

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№11 (167) НОЯБРЬ 2016



ПОДДЕРЖИМ
РЕБЁНКА

Алтайский краевой
благотворительный



ПОДДЕРЖИМ
РЕБЁНКА!

Алтайский краевой
благотворительный марш



Врачи не уходят от своих пациентов...



В начале ноября от большого, на удивление, числа своих коллег получила в рассылке обращение, написанное якобы от лица врачей, доведенных до отчаянно бедственного, просто невыносимого, состояния непосредственно их «неблагодарными» пациентами: «Куда уходят врачи?!...». Рассылка была массовой. Зачем и кому это нужно?

Написано крайне эмоционально, я бы даже сказала, хлестко. Действительно о проблемах, которые реально волнуют медицинское сообщество: крайне неуважительном отношении к врачам, медицинским сестрам, в последнее время буквально «культивируемом в обществе, доходящем до прямой агрессии, до угрозы здоровью и даже жизни специалистов»...

О том, что сама профессия врача требует совершенно иной возможности профессиональной самореализации, более рационального использования своего интеллекта, навыков и умений на благо больного, постоянного, непрерывного образования, а не только «растраты» драгоценного рабочего, да и личного времени на «стандарты и отчеты»...

О том, что медицинский работник, как любой нормальный человек, еще и сын или дочь, муж или жена, родитель... И у них также есть обязательства перед родными, желание быть в семье. Есть увлечения. Они также хотят нормальной человеческой жизни!

Не говоря уже о прямом упоминании об обязательствах государства, общества по решению самых насущных социальных проблем медиков - от достойной оплаты труда до решения вопросов первоочередного обеспечения жильем, возможности определить детей в детский сад, получить санаторно-курортное оздоровление и т.д.

Вроде бы многое правильно. И неоднократно, в различных фрагментах, это публично обсуждалось!

Но весь тон письма был безапелляционным, провокационным (!): «Вы (пациенты!) не обращаете внимание на наше бедственное положение! И поэтому мы уходим от вас, туда, где не будет таких, как вы!!! И живите (умирайте?!), как хотите!».

Причем, разговаривая с коллегами, поняла, что некоторые, поддавшись такому эмоциональному созвучию в «радении» за профессию, сначала даже не отметили провокации, замаскированной под сочувствие угрозы формирования еще большего негатива вокруг «защищающих» себя таким образом медиков. И впоследствии, в личном разговоре, большинство согласилось с моим таким отношением к подобного рода массовым рассылкам. Убедена: авторами таких посланий по определению не могут быть те, кто действительно радует за медиков и пациентов.

Тема особого социального статуса медицинского работника нами на страницах журнала, круглых столах поднимается постоянно на протяжении всех 14 лет существования журнала. Нужно отметить, что вопросам состояния общественного здравоохранения общество уделяет всё больше внимания - и это объективно. Буквально недавно была участником и даже спикером на межрегиональной конференции, организованной по инициативе СМИ и ОНФ «Журналисты против коррупции», на которой мне предложили выступить по теме: «Профилактика бытовой коррупции в здравоохранении. Системный подход».

Но дискуссии такого рода без представительного участия медиков, на мой взгляд, на поверку становятся менее содержательными... А то и бессмысленными!

Не устаю повторять: медицина - профессия массовая! Только в нашем крае работает около 10 тысяч врачей и 25 тысяч средних медицинских работников.

Медицина - это прежде всего не бизнес! Это профессиональная деятельность. И она должна осуществляться на принципах саморегулирования. Хотя и медленно, но теперь уже можно сказать, последовательно, к этому идем: от государственной к государственно-общественной модели управления профессиональной врачебной деятельностью.



Министерством здравоохранения РФ реализуется Концепция введения системы саморегулирования профессиональной деятельности медицинских работников РФ. Медицинские палаты территорий уже сегодня вправе принимать участие в аттестации врачей, тарифном соглашении в системе ОМС, разработке территориальных программ бесплатной медицинской помощи...

И под такое профессиональное саморегулирование попадают все медицинские работники, не зависимо от того, в каких медицинских организациях они работают: в государственных или коммерческих! Но процесс этот, на мой взгляд, идет медленно, и даже законодатель, предвидя (как мне представляется) некую инертность (а может, и нежелание части специалистов быть подконтрольными профессиональному сообществу), определили, что профессиональная некоммерческая организация, основанная на личном членстве врачей для того, чтобы получить вышеназванные особые полномочия, - должна объединять не менее 25% специалистов от общей численности на территории... Всего четверть!

