

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№5 (161) МАЙ 2016



Лучший врач края - 2015

А память бессмертна...



Наше поколение родилось в первое послевоенное десятилетие.

Я спрашиваю себя сейчас: мне, моим сверстникам что-то напоминало в нашем детстве о войне? Конечно, мы зачитывались героическими книгами о Зое Космодемьянской, Ларе Михеенко и героях-молодогвардейцах... Игнали в войну мальчишки. Но в той детской мирной и счастливой жизни казалось, что война отгремела так давно... (Возможно, это детское восприятие, - но было именно восприятие окружающего мира как мира радости и созидания!).

Пожалуй, впервые остро я почувствовала, что война была еще совсем недавно, где-то рядом, когда я-школьница с моей бабушкой Верой Васильев-ной Мельниковой приехала тогда еще в город Ленинград - всего через 20 лет(!) после окончания войны... Разрушенные и еще не отреставрированные Петродворец и ряд других достопримечательностей северной столицы и ее пригородов, Пискаревское кладбище, цветы на Невском на стороне, наиболее опасной при обстрелах... И как финальный аккорд в этих болезненно-ярких впечатлениях – наше посещение семьи ленинградцев. Мама Нина Николаевна Дрегольская, вдова погибшего на этой войне офицера, с двумя дочками Ириной и Аллой были эвакуированы к нам, на Алтай, и жили у моей бабушки в Залесовском районе. Бабушка работала учительницей, на руках - двое своих малолетних детей, племянник. Муж Анфиногент Степанович, работавший директором школы, - репрессирован и расстрелян в 1937 году! И вот ее семья, жившая в и без того непростых условиях, выросла еще на 3 человека!

После войны связи как-то были утеряны, и только приехав в Ленинград, по горсправке бабушка нашла их следы... К сожалению, узнали, что Нина Николаевна уже полгода как умерла, и, конечно, на то, что маленькие девочки, повзрослев, помнят далекий Алтай, - особо не рассчитывали... Нам открыла дверь Алла. Бабушка успела сказать одну лишь фразу: "Мы с Алтая...".

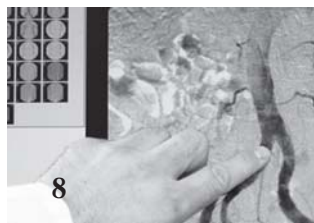
Это было как пароль! И никто уже не спрашивал ни имени, ни отчества... Двери для нас были открыты. Пока слушали рассказ о том, как вернулись в Ленинград, как жили все эти годы, с работы вернулся муж Аллы, и моя бабушка, представляя ему, назвала себя Верой Васильевной. И только тогда Алла поняла, кто у нее в гостях!!! Боже, сколько было восторга, объятий, слез радости! Интересовало всё об Алтае, спасшем их от голодной смерти. Как живут сейчас друзья, соседи и даже корова Муська и собака Розка... Мне кажется, именно тогда впервые я совершенно по-иному уже слушала воспоминания моей бабушки о том военном времени: как учили детей, поддерживали семьи погибших, как от телефонистки узнала, что мы победили, и срочно всей школой с флагами, барабаном и пионерским горном организовала торжественный марш, - возвещая жителям небольшого сибирского села: дождалась, завоевана выстраданная наша Победа!

Еще и еще раз задаю себе вопрос: как же самоотверженно надо было трудиться, каким обладать мужеством, чтобы сразу после войны ей, сельской учительнице, жене репрессированного (реабилитированного только в 1953 году!), вручили медаль СССР «За трудовую доблесть»? Стоик и оптимист, она прожила долгую, очень не простую, но счастливую жизнь, дожив до 95 лет. Она для нас, ее внуков и правнуков, - символ мужества и героизма, веры, наша семейная легенда. Именно поэтому моя бабушка Мельникова Вера Васильевна для нашей семьи - беспорная участница Бессмертного полка! Только через семейные легенды о наших поистине великих духом предках можно сохранить эту великую Память поколения победителей!

Особая миссия медиков в военных событиях – факт, подтвержденный миллионами спасенных жизней. Как-то не задавалась вопросом, кому пришла в голову такая идея: в ознаменование победы в Великой Отечественной войне в белых медицинских халатах с горящими свечами студенты и преподаватели Алтайского медицинского университета уже не первый год (с 2012 года) проходят от главного корпуса «Дорогой милосердия!» к Памятнику Победы в Барнауле. Какая прекрасная идея! Вечный огонь сегодня горит как символ огня сердец тех, кто ценой своей жизни защитил страну, выносил с поля боя, лечил, выхаживал советских воинов.

С Днем Победы! С Днем великой памяти!





8

Нейроэндокринные опухоли: причины, симптомы, диагностика и новые методы лечения



18

Сражаемся за здоровье детей



28

Репродуктивное здоровье закладывается с рождения



35

Фехтование - спорт мушкетёров

На обложке: Игорь Тимофеевич ДЕЕВ, заведующий травматологическим отделением №1 КГБУЗ "ККБ СМП", врач-ортопед-травматолог, высшая квалификационная категория

Фото: Ларисы Юрченко

Упал, очнулся - гипс	2-4
В госаптеках Алтайского края появились «уголки здоровья»	5
Д.А. Сметанина. Меланома: что важно знать о ней	6-7
ПОБЕДИМ СВОЙ СТРАХ!	
Ю.В. Суходольская. Нейроэндокринные опухоли: причины, симптомы, диагностика и новые методы лечения	8-9
Перед зеркалом: повод поговорить с ребенком о красоте	10
Россия сегодня	11
31 мая - Всемирный день без табака	12-13
Мир и медицина	14
ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА	
ВРТ на Алтае: наши возможности и достижения	15-17
А.А. Голенко. Сражаемся за здоровье детей	18-20
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ	
М.С. Шмидт. ...Я была медсестрой	21-22
О.В. Филиппова. Острый герпетический стоматит у детей	23-24
В.А. Петрова. О дисциплине с любовью	25-26
14 полезных упражнений для мозга	26-27
И.С. Попов. Репродуктивное здоровье закладывается с рождения	28-30
Зоопарк внутри нас	31
Детки в сетке	32-33
Чем заменить жир, муку и сахар?	34
СПОРТ ВО ИМЯ ЖИЗНИ	
В.М. Клоц. Фехтование - спорт мушкетёров	35-37
И в Барнауле звенят клинки!	38-39
А.В. Кладько, А.В. Демешко, А.А. Мартынов. Комплекс упражнений на растяжку для лиц, занимающихся плаванием	40-42
Цирк на прогулке	43-44



Упал, очнулся - гипс

В летний понедельник у травматологов, как правило, есть возможность на передышку: в выходные привозят и незадачливых дачников, и отдыхающих, забывших об элементарной осторожности. Хотя верно и другое: от травм почти невозможно полностью подстраховаться. И уже в понедельник новые пациенты почти не верят в случившееся с ними накануне, хотя наложен гипс, назначено лечение, даны важные рекомендации.

А во вторник ритм становится привычным - рабочим: в **травматологическое отделение №1 КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи»** принимают до десяти человек ежедневно.

О работе отделения мы разговариваем с его заведующим **И.Т. ДЕЕВЫМ**, врачом-ортопедом-травматологом высшей квалификационной категории.

- Игорь Тимофеевич, знаю, что ваше отделение является Краевым центром артрологии, эндопротезирования суставов...

- Травматологическое отделение №1 основано в 1957 году, то есть в 2017-м мы отметим его шестидесятилетие. Это основное отделение в Барнауле, оказывающее неотложную помощь при травме опорно-двигательного аппарата. В связи со статусом, который больница приобрела недавно (краевая клиническая больница скорой медицинской помощи), оказывается экстренная помощь и жителям края.

Отделение рассчитано на 60 коек, работают двенадцать врачей, из которых высшую квалификационную категорию имеют семь человек, остальные - вторую категорию из-за пока что небольшого стажа. Таким образом, в отделении найдено оптимальное сочетание совместной работы старшего поколения и молодого.

За год лечение проходят у нас около 2000 человек.

Отделение является **краевым центром по артрологии и эндопротезированию**, поэтому, кроме оказания *экстренной помощи*, проводятся *операции с применением современных методов остеосинтеза, высокотехнологичной медицинской помощи*, как правило, *малоинвазивные*, без больших разрезов, под контролем цифровых аппаратов. Также проводятся *операции по протезированию тазобедренного сустава вследствие переломов и заболеваний, сопровождающихся выраженным нарушением функций*. Количество таких высокотехнологичных операций в год достигает четырехсот. Таким образом, закрыта полностью потребность в этом виде помощи.

- Со временем меняется методика выполнения подобных операций?

- Конечно. Первым хирургом, который стал выполнять эти операции на Алтае, был мой учитель **Юрий Михайлович РАССОХИН**. Осуществлять протезирование тазобедренного сустава начали с 1987 года. Первоначально этих операций проводилось 3-4 в год, не более. Сегодня только по экстренным показаниям (при переломах) мы ежегодно проводим более ста таких оперативных вмешательств.

Замечу, что для выполнения протезирования тазобедренного сустава практически нет возрастных ограничений. Так, у нас был пациент в возрасте 98 лет. **Реше-**



ние о выполнении операции протезирования тазобедренного сустава зависит от активности пациента и имеющихся у него сопутствующих заболеваний и патологий. Ограничения могут возникнуть только по болезни либо у людей, ведущих асоциальный образ жизни: подобные операции им проводить нельзя, поскольку впоследствии можно получить тяжелые осложнения из-за нарушения послеоперационного ортопедического режима.

- Насколько велик риск осложнений при таком оперативном вмешательстве?

- Главное - эта операция позволяет активизировать больного и значительно улучшить качество его жизни. Осложнения есть, но это совершенно небольшой процент. В основном они связаны с тяжелой сопутствующей патологией или с неправильным поведением самого пациента: нарушением ортопедического режима, в результате которого пациенты могут получить повторное падение и связанные с ним осложнения в виде вывихов, переломов. Среди сопутствующих патологий опасны некомпенсированные сердечные заболе-



Модернизация здравоохранения

вания, сахарный диабет, параличи, парезы, малоактивный образ жизни, хроническая почечная недостаточность - они серьезно осложняют процесс послеоперационного восстановления.

- *Большой и после выписки из отделения остается в поле вашего внимания?*

- Если по месту жительства в поликлиниках и больницах отсутствуют врачи-травматологи или их квалификация не соответствует необходимому современному уровню, долечивание осуществляется с участием наших специалистов. Поэтому больные, оперированные по современным технологиям и нуждающиеся в дополнительных консультациях, обязательно приглашаются к нам на консультативный прием.

- *По вашему мнению: стоит соглашаться на операцию по замене сустава?*

- Конечно! **Это реальная возможность получить необходимую квалифицированную помощь, чтобы в дальнейшем нормально жить.** Да, операция серьезная, но лучше ее перенести, побороться вместе с врачами за улучшение качества собственной жизни, увеличение объема движения в больном суставе, снижение стойкого болевого синдрома.

- *Лечебный процесс состоит из нескольких составляющих. Какое место при травмах занимает реабилитация?*

- Наиважнейшее. Это самый больной вопрос - реабилитация наших больных. Можно сделать великодушную операцию и получить плохой результат, потому что лечение проходит не неделю, в течение которой пациент находится в отделении, а продолжается и после выписки на этапе реабилитации. **Восстановительный процесс требует организованности больного, его самодисциплины.** Есть ряд вопросов, которые нельзя решить самостоятельно в домашних условиях. В Барнауле функционирует

отделение восстановительного лечения, но работа организована на амбулаторном этапе. Для лиц пожилого возраста, одиноких, с костылями ежедневно добраться до больницы почти нереально. Проблема на самом деле очень большая, на сегодня пути решения сформированы, но для каждого человека важен временной фактор. О значении реабилитации вам скажут и в нейротравматологии, и в отделении травмы кисти, других отделениях нашей больницы - она необходима совершенно при любых хирургических вмешательствах и критических состояниях организма.

- *Привычным стало говорить: врачи учатся всю жизнь. Очевидно и непосредственное соединение практической медицины и науки.*

- Действительно, врачи отделения активно участвуют в научно-практической работе, во всех всероссийских съездах и конференциях, собирающих врачей-ортопедов-травматологов. Региональные конференции проходят регулярно в Новосибирске, Томске, Кемерове, Новокузнецке. В отделении работает кандидат медицинских наук **Сергей Юрьевич КУЗНЕЦОВ**, главный внештатный травматолог Барнаула. Многие врачи имеют патенты на изобретения, постоянно следят за новыми разработками в нашей отрасли медицины, которая быстро развивается в лучшую сторону.

В связи с техническим прогрессом идет переосмысливание видов остеосинтеза. Совсем недавно

больше тяготели к консервативному методу лечения, но всё кардинально изменилось. В последнее время появляются новые конструкции, которые позволяют малоинвазивно провести операцию, обойтись без внешней фиксации гипсом и, следовательно, начать реабилитацию на более ранних сроках. В результате сокращается инвалидизация пациентов.

Когда начинал работать, конечно, многие методики были иными, за эти годы кардинально изменилось оснащение. Но, к сожалению, наше оборудование дорогостоящее, поэтому не все вопросы решаются так быстро, как хотелось бы. Однако для оказания качественной помощи в отделении есть всё необходимое. Есть главное - профессиональный коллектив врачей, медицинских сестер.

- *Какие советы можно дать нашим читателям?*

- В любое время года надо быть осторожными, помнить о возможных травмах, которые можно получить на льду, при отдыхе на водоеме и т.д.

В летнее время на улицах появляются мотоциклисты, которые часто становятся участниками ДТП. Больше случается падений с высоты.

Сейчас многие стремятся заниматься физкультурой и спортом - это можно только приветствовать. Но **в каждом стремлении должна быть разумность.** Почему-то многие из тех, чей возраст старше сорока лет, начинают получать активный спортивный опыт с экстремальных видов: горных лыж, скейтборда и т.д. Если человек до этого ничем не занимался, то понятно, что вероятность получения им травмы возрастает во много раз. **В экстремальные виды спорта надо приходить подготовленным.** Лучше начать с традиционных плавания и волейбола, легких пробежек и регулярного выполнения комплекса физических упражнений на основные группы мышц. ☺



С.Ю. Кузнецов



Врачи травматологического отделения №1 КГБУЗ «ККБ СМП» рассказывают о тех рекомендациях, которые должен соблюдать человек, перенесший замену тазобедренного сустава.

Правила жизни с эндопротезом

Эндопротез имеет ограниченный диапазон безопасных движений и поэтому требует к себе специального внимания, особенно в первые 6-8 недель после операции.

Во время операции удаляются не только измененные костные структуры, но и измененные связки, хрящи, рубцовая капсула сустава, поэтому стабильность оперированного сустава в первые дни невелика. Только правильное поведение позволит избежать вывиха и со временем сформировать новую капсулу сустава, которая обеспечит защиту от вывиха и позволит вам вернуться к нормальной жизни.

