбованной зоны и начинают распространяться дальше. В этот период, если человек даже слегка замерз, это станет серьезным провоцирующим фактором. *К таким факторам также относятся посещение солярия, инсоляция, менструации у половой партнерши, повышенные нагрузки, проживание в стрессе, недостаток сна, заболевание ОРВИ, беременность, неправильный прием антибиотиков*.

Остановимся на последнем факторе подробнее. Антибиотики должны приниматься только с разрешения врача - это известно почти всем. Но и врачи, к сожалению, не всегда грамотно назначают препараты, не учитывают: придет антибио-



Советы уролога

тик «по нужному адресу» или нет. У современного врача есть стандарт лечения. Но никто не отменял совещательности специалистов разного профиля. Терапевту отправить пациента к урологу для уточнения диагноза - важно и необходимо, чтобы в дальнейшем избежать осложнений.

Начинается прием антибиотиков - и в организме пациента разворачивается настоящая драма: возбудителю плохо, некомфортно в ходе лечения, он начинает бороться за выживание, прячется - и возможно, что в предстательной железе: вдруг повезет, и антибиотик его там не достанет! Такое «везение» становится причиной всем известных фактов: переболел человек ангиной и получил осложнение - начался цистит или простатит, потому что назначили антибиотик, который не доходит до этого органа. К сожалению, это вопросы практики врачей и их грамотности.

Важно помнить, что **простатиты**, в отличие от острых ярких циститов, на первом этапе **протекают бессимптомно**. Молодым людям, чтобы прийти к доктору и пожаловаться на здоровье, требуются веские основания - проблема считается деликатной. А основанием должны стать либо сильная боль, либо полученное осложнение. **Первое самое заметное проявление болезни - снижение потенции или боль при половом акте. Менее заметно для мужчины происходит нарушение фертильности - способности к оплодотворению.** Это уже будет открытием для пациента через некоторое время, когда у жены беременность либо не наступает, либо оказывается замершей. Так мужчина узнает о простатите.

Простатит трудно лечится: предстательная железа устроена сложно - аналогов ей в организме просто нет. Есть свои особенности в системе кровоснабжения, в транспортировке лечебных препаратов. **Поэтому чем быстрее придет человек на прием к врачу, тем легче начать и успешно завершить лечение.**

Существует связь между работой предстательной железы и выработкой главного мужского гормона - тестостерона. Когда у мужчины простатит, уровень тестостерона падает, потому что железе и так плохо, что ее дергать... А когда уровень гормона упал, ей становится еще хуже, она буквально загоняет себя в угол. Мужчина не спит, нервничает без видимых причин, начинается разлад в семье. А между тем, надо просто заняться лечени-



ем этого органа - и решатся внешние факторы. **Здоровье предстательной железы - это первый показатель жизненной состоятельности мужчины.**

Хронический простатит может приводить к тому, что мужчина начинает набирать вес. Как следствие, у него появляется метаболический синдром - хроническая болезнь почек и высокий риск развития инфаркта и инсульта. Нередко лечится следствие, а не причина - простатит, который вовремя не распознан. Мужчина не сходил вовремя к урологу, ему грамотно не объяснили, зачем нужно лечиться и как...

Лечение простатита является сложным длительным процессом. Проводится обследование, делается УЗИ простаты, назначаются медицинские препараты, отвары лечебных трав, физиопроцедуры, массаж простаты. Массаж простаты бывает физиологический и медицинский. Он помогает освободиться от слизи, отечности, позволяет избавиться от проблем и в будущем.

Профилактически можно использовать травяные препараты, некоторые БАДы, медицинские препараты. Но их назначение обязательно только врачом, а прием должен быть постоянным.

Если диагноз уже поставлен, то нужно быть готовым первые шесть месяцев работать с врачом в тесном контакте. Правила такие: если через полгода нет обострения, тогда следующий визит к врачу - снова через шесть месяцев. В возрасте после пятидесяти лет мужчина должен посещать уролога два раза в год. Это та норма, которая позволит сохранить здоровье на многие годы. ☺

Продукт предстательной железы - мощная и хорошая защита для сперматозоидов, спасающая их от гибели. Это огромное количество веществ, которые поступают в кровь мужчины и обеспечивают его существование, весь спектр его поведения: желание защитить женщину, быть мужчиной, работать, построить дом...



