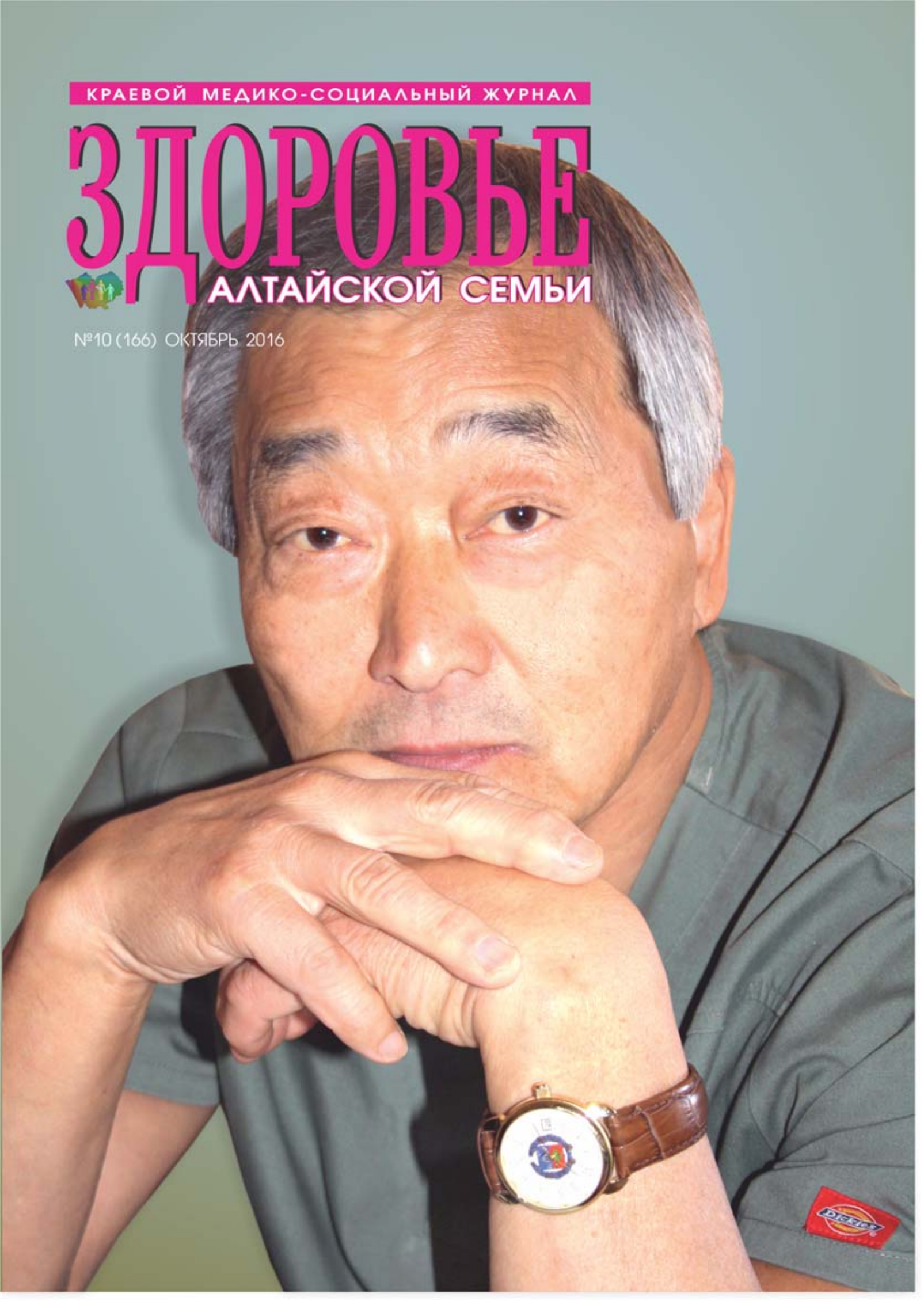


КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

# ЗДОРОВЬЕ

## АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№10 (166) ОКТЯБРЬ 2016



## С праздником, дорогие выпускники Алтайского медицинского!!!



Как некогда в 1954 году 200 первых в истории вуза первокурсников, так и мы в октябре 1971 года начали обучение в медицинском вузе Алтая, связав свою судьбу с медициной. В этом году исполнилось 45 лет с тех пор, как мы стали его студентами. Символично и то, что основной костяк нашего курса - ровесники АГМУ - тоже 1954 года рождения. У меня сохранился пожелтевший от времени выпуск газеты «Медик Алтая» от 9 октября 1971 года «В добрый путь, первокурсник!», подготовленный к торжественному посвящению нас в студенты!

В нем и поздравление профессора И.И. Неймарка, и тогда еще студента 6-го курса В.Лычева!

И напутствие «О первом и первом» В.Киселева, в ту пору - зам. декана лечебного факультета, и даже моя заметка «Теперь мы студенты»!

Сегодня в АГМУ закладывается, на мой взгляд, замечательная традиция: 3 октября в Алтайском медуниверситете прошел День истории, который отмечается в день рождения вуза, пока второй год.

Это масштабный марафон встреч студентов с ректором, выдающимися преподавателями и учеными вуза, в том числе из числа его первых выпускников. В актовом зале и учебных аудиториях вуза, сменяя друг друга, выступали член-корреспондент РАН, профессор, доктор медицинских наук, один из первых выпускников АГМИ Валерий Иванович Киселёв, член-корреспондент РАН, заведующий кафедрой факультетской хирургии имени И.И. Неймарка, доктор медицинских наук, профессор Яков Наумович Шойхет.

Профессор кафедры фармакологии, доктор медицинских наук, ректор медуниверситета в 1988-2014 гг. Валерий Михайлович Брюханов. Заведующий кафедрой специализированной хирургии по урологии, травматологии и офтальмологии, профессор, доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ, главный уролог Алтайского края, главный уролог Сибирского округа, член президиума правления Российского общества урологов Александр Израилевич Неймарк.

Заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней имени профессора З.С. Баркагана, профессор, доктор медицинских наук Евгений Иванович Бувеч и первый преподаватель курса детской хирургии в АГМУ, заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор, лауреат премии им. С.Д. Терновского и обладатель порядка 15 патентов на научные открытия в области детской хирургии Владимир Афанасьевич Кожевников. Доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ, советник при ректорате АГМУ Владимир Васильевич Федоров.

Цель таких встреч - рассказать студентам об основных направлениях развития вуза, познакомить будущих медиков с достижениями тех, кто уже учится в вузе: в науке, спорте и творчестве и в последующей профессиональной деятельности. Главное - дать ощущение сопричастности к тому, что происходит в их теперь уже Альяма матер, обеспечить преемственность поколений.

Думаю, для всех выпускников родного АГМУ этот праздник - День истории АГМУ - еще один повод вспомнить своих сокурсников, свои студенческие годы.

Мне кажется, наш курс был - особенным (впрочем, думаю, что каждый выпуск считает так же!)

Многие мои сокурсники выбрали стезю ученого - и сегодня преподавателями АГМУ являются д.м.н., профессора Нина Валентиновна Карбышева, Владимир Борисович Колядо, Владимир Апполинарьевич Трешутин и другие. Супруги Татьяна Ефимовна и Владимир Павлович Нечунаевы и Геннадий Кириллович Курбатов - ведущие специалисты краевого онкологического диспансера. Многие длительное время сочетали лечебную и административную работу: Татьяна Леонидовна Альшанская, Виктор Николаевич Кочнев, Александр Петрович Добрыгин, Галина Павловна Бойченко, Григорий Николаевич Григорук, Валерий Александрович Головин, Валентина Петровна Хвостова и другие. Сразу семь одноклассников начали свою трудовую деятельность в ведущем травматологическом отделении Больницы скорой медицинской помощи, которое сейчас возглавляет Игорь Тимофеевич Деев. Основатель музея истории медицины Алтайского края - тоже наш сокурсник Иван Генрихович Беккер. Назвать каждого из более чем 300 сокурсников сложно, практически каждый из них реализовался профессионально, а дети многих и многих продолжают их дело, выбрав профессию врача.

Всем выпускникам Алтайского государственного медицинского - здоровья, профессионального долголетия, дружбы и мира!

**С наилучшими пожеланиями -  
главный редактор Ирина Козлова (Бочарова)**

**МЕДИК  
АЛТАЯ**  
ПАРТКОМА, РЕКТОРАТА, КОМИТЕТА  
АЛТАЙСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА, 9 ОКТЯБРЯ 1971

**В ДОБРЫЙ ПУТЬ,**



**ТОРЖЕСТВЕННОЕ  
ОБЕЩАНИЕ СТУДЕНТА**

**ПОЗДРАВЛЯЕМ!**

**ТРЕПЕЖИТЕ**



8

### Где спасают руку после травмы



18

### Соль плюс йод IQ сбережет!



32

### Баскетбол - это жизнь



38

### Вальгусная деформация стопы

На обложке: Юрий Васильевич ТЕН, заведующий хирургическим отделением Алтайской краевой клинической детской больницы, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ.

Фото Ларисы Юрченко.

Ю.В. Тен. Самое ценное «спасибо» от пациента - его выздоровление .....	2-5
Н.В. Назаренко. Уберечь себя от катастрофы .....	6-7
В.Д. Вигель. Где спасают руку после травмы .....	8-9
Новости здравоохранения России .....	10
Грэм: он выживает при любой автоаварии .....	11
За партой с утра до ночи .....	12-13
<b>СЕРДЦЕ ПОД КОНТРОЛЕМ</b>	
Я.В. Соколова. У пожилого возраста - особые приметы .....	14-15
<b>ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА</b>	
А.И. Гальченко.	
Осенний период жизни женщины .....	16-17
<b>ЖИЗНЬ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ</b>	
И.А. Вейцман. Соль плюс йод IQ сбережет! .....	18-19
Новости здравоохранения Алтайского края .....	20
<b>ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ</b>	
Л.В. Марьина. Всемирный день психического здоровья .....	21-23
Е.Н. Семёнова. Первая доврачебная помощь при чрезвычайных ситуациях .....	23-24
Новости здравоохранения России .....	25
И.С. Попов. Как победить варикоцеле .....	26-27
Ю.В. Тен, Д.А. Елькова. Как не допустить баланопостит .....	28-29
Усыновление в России .....	30
Объявлен нобелевский лауреат по медицине .....	31
<b>СПОРТ ВО ИМЯ ЖИЗНИ</b>	
Д.В. Поддубный. Баскетбол - это жизнь .....	32-33
<b>НИ ДНЯ БЕЗ ДИЕТЫ</b>	
Нераздельное питание.	
Как правильно сочетать продукты .....	34
Вырабатываем силу голоса .....	35
<b>СПОРТ ВО ИМЯ ЖИЗНИ</b>	
Г.Г. Нечаев. Вся правда о молочной кислоте .....	36-37
Е.Н. Воранкова. Вальгусная деформация стопы .....	38-40
Комплекс упражнений при Hallux valgus .....	40
Универсальная гимнастика для похудения .....	41
Даже и не заикайся .....	42-44





# Самое ценное «спасибо» от пациента - его выздоровление

**Юрий Васильевич ТЕН - имя легендарного человека, на счету которого немало проведенных уникальных операций, вернувших здоровье детям.**

Он почти фантастическим образом соединяет работу практикующего хирурга и руководителя детского хирургического отделения КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница», ведет научную и преподавательскую деятельность в Алтайском государственном медицинском университете.

У Юрия Васильевича немало регалий: он - главный внештатный детский хирург Алтайского края, доктор медицинских наук, профессор, врач высшей категории, заслуженный врач РФ, отличник здравоохранения, заведующий кафедрой детской хирургии, анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии АГМУ, дважды лауреат премии Администрации края в области науки и техники, автор более 250 научных работ, методических руководств, патентов на изобретения. Но есть и другое звание - любимый доктор многих и многих маленьких пациентов. И оно для Юрия Васильевича особенно дорого.

Летом наша встреча несколько раз откладывалась - работы в сезон отпусков заметно прибавляется. И в день встречи наш разговор начался с вопроса об отделении, которым Юрий Васильевич руководит с 1987 года - почти тридцать лет.

### **Вот что он рассказал:**

- У нас работают семь хирургов, причем трое из них занимаются и академической деятельностью в АГМУ, и практической. Все наши врачи имеют высшую квалификационную категорию. Без медицинских сестер и санитарок

хирургии не бывает. Медицинских сестер должно работать двенадцать, столько же ставок младшего медперсонала, - но работает меньше. И совмещение помогает не всегда. И в этом есть большая, трудно решаемая, проблема. Но стабильность коллектива - лучшее доказательство того, что сложился неплохой микроклимат.

Наше отделение на протяжении нескольких лет считается лучшим не только на Алтае. **В прошлом году Губернатор края А.Б. Карлин торжественно вручил хирургическому отделению для детей Почетную грамоту.** По общему решению, мы разместили ее на самом видном месте в отделении. Считаем, что **она предназначена больше не для нас, медиков, а для родителей детей, проходящих у нас лечение.** Родителям становится спокойнее, у них появляется уверенность в том, что нам можно доверить здоровье своего ребенка.

Знаю, что не только у нас на хорошем уровне поставлен лечебный процесс, - таких отделений немало. Самым главным в своей работе считаю то, что мы умеем ставить задачи и выполнять их. *Проводим больше тысячи операций в год, пролечиваем более 1500 больных.* По всем показателям мы не уступаем лучшим стандартам не только России, но и мира. Как подтверждение уровня нашей работы можно рассматривать и *получение федеральных квот на хирургию новорожденных.* Например, при атрезии 12-перстной кишки обычная летальность после операции составляет от 60 до 90%, а у нас столько больных поправляется



(постучу по дереву!). Хорошо представлена и торакальная хирургия, и детская гинекология, и другие направления. Мы не делаем лишь пересадку органов и не выполняем операции на сердце, головном и спинном мозге, - всё остальное оперируем. *Одна из уникальных операций, проводимых в отделении, - пластика пищевода при его атрезии (отсутствии).* Оперируем на почках, мочеточниках новорожденных с массой тела менее килограмма.

В отделении сложился хороший коллектив, практически каждый хирург является универсалом, умеет выполнять разные виды операций. Это, считаю, очень важно, поскольку не всегда операция идет так, как представляется вначале. В этом главная особенность детской хирургии.