Уже в первые часы после операции чаще вспоминайте об оперированной ноге и соблюдайте определенные правила:

- ▶ *спать необходимо на спине с подушкой между ног* в течение 3-х месяцев после операции;
- ▶ *поворот на здоровый бок* через сутки после оперативного вмешательства обязательно выполняется с подушкой между ног;
- ▶ *первые дни надо избегать большой амплитуды движений в оперированном суставе*, особенно сильного сгибания в тазобедренном и коленном суставах, внутреннего поворота ноги, вращения в тазобедренном суставе;
- ▶ *стул, на который вы садитесь, должен быть высоким* (при необходимости подложите на сиденье подушку); избегайте низких, мягких сидений (кресел); *посещая туалет*, избегайте чрезмерного сгибания в оперированном суставе - эти правила важно соблюдать 6 недель после операции;
- ▶ *категорически запрещается садиться на корточки, сидеть со скрещенными ногами, «заврасывать» оперированную ногу на здоровую;*
- ▶ *чаще выполняйте комплекс ЛФК.*

После выписки из стационара двигательный режим предполагает выполнение следующих рекомендаций:

- ▶ *желательно спать на высокой кровати;*
- ▶ *спать на оперированном боку* можно через 6 недель после оперативного вмешательства;
- ▶ *не поднимайте* упавшие предметы;
- ▶ *установите в туалете перила* и высокое сидение унитаза, что позволит садиться и вставать с меньшими усилиями;



- ▶ *рекомендуется мытьё в душе*, использование щеток с длинными ручками, передвигаться следует по нескользящему коврику;
- ▶ *при надевании, снятии носков, брюк, обуви* всегда начинайте с оперированной стороны;
- ▶ *езда в машине* разрешена с 8-й недели после операции. Положите подушку на сиденье, отодвиньте его максимально назад; ставьте обе ноги на землю одновременно, помогайте себе руками вставать и садиться;
- ▶ *пешие прогулки, плавание* - рекомендованные и допустимые виды физической нагрузки;
- ▶ *все внутримышечные инъекции* производятся в ягодицу с противоположной стороны;
- ▶ *следите за своим весом;*
- ▶ *избегайте подъема и ношения* больших тяжестей;
- ▶ *секс разрешен* через 6 недель после операции;
- ▶ *до 3-х месяцев* после операции выполняется *ходьба с дополнительной опорой*;
- ▶ *ходьба с тростью* рекомендована до 6 месяцев после операции;
- ▶ *обязательно ношение обуви* на низкой платформе;
- ▶ *проводится массаж* поясничной области и нижних конечностей курсами 10-15 раз с интервалом три месяца;
- ▶ *регулярные занятия ЛФК.*

Помните: если в области сустава появились боль, отек, покраснение и увеличение температуры кожи и при этом увеличилась температура тела, необходимо срочно связаться с лечащим врачом! ☺



В госаптеках Алтайского края появились «уголки здоровья»

Власти Алтайского края внедряют новый проект - «уголки здоровья» в государственных и муниципальных аптеках районов.

Уже открыты специальные зоны в 27 аптеках, где посетители могут измерить свой рост, вес, объем талии, жировую массу, измерить давление, а в дни специальных промоакций - определить уровень глюкозы в крови. Эти мероприятия будут проводить провизоры аптек, а также медицинские сестры и врачи местных поликлиник.

- Мы понимаем, что предупреждать заболевания легче, чем лечить. Поэтому мы решили уделить особое внимание профилактике и показать жителям Алтайского края, что аптеки не только снабжают лекарствами при уже существующих заболеваниях, но и помогают их предотвратить, - рассказал заместитель Губернатора Алтайского края **Даниил Бессарабов**. - При каждой поликлинике у нас есть профкабинеты, но не всегда больной пойдет туда.

В «уголках здоровья» будут заполняться специальные, компактные дневники пациента, содержащие параметры обратившегося человека и стандарты, к которым он должен стремиться.

- Когда пациент с этим дневником приходит к участковому терапевту, даже отношение врача будет другое. Это показатель заботы о своем здоровье, - отметил Даниил Бессарабов.

По мысли создателей, этот проект будет привлекательным для всех участников: люди обратят внимание на свое здоровье, а аптеки смогут расширить



зону обслуживания. Затраты на открытие «уголков здоровья» невелики - около 10-15 тысяч рублей для каждой аптеки, помощь в финансировании оказали фармпроизводители и региональная общественная организация «АлтайфармСоюз».

- У нас в Алтайском крае 68 районов, в каждом из них есть государственная аптека - либо краевой формы собственности, либо муниципальной. В каждой из них мы собираемся открыть такие зоны, - пообещал заместитель Губернатора.

**Информация предоставлена пресс-службой
Главного управления
Алтайского края по здравоохранению
и фармацевтической деятельности**

«Редакция журнала «Здоровье алтайской семьи» передала подписки издания за 2015 год для оформления «уголков здоровья» в государственных аптеках Алтайского края.»



Меланома: ЧТО ВАЖНО ЗНАТЬ О НЕЙ

23 мая - День диагностики меланомы



**Дарья Александровна
СМЕТАНИНА,**

врач-дерматолог, КГБУЗ
«Алтайский краевой
диагностический центр»

**23 мая по всей
России прошла
акция - День
диагностики
меланомы. Все
желающие
абсолютно
бесплатно смогли
получить
консультацию
врачей -
дерматолога и
онколога - по
поводу состояния
своей кожи, а
также имеющих
новообразований.**

Диагностический центр Алтайского края не первый год является участником этого важного социального мероприятия.

День диагностики меланомы проводится в России с 2007 года под эгидой Национального альянса дерматологов и косметологов. Цель этой акции - привлечение внимания населения к одному из наиболее опасных кожных заболеваний - меланоме. На сегодняшний день эту инициативу поддержали более 30 европейских стран. Ежегодно в мире диагностируется свыше 232 тысяч новых случаев заболевания меланомой.

Меланома кожи - это злокачественная опухоль с высокой степенью метастазирования и рецидива, развивающаяся из меланоцитов - пигментных клеток, продуцирующих меланин (коричневый пигмент, который появляется на коже вследствие загара).

Несмотря на то, что доля меланомы кожи в структуре всех опухолевых заболеваний кожи составляет только 3-5%, именно это новообразование является главной причиной смерти больных с онкологической патологией кожи.

Данные мировой статистики говорят о том, что поражение кожи меланомой чаще происходит в возрасте от 30 до 50 лет. Медики бьют тревогу: меланомой кожи сегодня всё чаще страдают люди молодого возраста.

Острое и хроническое фотоповреждение кожи - главный фактор развития опасного заболевания. При этом солнечные ожоги, которые были получены в детском, подростковом и юношеском возрасте, могут сыграть роковую роль в развитии опухоли в последующие годы.

Разрушение озонового слоя атмосферы, который защищает нас от интенсивного ультрафиолетового излучения солнца (УФ-лучи),

также не лучшим образом сказывается на состоянии кожи человека.

Следует помнить, что **неконтролируемое посещение соляриев, частая смена климата при поездках на юг, отсутствие культуры применения фотопротекторов** (длительное пребывание на солнце без солнцезащитных средств или использование средств с низким фактором защиты от солнца) **могут привести к катастрофическим последствиям и даже стоить жизни.**

К ряду неблагоприятных факторов, которые провоцируют развитие болезни, относится и **травматизация невусов.** Невус - это доброкачественное кожное образование (родинка, родимое пятно, пигментное пятно), **характеризующееся появлением на коже пятен гиперпигментации.** Размер невусов колеблется от одного-двух миллиметров в диаметре до огромных пятен неправильной формы размером в 10-20 сантиметров. Пигментные невусы могут совершенно не возвышаться над кожей, быть несколько выпуклыми и даже напоминать бородавки. Цвет их колеблется от телесного до темно-коричневого, почти черного.

Меланома чаще наблюдается у **женщин в области нижних конечностей** (голень), у **мужчин - в области**



туловища (спина); у обеих полов старшей возрастной группы (65 лет и старше) болезнь нередко появляется на коже лица. Однако поражение может возникнуть на любом участке кожи: концевые фаланги пальцев, вульва, прямая кишка и др., а примерно в 2% случаев (по некоторым данным, в 20%) не удается выявить первичный очаг и клиническая картина обусловлена метастазами.

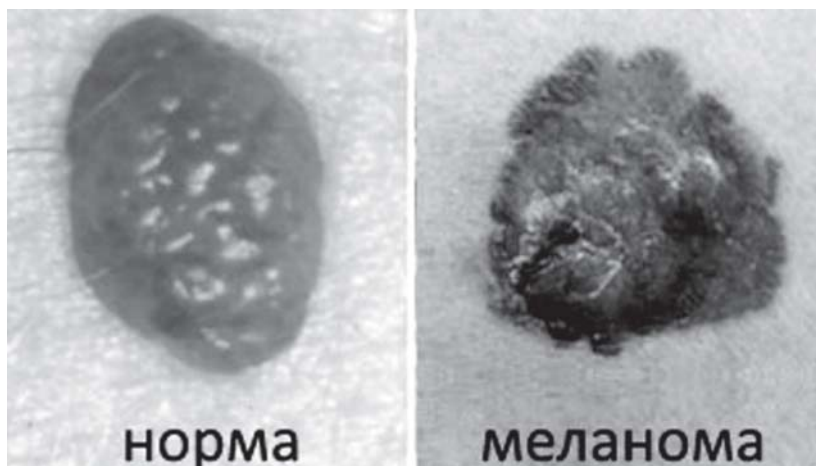
Следует знать, что у 90% населения встречаются пигментные невусы и пигментированные образования кожи, причем число их колеблется от одного до нескольких десятков. В большинстве случаев (примерно у 70% больных) меланома развивается на месте врожденных или приобретенных невусов, предмеланомного заболевания кожи Дюбрея и только у 28-30% - на неизменной коже (melanoma cutis de novo).

Прогноз выживаемости меланомы зависит от ранней диагностики. Помогает врачу определиться с диагнозом и достаточно **новый неинвазивный диагностический метод in vivo**, при помощи которого кожу можно рассматривать с 10-кратным увеличением, что позволяет увидеть цвет и структуру эпидермиса, дермо-эпидермальное соединение и сосочковый слой дермы, - дерматоскопия. **Подобными современными методиками и техникой располагает консультативный отдел Диагностического центра Алтайского края.**

Диагностика меланомы при использовании дерматоскопии улучшается на 10-27% по сравнению с диагностикой, опирающейся только на данные клинического осмотра.

Дерматоскопия - это просто, безболезненно и быстро! В среднем достаточно 72 секунд для того, чтобы определить дерматоскопические черты новообразования кожи. Конечно, окончательный диагноз меланомы возможен только после биопсии образования врачом-онкологом, гистологического исследования.

Необходимо осматривать все пигментные образования кожи, так как пациенты озабочены ощутимыми поражениями кожи, например, себорейными кератомами, дерматофибромами, игнорируя маленькие пигментные пят-



на, которые могут быть меланомой на ранней стадии.

В мире пока не существует скрининга меланомы, но многое зависит от самого человека, его внимательности к своему здоровью. Очень велика роль самодиагностики меланомы.

Существуют правила ABCDE, которые должны знать врачи любой специальности, а также пациенты, входящие в группу риска по развитию меланомы:

- **A (Asymmetry) - асимметрия:** меланома, как правило, асимметрична;
- **B (Borders) - края:** у меланомы они нечеткие, фестончатые;
- **C (Color) - цвет:** родинки равномерно окрашены, меланома же - чаще многоцветная (3-5 оттенков: например, есть вкрапления белого, синего, черного, коричневого);
- **D (Diameter) - размер:** чем больше, тем выше риск;
- **E (Evolution) - развитие:** чем медленнее изменяется вид пигментного пятна, тем ниже вероятность, что это меланома.

Подавляющее большинство родинок безобидны, но если вы увидите подозрительное образование кожи, незамедлительно обращайтесь к врачу-дерматологу или врачу-онкологу. ☺

Согласно мировой статистике, поражение кожи меланомой чаще происходит в возрасте от 30 до 50 лет. Медики бьют тревогу: меланомой кожи сегодня всё чаще страдают люди молодого возраста.

**КОНТАКТНЫЕ ТЕЛЕФОНЫ
КГБУЗ «Диагностический центр
Алтайского края»:**

**(3852) 24-32-90 - справочная,
(3852) 250-400 - единый номер регистратуры.
Адрес: г.Барнаул, пр.Комсомольский, 75а**

На правах рекламы



Нейроэндокринные опухоли: причины, симптомы, диагностика и новые методы лечения



Юлия Викторовна СУХОДОЛЬСКАЯ,
заведующая дневным
стационаром, врач-
онколог, КГБУЗ «Алтайский
краевой онкологический
диспансер»

Несмотря на то, что частота заболеваемости нейроэндокринным раком увеличивается, эта разновидность злокачественных новообразований всё еще плохо изучена.

Диагностика на ранней стадии значительно увеличивает шансы пациента на выздоровление, но распознать этого скрытого убийцу не удастся годами: обнаруживается он только тогда, когда болезнь начала активно прогрессировать и коэффициент выживаемости катастрофически падает.

Выявление нейроэндокринных опухолей - очень сложная задача, а ставшая закономерной в их диагностировании задержка в 5-7 лет часто дает возможность раку метастазировать (распространяться), превращая большую часть опухолей в неизлечимые.

Согласно последним исследованиям, приблизительно 1 из 20000 человек заболевает одной из форм нейроэндокринных опухолей. Несмотря на это, большое число медицинских работников не имеют или имеют очень небольшой опыт работы с этой группой рака. За последние 30 лет заболеваемость этим видом рака увеличилась в 5 раз и, по прогнозам специалистов, будет сохранять тенденцию к росту. Смерть Стива Джобса, бывшего исполнительного директора компании «Apple», освещенная СМИ, подчеркнула необходимость повышения информированности и понимания нейроэндокринных опухолей. У Джобса была нейроэндокринная опухоль поджелудочной железы - медленно растущий и редкий вид рака, который часто путают с более стремительным раком поджелудочной железы, которым, по информации многих источников, он и болел.

Нейроэндокринная опухоль - это группа редких, как правило, медленно растущих видов рака, которые, по мнению специалистов, развиваются из нейроэндокринных клеток, разбросанных по всему организму. Данный тип недуга может поразить любую часть организма, но чаще всего - пищеварительную систему, поджелудочную железу и лёгкие. Около **60%** нейроэн-

докринных опухолей возникает в желудочно-кишечном тракте, **27%** - в лёгких, а оставшийся процент - в таких частях организма, как яичники, яички, молочная железа и простата. Нейроэндокринные клетки находятся в дыхательных путях, пищеварительном тракте и железах внутренней секреции: надпочечниках, поджелудочной, щитовидной и питуитарной (гипофиз) железах. *Нейроэндокринный рак развивается, когда эти клетки начинают бесконтрольно делиться, образуя патологическую ткань или опухоль.*

Что является причиной образования нейроэндокринных опухолей? Механизм их образования до конца не понятен. По словам профессора Медицинского научно-исследовательского университета Витватерзранд (Витц) Жозе М.РАМОСА, *«мы много знаем о поведении этих образований после их возникновения, потому что оно такое же, как и у других видов рака. Однако мы не знаем, почему они появляются. В то время как несколько случаев возникновения множественных нейроэндокринных опухолей наводят мысль о генетической составляющей, выявить определенные факторы риска для этого вида рака еще не удалось».*

Почему так сложно диагностировать нейроэндокринный рак? По нескольким причинам. Это может объясняться тем, что **опухоли не провоцируют симптомы и не доставляют проблем пациенту**, так как они часто растут медленно и бессимптомно, пока не достигают запущенной формы. Более того, **первичные опухоли могут оставаться небольшими по размеру и давать о себе знать только после того, как метастазировали** и распространились на другие органы. **Непредсказуемое поведение нейроэндокринных опухолей** - еще одна причина, препятствующая пра-



Победим свой страх!