Моя принципиальная позиция: абсолютное большинство врачей, медицинских сестер - это честные люди, работающие на совесть! К сожалению, есть отдельные негативные примеры, но это однозначно не правило, а исключение... Хотя сохранение в профессии таких, пусть и единиц, мне кажется неоправданным.

Именно поэтому верю: ключ в разрешении многих проблем - в реальном консолидированном на профессиональных принципах сообществе профессионалов. Сообществе, способном действительно отвечать за состояние здравоохранения, за своих участников. И его авторитет - за-

щита от любого рода провокаций против медицинских работников.

Поверьте, врачи никуда не уходят от своих пациентов!!!

Это в принципе невозможно! Как подтверждение этому и даже повод вернуться к этой теме в журнале, - две встречи буквально сегодняшнего дня. Мой запланированный разговор с руководителем крупнейшего краевого медицинского учреждения мы задержали потому, что к нему обратилась заведующая одним из отделений, которой коллеги кардиодиспансера срочно назначили серьезное оперативное вмешательство. И она, говоря о своей проблеме, искала вовсе не сочувствия, участия, соболезнования в связи с предстоящей собственной операцией. (Кстати, я отметила высокую степень её доверия рекомендациям ей своих коллег и их опыту! Вопрос, несмотря на риск при таком вмешательстве о лечении в столичных клиниках или зарубежом даже не стоял!) Она детально передавала коллеге информацию о наиболее сложных, по ее мнению, пациентах, лежащих в отделении, о том, что им планировалось еще сделать и свои рекомендации по дальнейшему их лечению. Поинтересовавшись даже и тем, решен ли уже администрацией вопрос по пополнению запасов контраста для исследований! Врач прежде всего думал о своих пациентах!

Думаете это исключение? Да нет же!

В тот же день была встреча с координаторами нашего проекта «Школа ответственного родительства». Уважаемые специалисты, одновременно и ученые, и преподаватели АГМУ, сформировавшие школу специалистов акушеров-гинекологов в крае, и высококвалифицированные практики, и организаторы здравоохранения: д.м.н. Н.И. Фа-

деева, О.В. Ремнева, С.Д. Яворская и главный акушер-гинеколог края, руководитель нового краевого перинатального центра к.м.н. И.В. Молчанова, - собрались после напряженного рабочего дня и заинтересованно, компетентно обсуждали какой будет рубрика «Школа ответственного родительства» в 2017 году. На какие темы, проблемы важно обратить внимание наших читателей, что важно донести для того, чтобы молодые семьи имели возможность иметь здоровых и желанных детей. И это было такой же важной составляющей их деятельности, как и обучение студентов и врачей при повышении квалификации, как внедрение новейших технологий диагностики и лечения!

Медицина - это вообще особый образ жизни!!

Врач, медицинская сестра никогда не откажут в силу своего профессионального статуса нуждающимся в их помощи.

Убеждена, нельзя даже пренебрежительно использовать такие неэтичные формы «защиты» медиков, как «подметные письма» или что-либо подобное.

Но это совершенно не означает, что не нужно обсуждать проблемы здравоохранения, что медицинское сообщество должно самоустраниться от анализа ошибок, случаев нарушения профессиональной этики и деонтологии.

Это также не означает, что не должно культивироваться повышение ответственности пациентов за соблюдение рекомендаций врача, приверженности здоровому образу жизни, ответственности за свое индивидуальное здоровье.

Но помните: в ситуации, когда «вас трое», - врач всегда на стороне пациента!

**"С уважением,
главный редактор
Ирина Козлова"**



«Открытая регистратура»

В Алтайском крае реализуется проект «Открытая регистратура». Программные мероприятия предполагают ряд направлений.

◆ **Отработка единого для всех поликлиник и удобного для населения регламента работы регистратуры.**

Поликлиника должна работать в две смены и предусматривать возможность получения медицинской помощи для работающего населения, в том числе и после работы.

Запись на прием к врачу должна осуществляться различными способами, в том числе без прямого обращения в регистратуру.

Для удобства уже организована предварительная запись на прием к врачу на две недели вперед с ежедневной актуализацией расписания. Запись осуществляется по телефону, через Интернет, используя мобильное приложение. На сегодня в крае ежемесячно выдается свыше 50 тысяч Интернет-талонов. Используемая информационная система и степень оснащения рабочих мест позволяют выдавать талоны на повторные визиты и консультации узких специалистов непосредственно в кабинете врача. Сейчас во всех поликлиниках такая возможность реализована: причем, предварительно записавшийся пациент минует регистратуру, обращаясь в указан-

ное время напрямую в кабинет врача. Таким образом, потоки разобщаются, решается проблема очередей в регистратуру, а пребывание в поликлинике для пациентов становится более комфортным.