### **- Каким должен быть характер успешного хирурга?**

- Когда провожу занятия со студентами, не перестаю повторять: если хочешь быть хирургом, обязательно будь хорошим хирургом. Это означает: умение терпеть, мно-



## За счастливое здоровое детство!

го работать, находить общий язык с самыми разными пациентами и их родителями. Хирург должен много читать, чтобы голова была светлой и в работе руки не обгоняли мысли.

Когда я начинал работать в отделении, в год выполнялось 400 операций. Сейчас уже - делаем больше тысячи, хотя число коек осталось прежним. **Сократилось время пребывания больных в стационаре**, в том числе и благодаря новым технологиям проведения операций. **Летальность снизилась в разы**: сейчас для республиканских и краевых больниц считается нормальной летальность 0,5% - мы не превосходим этот уровень. Полностью нельзя уйти от этого показателя, потому что, к сожалению, бывают пороки, несовместимые с жизнью, бывают запущенные формы болезни, когда помочь ребенку просто невозможно.

Детский хирург обязан работать очень аккуратно и тщательно. К примеру, делаешь кишечный шов, один стежок не так положил - и всё развалится. Или если при работе на щитовидной железе кровь не совсем удалось остановить, то она накопится, нагноится и рана разоидется. Поэтому **детские хирурги обязаны работать особенно ювелирно**. Детский организм не сможет простить ошибки врача, справиться с ними самостоятельно. К примеру, у недоношенных маловесных детей иммунитет нет до полугода. Послеоперационный рубец у детей должен быть меньше - ведь ребенку с ним взрослеть и дальше жить.

**- Почему вы в свое время выбрали детскую хирургию, не испугавшись сложности и ответственности?**

- Думаю, элемент случайности в этом выборе был. Мой старший брат, спортсмен, дважды чемпион Томской области по классической борьбе, впоследствии - физик-ядерщик, часто болел ангиной. Он мне как-то и сказал: «Если бы я выбирал профессию, пошел бы только в мединститут». А я тогда хотел стать математиком. Но мнение брата было услышано - поступил в Алтайский мединститут. Позднее брат признался, что пошутил, но дело было уже сделано. В институте я оказался на занятиях кружка по хирургии, которые вел **Юрий Михайлович**



**ДЕДЕРЕВ**, великолепный хирург, человек - настоящая громадина. Мое уважение к нему было колоссальным. Учиться в медицинском институте не просто, но на кружок я ходил регулярно. Настолько понравилось, что захотел стать хирургом. Однако страх оставался: смогу ли я? Мы же на хирургов, как на богов, смотрели тогда. Вот и спросил у Юрия Михайловича о том, что необходимо сделать, чтобы стать хирургом. «Надо быть просто честным», - таким был ответ. И эти слова учителя запомнил на всю жизнь.

Почему лечу именно детей? Я как-то встречался с **Леонидом Алексеевичем ТАРАСОВЫМ**, тогда заведовавшим кафедрой оперативной хирургии. Он и посоветовал быть именно детским хирургом, потому что это тогда была малоизученная область медицины, в ней многое предстояло сделать. Так состоялся выбор.

**Мне приятно, что коллектив отделения считается одним из лучших в России**. На многих симпозиумах говорят об этом. Ежегодно наши сотрудники готовят научные статьи, защищены более десятка патентов. В том, что у нас подобралась такая замечательная команда, - заслуга не столько моя, сколько моих предшественников. Начинала эту работу первый детский хирург **Ирина Николаевна АЛЕКСАНДРОВА**. Она сформировала детскую хирургию на

**Не перестаю повторять: если хочешь быть хирургом, обязательно будь хорошим хирургом.**

**Это означает: умение терпеть, много работать, находить общий язык с самыми разными пациентами и их родителями. Хирург должен много читать, чтобы голова была светлой и в работе руки не обгоняли мысли.**



Алтае. Потом были такие подвижники, как **Вениамин Васильевич ОРЛОВ**, он был первым главным детским хирургом края; **Михаил Дмитриевич ЖУКОВ** - первый заведующий кафедрой; **Владимир Афанасьевич КОЖЕВНИКОВ** - мой предшественник на этом посту. Свою лепту внесли и практические врачи. **Ольга Васильевна МИКРЮКОВА**, первый детский хирург г.Барнаула, открыла в городе отделение детской хирургии. Продолжительное время им руководил **Юрий Васильевич ЕРМАКОВ**, заслуженный врач РФ. А хирургическое отделение краевой детской больницы долгие годы возглавлял безвременно ушедший замечательный хирург **Геннадий Порфирьевич ОСЕЦКИЙ**. Нельзя не сказать и о среднем и младшем персонале, таких ветеранах, как **Галина Васильевна КОЛЕСНИКОВА**, **Любовь Григорьевна ТУТЧЕНКО**, **Лидия Павловна ШМИДТ**, **Ксения Геннадьевна РОГОВА**, **Валентина Григорьевна БРИЧЕЕВА**.

Так, общими усилиями, сложилась школа детской хирургии на Алтае, а наша задача - продолжить дело. Думаю, в детской хирургии плохие доктора отсеиваются на начальном этапе. И остаются лучшие.

**- Что считаете самым важным своим достижением?**

- У меня много наград, но я не придаю им особого значения, забываю об этом. *С возрастом понимаешь, что самое значимое и ценное, когда больной отвечает тебе благодарностью - выздоровлением. А если он тебе за это еще скажет спасибо, становишься по-настоящему счастливым. Однако ребенок не всегда может благодарить доктора, потому что тот ему сделал больно и память об этом свежа...*

Приятно, что мои дети пошли в медицину, и у них есть уже успехи и достижения. Жена - кардиолог, функционалист, сын - хирург, работает в нашем отделении, дочь - УЗИ-диагност в Диагностическом центре Алтайского края. Мы как-то подсчитывали, сколько все вместе работаем: получилось около ста

лет, не учитывая других родственников, работающих в медицине.

Жизнь, когда начинаешь о ней думать, оказывается хорошей штукой, в которой радостью является способность хорошо дышать, есть, спать и делать многое другое. Это особенно понимаешь, когда приходит болезнь. Когда становишься старше, чаще думаешь, насколько хорошо быть здоровым. Причем, если сам болеешь, спокойно терпишь это состояние, а когда болеют близкие люди, - это переносится намного труднее. Понимание простых истин приходит с возрастом, а пока человек молод, его больше интересуют материальные ценности. Это вполне объяснимо.

**- Трудно работать с сыном рядом в операционной?**

- Я к нему более требователен, чем к коллегам. Раз мои дети пошли в медицину - это их выбор. И я стал обучать их профессии наравне с другими студентами. Сын, кстати, внедрил в нашей больнице эндоскопические методы проведения операций. Они являются более совершенными, легче переносятся больными. Это шаг вперед в развитии хирургии. Вообще закон один для всех видов деятельности: если ты будешь стоять на месте, тебя тут же обгонят. А чтобы быть на уровне, чтобы к тебе шли пациенты, надо постоянно работать, развиваться. Стремлюсь к тому, чтобы и мои дети, и мои студенты хорошо поняли эту истину.

**- Год назад шла к вам на интервью, дошла до кабинета - и меня просто не пустила очередь из мам с детьми.**

- У меня всегда очередь, и я не отказываю в консультации никому - это принципиально. Операции, приемы, профессиональное общение - всё в комплексе и есть жизнь. В этом году детские хирурги Сибири и Алтая ездили на Телецкое озеро. Общались, делились опытом, планами. Такие встречи решено сделать ежегодными. И это очень хорошо. Надо при жизни встречаться, это очень важно.

**- Говорят, что вы помните каждого больного...**

- Опирую каждый день. Если сложный случай, конечно, помню. Помню многих из тех, кого давно оперировал. Наверное, так память устроена. Как-то Гарри Каспаров, великий шахматист, в интервью сказал, что помнит более 1000 телефонных номеров. Не знаю, насколько это оправдано при сегодняшней технике. Однажды я попробовал выучить всю поэму «Евгений Онегин», чтобы натренировать память. Получилось! С возрастом более рационально мыслишь, - не уверен, что сделал бы это сейчас.

**- История каждого больного проходит через сердце хирурга?**

- Статистикой доказано: у хирургов меньшая продолжительность жизни после летчиков-испытателей и шахтеров. Но представители этих профессий гибнут по внешним причинам, из-за катастроф. Если сравнивать внутри медицинского сообщества, хирургу принять решение психологически намного тяжелее, чем, скажем, терапевту. Даже так: **исключить операцию - намного труднее, чем ее сделать.** Я думал в начале своей практики, что это иначе. Чтобы не сделать операцию, суметь объяснить свое решение родителям ребенка, надо иметь характер и силу воли. Поэтому у хирургов и бытует мнение, что самая лучшая операция - та, которая не сделана.

**- Как проходит ваш обычный рабочий день?**

- Прихожу на работу в полвосьмого, иногда - в семь. Обход больных, корректировка плана на день, потом приходит коллектив, студенты, начинаются операции... Приходится решать и хозяйственные вопросы. В этом, конечно, помогают старшая медицинская сестра, сестра-хозяйка - всё делаем вместе. В АГМУ - совещания, ученый совет. Пока всё получается совмещать. Но времени катастрофически не хватает. В то же время я заметил, что когда долго отдыхаешь, всё становится еще хуже - устаешь от отдыха и стремишься на работу. Самое ценное в нашей жизни - по-



## За счастливое здоровое детство!

нимание, что ты кому-то нужен. Когда не нужен, - плохо.

**- Вы не только лечите маленьких пациентов. Каждый врач детской больницы еще общается с мамами. Насколько это трудно?**

- Когда разговариваешь со студентами лечебного факультета, выясняется, что их больше всего пугает именно общение с мамами и бабушками. И эти переживания понятны. Когда взрослый человек погибает от старости, от болезни, - это естественный процесс. Если что-то происходит с ребенком, - это травма и боль для родителей на всю жизнь. Дети никогда не должны умирать раньше родителей, потому что это неестественно. Конечно, мамы бывают даже агрессивны, эмоциональны. Мы, врачи, всё это понимаем. Стараешься говорить четко и обоснованно, иногда приходится и повысить голос. Среди родителей есть и мамы, работающие в медицине, так они забывают в этой стрессовой ситуации обо всём - даже о своих знаниях и профессии. В основном, удается найти общий язык с родителями. Жалоб на работу врачей отделения практически не бывает.

**- Можно дать какие-либо советы мамам?**

- Нет, всё индивидуально. Скажу о другом. Медицинские работники сегодня - мало защищенные люди по закону, зарплате, статусу и т.д. Поэтому и текучесть кадров большая. Три года назад средний возраст хирургов был 58 лет. Это значит, что в больницах работают старшее поколение и их совсем молодые коллеги. Среднего возраста нет, потому что в годы перестройки молодые вообще не шли в хирургию и медицину. Сейчас в нашу профессию пришла молодежь, но им еще надо расти, учиться. Поэтому многие ветераны работают, понимая, насколько важен для молодежи их опыт.

**- Какие детские болезни сейчас занимают лидирующее положение?**



- Раньше, когда в состав Алтайского края входил Горный Алтай, ежегодно рождалось около 96 тысяч детей. В настоящее время только на территории Алтайского края рождаются 32 тысячи детей. К сожалению, *численность онкологических больных растет* и сегодня составляет примерно 12% от общего числа проводимых операций, *новорожденных оперируем примерно в 5,7% случаев*, общая хирургия составляет чуть меньше 50%. Число операций по различным порокам развития увеличилось примерно в три раза. Разумеется, многое связано с улучшением диагностики, мы научились на ранних стадиях выявлять болезни. Но и случаев заболеваний стало больше. Например, когда начало работать отделение, случаев *рака щитовидной железы у детей* вообще не было. За десять последних лет прооперировали 50 раков щитовидной железы. Раньше были единичными случаи *опухоли почки*. В 2015 году мы сделали операции по этому заболеванию 10 ребятишкам. Кстати, по результатам лечения рака почки значительно изменились результаты: за десять лет прооперировали 98 детей, выжили 95 - это высочайший показатель. Причем, двое из прооперированных детей погибли не от рака, а от спячной болезни - абсо-

лютно по другой причине. Эти результаты даже лучше, чем в Москве, но, думаю, потому, что туда поступают больные с более запущенными формами болезни.

**- Оборудование отделения соответствует современным требованиям?**

- У нас есть всё необходимое. Но вы же понимаете, что всегда есть, о чем мечтать, к чему стремиться в этом плане. Скоро поступит артроскоп, помогающий при диагностике заболеваний суставов. В операционной есть видеостойка, позволяющая полностью контролировать ход операции: на экран смотришь, а руками производишь манипуляции. Это прогрессивно, современно, необходимо. Сейчас не только в работе хирурга многое зависит от аппаратуры. Развитие медицины идет дальше: нужны новые технологии, оборудование и т.д. Рассчитываю, что оборудование будет выпускаться отечественными предприятиями, а значит, станет дешевле и доступнее для медицинских учреждений.

Хочется в этом плане, пользуясь случаем, поблагодарить администрацию нашей детской больницы, которая это хорошо понимает и всячески помогает в оснащении нашей службы самым современным оборудованием. ☺



# Где спасают руку после травмы

**Отделение травмы кисти КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи» создано с целью оказания экстренной специализированной, преимущественно хирургической, помощи больным с травмами, их последствиями и заболеваниями верхней конечности - для консервативного лечения пациентов, нуждающихся в таких видах лечения, которые не могут быть выполнены в амбулаторных условиях.**

Отделение травмы кисти является базой кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии Алтайского государственного медицинского университета. С 2003 года отделение имеет статус краевого центра травмы кисти.

Ежегодно здесь проходят лечение около 1300 пациентов из всех районов Алтайского края. В среднем проводится 1500 операций в год. Кроме этого, около 1200 пациентов получают амбулаторную помощь и 2500 пациентов - в кабинете консультативного приема.

**Об отделении рассказывает заведующий отделением, врач-травматолог-ортопед высшей квалификации категории Вячеслав Дмитриевич ВИГЕЛЬ.**

**- В чем особенность травм кисти, требующая оказания медицинской помощи в специальном отделении?**

- Организм человека уникален, способность выполнять сложные манипуляции присуща только людям. Многие действия привычны и естественны, и только после травмы, когда выполнение этих действий ограничено, человек понимает, что лишился многого. С другой стороны, уникальность кисти и предплечья, с точки зрения анатомического строения, в том, что она имеет много суставов, костей, нервов, сухожилий и т.д. Хирург должен иметь специальное оборудование, чтобы помочь человеку в случае травмы, должен досконально знать сложное строение кисти руки.