вильному диагностированию: оно может варьироваться от очень медленно-го роста до крайней агрессии.

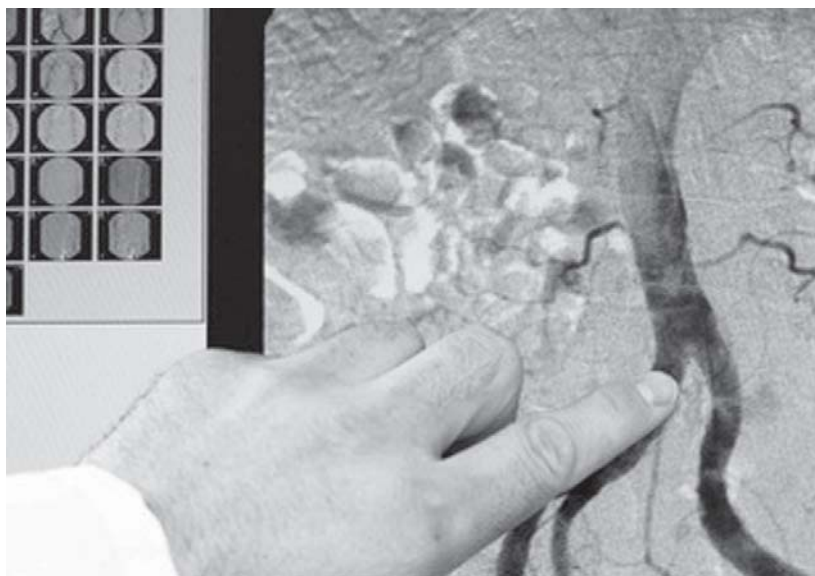
Современная медицина имеет возможности правильно диагностировать большинство таких злокачественных новообразований благодаря наличию особых маркёров, поэтому если их не использовать, то нейроэндокринную опухоль могут диагностировать как другой вид рака. Еще одной причиной является то, что **симптомы, как правило, схожи с другими, более распространенными, заболеваниями.**

Если симптомы всё же проявились, их спектр весьма разнообразен: от усталости и расстройства пищеварения до болей в животе, гиперемии, диареи и учащенного пульса. На основании этих симптомов могут поставить следующие диагнозы: аллергия, тревожность, астма, приступы паники, слизистый колит (синдром раздражённой толстой кишки) или менопауза. Тот факт, что большое количество раковых новообразований этого типа не имеют специфических симптомов, очень усложняет их правильное диагностирование. Хотя такие расстройства здоровья, как необъяснимая потеря веса, постоянная или периодическая боль в животе, приливы, диарея, учащение пульса или пониженный уровень сахара в крови, - должны стать причиной для проведения дальнейшего обследования.

Необходимо подчеркнуть, что, несмотря на то, что эти симптомы являются распространенными и редко указывают на наличие нейроэндокринных опухолей, врач обязательно должен знать о наличии такой группы рака и учитывать её, когда они сталкиваются с пациентами, страдающими от постоянных и необъяснимых вышеперечисленных недомоганий.

Новые методы лечения, вселяющие надежду

Лечение нейроэндокринного рака зависит от размера и расположения опухоли, степени метастазирования (распространения рака) и общего состояния здоровья пациента.



Существуют такие методы лечения:

- оперативное вмешательство,
- инъекции аналога соматостина (гормонотерапия),
- эмболизация (закупорка) печеночной артерии или ЭПА (если опухоль распространилась на печень),
- химиотерапия и радионуклидная терапия (терапия с использованием несущих радионуклиды гормонов).

Сейчас существует большое количество методов лечения нейроэндокринного рака, включая новый подход к оперативному вмешательству, направленная медикаментозная терапия, гормональные блокеры и направленная радиотерапия. Они позволяют лучше устранять симптомы, а также увеличить уровень выживаемости больных.

Анализ крови содействует распознаванию нейроэндокринных злокачественных опухолей, но, к сожалению, еще не существует анализа, который с уверенностью может обнаруживать этот недуг, и с такой точностью, чтобы его можно было применять для массового обследования населения с целью диагностирования.

Основным методом лечения является хирургическая резекция или полное удаление опухоли. Хотя и другие разнообразные способы лечения (обычно в комбинации друг с другом) показали свою эффективность в установлении контроля над течением болезни. И даже если рак нельзя вылечить, вполне возможно обеспечить продолжительную и качественную жизнь. ☺

Пациенты должны быть настроены оптимистично и не терять надежды. Существует множество способов лечения, которые могут подарить годы полноценной жизни и избавить от симптомов.





ВРТ на Алтае: НАШИ ВОЗМОЖНОСТИ И ДОСТИЖЕНИЯ

27 мая состоялось знаковое событие, объединившее всех, кому небезразличны вопросы репродуктивной медицины и деторождения.

Шесть часов в зале Ученого совета Алтайского государственного медицинского университета в рамках **межрегиональной конференции «Репродуктивные технологии - вчера, сегодня и завтра»**, организованной кафедрой акушерства и гинекологии АГМУ и Сибирским институтом репродукции и генетики, выступали ведущие специалисты России в области репродуктивных технологий.

Прозвучали 12 докладов, касающихся разных сторон решения проблемы бесплодного брака. Частота инфертильности (отсутствие беременности при регулярной половой жизни без контрацепции в течение одного года и более) современных женщин и мужчин с каждым годом растет. Это происходит в основном по двум причинам: реализация репродуктивных планов отодвигается на поздний репродуктивный возраст, когда уже достаточно высока частота соматической патологии, которая значительно снижает репродуктивный потенциал женщин и мужчин. Что может предложить этим пациентам современная медицина? Эти и другие вопросы были раскрыты в ходе конференции.

Настоящим событием для специалистов Алтайского края стало то, что в Барнаул впервые приехали мэтры Российской ассоциации репродуктологов. **Валерий Мстиславович ЗДАНОВСКИЙ**, д.м.н., профессор РГМУ, руководитель центров лечения бесплодия «ЭКО» и «Лера», пионер внедрения вспомогательных репродуктивных технологий в нашей стране. В своем докладе **«История ВРТ. Взгляд клинициста»** он показал ступени развития медицинских тех-



нологий и совершенствования помощи при бесплодном браке как за рубежом, так и в нашей стране.

Не менее известная в отечественных и зарубежных кругах репродуктологов **Татьяна Алексеевна НАЗАРЕНКО**, д.м.н., профессор, ведущий научный сотрудник Московского областного НИИ акушерства и гинекологии, профессор кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии и репродукции медицинской академии имени И.М. Сеченова, в своем докладе **«Стимуляция функции яичников (прошлое, настоящее, будущее)»** рассказала о современных медицинских препаратах, используемых в программах ВРТ. Универсального препарата нет, каждый имеет свой спектр положительных и отрицательных качеств, важно правильно разобраться с пациенткой и составить протокол максимально эффективный, безопасный и экономичный именно для нее.

Алтаю тоже есть что рассказать гостям и чем гордиться. О нашем прошлом и настоящем в решении проблемы бесплодного брака был доклад **Ирины Владимировны МОЛЧАНОВОЙ**, главного акушера-гинеколога Алтайского края, к.м.н., ассистента кафедры акушерства и гинекологии АГМУ, **«Организация и становление службы оказания помощи женщинам с бесплодием в Алтайском крае»**. Она указала, что наши сегодняшние успехи - это заслуга наших учителей: **«Нам повезло, что в 1970 году после защиты докторской диссертации на тему «Эндокринное бесплодие у женщин» на Алтай приехал профессор Соломон Натанович ХЕЙФЕЦ. Встав во главе кафедры акушерства и гинекологии, которой руководил более 20 лет, вместе со своими учениками: профессором Н.И. Фадеевой, доцентами Н.П. Зенкиной, Е.А. Марковой, Т.А. Кузнецовой и многими другими, - он упорно двигался вперед, по пути совершенствования помощи женщинам с бесплодием разного генеза. Посаженное им де-**



ВРТ - вспомогательные репродуктивные технологии



Школа ответственного родительства

«Рево укрепилось и разрослось, дает уже плоды. Сегодня в Барнауле организована четкая работа с бесплодными парами, эффективно работают три центра вспомогательных технологий, пациентам доступны все самые современные методы диагностики и коррекции инфертильности, дающие возможность иметь ребенка и стать родителями».

Вопрос о помощи пациенткам с низким овариальным резервом подняли для обсуждения **В.А. ГОССЕН** (Барнаул) и **Н.В. ВОРОНОВА** (Новосибирск). О мировых и собственных достижениях в решении проблемы хронического эндометрита - настоящего камня преткновения на пути реализации репродуктивной функции женщины - рассказали **Т.И. ГОРБАЧЕВА**, к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии (Барнаул) и к.м.н. **В.В. ЛИХАЧЕВА** (Новокузнецк).

Всегда ли виновата женщина? **Ю.В. ВТОРНИКОВ** (Барнаул) и **Н.А. СЕМЕНОВА** (Барнаул) затронули проблему мужской инфертильности, которая стала встречаться всё чаще. **В.М. НАГАЙЦЕВ** (Барнаул) рассказал о современных молекулярно-генетических исследованиях и их влиянии на эффективность проведения ВРТ.

Онкология и сохранение фертильности: возможно или невозможно? «Шансы есть», - считает заведующая отделением гинекологии Алтайского краевого онкологического диспансера, к.м.н. **Т.А. МАКСИМЕНКО**, и в ряде стран и регионов этот вопрос уже решается положительно.

Эффективны или неэффективны вспомогательные репродуктивные технологии - скажут наши родившиеся дети. А их на Алтае уже немало. Только тесная связь репродуктологов и акушеров-гинекологов, которые контролируют беременную женщину практически 24 часа в сутки, помогают выносить ребенка, а потом принимают роды, - залог общего успеха. Это убедительно показала в своем докладе «**Особенности ведения беременности после ЭКО**» **М.Г. НИКОЛАЕВА**, к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии АГМУ.

ВРТ - это путь в будущее или шаг в прошлое? На эту тему, очень артистично, позволил себе пофилософствовать главный модератор конференции **В.В. ВОСТРИКОВ**, к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии АГМУ, главный врач ООО «Сибирский институт репродукции и генетики», пионер ВРТ на Алтае.

В ходе конференции 138 участников получили ответы на многие вопросы, касающиеся вспомогательных репродуктивных технологий, которые уже проч-



Сотрудники кафедры акушерства и гинекологии АГМУ

но вошли в нашу жизнь. Оживленные дискуссии, которые разгорались после каждого выступления, говорили о том, что равнодушных в зале не было. Каждый из присутствующих понимал, как много сделано, но многое еще надо познать и осмыслить, чтобы ясно себе представлять, куда мы идем и что с нами будет.



В.М. ЗДАНОВСКИЙ, д.м.н., профессор РГМУ:

- К сожалению, нам редко выпадает возможность для общения с коллегами, работающими в регионах. Тем более для нас большая радость работать на конференции в Барнауле, видеть коллег, которые здесь трудятся, пообщаться с ними по делу и просто по-человечески. Считаю, что такой конструктивный обмен опытом всегда важен.

Т.А. НАЗАРЕНКО, д.м.н., профессор кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии и репродукции медицинской академии имени И.М. Сеченова:

- Мы на Алтае в первый раз, но хорошо знаем работающих здесь специалистов. Рассчитываем ознакомиться с опытом коллег, с тем, как обстоят дела в нашей области на Алтае, узнать о новых достижениях и наработках. Такие выезды в регионы нечасты, и выбор края для форума - свидетельство успешной работы ваших врачей в данном направлении.



Школа ответственного родительства

И.В. МОЛЧАНОВА, главный акушер-гинеколог Алтайского края, к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии АГМУ:

- Вопросы бесплодия всегда были актуальны в обществе, потому что за каждым, даже единичным, фактом стоит трагедия человека, семьи. И ваш журнал неоднократно обращался к этой тематике. Для успешного развития современных репродуктивных технологий имеет значение и то, что государство, Губернатор Алтайского края А.Б. Карлин серьезно относятся к этим вопросам. Достаточно сказать, что сегодня выделены 1300 квот, и таким образом полностью удовлетворена потребность в крае в этом виде помощи. Нами достигнута очень хорошая эффективность - более чем в 35% наступает беременность. И дети рождаются здоровыми!



Н.И. ФАДЕЕВА, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии АГМУ, д.м.н., профессор:

- Мы впервые в крае собираем такой форум регионального уровня с присутствием ведущих специалистов, основоположников репродуктивных технологий не только в современной России, но и основателей этого направления еще в Советском Союзе. В частности, сегодня хрестоматийными являются работы В.М. Здановского, и видеть его на нашей конференции - большая честь.

Вспомогательные репродуктивные технологии - проблема более чем актуальная: количество бесплодных браков в современном обществе растет. И именно труд специалистов, владеющих современными репродуктивными технологиями, способен сделать и делает счастливыми огромное количество женщин и мужчин. Сейчас перед нами стоит задача даже не столько обеспечить рождение ребенка - мы это умеем делать. Важно, чтобы он появился на свет здоровым. Это самый главный аспект нашей деятельности.

В.В. ВОСТРИКОВ, к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии АГМУ:

- Не будет преувеличением сказать, что Алтайский край находится на острие решения проблемы, которой



является бесплодный брак. На сегодняшний день это не просто демографическая проблема - она стала проблемой выживания человека. Вот почему развитию репродуктивных технологий придается такое большое значение. В крае впервые прошла конференция, связанная с проблемой ВРТ. Мы рады, что состав ее участников действительно звездный. Профессор В.М. Здановский является первым специалистом, организовавшим применение вспомогательных репродуктивных методик в России. С ним приехала ведущий специалист в России и мире в области репродукции Т.А. Назаренко. Уже этот факт становится весомым аргументом в том, что развитие обсуждаемых технологий в крае выходит на новый уровень.



Е.А. МАРКОВА, к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии АГМУ:

- На конференции мы поделились своими наработками, у которых уже большая история, обсудили достижения здравоохранения в целом по коррекции репродуктивной функции. Большая заслуга в реализации этого направления принадлежит лаборатории Сибирского института репродукции и генетики, которые были пионерами в данной области и имеют более тысячи детей, «рожденных в пробирке». Это колоссальное достижение было отмечено премией Губернатора Алтайского края. Благодаря пониманию, поддержке Александра Богдановича имеем возможность пользоваться такими высокими медицинскими технологиями. Приезд наших московских гостей, учителей, друзей невозможно переоценить. Увидеть корифеев в нашей области, поделиться успехами и планами - важно для каждого из нас. В зале присутствовали руководители всех центров ЭКО нашего края, врачи, которые занимаются вопросами репродукции, то есть это - заинтересованная аудитория. Поэтому работа получилась важной, интересной, с прицелом на будущее.

О.Г. БОРИСОВА, главный врач Центра репродуктивной медицины «Мать и дитя» (Барнаул):

- Репродуктивные технологии - быстро развивающаяся область. Практически ежедневно появляются новые наработки в этом направлении. И практикующие специалисты должны, что называется, держать руку на пульсе. Поэтому для нас конференция ценна возможностью получения актуальной информации. И неформальное общение дает многое для продвижения в работе. ☺





Сражаемся за здоровье детей

Продолжаем знакомство с КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница».

О работе психоневрологического отделения больницы рассказывает его заведующая, врач-невролог А.А. ГОЛЕНКО.



- Анна Анатольевна, какими недугами страдают пациенты вашего отделения?