По жизни под наблюдением врача



Мария Александровна ШКУРАТ,

педиатр, заведующая кабинетом катамнеза, КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница»

Жителей края не удивишь медицинскими новостями. Освоение современных технологий лечения, открытие высокотехнологичных медицинских центров стали доброй приметой последних лет.

Новость февраля: в Алтайской краевой клинической детской больнице открылся обновленный кабинет катамнеза. Об особенностях его работы - наш разговор с врачом-педиатром, заведующей кабинетом М.А. ШКУРАТ.

- Мария Александровна, в чем главная задача вашей работы?

- Осуществление катамнестического наблюдения недоношенных новорожденных детей. Наша основная функция состоит в оказании высококвалифицированной специализированной медицинской помощи детям, родившимся с экстремально низкой массой тела, перенесшим критические состояния в раннем неонатальном периоде, то есть детям с грубой перинатальной патологией.

Мы их вносим в регистр и динамически наблюдаем. Сегодня в регистре кабинета - около 500 малышей в возрасте до трех лет со всего Алтайского края, в том числе и из отдаленных районов. Пока главной задачей является охват всех детей этого возраста, в перспективных планах - работа с детьми дошкольного возраста, то есть до семи лет.

Мам с ребяташками приглашаем на прием. Он начинается с осмотра педиатром-неонатологом. Затем коллегиально решаем, к какому специалисту необходимо направить малыша. Поскольку кабинет катамнеза находится на функциональной основе краевой детской клинической больницы, взаимодействуем со всеми специалистами поликлиники и специализированными отделениями стационара. При необходимости детей направляем на госпитализацию, в основном же детки лечатся амбулаторно. Как правило, они попадают под наше наблюдение после второго этапа выхаживания с компенсированным состоянием здоровья и массой тела не меньше 2,5кг.

На прием ребяташки до года приходят каждые два месяца, затем до

двух лет - раз в квартал и до трех лет - раз в полгода.

Планы по созданию кабинета катамнеза обсуждались с 1995 года. Затем в 2004 году в краевой детской больнице организовали центр катамнеза. Позже он претерпел реорганизацию. В связи с тем, что недоношенных новорожденных детей стало намного больше, чаще стали выхаживать детей с экстремально низкой массой тела и глубоко недоношенных, чего раньше не было, потребовалось приступить к выстраиванию системы помощи этим пациентам.

- Можно дать конкретные советы родителям? На что в поведении, в состоянии ребенка они должны обязательно обратить внимание?

- Во взаимодействии врача и ребенка очень важна кратность наблюдения, строгая периодичность визитов к специалисту. Рекомендации, касающиеся периодичности осмотров, даются еще врачом стационара при выписке на втором этапе выхаживания. Даются также рекомендации по осмотрам на дому врачом-участковым педиатром.

Повторю, важна именно динамика развития, а значит - постоянное наблюдение. И родители должны следовать данным рекомендациям во что бы то ни стало. Они должны в полной мере осознавать свою ответственность за жизнь и здоровье своего ребенка, настраивая себя на положительный результат.

- Значит, для визита к врачу меньше всего важны отклонения, замеченные родителями?

- Важно именно методично, регулярно приезжать на приемы в соответствии с составленным планом индивидуального наблюдения ребенка. Замеченные отклонения, вызывающие тревогу родителей, - это уже область экстренной помощи на местах или в краевых медицинских



учреждениях. К счастью, таких ситуаций возникает немного. При плановых осмотрах в нашем кабинете мы подробно опрашиваем родителей. Их наблюдения, безусловно, играют важную роль в выборе тактики лечения пациента. В основном состояние наших ребятшек стабильное, как говорят врачи, - компенсированное.

- Можно ли прогнозировать состояние здоровья таких детей в будущем? Правильно ли утверждать, что вырастет поколение заведомо больных людей?