Наше отделение - единственное в крае отделение такого профиля, аналогов ему нет. Оно создано для проведения определенного типа операций, в том числе с применением микрохирургической техники. Это - многоэтапные пластические вмешательства на сухожилиях, работа на периферических нервах, сосудах, артериях и т.д., реплантации, которые проводятся по экстренным показаниям при полных или неполных отчленениях какого-либо сегмента конечности. Данные операции являются восстанавливающими: мы «пришиваем» кисть или часть ее. Больные такого профиля поступают со всего края, и важно обеспечить их правильную транспортировку, а затем - оперативно оказать помощь.

**- Какие правила необходимо выполнить, чтобы реплантация кисти или ее части была возможной? Понятно, что травмы всегда связаны с шоком как самого пострадавшего, так и тех, кто рядом.**

- Эти правила известны, врачи «скорой помощи» и районных больниц о них хорошо информированы. Первым шагом является остановка кровотечения. Далее травмированная часть помещается в холод и транспортируется к нам в отделение. **Конечность должна оставаться сухой.** Недопустимо помещение ее в лёд или холодную воду. В отделении выполняем до десяти таких операций в год. Повторю, что не при



каждой травме кисти возможна реплантация. Есть много критериев и ограничений.

Как правило, функции кисти руки после успешной операции восстанавливаются не полностью, а на 50-70 процентов.

**- В каких случаях помощь невозможна?**

- Самый благоприятный вариант для трансплантации - рубленая рана. Менее благоприятный, когда кисть или ее часть отпиливают или отрывают. Реплантация невозможна при раздробленной кости и в ряде других случаев.

**- В чем уникальность операций, проводимых в отделении?**

- От хирурга требуется усидчивость, поскольку операции идут несколько часов. Помимо этого, они связаны с физической нагрузкой на плечи, шею, зрение врача.

Казалось бы, хирург сидит во время работы, что невозможно для коллег других отделений, но нагрузки от этого не меньше. К тому же налобная оптика весит до трех килограммов: почти третья часть операций проводится с этими системами. Это даже не крестиком выши-





## 3 октября - Всемирный день врача

вать - масштаб скрепляемых сосудов, нервов во много раз меньше, чем элементы, выполняемые при вышивании. Поэтому два-три часа просидеть в таком положении, выполняя кропотливую работу, особенно ассистенту, - очень тяжело.

**- С вашей точки зрения, какие операции - самые сложные?**

- Конечно, это - **реплантация**, являющаяся квинтэссенцией всего того, чем владеет хирург. У этой операции есть несколько этапов: *остеосинтез* - скрепление костей; далее - *скрепление сосудов*, когда мы накладываем швы на артерии и вены, чтобы запустить кровообращение; *микрохирургия нервов* - соединение поврежденных нервных стволов; *этап сшивания сухожилий* - для его выполнения хирург должен владеть адекватным сухожильным швом. Как видите, множество технологий собрано в одной операции. Если травматолог, работая в других отделениях, может делать обычный остеосинтез кости - и это достаточно, либо наоборот, может быть «чистым» микрохирургом и не владеть методикой скрепления кости, то в нашем отделении каждый хирург владеет всеми технологиями.

Скажу о перспективах. На конец следующего года **планируем перейти к эндоскопическим операциям**, это будет значимый шаг в развитии отделения. Мы стараемся охватить широкий спектр видов помощи, чтобы при травме пациент в отделении получил всё необходимое. Приходилось сталкиваться с тем, что, например, в Горном Алтае, в отдаленных районах, делают экстренную операцию нашего профиля, когда нет возможности транспортировать больного. Так, доктора скрепили кость при сочетанной травме, через два месяца этот больной попадает к нам. И становится очевидным, что нервы повреждены, их попросту не сшивали во время операции, так как хирурги не владеют данной технологией. Приходятся эти результаты исправлять, а сделать это непросто. Вот почему мы обязаны быть универсалами.

**- Со стороны очевидно: нагрузка на хирурга, и тем более - на заведующего отделением, огромная. Как уда-**



**ется с ней справляться?**

- Действительно, я ежедневно оперирую, веду прием - это профессиональная работа. Здесь секретов нет: грамотно распланируешь день - так он и проходит, как положено. Утром - рапорт, консультации пациентов, затем - операционный день. Во второй половине дня - обсуждение завтрашних операций, составление операционного листа, списка пациентов, осмотр анестезиологом, подготовка к операциям, своевременные перевязки. Обидно, когда происходит сбой графика и начинается аврал. Но ничего, справляемся и с такими ситуациями.

**- Вы же не «забываете» своих пациентов после их выписки из отделения?**

- Ни в коем случае. Опять же узкая направленность нашего отделения создает дополнительные сложности, потому что чаще всего хирурги в поликлиниках не совсем понимают, как вести пациентов после сшивания сухожилий и нервов. Здесь простая перевязка не подойдет, необходимо накладывать поэтапные повязки, на сгибание-разгибание в определенные сроки. Надо следить, чтобы во время перевязки пациент не дернул пальцем, или, наоборот, хирургу предварительно надо «раскачать» сустав. Нюансов много. Любая хорошая работа хирурга может быть испорчена тем, что пациента в поликлинике вовремя не перевязали должным образом или гипс разболтался, порвал сухожилие. Пациент тоже не всегда в курсе происходящего, не всегда понимает, что нужно делать. Проблема и в том, что в нашей больнице нет поликлиники, где мы мог-

ли бы вести адекватный прием своих пациентов на этапе реабилитации, делать повторные перевязки. Мы ведем консультативный прием. Врачи отделения смотрят в том числе и своих бывших пациентов. Но по записи есть ограничения, нет времени, чтобы принять всех. Так что реабилитация происходит всё равно в поликлиниках по месту жительства. При выписке мы даем рекомендации, и если врач и больной их соблюдают, то всё завершается успешно. В нашем распоряжении также - реабилитационные отделения в краевой клинической больнице и Алтайском врачебно-физкультурном диспансере.

**- Расскажите о коллективе отделения.**

- Коллектив у нас замечательный, работают великолепные молодые хирурги. Самому старшему - 46 лет. Нас восемь человек, дежурируем в отделении круглосуточно семь дней в неделю без перерыва, то есть работа идет в режиме non-stop. Невзирая на праздники и официальные выходные дни, дежурные врачи постоянно находятся на рабочем месте. Стаж работы в этом отделении у большинства хирургов 10-13 лет, то есть они пришли в 2003 году, когда открывалось отделение в нынешнем виде. Проводим также операции на локтевом и плечевом суставах, занимаемся эндопротезированием мелких суставов.

Разумеется, усилия только врачей не привели бы к положительному результату - выздоровлению пациентов, если бы столь же самоотверженно не работали в коллективе отделения операционные и медицинские сестры, санитарки. ☺



# У пожилого возраста - особые приметы



**Яна Валерьевна СОКОЛОВА,** заведующая терапевтическим отделением №1, врач-терапевт, высшая квалификационная категория, кандидат медицинских наук, КГБУЗ «Алтайский госпиталь для ветеранов войн, г.Барнаул», лучший терапевт края по итогам краевого конкурса «Лучший врач года-2015»

**Во второй половине XX века значительно изменилась возрастная структура населения. Улучшение социально-экономических условий, повышение уровня жизни людей и качества медицинской помощи привело к увеличению продолжительности жизни в экономически развитых странах.**

По демографическим данным, к концу XX века в мире проживало более 400 миллионов пожилых людей. Ожидается, что в ближайшем будущем тенденция к старению населения в экономически развитых странах сохранится. Проблема старения населения крайне актуальна и для нашей страны. На сегодня в России пятая часть населения - старше 60 лет, причем за счет роста популяции - старше 80 лет.

**Неуклонное старение населения приводит к увеличению доли сердечно-сосудистых болезней** в общей структуре заболеваемости и к увеличению количества пожилых пациентов в практике врачей многих специальностей. До недавнего времени бытовало мнение о необходимости лишь симптоматического лечения сердечно-сосудистых заболеваний у людей пожилого и старческого возраста, а также о незначительном влиянии лекарственной терапии на прогноз жизни в этом возрасте. Между тем крупные клинические исследования убедительно свидетельствуют, что **возраст пациента не является помехой к активному медикаментозному и хирургическому лечению многих сердечно-сосудистых заболеваний.** Так же, как и в других возрастных группах, главные цели лечения у пожилых пациентов - улучшение качества и увеличение продолжительности жизни. Обе эти цели в большинстве случаев - достижимы.

Одно из наиболее часто встречаемых сердечно-сосудистых заболеваний

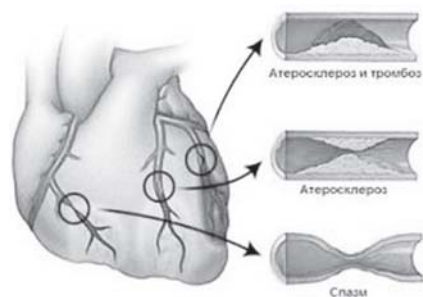
- **артериальная гипертензия.** По различным оценкам, она встречается у 30-50% лиц старше 60 лет. Из-за высокой распространенности гипертензии, особенно изолированного повышения систолического артериального давления среди лиц пожилого возраста, это заболевание долгое время рассматривалось как некое сравнительно доброкачественное возрастное изменение, активное лечение которого могло ухудшить самочувствие из-за чрезмерного снижения артериального давления. Также опасались большего, чем в молодом возрасте, числа побочных эффектов лекарственной терапии. Поэтому раньше врачи прибегали к снижению давления у пожилых только при наличии клинических симптомов (жалоб), связанных с повышенным артериальным давлением. Однако на сегодня доказано, что **регулярная длительная антигипертензивная терапия достоверно снижает риск развития основных сердечно-сосудистых осложнений гипертензии:** мозгового инсульта, инфаркта миокарда и сердечно-сосудистой смертности.

Как правило, для пациентов пожилого и старческого возраста с артериальной гипертензией характерны скудность субъективных симптомов, меньшая яркость клинической картины (наиболее частые симптомы: головокружение, потеря равновесия, звон в ушах, усиливающиеся при повышении артериального давления); *выраженная функциональная недостаточность мозга, сердца, почек; высокий процент осложнений* (инсульт, застойная сердечная недостаточность, инфаркт миокарда, почечная недостаточность). Кроме того, у этих пациентов гипертонические кризы протекают значительно тяжелее, чем в более молодом возрасте, и сопровождаются расстройствами мозгового кровообращения или сердечной левожелудочковой недостаточностью. Также для пациентов этой возрастной группы *характерна высокая частота ортостатических реакций:* резкое снижение артериального давления при из-



менении положения тела, которое может привести к обмороку.

**Пожилые люди составляют большинство больных ишемической болезнью сердца (ИБС).** Распространенность ИБС (и, в частности, стенокардии) в молодом и среднем возрасте выше среди мужчин, чем среди женщин, однако к 70-75 годам частота ИБС среди мужчин и женщин сравнивается (25-33%). Ежегодная смертность среди больных этой категории составляет 2-3%, кроме этого, еще у 2-3% больных может развиваться **нефатальный инфаркт миокарда.** Наиболее частой формой ИБС у больных старше 60 лет является **стенокардия напряжения.**



К особенностям клинической картины стенокардии в пожилом и старческом возрасте относятся:

- ◆ неопределенный характер болевого синдрома, иногда он атипичный (например, тяжесть или стеснение в левой половине грудной клетки);

- ◆ характерна необычная иррадиация боли - в челюсть, затылок, шею, кисть, лучезапястный сустав;

- ◆ у многих пожилых пациентов ухудшение течения стенокардии связано с подъемом артериального давления;

- ◆ в ряде случаев на первый план выступает неврологическая симптоматика, обусловленная недостаточностью мозгового кровообращения в бассейне того или иного сосуда.

Провоцировать приступ стенокардии в пожилом и старческом возрасте могут как метеорологические факторы (значительное изменение атмосферного давления или влажности), так и обильная жирная еда, вызывающая переполнение и вздутие кишечника.

Основная причина инфаркта миокарда у пациентов пожилого и старческого возраста - **атеросклероз коронарных артерий.** Течение инфаркта миокарда у пациентов пожилого и старческого возраста имеет **свой ряд особенностей:**

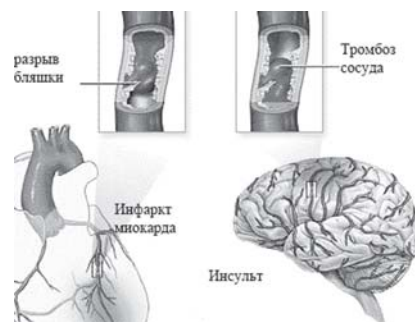
- ◆ **боль неинтенсивная,** не имеет типичной локализации и иррадиации (типичная загрудинная боль встречается лишь у 65% больных, а у 23% в остром периоде может отсутствовать вообще);

- ◆ **чаще развиваются атипичные формы заболевания:** астматический, аритмический, церебральный, абдоминальный, безболевой и другие варианты инфаркта миокарда;

- ◆ нередко начало инфаркта миокарда бывает в виде **сердечной недостаточности** или нарушений ритма и проводимости.

Прогноз инфаркта в пожилом и старческом возрасте значительно хуже, чем у пациентов молодого и среднего возраста. Часто у пациентов старшей возрастной группы встречаются повторные инфаркты миокарда. Причем, у этих больных инфаркт миокарда часто сопровождается кардиогенным шоком, почечной недостаточностью, инсультом, в остром периоде практически всегда возникают нарушения ритма, тромбоэмболии, что резко ухудшает прогноз.