◆ **Программой предусмотрен комплекс мероприятий, направленных на повышение профессионального уровня медицинских регистраторов.** Это - проведение психологического тестирования сотрудников на предмет профессиональной пригодности; обучение, в том числе в медицинских колледжах; проведение мастер-классов по работе с информационной системой и конкурсов «Лучший по профессии».

◆ **Регистратура должна иметь единый формат, единый стиль и быть узнаваемой независимо от типа медицинской организации.** Для этого дизайнерами разработан единый фирменный стиль. Дополнительно был проведен конкурс среди студентов института архитектуры и дизайна Алтайского государственного политехнического университета им.И.И. Ползунова на разработку брендбука «Открытая регистратура». В брендбуке определены элементы фирменного сти-

ля, навигационные пиктограммы и таблички, деловая документация, полиграфические таблички, элементы униформы персонала, есть предложения по мебели и интерфейсу цифровых носителей.

◆ **В регистратурах и холлах поликлиник запланировано проведение ремонтов с формированием нового стиля «Открытой регистратуры»,** где регистратор находится в прямом контакте с пациентом, а не за стеклом, как есть сейчас, - это способствует созданию доверительной атмосферы в поликлинике.

Меняя стереотипы, мы стараемся создать комфортные условия для пациентов и сотрудников, обеспечиваем доступность медицинской помощи.

Сегодня проект уже реализован в краевой клинической больнице и Алтайской краевой клинической детской больнице, ЦГБ г.Белокурихи, городской поликлинике №1 г.Барнаула, в Славгородской ЦРБ, барнаульской стоматологической поликлинике №3. До конца 2016 года «открытые регистратуры» появятся в барнаульских поликлинике №9 и детской поликлинике №9, женских консультациях родильных домов, а также в ряде стоматологических поликлиник и в строящемся краевом Перинатальном центре. **В течение трех лет все поликлиники края изменятся кардинальным образом.**

Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармдеятельности приглашает принять участие в анонимном опросе общественного мнения для изучения уровня удовлетворенности населения качеством предоставления медицинских услуг на территории Алтайского края (<http://zdravalt.ru/actual/dialog/voxpopuli>). По его итогам будет сформирован рейтинг государственных медицинских организаций края на основе общественного мнения и приняты меры по повышению качества и доступности медицинских услуг.



Проект реализован в Алтайской краевой клинической детской больнице

Информация предоставлена пресс-службой Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармдеятельности



- ДЛЯ ВСЕХ ПАЦИЕНТОВ

«Всем нравится наша регистратура!»

Летом этого года заметно изменился облик поликлиники Алтайской краевой клинической детской больницы. Теперь до регистратуры посетители попадают в просторную рекреацию, в которой можно оставить детскую коляску.

Иной стала и сама регистратура - открытой. По словам заведующего поликлиникой **В.Э. МИЛЛЕРА**, в коллективе всегда понимали, что посещение поликлиники начинается с регистратуры:

- Поэтому меняя облик регистратуры, мы фактически изменили многое в работе всей поликлиники, в настроении сотрудников и пациентов, - рассказывает Виталий Эдмундович.

- И всё-таки - чего ожидали, приступая к большой по объему работе? Насколько оправдались эти ожидания?

- Честно говоря, ничего особенного не ожидали: дистанционная и другие формы записи на прием к специалистам у нас уже были, они есть и сейчас и постоянно совершенствуются. **Изменились доступность и качество работы регистратуры.** Сейчас пациентам комфортно находиться в поликлинике уже с первых минут, только переступив порог. И на это работают многие факторы: оформление регистратуры, профессионализм работников, даже лошада-качалка, подарок наших спонсоров, которую любят все дети. Сама обстановка влияет не только на пациентов, но и на персонал поликлиники. Например, по инициативе регистраторов обязательными стали форменные косынки.

Знаю, что наши коллеги сейчас готовятся приступить к подобной работе. Важно понимать, что она не ограничивается сносом перегородок - это вообще второстепенный вопрос. *Предстоит боль-*



Живое общение настраивает на позитив

шая работа по формированию по-настоящему доступной среды. Например, у входа в нашу поликлинику **отремонтирован пандус:** мы сделали его более пологим. Рядом с ним теперь **есть кнопка вызова** в тех случаях, когда требуется помощь инвалиду или другому лицу с ограниченными возможностями здоровья. Администратор регистратуры, который самым первым встречает пациентов, быстро придет на выручку. В рамках выполнения проекта «Открытая регистратура» мы стараемся идти немного вперед. Так, один из наших регистраторов в ближайшее время обучится сурдопереводу: и общение со слабослышащими детьми и взрослыми станет гораздо результативнее.