- Мы оказываем помощь при острых воспалительных заболеваниях и при хронических. На реабилитацию направляются дети, имеющие инвалидность и перенесшие перинатальные поражения в родах.

В весенне-летний период нередко поступают дети с парезом лицевого нерва: его причина - ребенок перекупался на речке, переохладился. По этому заболеванию имеем хорошие результаты и большой процент излечения.

Также в этот период поступают дети с клещевыми энцефалитами. Как правило, эта болезнь характеризуется тяжелым течением, требует серьезных реабилитационных мероприятий.

Другая группа больных - это дети, поступающие на реабилитацию после перенесенных менингитов. Они проходят несколько курсов лечения, регулярно поступают на госпитализацию. По этой группе пациентов мы имеем результаты, но, к сожалению, не всегда такие, какие хотелось бы иметь.

Очень большой процент детей, проходящих лечение в отделении, - это дети с перинатальной патологией различной степени тяжести: от легкой до тяжелой (у та-

ких детей, как правило, очень высок риск выхода в ДЦП). Стремимся, чтобы эти дети после проведения необходимых курсов перешли на амбулаторный этап лечения. Общеизвестно, что в первые два года жизни ребенку нужно обеспечить максимальный объем терапии, чтобы уменьшить дальнейшие последствия перинатального поражения.

- Какие можно выделить особенности лечения в психоневрологическом отделении АККДБ?

- В нашей больнице соблюдается преемственность в ведении больного ребенка специалистами разных специализаций. То, что АККДБ - мультидисциплинарное медицинское учреждение, помогает оказать помощь каждому ребенку в полном объеме. Замечу, что преемственность в лечебном процессе соблюдается не только внутри нашего учреждения, но и районными больницами по месту жительства ребенка. Если, например, поступает ребенок с тяжелой сочетанной травмой, переломом со смещением, при котором пострадал нерв, мы проводим реабилитационные мероприятия в нашем отделении. Такой же механизм действует по эндокринологическим заболеваниям. Всё больше детей, к сожалению, имеют

сахарный диабет в тяжелой форме, и уже в раннем возрасте получают вторичные осложнения этого заболевания.

В нашем отделении оказывается высокоспециализированная помощь. Все дети выписываются обязательно с рекомендациями по дальнейшему наблюдению либо в краевой поликлинике, либо по месту жительства.

Большой процент наших пациентов имеют впервые выявленные врожденные anomalies периферической нервной системы, спинного мозга. Мы проводим полную диагностику. При необходимости оперативного лечения таких детей регулярно в отделении осматривает главный внештатный детский нейрохирург. В особых случаях пациенты направляются в специализированные федеральные центры Новосибирска, Москвы и Санкт-Петербурга.

В последнее время заметно выросло число больных с объёмными образованиями, опухолями головного мозга. Они сначала попадают к нам, проводится диагностика, определяются необходимость оперативного или консервативного лечения, а также ЛПУ, где ребенку может быть оказана помощь, куда маленький пациент и направляется. После операций ребенок вновь возвращается в отделение психоневрологии на реабилитацию.

Психоневрологическое отделение для детей КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница» рассчитано на 45 коек. С различной патологией нервной системы госпитализируются дети со всего Алтайского края, а также из соседних регионов. Возраст пациентов - от 3 месяцев до 17 лет включительно. При необходимости ребенку проводятся 3-4 курса лечения в течение года.



За счастливое здоровое детство!

Много детей поступает с судорогами разной этиологии. Им проводится полная диагностика, с помощью ЭЭГ-видеомониторирования мы имеем возможность наблюдать за пациентом, анализируя его состояние во времени. С помощью подбора противосудорожной терапии достигаем полного контроля над приступами. Такие пациенты лежат неоднократно, так как их диагноз требует длительного лечения.

К сожалению, *растет число детей с задержкой речевого развития, с нарушениями произношения.* Одна из причин этого: современные родители со своими детьми не хотят разговаривать. Дети произносят звуки с дефектами в дошкольном возрасте, приходят в школу и в итоге пишут так, как говорят. Тогда и возникает диагноз «дисграфия». Эту проблему надо решать с раннего возраста.

В нашем отделении работает профессиональный клинический логопед-дефектолог **Наталья Владимировна КАСЬЯНОВА**. После проведения нейрофизиологической диагностики выясняем причину того или иного дефекта звукопроизношения или задержки речевого развития, обязательно исключая проблемы со слухом. После проведенных диагностических мероприятий назначаются медикаментозное лечение, массаж, физиопроцедуры. Для таких пациентов обязательны ежедневные коррекционные занятия с логопедом. Дошкольники лежат в отделении, как правило, с мамами, и поэтому логопед обязательно дает домашние задания. Совместная работа мам и врачей оказывается более продуктивной, и можно добиться весьма значительных результатов.

Логопед также работает с детьми, перенесшими черепно-мозговую травму, инсульт, который в последнее время молодеет. Дети поступают с сосудистыми заболеваниями головного мозга, в результате которых возникает тот или иной неврологический дефицит. Речь после перенесенного инсульта восстановить очень сложно, но возможно: необходимы ежедневные занятия по специальным методикам.

- Как уберечь ребенка от такой беды, как менингит?

- Совет один, и хорошо известный - всех детей надо прививать. Отрицатель-



Проведение лумбальной пункции ребенку трёх лет

ные последствия того бума, который прошел несколько лет назад и был направлен против прививок, мы наблюдаем сейчас. Менингиты - это большая группа заболеваний. Они могут возникать на фоне банальных простудных болезней, их серьезно могут спровоцировать герпетические инфекции. Поэтому повторю: **прививки обязательны для всех детей.**

- Понятно, что важна своевременность обращения к специалисту с конкретной проблемой...

- Да, это так. Например, с парезом лицевого нерва чаще всего родители обращаются в первую неделю от момента появления признаков: лицо ребенка перекошено, не закрывается полностью глаз - элементарно страшно. Но бывает и позднее обращение, когда парез уже сформировался полностью и мы мало что можем изменить. Совет один: **если что-то настораживает в состоянии ребенка, лучше перестраховаться и обратиться к врачу.**

Это относится и к сосудистым заболеваниям головного мозга, и к эпилепсии - они сейчас протекают в субклинических формах, и диагноз не всегда просто поставить. Как правило, требуется несколько диагностических манипуляций, чтобы выяснить до конца причины происходящего. Чаще приступы эпилепсии у ребенка родители вообще не замечают. Бывает и так, что первым обращает внимание учитель: ребенок сидит на уроке и вдруг отключается на 2-3 секунды, а потом

Позиция родителей сказывается на благополучии детей. Из практики нашего отделения очевидно, что если родители занимаются своими детьми, активно и сообща с врачом участвуют в процессе лечения, - то и получаем заведомо лучший результат, чем если бы родители просто «передали» детей врачам, будучи уверенными, что всё, что от них зависело, уже выполнено.



◀ снова работает с классом. Вывод очевиден: **нужно быть внимательными к своим детям, и любое несоответствие норме в их поведении, внешние нарушения должны настораживать и стать причиной обращения к врачу.**

- Анна Анатольевна, расскажите о техническом оснащении отделения, какие методики вы применяете?

- Мы внедряем новые методики. Я прошла обучение и получила сертификат, дающий право на **лечение спастических форм ДЦП ботулинотерапией** - с применением диспорта и ботокса. Не все знают, что данные препараты были разработаны именно для лечения спастичности у детей с ДЦП. Для улучшения качества жизни пациентов с таким диагнозом этот метод успешно применяется, он прописан в стандарте лечения. В Барнауле ботулинотерапия проводится в психоневрологических диспансере и санатории, а также с прошлого года - в нашем отделении.

В лечебном процессе мы успешно используем **аппарат «Карбоник»**. Это новый метод гипокситерапии, улучшающий микроциркуляцию в головном мозге, дает хорошие результаты при ДЦП, парезе лицевого нерва, синдроме гиперактивности, дефицита внимания.

Часто встречающаяся **гиперактивность детей** - проблема достаточно серьезная. Им одинаково мешает как импульсивность, так и двигательная расторможенность. С такими детьми успешно работают психолог, психотерапевт. Психологическая коррекция обязательно проводится и с родителями: без этого бывает сложно нормализовать состояние ребенка, добиться успехов в его обучении.

Большую помощь нам оказывает **отделение реабилитации**, которое работает с пациентами всего стационара. И это - бесспорное преимущество нашей больницы. При поступлении ребенка с ДЦП в отделение проводится медикаментозная терапия, затем передаем его реабилитологам, которые составляют индивидуальную программу. К примеру, чтобы скорректировать походку при спастике, на ногу надевают специальные мешочки с пес-

О коллективе

- В психоневрологическом отделении АККДБ работает основатель детской неврологической службы на Алтае, моя наставница, которая более 40 лет отдала детям, - **Галина Васильевна ГОЛОВАНОВА**. Стаж врача-невролога высшей категории **Ирины Борисовны БАЛОВНЕВОЙ**, которая после окончания Алтайского медицинского института пришла работать в отделение, - 23 года.

Невозможно представить нашу работу без медицинских сестер, которые понимают нас, врачей, буквально с полуслова, которые знают, как успокоить маленьких пациентов. Это - **Светлана Эдисоновна ЛЮДЕНЦАН** (с 2014 года она старшая медсестра отделения), **Ольга Васильевна ЛОЖКИНА**, **Марина Юрьевна СЕМЯЧКИНА**, **Наталья Александровна БОНДАРЕНКО**, **Ольга Викторовна НЕСТЕРОВА**. Благодаря труду сестры-хозяйки **Галины Борисовны ВОДОПЬЯНОВОЙ**, которая уже в 7 утра находится на своем посту, в отделении царят уют и порядок.

Работа нашего коллектива - это работа команды, и каждый, выполняя свою работу добросовестно, видит результат: улыбки на лицах наших маленьких пациентов и их родителей. И для это для нас - самое главное.

ком - утяжелители. Их вес рассчитывается в зависимости от массы тела ребенка, степени отклонения в движении ноги.

При выписке родители обязательно получают рекомендации для продолжения реабилитационной работы дома. Каждому ребенку по индивидуальной программе расписываются различные мануальные методики, рефлексотерапия, массажи, комплексы ЛФК. В отделении реабилитации установлены всевозможные тренажеры. В частности, есть пневмокостюмы, в которых ребенок с ДЦП начинает ходить, хотя до этого не мог сделать ни шагу.

Используется также **метод гипербарической оксигенации**. Замечу, что наше отделение - единственное в крае, которое имеет такое оборудование. Под давлением подается кислород, который насыщает каждую клеточку организма. Такие процедуры дают хороший результат при воспалительных заболеваниях, мигренях, реабилитации при параличах.

Считаю, что самое важное - это работа в команде, когда есть врач-невролог, врач ЛФК, специалист по мануальной терапии, медицинские сестры, родители, которые участвуют на всех этапах лечения. Только при таком подходе мы приходим к успеху - поможем ребенку наладить полноценную жизнь. ☺

В период распространения любых инфекционных болезней не нужно посещать с детьми многолюдные места. С грудными детьми вообще лучше не ходить в супермаркеты, не ездить в общественном транспорте, то есть быть там, где много разных людей.



...Я была медсестрой

Валентина, Валюша, Валенька, Валечка - это одно из многих тысяч имен. Валя КОЛЕСНИКОВА - такое имя единственное, и оно навеки останется в памяти потомков.

За любовь к своей Родине, самоотверженность и верность своему долгу, стойкость и непоколебимые нравственные идеалы, вклад в победу в Великой Отечественной войне Валя награждена орденом Отечественной войны II степени посмертно.

В кармане ее гимнастёрки нашли последнее письмо, которое она написала перед боем. Письмо было адресовано подруге Нине, маме и фронтовым товарищам.

...Позже текст этого послания прозвучал на всю страну:

«Дорогие фронтовые товарищи, милая моя подруга Нина.

Если я погибну в этом бою, то после смерти сообщите моей маме, что я, ее дочь, честно выполнила свой долг перед Родиной.

Да, мне, конечно, жаль, что так рано кончилась моя жизнь, но за меня отомстят другие.

Нина, я была медсестрой. Ведь это самое прекрасное - спасти жизнь человеку, который борется за нас, защищает нашу Родину от коварного врага, борется за наше будущее.

Вот и всё, что я прошу передать моей маме.

Валя Колесникова.

Алтайский край. Благовещенский район. Колхоз имени Ленина».

Сибирячка, моя землячка... Это - и великая гордость, и огромная боль: ведь Валя не вернулась с этой войны. «Я была медсестрой...» - какой-то особой болью отозвалось в моем сердце каждое слово этого письма. Бывает так: не знал человека, но он стал близким, занял место в душе и тронул твое сердце. Почти моя ровесница, а за пле-



Валя Колесникова

чами - такая судьба!.. Через что пришлось ей пройти? Что пережить? Сколько жизней спасли ее хрупкие руки? Какой она была, о чем мечтала? Мне так захотелось узнать больше о девушке, которая, как и я, когда-то выбрала профессию медицинской сестры.

Эти мысли привели меня в Благовещенский районный музей. Хранитель музейных предметов Зоя ГОРЛОВА внимательно посмотрела на меня, помолчала, видимо, задумалась, не ожидая моих вопросов, улыбнулась и сказала: «Валентина Колесникова... Да, конечно, у нас есть материал о ней».

С трепетом в душе и особым волнением я подошла ближе: передо мной лежали фотографии, пожелтевшие конверты, письма с витиеватым почерком, стершимся на сгибах; постаревшие вырезки из газет. Это лежала история одной биографии. А то, что произошло с Валей, - было биографией всего ее поколения...

Марина Сергеевна ШМИДТ,
медицинская сестра
участковая, КГБУЗ
«Благовещенская
центральная районная
больница»

В Алтайском крае в ее честь названы улицы. В Благовещенском районе на месте бывшего поселка Ленино стоит обелиск Вале Колесниковой. В летописи Благовещенского района времен ВОВ она занимает достойное место, а школьникам рассказывают о Валентине Колесниковой - медицинской сестре.



Дорогой милосердия

С фотографии, словно живая, тёмно-карими глазами смотрела молодая девушка - добрая и мудрая; она светилась спокойной, тихой радостью, неброской красотой. Чем дольше я смотрела на нее, тем роднее становилась мне эта девушка, и казалось, что я давно знакома с ней...

Валя родилась в 1922 году в Степном Кучуке Родинского района Алтайского края. Как и все деревенские девчонки и мальчишки того времени, она рано узнала, что такое работа в поле и труд наравне со взрослыми. Тяжелое было детство - мама растила пятерых детей одна. Валя мечтала, как вырастет, поедет и найдет папу, как они встретятся и не будут расставаться никогда. Потом Валя поступила учиться, получила педагогическое образование. Работала в детском садике воспитателем. Видимо, уже тогда ей хотелось дарить тепло и заботу. А то, что выбрала работу с детьми, еще раз говорит о ее душевной чистоте и добром сердце.

Война застала Валу в Славгороде. Скупно написала домой: «Уезжаю на фронт, не волнуйтесь, берегите себя». Уже от знакомых узнали Колесниковы, что ушла она на фронт добровольцем, потому что не могла иначе. После окончания курсов медсестер ее направили на Западный фронт. Боевое крещение получила в августовских боях 1942 года. С фронта письма от Вали приходили редко: в них были вопросы о родных и близких, и очень мало - о себе. Никогда не жаловалась, берегла материнское сердце, не расстраивала, обещала сестре написать про Смоленщину, где воевала. Но не получили родные обещанного письма, другое письмо пришло весной 1943 года - «похоронка»:

«Дорогая Устинья Тихоновна! Возьмите себя в руки и узнайте печальную и скорбную весть. Третьего марта в бою за Родину погибла смертью храбрых Валя...