Одной из главных проблем здравоохранения в настоящее время является хроническая сердечная недостаточность (ХСН), так как ежегодно расходы на лечение больных очень велики, а смертность остается высокой. Заболеваемость ХСН увеличивается с возрастом, то есть чаще является «спутником» людей пожилого и старческого возраста. Ежегодно она возникает у 1% лиц старше 60 лет и у 10% - старше 75 лет. По масштабам и скорости распространения болезнь сопоставима с самыми опасными инфекционными эпидемическими заболеваниями. Количество госпитализаций с декомпенсацией ХСН возросло за последние 15 лет втрое, поэтому это заболевание является одной из основных проблем современной ге-



ронтологии и имеет глобальный социально-экономический характер. **Хроническая сердечная недостаточность - следствие, конечный этап различных хронических сердечно-сосудистых заболеваний и одна из наиболее актуальных проблем гериатрии.**

Клиника хронической сердечной недостаточности у лиц пожилого и старческого возраста характеризуется многообразием симптомов, клиническими масками и медленными темпами развития. Диагностику затрудняет наличие большого количества сопутствующей патологии. Часто мы наблюдаем сочетание сердечной недостаточности с нарушением ритма (которые могут быть и причиной, и осложнением ХСН). Нарушение ритма на фоне сердечной недостаточности вызывает ухудшение кровоснабжения мозга, что проявляется головокружением, неустойчивостью, нарушением психики и настроения, сонливостью, снижением умственной активности, возбуждением и спутанностью сознания по ночам («церебральная маска» сердечной недостаточности).

**Течение сердечно-сосудистых заболеваний в пожилом и старческом возрасте имеет ряд особенностей, которые нужно знать и учитывать всем врачам. Подбирая медикаментозную терапию пожилым больным, следует помнить, что лечение сердечно-сосудистой патологии у пациентов пожилого и старческого возраста осуществляется по тем же принципам, что и в молодом и среднем возрасте, однако с учетом некоторых особенностей фармакотерапии.** ☺





# Осенний период жизни женщины



**Анжелика Ивановна  
ГАЛЬЧЕНКО,**

врач-акушер-гинеколог,  
высшая  
квалификационная  
категория, кандидат  
медицинских наук, доцент  
кафедры акушерства и  
гинекологии с курсом  
ДПО, Алтайский  
государственный  
медицинский университет

*Из-за увеличения продолжительности жизни, количество женщин старше 50 лет прогрессивно растет. В этот возрастной период происходит возрастная перестройка репродуктивной системы, в результате чего снижается уровень женских половых гормонов - прогестерона и, что особенно важно, - эстрогенов.*

Большинство женщин не подозревает, что в этот период не только прекращаются менструации (**менопауза**), но и происходят необратимые изменения в состоянии многих органов и систем.

Прежде всего, это - **сердце и сосуды**. До 45 лет пациентами кардиологических отделений являются в основном мужчины, потому что женскую сердечно-сосудистую систему оберегают эстрогены. Они влияют на обмен холестерина, повышая уровень «хорошего» - липопротеинов высокой плотности и снижая количество «плохого» - липопротеинов низкой плотности, опасных для сердца. Эстрогены благотворно воздействуют на сосуды, расширяют их и нормализуют кровообращение в сердце и головном мозге. Они укрепляют внутреннюю оболочку сосудов - эндотелий, препятствуя образованию атеросклеротических бляшек и тромбов. Своевременная коррекция эстрогенного дефицита значительно снижает частоту возникновения гипертонической болезни, инфарктов миокарда и инсультов.

Другая не менее важная проблема - **остеопороз**. Это системное заболевание костной ткани, характеризующееся прогрессирующим снижением костной массы, нарушением микроархитектоники костной ткани, что приводит к повышению хрупкости костей и увеличению риска переломов при минимальной травме. Остеопороз, как причина инвалидности и смертности, занимает четвертое место после инфаркта миокарда, онкологии и сахарного диабета. До 50% больных с переломом шейки бедра до конца жизни нуждаются в постоянной помощи, 40% умирают в течение первого года от осложнений. Остеопорозом болеют и мужчины, но в 80% случаев это - климактерический остеопороз. В репродуктивном возраст-

те женские половые гормоны защищают кость. Они активируют остеобласты (клетки-строители) и блокируют остеокласты (клетки-разрушители). Уменьшение плотности костной ткани в пожилом возрасте - явление, вполне естественное. Тем не менее остеопороз перестали считать неизбежным спутником старости, и это прежде всего благодаря правильному ведению женщин в менопаузе.

В менопаузе из-за гормонального дисбаланса в организме резко снижается выработка эндорфинов - гормонов радости, которые поддерживают нормальный эмоциональный фон, что способствует развитию **депрессивных состояний**. Уровень эстрогенов влияет и на состояние кожи. Они необходимы для нормального кровоснабжения, производства коллагена - белка, ответственного за эластичность и прочность кожных покровов. Тургор и эластичность кожи также зависят от эстрогенов. У половины женщин в возрасте до 60 лет истончаются и слизируются оболочки: у тех, кто перешел эту возрастную отметку, подобные явления наблюдаются в 80% случаев.

Влияние уровня эстрогенов на состояние слизистых оболочек и синтез коллагена приводит к еще одной, часто замалчиваемой, но от этого не менее серьезной проблеме - **урогенитальные расстройства** (опущение гениталий, недержание мочи, боль при половом контакте, воспалительные процессы).

Социальная включенность наших женщин обуславливает их стремление к активному и здоровому долголетию. Как повысить качество жизни за счет устранения неприятных симптомов, связанных с неизбежным возрастным дефицитом эстрогенов, с одной стороны, и профилактировать состояния, угрожающие жизни и долголетию, - с другой? **Как жить долго, не старея?**



## Школа ответственного родительства

**Международное общество по менопаузе рекомендует обратить внимание на здоровье со средних лет и ранней пременопаузы.** Это - здоровый образ жизни, сбалансированное питание, повышение физической и духовной активности, отказ от вредных привычек, своевременная терапия. Важное значение имеет психопрофилактическая подготовка. Пациентка должна быть адекватно информирована о тех возрастных изменениях, которые происходят в организме при угасании репродуктивной функции.

Очень важно соблюдать **двигательный режим**: лечебная физкультура, оказывающая положительное влияние на регуляторные механизмы центральной нервной системы, прогулки перед сном, массаж. Обязателен контроль за массой тела. Набрав лишние килограммы, еще больше виним себя, развивается депрессия - порочный круг замыкается. Чтобы этого не произошло, необходимо **рационально питаться**. *Рекомендуется низкокалорийная диета в 2000 ккал с ограничением легких углеводов (кондитерских изделий)*. Необходимо ограничить прием продуктов, богатых холестерином и животными жирами. Как можно чаще включать в свой рацион *свежие овощи, фрукты*, есть как можно больше клетчатки, она избавляет от запоров. *Нужно употреблять много продуктов, содержащих кальций, витамин D*, чтобы предупредить остеопороз. Нельзя отказываться от продуктов, дающих полноценные белки (рыба, нежирные сорта мяса, молочные продукты). Есть необходимо небольшими порциями 4-5 раз в день. Целесообразно 1-2 раза в неделю проводить разгрузочные дни. Контролировать массу тела поможет **подсчет индекса массы тела (ИМТ)**:  $ИМТ = \text{вес} / \text{рост}^2$ . *ИМТ менее 18,8* - пониженная масса тела, *18,5-24,9* - нормальная масса тела, *25-29,9* - избыточная масса тела, *30-34,9* - ожирение первой степени, *ИМТ 35-39,9* - ожирение второй степени.

Еще один очень важный момент, интересующий многих пациенток, - **сексуальность**. Важно напомнить, что в этот период жизни нет никаких оснований считать свою интимную жизнь законченной. Как последствия уменьшения выработки гормонов в организме повлияют на половую жизнь, во многом зависит от настроения, самочувствия и решения, которое вы примете в отношении секса.

Если вышеперечисленного недостаточно и у вас развился «**климактерический**» синдром, появились «приливы» жара, раздражительность, плаксивость, перепады артериального давления, боли в костях и суставах, недержание мочи, - необходимо незамедлительно обратиться к врачу для назначения специальной терапии. **Медикаментозная терапия** является лишь одним из направлений в комплексе лечебно-профилактических ме-



роприятий у женщин переходного и пожилого возраста. Она проводится только под строгим контролем врача. Самолечение совершенно недопустимо, так как при неправильном использовании может привести к печальным результатам. Для лечения климактерического синдрома используют большое количество лекарственных препаратов: седативные, гомеопатические, витамины, микроэлементы, гипотензивные, ноотропы и многие другие. Главное, чтобы они были подобраны индивидуально опытным специалистом. Одним из эффективных методов лечения данного заболевания является **заместительная гормональная терапия (ЗГТ)**. Этот вид терапии позволяет поддерживать уровень гормонов в организме, который был до менопаузы. Используются с этой целью только натуральные гормоны, после специального обследования женщины. Выбор препарата для ЗГТ зависит от возраста пациентки, характера жалоб, индивидуального состояния здоровья, длительности менопаузы, наличия хронических заболеваний. Важно лишь помнить, что такое лечение целесообразно начать в первые пять лет менопаузы. Позднее лечение будет менее эффективным. Этот метод медикаментозного лечения избавит от симптомов менопаузы, уменьшит риск развития остеопороза, сердечно-сосудистых и урогенитальных расстройств.

**Нужно ли прибегать к помощи лекарств?** Или, как раньше, будем считать старение организма неизбежным естественным злом? **Это решать каждой женщине самостоятельно.** В конечном счете, лучший способ остаться молодой и прожить долго - это полюбить свою жизнь, наполняя ее большим количеством испытаний и удовольствий, которые и питают разум, тело и дух. ☺



# Соль плюс йод IQ сбережет!



**Инна Александровна ВЕЙЦМАН,**  
врач-эндокринолог,  
кандидат медицинских наук, высшая квалификационная категория, доцент кафедры госпитальной терапии и эндокринологии, Алтайский государственный медицинский университет

*Щитовидная железа - это очень красивый орган в виде бабочки, который расположен на передней поверхности шеи. Несмотря на свои малые размеры (масса у новорожденного составляет всего один грамм, у взрослого - в среднем 20-30г), она оказывает колоссальное влияние на здоровье всего организма, интеллект человека и качество жизни. Недаром ее называют метрономом для всех систем и органов организма.*

Щитовидная железа известна очень давно. Древние считали, что она вырабатывает «смазывающие» вещества для органов шеи, или же рассматривали железу как сосудистый шунт, который препятствует поступлению избытка крови в головной мозг. Знаменитые мыслители, ученые, врачи Древнего Китая, Египта, Индии, Греции и Рима описывали опухоли шеи, знали о последствиях этих болезней и пробовали их лечить. Известен древний рисунок, на котором изображен больной с громадным зобом, держащий в руках признак слабоумия - погремушку. В истории сохранился факт, что Наполеон, выбирая солдат для своей армии, осматривал у претендентов шею, особенно у тех, кто вырос в горных местностях, где часто встречаются зобные больные.

В 1896 году немецкий химик Э.Бауман обнаружил большое количество йода в ткани щитовидной железы и установил, что этот специфический микроэлемент концентрируется в этом самом органе. А сам микроэлемент «йод» был открыт в 1811 году французским химиком-фармацевтом Б.Куртуа, который назвал его от греческого слова «фиалкоподобный».

На сегодня установлено, что йод является основным субстратом для синтеза гормонов щитовидной железы. **Йод в организме не вырабатывается, он поступает извне** (с пищей, водой и т.д.). В 1854 году французский химик Шатен обнаружил прямую зависимость между заболеваниями щитовидной железы и количеством йода в воздухе, пище и воде.

Регионы, которые удалены от моря (основной источник йода - морская вода, морские водоросли, морская рыба), испытывают йод-дефицит в той или иной степени. **Алтайский край является регионом с легким и средним дефицитом йода** (кроме некоторых западных районов).

Гормоны щитовидной железы имеют очень большое представительство практически во всех органах и тканях. Они контролируют формирование интеллекта, развитие и функционирование нервной системы, формирование всех без исключения систем у плода, развитие скелета и костное remodelирование, работу сердечно-сосудистой системы, поддерживают необходимый обмен веществ.

### Спектр йод-дефицитных заболеваний

Период жизни	Потенциальные нарушения
Плод	- аборты, мертворождения, врожденные аномалии - повышенная перинатальная смертность - эндемический кретинизм
Новорожденные	- явный или субклинический гипотиреоз - неонатальный зоб
Дети и подростки	- эндемический зоб - гипотиреоз - нарушения умственного развития, когнитивной функции - нарушения физического и полового развития - повышение общей заболеваемости
Взрослые	- зоб, гипотиреоз, умственные нарушения

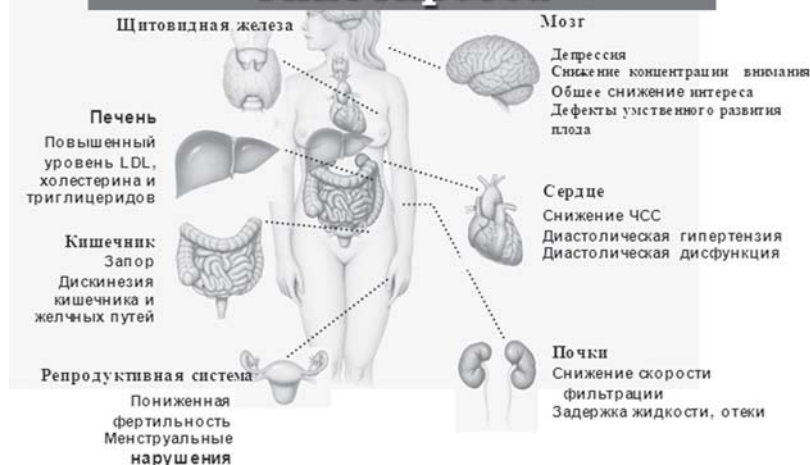


# Жизнь с сахарным диабетом

## Чем же опасен дефицит йода и как он отражается на здоровье?

В XX веке было сделано открытие, что дефицит йода на 10-15% снижает общую познавательную способность и интеллект населения. При дефиците гормонов щитовидной железы **у плода** наблюдается уменьшение массы головного мозга и содержания в нем ДНК. **У детей** дефицит йода часто проявляется неспецифической, «рассеянной» симптоматикой: снижение успеваемости в школе, снижение концентрации внимания, нарушение мелкой моторики, ухудшение состояния зубов. **У взрослых** дефицит йода сначала, как правило, проявляется изменением структуры: щитовидная железа увеличивается в объеме, формируя зоб, в ней появляются кисты и узлы. При сохраняющемся йод-дефиците снижается функция, то есть уменьшается выработка гормонов, и развивается гипотиреоз. Парадокс заключается в том, что на начальных этапах, когда еще не страдает функция, а формируется, например, узел, человек ничего не чувствует, поэтому вовремя не обращается за помощью. При прогрессировании заболевания может появиться чувство сдавления в области шеи при глотании, слабость, сонливость, сухость кожи, выпадение волос, запоры и другое.