- Неправильно. Вероятность ДЦП, например, даже больше у доношенных детей, имеющих большую массу тела. ДЦП изначально в большей части случаев - родовая травма. Это относится и к ряду других заболеваний. Определенный риск для ребенка есть, конечно, но многие малыши выходят из критических состояний, живут, идут в детский сад, школу, догоняют в развитии сверстников. Рождающееся поколение не будет более больным, чем нынешнее. У нас и наука не стоит на месте: разрабатываются новые препараты, осваиваются методики выхаживания. Уже сейчас в отделениях для недоношенных детей созданы оптимальные условия выхаживания: поддерживаются тишина, минимальное освещение и т.д.

В то же время нет гарантий, что абсолютно нормально развивающийся до родов ребенок будет и в дальнейшем здоров. На любом этапе с человеком может произойти событие, меняющее состояние здоровья. Но для помощи есть медицина. К тому же у детей компенсаторные возможности организма достаточно развиты. Как правило, они восстанавливаются, и уже к трем годам многие догоняют в развитии своих сверстников, рожденных в срок и с нормальной массой тела.

- Сколько человек обычно принимаете за день?

- Первичный прием - десять человек и еще столько же повторно - с результатами анализов.

- С кем труднее находить общий язык - с маленькими ребятами или их родителями?



Катамнез - это медицинская информация о пациенте, собираемая после выписки из стационара, последнего обследования или лечения.

Основной целью работы кабинета катамнеза является профилактика различных хронических заболеваний, связанных с врожденной и перинатальной патологией, ранняя диагностика этих заболеваний, а также устранение проблем, препятствующих нормальному росту и развитию детей.

Подобные кабинеты функционируют и в других городах Сибири, например, в Томске, Красноярске.

- Родители, как правило, приходят уже подготовленными, у них налажено взаимодействие с врачами отделений выхаживания недоношенных, где их ребенка выхаживали два-три месяца. Родители работают совместно с врачами, обсуждают имеющиеся проблемы, полноценно участвуют в процессе. Другими словами, они к нам приходят уже достаточно просвещенными, что касается проблем здоровья их ребенка.

- Можно ли ожидать организацию выезда специалистов на места - в города и районы края?

- Это планируется в дальнейшем, если возникнет необходимость. Выезжать будем в те районы, с которыми сложно работать в ином режиме.

Пока что те дети, которые не соответствуют условиям постановки на учет в нашем кабинете, не остаются без внимания докторов: ведь они поступают под наблюдение участковых педиатров, которые отслеживают их состояние здоровья, а при необходимости направляют на консультации к врачам узких специальностей и на дополнительное обследование. ☺

Кабинет катамнеза находится на функциональной основе краевой детской клинической больницы. Мы взаимодействуем со всеми специалистами поликлиники и специализированными отделениями стационара.



Порисуем вдвоем? Совместное рисование взрослого и ребенка



Ирина Юрьевна ДОБРЫНИНА, педагог-психолог, КГБУСО «Краевой социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Надежда», г.Бийск

Ребенку для творчества, например, для рисования, нужны не только материалы и инструменты, но ребенку необходим и взрослый. Не взрослый-учитель, оценивающий результат по шкале «правильно - неправильно», «похоже - непохоже», «ровно - криво», а взрослый-партнер.

Рисуя вместе с ребенком, мы знакомим его с миром предметов, животных, людей, отношений, а также разнообразными техниками и приемами создания изображения. В процессе совместного творчества возникает ситуация эмоционального общения, в котором партнеры, несмотря на разницу в возрасте, жизненном опыте и изобразительных способностях, находятся на равных и ощущают свободу самовыражения.

Как же построить взаимодействие с ребенком в процессе рисования, чтобы получить не только положительные эмоции, но и пользу? Ответ на этот вопрос можно найти, ознакомившись с основами психологического направления, называемого арт-терапией. Идея этого метода состоит в том, что в ситуации свободного творчества человек может раскрыть свой потенциал, способствующий эффективному поиску нестандартных решений и личностному развитию в целом.

Использовать элементы арт-терапии под силу всем мамам и папам. Заинтересованности, эмоциональной чуткости, знания и учета индивидуальных особенностей малыша будет вполне достаточно.

