

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№4 (148) АПРЕЛЬ 2015



Читайте в номере:

№4 (148) АПРЕЛЬ 2015



А.В. Бочарова:

«Я горжусь тем, что врачи нашего кардиологического отделения лечат не болезнь, а больного».



Т.В. Синкина:

«Наблюдаются безответственное отношение к своему здоровью и низкая медицинская грамотность большинства населения, недостаточная настороженность врачей в отношении онкопатологии среди лиц трудоспособного возраста»



Я.В. Яковец:

«Если ребенок «сделан» на простатите, значит, его нормальное развитие даже в период беременности стоит под большим вопросом».



«Ученые считают, что к 2040 году вполне реально создать “мир без табака”, то есть мир, в котором табак не будет запрещен, но курить будут лишь 5% населения»



С.А. Гусева:

«Начиная с 2016 года, стартует кампания по сдаче нормативов ГТО. Она охватит в первую очередь студентов и школьников»



Внимание: корь!



11

Сможет ли весь мир бросить курить?



17

Замрзшая беременность глазами уролога



32

Излечение едой

На обложке: Врачи кардиологического отделения КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Фото: Ларисы Юрченко

А.В. Бочарова. Сердечный ритм	2-5
Внимание: корь!	6
Угроза глобального ожирения	7
Е. Кравчинская. Все болезни от нервов	8-9
ЖИЗНЬ БЕЗ АЛКОГОЛЯ	
Не чокнемся!	10
ЖИЗНЬ БЕЗ ТАБАКА	
Сможет ли весь мир бросить курить?	11
Мозг на прокачку	12-13
Мир и медицина	14
ДВИЖЕНИЕ - ЖИЗНЬ	
С.А. Гусева. Сдать нормы ГТО - реальность для каждого	15-16
СОВЕТЫ УРОЛОГА	
Я.В. Яковец. Замершая беременность глазами уролога	17-18
СЕРДЕЧНЫЙ РАЗГОВОР С КАРДИОЛОГОМ	
Н.Г. Веселовская. Здоровое питание - здоровое сердце!	19-20
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ	
Л.А. Плигина. Совершенствуем сестринское дело	21
Ю.И. Жавинина.	
Синдром обструктивного апноэ сна и его диагностика	23-24
Законотворчество. Апрель 2015 года	25
ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА	
И.Г. Брусенцов, В.М. Ремнев.	
История акушерского дела в России	26-28
ДВИЖЕНИЕ - ЖИЗНЬ	
Какой вид спорта подойдет ребенку	28-29
Барабаны в ушах	30
ДВИЖЕНИЕ - ЖИЗНЬ	
Физкультминутка на рабочем месте	31
Излечение едой	32-33
Творог: польза и вред	34
А.И. Силинский. Эндоскопии в диагностике заболеваний желудочно-кишечного тракта	35-36
Т.Ю. Калмыкова. Лактазная недостаточность у детей первого года жизни	36-37
ПОБЕДИМ СВОЙ СТРАХ!	
Т.В. Синкина. Роль профилактики в снижении смертности от злокачественных новообразований	38-40
Медицина прошлого для здоровья настоящего	41
Праздники апреля	42-43
Быть в маске	44





Сердечный ритм

Кардиология в иерархии медицинских профессий занимает особое место, потому что речь идет о здоровье сердца. Экстренная врачебная помощь часто требуется именно при заболеваниях этого жизненно важного органа. Как заставить больное сердце биться в правильном ритме, как помочь ему после перенесенного инфаркта миокарда?

Эти и многие другие проблемы успешно решают врачи кардиологического отделения краевой клинической больницы. У них разный опыт работы, но каждая жизнь, отвоеванная у болезни, по праву становится предметом гордости всего отделения.

Его работой руководит врач-кардиолог, кандидат медицинских наук А.В. БОЧАРОВА.



- Антонина Владимировна, наш разговор - первое знакомство с вашим коллективом. Поскольку дан старт Году борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями, закономерны серия встреч с вами и вашими коллегами и подготовка публикаций о сохранении и возвращении здоровья сердцу.

Кто получает помощь в вашем отделении?

- В отделении сосредоточена помощь больным с различными кардиальными нозологиями. Если в краевом кардиологическом диспансере существует узкая специализация отделений, то у нас врачи лечат всех больных, независимо от диагноза. *К нам попадают пациенты с острым коронарным синдромом, нарушениями сердечного ритма, хронической ишемической болезнью сердца, некоронарогенными заболеваниями.* Пациентам на базе отделения проводятся диагностические мероприятия, консервативная терапия, эндоваскулярные методы лечения, также может осуществляться их подготовка для следующего этапа оперативного вмешательства - реконструктивных

операций на коронарных сосудах и клапанах сердца в условиях кардиохирургического отделения краевой клинической больницы. При показаниях сложных методов лечения больные направляются на следующий этап высокотехнологичной медицинской помощи - в кардиохирургические федеральные центры.

- То есть к вам попадают пациенты со всего Алтайского края?

- Мы консультируем и принимаем больных из 42 районов и городов Алтайского края, получают лечение и жители города Барнаула. В экстренных случаях пациенты из районов края доставляются специализированным транспортом Центра медицины катастроф либо медицинским транспортом ЦРБ и межрайонных кардиологических отделений в сопровождении квалифицированных медицинских работников. Поступают в наше отделение пациенты также по направлению кардиологов краевой клинической поликлиники. Одну из самых тяжелых групп пациентов, которых принимает только наше кардиологическое отделение, составляют *больные с сочетанными заболеваниями:*

при наличии острой коронарной патологии с развитием острого нарушения мозгового кровообращения либо в сочетании с потребностью в проведении сеансов гемодиализа.

- Какие уникальные методики вы используете в своей работе?

- Мы придерживаемся стандартизированного подхода к оказанию стационарной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной. В то же время я горжусь тем, что **врачи нашего кардиологического отделения лечат не болезнь, а больного.** Это особый вариант диагностической и лечебной тактики в отношении пациентов, и, к сожалению, не в каждом коллективе он является приоритетным. Например, когда пациент попадает в отделение с профильным заболеванием, мы стараемся разобраться во всех сопутствующих проблемах, которые касаются его здоровья. Благодаря тому, что в краевой больнице есть специализированные отделения любого профиля, больные получают консультативную помощь, диагностические мероприятия по любой сложной сопутствующей патологии. Пациенты выписыва-



ются из нашего отделения, как правило, получив ответы на все интересующие их вопросы.

- **Какие рекомендации по дальнейшему образу жизни получают ваши пациенты?**

- Мы заинтересованы в результативной работе с пациентами во время прохождения ими курса лечения. Но, конечно, она не должна заканчиваться при выписке из стационара. Поэтому пациенты получают рекомендации по здоровому образу жизни, диетическому питанию, физическим нагрузкам, рекомендации по медикаментозной терапии амбулаторного этапа лечения. Особенно это важно для пациентов, страдающих ишемической болезнью сердца, у которых выполнение этих рекомендаций является жизненно необходимым.

Вот краткая выдержка из этих рекомендаций.

«За время пребывания в кардиологическом отделении достигнута стабилизация вашего состояния, дальнейшее течение болезни и состояние здоровья будут зависеть от того, насколько тщательно вы будете выполнять наши рекомендации.

► **Вам необходимо придерживаться рационального режима дня,** ложиться спать и вставать в одно и то же время. Продолжительность сна - не менее восьми часов.

► **Исключить прием алкогольных напитков и курение!**

► **Соблюдать диету:** ограничить употребление животных жиров, увеличить в рационе растительных жиров, ограничить в пище сладкие и мучные блюда; ежедневно включать в рацион продукты, богатые калием, магнием (изюм, курага, чернослив, печеный картофель, морковь, зелень, бобовые, отвар шиповника и т.д.), ограничить употребление поваренной соли.

► **Следить за массой тела** (нормальный вес равен росту в сантиметрах минус 100).

► **Следует избегать физических нагрузок в течение двух часов после приема пищи.**

► Для дальнейшего укрепления вашего здоровья **необходимо больше ходить** и выполнять в рекомендованном вам объеме бытовые нагрузки (индивидуально).

БРОСЬТЕ КУРИТЬ

0 сигарет
в день



БУДЬТЕ АКТИВНЫ
30 минут физической активности или

3 км
в день



СТРЕМИТЕСЬ К РЕКОМЕНДУЕМЫМ ГРАНИЦАМ ОКРУЖНОСТИ ТАЛИИ
не превышайте эти цифры:

102 - мужчины



88 - женщины

ПИТАЙТЕСЬ ПРАВИЛЬНО
овощей/фруктов в день:

5 порций



КОНТРОЛИРУЙТЕ СВОЕ ДАВЛЕНИЕ
не превышайте эти цифры:

140/90



► Необходимо *регулярно принимать рекомендованные лекарственные препараты*, не менять наименование, дозу и кратность приема препаратов без консультации квалифицированного кардиолога поликлиники.»

- **Безусловно, для вас, доктора, самым горьким является осознание того, что не всех пациентов можно вылечить...**

- Как правило, заболевания наших пациентов носят хронический характер и о полном излечении речь чаще не идет. Поэтому усилия врачей отделения направлены на поддержание здоровья человека, улучшение качества его жизни, адаптации пациента к выявленному тяжелому заболеванию, а в ряде случаев - возвращение его к трудовой деятельности.

- **Как сохранить здоровое сердце в течение всей жизни?**

- Я являюсь адептом продвижения ценностей здорового образа жизни. Главная проблема молодого возраста - нежелание понимать, что самые грозные сердечно-сосудистые заболевания формируются незаметно именно с юности. Радует развитие массового спорта в стране, в том числе - в Барнауле. Живу недалеко от спортивной базы «Динамо» и ежедневно вижу, как много людей всех возрастов стало заниматься

Занятия спортом не совместимы с пристрастием к курению, употреблению спиртных напитков, особенно так популярного в молодежной среде пива, которое может вызывать стойкую артериальную гипертонию с поражением почек.



▶ спортом, активными видами отдыха. В крае регулярно проводятся спартакиады для студентов средних специальных и высших учебных заведений.

Больше следует уделять внимания здоровому питанию: в рационе должны быть каши, на вашем столе всегда должны стоять овощи и фрукты (лучше выращенные в нашем регионе), нужно употреблять в достаточном количестве мясо и рыбу. К сожалению, очевидна тенденция, складывающаяся во всем мире: людей с избыточным весом, страдающих ожирением, становится больше. И причин этому несколько: хроническое недосыпание, эмоциональный стресс, издержки нездорового питания, прием некоторых лекарственных препаратов, избыток или дефицит гормонов и, наконец, присутствие в каждой семье «нехорошего холодильника». **Поэтому рекомендации могут быть только следующими:**

- ◆ регулируйте продолжительность сна;

- ◆ не употребляйте после перенесенного стресса «утешительные» продукты;

- ◆ оставляйте на виду «полезные» продукты;

- ◆ уменьшите количество потребляемой жирной пищи и копченостей;

- ◆ будьте более уверенными и открытыми в общении с другими людьми, поскольку переживания и тревоги, неуверенность в себе могут буквально «разбить» человеку сердце;

- ◆ перед приемом лекарственных препаратов тщательно изучайте инструкцию к ним.

- Почему вы решили стать кардиологом?