## Симптомы и проявления гипотиреоза



68% детей имели йод-дефицит различной степени выраженности.

Учитывая проживание в эндемическом по йод-дефициту регионе, **обязательно требуется проводить йод-профилактику**: групповую (прием пищевого йода: йодированная соль, йодированная вода и др.) и индивидуальную (препаратами, содержащими калия йодид: Йодомарин, Йод-баланс, витамины с йодом). Особое внимание должно быть уделено группам риска, это - дети, подростки, беременные и кормящие женщины.

**Очень важно соблюдать правила приема препаратов йода:** они

**В среднем с пищей человек потребляет 50-70мкг йода в сутки, поэтому недостающую потребность он может покрывать за счет дополнительного приема калия йодида в препаратах. Например, беременной женщине назначается дополнительно 200мкг в сутки, хотя суточная потребность - 250мкг.**

Группы людей	Потребность в йоде (мкг в сутки)
Дети дошкольного возраста	90
Дети школьного возраста (от 6 до 12 лет)	120
Взрослые (старше 12 лет)	150
Беременные и кормящие женщины	250

## Какова суточная потребность в йоде для разных возрастных категорий?

Хочу поделиться собственным опытом. Мною был обследован детский коллектив (24 ребенка) в возрасте 2,9-8,8 лет на предмет йодурии. Из всех детей только у 29% проводилась йод-профилактика в семье (йодированная соль, препараты, содержащие калия йодид),

принимаются один раз в день, утром ПОСЛЕ завтрака.

Помните: предупрежден - значит, вооружен! От насыщения йодом вашего организма зависит хоть и не всё, то очень-очень многое. **Если вы заподозрили у себя признаки нездоровья щитовидной железы, обязательно обратитесь к эндокринологу! Здоровья вам и вашей щитовидной железе!** ☺



# Всемирный день психического здоровья

Он отмечается 10 октября с 1992 года.

**Международная дата была учреждена по инициативе Всемирной федерации психического здоровья и при поддержке ВОЗ. В 2016 году тема Дня обозначена как «Достоинство в области психического здоровья: первая помощь для всех в сфере психологического и психического здоровья».**

В этот день поздравления принимают врачи-психиатры, а в организуемых мероприятиях участвуют те, кому небезразлично психическое состояние людей.

Первоочередной целью Всемирного дня психического здоровья является содействие сокращению расстройств, по поводу которых не проводится никакого лечения или оно проводится явно недостаточно: депрессивных расстройств, шизофрении, болезни Альцгеймера, наркотической зависимости, эпилепсии, умственной отсталости.

**Что такое психическое здоровье?** Это - основа благополучия каждого из нас, при котором мы можем реализовать свой потенциал и способности, противостоять стрессам, продуктивно работать и привнести весомый вклад в жизнь общества. В процессе жизнедеятельности человека оно страдает от всевозможных стрессовых ситуаций, а следовательно, - приводит к расстройствам и болезням. Именно его «охране» посвящен этот международный праздник.

## Критерии психического здоровья

Всемирная организация здравоохранения выделяет следующие критерии психического здоровья:

- ◆ осознание и чувство непрерывности, постоянства и идентичности своего физического и психического «Я»;

- ◆ чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных ситуациях;

- ◆ критичность к себе и своей собственной психической продукции (деятельности) и ее результатам;

- ◆ соответствие психических реакций (адекватность) силе и частоте средовых воздействий, социальным обстоятельствам и ситуациям;

- ◆ способность самоуправления поведением в соответствии с социальными нормами, правилами, законами;

- ◆ способность планировать собственную жизнедеятельность и реализовывать эти планы;

- ◆ способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций и обстоятельств.



**Людмила Васильевна МАРЬИНА,**

главная медицинская сестра, КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница имени Эрдмана Юрия Карловича», член АРОО ПАСМР с 2002г.







**Психическое здоровье подразумевает относительную свободу от психологических проблем, здесь важна именно способность их преодолевать. И наличие этих проблем - еще не признак болезни, однако неспособность учиться на опыте и стереотипность мышления и поведения свидетельствуют о неблагополучии в эмоциональной сфере.**

Психическое здоровье и психические заболевания - часть любой страны, культуры, возрастной группы и не зависят от социально-экономического положения.

День психического здоровья должен способствовать возникновению интереса к обсуждаемой проблеме и росту популярности долгосрочных мероприятий по охране психического здоровья населения. В этот День проводятся более открытые дискуссии о болезнях, способствующие развитию как служб по охране психического здоровья, так и методов профилактики. Необходимо помнить, что не только своевременное лечение, но и толерантное отношение населения, а вместе с тем и любовь близких могут помочь психически больным людям справиться со своим недугом.

В Алтайской краевой клинической психиатрической больнице имени Ю.К. Эрдмана День психического здоровья проводится во всех подразделениях. Составляем план мероприятий по проведению праздника, это - оформление отделения к празднику, выпуск стенгазет, посвященных Дню психического здоровья, выставка поделок пациентов к этой дате; конкурс «Рисунок-плакат», где участник должен показать и пропагандировать активную жизненную позицию, радость познания, творчества,

дружбы, любви, здоровый образ жизни, правомерное поведение, полезную общественную деятельность; проведение концерта с участием пациентов, а также день открытых дверей для родственников пациентов с консультациями психологов.

Следует отметить, что психическое здоровье не означает свободу от тревоги, вины, подавленности и других отрицательных эмоций. Поскольку оно подразумевает относительную свободу от психологических проблем, здесь важна именно способность их преодолевать. Таким образом, **наличие этих проблем - еще не признак болезни, однако неспособность учиться на опыте и стереотипность мышления и поведения свидетельствуют о неблагополучии в эмоциональной сфере.**

### **Психическое здоровье: профилактика**

**Для укрепления психического здоровья каждому человеку необходимо соблюдать ряд простых правил.**

Первой и самой важной составляющей психического здоровья является **принятие себя как человека, достойного уважения.** Это центральный признак ментального здоровья человека.

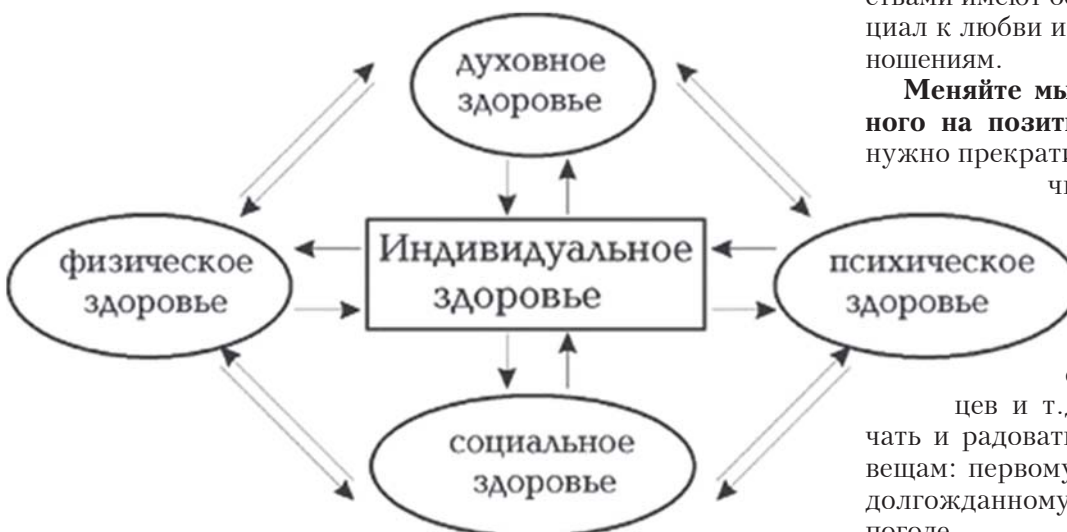
**Умение поддерживать позитивные, теплые, доверительные отношения с людьми** играет большую роль, так как люди с такими качествами имеют более высокий потенциал к любви и дружественным отношениям.

**Меняйте мышление с негативного на позитивное.** Для начала нужно прекратить ежедневно накачивать себя отрица-

тельной информацией, перестать критиковать существующие порядки, неугодных соседей, сослуживцев и т.д., научиться замечать и радоваться самым простым вещам: первому весеннему цветку, долгожданному отпуску, хорошей погоде...

тальной информацией, перестать критиковать существующие порядки, неугодных соседей, сослуживцев и т.д., научиться замечать и радоваться самым простым вещам: первому весеннему цветку, долгожданному отпуску, хорошей погоде...

### **Индивидуальное развитие и психическое здоровье человека**



# Первая доврачебная помощь при чрезвычайных ситуациях

**Научитесь управлять своими эмоциями.** Умение управлять гневом и негативными эмоциями - важный фактор хорошего психического здоровья. Важно научиться регулировать свое поведение изнутри, а не ждать похвалы или оценки себя со стороны окружающих. Необходимо выбирать и создавать собственное окружение, которое отвечало бы психологическим условиям и потребностям конкретного человека, благодаря чему и придет понимание ответственности за себя и свои поступки.

**Ставьте перед собой реальные цели.** Тогда ежедневная деятельность будет проходить с уверенностью в наличии цели и смысла жизни, будет направлена на достижение этой цели.

**Необходимо стремиться к самосовершенствованию,** реализации себя и собственных способностей. Важным аспектом отношения к себе, как к личности, способной к самосовершенствованию, является открытость новому опыту. Развивайте свои таланты и интересы. У скучающих и несчастных людей редко бывает много интересов в жизни.

**Физическая активность тесно связана с психическим здоровьем.** Физические упражнения не только укрепляют мышцы, сердце, но и способствуют образованию в организме биологически активных веществ, которые улучшают настроение и действуют как естественные энергетика. Важно правильно сочетать физическую нагрузку и отдых.

**Для детей нужны дополнительные условия:** присутствие родителей, внимательное отношение к эмоциональным потребностям ребенка и предоставление большей самостоятельности и независимости. ☺

**Автокатастрофа. Авиакатастрофа.**

**Взрыв в результате теракта.**

**Обвал здания. Авария с выбросом химически, биологически опасных или радиоактивных веществ.**

**Землетрясение. Ураган.**

**Наводнение. Пожар...**

Каждый может оказаться участником или свидетелем этих страшных событий - чрезвычайных ситуаций. И очень важно не растеряться, не поддаваться панике и до оказания профессиональной медицинской помощи постараться сделать всё необходимое для устранения последствий и облегчения страданий пострадавшим.

Несмотря на недостаток или полное отсутствие медикаментов и медицинских изделий, можно помочь себе и окружающим людям. Вопреки ограниченности наших возможностей в сочетании с минимальными познаниями и умениями обращаться с импровизированным оборудованием - в наших силах спасти человеческие жизни.

**Сосредоточимся и постараемся сохранить спокойствие.** Какой бы серьезной ни была травма или опасная ситуация, паника только ослабит нашу способность думать и снизит эффективность производимых действий. В кризисной ситуации необходимо не упускать время, так как каждая минута может разрешить ситуацию в пользу жизни или смерти.

**Нет никакой необходимости рисковать.** Если мы пострадаем сами, то не сможем никому помочь.

**Постараемся успокоить и утешить пострадавших.**

**Выясним, нет ли других уцелевших,** сохранивших активность людей, с которыми мы сообщаем будем действовать.

**При оценке последствий несчастного случая** максимально используем свои органы чувств: спрашиваем, смотрим, слушаем, нюхаем.

**Попросим пострадавшего описать свои симптомы,** сказать, что, по его мнению, произошло, и что, согласно его ощущениям, у него не в порядке.



**Елена Николаевна СЕМЁНОВА,**

главная медицинская сестра,  
КГБУЗ «Городская поликлиника №3,  
г.Барнаул», член АРОО ПАСМР с 2008г.



## Советы медицинской сестры

В наших силах временно остановить кровотечение, наложить повязку на рану или ожог, провести искусственное дыхание и непрямой массаж сердца, потушить горящую одежду, зафиксировать поврежденную конечность, согреть, укрыть от жары и холода, надеть противогаз, помочь пострадавшему покинуть зараженный участок.

*Помним, что задача первой медицинской помощи - путем проведения простейших мероприятий спасти жизнь пострадавшему, уменьшить его страдания, предупредить развитие возможных осложнений, облегчить тяжесть травмы.*

### Подручные средства при оказании первой помощи при ЧС

При оказании первой помощи используются подручные средства, которыми может быть всё то, что не навредит пострадавшему и находится рядом, «под рукой».

Для временной остановки кровотечения вместо жгута можно использовать ремень, галстук, косынку, шарф, ремешок от сумочки, свернутый скотч или полиэтилен, веревку, провод.

В качестве перевязочного материала можно использовать нижнее и верхнее белье, рубашки, платья, гигиенические средства, женские прокладки, тампоны, носовые платки, памперсы, полотенца, флаги, транспаранты и т.п.

Для обработки ран подойдут алкогольные напитки, одеколон, туалетная вода.

Вместо медицинских инструментов пригодятся маникюрный набор, лезвия, извлеченные из станков для бритья, перочинный нож, зубочистки, шило, соломинка для коктейля, стебли камыша и т.д.

При травмах позвоночника пострадавшего можно уложить на доску, фанеру, штакетник, панель ПВХ, крышку стола, снятую с петель дверь, плоский шифер.

Зафиксировать конечность при переломе возможно при помощи рейки, палки, штакетника, веток, пучка стеблей, прутьев, арматуры, листов картона, плотно скатанной одежды, зонти-



ка, ложки, вилки, дискеты, коробки компакт-дисков.

При повреждении ноги можно привязать поврежденную ногу к здоровой, а при переломе руки - привязать поврежденную руку к туловищу.

Носилки также можно соорудить самостоятельно. Для этого необходимо вставить палки или ветки в рукава нескольких курток, свитеров, пальто, в чехол сидения машины, отверстия спального мешка, фрагмента паруса.

Приспособить в качестве спасательного круга возможно полиэтиленовые пакеты, пустые пластиковые бутылки, канистры, ёмкости, обломки пенопласта. Еще один вариант импровизированного круга - это куртка, застегнутая до подбородка на молнию. Для этого необходимо откинуться на спину и хлопающими движениями нижним краем куртки по воде наполнить ее воздухом, опустив нижний край под воду.