Для того чтобы в полной мере ощутить на себе целительную силу искусства (а именно это и означает термин «арт-терапия»), погрузиться вместе с ребенком в атмосферу творчества, **необходимо соблюсти некоторые условия, главными из которых являются безоценочность и свобода самовыражения. Помните, что творчество для малыша - не результат, а процесс,** поэтому превратите совместный досуг с ребенком в увлекательную игру, а не урок рисования, пусть он самостоятельно выбирает что, где и как именно будет изображать.

Не всегда ребенок сразу готов к рисованию. В этом случае взрослому лучше ненавязчиво проявить инициативу - начать изображать что-либо самому, сопровождая действия эмоциональным комментарием. Главное - заинтересовать малыша, привлечь его внимание. Очень вероятно, что вначале он станет наблюдать, подсказывать, а потом и сам захочет поучаствовать в создании картины. Также следует учесть, что ребенку иногда необходимо больше времени для адаптации в игровом пространстве - не стоит его торопить.

Чтобы рисование, лепка и другие виды изобразительного искусства были для

малыша любимым и желанным занятием, он должен чувствовать себя в таком творчестве счастливым и успешным. **Положительная оценка значимого взрослого - лучшая почва для творческого самовыражения,** поэтому не забывайте хвалить юного художника, бережно относиться к плодам его творчества, цените индивидуальность его работ.

А чем же именно можно заняться вместе с ребенком? Рассмотрим некоторые не совсем привычные способы совместного рисования.

Рисуем - чем?

Для рисования обязательно нужны кисти? **Вовсе нет! Вместо них можно использовать поролоновые губки, ватные палочки, нитки, а также собственные пальчики, ладошки и даже стопы.** Поэкспериментируйте, позвольте себе преодолеть внутренние барьеры, нарушить некоторые правила - и результат вас не разочарует. С помощью ладошек можно изобразить солнышко, бабочку, кроны деревьев, пальчиками нарисовать следы невиданных зверей... А быть может стоит создать галерею отпечатков стоп и ладошек всех членов семьи, снабдив их надписями о достоинствах и достижениях каждого?

Поиграйте в волшебников - какому ребенку не захочется создать настоящий волшебный рисунок? Для этого понадобятся **бумага, свеча и краски.** Вначале нарисуйте что-либо свечой на белой бумаге (не стоит выбирать сложные изображения, так как свеча практически не оставляет следов). Затем покройте весь лист краской и удивитесь!

В доме есть **коктейльные трубочки?** Сделайте на бумаге большую каплю краски и через соломинку выдуйте из нее причудливые узоры. Теперь рассмотрите их, пофантазируете, добавьте детали, если нужно. Очень хорошо в такой технике получается изображать деревья.

Увлекательным для детей и взрослых будет **создание изображения с помощью штампов.** В их роли могут выступать формочки для теста, пуговицы, ракушки, листья различных деревьев, смятая бумага и тому подобное. Если же подходящего штампа для вашей задумки в доме не нашлось, не отчаивайтесь - его несложно самостоятельно вырезать из картофелины.



Снабдите ребенка разнообразными материалами для творчества - пусть в арсенале маленького художника будут не только фломастеры, бессильные передать цветочные оттенки и хуже развивающие детскую руку, чем, например, карандаши. Приобретите восковые мелки, гуашь, пастель, витражные, акриловые краски... Ассортимент товаров для творчества чрезвычайно разнообразен. Новый результат, свежие эмоции и ощущения будут способствовать проявлению безграничной фантазии.

Рисуем - на чем?

Вероятно, чаще всего ваш ребенок рисует на альбомных листах. Но совместный шедевр лучше создавать **на ватмане** или **оборотной стороне отрезка обоев**. Может каждый из вас начнет рисовать что-то сам, а потом полурисованные изображения вы объедините единым сюжетом, дорисовав необходимые детали. А возможно, наоборот - сразу договоритесь, что на общей картине будут изображены подводный мир, сказочный лес или царство Снежной королевы. Независимо от того, что и каким способом вы нарисуете, совместная деятельность будет укреплять чувство общности, доверия и взаимопонимания.