Далеко-далеко от вас, на Смоленщине, русской земле схоронили мы Валу. Простились с ней, дали



священную клятву мести и пошли дальше на запад... За дело освобождения наших детей, стариков, братьев и сестер отдала Валя свою молодую жизнь. У нее мы нашли письмо подруге Нине. Валя пишет о своей преданности Родине, о своей любви к Вам, своей матери. Просит подругу передать Вам, что она честно служила своему народу и отдала жизнь за его свободу, честь и независимость.

Валя выросла и возмужала среди нас. Она пришла к нам в часть неопытной в боевых делах, а погибла - воином, бесстрашным и храбрым... Не обращая внимания на смерть, подстерегавшую ее на каждом шагу, под грохот артиллерийской канонады, свист пуль, вой мин она самоотверженно вытаскивала свой долг, оказывая помощь раненым...

Светлый образ Вашей дочери мы никогда не забудем. Навсегда сохранится в нашей памяти замечательная советская девушка, чьи ласковые и твердые руки под вражескими пулями и снарядами быстро и умело перевязывали раны бойцов, чей ласковый и задушевный голос успокаивал страдающих, чей заразительный девичий смех скрашивал невзгоды и трудности боевой жизни...

Разделяю Вашу скорбь по поводу тяжелой утраты - смерти Вашей дочери. Но помните: такие, как Валя, не умирают.

Командир части»

На этом биография Валентины Колесниковой прерывается.

Через пожелтевшие от времени и ветхие листы бумаги мне удалось прикоснуться к удивительной и трогательной истории. Так произошло мое знакомство с Валей, медицинской сестрой, которая честно выполнила свой долг перед Родиной.

Всё дальше и дальше в прошлое уходят события тех лет, но память о великом подвиге сохранилась в народе. Бессонные дни и ночи медицинские работники стояли неотступно рядом с солдатами, ходили в атаку и на месте оказывали медицинскую помощь, вытаскивали убитых и раненых на своей спине, по-матерински стараясь поддержать их добрым и нежным словом, спасали и, не щадя себя, возвращались на поле боя, а при необходимости - брали в руки оружие и вставали в ряды солдат. Так проявляли мужество и милосердие многие и многие, такие, как Валя. Война отняла у них всё: юность и надежды, любовь и мечту, превратила их жизнь в страшный ад.

Я тронута самоотверженностью этой девушки. И через года хочется сказать ей: «Прости, Валя! Прости, сестренка, за то, что не было у тебя счастливого молодости. За то, что проклятая война не дала тебе возможности создать крепкую и дружную семью с любимым, и не услышала ты никогда, как дети тебя окликнули б мамой. Прости!.. И спасибо тебе, родная, за мужество и отвагу, за чистое и мирное небо над головой, спасибо тебе за эту весну и за то, что ты была медсестрой...». ☹



Острый герпетический стоматит у детей

**Острый герпетический стоматит (ОГС)
сегодня является одной из наиболее распространенных
инфекций в детском возрасте.**

Установлено, что инфицирование детей вирусом простого герпеса в возрасте от 6 месяцев до 5 лет составляет 60%, а к пятнадцати годам - уже доходит до 90 процентов. У каждого 7-10-го ребенка ОГС очень рано переходит в хроническую форму с периодическими рецидивами.

В развитии герпетической инфекции полости рта у детей раннего возраста большое значение имеет структура слизистой оболочки полости рта и активность тканевого иммунитета. **Клинические проявления заболевания характеризуются периодичностью течения:**

◆ *инкубационным периодом* (длится в среднем от 2 до 12 дней),

◆ *продромальным периодом* (появляется чувство жжения, покалывания, зуда, ощущение напряжения, онемения в местах будущего появления сыпи, отек и гиперемия слизистой оболочки полости рта и десневого края, потеря аппетита и нарушение сна, недомогание),

◆ *периодом разгара* (высыпания), когда появляются одиночные или множественные элементы поражения слизистой оболочки рта: пятно, везикула (пузырек), афта (эрозия округлой или овальной формы с ровными краями, гладким дном с ободком гиперемии).

Площадь поражения зависит от тяжести заболевания. В зависимости от степени выраженности синдрома интоксикации и местных проявлений в полости рта выделяют три степени тяжести: легкую, среднетяжелую, тяжелую.

При легкой форме ОГС продромальный период отсутствует. Начало заболевания характеризуется

повышением температуры до 37-37,5°C. Общее состояние вполне удовлетворительное. Могут обнаруживаться незначительные явления воспаления слизистых верхних дыхательных путей.

Слизистая полости рта, главным образом в области десневого края, гиперемирована и отечна. Стадия везикулы обычно просматривается родителями или врачом, так как пузырек быстро лопается и превращается в афту. В большинстве случаев на фоне усилившейся гиперемии в полости рта появляются одиночные или сгруппированные элементы поражения. Высыпания при легкой степени течения заболевания характеризуются однократным проявлением.

Длительность разгара заболевания - 1-2 дня. Период угасания длится 1-2 дня. Элементы приобретают цианотичный (синюшный) оттенок, край и центр их размазываются. Они уже менее болезненны. После эпителизации элементов в течение 2-3 дней сохраняются явления острого катарального гингивита.

Среднетяжелая форма ОГС в продромальном периоде характеризуется повышением температуры до 37-37,5°C, слабостью, снижением аппетита, возможны симптомы острого респираторного заболевания. Подчелюстные лимфоузлы увеличены и болезненны.

В период разгара заболевания температура достигает 38-39°C с характерной головной болью, тошнотой, бледностью кожных покровов. На пике повышения температуры, гиперемии и выраженной отечности появляются везикулы:



**Ольга Владимировна
ФИЛИПОВА,**
медицинская сестра,
лечебно-хирургическое
отделение, КБУЗ
«Краевая детская
стоматологическая
поликлиника», член
ПАСМР с 2016 года



Советы медицинской сестры

Как в полости рта, так и нередко на коже околоушной области. В этот период усиливается саливация, слюна становится вязкой, тягучей, отмечается кровоточивость десен. Высыпания нередко рецидивируют, из-за чего при осмотре полости рта можно видеть элементы сыпи на разных стадиях развития. После появления первых элементов температура обычно снижается до 37-37,5°C, однако последующие высыпания сопровождаются новым повышением температуры. Ребенок отказывается от еды, плохо спит, выражены симптомы интоксикации.

Продолжительность периода выздоровления зависит от степени сопротивляемости организма ребенка, наличия кариозных зубов, рациональной терапии.

Тяжелая форма ОГС встречается реже. В продромальном периоде имеет место синдром интоксикации: вялость, слабость, головная боль, боли в суставах, учащение или урежение сердцебиения, приглушение тонов сердца, снижение артериального давления, гиперестезия, тошнота, рвота, увеличение не только подчелюстных, но и шейных лимфоузлов.

В разгар болезни температура поднимается до 39-40°C, отмечаются симптомы острого респираторного заболевания. Слизистая оболочка полости рта отечная, ярко гиперемирована с резко выраженным проявлением воспаления десен, через 1-2 дня появляются пузырьки на слизистой оболочке полости рта, на коже вокруг рта, век, конъюнктиве, мочке ушей, на пальцах рук. Поражаются не только слизистые губ, щек, языка, мягкого и твердого неба, но и десневой край. Элементы сыпи сливаются, образуя обширные участки некроза слизистой. Острый катаральный гингивит переходит в язвенно-некротический, из полости рта - гнилостный запах и обильное слюнотечение с примесью крови. Усугубляются воспалительные явления на слизистых верхних дыхательных путей, иногда отмечаются носовые кровотечения.



В таком состоянии дети нуждаются в активном лечении, в связи с чем целесообразна госпитализация ребенка в боксированное отделение детской инфекционной больницы. Затем наступает стадия угасания, которая заканчивается выздоровлением.

Осложнениями ОГС чаще всего являются стрепто-стафилодермии и аллергические заболевания слизистой оболочки полости рта.

Тактика лечения ребенка должна определяться только врачом, индивидуально, с учетом тяжести заболевания и периода его развития. Учитывая, что заболеванию подвержены дети от 0 до 5 лет, рекомендуется проходить лечение у детского врача-стоматолога и наблюдаться у педиатра.

В уходе за больным ребенком особенно важна правильная организация кормления: пища должна быть полу- или жидкой, полноценной и щадящей, не раздражающей слизистую оболочку полости рта.

Для снятия боли при приеме пищи рекомендуется обработать полость рта специальным стоматологическим гелем, который обладает болеутоляющим и противовоспалительным действием. ☺

Профилактикой заболевания является мытье игрушек, ограничение общения ребенка с больным острым герпетическим стоматитом, закаливание и витаминотерапия.



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



О дисциплине с любовью

Нельзя не согласиться с тем утверждением, что должны быть правила, которым дети обязаны следовать. Но без умения учитывать эмоции и переживания, интересы и потребности ребенка, да и свои собственные, родители не могут наладить дисциплину.

Интересный факт: **детям не только нужны порядок и правила поведения, более того - они хотят и ждут их.** Потому что это делает их жизнь понятной и предсказуемой, создает внутреннее ощущение безопасности. Дети порой готовы поддерживать порядок даже больше, чем взрослые.

Как найти путь к бесконфликтной дисциплине ребенка? От способа решения этой задачи зависит, вырастет ли ребенок внутренне собранным и ответственным человеком или нет.

Вот несколько правил, которые помогают поддержать бесконфликтную дисциплину:

● **ограничения, требования, запреты обязательно должны быть в жизни каждого ребенка.**

Это полезно помнить тем родителям, которые стремятся как можно меньше огорчать детей и избегать конфликтов с ними. В результате родители идут на поводу у собственного ребенка. Это попустительский стиль воспитания;

● **ограничений, требований, запретов не должно быть слишком много, и они должны быть гибкими.** Это правило предостерегает от другой крайности: воспитания в духе «закручивания гаек», авторитарного стиля общения. Оба правила предполагают особое чувство меры, особую мудрость родителя в решении вопросов о «можно» и «нельзя».

Найти золотую середину между попустительским и авторитарным стилями поможет образ четырех цветовых зон поведения ребенка.

В зеленую зону поместим всё то, что разрешается делать ребенку по его собственному усмотрению, желанию: играть с разными игрушками, посещать кружки, кататься на велосипеде.

В желтой зоне - действия детей, в которых предоставляется относительная свобода. Разрешается действовать по

собственному выбору в пределах определенных собственных границ: можно пойти посмотреть мультфильм после того, как уберешь игрушки, либо можно гулять во дворе, но далеко не уходить. Эта зона очень важна, так как именно здесь ребенок приучается к внутренней дисциплине извне - внутрь. Родители помогают ребенку сдерживать импульсы, быть осмотрительным, учиться контролировать себя с помощью норм и правил, которые установлены как в детском саду, так и в семье.

В оранжевой зоне находятся такие действия детей, которые допускаются в виде особых обстоятельств (исключения). Например, папа приезжает из командировки в 10 часов вечера, и ребенку разрешается позже лечь спать. Исключения должны быть действительны и оправданы, тогда дети благодарны родителям за готовность пойти навстречу их особой просьбе.

В красной зоне - действия детей, неприемлемые ни при каких обстоятельствах. Это категорические «нельзя», из которых нами не делается исключений.



Вера Александровна ПЕТРОВА,
педагог-психолог МБДОУ
ЦРР - «Детский сад №173,
г.Барнаул»



◀ Нельзя бить, щипать, играть с огнем... Список этот взро- лееет вместе с ребенком и подводит его к серьезным моральным нор- мам и социальным запретам.

Все зоны, вместе взятые, го- ворят нам, что правило правилу рознь, и вполне можно найти «зо- лотую середину» между готовно- стью понимать и быть твердым, между гибкостью и непреклонно- стью в процессе воспитания детей;

● **родительские требова- ния не должны вступать в явное противоречие с важней- шими потребностями ребен- ка.** Например, родителям часто до- саждают «чрезмерная» активность детей: почему надо так много бе- гать, шумно играть?.. Ответ прост: всё это и многое другое есть про- явление естественных и очень важ- ных для развития детей потребнос- тей в движении, познании. Им го- раздо больше, чем взрослым, нуж- но двигаться, исследовать предме- ты. Необходимо позаботиться о том, чтобы энергии ребенка направить в нужное русло;

● **правила, ограничения, требования, запреты долж- ны быть согласованы взрос- лыми между собой.** Если один родитель не согласен с требовани- ями другого, лучше в эту минуту промолчать, а потом, уже без ре- бенка, обсудить разногласия и по- пытаться прийти к общему мнению. Стоит помнить, что дети постоян- но испытывают наши требования «на прочность» и принимают толь- ко то, что не поддается расшатыва- нию. В противном случае - учат- ся настаивать, ныть, вымогать;

● **тон, в котором сообща- ется требование или запрет, должен быть скорее друже- ственно-разъяснительным, чем повелительным.** Любой запрет желаемого для ребенка тру- ден, а если он произносится серд- ритым или властным тоном, то становится трудным вдвойне. Объяснение должно быть корот- ким и повторяться один раз. Если ребенок снова спрашивает: «По- чему?», то это не потому, что он вас не понял, а потому, что ему трудно побороть свое желание. ☺

14 полезных

Есть необычные способы заставить в зрелом возрасте трудиться серые клеточки мозга как в молодости.

Голова должна трудиться

Наш мозг подобен мышцам: если ему не давать ежедневную работу, он дряхлеет, становится ленивым, команду «думай!» не распознаёт. А вот если нагрузки есть, - серые клеточки растут в буквальном смысле этого слова. Ученые описывают этот процесс так: образуются новые синапсы между нейронами, кора головного мозга становится толще и бо- лее извилистой, в вещество мозга вырастают новые капилляры, аксо- ны быстрее проводят нервные сиг- налы, усложняются функциональ- ные связи между отдельными структурами мозга.

Но между тем мозг не так при- митивен, как мышцы. Обычной «качалки» (типа ежедневно писать в компьютере по 10 тысяч зна- ков) ему недостаточно: заскучает и рано или поздно отметёт рутину как ненужную. Придется его уди- вить и даже обмануть необычной гимнастикой.

Нейробика

Эту методику тренировки для наших извилин придумали амери- канцы - нейробиолог Лоренс Кац и писатель Мэннинг Рубин, создав книгу «Фитнес для ума», где представили 83 упражнения для улучшения памяти и развития ин- теллектуальных способностей.



Для выполнения забавных уп- ражнений вам придется немного «почудить», делать ежедневные дела несколько сумасбродным пу- тем, используя все пять органов чувств в непривычной комбина- ции. Выполняя одну и ту же ру- тинную работу, нам трудно сосре- доточиться на новом: память ослабеваает, концентрация внимания падает. А вот если делать привыч- ные дела неожиданным способом, мозгу приходится выстраивать свежие связи между нервными клетками и восстанавливать их, если они были утеряны.

Постарайтесь запустить в себе тягу ко всему необычному при каждой свободной минутке, вы- полняя домашние повинности, по дороге на работу и в магазин, сидя перед телевизором или у компьютера. Делайте упражнения весело, иронично, с хорошим на- строением - мозгу очень нравят- ся эмоции.