- Наверное, это было интуитивное решение. Но сегодня я горжусь своим выбором: кардиология - самая развивающаяся область медицины, в которой постоянно появляются новые виды и методы лечения, новые группы лекарственных препаратов, формируются новые подходы к лечению пациентов кардиологического профиля. Мне все-

гда было интересно общаться с пациентами, отслеживать результаты работы и хотя бы маленькой толикой своего труда облегчать их страдания. Очень рада, что посвятила этому делу свою жизнь.

- Профессия обязывает постоянно учиться?

- Кардиологи - это врачи, которые постоянно должны находиться в тонусе, потому что от их действий, иногда - молниеносных решений, правильности назначений схем медикаментозной терапии зависит жизнь человека. Врачи отделения регулярно проходят обучение на курсах усовершенствования, принимают участие в работе обучающих семинаров, работе кардиологических школ и заседаний кардиологических обществ.

- Расскажите об оснащении вашего отделения.

- Отделение рассчитано на прием 60 пациентов, также существует отделение реанимации на шесть коек для лечения тяжелых больных. В отделении работают девять врачей, дружный коллектив среднего и младшего медицинского персонала. Для комфортного пребывания больных в отделении все палаты оснащены индивидуальными санузлами, душевыми кабинами, системой связи с медицинским постом. *Системный аппаратно-программный комплекс «Теле-Альтон»* для индивидуальной регистрации, хранения и передачи электрокардиограмм позволяет врачам центральных районных больниц и городских больниц Алтайского края передавать дистанционно ЭКГ пациентам с последующим решением вопроса о показанности перевода больных на более высокий уровень оказания медицинской помощи. В практической работе кардиологов неопределимую помощь оказывают рентгенэндоваскулярные хирурги, которые осуществляют диагностические и лечебные процедуры на ангиокомплексах *Innova 4010 IQ и Innova 3100 Optima*. С диагно-

стической целью ежедневно направляем пациентов для проведения обследований на мультиспиральном компьютерном томографе, большой перечень обследований проводится в отделении функциональных методов диагностики.

Но, конечно, главными критериями успешной работы врача были и остаются накопленный годами опыт и умение приложить свои знания к каждому пациенту, оперативно анализировать ситуацию и принимать верное решение.

- В практике кардиолога неизбежны случаи, когда пациента не удается спасти. Как руководитель, как вы можете помочь лечащему врачу в таких ситуациях?

- Должна сказать, что любимому делу - кардиологии - отдаю всё свое время. Мой рабочий день начинается с восьми утра и продолжается до восьми-девяти часов вечера. Если подобные трагедии случаются, чаще всего нахожусь в это время в отделении. В кардиологии работает когорта молодых врачей, которые делают свои первые профессиональные шаги и очень близко принимают к сердцу подобные неудачи. В это время стараюсь их поддержать, уберечь от «самоедства». Затем во врачебном коллективе обсуждаем всё, что произошло, разбираем тактику ведения и лечения, отвечаем на вопросы: правильно ли мы действовали, могли ли что-то еще сделать для спасения человека?

Если мы не смогли спасти пациента, то разговор с родственниками беру на себя. Коллективная ответственность решений, конечно, существует, но в конечном итоге за летальный исход чаще всего несут ответственность лечащий врач и заведующий отделением. При очевидной тяжести заболевания, общаясь с родственниками и близкими пациенту людьми, стараемся подготовить их к возможному неблагоприятному исходу, в то же время



прикладываем все усилия для спасения человеческой жизни. И люди нас понимают. За весь период моей работы в кардиологическом отделении не было ни одной жалобы на наши действия.

- Можно ли предсказать и предотвратить инфаркт, вообще - неожиданную смерть человека?

- К сожалению, в современном мире неожиданная смерть часто наступает людей молодого, трудоспособного возраста. Нередко именно инфаркт, тяжелое клиническое состояние, становится первым проявлением ишемической болезни сердца. При подробном, целенаправленном расспросе пациента нередко выясняется, что боли в грудной клетке, чаще - в области грудины, у него возникали при выполнении физической нагрузки и раньше, но далеко не все больные знают, что это является одним из патогномичных признаков заболевания сердца, и поэтому своевременно не обращаются за медицинской помощью. В результате оказываются потерянными те дни и часы, когда медицинские работники своими усилиями могли бы предотвратить развитие некроза миоцитов. *При своевременном обращении пациентов, буквально в первые минуты появления типичного болевого синдрома, применение эндоваскулярных методов лечения позволяет сохранить человеку работоспособный миокард.*

- Кардиологические больные должны принимать лекарства ежедневно, но понимают и выполняют это не все. К чему это может привести?

- Практически все наши пациенты принимают лекарственные препараты годами. Делать перерывы без рекомендаций врача ни в коем случае нельзя. Результат такого «непослушания» бывает чаще трагичным. Приведу пример. Сейчас в реанимации лежит пациент, который впервые поступил в отделение

ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ

РЕГУЛЯРНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ СНИЖАЕТ РИСК:

- Избыточной массы тела
- Артериальной гипертонии
- Инфаркта миокарда
- Инсульта
- Депрессии
- Сахарного диабета
- Остеопороза
- Рака молочной железы
- Рака толстого кишечника
- Преждевременной смерти

РЕКОМЕНДАЦИИ

- Избегайте малоподвижного образа жизни. Даже небольшая физическая активность лучше, чем ее полное отсутствие
- Для получения существенной пользы для здоровья взрослые люди должны заниматься умеренной физической активностью не менее 150 минут в неделю (или интенсивной физической активностью 75 минут в неделю)
- Продолжительность одного занятия должна быть не менее 10 минут, и сами занятия желательнее равномерно распределять в течение недели
- При условии физического здоровья, для получения большей пользы можно постепенно увеличивать свою физическую активность до 5 часов умеренной физической активности в неделю (или 150 минут интенсивной физической активности в неделю)

НЕ ОТКЛАДЫВАЙТЕ НА ЗАВТРА! УВЕЛИЧЬТЕ СВОЮ ФИЗИЧЕСКУЮ АКТИВНОСТЬ СЕГОДНЯ!





Если у Вас имеются заболевания сердца и сосудов, болезни костей и суставов, другие серьезные заболевания, проконсультируйтесь с врачом относительно рекомендуемого Вам уровня физической активности





МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ
ИМЕНА ДРАВА РОССИИ, МОСКВА

ние три недели назад с мелкоочаговым инфарктом миокарда. Пациенту была проведена экстренная коронароангиография, в инфарктзависимую артерию установлен биорезорбируемый каркас (новый дорогостоящий эндоваскулярный метод лечения патологии коронарных артерий, который был внедрен в практику впервые в Алтайском крае в ноябре 2014 года). После выписки пациент не принимал рекомендованные лекарственные препараты и спустя несколько дней поступил в отделение с острым тромбозом имплантированного стента, рецидивом крупноочагового инфаркта миокарда. Таким образом, отсутствие приверженности пациента регулярному приему поддерживающих медикаментозных препаратов привело к нивелированию усилий врачей на первом этапе оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

- Хотелось бы, чтобы рассказанная история стала уроком для всех наших читателей. Еще такой вопрос: с чем связана внезапная остановка сердца?

- В медицинской практике это состояние называется «внезапная коронарная смерть»: человек внешне вроде бы здоровый, но вдруг скорострительно умирает.

К фатальному исходу в данной ситуации чаще приводит нарушение сердечного ритма.

- Что бы вы посоветовали своим настоящим и потенциальным пациентам?

- Любить себя и своих близких. Необходимо заботиться о своем здоровье до появления клинических проявлений болезни. В любом случае, не реже одного раза в год необходимо прийти на прием к терапевту (кардиологу), при уже диагностированных заболеваниях сердечно-сосудистой системы - встречи с лечащим врачом должны происходить чаще. По направлению лечащего врача должна регулярно регистрироваться электрокардиограмма, по показаниям назначается проведение эхокардиографии, холтеровского мониторирования ЭКГ и суточного мониторирования артериального давления, физических нагрузочных тестов. Регулярность наблюдения и своевременность обращения к врачу при ухудшении состояния позволяют прогнозировать развитие заболевания, своевременно госпитализировать больных в профильные отделения, улучшить качество и продолжительность их жизни. ☺

Лариса Юрченко



Сдать нормы ГТО - реальность для каждого

Пропаганда здорового образа жизни, которая ведется на разных уровнях и самыми разными ответственными лицами, одним из ожидаемых результатов должна иметь развитие физкультурного движения в стране. Уже очевидно, что лыжи и бег, плавание и туристические походы все чаще выбирают взрослые и дети в качестве лучшего варианта семейного отдыха и проведения каникул и отпусков.

Совсем скоро каждый из нас сможет стать участником большой кампании по сдаче нормативов ГТО. Подробности мы узнали у **Светланы Андреевны ГУСЕВОЙ**, заместителя председателя комитета по физической культуре и спорту администрации города Барнаула.

- Светлана Андреевна, что предстоит сделать в этом году для того, чтобы в дальнейшем старт сдачи нормативов ГТО был по-настоящему успешным?

- Подготовка к массовой сдаче норм ГТО идет поэтапно. Мы руководствуемся документами и нормативами, принятыми на федеральном и региональном уровнях. И одна из основных задач дальнейшей работы - не растерять той энергии, энтузиазма, которые есть сейчас, чтобы хорошая инициатива обязательно подкреплялась конкретным результатом.

Сегодня никто нигде тесты не принимает, никаких документов не выдает. Задача года - нам нужно максимально информировать население о нормативах, объяснить, что это такое, какой порядок сдачи будет принят в дальнейшем. На этом этапе будут подготовлены площадки, на которых впоследствии организуют сдачу нормативов и тренировки. Третья задача этого года - проведение ознакомительных пробных мероприятий.

Вся информация о сдаче нормативов ГТО размещена в Интернете. **В разработанном положении определены одиннадцать ступеней, рассчитанных на различный возраст, начиная от 6-8 лет и кончая «за 70».** Для каждой ступени разработан перечень обязательных испытаний и по выбору, обозначены те нормы, которые необходимы для получения бронзового, серебряного, золотого знаков. Для детей предусмотрены популярные испытания: бег, прыжки в длину с места, подтягивание. Для среднего звена добавляются турпоходы, для старшего поколения многие испытания предлагаются без строгой регламентации времени.

Начиная с 2016 года, стартует кампания по сдаче нормативов ГТО. Она охватит в первую очередь студентов и школьников. До прихода на площадку каждый желающий должен зарегистрироваться на федеральном портале. Сейчас он формируется. Далее заявитель получает уведомление и в соответствии с указанным в нем временем при-



ходит в центр сдачи нормативов. Прием тестов будет проводиться в специальных центрах - на определенных спортивных площадках. Решено, что в Барнауле первым таким центром станет стадион «Рубин». С установлением теплой погоды начнутся работы по его оборудованию.

Надо иметь в виду, что определенные площадки не будут работать в постоянном режиме. **Сдача нормативов ГТО будет проходить в форме фестиваля**, то есть желанные попробовать свои силы будут приходить в определенный день, когда на стадионе соберутся специалисты, имеющие право проводить тестирование, подкрепленное полученным сертификатом. Несомненно, по мере развития движения площадки добавятся.