**Только полное самообладание в чрезвычайной ситуации позволит нам с вами рационально мыслить и обычные вещи использовать в качестве средств первой помощи.** ☺

**Желаю вам сил и самообладания в случае необходимости для оказания первой помощи. Наше с вами умение действовать в возможно более ранние сроки имеет решающее значение для дальнейшего течения и исхода травмы, а иногда и спасения жизни.**



#### КОНТАКТНЫЙ ТЕЛЕФОН

Алтайской региональной Профессиональной ассоциации средних медицинских работников:  
(8-3852) 34-80-04

E-mail: pasmr@mail.ru сайт: www.pasmr.ru

На правах рекламы

ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ





# Как победить варикоцеле



**Илья Сергеевич ПОПОВ,**  
детский уролог-андролог,  
кандидат медицинских  
наук, отделение  
амбулаторной урологии  
и андрологии, КГБУЗ  
«Алтайская краевая  
клиническая детская  
больница»

**В прошлом номере мы подробно разобрали причины и провоцирующие факторы развития варикоцеле.**

**Сегодня наша тема - обследование молодого человека для установления или, наоборот, исключения этого диагноза, а также узнаем о методах лечения варикоцеле.**

**Продолжение. Начало в №9 (165)**

Нет сомнений в необходимости **тщательного обследования** молодого человека с наличием варикозного расширения вен яичка. Как нет в мире двух абсолютно одинаковых людей, так и варикоцеле у одного человека не похоже на варикоцеле у другого. Соответственно, нет единого для всех метода лечения.

Чтобы оценить состояние репродуктивной системы в целом и определить дальнейшую специфику лечения, помимо общего осмотра, необходимо провести **УЗИ мошонки, УЗИ предстательной железы, исследование гормонального фона, уровня антиспермальных антител крови и спермограмму.**

**Целью проведения УЗИ мошонки** является не только **подтверждение наличия варикоцеле** у конкретного человека (в большинстве случаев это не подвергается сомнению и видно визуально), но и **выяснение более мелких деталей:** диаметр вен, их распространенность по отношению к яичку, выраженность застоя крови в венах, наличие патологического кровотока в них (венозный рефлюкс), состояние яичковой ткани. Также по ультразвуковой картине *проводится контроль выраженности варикозного процесса у пациента в динамике.* Дополнительно **осматриваются остальные органы мошонки:** придатки яичек, семенные канатики - и определяется их благополучие.

Я хотел бы сразу предостеречь слишком активных пациентов от поспешных самостоятельных действий: УЗИ органов мошонки - метод весьма специфичный и сложный, поэтому он должен проводиться в специализированных клиниках с высококласными и опытными специалистами, на современном оборудовании, оснащенном функцией осмотра сосудов (доплером)! Ведь важен не сам факт проведения УЗИ, а та специфическая информация, которую фиксирует врач-функционалист.

**УЗИ предстательной железы** необходимо проводить всем юношам и мужчинам с варикоцеле для исключения сопутствующего варикозного

расширения вен перипростатического сплетения. С целью скрининга этот вид исследования проводится через живот, как при УЗИ органов брюшной полости, - *трансбdomинальным методом.* Обязательным условием является наполненность мочевого пузыря. При наличии расширенных вен или при подозрении на варикозный процесс, а также при жалобах со стороны предстательной железы, исследование проводится через прямую кишку (*трансректально*): в задний проход вводится тонкий датчик, напоминающий стержень. Это немного неприятный, но терпимый вид исследования, позволяющий досконально осмотреть предстательную железу и ее вены с близкого расстояния, а не издалека, как при трансбdomинальном методе.

**Исследование гормонального фона - это определение уровня гормонов половой системы в крови.** Кровь берется утром натощак из вены локтевого сгиба. *Исследуются фолликулостимулирующий гормон* (или **ФСГ**, регулирует скорость образования сперматозоидов), *лютеинизирующий гормон* (или **ЛГ**, влияет на выработку специальными клетками яичек основного мужского полового гормона - тестостерона) и собственно сам **тестостерон.** Определение уровня половых гормонов необходимо для уточнения степени возможных репродуктивных нарушений, а также косвенной оценки состояния сперматогенных эпителиев у подростков, не имеющих возможности исследования спермы по юридическим показаниям (до 15 лет) или по собственным моральным причинам. Помимо определения уровня гормонов, исследуется и **концентрация антиспермальных антител.** Объем необходимого обследования, вид гормонов, в каком количестве должны быть исследованы - определяет лечащий врач-андролог, индивидуально для каждого пациента.

Основным методом, позволяющим оценить репродуктивную функцию конкретного пациента, является **спермограмма.** Это тот метод, который дает полную информацию о качестве спермы и возможности наступления бере-



менности женщины в будущем. По результатам спермограммы, количественным и качественным, врач для каждого пациента определяет дальнейшую тактику ведения: необходимо ли оперативное лечение или есть возможность консервативного ведения. Спермограмма является абсолютно необходимым видом обследования половой системы мужчины после оперативного лечения варикоцеле, так как без ее наличия все лечебные действия по отношению к этой патологии, имеющей высокую степень репродуктивного риска, не имеют ни малейшего смысла.

Наравне с впервые поставленным диагнозом «варикоцеле» пациент слышит, что «оно может привести к бесплодию». Закономерен и вопрос от него: «А что после операции? Есть ли подтверждение моей возможности иметь детей в будущем?». В своей практике мы часто сталкиваемся именно с такой позицией неведения о своем репродуктивном статусе со стороны пациента - когда через несколько лет он убеждается в негативном влиянии варикоцеле на сперматогенез. Поэтому не нужно «играть в «русскую рулетку» со своим здоровьем. Современные медицинские знания говорят о том, что относиться к варикоцеле как заболеванию, имеющему лишь косметический дефект в мошонке в виде расширенных вен, - совершенно неправильно. Это, в первую очередь, **заболевание, рискованное по возникновению бесплодия** со всеми вытекающими из этого состояния проблемами в семейной жизни, социальном положении и самореализации мужчины как отца, что приводит к очень серьезной и глубокой психологической травме. **Поэтому я призываю вас задуматься об этом заранее!**

Другой частый вопрос - от родителей: «Прошли обследование, что нам делать дальше?». После того, как получены все необходимые результаты обследования, врач-андролог предложит вам наиболее подходящий для вашего состояния вариант лечения. На сегодня существуют два основных варианта лечения пациента с ва-

рикоцеле: **оперативный и консервативный**. Выбор определяется состоянием репродуктивной системы в целом и лишь частично - желанием пациента.

**При назначении консервативного лечения** пациенту в рамках немедикаментозной терапии рекомендуется *ограничивать физические нагрузки*, особенно те, которые сопровождаются поднятием тяжелых предметов (вспомните факторы, ускоряющие появление варикоцеле, из предыдущей части статьи), *обязательное ношение плавок или эластичных трусов («боксеров»)*, *контрастный душ на мошонку*. Выполнение этих рекомендаций позволит снизить риск прогрессирования варикоцеле. Важным моментом в медикаментозной терапии является *назначение препаратов флеботонического ряда*, которые усиливают тонус вен, уменьшают их просвет, снижают застой крови в гроздевидном сплетении, и тем самым улучшается артериальное питание ткани яичек. Так как при нарушении кровоснабжения в любой ткани, в том числе и яичек, возникает кислородное голодание с последующим образованием большого количества свободных радикалов и запуском процесса перекисного окисления липидов, в обязательном порядке *назначаются препараты с антиоксидантным действием*: витамины А, Е, С, микроэлементы селен и цинк. Широко используются средства, улучшающие тканевую кровотоки, обменные процессы в ткани яичек, - *метаболиты*.

Цели, преследуемые назначением консервативного варианта ведения варикоцеле, различны при

разной степени нарушения венозного кровотока в системе гроздевидного сплетения яичка. **При начальной степени развития варикозного процесса и незначительных гемодинамических нарушениях назначение подобного курса терапии может привести к нормализации состояния и даже к излечению!** Это значит, что если варикоцеле выявлено на раннем этапе развития заболевания и вовремя назначено лечение, то вероятность выздоровления достаточно высока. Так как вены еще не успели деформироваться, «растянуться» под действием давления крови (*вспомните воздушный шарик: если его надуть совсем чуть-чуть, а затем сразу выпустить воздух, то он останется таким, каким был и прежде, а если его надуть сильно, то после сдутия свою первоначальную форму он уже не примет*). Если же выраженность варикоцеле достаточно высока и длительность существования этого состояния тоже, то уменьшить диаметр вен до нормальных величин - уже невозможно! Однако целью лечения в этом случае будут нормализация гемодинамических показателей в системе яичковой вены (то есть нормализации кровотока в расширенных венах) и, что важно, улучшение тканевого артериального кровотока и устранение кислородного и энергетического голодания клеток сперматогенного эпителия, повышения их жизнеспособности со снижением риска их гибели.

**Конечно, не следует понимать, что проведение единичного курса такого лечения навсегда улучшит состояние и решит все проблемы. Для предотвращения риска репродуктивных нарушений необходимо проводить плановые регулярные курсы подобной терапии с контролем показателей основных функций половой системы.**

В третьей части нашего разговора о варикоцеле мы поговорим более подробно об оперативном его лечении. ☺





# Как не допустить баланопостит

**Юрий Васильевич ТЕН,**  
главный внештатный детский хирург Алтайского края, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач Российской Федерации, высшая квалификационная категория, заведующий кафедрой детской хирургии, анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии, Алтайский государственный медицинский университет; заведующий отделением детской хирургии, КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница»;

**Дарья Алексеевна ЕЛЬКОВА,**  
ординатор второго года обучения кафедры детской хирургии, анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии, Алтайский государственный медицинский университет

**Причины возможных патологий в гениталиях мальчиков могут быть различными - начиная от генетических нарушений и заканчивая несоблюдением элементарных гигиенических норм.**

Одна из болезней, подстерегающих мальчиков обычно в возрасте от рождения и до 5 лет, - это **баланопостит**, одна из частых причин обращения родителей в хирургический стационар.

Под баланопоститом специалисты подразумевают **воспаление головки и крайней плоти полового члена**. Как и у любого наружного воспаления, его проявления яркие: боль, гиперемия (покраснение) крайней плоти полового члена, отёк. На фоне полного здоровья и внешнего благополучия ребенок начинает кричать, беспокоиться, жаловаться на зуд, жжение в области головки полового члена, несмотря на обилие выпиваемой жидкости, зачастую отказывается от попыток мочеиспускания. Может возникнуть гнойное отделяемое из головки полового члена. **Это заболевание является следствием несоблюдения должного гигиенического ухода за гениталиями малышей.**

Правильный гигиенический уход осложняется наличием у мальчиков до 3-5-летнего возраста *физиологического фимоза*, то есть сужения отверстия крайней плоти, не позволяющего полностью обнажать головку полового члена. В этом случае у мальчиков крайняя плоть гипертрофирована, полностью покрывает головку полового члена и свисает в виде избыточного кожного хоботка с узким отверстием. Внутренний листок крайней плоти спаян с головкой нежными эмбриональными спайками (*синехиями*). В процессе роста полового члена головка раздвигает препуциальный мешок (*край-*

*нюю плоть*), тем самым разъединяя синехии, и ее выведение становится свободным. По статистике, фимоз наблюдается у 42% новорожденных мальчиков. У них крайняя плоть не двигается вообще, но не стоит тревожиться в этом случае - в основном открытие головки происходит у половины мальчиков в возрасте одного года, и к двум годам этот показатель достигает 80%. К четырем годам головка полового члена открыта уже у 90% детей.

Начиная с рождения идет подготовка мальчика к половому созреванию, препуциальные железы крайней плоти вырабатывают свой секрет - смегму. Если вовремя тщательно не подмыть ребенка, то данный секрет будет собираться под крайней плотью. Затвердев, смегма превращается в смегмолиты, то есть камни смегмы, которые удалить без повреждения крайней плоти очень сложно. **Насильственное резкое открытие головки чересчур усердными родителями приводит к формированию рубцов в области крайней плоти** - и тогда без хирургического лечения не обойтись.

Смегма, содержащая большое количество жиров, служит привлекательной средой для различных микроорганизмов. **Обычными возбудителями баланопостита у мальчиков выступают стрептококки, кишечная палочка, стафилококки, протей, вирус герпеса, дрожжевые грибки (кандиды).** Любопытный ребенок, по мере роста интересующийся своим телом, как правило, заносит руками этих микробов на свои гениталии.



## За счастливое здоровое детство!

Само по себе заболевание баланопостит не является показанием к оперативному вмешательству. **Срочное медицинское вмешательство может потребоваться только в случае острой задержки мочи**, когда вследствие рефлекторного спазма мышц (сфинктеров) мочевого пузыря в ответ на резкую боль ребенок не может самостоятельно помочиться. Тогда требуется постановка катетера (специальной трубочки) для выведения мочи из мочевого пузыря.

В остальных случаях лечение баланопостита - консервативное в домашних условиях: **рекомендуется проведение теплых сидячих ванночек с антисептиками** (слабым раствором перманганата калия, фурацилина) **или отварами трав** (ромашки и др.). Возможно **применение инстилляций антисептических растворов** (хлоргексидина, мирамистина и др.) **под крайнюю плоть**. После обмывания головки полового члена следует осторожно оттянуть крайнюю плоть, удалить смегму и патологические выделения. Параллельно для снижения местной чувствительности тканей и уменьшения ответной аллергической реакции на попадание микробов в организм ребенка назначают **антигистаминные препараты** (зодак, фенистил). При этом нужно не забывать **чаще поить ребенка**. Обильное питье, во-первых, разбавит концентрацию мочи, что снизит ощущение жжения при мочеиспускании, а во-вторых, будет смывать микроорганизмы и не позволит им распространиться по уретре (мочеиспускательному каналу).

Частые воспалительные процессы в области крайней плоти наравне с насильственным раскрытием головки служат предпосылкой для формирования рубцов и *рубцового фимоза*. От рубцового фимоза, приводящего в дальнейшем к нарушению полового акта, без помощи детских хирургов не излечиться: показано круговое иссечение листков крайней плоти - **операция циркумцизио**, которая проводится как под общим обезболиванием, когда ребенок спит, так и под местным обез-



боливанием, - по желанию родителей маленького пациента.