Уже с первых дней работы открытой регистратуры **мы увидели, насколько в лучшую сторону меняется поведение людей** - как пациентов, так и сотрудников поликлиники. Это очень важно. И количество конфликтных ситуаций, случаев проявления негатива резко уменьшилось после открытия обновленной регистратуры. Посетители поликлиники не из-за перегородки получают ответ на свой вопрос, а непосредственно. И живое общение настраивает

людей на другой лад. Всегда удается прийти к консенсусу.

Не случайно уделили большое внимание освещению: **установили современные светильники**, чтобы было светло в каждом уголке. Считаем это тоже очень важным.

Вывод очевиден: **проект «Открытая регистратура» имеет право на существование.** Хорошо, что эта работа будет продолжена и в следующем году: своим коллегам я желаю еще лучших результатов, потому что нет предела совершенству. Уверен, что каждый главный врач, которому предстоит эта работа, будет готовить индивидуальный проект. Даже в так называемых типовых зданиях поликлиник открытая регистратура будет выглядеть по-разному. Очень многое зависит от дизайнерского решения, когда каждый элемент не случаен. Мы рассматривали несколько вариантов дизайна, прежде чем нашли лучший по нашему мнению. Также тщательно подбирали цветовое решение интерьера, кабинетов.

- Посетители отмечают и изменения в самой поликлинике: другими стали лестницы, коридоры. У вас теперь кабинет на первом этаже. ►



Особая категория -

Профильное лечение больных с термическими поражениями кожи было организовано в больнице №3 г.Барнаула в 1980 году. Отделение открылось 1 ноября того же года. Бесценен опыт прошедших десятилетий. Он находит выражение в умении врачей возвращать человека с ожогами к жизни и не подлежит переоценке.

◀ - Вся администрация поликлиники теперь размещается на первом этаже. Это тоже один из элементов доступности, открытости для наших пациентов. Мы находимся рядом с регистратурой, потому что именно здесь решаются многие первостепенные вопросы. Скажу больше: самая главная структура в поликлинике - это регистратура. Администрация находится рядом, чтобы оперативно реагировать на все возникающие вопросы. Думаю, это нам вполне удастся.

Изменения в поликлинике - естественный процесс: она просто обязана соответствовать обновленной регистратуре. Почти месяц мы жили в стесненных условиях, были и противники у этого процесса. Когда открыли регистратуру, негативизм сразу исчез. Задумались: а что дальше? Вот человек прошел регистратуру, шагнул в поликлинику, - а лестница в каком состоянии? Чтобы приподнять настроение у пациентов продолжалось, отремонтировали сначала одну лестницу, потом вторую, затем перешли к кабинетам... И эта работа продолжается: всё, что можем, достраиваем, благоустраиваем. Персоналу это нравится. Не остаются без внимания наши усилия и со стороны студентов, будущих врачей. Мы являемся клинической базой нескольких кафедр Алтайского медицинского университета. Значит, во многом должны стать образцом для следующего поколения врачей.

Не скрою, и у меня была вначале доля скептицизма, но сейчас вижу, насколько изменилась психология людей. **Все наши усилия были не напрасны - выполненная работа только на пользу пациентам.** И в этом неоценимая заслуга главного врача КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница» **К.В. СМЕРНОВА**, на плечи которого лег весь груз ответственности по выполнению взятых обязательств точно в срок, качественно и креативно. А принимал работу и оценивал ее содержание - Губернатор Алтайского края **А.Б. КАРЛИН**. И его высокая оценка увиденному им - дорогого стоит! 📷

Краевой ожоговый центр рассчитан на 40 коек, 6 коек - палаты реанимации и интенсивной терапии. Здесь принимают и лечат пациентов, которые получили ожоговые, холодовые, химические травмы и поражение электрическим током. Специалисты проводят оперативное восстановление кожного покрова, лечение рубцовых контрактур суставов, пластические операции рубцовых изменений кожи, некрэктомии.