По результатам сдачи будут выдаваться значки - бронзовый, серебряный или золотой. Бронзовый и серебряный будут выдаваться Управлением Алтайского края по физической культуре и спорту; золотой - только Министерством спорта РФ. Этот порядок еще раз подтверждает серьезность и ответственность данных мероприятий.

С 2017 года возможность сдачи нормативов ГТО получат все желающие без исключения, независимо от возраста.

- В спорте нельзя добиться успеха без тренировок... Что делается в этом направлении?

- На сегодняшнем этапе мы стремимся, чтобы по месту жительства, на дворовых спортивных площадках, школьных стадионах развивались элементы работы, способствующие подготовке к сдаче нормативов ГТО.

С этой целью уже несколько лет проводятся мероприятия, нацеленные на перспективу. Так, на территории города успешно осуществляется проект «Дворовый инструктор». В прошлом году дворовые инструкторы летом работали на 15-20 площадках ежемесячно. Они не только организовывали спортивные тренировки, но и рассказывали о планируемой в дальнейшем сдаче нормативов ГТО. В этом году пройдут несколько массовых мероприятий для работников муниципальных учреждений, для детей и студентов с элементами сдачи нормативов. Главная цель - дать возможность прожить минуты азарта и соперничества, попробовать свои силы. В свою очередь организаторо-



ры, получив первый опыт, смогут вовремя откорректировать порядок сдачи нормативов.

Меры поощрения не ограничатся вручением знаков. На федеральном уровне было рекомендовано в том числе и предприятиям разработать стимулирующие меры для своих работников. Для каждой организации может быть свой перечень льгот и поощрений.

- Планируется ли сделать сдачу нормативов обязательной на предприятиях и в организациях разных форм собственности?

- Нет. Сдача нормативов останется добровольной. На протяжении последних лет очевидно развитие физкультурного движения во всех уголках Алтайского края. Можно констатировать, что у нас более 30% населения занимается физкультурой и спортом. Это особенно заметно в зимнее время в Барнауле. Люди с удовольствием занимаются спортом. На предприятиях складываются команды по игровым видам спорта: футболу, баскетболу, волейболу. Проходят чемпионаты города, разыгрываются кубки по различным видам спорта, число участников соревнований растет с каждым годом. Радует, что взрослые люди посвящают свободное время тренировкам, с удовольствием занимаются любительским спортом. У нас очень активны пенсионеры. В крае и в городе ежегодно проводятся спартакиады Союза пенсионеров, ветеранов. И у них уже сегодня есть интерес к сдаче нормативов ГТО.

- Это станет следующим этапом развития любительского спорта? Теперь у каждого будет конкретная работа на результат.

- Спорт - это всегда работа на результат. Не бывает спорта без соперничества, стремления улучшить собственные результаты. Сдача нормативов ГТО - это программа большой работы, подчиненной идее привлечения россиян к занятиям спортом. Это сегодня не только интересно, но и приоритетно. В последние годы в Барнауле строятся спортивные залы, комплексы, и они не пустуют в любое время суток. Более того - любительские команды ищут место для тренировок и находят с трудом. Очевиден факт: народ стремится заниматься спортом, физкультурой. И это можно только приветствовать.

- Нередко опыт других стран находит повторение у нас. А во введении нормативов ГТО мы стали первыми?

- Нормативы уже сдавали - этому опыту 75 лет. И сегодня мы к нему не просто возвращаемся, мы берем всё лучшее из имеющихся наработок и добавляем опыт нового века.



Происходит возрождение старых традиций. Мы считаем, что человек должен добровольно принять решение о сдаче нормативов. Нужно также создать условия, чтобы каждому было комфортно, удобно, интересно заниматься спортом. В этом - задача всех структур: муниципалитета, учреждений, предприятий и организаций.

- Физкультурное движение и спорт высоких достижений тесно связаны. Как выглядит Алтайский край в сравнении с другими регионами Сибири?

- В Алтайском крае, в Барнауле есть спортсмены с мировыми именами. Думаю, все знают имена и достижения **Сергея Шубенкова, Андрея Гречина, Ивана Нифонтова, Альберта Гауна** и других. Спортсмены тренируются в Барнауле, вышли на мировой уровень, прославили край и страну. Очевидно, чтобы на нашей земле родились чемпионы, нужна была хорошая спортивная база, тренерский состав. Признание уровня развития спорта в крае и в том, что наши спортсмены, став чемпионами, рекордсменами, остаются здесь, тренируются, своим примером способствуют развитию спорта на Алтае.

Наша молодежь, юниоры показывают прекрасные результаты. Хорошо работают спортивные школы. В них полностью решен вопрос обновления спортивного инвентаря, экипировки. В Барнауле реконструируются стадионы. Например, стадион «Лабиринт» имеет теперь прекрасные беговые дорожки, поле с современным покрытием, сделаны козырьки над трибунами, комментаторские кабины, установлено электронное табло, сделано освещение, позволяющее заниматься спортом в вечернее время. Сейчас реконструируется стадион «Кристалл», там также предусмотрена укладка покрытия на футбольном поле. Впоследствии на стадионе будет тренироваться детская спортивная школа «Полимер». Можно только приветствовать открытие предприятиями собственных спортивных комплексов. Так, в конце 2014 года был открыт спортивный зал на территории КЖБИ-2 благодаря инициативе коллектива, поддержанной генеральным директором ООО «ИСК «Союз» (в ее состав входит КЖБИ-2) В.Н. Отмашкиным. Многие предприятия имеют свои лыжные базы, проводят спартакиады трудовых коллективов.

Подводя итоги разговору, хочу подчеркнуть, что для развития массового спорта сделано и делается немало в городе и крае. Очевидна положительная динамика в этом направлении. Думаю, в дальнейшем эти процессы будут успешно развиваться. ☺



Замершая беременность глазами уролога

За рождение ребенка в равной степени отвечают двое - женщина и мужчина. И на пути, ведущем к появлению нового человека, достаточно потенциальных препятствий.

Присутствие возбудителей инфекции в мужском организме в такой же степени, как и в женском, может до поры быть абсолютно не заметным для человека, если у обоих - хороший иммунитет. Как только иммунитет слабеет, начинаются проблемы: и у него, и у нее. А наступившая беременность всегда является серьезной проверкой «на прочность». **Если в организме мужчины есть воспалительные процессы, женщина получает все инфекции, передающиеся половым путем** (иначе они называются сексуально-трансмиссивными инфекциями).

Микробы в этих случаях обязательно будут присутствовать в эякуляте мужчины. Подсчитано, что в чайной ложке эякулята в среднем находятся 200 миллионов сперматозоидов, 50 тысяч микробных тел одного вида, 50 тысяч - других и т.д. И такой «компот» попадает в женское влагалище, которое является иммунным органом. И здесь надо понять, каким образом устроен иммунитет человека. Как только в организм попадают микробы, иммунитет начинает их «сканировать», чтобы выяснить, что это за микроб, сколько ему подобных попало в организм, как к ним следует относиться. Затем следует ответная реакция. Иммунная реакция женского влагалища длится 28 часов. Борьба идет не только с инфекциями - от протекающих процессов страдают и сперматозоиды. Таким образом, что именно дальше переместится в матку, - неизвестно. Качество сперматозоидов может измениться принципиально. Защитным «скафандром» для спермато-

зоида является секрет простаты, - но и его химико-физические параметры будут иными, если у мужчины присутствуют простатит или иное воспалительное заболевание.

Сперматозоиды в принципе погибают во влагалище - эта среда для них сравнима с космосом: условия, явно не подходящие для жизни. К оплодотворению будут готовы лишь единичные клетки. Есть такое выражение: «на чем ребенок сделан». Так вот, **если ребенок «сделан» на простатите, значит, его нормальное развитие даже в период беременности стоит, к сожалению, под большим вопросом.**

Когда у мужчины наблюдается длительное воспаление в предстательной железе, в этом органе возникает большое количество отрицательных белков. Они-то и сопровождают сперматозоид, буквально облепляя его. Мнение о том, что у сперматозоида «отпадает хвост», когда он проникает в яйцеклетку, - ошибочно. Ничего не отстегивается и не отпадает, а все идет дальше, то есть внутрь. И поэтому размножение яйцеклетки сопровождается соседством с белками острой фазы. Они не изменяют генотип, но несут много отрицательной информации. И организм это все видит - и, в свою очередь, принимает меры. На каком-то этапе, когда плод уже начинает развиваться, выясняется, что у него что-то не заложилось, пошло не так, либо он настолько слаб, что не смог создать себе «подушку» в матке, которая его будет питать в дальнейшем.

Как только наступило оплодотворение, в женском организме



Ярослава Валерьевна ЯКОВЕЦ,

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

Как только в организм попадают микробы, иммунитет начинает их «сканировать», чтобы выяснить, сколько им подобных попали в организм и как к ним следует относиться.



Советы уролога

◀ **включается скан:** этот процесс можно сравнить с проверкой всех систем перед взлетом самолета. **И каждая клетка должна ответить: «да, я готова и могу»**, то есть в дальнейшем обеспечить жизнеспособность плода. Если на каком-то этапе будет дан иной ответ, - беременности не будет. Возможно, она станет абортивной, будет «скинута» на очень ранних сроках - при задержке менструации на день-два или до четырех недель. Иногда срок катастрофы увеличивается до шести-восьми недель.

Какая система может дать сбой при наступлении беременности, ответив: «нет, я не готова»? Абсолютно любая, поскольку **беременность - это серьезное испытание для организма**. Когда начинает работать иммунная система, она отключается при поступлении микробов. Но и само поступление становится сигналом для размножения всех микробов, которые уже живут в организме.

Почему у него - простатит, а у нее - то кандидозы, то вирусы, то микоплазмы, то еще что-нибудь? Женщина ходит и ходит к гинекологу, лечит и лечит имеющиеся инфекции. Свечи ставит, чем-то непрерывно занимается, потому что она постоянно защищается от микробов. Но технология в данном случае должна быть иной.

Для организма репродуктивная система является жизненно важной. И он ее защищает при любых обстоятельствах. А вот мочеполовая система не имеет такого значения. Поэтому вся инфекция, которая имеется во влагалище и шейке матки, в обычных условиях - до беременности - сбрасывается в рядом расположенные органы мочеполовой системы: в мочевой пузырь. И тогда получается, что вроде бы мочевой пузырь работает, не вызывает беспокойства, но по существу он уже стал причиной для непрерывного воспаления по гинекологии. **Пока оно скрытое, ничем не беспокоит, но как только сработал фактор беременности, что всегда - стресс для организма, - воспа-**



ление начинает развиваться. И следствием процесса становится замершая беременность.

С врачебной точки зрения после этого события женщина относится к категории осложненного акушерско-гинекологического анамнеза и требует особого внимания при планировании следующей беременности.

Когда пары, планирующие следующую беременность после замершей, приходят на прием в кабинет уролога, разговариваем с обоими в обязательном порядке. Бывает, что мужчины обращаются в кабинеты мужского здоровья, но там, к сожалению, берут не весь спектр анализов. А те, что берут, дают нормальные результаты. Но успокаиваться еще рано.

Женщине надо также обратиться к урологу. В обязательном порядке сделать цистоскопию для исключения лейкоплакии мочевого пузыря. Если находим инфекцию, ничего страшного: лечение занимает три месяца, и затем пара хорошо уходит на беременность.