**Грубое неумелое раскрытие головки полового члена может привести к еще одному заболеванию - парафимозу.** Парафимоз (удавка) - медицинский термин, обозначающий ущемление головки полового члена суженным кольцом крайней плоти, которое возникает вследствие насильственного оттягивания крайней плоти за головку члена. Если своевременно не возратить кожу препуция в исходное положение, развивается отёк тканей, что может закончиться некрозом (гибелью) ущемляющего кольца. В этом случае гарантированы неблагоприятные последствия.

Таким образом, чтобы избежать обращения за хирургической помощью, **необходимо соблюдать несколько простых правил при уходе за гениталиями будущего мужчины:**

- дотрагиваться до гениталий нужно только чистыми руками,
- регулярно и тщательно подмывать малыша,
- удалять (можно с помощью ватной палочки и раствора антисептика) смегму,
- не пытаться насильственно сдвигать крайнюю плоть и оголять головку полового члена.

**Если всё же появились признаки баланопостита, то незамедлительно приступить к его лечению, обратившись к педиатру!** ☺

**Под баланопоститом специалисты подразумевают воспаление головки и крайней плоти полового члена. Это заболевание является следствием несоблюдения должного гигиенического ухода за гениталиями малышей.**



# Баскетбол - ЭТО ЖИЗНЬ



**Денис Валентинович ПОДДУБНЫЙ,** врач спортивной медицины, первая квалификационная категория, КГБУЗ «Алтайский врачебный физкультурный диспансер», работает с командой «Алтайбаскет» с 2009 года

**Баскетбол сейчас один из самых популярных видов спорта. Он родился в Америке в прошлом веке. Его изобретатель преподаватель физического воспитания Джеймс Нейсмит просто выбил дно из корзины и прикрепил ее на высоте человеческого роста. Так началась первая игра.**

По данным ЮНЕСКО, на нашей планете в баскетбольный мяч играют более ста миллионов человек. В иных странах о футболе и хоккее понятия не имеют, при этом в баскетбол играют.

### **Немного о правилах этой игры.**

В ней соревнуются две команды по пять человек в каждой. Цель игры заключается в том, чтобы наибольшее количество раз забросить мяч в корзину противоположной команды. Для этого игроки передают мяч друг другу или продвигаются, ударяя мяч рукой о площадку, и, приблизившись к щиту, бросают мяч в корзину. За попадание мяча в корзину в процессе игры засчитываются два очка, а за попадание со штрафного броска - одно. Соревнование выигрывает та из двух команд, которая наберет большее количество очков за 40 минут чистого времени.

Сравнительно небольшие размеры площадки (26x14м) и простое оборудование (две стойки со щитами, к которым прикреплены металлические кольца с сетками) - позволяют легко находить место для игры на каждом школьном, институтском или заводском дворе, не говоря уже о парках и стадионах. В спортивных залах разрешается проводить соревнования на площадках 20x11м.

Работа в спортивном зале способствует проведению тренировок и игр без перерыва на протяжении всего года. Современный, еще более доступный вариант игры - **стритбол**, позволяет обходиться вообще одним кольцом.

Я играл в баскетбол со школы. Как и многие сверстники попробовал себя в разных видах спорта: поплавал, побегал - всего было понемногу. Но баскетбол понравился больше. После школы поступил в Алтайский государственный медицинский университет, играл за его команду. И волей судьбы позднее стал спортивным врачом команды «Алтайбаскет». Меня пригласили, когда команда вышла в Высшую лигу. Так что баскетбола в моей жизни всегда было много.

За что я его люблю? Это - динамичный вид спорта, достаточно жесткий, контактный, по-настоящему мужской. Обычно на встречи мужских команд зрителей собирается больше - дух захватывает от таких прыжков, когда руки по локоть вытягиваются над кольцом. Правила в баскетболе для мужчин и женщин общие, но накал игры разный: когда играют женские команды, не перестаешь удивляться уму, неожиданности ходов, парадоксальности решений. Мужской и женский баскетбол дополняют друг друга - и в этом безусловная гармония.

В баскетболе одной «физикой» не выиграешь. Здесь нужно думать головой. И это одна из причин его привлекательности. Поэтому баскетбол становится всё более популярным в Алтайском крае.

### **Сегодня в группы для занятий баскетболом принимаются дети с 8-9 лет.**

В первые годы упор делается на общефизическую подготовку - в этом возрасте еще трудно работать с баскетбольным мячом. Уже на данном этапе дают навыки по ведению мяча, броскам, прыжкам в игре. Если в этом возрасте не поставить правильно эти элементы, потом будет заметно труднее это сделать.

От профессионализма тренера в первую очередь зависит здоровье ребенка. **Прием в спортивную секцию начинается с медицинского обследования.** По состоянию здоровья ребенку даются первые рекомендации по выбору вида спорта. В дальнейшем тренер, врач, родители должны работать согласованно.

Занятия баскетболом способствуют всестороннему физическому развитию и вырабатывают у игроков физические и морально-волевые качества и навыки, необходимые в дальнейшей деятельности: быстроту, выносливость, ловкость, смелость, настойчивость, ориентировку, коллективизм и другое.

Постоянное пребывание игроков в коллективе и необходимость подчинять личные интересы интересам команды способствуют воспитанию в игроках чувства товарищества и внутренней дисциплины.





## Спорт во имя жизни

К сожалению, без травм в баскетболе не обходится. **Наиболее уязвимы - голеностопные и коленные суставы, спина**, поскольку это сложно координационный игровой вид спорта. Большая осевая нагрузка на поясничный отдел позвоночника может привести к грыжам, протрузиям. Особенно уязвим детский организм. Поэтому вопросам профилактики и правильной организации тренировочного процесса нужно уделять должное внимание.

**Каждой тренировке должна предшествовать индивидуальная подготовка спортсменом мышц, связок, опорно-двигательного аппарата.** Бывает, тренер сразу дает нагрузку без должной разминки. Спортсмен должен быть готов к этому: он должен прийти за полчаса до тренировки в зал и начать работать. Но об этом меньше всего думают дети, только начинающие тренировочный процесс.

**Любые ушибы и растяжения требуют внимания врача.** Нужно понять степень тяжести травмы и соответственно принять меры.

Традиционно считается, что для успешных занятий баскетболом важен рост спортсмена. Действительно, особую свободу на площадке получают высокие баскетболисты. Однако общедоступность игры состоит в том, что любой «малыш» (то есть по общечеловеческим нормам человек обыкновенного роста) может на площадке победить великана. Вообще без «малышей» команда - не команда. Только им надо быть быстрыми, как Борзов, прыгучими, как Яценко, резкими, как боксеры, выносливыми, как марафонцы. **Поэтому из ста миллионеров баскетболистов в мире двухметрового роста - едва ли десятая часть, а то и меньше.** Но их присутствие заставляет остальные девять десятых еще усиленней, еще тщательней работать над собой. В этом - тоже гармония баскетбола.

Нельзя стать высоким, занимаясь баскетболом. Рост зависит от наследственности, гормональной системы, ряда других факторов. Но можно научиться играть в совершенстве. Много баскетболистов и с небольшим ростом, хорошо и динамично играющих.

Скажу о нашем клубе. **«Алтай-баскет»** начинал играть в первой лиге, потом вышли в Высшую лигу, два года занимали призовые места.



Перешли в Суперлигу, в первый год были крепкими середнячками. Последнее наше достижение - бронзовые призеры Суперлиги-2, сейчас играем в Суперлиге-3. Популярность «Алтайбаскета» очевидна: на игры болельщикам надо приходиться заранее, иначе на трибунах просто не будет свободных мест. Налажена система работы с детьми по всему краю. Популяризация баскетбола принесла хорошие плоды - дети серьезно увлечены спортом.

Каждый сыгранный матч сравним с жизнью, прожитой заново. За две тысячи четыреста секунд чистого времени вы успеваете, сами не отдавая себе в этом точного отчета, тысячу раз полюбить и возненавидеть, возликовать и впасть в полное отчаяние, подумывать, что всё рушится, почувствовать, что еще не все потеряно, и - вперед... И так - каждый матч.

**Баскетбол прост, поэтому его легко полюбить. Он прост, но не простак. Он остроумен, лукав, рационален, точен, неожидан и совершенно не признает шаблона. Он - плоть от плоти нашего времени, он - как творческая, ищущая личность. Недаром его правила меняются чаще, чем в любой другой игре, - он гибок, чужд косности. Баскетбол - великий джентльмен, он не признает грубой силы. И то, что он корректнее всех прочих спортивных игр, строг по отношению к тем, чей спортивный и жизненный принцип толкаться локтями, - это совершенно точно.** ☺

**Нельзя стать высоким, занимаясь баскетболом. Рост зависит от наследственности, гормональной системы, ряда других факторов. Но можно научиться играть в совершенстве. Есть баскетболисты небольшого роста, хорошо и динамично играющие.**



# Вся правда о молочной кислоте

**Герман Геннадьевич НЕЧАЕВ,**  
врач по спортивной  
медицине, высшая  
квалификационная  
категория, отделение  
спортивной медицины,  
КГБУЗ «Алтайский  
врачебно-физкультурный  
диспансер»,  
«Лучший спортивный  
врач 2015 года»

**Как продвинутым спортсменам, так и новичкам хорошо известно: если слишком усердно тренироваться или впервые нагрузить непривычные к работе мышцы, то на следующий день мышечная боль почти гарантирована.**

Почему так происходит? Как правило, в мышечных болях виноват молочную кислоту, накопившуюся в процессе интенсивной работы.

**Молочная, или альфа-оксипропионовая, или 2-гидроксипропановая, кислота, - прозрачная жидкость, являющаяся побочным продуктом тех физиологических процессов, которые протекают в упражняемых мышцах при их тренировке.** Накопление молочной кислоты происходит вследствие тренировки конкретной мышцы, причем, чем больше делается повторов/подходов в упражнении, тем больше кислота «закисяет» мышцы.

При физических нагрузках организм человека использует для производства энергии углеводы, точнее - глюкозу, которая расщепляется без участия кислорода. Конечным продуктом ее окисления является **ион молочной кислоты - лактат**. Дальнейшее окисление лактата не происходит, и если нагрузки интенсивны, он весь не успевает выводиться. Так в крови накапливается молочная кислота, и человек ощущает характерное жжение в мышцах.

После отдыха уровень молочной кислоты падает, однако не всегда до своей первоначальной отметки. Таким образом, **чем больше и интенсивнее спортсмен тренируется, тем больше**

**молочной кислоты скапливается в его мышцах.**

Если в быту выполняется определенная работа, требующая усилий, у нетренированного человека на следующий день будут болеть мышцы, и он сможет себе позволить провести день более расслабленно. Иное дело - спортсмены. Им тренировки пропускать нельзя ни при каких обстоятельствах. И здесь большое значение имеет опыт тренера, позволяющий правильно организовать тренировку, распределить нагрузку.

**В норме уровень молочной кислоты в мышцах не превышает 1,5 ммоль на литр.** Если он выше, спортсмену тем сложнее работать, чем ниже уровень его тренированности. Тренированный спортсмен может выполнять значительные нагрузки и при уровне лактата 20 ммоль на литр. Но в этих случаях к концу тренировки уровень лактата должен опуститься почти до первоначального.

Нами был проведен эксперимент, в ходе которого уровень лактата в крови спортсмена измерялся перед началом тренировки, на пике нагрузки, после окончания тренировки и через час. У некоторых спортсменов уровень лактата возвращается к первоначальному уже на седьмой минуте после окончания тренировки. И почти всегда - через час после тренировки он приходит в норму.

Такие измерения позволяют также судить о правильности методики тренировки. Если тренер загоняет спортсмена и дает максимум нагрузки, адаптационные возможности организма будут сорваны и спортсмен не сможет дальше выступать на соревнованиях. Иногда сам спортсмен ставит перед собой повышенную задачу. Скажем, на тренировке предлагается 12 раз подняться в горку, спортсмены выложились полностью, и тут предлагается сделать упражнение еще раз. Кто-то побежал и выдал перетренированность:



## 2 октября - День спортсменов-силовиков России

повышение температуры, давления, уровня лактата в крови, который долгое время не приходит в норму, потому что существует предел физических возможностей любого человека.

**Насколько поднимается уровень молочной кислоты во время тренировки, - точный показатель натренированности спортсмена и грамотности тренера.** К примеру, нельзя в ходе тренировки или соревнований от серьезной нагрузки сразу переходить к покою. Нельзя, пробежав дистанцию в 800 метров, после финиша падать на траву в изнеможении. Бег должен смениться быстрым шагом, затем - более медленным. В этом случае восстановление нормального уровня молочной кислоты произойдет в течение часа. Иначе - потребуются гораздо больше времени. По этой же причине советуют после работы на тренажерах выполнить в свободном темпе упражнения на растяжку разных групп мышц.

Почти сразу после того, как вы отложили снаряд, кровь практически мгновенно приливает к конечностям мышцы и вымывает молочную кислоту в общий кровоток, которая затем поступает в печень, снова превращаясь в глюкозу (в процессе глюконеогенеза). Далее глюкоза вновь поступает в кровь для дальнейшего использования. Этот процесс получил название **цикл Кори**. Такой «круговорот» лактата суммарно повышает кислотность крови и оказывает стимулирующее (омолаживающее) воздействие на весь организм.

Стоит сказать, что организм - это высокоадаптивная структура, которая может приспосабливаться к любым изменяющимся условиям. Поэтому, если после третьей-четвертой тренировки ваши мышцы перестали болеть, значит, организм просто привык к нагрузке и данное упражнение перестало воздействовать на него с первоначальной эффективностью.

Вообще, **если вы не хотите испытывать постоянную боль в мышцах**, то не стоит практиковать одну и ту же тренировочную программу дольше 2-3 месяцев. Также необходимо выполнять упражнения довольно интенсивно.

Молочная кислота весьма полезна нашему организму. Она важна для его обеспечения постоянным притоком



углеводов. Если же принимать лактат в чистом виде, то он способен существенно повысить общую работоспособность и ускорить восстановительные процессы.