Шесть полезных упражнений

1. Развивайте творческие спо- собности и нестандартное мыш- ление. Включите в работу левую руку (или правую, если вы лев- ша): попробуйте ею чистить зубы, застегивать пуговицы на блузке, кушать, печатать на клавиатуре компьютера и писать от руки.

Зачем это делать? Активация моторной коры переносится с ле-





Репродуктивное здоровье закладывается с рождения

За последнее время отмечается рост бесплодных браков в России - он достигает 15% для вновь образованных пар. Также с каждым годом возрастает число мужчин с жалобами на нарушение потенции. Каждый третий мужчина после 30 лет сталкивается с регулярными затруднениями в половой жизни.

Можно ли говорить о репродуктивном здоровье детей? ВОЗ определяет **репродуктивное здоровье** как «состояние полного физического, психического и социального благополучия, позволяющее вести безопасную и эффективную половую жизнь в сочетании с возможностью воспроизводить здоровое потомство в сроки и количестве, определенных самим индивидуумом». Где же в этом определении место педиатрии?

Располагая тезисом, что именно из ребенка вырастает взрослый, мы видим, что корни формирования репродуктивной функции, как и возникновения нарушений репродуктивного здоровья, лежат в интервале от момента образования зиготы и до точки реализации биологической функции воспроизводства потомства.

О значимости этого периода в жизни каждого мальчика мы говорим с И.С. ПОПОВЫМ, урологом-андрологом, кандидатом медицинских наук, возглавившим самое молодое отделение в поликлинике КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница».

- Илья Сергеевич, чем продиктована необходимость открытия отделения?

- Необходимостью открытия отделения амбулаторной урологии-андрологии стало повышение востребованности данной специальности у населения Алтайского края, что в свою очередь обусловлено большим процентом распространенности и высокими цифрами выявляемости урологической и андрологической патологии у детей. Доля больных детей на 2015 год составляет 48%. На протяжении пяти лет в Российской Федерации действуют специальные про-

граммы диспансеризации детей в 7, 10, 14, 15, 16 лет с участием врача-андролога, направленные на сохранение репродуктивного здоровья мальчиков, программы осмотров детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. Данные мероприятия позволяют выявлять на ранних стадиях заболевания мочевыводящей и половой систем. Такие дети должны наблюдаться у уролога-андролога по месту жительства или быть направлены на следующий уровень, при наличии сложной патологии - в высокоспециализированное отделение детской урологии и андрологии, то есть к нам.

Амбулаторное отделение урологии и андрологии начало работать в октябре 2015 года. Официальное открытие состоялось в конце января 2016 года. Наши пациенты - жители края и Барнаула от рождения до 18 лет. Кроме этого, принимаем детей из соседних территорий: Омска, Томска, Новосибирска. Это - мальчики и девочки, имеющие заболевания мочевыделительной системы. Мальчики наблюдаются с патологией репродуктивных органов.

Отделение амбулаторной урологии и андрологии является третьим этапом оказания специализированной медицинской помощи. Первый представлен педиатрами, детскими хирургами по месту жительства или в районных больницах. Второй этап - урологи-андрологи, ведущие прием в каждой поликлинике Барнаула, а также в поликлиниках крупных городов края.

- В каких случаях родителям надо спешить на прием?

- Можно выделить несколько ситуаций, обратить внимание на кото-



рые может любой родитель и для этого не требуется медицинского образования.

Первая ситуация - когда у ребенка **нарушено мочеиспускание**. Это может быть частое мочеиспускание малыми порциями, нередко сопровождающееся болью. Может быть, наоборот, редкое мочеиспускание до 2-3 раз в день, отсутствие утреннего «похода» в туалет, длительное натужное или прерывистое выделение мочи. Вторая ситуация связана с **недержанием мочи днем или ночью у ребенка старше 5 лет**. Третья ситуация - когда при обследовании ребенка в декретированные сроки **выявляются изменения в анализах мочи, нарушения в состоянии почек и/или мочевом пузыре по ультразвуковому исследованию**. Четвертая ситуация - когда специалистом первичного звена (педиатр, детский хирург) указывается на **наличие у ребенка аномалии в мочевой или половой системах**. Пятая - когда мама при купании сына заметила **отсутствие одного или обоих яичек в мошонке, увеличение и изменение цвета одной из половин мошонки, припухлость в паховой области, искривление полового члена и неправильное положение отверстия мочеиспускательного ка-**



За счастливое здоровое детство!

нала, невозможность обнажения головки у ребенка старше 5 лет, покраснения и болезненности полового члена. И последняя, шестая, ситуация связана с подростками - это **отсутствие признаков начала полового созревания у мальчика старше 13,5 лет.**

При обнаружении вышеперечисленных признаков необходимо обратиться в наше отделение, где ребенка осмотрит высококвалифицированный специалист и проведет необходимое обследование. Следует отметить, что весь спектр диагностических мероприятий проводится в стенах АККДБ, в одном месте, причем в достаточно короткие сроки, что очень удобно для краевых пациентов. Мы имеем возможность выполнять полный спектр общеклинических анализов, инструментальное обследование, исследование гормонального фона, а также такие специфические методики, как спермограмма, анализ выделений из половых путей, в том числе и методом ПЦР-диагностики на инфекции, передаваемые половым путем.

В своей повседневной работе мы тесно сотрудничаем с нашим отделением детской хирургии, которое возглавляет профессор **Юрий Васильевич ТЕН**, с отделением детской хирургии городской детской больницы №7 (Барнаул) во главе с к.м.н. **Андреем Владимировичем БОЙКО**. При сложных патологиях выходим на уровень выше - Российскую детскую клинику (Москва). Находясь на базе многопрофильного учреждения, мы имеем возможность обследовать ребенка с разных сторон: эндокринологии, неврологии, нефрологии и прочее. Очень помогает научно-методическая поддержка кафедр АГМУ.

- Открытие отделения можно считать попыткой исправить перекос в репродуктивной помощи? Ведь к андрологам обращаться менее привычно, нежели к гинекологам.

- Так сложилось, что гинекологическая служба была создана раньше. К тому же в семьях - полных и неполных - воспитанием детей, как правило, занимаются женщины. Они хорошо понимают проблемы девочек и знают, куда обратиться. А вот при воспитании мальчиков возникает множество вопросов, которые ложатся на плечи мам.

Еще до открытия отделения мы провели предварительную работу, смогли проинформировать жителей Барнаула по вопросам здорового образа жизни, охраны репродуктивного здоровья. Нашей аудиторией стали родители дошкольников и школьников, рабочие коллективы. И нас



услышали: многие мамы сегодня хорошо представляют, куда идти при возникновении проблем. Та информация, которая доносилась, востребована. И сейчас «белых пятен» в информационном поле по вопросам репродуктивного здоровья мальчиков намного меньше.

Часть ответов на свои вопросы можно получить и в Интернете, хотя качество информации не всегда бесспорно. Поэтому при появлении вопросов, касаемых половой и мочевой систем, **обязательно надо прийти к специалисту.** Есть специальный сайт, созданный силами детских урологов-андрологов, возглавляемый главным специалистом края **Александром Васильевичем ГАЗАМатовым**. Адрес сайта: <http://androschkola.ru>.

Наши специалисты читают лекции на ФУВ педиатрии, кафедре урологии и нефрологии АГМУ.

Радует, что многие родители обращаются в отделение с профилактической целью, чтобы быть уверенными в здоровье мальчишек. Но остается прослойка родителей, которые не знают, кто такой андролог и чем он занимается. И это нужно исправлять.

- Какие советы можно дать мамам?

- Будьте внимательны к своим детям, обращайтесь внимание на их поведение, состояние их наружных половых органов во время купания.

В зависимости от возраста мальчиков мамы должны обращать внимание на конкретные моменты.

Если говорим о мальчиках **до трех лет, нельзя допускать воспалительные заболевания крайней плоти.** Для этого нужно при купании ежедневно осматривать наружные половые органы. Если замечена отечность, покраснение

Уролог - это специалист по мочевыводящей системе, андролог - специалист по мужской репродуктивной системе. Мы занимаемся всем комплексом лечебных и профилактических мероприятий, связанных с этими системами у детей обоих полов.



крайней плоти, то это повод для обращения к специалисту, потому что наблюдаемый процесс связан с активизацией микрофлоры и может привести к более серьезным последствиям. Любая инфекция склонна распространяться и завоевывать новые площади, может достаточно быстро вызвать заболевания внутренних органов и мочевыводящих путей.

Нередки у мальчиков **водянка оболочек яичка, паховые и пахово-мошоночные грыжи**. Их можно заподозрить при купании и осмотре мошонки.

Выраженная асимметричность, дополнительное образование в паху или в мошонке - повод для обращения к специалисту.

Если мальчишка часто писает или при этом беспокоится, тоже надо поспешить к врачу.

У мальчиков, вступивших в **подростковый период**, стоит обратить внимание на **появление вторичных признаков полового созревания**. Если у него отсутствуют оволосение на лобке, увеличение мошонки, то можно заподозрить задержку полового развития. Должно насторожить и другое: появление у мальчика вторичных половых признаков до десяти лет.

Обратите внимание на **вены ног и мошонки**. Если левая половина мошонки стала какой-то бугристой, видны «жилы» в мошонке, то это повод обратиться к андрологу: есть вероятность развития варикоцеле - заболевания, которое может нарушить развитие яичек, привести к нарушению выработки сперматозоидов. Это наиболее часто встречающийся ряд заболеваний.

Конечно, надо упомянуть **отсутствие яичка**. Если мама у новорожденного не видит яичка в мошонке, надо прийти к специалисту. Существуют разные технологии, которые помогут решить данный вопрос.

- Эту патологию важно заметить еще у новорожденного?

- При данной аномалии развития - чем раньше будет поставлен диагноз, тем раньше начнем активные действия, и



сможем уменьшить вероятность репродуктивных нарушений в будущем.

- Есть периодичность осмотров мальчиков урологом-андрологом?

- Конечно. **Ребенок должен быть осмотрен андрологом в следующие возрастные периоды: 1, 3, 5 лет, перед школой, в 10 и 12, 14 лет, а потом ежегодно - до 17 лет.** Каждому периоду соответствуют свои заболевания. Важно, чтобы специалист смог вмешаться в раннем периоде, когда заболевание не успело укрепиться и привести к серьезным проблемам.

Если мальчику уже есть 15 лет, то он на прием вправе прийти один и самостоятельно решать вопросы своего здоровья. Мы разрешаем мамам присутствовать на осмотре только с согласия подростка, поскольку в 15 лет он дееспособен. *Осмотр детей до 15 лет проводится обязательно в присутствии родителей или опекунов.* Если говорить о бабушках-дедушках, то юридически они должны иметь доверенность на право представления интересов ребенка во врачебном кабинете. Конечно, в каждом случае родители дают информированное согласие на осмотр. ☺

Если говорить про врожденные аномалии, то частота их проявления остается на прежнем уровне. А в распространении заболеваний репродуктивной системы наблюдается снижение: раньше говорили о 50-64%, сейчас меньше - 48%. Но и это много!

В отделении - два кабинета, работают два уролога и андролог. Работа ведется по предварительной записи.

Также к нам могут обращаться и с экстренными случаями - для оценки тяжести состояния и получения рекомендаций.

Родители могут обратиться лично в регистратуру поликлиники или записаться через Интернет.

Обязательно наличие документов: свидетельство о рождении либо паспорт, медицинский полис и карточка СНИЛС.



Фехтование - спорт мушкетёров

Фехтование - один из древнейших видов спорта, который не оставался неизменным, модернизировался на протяжении многих столетий. Известно, что в Древней Греции фехтование входило в олимпийскую программу. В Средние века данный вид спорта был отдельной дисциплиной в школах, при дворе короля. Каждый рыцарь умело владел холодным оружием.

Сегодня существуют два вида фехтования: спортивное и артистическое. **В спортивном фехтовании представлены три вида оружия: шпага, сабля, рапира.** У них разное назначение, но конечная цель у спортсмена одна - победить соперника. **В арт-фехтовании лицом к лицу встречаются не противники, а партнеры.** Фехтовальный бой разучен и отрепетирован, как реплики в театральной пьесе. Серия сюжетных костюмированных фехтовальных схваток представляет собой яркое, красочное действо. Герои фехтуют на шпагах и мечах, поражая зрителей своей реалистичностью. На турнирах судейская коллегия по отдельности оценивает технический и артистический аспекты номера.

Как определить, подходит ли данный вид спорта ребенку или нет? Для успешного выступления решающее значение имеют такие **личные качества**, как **скоростные способности и координация движений.** Следующие по значимости - **вестибулярная устойчивость, выносливость, гибкость.** И лишь на третьей позиции стоит **телосложение.**

Этот вид спорта подразумевает большие нагрузки. **Особенно сильно нагружаются ноги:** колени, ахилловы сухожилия и икроножные мышцы, а также **мышцы спины в области поясницы.** Поэтому при наличии травм в этих частях тела воздержитесь от занятий фехтованием. Во время занятий также отмечается **большая нагрузка на сердце** - поэтому оно тоже должно быть здоровым.

Чаще всего травмы в фехтовании происходят из-за плохой разминки или неправильной техники ведения боя. Поэтому особая ответствен-

ность за здоровье спортсменов лежит на тренерах и организаторах соревнований.

Основные виды травм в фехтовании - **растяжения** (обычно в области голеностопа) и **ушибы.** При растяжениях в первую очередь приложите холодный компресс, обмотайте травмированную часть тела эластичным бинтом. Сустав должен находиться в состоянии покоя не менее суток. При ушибах на травмированную часть прикладывают холод, мокрое полотенце.

Во время поединка возможны **ушибы от уколов**, нанесенных с чрезмерной силой, а также при случайных столкновениях в ситуациях встречных взаимных нападений и ближнего боя. Причем, наносятся они не в область груди, а в предплечье вооруженной руки и бедро впереди стоящей в боевой стойке ноги. Как следствие подобных уколов, на следующий день возможно появление синяка.



Вера Михайловна КЛОЦ

врач по спортивной медицине, высшая квалификационная категория, отделение спортивной медицины, КГБУЗ «Алтайский врачбно-физкультурный диспансер»



Нужно учитывать и индивидуальные особенности спортсмена: большую утомляемость или повышенную эмоциональность, склонность к спазмам сосудов и мышц, излишнюю предстартовую лихорадку и т.д.

У начинающих фехтовальщиков, особенно в детском возрасте (7-11 лет), из-за неадекватных завышенных требований к длине выпадов и применению боевой стойки со значительным сгибом ног, могут возникнуть **болезненные ощущения в коленных суставах**, возможны и **ушибы пяточной кости впереди стоящей в выпаде ноги**. В предупреждении этих травм значение имеет талант тренера, его умение научить правильным движениям.

Чтобы предотвратить большинство этих травм, **в экипировке спортсмена всё должно быть учтено**: специальная обувь в хорошем состоянии, чтобы обеспечивать движения без скольжения; целый костюм обязательно белого цвета, чтобы видна была кровь при травмах; обязательны нагрудники, перчатки и защитные протекторы.

Недостаточность врачебного контроля приводит к тому, что на тренировку приходит спортсмен, не завершивший курс лечения или, наоборот, начинающий болеть. У таких спортсменов рассеяно внимание, они ощущают общее недомогание, что может стать причиной травмы (4-6% случаев от общего числа).

Ряд исследователей указывают на *влияние хронических очагов инфекции*. К ним, в частности, относится кариес. С любой инфекцией организм борется, а это требует дополнительных сил. Значит, в спортивный поединок будет вкладываться меньше усилий.