Так сложилось, что гинекологи не смотрят мужчину, а урологи не смотрят женщину. Однако границы между врачебными специальностями очень условны. И в интересах всех - решать проблему сообща. В организме человека все связано. Тем более об этом надо помнить молодым парам, планируя беременность и рождение долгожданного ребенка. ☺



Для организма репродуктивная система является жизненно важной. И он ее защищает при любых обстоятельствах.



Здоровое питание - здоровое сердце!

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) - это важная проблема в области здоровья, с которой постоянно приходится бороться кардиологам по всему миру. Количество людей, умирающих от болезней сердца и сосудов, - огромно.

Одна из главных причин столь широкого распространения болезней сердечно-сосудистой системы - это, как ни печально, блага современной цивилизации. В настоящее время многие люди живут сыто и спокойно, ведут малоподвижный образ жизни, в изобилии употребляют жирную, рафинированную пищу. Всё это влечет проблемы с состоянием кровеносных сосудов и ожирение. Именно поэтому профилактика и терапия при сердечно-сосудистых болезнях основываются на коррекции образа жизни, а также на правильном подборе рациона питания.

Специалисты отмечают, что на самом деле проблем, которые мешают человеку вести здоровый образ жизни, гораздо меньше, чем ему представляется. Людям часто удобнее выдумывать отговорки, которые оправдывали бы их нежелание напрягаться. Ведь проще сделать бутерброд, чем приготовить порцию салата, тогда как польза употребления свежих фруктов и овощей давно доказана и подтверждена множеством научных исследований. Так, в ходе одного из них было установлено, что для предупреждения инфаркта достаточно ежедневно употреблять хотя бы семь порций овощей и фруктов (порция должна быть примерно равна яблоку среднего размера).

Как правильное питание помогает при ССЗ?

Питание - очень важный фактор поддержания и восстановления здоровья, в том числе при сердечно-сосудистых болезнях. Поэтому правильное

питание при болезнях сердечно-сосудистой системы является неотъемлемой частью лечения.

Рекомендации по питанию при заболеваниях сердца и сосудов

Пациентам с заболеваниями сердечно-сосудистой системы необходимо соблюдать диету №10. В зависимости от конкретной болезни диетическое питание может быть более или менее строгим. Однако общие принципы для больных с проблемами в работе сердечно-сосудистой системы таковы:

● **снижение количества жиров в рационе питания.** В жирах содержится «плохой» холестерин. Он откладывается на стенках сосудов, что вызывает проблемы с сердцем и сосудами. Животные жиры входят в состав сала, жирного мяса, колбас, сосисок, магазинных фаршей;



Надежда Григорьевна ВЕСЕЛОВСКАЯ,

доктор медицинских наук, врач-кардиолог, высшая квалификационная категория, старший научный сотрудник отдела мультифокального атеросклероза НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН



Сердечный разговор с кардиологом

● сокращение употребления соли. В составе соли присутствует натрий. Это вещество способствует задержке жидкости в организме, что дает дополнительные нагрузки на сосуды и сердце, становится причиной отеков и повышения артериального давления;

● **добавление в рацион омега-3 ненасыщенных жирных кислот.** Эти вещества помогают уменьшать количество отложений холестерина, снижают тромбообразование. Омега-3 ненасыщенные жирные кислоты содержат рыбий жир и растительные масла;

● **снижение калорийности пищи.** Чрезмерное употребление калорий - это путь к набору лишних килограммов, что, в свою очередь, оказывает негативное воздействие на сердечно-сосудистую систему;

● **частое употребление небольших порций.** Переполненный желудок давит на вегетативные нервные окончания, отвечающие за работу сердца. Именно поэтому специалисты советуют принимать пищу небольшими порциями 5-6 раз в день;

● **контроль над количеством выпиваемой жидкости.** При заболеваниях сердечно-сосудистой системы часто наблюдаются отеки. Чтобы предупредить их появление, стоит снизить количество употребляемой жидкости до полутора литров в сутки. Однако этот совет актуален только для тех, у кого существует опасность появления отеков;

● **насыщение рациона продуктами, в которых содержатся пищевые волокна.** Специалисты рекомендуют употреблять 300 г фруктов и овощей в день. Они могут быть как сырыми, так и тушеными или отварными. Пищевые волокна - это прекрасные помощники для выведения лишнего холестерина и токсических веществ;

● **ограничение количества продуктов, которые возбуждают нервную систему.** К таковым принадлежат кофе и крепкий чай, острая пища и грибные бульоны.

Запреты в питании

Больным с проблемами сердца и сосудов запрещается употребление жирной свинины и говядины, колбасных изделий, мяса водоплавающих птиц, жирной рыбы, соленьев, копче-



ностей, жареных блюд, бобовых, сала, маргарина, кулинарных жиров.

В зависимости от конкретной болезни диета может несколько изменяться. Так, пациентам с атеросклерозом рекомендуется ограничивать продукты питания, которые богаты холестерином, а при гипертонии необходимо максимально сократить употребление соли.

Грамотно подобрать диетическое меню может только врач, основываясь на данных о состоянии здоровья.

Таким образом, если придерживаться основных правил здорового питания не от случая к случаю, а **постоянно**, сделав их основами своего ежедневного рациона, то это позволит поддерживать свой оптимальный вес длительное время и без жестких диет, а также продлить здоровье и молодость.

Один из вариантов здорового и вкусного обеда, который поможет сохранить не только здоровый вес, но и здоровое сердце.

Вариант 1. Салат свекольный; куриный бульон с гренками; курица с рисом; хлеб; кисель.

Вариант 2. Салат из свежей капусты с яблоком; борщ со сметаной; филе окуня; картофель отварной; хлеб, сок апельсиновый.

Вариант 3. Винегрет; рассольник; плов; компот из сухофруктов.

Средняя калорийность обеда составляет 900-1150 калорий. ☺

Питание - очень важный фактор поддержания и восстановления здоровья, в том числе при сердечно-сосудистых болезнях.



Совершенствуем сестринское дело

15 апреля 2015 года в КГБУЗ «Городская клиническая больница №11, г.Барнаул» состоялось открытие учебно-методического кабинета (УМК). Это очень значимое событие в области сестринского дела и относится к инновационным сестринским технологиям.

УМК - это структурное подразделение ЛПО, созданное для повышения профессионального уровня и самообразования сестринского персонала. Его основной задачей является организация теоретических и практических форм обучения специалистов сестринского дела: конференции, семинары, зачеты, профессиональные конкурсы, тестирование, предатгестационная подготовка. В функции руководителя кабинета входит содействие внедрению в практику новых технологий сестринской помощи, проведение научных исследований в сестринском деле, внедрение практических стандартов и технологий ПМУ в деятельность медицинских сестер. Также он занимается созданием сестринских Школ здоровья по формированию здорового образа жизни, эргономики, предупреждению социально-значимых заболеваний у сестринского персонала и организацией проведения учебно-производственных практик студентов образовательных медицинских учреждений.

АРОО «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников», являясь инициа-



тором создания УМК на базах крупных ЛПО Алтайского края, с 2007 года активно пропагандирует это направление на уровне руководителей здравоохранения и ЛПО. Первыми наше предложение поддержал главный врач КГБУЗ «Городская больница № 4, г.Барнаул» **Н.П. ГУЛЛА** и главная медицинская сестра **Е.А. ВЕТХОВСКАЯ**. УМК на базе больницы успешно функционирует с 2008 года.

АРОО «ПАСМР» участвует в оснащении учебно-методических кабинетов специализированной медицинской литературой, нормативной документацией и офисной техникой.

Заведующей УМК в КГБУЗ «Городская клиническая больница № 11, г.Барнаул» назначена **Л.М. МИЛЛЕР**. Любовь Михайловна - высококвалифицированный организатор сестринского дела, 41 год ее трудовой деятельности тесно связан с этой больницей, где она 18 лет проработала старшей медицинской сестрой урологического отделения и 19 лет - главной медицинской сестрой больницы. Желаем Любви Михайловне дальнейшего упорства в достижении поставленных целей!

Со словами благодарности в адрес главного врача **А.А. КОЛОМИЕЦ** за поддержку Ассоциации и создание кабинета хочется выразить надежду на его дальнейшее развитие для совершенствования практических навыков сестринского персонала и повышения качества медицинской помощи. И открытие учебно-методического кабинета - это первый шаг в начале пути. ☺

**С уважением,
Президент АРОО ПАСМР
Л.А. ПЛИГИНА**



Весенний месяц май наполнен множеством значимых дат. Есть профессиональные праздники в области сестринского дела:

5 мая - Международный день акушерки,

12 мая - Международный день медицинской сестры. И, конечно, праздник всего нашего народа

- 9 мая, День Великой Победы над фашизмом, самый памятный и праздник «со слезами на глазах...»: нет такой семьи, к которой не прикоснулось бы смертоносная рука Великой Отечественной войны.

Неизмеримо велика заслуга в Победе медицинских работников: врачей, медицинских сестер, санитаров, которые ценой своей жизни спасали бойцов на передовой линии фронта и в тылу.

В день 70-летнего юбилея Великой Победы мы выражаем искреннюю признательность отцам и дедам за мирное небо над головой. В этот памятный День мы обращаемся к молодому поколению с призывом никогда не забывать о героическом подвиге своих предков и помнить, что мир и свободу необходимо свято оберегать от любых угроз во все времена.

**Хочу, чтобы наша память
Хранила правду о войне,
О тех, кто закрывал горнило
В своей и дальней стороне,
Спасая всех, лишился жизни,
Но мир планете подарил.
Прошу всех, берегите правду
И берегите честь тех, кто заслужил!**

5 мая более 50 стран мира отмечают **Международный день акушерки**. Это особенная профессия, ведь от опыта, знаний, умений, сострадания, милосердия и ответственности этих специалистов зависит здоровье и порой жизнь роженицы-мамы и ее ребенка.

В этот день в коллективах родильных домов проводятся торжественные мероприятия, конференции, встречи с поздравлениями с вручением заслуженных наград, теплыми словами благодарности за тяжелый и бесценный труд в адрес акушерок, с помощью которых совершается волшебное чудо - рождение Человека.

12 мая - Международный день медицинской сестры. Невозможно представить нашу медицину без медицинских сестер, которые несут на своих хрупких плечах 80% всего ухода и лечения пациентов. В этот профессиональный праздник стоит сказать, что сестринскому сообществу в лице профессиональных сестринских ассоциаций удалось доказать руководителям Министерства здравоохранения РФ, что специалисты сестринского дела: фельдшера, акушерки, медицинские сестры, лаборанты - являются помощниками пациента, а не врача. Эта новая модель, провозглашенная МЗ РФ должна в корне изменить отношения в коллективах ЛПУ, благодаря чему у сестринского персонала должны формироваться партнерские отношения с врачами, от которых будет качественно улучшаться медицинская помощь.

**В привычном слове медсестра -
Заложено жизнью смысл глубокий.
И если рядом есть она,
То вы уже не одиноки!
А как сестра врачует душу!
Судьбой дана такая роль...
Уметь лечить людей и слушать...**

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



Синдром обструктивного апноэ сна и его диагностика

Около 30% взрослого населения и 10-14% детей постоянно храпят во сне, что является одним из основных симптомов синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС), проявляющегося остановками дыхания во сне с последующими громкими всхрапываниями.