Таким образом, *умело управляя молочной кислотой, можно легко повысить свой уровень энергии, а также предотвратить мышечную усталость.*

**Грамотно организованный тренинг позволяет ускорить процесс удаления молочной кислоты из мышц.** Действительно, за счет увеличения интенсивности упражнений, достаточного количества отдыха между сетами и чередованием нагрузок можно добиться такого эффекта «ускорения». Чтобы эффективно использовать молочную кислоту, необходимо в тренировочную программу включать **упражнения, которые помогают выведению лактата из мышц**: это - принцип суперсетов и сетов со сбрасыванием веса, чередование кардионагрузок и высокообъемных тренировок с отягощениями.

**Что необходимо делать, чтобы свести к минимуму накопление молочной кислоты:**

- ◆ начните свою тренировку с легкой, разогревающей разминки;
- ◆ растягивайте мышцы после каждого повтора или по завершении сета;
- ◆ увеличивайте рабочий вес постепенно, по мере готовности ваших мышц;
- ◆ не пропускайте тренировки, пусть мышцы привыкнут к нагрузкам;
- ◆ полноценно восстанавливайтесь после тренировки. ☺

**Если тренер загоняет спортсмена и дает максимум нагрузки, адаптационные возможности организма будут сорваны, и спортсмен не сможет дальше выступать на соревнованиях. Иногда сам спортсмен ставит перед собой повышенную задачу.**



# Вальгусная деформация стопы



**Елена Николаевна ВОРАНКОВА,**  
заведующая отделением физической реабилитации, врач по лечебной физкультуре, высшая квалификационная категория, КГБУЗ «Алтайский врачебно-физкультурный диспансер»

*Hallux valgus* - заболевание, при котором первый палец стопы деформируется на уровне плюснефалангового сустава и отклоняется кнаружи под углом к остальным пальцам.

Интересно, что заболевание присутствует только жителям цивилизованных стран, ведущим малоактивный образ жизни, питающимся «быстрой едой» и носящим обувь.

## Причины Hallux valgus

Раньше существовала версия, согласно которой вальгусная деформация первого пальца стопы является результатом травматизации переднего отдела стопы и неправильного ее лечения. Сейчас же эта версия развеяна учеными, которые доказали, что преобладающие факторы возникновения - это *генетическая предрасположенность и анатомические особенности строения ступни.*

Основной причиной развития деформации обычно является **недоста-**



**точность соединительной ткани,** которая может проявляться:

- ◆ поперечным плоскостопием (при этом заболевании вес на стопу распределяется неравномерно),
- ◆ чрезмерной подвижностью суставов,
- ◆ варикозной болезнью,
- ◆ повышенной растяжимостью связок, фасций и кожи.

*Также на развитие деформации стопы влияют:*

◆ **генетическая предрасположенность:** врожденная дисплазия плюснеклиновидного сустава, патологии опорно-двигательного аппарата, генетические патологии обмена веществ;

◆ **врожденные деформации, травмы стопы и ряд заболеваний, при которых наблюдается нарушение нервной регуляции мышц голени и стопы** (например, полиомиелит, рассеянный склероз) - вторая группа причин развития Hallux valgus.

При формировании деформации неравновесие в натяжении мышц еще больше усугубляется, плюснефаланговый сустав становится нестабильным. Внутренняя поверхность сустава постоянно раздражается при контакте с обувью, в результате чего смещение головки I плюсневой кости дополняется образованием костного нароста, что еще боль-



ше усугубляет деформацию. Из-за изменения формы стопы происходит перераспределение нагрузки: область головок III и II плюсневых костей постоянно перенагружается во время ходьбы. Это приводит к возникновению болей и формированию артроза не только в области I, но и в области II и III плюснефаланговых суставов.

### Факторы риска

В определенных условиях они способны спровоцировать развитие вальгусной деформации большого пальца стопы. **К ним относятся:**

- ◆ по статистике, *дамы* в 20 раз чаще сталкиваются с деформацией большого пальца, чем мужчины. По мнению врачей, у прекрасного пола врожденная слабость мышечно-связочного аппарата - он гораздо эластичнее, чем у мужчин. Нам бы *беречь ножки*, а мы, наоборот, «забираемся» повыше, на шпильки, - вот стопа и не выдерживает нагрузку, расплющивается и деформируется;

- ◆ *анатомические особенности строения стопы*, например, длинная первая плюсневая кость;

- ◆ *артрит* - при этой патологии также возникает деформация суставов и костей, которая может осложняться Hallux valgus;

- ◆ *пожилой возраст*: нарушения обмена веществ, вымывание кальция из костей, проблемы опорно-двигательного аппарата и сердечно-сосудистой системы играют важную роль в возникновении деформации большого пальца стопы;

- ◆ *лишний вес*, увеличивающий давление на стопу, может спровоцировать вальгусную деформацию.

### Симптомы Hallux valgus

Пациенты предъявляют **жалобы на боль** в области I плюснефалангового сустава. Боль усиливается после продолжительной ходьбы или длительного пребывания на ногах и уменьшается в покое. Возможны ночные боли, особенно после значительной нагрузки на стопу. Болевой синдром может значительно различаться как по характеру, так и по силе - от ощущения дискомфорта (обычно на ранних стади-



ях) до резкой жгучей или постоянной ноющей боли.

По мере развития деформации стопа всё больше теряет нормальную форму, расширяется и уплощается, I палец «ложится» на II, нередко возникают сопутствующие деформации II пальца. Всё это в сочетании с «шишкой» в проекции I плюснефалангового сустава существенно влияет на внешний вид стопы. Поэтому, наряду с болью, причиной обращения пациентов к травматологам и ортопедам зачастую становятся **косметический дефект и проблемы при подборе обуви.**

При визуальном осмотре **стопа распластана**. Выявляются видимая деформация и незначительное или умеренное покраснение кожи в проекции I плюснефалангового сустава. **Первый палец отклонен кнаружи под углом к остальным. Пальпация безболезненна** или нерезко болезненна, по внутренней поверхности стопы в области I плюснефалангового сустава определяются **костный экзостоз и уплотнение кожи**. Возможен небольшой локальный отек. **Движения в I плюснефаланговом суставе, как правило, ограничены** (степень ограничения движений может значительно варьироваться), при максимальном разгибании I пальца может возникать боль.

### Диагностика Hallux valgus

Диагноз «Hallux valgus» выставляется на основании симптомов и данных рентгенологического исследова-

**Из-за изменения формы стопы происходит перераспределение нагрузки: область головок III и II плюсневых костей постоянно перенагружается во время ходьбы. Это приводит к возникновению болей и формированию артроза не только в области I, но и в области II и III плюснефаланговых суставов.**



ния. Выполняют рентгенографию I плюснефалангового сустава. Для более точной оценки патологии со стороны соседних анатомических структур при необходимости дополнительно назначают рентгенографию II и III плюснефаланговых суставов. Степень выраженности Hallux valgus определяется с учетом двух величин: угла между II и I плюсневными костями (Intermetatarsal angle) и угла, под которым I палец отклонен по отношению к I плюсневой кости (Hallux valgus angle).

### **Соответственно, выделяют несколько степеней Hallux valgus:**

- **первая степень:** угол между плюсневными костями - менее  $12^{\circ}$ , угол отклонения I пальца - менее  $25^{\circ}$ ,

- **вторая степень:** угол между плюсневными костями - менее  $18^{\circ}$ , угол отклонения I пальца - более  $25^{\circ}$ ,

- **третья степень:** угол между плюсневными костями - более  $18^{\circ}$ , угол отклонения I пальца - более  $35^{\circ}$ .

Наряду со степенью деформации при изучении рентгеновских снимков оценивают выраженность артрозных изменений. О наличии артроза свидетельствуют сужение суставной щели, деформация суставной площадки, краевые разрастания и остеосклероз субхондральной зоны.

В отдельных случаях пациента для более точной оценки патологических изменений стопы направляют на МРТ или КТ. МРТ стопы назначается для исследования состояния мягких тканей, КТ стопы - для изучения состояния костных структур.

При заболеваниях, сопровождающихся нарушением нервной регуляции мышц, необходима консультация невролога.

*В следующих номерах вы узнаете о консервативном лечении вальгусной деформации стопы, какие техники массажа показаны при Hallux valgus.* ☺

# Комплекс упражнений при Hallux valgus

### **Упражнение первое**

Исходное положение (и.п.) - ложитесь на спину. Выполняйте обеими ногами поочередно скольжение краем стопы одной ноги по голени другой ноги. *Повторите 6-8 раз.*

### **Упражнение второе**

И.п. - лежа на спине. Приподнимите ноги над собой и выполняйте вращения (имитируя вращение педалей при езде на велосипеде).

*Повторите по мере возможности восемь-десять раз.*

### **Упражнение третье**

И.п. - сядьте на стул. Выполняйте поступательные движения ногой вперед при помощи передвижения стопы и пальцев (как двигается гусеница).

*Повторите шесть-восемь раз.*

### **Упражнение четвертое**

И.п. - сядьте на стул. Не отрывая пятки от пола, с усилием выполняйте разведение больших пальцев ног.

*Повторите шесть-восемь раз.*

### **Упражнение пятое**

И.п. - сядьте на стул. Для упражнения нужен эластичный бинт. Растягивайте бинт большими пальцами ног.

*Повторите восемь-десять раз.*

### **Упражнение шестое**

И.п. - сядьте на стул, подошвы сдвиньте вместе. Сгибайте, затем разгибайте ноги поочередно в голеностопном суставе.

*Повторите восемь-десять раз.*

### **Упражнение седьмое**

И.п. - сядьте на стул. Для упражнения нужен мяч. Катайте мяч в течение двух-трех минут подошвами стоп.

### **Упражнение восьмое**

И.п. - сядьте на пол. Разводите пальцы веером. Старайтесь фиксировать пальцы в разведенном положении - три-пять секунд.

*Повторите восемь раз.*

### **Упражнение девятое**

И.п. - сядьте на пол. Разводите пальцы веером и сжимайте активно в кулак. Старайтесь фиксировать пальцы в сжатом в кулак положении - три-пять секунд.

*Повторите 10 раз.*

### **Упражнение десятое**

И.п. - сядьте на пол. Руки поставьте в упоре на пол сзади. Похлопывайте подошвами ног друг об друга примерно по *восемь-десять раз.*

### **Упражнение 11**

Сядьте «по-турецки». Затем старайтесь приподниматься от пола, оставляя ноги в соответствующем положении.

*Выполните пять-шесть аналогичных подъёмов корпуса тела.*

### **Упражнение 12**

Встаньте на пол и разместите стопы параллельно друг к другу. Далее ходите в течение *трех-пяти минут* на наружных краях стоп.

### **Упражнение 13**

Выполняется аналогично предыдущему упражнению. Только необходимо ходить в течение *трех минут* на пятках. ☺



# Общественный Редакционный совет журнала



**Арсеньева  
Нина Григорьевна**  
главный врач  
КГБУЗ «Детская городская  
поликлиника, г. Рубцовски»



**Вейцман  
Инна Александровна**  
врач-эндокринолог высшей  
категории, к.м.н., доцент  
кафедры госпитальной и  
поликлинической терапии  
с курсом эндокринологии  
Алтайского государственного  
медицинского университета



**Вeselovskaya  
Надежда Григорьевна**  
д.м.н., ассистент кафедры  
терапии и общей врачебной  
практики ФПК и ППС  
Алтайского государственного  
медицинского университета



**Козлова  
Ирина Валентиновна**  
к.м.н., главный редактор  
краевого медико-  
социального журнала  
«Здоровье алтайской  
семьи»



**Костромичья  
Марина Вячеславовна**  
главный врач КГБУЗ  
«ЦРБ с. Завьялово»



**Кравцова  
Людмила Ивановна**  
главный врач КГБУЗ  
«Рубцовская ЦРБ»



**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 предсе-  
дателя комитета по здравоохра-  
нению 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 неправитель-  
ственной общественной  
организации Союз женщин  
России, Председатель  
Общественной женской палаты  
при Губернаторе Алтайского края



**Ремнева  
Ольга Васильевна**  
д.м.н., доцент, заведующая  
кафедрой акушерства и  
гинекологии Алтайского  
государственного  
медицинского  
университета



**Салдан  
Игорь Петрович**  
д.м.н., профессор,  
ректор Алтайского  
государственного  
медицинского университета



**Фадеева  
Наталья Ильинична**  
д.м.н., профессор кафедры  
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 физи-  
ческой 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

## ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№10 (166) октябрь 2016 г.



Лауреат Губернаторской премии  
среди СМИ по итогам 2003 года

Почетная грамота  
Союза журналистов России



Благодарность от Управления  
Алтайского края  
по физической культуре и спорту

Выпуск издания (рубрика «Спорт во имя жизни») осуществляется при финансовой поддержке Федерального агентства по печати и массовым коммуникациям РФ.

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

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

Время подписания в печать:  
по графику - 14:00 25.10.2016 г.,  
фактически - 14:00 25.09.2016 г.  
Дата выхода: 31.10.2016 г.

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](mailto:nebolen@mail.ru). Группа ВКонтакте: <https://vk.com/nebolen>

Отпечатано в типографии ИП Смирнов Е.В.:

656049, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Чкалова, 228. Тел. (3852) 38-33-59.  
Печать офсетная. Тираж - 5000 экз. Цена свободная.

## Подписной индекс - 31039

# ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ



Торжественный прием в честь победительниц Всероссийской эстафеты материнского подвига у губернатора края А.А. Сурикова

И.С. Ремнева - в качестве награды выданы календары жизни в здор

"Детство - у Все о детях читайте в с нашего жу

2003

# ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ



## ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ



## ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ



## ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ



## ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ



## "Здоровье алтайской семьи" в 2017 году отмечает 15-летие!

### Уважаемые читатели журнала!

Подписка на наш журнал традиционно является хорошим подарком к самым различным семейным праздникам: свадьбе, рождению ребенка, дню рождения.

Журнал «Здоровье алтайской семьи» выписывают предприниматели, заинтересованные в сохранении и укреплении здоровья своих сотрудников.

Подарите журнал «Здоровье алтайской семьи» родителям, взрослым детям, оформите подписку для вашей собственной семьи, для вашей компании.

**Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» - полезный подарок!**



## Здоровья - каждой алтайской семье!

Подписной индекс журнала в отделениях Почты России - **31039**.  
Для оформления подписки через Издательство обращайтесь в бухгалтерию. Тел. 8(385-32) 23216. E-mail: [neboln@mail.ru](mailto:neboln@mail.ru)