Массу положительных эмоций ребенку доставит совместное **рисование его самого в полный рост**. Для этого взрослый предлагает ребенку лечь на расстеленную на полу бумагу и обводит его. Затем совместно силуэт вырезается по контуру, дорисовывается и раскрашивается.

Однако коллективная работа не всегда предполагает значительную площадь для рисования. **Попробуйте создать с ребенком серию миниатюр на небольших круглых, квадратных или овальных бумажных формах** - придумайте необычные значки или медальоны. Взрослый может вырезать силуэты зверей, птиц, куколок, чашек, ваз, а малыш - их раскрашивать.

Можно рисовать на мокрой бумаге, увлажнив ее перед работой губкой. С помощью акварели вы получите необычные, таинственные изображения, угадать в которых можно что угодно - пушистую кошку, легкие облака или деревья в весенней дымке.

Самые смелые могут **порисовать на... лицах друга!** Для увлекательной семейной игры понадобится театральный грим. Предложите одному из членов вашей семьи, причем необязательно малышу, выбрать для себя и всех остальных роли разных животных. Разрисуйте лица друг друга в соответствии с ролями. Раскрашивание лиц помогает лучше вжиться в роль - в первую очередь, старшим членам семьи, ведь для детей перевоплощение не представляет сложности. А возможность побыть животным - это хороший способ раскрепоститься и открыть в себе неожиданные стороны. Теперь самое время поиграть!

На чем еще можно рисовать? Список практически бесконечен: акриловые краски, например, подойдут для росписи деревянных дощечек и ложек, гладких камешков, стеклянных банок и бутылок, гипсовых фигурок... Широкое поле для творчества взрослого и ребенка!

Рисуем - что?

Начинать совместные арт-терапевтические занятия лучше с изображения чего-либо близкого и интересного ребенку. Для мальчиков это скорее машины и гаражи, роботы или инопланетяне, для девочек - куклы, домики, животные, прекрасные принцессы и их дворцы.

Порисуйте по очереди, сочините рисованный рассказ о приключениях любимого героя из книги или мульт-



фильма. Главным действующим лицом может стать и сам ребенок. Ведь рисование - не только изображение каких-либо предметов или событий, это общение с близким человеком, веселая игра, в ходе которой можно решать разнообразные задачи: преодолевать неуверенность ребенка, искать выходы из актуальных проблемных ситуаций.

Нарисовали!

Творческий процесс не заканчивается созданием картины или поделки. **Рассмотрите вместе с ребенком ваш совместный шедевр, спросите у него, что он чувствует, глядя на картину, что особенно нравится, хочет ли он что-либо в ней изменить**. Поделитесь своими чувствами и мыслями - будьте искренни и открыты. Сохраните совместную работу - она напомнит о тех позитивных эмоциях, которые вы вместе испытывали. Возможно, сынок или дочка скоро обратятся к вам с предложением «построить» для принцессы еще один дворец, населить ваши джунгли или морские глубины новыми экзотическими животными.

Некоторые работы можно подарить бабушке с дедушкой, родственникам и друзьям или использовать для игр и последующих поделок - обклеить ими коробку для игрушек, вырезать хорошо получившиеся детали и сделать из них аппликации, гирлянды, елочные украшения, героев для домашнего кукольного театра.

И, конечно, время от времени устраивайте домашние картинные галереи. Самые свежие работы малыш может прикрепить магнитами к холодильнику и с гордостью демонстрировать их гостям.

Совместное творчество со взрослым - важный этап в развитии малыша. Занятия рисованием развивают фантазию ребенка, усидчивость, а также способствуют совершенствованию мелкой моторики рук. Не менее важно, что совместное творчество взрослых и ребенка формирует доверительные отношения между ними, учит сотрудничеству, обогащает опыт невербального общения - когда люди рисуют вместе, между ними возникает единство, особое взаимопонимание.

Родителям тоже не стоит смотреть свысока на такую «несерьезную» деятельность. Ведь, рисуя для детей, вместе с детьми, рисуя как дети, они учатся понимать не только растущего человека, но и себя самих, имеют уникальную возможность вернуться в детство и быть эмоциональными, спонтанными, счастливыми. ☺





ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ



СИТУАЦИЯ В МИРЕ:

Сердечно-сосудистые заболевания представляют особую проблему и главную опасность для жизни людей во всём мире.