Каждая остановка дыхания, а при тяжелых формах СОАС их может быть до 400-500 за ночь, приводит к пробуждению мозга, что резко ухудшает качество сна. **При обструктивном апноэ наблюдается перекрытие потока воздуха на уровне верхних дыхательных путей**, и, несмотря на экскурсию грудной клетки и живота, выдыхаемый воздух не достигает легких. Так происходит при ожирении, когда дыхательные пути сужены вследствие отложения висцерального жира рядом со стенками глотки, увеличение небных миндалин. Злоупотребление алкоголем, курение приводит к спадению дыхательных путей, тормозит активность головного мозга, что также провоцирует нарушение дыхания во сне.

У детей основной причиной формирования СОАС являются, помимо ожирения и увеличения миндалин, - **риниты и аденоиды аллергического и воспалительного генеза**, а длительно сохраняющееся ротовое дыхание приводит к **деформации лицевого скелета** (у ребенка формируется вытянутое по вертикали лицо с маленькой, смещенной назад нижней челюстью, «скученностью» зубов и увеличенным с горбинкой носом).

Также апноэ классифицируется на **центральное** - дыхательные пути чистые, но происходят снижение или остановка дыхательного центра и прекращение дыхательных усилий (синдром Ундины), и **смешанное**.

Может быть, кто-то помнит полногую юношу с красным лицом по имени Джо из произведения «Посмертные записки Пиквикского клуба», который постоянно засыпал и начинал храпеть

в самый неподходящий момент. Таким образом, Чарльз Диккенс впервые описал пациента, страдающего синдромом обструктивного апноэ сна. Сюда можно еще добавить характерный хриплый голос, который образуется в результате биения мягкого нёба о стенки глотки во время храпа.

Но, к сожалению, часто пациенты не жалуются на храп и на остановки дыхания во сне, считая это неважным. *Клиническими проявлениями синдрома обструктивного апноэ сна являются:*

- ▶ выраженная сонливость,
- ▶ частые пробуждения,
- ▶ разбитость по утрам,
- ▶ утренние головные боли,
- ▶ артериальная гипертония,
- ▶ частое ночное мочеиспускание,
- ▶ приступы удушья во сне,
- ▶ отрыжка и изжога во сне,
- ▶ ночная потливость,
- ▶ снижение потенции,
- ▶ увеличение массы тела вплоть до ожирения,



Юлия Ивановна ЖАВИНИНА,
медицинская сестра,
высшая квалификационная категория, отделение заболеваний нервной и мышечной систем, КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края»



Советы медицинской сестры

- ▶ снижение памяти,
- ▶ депрессия,
- ▶ раздражительность.

Основные проявления СОАС у детей больше проявляются со стороны психики: дефицит внимания, гиперактивность, дневная сонливость, агрессия, депрессия, но также наблюдаются эпизоды ночного энуреза, замедленный рост.

Помимо медицинских проблем: ишемическая болезнь сердца, атеросклероз, когнитивные и неврологические осложнения, метаболические и эндокринные расстройства - СОАС приводит к значительным отрицательным социально-экономическим последствиям. Снижение производительности труда, увеличение производственного травматизма, резкое увеличение риска ДТП из-за патологической дневной сонливости, рассеянности внимания, невозможности сосредоточиться. До 20% всех ДТП может быть связано с засыпанием за рулем. Синдром обструктивного апноэ сна у детей вызывает проблемы с обучением из-за гиперактивности и дефицита внимания, и если ребенок не сможет нормально учиться в возрасте 5-12 лет, то наверстать этот пробел в дальнейшем будет практически невозможно. Всё это ставит вопрос о необходимости правильной диагностики и лечения.

Так как заболевание проявляется множеством симптомов, пациенты могут обращаться к терапевту, оториноларингологу, кардиологу, пульмонологу, эндокринологу, сексопатологу, психиатру. *В настоящее время существуют уникальные методики, проводимые в КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края», по выявлению синдрома обструктивного апноэ сна.*

Наиболее простым и доступным методом является **компьютерная пульсоксиметрия во время ночного сна**. Аппарат PulseOx 7500 (SPOMedical, Израиль) представляет собой миниатюрный компьютер, который располагается на запястье пациента и регистрирует насыщение крови кислородом и пульс. При выявлении патологии необходима более углубленная диагностика: **полисомнография** и **кардиореспираторный мониторинг**. С помо-



щью аппарата ИНКАРТ («Кардиотехника», Санкт-Петербург) происходит регистрация дыхательного потока и храпа с помощью носовой канюли, насыщение крови кислородом, пульса, ЭКГ. Также в краевом Диагностическом центре проводят **кардиореспираторный мониторинг сна с регистрацией ЭЭГ**, что позволяет наблюдать влияние нарушения дыхания во сне на стадии сна, функциональное состояние мозга.

Опытный сомнолог, ведущий прием в Диагностическом центре Алтайского края, грамотно интерпретирует данные исследований и назначит лечение.

К сожалению, отечественные врачи мало информированы о влиянии синдрома обструктивного апноэ сна на здоровье человека и не уделяют должного внимания диагностике. Часто тяжелые формы СОАС остаются недиагностированными и нелечеными, что значительно ухудшает качество и прогноз жизни больного. А между тем, установление точного диагноза необходимо ещё и потому, что в настоящее время существуют эффективные методы лечения синдрома обструктивного апноэ сна, что значительно улучшает качество жизни человека и предотвращает серьезные осложнения. ☺

Синдром обструктивного апноэ сна у детей вызывает проблемы с обучением из-за гиперактивности и дефицита внимания, и если ребенок не сможет нормально учиться в возрасте 5-12 лет, то наверстать этот пробел в дальнейшем будет практически невозможно.

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





История акушерского дела в России



Иван Григорьевич БРУСЕНЦОВ,
врач акушер-гинеколог, высшая квалификационная категория, ассистент кафедры акушерства и гинекологии АГМУ;



Василий Максимович РЕМНЕВ,
врач акушер-гинеколог, высшая квалификационная категория, заведующий послеродовым отделением,

- КГБУЗ «Перинатальный центр (клинический) Алтайского края»

Самый ранний письменный источник, в котором затрагиваются вопросы акушерства, относится к периоду расцвета Киевской Руси - примерно начало XII века.

В трактате внучки Владимира Мономаха царицы Зои имеются главы: «10. О соитии», «11. О беременной и утробном младенце», «12. О том, как вести себя кормилице», «13. Об уходе за ребенком». Но упадок Киевской Руси, феодальная раздробленность и бесконечные княжеские междоусобицы, в том числе и длившееся три столетия монгольское иго, сыграли пагубную роль в развитии русской экономики и культуры, в том числе акушерской науки и практики. Русские княжества, будучи под игом варваров-завоевателей, были по сути непреодолимой стеной, за которой беспрепятственно продолжалось развитие стран Западной Европы.

Акушерская помощь в России осуществлялась на самом примитивном уровне. И в селах, и в городе, и царские и боярские жены в столице рожали в основном с помощью бабок-повитух, уровень медицинских знаний которых был весьма невысок. **Повивальные бабки** (свивавшие пеленкой дитя) - женщины, оказывающие пособия роженице, - приглашались только на трудные роды, в остальных случаях они приходили после родов для перевязки пуповины и «повития» (пеленания) младенца. С одной стороны, это диктовалось известным суеверием - избежать «дурного глаза», с другой - соображениями экономии. Функции повивальных бабок были очень разнообразными, они исполняли установленные обычаи, поверья, заговоры и различные действия. Так, при начале родов в доме отпирали все запоры. Чтобы у беременной «развязались» роды, повитуха расплетала роженице косы, развязывала на одежде все узелки, ходила с роженицей до полного ее изнеможения, подвешивала ее за руки, встряхивала, опрыскивала «с уголька», разминала ей живот для «правления» плода и прочее. И чем больше бабка-повитуха знала подобных приемов, якобы ускоряющих

роды, тем более опытной и знающей она считалась в «бабичьем деле»... Древнейшим местом для родов, которое готовили заранее, не только у крестьян, но и у царей, была **баня** - «мыльня», которая была самым чистым местом в хозяйстве. В ней не было никакого хлама, грязи и там не содержался скот, который в холодное зимнее время нередко переводился в избу. Тем более перед родами ее с усердием мыли, скребли добела ножами пол, полок и стены, протапливали, чтобы легче было «размягчить» тело роженицы, но париться ей не разрешалось. Баню протапливали специально заготовленными дровами: рябиновыми, чтобы отогнать нечистую силу, дубовыми, чтобы ребенок родился сильным, и березовыми, чтобы дитя было красивым.

Вот такая помощь русским женщинам в городах и деревнях оказывалась бабками-повитухами. Только сравнительно ограниченное число рожениц из привилегированного класса могли пользоваться акушерками и врачами-иностранцами (последние в большинстве своем приезжали в Московию лишь с целью личного обогащения, не имея достаточных медицинских знаний).

Законоположения, касающиеся деятельности бабок-повитух, впервые в России были закреплены указом Петра I только в 1804 году. В указе указывался запрет под страхом смертной казни на убийства родившихся уродов, - что практиковалось повитухами и не противоречило установившимся в народе взглядам. *Позже Петром I были устроены первые убежища для новорожденных, от которых матери пытались избавиться.* Кроме того, **Петр I пригласил нидерландского хирурга и акушера Николая Бидлоо, который стал предшественником научного русского акушерства,** начало зарождения которого относится ко второй половине XVIII века, чему способ-



Школа ответственного родительства

ствовавали опыт, накопленный народной медициной, и использование достижений мировой науки. В 1754 году указом Правительствующего сената по инициативе П.З. Кондоиди был утвержден проект организации «бабичьих школ», имевших целью подготовить научно образованных акушеров, «присяжных бабок». Преподавание в школах в течение четырех лет состояло из теоретического курса и практических занятий. На открытие школ в Москве и в Санкт-Петербурге Сенатом было отпущено 3000 рублей, что для того времени очень большие деньги. За 20 лет в Московской школе было подготовлено всего 35 повивальных бабок, из которых только пять были русскими.

В это же время великий ученый М.В. Ломоносов поставил вопрос о необходимости вести борьбу с огромной детской смертностью и «калечением» женщин из-за отсутствия медицинской помощи при родах. Для этого он предлагал: «...выбрать хорошие книжки в повивальном искусстве и самую лучшую, положив ее за основание, сочинить наставление на российском языке, к чему присокупить добрые приемы российских повивальных искусных бабок, эту книжку напечатать в довольном множестве и распродать во все Государство, чтобы грамотные люди, читая, могли сами знать и других наставлением пользоваться».