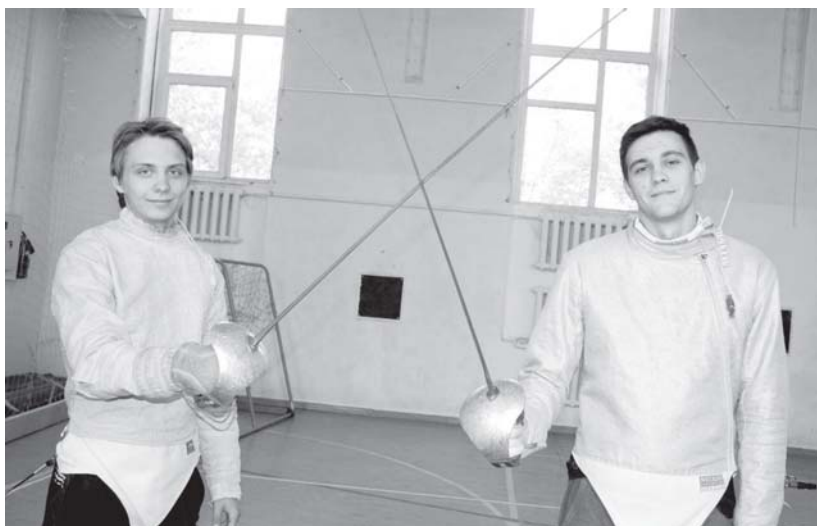
Для предупреждения спортивных травм осуществляется следующий комплекс мер: правильная методика тренировки, обеспечение хорошего состояния мест занятий, инвентаря, одежды, обуви, применение защитных приспособлений, регулярный врачебный контроль, выполнение гигиенических требований, повседневная воспитательная работа и т.п.

Значительна роль спортивного врача в предупреждении травматизма. В его функции входит не только обеспечение полной безопасности занятий, соревнований, но и воспитательная работа со спортсменами (настойчивое разъяснение недопустимости применения грубых, неправильных приемов, которые могут вызвать травму, необходимости постоянного применения защитных средств и т.д.), а также разъяснительная работа среди тренеров по поводу условий, способствующих возникновению травм, важности обращения к врачу при травме любой тяжести.

Соревновательная деятельность фехтовальщиков характеризуется высокой интенсивностью, постоянным использованием нападения с максимальными стартовыми усилиями. При этом соревнования нередко занимают целый день, даже - несколько дней, в течение которых спортсмены многократно выходят на поединки и вынуждены действовать с предельным напряжением.

При оценке общих нагрузок необходимо также учитывать значительный вес оружия, защитных средств, костюма. Кроме того, экипировка фехтовальщика затрудняет теплоотдачу и способствует повышенному потоотделению.

Серьезные нагрузки определяют необходимость активного использования средств восстановления с применением методик, учитывающих особенности данного вида спорта. Надо учитывать, что передвижение квалифицированных фехтовальщиков по дорожке отличается своеобразными кинематикой и динамикой, оказывающими существенное влияние на функционирование различных органов. При этом высокая динамичность разновекторных перемещений по дорожке сочетается со значительными напряжениями, возникающими из-за усилий по сохранению требуемого положения ног



и туловища в боевой стойке. В результате после продолжительных тренировок и соревнований у фехтовальщиков возможно *появление закреощенности мышц шеи, передней поверхности бедра впереди стоящей ноги и ягодиц*, связанной с перегрузками мышц плечевого и тазового пояса. Результатом максимальных тренировочных воздействий становятся *переутомление, асимметричность поперечных размеров мышц конечностей*.

Для квалифицированных спортсменов характерны *перегрузки локтевого и плечевого суставов вооруженной руки, перегрев организма* из-за затрудненной теплоотдачи в связи с «закрытостью» соревновательной экипировки. По этой же причине резкое охлаждение при открытых окнах и дверях зала может приводить к *корешковым заболеваниям пояснично-крестцового отдела позвоночника*.

В связи с вышесказанным понятно, насколько велико значение квалификации тренера, его внимания к вопросам реабилитации спортсменов.

В основе педагогических методов восстановления лежит использование специализированных двигательных действий и физических упражнений из других видов спорта, создающих эффект психической реабилитации на основе переключений. **Восстановлению служит выполнение специализированных упражнений в медленном темпе, с малой амплитудой движений и незначительным числом повторений.** Анализ результатов многолетних наблюдений показывает, что физическое утомление, «забитость» мышц, а также всевозможные микрогематомы, встречающиеся после соревнований на поверхности кожи вооруженной руки и бедра фехтовальщиков, исчезают быстрее, если в после соревновательном микроцикле используются спортивные игры, плавание, медленный равномерный бег, сопровождающиеся хорошим эмоциональным фоном.

Обобщение опыта специалистов позволяет дать рекомендации по поведению спортсменов во время и после соревнований:

- между боями не следует всё время сидеть, тем более не рекомендуется стоять;

- целесообразно чередование (по 2-3 минуты) отдыха (сидя в удоб-



ной позе) и медленной прогулочной ходьбы;

- после тренировки желательно не носить с собой фехтовальный чехол, создающий значительную физическую нагрузку;

- после тренировки по дороге домой желательно не идти пешком, а воспользоваться транспортом;

- в процессе соревнований, особенно в условиях влажного климата, необходимо утолять жажду умеренными дозами минеральной воды, богатой солями;

- в условиях лагерного сбора после тренировок и обеда обязателен отдых лежа (от 30 до 60 минут).

Для восстановления психической сферы рекомендуется прослушивание музыки, чтение книг, общение с друзьями, игры без напряжения внимания.

Существуют и дополнительные средства восстановления: массаж, гидромассаж, вибромассаж, баромассаж, восстановительные ванны, душ, электросон, парная и суховоздушная баня.

Обобщая опыт тренеров высшей квалификации, можно заключить, что целенаправленное применение средств и методов восстановления позволяет увеличить надежность реализации в соревнованиях достигнутого уровня технико-тактической подготовленности, повысить уровень стабильности выступлений фехтовальщиков. ☺

Нагрузка на психическую сферу фехтовальщиков приводит к напряженной деятельности аналитических систем (особенно зрительного анализатора), воздействию высокого эмоционального фона и быстрой смене позитивных и негативных реакций на результаты отдельных схваток и поединков.



И в Барнауле звенят клинки!..

В начале лета завершаются тренировки начинающих спортсменов в залах - как правило, они уезжают в спортивные лагеря. А остаются серьезно работать спортсмены мастерского уровня, те, кому предстоит защищать честь края на ответственных соревнованиях. На тренировках идет серьезная работа, отрабатываются тактика ведения боя и техника нанесения ударов.

Мои собеседники - **Валериан Владимирович ФЕОКТИСТОВ**, мастер спорта России по фехтованию, педагог дополнительного образования секции фехтования СДЮШОР «Звенящие клинки», серебряный призер Кубка мира, и **Алексей Владимирович ФИЦЕВ**, заслуженный тренер России, старший тренер-преподаватель по фехтованию краевой детско-юношеской спортивной школы, - рассказали, чем прекрасен этот вид спорта.

- Валериан Владимирович, как в вашей жизни фехтование стало и любимым видом спорта, и профессией?

В.В. Феокистов: - Ответ прост: мой отец - **Владимир Валерьянович ФЕОКТИСТОВ** - тренировал детей, готовил мастеров спорта, чемпионов. Он - «пионер» развития фехтования в Алтайском крае. В ноябре 1963 года переехал в Барнаул и сделал первый набор учеников в школу фехтования «Звенящие клинки». В качестве судьи по фехтованию работал на Олимпиаде-80 в Москве, также обслуживал ряд Кубков и первенств мира, является Почётным мастером спорта СССР, заслуженным тренером РСФСР, награжден орденом «Знак Почета». Отец для меня всегда был примером. И естественно, что я полностью пошел по его стопам: окончил тот же вуз - Смоленский институт физической культуры, стал тренировать ребяташек. Получается, я продолжаю семейные традиции. Жена тоже ра-

ботает тренером. Дочери 3,5 года, пока с ней занимаемся общей физической подготовкой. Думаю, что и она будет серьезно дружить со спортом.

- С какого возраста вы стали заниматься фехтованием?

В.В. Феокистов: - Честно говоря, поздно. У меня был инфаркт, и по этой причине мне было запрещено заниматься спортом. В секцию фехтования пришел только в 13 лет, нарушив запреты врачей. Пришлось работать серьезно, чтобы догнать сверстников. Мне удалось это сделать, и в девятом классе поступил в училище олимпийского резерва. По медицинским показаниям я мог не сдавать экзамены, но мне было стыдно ссылаться на здоровье, поскольку к тому времени уже имел победы на чемпионате страны. Начатые в подростковом возрасте занятия спортом положительно сказались на моем здоровье: сначала диагноз был снят, а еще позднее исчез и рубец на сердце. Мне сказали, что так бывает один раз на 100 тысяч случаев. Сняли с медицинского учета, поскольку мое сердце стало настоящим спортивным. Считаю, что помогли серьезные физические нагрузки: мне всегда было стыдно бежать последним на тренировках. Уже через год занятий я приобрел хорошую физическую форму.

- Фехтованием занимались рыцари, мушкетеры. Это действительно такой элитарный вид спорта?



В.В. Феокистов

В.В. Феокистов: - Да - элитарный и благородный. Это один из самых древних видов спорта, он первым был включен в олимпийскую программу. Фехтование существенно отличается от других видов единоборств - силовое воздействие снижено. И это привлекает начинающих спортсменов. Во время поединка идут борьба интеллектов, постоянный поиск ответов на вопросы: как обмануть соперника, как его переиграть? Развиваются все познавательные, психические процессы. В результате тренировок фехтовальщики интеллектуально развиты и, как правило, успешны и в других видах деятельности. Данный вид спорта может стать хорошим стартом в жизни.

А.В. Фицев: - При выборе мальчишками фехтования играет не последнюю роль и кинематограф - в фильмах поединки красивы, ритмичны. Это напор, азарт, быстрая реакция на действия соперника. В принципе, этот вид спорта помогает личности разносторонне развиваться. В поединке надо думать, как в шахматах, быть



физически подготовленным, как в любом другом виде спорта. Если фехтовальщики идут и в игровые виды спорта, в легкую атлетику, как правило, они успешно выполняют нормативы.

- Что еще характерно для поединка?

В.В. Феоктистов: - При выступлениях на уровне сборной страны волнение колоссальное, поскольку выступать под флагом Родины - большая ответственность. Предстартовый мандраж есть у каждого спортсмена. Если он более подготовлен психологически, более опытен, сможет справиться с ним быстрее. Помню свой первый юниорский чемпионат Европы, от волнения не мог катушку вставить в тройник. Это наблюдал рядом стоящий техник, он и помог. Оценка соперника начинается до поединка. Если выступишь на уровне страны, знаешь всех соперников заочно, смотришь их бои. Во время поединка перестраиваешься, учишься манеру ведения боя соперником, тут и важно умение мыслить. В фехтовании необходимо просчитывать несколько ходов вперед. Потом это становится правилом и в жизненных ситуациях, далеких от спорта.

- Сколько детей занимается в секции?

А.В. Фицев: - В пределах 150 человек. Приходят с 9 лет, это нормально для данного вида спорта. Раньше не берем, потому что тогда оружие - сабля, клинок - буквально больше их роста.

- Есть критерий отбора новичков в секцию фехтования?

В.В. Феоктистов: - Образовательная система выстроена так, что мы берем всех. Есть результат - хорошо, но для нас важна и массовость. Естественно, есть дети, которые расположены к спорту или конкретно к фехтованию, либо совершенно не спортивные. Если через год-другой ребенок понял, что его показатели остаются на одном уровне, он просто ходит на тренировки для поддержания физической формы. Это лучше, чем

дома сидеть у телевизора либо играть в компьютерные игры. Здесь дети двигаются, что полезно для их развития.

- Значит, ребенок может прийти вообще «нулевой»?

А.В. Фицев: - Обычно так и бывает. Через год проводим тесты, смотрим, как ребенок изменился, чего достиг. Любый спортсмен начинает с малого - с первого шага в спортивный зал, с выбора своего вида спорта.

- Какие качества важны для спортсмена - гибкость, сила, что-то еще?

А.В. Фицев: - Прежде всего важна координация движений. Обязательны скоростные качества, ловкость, умение предугадать действия противника. Важна выносливость, потому что соревнования проходят целый день и спортсмен всегда должен быть готовым к бою.

- Насколько удачны 2015-й и наступивший 2016-й год?

В.В. Феоктистов: - Можно смело утверждать, что это один из самых удачных сезонов для клуба «Звонящие клинки». Первый раз за девять лет наша воспитанница стала призером соревнований на кубок Европы. Сейчас девушка готовится к олимпийским играм. Наши девочки в командном зачете на первенстве России стали третьими. Позади оставили фехтовальщиков из Москвы и Санкт-Петербурга. Это дает право для



А.В. Фицев

гордости, ведь в этих городах и финансирование спорта лучше, и тренеров работает намного больше. Как видим, наш край в фехтовании достаточно конкурентоспособен. А всё начинается с детского спорта.

А.В. Фицев: - Мой ученик Алексей ЯКИМЕНКО готовится к Олимпиаде. Будем надеяться на хорошее выступление. Алексей - бронзовый призер Олимпийских Игр-2004 (командный зачет), участник трех Олимпийских игр, пятикратный чемпион мира, трехкратный обладатель Кубка мира, десятикратный чемпион Европы, заслуженный мастер спорта. Алексей тренировался в «Звонящих клинках» до тринадцати лет, затем живет и тренируется в Москве. В «Звонящих клинках» подготовлено более 150 мастеров спорта. Школа живет и успешно работает.

- Есть возрастные ограничения для занятий фехтованием?

А.В. Фицев: - Наш ученик, его возраст более сорока лет, выступил на чемпионате Европы среди ветеранов и стал лучшим. Выступают фехтовальщики в возрасте и 60, и 70 лет. Было бы желание не расставаться со спортом - и всё получится!

- Как решаются вопросы с экипировкой?

В.В. Феоктистов: - Начинающие спортсмены обеспечиваются защитными средствами и формой полностью. Дети, которые занимаются на постоянной основе, получают спортивные разряды, постепенно покупают себе необходимые элементы формы. Весь комплект достаточно дорогой. Ведущие фехтовальщики, те, кто попадает в сборную края, получают экипировку бесплатно.

- Где можно заниматься фехтованием в Барнауле?

В.В. Феоктистов: - Для начинающих секции работают в нескольких школах, опытные фехтовальщики тренируются в центральном зале в Барнауле на улице Автозаводской, 49. ☎





Александр Викторович КЛАДЬКО,

кандидат медицинских наук, доцент, врач по спортивной медицине, заведующий отделением спортивной медицины №4,



Арина Викторовна ДЕМЕШКО,

инструктор по лечебной физкультуре, отделение спортивной медицины №4

- КГБУЗ «Алтайский врачебно-физкультурный диспансер»;



Алексей Андреевич МАРТЫНОВ,

тренер по плаванию, мастер спорта России

Комплекс упражнений КТО ЗАНИМАЕТСЯ

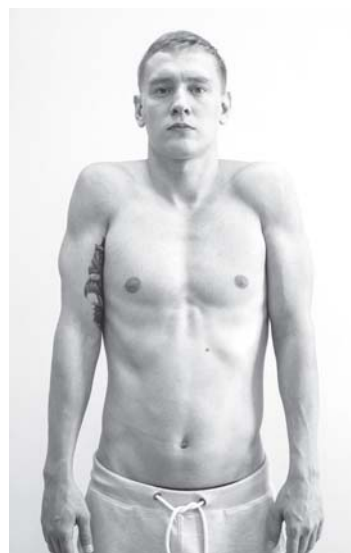
Эффекты, общие принципы, продолжительность, сроки и количество подходов упражнений на растяжку нами приводились ранее. Здесь описываем лишь примерный комплекс упражнений, который позволит адаптировать мышцы при занятиях плаванием. Помните, что любой растяжке должна предшествовать разминка!