50% населения Европы умирает от заболеваний сердца и сосудов, 22% населения умирает от рака, 3% – от травм, 2% – от диабета, от СПИДА – 0,7%.

СИТУАЦИЯ В РОССИИ:

Почти **10 млн.** человек страдают сердечно-сосудистыми заболеваниями. Смертность от этих заболеваний у мужчин в возрасте до 65 лет в 3 раза выше, чем у женщин.

56% населения России умирает от сердечно-сосудистых заболеваний, 12,4% населения умирает от рака, 13,2% – от травм, 4,1% – от заболеваний органов дыхания, 4% – от заболеваний органов пищеварения.

Обследование на выявление ИБС* позволяет предотвратить развитие заболевания

*Ишемическая болезнь сердца



Все сердечно-сосудистые заболевания делятся на заболевания сердца, артерий и вен. Главную опасность представляют заболевания сердца, и в первую очередь - ишемическая болезнь сердца (ИБС), так как именно она является основной причиной смертности.

Мы привыкли думать о том, что проявление ишемической болезни сердца - это стенокардия и с болью в сердце пациент придет к врачу. У 50% больных ИБС стенокардия служит первым проявлением заболевания. Но только 40-50% больных стенокардией знают о своём заболевании. У остальных 50-60% она остаётся нераспознанной.

Важно понимать, что первым проявлением ишемической болезни сердца может быть инфаркт миокарда или внезапная смерть! Жизнь мужчины в возрасте 60 лет укорачивается на 9 лет, если он переносит инфаркт миокарда, и на 12 - если инсульт.



В странах, где с 1970 г. началась активная работа по первичной профилактике, сердечно-сосудистая заболеваемость существенно уменьшилась в течение последних 20 лет. Так, в США, Канаде, странах Европейского сообщества смертность от ишемической болезни сердца в 2 с лишним, а от инсульта - в 5 раз ниже, чем у нас в стране.



Наиболее значительные факторы риска, которые прямо или косвенно влияют на возникновение и развитие ИБС:

- 1 ОБРАЗ ЖИЗНИ** (изменяемые риски):
неправильное питание, курение, избыточное потребление алкоголя, низкая физическая активность, низкий социальный и образовательный статус;
- 2 БИОХИМИЧЕСКИЕ ИЛИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ** (изменяемые риски):
повышенное артериальное давление, повышенный уровень холестерина, низкий уровень холестерина, повышенный уровень триглицеридов, гипергликемия/сахарный диабет, ожирение, тромбогенные факторы, загрязнение окружающей среды;
- 3 ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ** (неизменяемые риски):
возраст, мужской пол, раннее развитие ИБС у родственников, наличие проявлений атеросклероза.



Ишемическая болезнь сердца представляет собой конечный результат взаимодействия целого ряда факторов риска, которые делятся на две группы - изменяемые и неизменяемые риски.

К изменяемым относятся риски, на которые человек может каким-либо образом повлиять - постараться избежать их в своей жизни, уменьшить или полностью нейтрализовать их воздействие. Таких рисков большинство.

К неизменяемым относятся риски, которые представляют собой некую данность, т. е. такие условия и обстоятельства, от которых невозможно избавиться или как-то на них повлиять. К счастью, таких рисков - меньшинство.



Для того, чтобы избежать возникновения и развития ИБС, необходимо:

- 1. ПРОАНАЛИЗИРОВАТЬ СВОЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ** и при наличии в нём указанных рисков постараться избавиться от них;
- 2. ПРОЙТИ МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ**, которое может выявить риски, связанные с особенностями физиологии организма;
- 3. РЕГУЛЯРНО (РАЗ В ГОД) ПРОХОДИТЬ ОБСЛЕДОВАНИЕ И ПРИДЕРЖИВАТЬСЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ.**



УЗНАЙ БОЛЬШЕ КАК БЫТЬ ЗДОРОВЫМ
www.takzdorovo.ru

8 800 200 0 200

*Дать шанс здоровью!
Можешь только ты!*