При Московском университете был учрежден медицинский факультет, и было положено начало высшему медицинскому образованию, что устранило зависимость медицины от заграницы. В 1763 году в Москве, а через 7 лет и в Петербурге, были созданы Воспитательные дома, при которых были организованы родовспомогательные заведения на 20 коек. Они предназначались для оказания помощи незамужним женщинам, являясь базами для преподавания акушерства. К последней четверти XVIII века относится расцвет деятельности основоположника отечественного научного акушерства Н.М. Максимовича-Амбодика. Нестор Максимович преподавал акушерство в Петербургской школе, значительно видоизменил и улучшил это преподавание, введя не существующую до него демонстрацию на фантоме женского таза с деревянным ребенком по собственным моделям и рисункам, а также прямые и кривые щипцы с деревянными рукоятками. Впервые в мире он предложил метод массажа матки на ку-



лаке при акушерском кровотечении, получивший широкое распространение в дальнейшем, впервые в России предложил защиту промежности во время родов, описал асинклитическое вставление головки плода, разработал конструкцию родильной кровати.

Первая половина XVIII века характеризовалась стремлением отечественной науки освободиться от засилья врачей-иностранцев, в основном немцев, многие из которых занимали в России руководящее положение. Немецкие учебники заменялись русскими, преподавание стали вести на русском языке. Все эти изменения проходили далеко не мирным путем, но все-таки закончились победой самобытной русской акушерской науки.

Во второй половине XVIII века Москва и Петербург становятся центрами русской акушерской науки. В Петербурге в 1797 году был организован родильный госпиталь на 20 кроватей, а при нем - Повивальная школа на 22 ученика. Медико-хирургическая академия, основанная в 1798г. (ныне Военно-медицинская академия), и университет еще не имели своих акушерских клиник, поэтому студентов для практических занятий по акушерству направляли в родильные отделения Воспитательных домов. В начале XIX века в Москве при Воспитательном доме был организован Повивальный институт, во главе которого стал В.М. Рихтер. Сначала открывается акушерская клиника при Московском, потом - при Харьковском, Казанском, Киев-

Нестор Максимович усиленно разрабатывал теоретические вопросы акушерства: одним из самых известных его трудов была книга «Искусство повивания или наука о бабичьем деле». Это было первое оригинальное руководство по акушерству, написанное на русском языке.



Какой вид

Родители любят пометать о будущем своего малыша. Когда он только в начале своего жизненного пути, все возможности для него одинаково реальны. И задача родителей - не пропустить основные вехи развития ребенка, когда следует подсказать, помочь, направить.

Ваш малыш активен, про него говорят «фонтан энергии», он любит постоять на голове в буквальном и переносном смысле? Значит, стоит отдать его в спортивную секцию, а не в музыкальную школу. Таким ребятишкам необходим периодический выплеск энергии, поэтому физические нагрузки снимут излишнее напряжение и дисциплинируют ребенка.

Ваш малыш ослаблен? Его часто преследуют простудные заболевания? Он эмоционально нестабилен? В классе его считают аутсайдером? Такому ребенку тоже будут полезны спорт или лечебная физкультура. Систематические упражнения закаляют тело и дух, придают уверенности в своих силах и дают возможность выгодно выделиться среди ровесников.

Теперь самое главное - определимся с видом спорта, куда можно отдать ребенка.

Ошибки, которых стоит избегать:

- ◆ ориентироваться на собственные нереализованные желания и амбиции;
- ◆ ориентироваться исключительно на территориальный фактор (близость к дому, детскому саду, школе);
- ◆ следовать за модой (модные виды спорта, как правило, коммерческие и очень конкурентные);
- ◆ игнорировать медицинский аспект состояния здоровья ребенка, а также генетическую, предрасположенность к некоторым заболеваниям.

Как должен поступить «ответственный родитель»:

- поговорить с ребенком на тему спорта, понаблюдать, какие виды игр ему больше по душе, какую роль в командных состязаниях ему отводят сверстники; понять, что по-настоящему нравится ребенку;
- оценить загрузку ребенка другими занятиями (музыка, рисование, иностранный язык и т.д.);
- проконсультироваться с педиатром, который пользуется вашим доверием;
- изучить спортивные возможности вашего района;
- лично познакомиться с тренером, побеседовать с ним, понять его жизненную, педагогическую позицию, собрать отзывы о нем. Фигура тренера для ребенка играет определяющую роль, когда после первых занятий малыш принимает решение оставить секцию или продолжать заниматься;
- посетить несколько первых занятий, посмотреть в каком темпе они проходят, как справляется ваш ребенок с этим темпом. Понять атмосферу, в которой проходят занятия: как ребята общаются между собой, как общаются с тренером;
- обязательно посещать соревнования, поддерживать малыша;
- вдумчиво относиться к возможным советам тренера о «витаминах» для юных спортсменов. В профессиональ-

ском университетах. Однако для огромной России этого было мало: даже в 1904 году 98% крестьянок рожали под присмотром невежественных и необразованных бабок и повитух.

Отмена крепостного права и зарождение промышленного капитализма в стране способствовало развитию науки и техники, в частности, естественных наук. Прогресс естествознания и медицины нашел свое отражение и в акушерстве. Вторая половина XIX века связана с деятельностью крупного ученого, ученика Н.И. Пирогова (который, кстати, впервые применил наркоз при наложении акушерских щипцов), **А.Я. Крассовского**, который 26 лет возглавлял Петербургское родовспомогательное заведение. Благодаря введенным им строгим профилактическим мероприятиям, смертность родильниц уменьшилась в 20 раз - с 4 до 0,2%. Но главной заслугой ученого перед отечественным акушерством является то, что он вырастил большое количество талантливых учеников: В.М. Флоринский, К.Ф. Славянский, М.И. Горвиц, И.Ф. Масловский, П.И. Добрынин, Г.Е. Рейн. Он создал капитальный труд по оперативному акушерству, в котором не только обобщил свой богатый клинический опыт, но и использовал работы русских акушеров.

В Московской акушерско-гинекологической науке крупной фигурой был **В.Ф. Снегирев**. Он создал классический труд «Маточные кровотечения», был неутомимым и талантливым организатором. В 1887 году организовал Московское акушерско-гинекологическое общество, основал при Московском университете гинекологическую клинику, а также институт усовершенствования врачей акушеров-гинекологов. После себя В.Ф. Снегирев оставил много учеников, которые, в свою очередь, внесли достойный вклад в отечественное акушерство.

Большую роль в развитии акушерской науки сыграла акушерская клиника в Казани, особенно во времена пребывания в ней таких известных ученых, как **Н.Н. Феноменов**, создавший руководство «Оперативное акушерство», которое выдержало несколько изданий. Вторым крупнейшим представителем этой школы был **В.С. Груздев**, автор руководства «Курс акушерства и женских болезней», которое долгое время служило настольным пособием для нескольких поколений уже советских врачей.

Огромный вклад в развитие акушерской науки в России внес **Д.О. Отт**, который возглавил Петербургский клинический повивальный институт (ныне - НИИ акушерства и гинекологии им.Д.О. Отта) и организовал в нем широкую подготовку специализирующихся по акушерству врачей, построил новые клинические и учебные корпуса института и вывел его на мировой уровень.

Благодаря этим выдающимся ученым, их титаническому труду наша акушерская наука сравнялась с Западом, а в некоторых областях даже и опередила его и продолжает опережать сегодня. И наши женщины, живя в любом регионе огромной страны, имеют возможность получить квалифицированную помощь высокого качества, родить здоровых и успешных детей, стать счастливыми матерями. ☺





Эндоскопии в диагностике заболеваний желудочно-кишечного тракта

Болезни органов пищеварения относятся к числу наиболее часто встречающихся заболеваний у детей. Их распространенность в настоящее время превышает 100 случаев на 1000 детского населения. За последние 20 лет количество гастроэнтерологических заболеваний у детей выросла более чем на 30 процентов.

Согласно материалам исследований, проведенных по унифицированной программе в ряде городов России и ближнего зарубежья, ее уровень не имеет существенных региональных особенностей. В Алтайском крае показатели частоты гастроэнтерологической патологии по официальной статистике составляет более 130 на 1000 детского населения. При проведении собственных исследований получены более серьезные результаты: **данный показатель достигает 700 случаев на 1000 детей.**

Среди заболеваний органов пищеварения патология желудка занимает одно из первых мест и достигает 30-40 процентов. Наряду с клинической симптоматикой **эндоскопические исследования являются основным методом диагностики заболеваний желудка и кишечника** на протяжении нескольких десятилетий.

Анатомо-физиологические особенности ребенка создают свои требования к проведению данных исследований. Следовательно, у детей они должны проводиться специалистами, знающими эти проблемы. Одним из центров эндоскопии для детей края является Алтайская краевая клиническая детская больница.

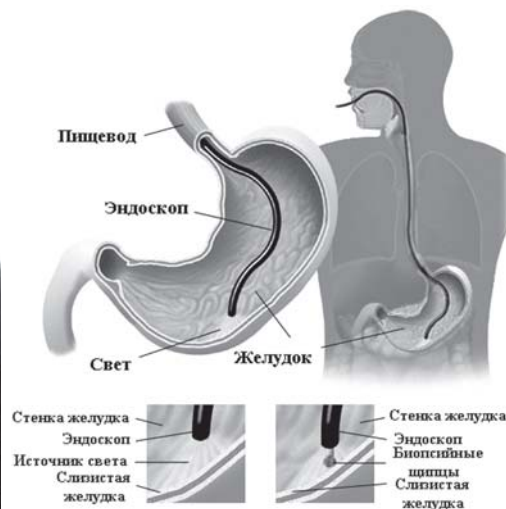
Основными клиническими признаками необходимости эндоскопических исследований являются: боли в животе и диспептический синдром в виде отрыжки, рвоты, жидкого стула и крови, запоров. Болевой синдром у детей неспецифичен и сопровождается разнообраз-

ные заболевания органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза, что иногда является поводом к неотложным хирургическим вмешательствам.

Эндоскопия - это наиболее востребованное лечебно-диагностическое направление. С помощью специальных приборов - эндоскопов - можно осмотреть изнутри органы желудочно-кишечного тракта, произвести визуальную оценку изменений внутренних органов. **При эндоскопических исследованиях выявляются:** воспалительные, пролиферативные и атрофические изменения слизистой, эрозивно-язвенные поражения, доброкачественные новообразования, врожденная патология, функциональные расстройства. Ценность методов увеличивается из-за возможности проведения забора материала для проведения морфологичес-



Алексей Иванович СИЛИНСКИЙ,
заведующий эндоскопическим отделением, врач-эндоскопист, высшая квалификационная категория,
КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница»



кого и бактериологического исследований, что позволяет верифицировать патологический процесс, выявлять геликобактерную инфекцию, установить ранние и доклинические стадии различных заболеваний, позволяет контролировать течение болезни, что улучшает результаты лечения. При исследовании кишечника забор и проведение морфометрического исследования слизистой кишки является золотым стандартом в диагностике целиакии.

Направляет на эзофагогастродуоденоскопию врач-гастроэнтеролог. Если лечащий врач рекомендует произвести ребенку эндоскопическое исследование, то родителям не следует оттягивать его проведение, мотивируя жалостью к своему ребенку из-за причиняемых ему во время проведения исследования физического дискомфорта и психо-эмоциональных переживаний. Диагностическая эзофагогастродуоденоскопия производится в большинстве случаев **под местной анестезией**, в некоторых случаях - под общим обезболиванием (наркозом). Исследование кишечника у детей и подростков производится исключительно **под общим обезболиванием**.