Упражнение 1: поднимание надплечий

Целевые мышцы: мышцы спины (мышца, поднимающая лопатку, трапециевидная мышца), мышцы плечевого пояса (дельтовидная мышца), мышцы шеи (грудино-ключично-сосцевидная мышца).



Подъем надплечий вверх по направлению к ушам, удержание надплечий (5 секунд). Затем опускание вниз правого надплечья и одновременный наклон головы влево, удержание положение (5 секунд). Повтор в противоположную сторону (5 секунд).



Упражнение 2: подъем рук и разгибание плеч

Целевые мышцы: мышцы плечевого пояса, груди, плеча и предплечья.

Сомкнутые пальцы в замок над головой ладонями кверху поднять вверх и слегка отвести назад. Удерживать 15 секунд, глубоко дышать. Затем, слегка согнув колени, установить руки на поясище и, отдавливая туловище вперед, растянуть мышцы груди. Два подхода по 10 секунд.



Упражнение 3: отведение плеча

Целевые мышцы: широчайшая мышца спины, мышцы груди, мышцы плеча.

Взяться левой кистью за правый локоть, поднятый над головой. Правый локоть попытаться отвести в сторону, преодолевая сопротивление левой руки (10 секунд). После секундного расслаб-



на растяжку для тех, плаванием

ления плавно опустить предплечье за голову, удерживать 10 секунд. Поменять руки.

Упражнение 4: растягивание плеча

Целевые мышцы: трехглавая мышца плеча.

Левой рукой удерживать правое плечо, поднятое перед грудью в состоянии статического напряжения (3-5 секунд), затем расслабленную правую руку оттянуть в сторону левого надплечья (10 секунд). Поменять руки.



Упражнение 5: растягивание надплечья и плеча

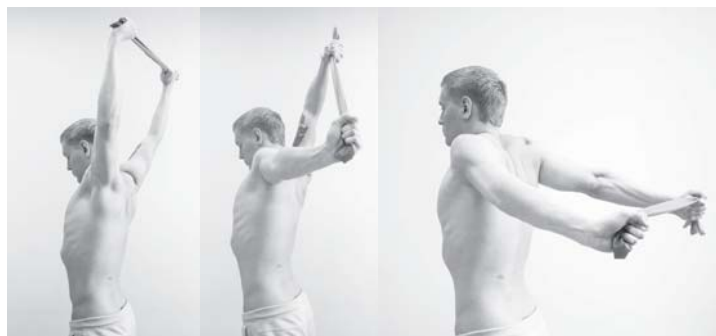
Целевые мышцы: мышцы плечевого пояса и плеча.

При сомкнутых за спиной руках медленно повернуть локти внутрь, удерживать 10 секунд. Для усложнения - поднять руки за спиной вверх.

Упражнение 6: растягивание мышц груди

Целевые мышцы: мышцы груди.

Поднять полотенце над головой, не сгибая рук в



локтях. Отвести левую руку назад и вниз на уровень плеча, при этом согнув правое предплечье в локтевом суставе под углом 90 градусов. Затем выпрямить правую руку и опустить на один уровень с левой, после чего - одновременно опустить обе руки вниз. Упражнение выполняется медленно, акцентируя внимание на каждой фазе. Повторить движение в другую сторону.

Будьте осторожны: при появлении болей немедленно прекратите упражнение! По мере тренировок - сокращайте расстояние между руками.

Упражнение 7: растяжение мышц бедра

Целевые мышцы: мышцы задней группы бедра.

Удерживая согнутую правую голень обеими кистями (выше области голеностопного сустава) плавно подтянуть правую ногу как единое целое к груди, удерживайте положение 20 секунд. Поменяйте сторону. Необходимо удерживать ногу без избыточного напряжения в области коленного сустава.



Упражнение 8: растяжение мышц бедра, поясницы

Целевые мышцы: мышцы задней группы бедра, мышцы таза.

Взяться руками за сомкнутые стопы, медленно наклониться кпереди (наклон от бедер), удерживайте 15 секунд. При сложности выполнения - отодвинуть стопы подальше.

Упражнение 9: скручивание туловища

Целевые мышцы: мышцы туловища, таза, бедра.

Сесть на поверхность, ноги выпрямлены. Согнуть левую голень и перекинуть левую



стопу через правое колено. Согнуть правое предплечье и опереться правым плечом в левое бедро. Опираясь левой ладонью о пол, повернуть голову и верхнюю часть туловища влево. Удерживать позу 10-15 секунд. Повторить для другой стороны.



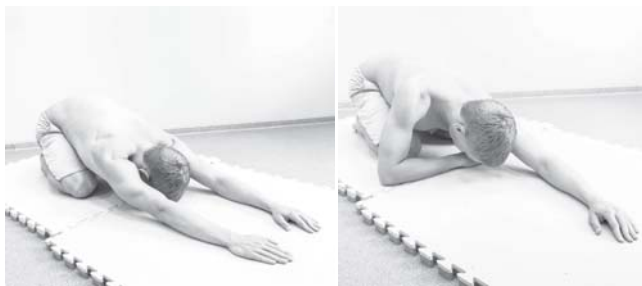
Упражнение 10: растяжка мышц поясницы



Целевые мышцы: мышцы поясницы и таза.

Лежа на спине, согнуть левую голень под углом 90 градусов, перекинуть левое бедро через правое, повернуть голову налево. Потянуть правой рукой левое бедро к полу. Удерживать положение 15-20 секунд. Повторить для другой стороны.

Упражнение 11: растяжка мышц верхних конечностей



Целевые мышцы: мышцы плечевого пояса и верхней конечности.

Сидя на коленях, наклониться вперед, достать вытянутыми руками пола; слегка прижимая ладони к полу, податься назад. Возможно выполнение одной или двумя руками. Удерживать положение 10-15 секунд.

Упражнение 12: вытяжение

Целевые мышцы: мышцы туловища, конечностей. Лежа на полу с вытянутыми за голову руками, потянуться руками и ногами в противоположных на-



правлениях. Удерживать 5 секунд, затем расслабиться. По диагонали вытягивать правую руку и левую ногу (5 секунд), расслабиться и сменить сторону. Возможно дополнение растяжки втяжением живота.



Упражнение 13: растяжка мышц нижних конечностей

Целевые мышцы: мышцы бедра, голени.

Сесть на голени и стопы с вытянутыми пальцами. В зависимости от степени растяжки наклонить туловище вперед или назад. Удерживать позу 20-30 секунд.

Упражнение 14: растяжка мышц бедра

Целевые мышцы: мышцы бедра, таза.

Выдвинуть колено вперед над голеностопным суставом, колено другой ноги прижать к полу и опустить таз вниз. Удерживать положение 15-20 секунд.



Упражнение 15: растяжка мышц голени

Целевые мышцы: мышцы голени.

Упереться руками и головой в вертикальную опору, сделать шаг левой ногой назад, согнуть правую голень, а левую ногу выпрямить, медленно выдвинуть таз вперед. Удерживать позу 10-15 секунд. Сменить ноги. ☺





Лауреат Губернаторской премии
среди СМИ по итогам 2003 года

Почетная грамота
Союза журналистов России



Благодарность от Управления Алтайского края
по физической культуре и спорту

Общественный Редакционный совет

- Арсеньева Нина Григорьевна** - главный врач КГБУЗ «Детская городская поликлиника, г. Рубцовск»
- Вейцман Инна Александровна** - врач-эндокринолог высшей категории, к.м.н., доцент кафедры госпитальной и поликлинической терапии с курсом эндокринологии Алтайского государственного медицинского университета
- Веселовская Надежда Григорьевна** - д.м.н., ассистент кафедры терапии и общей врачебной практики ФПК и ППС Алтайского государственного медицинского университета
- Кравцова Людмила Ивановна** - главный врач КГБУЗ «Рубцовская ЦРБ»
- Козлова Ирина Валентиновна** - к.м.н., главный редактор краевого медико-социального журнала «Здоровье алтайской семьи»
- Костромичкина Марина Вячеславовна** - главный врач КГБУЗ «ЦРБ с. Завьялово»
- Лазарев Александр Федорович** - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой онкологии, лучевой терапии и лучевой диагностики Алтайского государственного медицинского университета, главный врач КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер»
- Лещенко Владимир Алексеевич** - к.м.н., исполнительный секретарь Медицинской палаты Алтайского края, директор КГБПОУ «Барнаульский базовый медицинский колледж», директор, заместитель председателя комитета по здравоохранению и науке АКЗС
- Миллер Виталий Эдмундович** - к.м.н., доцент кафедры пропедевтики детских болезней Алтайского государственного медицинского университета, заместитель главного врача по поликлинической работе КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница»
- Насонов Сергей Викторович** - к.м.н., заместитель начальника Главного управления по здравоохранению и фармацевтической деятельности Алтайского края
- Плигина Лариса Алексеевна** - Президент Профессиональной сестринской ассоциации Алтайского края
- Ремнева Надежда Степановна** - к.с.н., председатель Алтайского краевого отделения Всероссийской неправительственной общественной организации Союз женщин России, Председатель Общественной женской палаты при Губернаторе Алтайского края
- Ремнева Ольга Васильевна** - д.м.н., заместитель главного врача по лечебной работе (по поликлинической помощи) КГБУЗ «Перинатальный центр (клинический) Алтайского края»
- Салдан Игорь Петрович** - д.м.н., профессор, ректор Алтайского государственного медицинского университета
- Фадеева Наталья Ильинична** - д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии Алтайского государственного медицинского университета
- Шубенкова Наталья Михайловна** - мастер спорта СССР международного класса, начальник отдела по работе с трудящейся и учащейся молодежью управления Алтайского края по физической культуре и спорту
- Шульц Татьяна Эргартовна** - заместитель главного врача по экспертизе временной нетрудоспособности КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница»
- Яворская Светлана Дмитриевна** - д.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии Алтайского государственного медицинского университета

Свидетельство о регистрации СМИ №ПИ-12-1644 от 04.02.2003 г., выданное Сибирским окружным межрегиональным территориальным управлением Министерства РФ по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.

Главный редактор - Ирина Валентиновна Козлова.
Тел. 8-960-939-6899.

Ответственный редактор - Мария Юртайкина.
Креативный редактор - Лариса Юрченко.

Компьютерный дизайн и верстка - Ольга Жабина, Оксана Ибель.

Учредитель - Издатель ООО «Издательство «Вечерний Новоалтайск - Добрый день»: 658080, Алтайский край, г. Новоалтайск, ул. Обская, 3.
Тел. 8(385-32) 2-11-19. Адрес редакции: 658080, Алтайский край, г. Новоалтайск, ул. Обская, 3. Тел. 8(385-32) 2-11-19.

Адрес работы с общественными представителями: 656038, Алтайский край, г. Барнаул, пр. Ленина, 56, тел. 8-902-141-79-83.
E-mail: nebolen@mail.ru. Группа ВКонтакте: <https://vk.com/nebolen>

Отпечатано в типографии ИП Смирнов Е.В.: г. Барнаул, ул. Чкалова, 228.
Тел. (3852) 38-33-59. Печать офсетная. Тираж - 5000 экз. Цена свободная.

Время подписания в печать: по графику - 14:00 25.05.2016 г., фактически - 14:00 25.05.2016 г. Дата выхода: 31.05.2016 г.

Подписной индекс - 31039

Все товары и услуги подлежат обязательной сертификации. Ответственность за достоверность рекламной информации несут рекламодатели. Мнение редакции может не совпадать с мнением рекламодателя.

Общественный Редакционный совет



Светлана Дмитриевна ЯВОРСКАЯ

Доктор медицинских наук (2014), врач-акушер-гинеколог высшей квалификационной категории, доцент кафедры акушерства и гинекологии, заведующая акушерско-гинекологической службой поликлиники «Консультативно-диагностический центр АГМУ»

Окончила лечебный факультет Алтайского государственного медицинского университета в 1995 году. Продолжила обучение в клинической ординатуре по специальности «Акушерство и гинекология». После окончания клинической ординатуры с 1997 года - ассистент кафедры акушерства и гинекологии №1, с 2014 года - доцент кафедры акушерства и гинекологии АГМУ.

В 1999 году защитила кандидатскую диссертацию «Поэтапная коррекция нарушений репродуктивной функции у пациенток с гиперпролактинемией».

В 2014 году защитила докторскую диссертацию «Гиперпролактинемия и бесплодие: диагностика, результаты лечения для матери и ребенка».

Основные направления научно-практической деятельности: гинекологическая эндокринология (от менархе до климакса); невынашивание беременности; эндокринное бесплодие.

Автор 89 научных работ, в том числе 2 монографий. Автор и соавтор 15 учебно-методических пособий для студентов, клинических ординаторов медицинских вузов, врачей-акушеров-гинекологов. Автор 1 патента на изобретение (2015 г.).

Стаж практической деятельности - 20 лет. Стаж педагогической и научной деятельности - 18 лет.

Клиническая база: КГБУЗ «Родильный дом №2, г. Барнаул».

Значимые события в вашей профессиональной деятельности?

Самостоятельный прием первого пациента; первая операция; первый проведенный цикл занятий у студентов; защита диссертаций.

Ваши личные достижения или значимые в жизни события?

Я - мама двоих прекрасных детей: дочери 15 лет, сыну 9 лет.

Совет(ы), которые вы считаете особенно важными для пациентов?

Чтобы не болеть, нужно выполнять на самом деле простые вещи: правильно питаться, вести активный образ жизни, больше радоваться и быть оптимистом. А если проблемы со здоровьем все-таки появились, - не занимайтесь самолечением, не слушайте советы подруг, не читайте Интернет, а идите как можно раньше к квалифицированному врачу - вместе вы всегда победите недуг. Главное, чтобы вы этого тоже хотели и помогали сами себе. Ведь как говорил Гиппократ: «Тому, кто не хочет меняться, помочь невозможно».

Круг ваших непрофессиональных интересов, хобби?

Я - очень увлекающийся человек. В детстве посещала множество кружков, окончила музыкальную школу. Любила и люблю читать. Любимые авторы: Теодор Драйзер, Эрих Мария Ремарк, Анри Труайя, Александр Островский, Александр Куприн. В последние годы увлеклась садоводством, выращиваю рассаду, на дачном участке развожу клумбы и газоны, высаживаю цветы. Красота! Люблю путешествовать. На лето мы уже запланировали поездку в Крым. В детстве я часто там отдыхала с родителями. Теперь хочу показать этот прелестный уголок с большой историей и своим детям.

Ваши пожелания читателям? Я, конечно, всем желаю здоровья, семейного благополучия, детского смеха, долгих лет жизни в родной семье нашим старикам. Семья - это главная ценность в человеческой жизни.

Всегда ваша, С.Д. Яворская

Профессиональная ассоциация средних медицинских работников

IV краевая отчетно-выборная конференция