Алтайская краевая клиническая детская больница - это многопрофильное лечебное учреждение, оказывающее специализированную медицинскую помощь детскому населению края. В ее составе успешно функционирует *эндоскопическое отделение*, которое оснащено эндоскопической видеоинформационной системой, позволяющей производить манипуляции на высоком уровне. **Неукоснительно соблюдаются все требования санитарно-противоэпидемических норм.** Оборудование проходит все стадии обработки, начиная с очистки и заканчивая дезинфекцией высокого уровня, с использованием современных дезинфицирующих средств, обеспечивающих мощное бактерицидное действие, не вызывающих аллергических реакций.

В отделении производятся диагностические исследования как пациентам, находящимся на стационарном лечении, так и направленным с амбулаторно-поликлинического приема. *Проведение исследования толстого кишечника амбулаторным пациентам, требующее общего обезболивания, возможно в условиях дневного стационара.* Лечебно-диагностические эндоскопические манипуляции, производимые в Алтайской краевой клинической детской больнице: удаление инородных тел желудочно-кишечного тракта и трахеобронхального дерева, удаление доброкачественных новообразований ЖКТ (эндоскопическая полипэктомия), склерозирование варикозно расширенных вен пищевода у пациентов с портальной гипертензией, эндоскопическое бужирование при рубцовых стриктурах пищевода, установка зондов для энтерального питания - более «агрессивны» и требуют выполнения под общим обезболиванием *в условиях стационарного лечения.*

Эндоскопические исследования, обеспечивающие получение необходимой информации, не представляют опасности для ребенка. Заложенный в основу эндоскопического исследования у детей принцип высокой результативности, атравматичности и безопасности сделал возможным выполнение эндоскопии у детей любого возраста. ☺

Лактазная у детей первого

Татьяна Юрьевна КАЛМЫКОВА,
врач-гастроэнтеролог, первая
квалификационная категория,
Краевая детская поликлиника
КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая
детская больница»

Наиболее частой причиной обращения родителей с детьми до года к гастроэнтерологу являются колики, развивающиеся вследствие лактазной недостаточности.

Лактоза - это молочный сахар (углевод), который в больших количествах содержится в грудном молоке, молочных смесях, коровьем молоке и существенно меньше его в кисломолочных продуктах. **Лактаза** - это фермент, который расщепляет лактозу. Дефицит этого фермента в организме (то есть **лактазная недостаточность**) приводит к нарушению всасывания лактозы, которая поступает в толстый кишечник в значительных объемах. Обычно симптомы лактазной недостаточности нарастают с увеличением объема потребляемого молока. Сначала, в первые недели жизни новорожденного, не возникают никакие признаки нарушений, затем - со второй-третьей недели после родов, когда у мамы появляется зрелое молоко, появляются *разжижение стула и повышенное газообразование, боли в животе.*

Малыш обычно имеет хороший аппетит, жадно начинает сосать, но спустя несколько минут *плачет, бросает грудь, поджимает ножки к животу.* Во время и между кормлениями ребенок *беспокоится, ухудшается его состояние обычно к вечеру.* Стул - *частый, жидкий, желтый, с кислым запахом, пенистый* (напоминает дрожжевое тесто), иногда редкий и после стимуляции. Отмечается *вздутие живота, повышенное газообразование, у некоторых детей - обильные срыгивания.*

Для уточнения диагноза в обследовании ребенку **назначается кал на углеводы и копрограмма**, в которой отмечаются кислая реакция кала и большое количество жирных кислот. Повышенные показатели кала на углеводы подтверждают диагноз «лактазная недостаточность».

Как помочь ребенку с лактазной недостаточностью?

Правильная организация грудного вскармливания. Необходимо правильное прикладывание ребенка к груди, правильный захват соска. Давать ребенку вторую грудь лишь тогда, когда он опустошил первую полностью (иначе ребенок получит много переднего молока, богатого лактозой, и, не успев высосать





недостаточность года жизни



заднее молоко, опять перейдет на переднее молоко из второй груди). Ребенок сосет грудь так долго, как ему необходимо. Сохраняются ночные кормления, когда вырабатывается больше заднего молока.

Исключение из рациона аллергенов. Чаще всего речь идет о белке коровьего молока. Дело в том, что он является достаточно распространенным аллергеном. Если мама потребляет много цельного молока, то его белок может частично всасываться из кишечника в кровь мамы и, соответственно, в молоко. В случае если для ребенка белок коровьего молока является аллергеном, что случается довольно часто, он нарушает деятельность кишечника ребенка, что может приводить к недостаточному расщеплению лактозы и к развитию вторичной лактазной недостаточности.

Сцеживание перед кормлением. Если реже менять грудь и исключить аллергены оказывается недостаточно, можно попробовать сцеживать перед кормлением небольшую порцию переднего молока, богатого углеводами. Это молоко ребенку не дается, он прикладывается к груди, когда идет уже более жирное молоко.

Употребления фермента лактазы. Врач выписывает ребенку с лактазной недостаточностью лактазу, которая дается перед кормлением, растворенная в некотором количестве грудного молока. Дозу определяет врач. Пробуют отменить лактазу после 4-5 месяцев жизни ребенка, когда заканчивается созревание фермента лактазы в его кишечнике. Дети на искусственном вскармливании переводятся временно на безлактозную (низколактозную) смесь.

Восстановление микрофлоры кишечника. К основному лечению для коррекции дисбиоза кишечника ребенку назначаются биопрепараты, содержащие бифидобактерии и лактобактерии.

Если родители отмечают у ребенка симптомы лактазной недостаточности, нужно обращаться за помощью к детскому гастроэнтерологу. ☺

Разработан простой тест для выявления рака желудка

Ученые из Израиля и Латвии сообщили о разработке простого и дешевого дыхательного теста, который способен помочь обнаружить рак желудка еще на ранней стадии.

Система скрининга выявляет определенные химические сигналы в выдыхаемом пациентом воздухе, связанные с развитием опухоли. Анализ подобных «отпечатков дыхания» позволит медикам определять людей с высоким и низким риском развития онкологического заболевания.



Новый тест уже показал достаточно высокую точность в выявлении заболевания. В проведенном исследовании участвовали 484 человека, 99 из них имели рак желудка. Тест также смог обнаружить разницу между ранними и поздними стадиями рака желудка. Впрочем, его эффективность еще будет проверяться в ходе испытаний с участием тысяч пациентов по всей Европе. И если результаты подтвердятся, то тест могут начать использовать уже в ближайшие годы.

Гибридное мышление

Компьютеры начинают овладевать человеческим языком с помощью методов, схожих со способами работы коры нашего мозга. Они все лучше понимают язык людей, учатся получать знания из различных энциклопедий Интернета.

Через 5-10 лет поисковые системы будут основаны не просто на отыскивании комбинаций слов и ссылок, а на осмыслении информации, на чтении и понимании миллиардов страниц в Интернете и в книгах. Например, на вашем телефоне вдруг выскакивает окно Google и говорит: «А помните, месяц назад вы искали проходят ли глутатионовые добавки через гемато-энцефалический барьер? 13 секунд назад появилось исследование, предлагающее новый способ приема глутатиона, а именно...».

Через 20 лет по капиллярам нашего мозга будут циркулировать наноботы - их появления ждать осталось недолго, судя по тому, как стремительно уменьшаются размеры техники. Они будут соединять неокортекс, кору нашего мозга, с искусственным неокортексом в облачном хранилище данных, расширяя таким образом наш неокортекс до немыслимых размеров.



Победим свой страх!

Роль профилактики в снижении смертности от злокачественных новообразований



Татьяна Владимировна СИНКИНА,

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

В развитых странах наблюдается тенденция к снижению смертности от злокачественных новообразований (ЗНО) за счет эффективно работающих профилактических программ и улучшения раннего выявления рака, что может и должно служить ориентиром для регулирования ситуации в других странах, в том числе и нашей.

Одним из приоритетных направлений в здравоохранении Российской Федерации является профилактика и выявление ЗНО на ранних стадиях за счет четкой организации индивидуальных профилактических осмотров, внедрения скрининговых программ и диспансеризации населения.

Существуют три основных вида профилактических осмотров: комплексные, целевые и индивидуальные.

Цель комплексных профосмотров заключается в обнаружении не только онкологических, но и других заболеваний. Такие осмотры проводятся бригадой врачей различных специальностей среди большого количества организованного населения.

Целевые осмотры направлены на выявление онкологических и других заболеваний одной или двух опреде-

ленных локализаций. Примером целевых осмотров могут служить профилактические гинекологические осмотры лиц, связанных с вредной профессией. Целевые осмотры, так же как и комплексные, охватывают организованное население.

Индивидуальные профосмотры осуществляются в смотровых кабинетах, на приеме в поликлиниках и охватывают в основном неорганизованное население.

Значительная роль в решении поставленных задач, направленных на раннюю диагностику злокачественных новообразований, отводится работе смотровых кабинетов. **Смотровой кабинет является обязательным звеном в амбулаторно-поликлиническом учреждении** и может быть самостоятельным подразделением (на ФАПе).

Приём ведёт медицинский работник со средним медицинским образованием (фельдшер, акушерка) или врач, прошедший специальную подготовку по онкологии и имеющий соответствующий сертификат.

Основной задачей смотровых кабинетов является проведение профилактических осмотров мужчин возрастной группы от 30 лет, а женщин - с 18 лет (что обусловлено высоким



Победим свой страх!

процентом воспалительных и фоновых гинекологических заболеваний в данной возрастной группе). Пациент направляется в смотровой кабинет из регистратуры либо от любого врача при его обращении в поликлинику. Каждый должен проходить профилактическое обследование ежегодно в течение всей жизни. В случае обнаружения у пациента отклонений от нормы, сведения о нем передаются врачу, обслуживающему пациента (участковый врач, врач общей практики).

Профилактический осмотр мужчин включает осмотр кожных покровов и видимых слизистых оболочек, осмотр и пальпацию области наружных половых органов, грудных желез, щитовидной железы, живота, периферических лимфоузлов, пальцевое обследование прямой кишки и области предстательной железы. Цитологическое исследование проводится при наличии видимых изменений либо подозрений на заболевание.

Профилактический осмотр женщин включает осмотр кожных покровов и видимых слизистых оболочек, осмотр и пальпацию молочных желез, области щитовидной железы, живота, периферических лимфоузлов, осмотр в зеркалах шейки матки и влагалища, бимануальное обследование матки и придатков, пальцевое обследование прямой кишки. Забор цитологического материала цервикального канала и шейки матки на исследование проводится у всех женщин.

У женщин моложе 30 лет злокачественные опухоли образуются относительно редко, но зато часто можно выявить инфицирование опасными вирусами (ВПЧ-инфекция - 16 и 18 типы вирусов), обнаружить эрозии, лейкоплакии, дисплазии шейки матки, кисты яичников, узловые образования в молочных железах и т.д. За год в смотровом кабинете поликлиники проходят обследование до 80% женщин, которые считают себя здоровыми, и у 2-3% из них обнаруживаются эти заболевания. Врачи называют их предраковыми, потому что на их фоне нередко развивается рак, ведь в здоровых тканях этого не происходит. Своевременно устранив эти заболевания, можно предупредить возникновение злокачественной опухоли.

Известно, что важным путем диагностики доклинического рака являет-



ся скрининг. **Скрининг** (от англ. Screening - отбор, сортировка) - стратегия в организации здравоохранения, направленная на выявление заболеваний у клинически бессимптомных лиц в популяции. При скрининге выявляют какой-то один специфический признак, характерный для определенного вида рака (узловое образование - на маммографии, клетки рака - при анализе мазка на цитологическое исследование). Кроме того, активно выявляют пациентов групп риска - с предраковыми заболеваниями, имеющие профессиональные вредности, наследственную предрасположенность, определенный генотип и т.д. Эти группы больных подлежат диспансеризации - систематическому врачебному наблюдению за состоянием здоровья с целью предупреждения и раннего выявления заболеваний, своевременного лечения и профилактики обострений.

Различают **массовый** (универсальный) скрининг, к которому привлекаются все лица из определённой категории (например, все дети одного возраста), и **выборочный** (селективный) скрининг, применяемый в группах риска (например, скрининг членов семьи в случае выявления наследственного заболевания).

В онкологии родоначальником скрининга является Георг Папаниколау, который в первой половине XX века предложил и активно продвигал **необходимость выполнения цитологических мазков с поверхности шейки матки**. Этот метод до настоящего времени остается актуальным при скринин-

За год в смотровом кабинете поликлиники проходят обследование до 80% женщин, которые считают себя здоровыми, и у 2-3% из них обнаруживаются эти заболевания. Врачи называют их предраковыми, потому что на их фоне нередко развивается рак, ведь в здоровых тканях этого не происходит.



Победим свой страх!

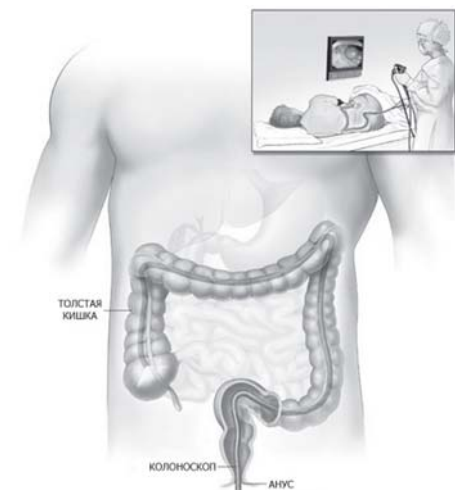
▲ ге рака шейки матки у женщин. Гинекологическое исследование с проведением соскоба влажной порции шейки матки и канала шейки матки - *ПАП-мазок* (Папаниколау) стоит начинать с возраста 21 года, регулярное наблюдение - до возраста 65 лет.

Вторым методом скрининга онкологических заболеваний, получившим активное развитие, явилась **маммография** - начиная с шестидесяти годов XX века, она стала важным фактором ранней диагностики рака молочной железы.

С 1975 года в мире стартовал **скрининг колоректального рака**. Для ранней диагностики рака кишечника наиболее точным является проведение **колоноскопии** (эндоскопическое исследование толстого кишечника на всю длину до соединения между слепой кишкой и тонким кишечником) каждые 10 лет, начиная с возраста 50 лет. При наличии факторов риска возраст начала проведения и периодичность колоноскопии индивидуальны. При наличии патологического участка производится *биопсия* - взятие фрагмента (кусочка) ткани на исследование на наличие признаков злокачественной опухоли.

В России проведение скрининга рака легкого, рака молочной железы, рака желудка, рака толстой кишки, рака шейки матки считается целесообразным, так как заболеваемость и смертность от этих видов рака остается высокой. *В числе достаточно достоверных скрининговых тестов онкологической направленности считают:*

● *тест Папаниколау* - для выявления потенциально предраковых изменений и профилактики рака шейки матки;



● *маммография* - для выявления случаев рака молочной железы;

● *колоноскопия* - для исключения колоректального рака; также рекомендуется ежегодный анализ кала на скрытую кровь.

Таким образом, задачей скрининга является выявление заболевания на более ранней стадии, когда жалоб еще нет, что позволяет своевременно начать лечение и достичь лучших результатов. **Главной же целью скрининга является снижение смертности от ЗНО**, чего и можно достичь, строго выполняя технологию обследования.

Также перспективным направлением является **организация системы диспансеризации всех категорий населения с хроническими заболеваниями** (факультативные предраки), которая в России недостаточно эффективна. *Диспансеризация* - система медицинских мероприятий, осуществляемая лечебными учреждениями в целях профилактики и своевременного лечения заболеваний. Наблюдается безответственное отношение к своему здоровью и низкая медицинская грамотность значительной части населения, недостаточная настороженность врачей в отношении онкопатологии среди лиц трудоспособного возраста. К этому следует добавить низкий охват неорганизованного населения с учетом возраста. В связи с чем, мы можем видеть невысокие цифры выявляемости ЗНО в группах повышенного онкологического риска (факультативные предраки). ©

Мероприятия, направленные на более раннее выявление онкологической патологии, - это борьба за сохранение жизни и социальной активности граждан. Своевременное выявление и лечение «предраковых заболеваний» позволяет предупредить возникновение рака, сохранить вашу жизнь и предотвратить нелегкие виды лечения!





ЗДОРОВОЕ ПИТАНИЕ / ДЛЯ ЧЕГО ВАМ ЭТО НУЖНО?

ЗАДУМАЙТЕСЬ О ЗДОРОВОМ ПИТАНИИ - ЭТО ВЫГОДНО!

На время и деньги, потраченные на **усовершенствование рациона**, Вы покупаете акции самого доходного в мире предприятия - своего организма.

Неправильно питаясь, Вы лишаете себя **иммунитета и гармоничного телосложения**, получая взамен проблемы со здоровьем, преждевременное старение и высокий риск ранней смерти.

2 ОСНОВНЫХ ПРИНЦИПА:

их соблюдение – неотъемлемая часть здорового образа жизни!



1 Принцип / Энергетический баланс

Первый, основной и самый простой, принцип здорового питания – это соответствие между энергией, которую человек получает с пищей, и энергией, которую он тратит.

Калорийность пищи определяется её составом, т. е. соотношением содержания белков, углеводов и жиров. Выяснить, насколько калорийно блюдо, которое Вы собираетесь съесть, можно двумя способами – прочитать информацию на упаковке или подсчитать самостоятельно.

Масса тела – главный индикатор энергетического баланса

А вот вычислить самостоятельно количество калорий, нужное для работы организма, – задача сложная. Энергетические потребности зависят от Вашего роста, веса, возраста, пола, рода деятельности и общей физической активности. Но и этих сведений достаточно лишь для примерной оценки, ведь каждый организм индивидуален. Однако Ваше тело – очень чувствительная система, реагирующая на любое изменение. Главной реакцией на недостаток или избыток поступающей энергии станет изменение его массы.

Оценить, в норме ли Ваш вес, можно с помощью индекса массы тела (ИМТ).



2 Принцип / Витамины и минералы

Второй принцип здорового питания сложнее первого: химический состав суточного рациона человека должен соответствовать его физиологическим потребностям в биологически активных веществах: витаминах и минералах.

Эти вещества организм человека не может вырабатывать самостоятельно и запасать впрок на сколько-нибудь долгий срок. Именно поэтому витамины и минералы человек должен получать с пищей каждый день. Разные активные вещества содержатся в разных группах продуктов. Так, например, кальций и витамин D содержатся в молоке, витамин B₁₂ – в молоке и мясе, витамин C – только в овощах и фруктах, витамин PP – в мясе, бобах и крупах.

Отказ от какой-либо группы продуктов или однообразное питание могут привести к недостатку тех или иных микронутриентов.

Чего и сколько должно быть в Вашем ежедневном рационе

Больше всего в Вашем рационе должно быть разных зерновых продуктов – 6–8 порций. Это хлеб, каши, макаронные изделия, сухие завтраки. На втором месте должны быть овощи и фрукты. Их нужно съедать от 5 до 9 порций, которые соответствуют небольшой тарелке овощного салата или гарнира или одному среднему фрукту или стакану фруктового сока.

От 4 до 6 порций богатых белком продуктов: молока, сыра, бобов, яиц, орехов, мяса, рыбы. Порция – это стакан молока или йогурта, небольшая кусочек сыра или мяса, яйцо. Помните, что мясо и бобовые не могут заменить молочные продукты.

Ограничивайте потребление жиров. Постарайтесь свести к минимуму употребление сладостей.

УЗНАЙ БОЛЬШЕ
КАК БЫТЬ ЗДОРОВЫМ
www.takzdorovo.ru
8 800 200 0 200

Дать шанс здоровью!
Можешь только ты!





ТИПЫ ОЖИРЕНИЯ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЯ

ЧТО ТАКОЕ ОЖИРЕНИЕ?

Для того чтобы оценить степень ожирения, существует особый критерий – индекс массы тела (ИМТ), который определяется как отношение массы тела (кг) к квадрату роста (м).

$$\text{ИМТ} = \frac{\text{масса тела, кг}}{\text{рост}^2, \text{ м}}$$

Нормальный ИМТ лежит в пределах 18,5–24,9.

Избыточным считается вес при ИМТ от 25 до 29,9.

Ожирение I степени: ИМТ от 30 до 34,9 единицы.

Ожирение II степени: ИМТ от 35 до 39,9 единицы.

Ожирение III степени: ИМТ от 40 единиц и выше.



КЛАССИФИКАЦИЯ	ИМТ (кг/м ²)	РИСК СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
Недостаточная масса тела	<18,5	Низкий для сердечно-сосудистых заболеваний (но риск других клинических проблем увеличивается)
Нормальная масса тела	18,5–24,9	Обычный
Избыточная масса тела	25,0–29,9	Повышенный
Ожирение I ст.	30,0–34,9	Высокий
Ожирение II ст.	35,0–39,9	Очень высокий
Ожирение III ст.	>40,0	Чрезвычайно высокий

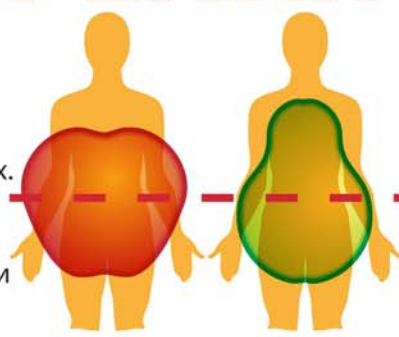


УЗНАЙ БОЛЬШЕ
КАК БЫТЬ ЗДОРОВЫМ
www.takzdorovo.ru
8 800 200 0 200
Дать шанс здоровью!
Можешь только ты!

ТИПЫ ОЖИРЕНИЯ

1 «Мужской». Фигура при таком ожирении условно именуется «яблоком». Отложение жира происходит в основном в области талии, практически не затронуты шея, плечи, руки, в меньшей степени отложения появляются на ногах.

2 «Женский». Фигура при таком ожирении условно именуется «грушей». В основном жир откладывается на бедрах и ягодицах. Практически не задействованы шея, руки, верх живота.



Наиболее опасным из этих двух типов является тип «яблоко», так как ожирение такого типа оказывает негативное влияние на большое число внутренних органов, расположенных именно в средней области тела человека.



ОКРУЖНОСТЬ ТАЛИИ И РИСК РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ

УРОВЕНЬ РИСКА	ПОВЫШЕННЫЙ	ВЫСОКИЙ
Мужчины	> 94 см	> 102 см
Женщины	> 80 см	> 88 см