Значительным событием в истории ожогового отделения больницы стала организация собственного реанимационного блока с круглосуточным дежурным медперсоналом. Это позволило повысить качество оказания медицинской помощи при тяжелых поражениях за счет более профессионального проведения противошоковых мероприятий, активного подключения респираторной поддержки и эффективного обезболивания у тяжело обожженных пациентов. Микроструйное круглосуточное введение допамина, длительная искусственная вентиляция лёгких, энтеральное питание с использованием современных сбалансированных белковых смесей - вот далеко не полный перечень новаций, внедренных в повседневную практику отделения. Палата реанимации и интенсивной терапии оснащена всем необходимым современным оборудованием.

С 1985 года Алтайским краевым центром термических поражений заведует **Константин Анатольевич ВОЛОЩЕНКО**, врач-хирург высшей квалификационной



Э.В. Эбель

категории, профессор, доктор медицинских наук, заслуженный врач России.

Об особенностях работы отделения рассказывает **Э.В. ЭБЕЛЬ**, врач-хирург высшей квалификационной категории, в данный момент исполняющий обязанности заведующего отделением.

- Эдуард Владимирович, кто поступает в отделение?

- И взрослые, и дети. Причем, из всех районов края, поскольку отделение сегодня имеет статус краевого центра термических поражений. Бывает и так, что половину пациентов отделения составляют дети. В каждой ситуации врач должен хорошо представлять алгоритм действий. Первоочередными задачами для врачебного персонала являются выведение пациента из шока, максимально оперативное восстановление утраченного кожного покрова, нарушен-



БОЛЬНЫЕ ОЖОГОВОГО ОТДЕЛЕНИЯ

ного гомеостаза, устранение гистогенной интоксикации и раневой инфекции.

- **Какие особенности лечения у этой группы больных?**

- Если у пациента небольшой локальный ожог, тогда с лечением всё понятно. С такой ситуацией многие встречались в быту. При глубоком поражении кожи тактика лечения полностью меняется. Во-первых, часто требуется оперативное вмешательство и пересадка кожи (аутодермопластика). Во-вторых, если есть обширные поверхностные ожоговые раны, то это становится причиной развития **ожоговой болезни**, поскольку страдает весь организм. *Выделяют четыре стадии ожоговой болезни*: ожоговый шок, острая ожоговая токсемия, ожоговая септикотоксемия и завершающая стадия - реконвалесценция, которая является началом выздоровления. На каждом этапе врач не имеет права, что называется, вздохнуть спокойно: он планомерно ведет больного к выздоровлению.

Ожоговый шок вызывается не только болевым синдромом - нервная система особым образом реагирует на действие термического агента. Продолжительность этой стадии составляет примерно 2-3 дня с момента ожога. Площадь участков тела, поврежденных термическим агентом, в этих случаях - *не менее 10%*. Если есть *ожог лёгких или иных внутренних органов либо речь идет о ребенке*, ожоговая болезнь может диагностироваться и при *5% поражений*. Особенно важно применять самые разные профилактические меры против ожогового шока именно для детей: симптоматика у них не ярко выражена в связи с недостаточным развитием компенсаторных и регулирующих механизмов.

Во второй фазе заболевания жидкость, скапливающаяся в пораженных тканях, начинает поступать в кровеносную систему. При



этом концентрация крови снижается, возникает анемия, повышается СОЭ, а количество белка существенно падает. На этом этапе организм подвергается токсическому воздействию ядовитыми продуктами распада тканей, поэтому возможно инфицирование. Данный период длится *примерно две недели*. В качестве осложнения может возникать *воспаление лёгких*. Также нередко *появляются проблемы с почками и печенью*, может повышаться температура, нередко бывают бред, спутанное сознание, бессонница.

Ожоговая септикотоксемия - следующий этап ожоговой болезни. Начинают активно работать микробы, которые и вызывают всевозможные воспалительные процессы. На этой стадии чаще всего *возникают различные осложнения*, которые могут не только ухудшить состояние больного, но и привести к смерти.

Начало выздоровления, или **реконвалесценция**. Происходит закрытие и заживление ран. Температура тела постепенно снижается. Стабилизируется психологическое состояние больного, повышается его физическая активность.

Начинают восстанавливаться все пострадавшие органы, кроме почек, которые приходят в порядок на протяжении последующих двух лет.

В большинстве случаев **проводимое лечение длится долго**, становится настоящим марафоном для врача и пациента. Например, если не хватает кожи для проведения аутодермопластики, мы берем ее в первый раз, ждем восстановления, затем опять оперируем. Пересаживаем только собственную кожу - донорские ресурсы не используются. Таким образом, при тяжелых поражениях нередко проводятся многоэтапные операции.

Подавляющее число пациентов имеют сочетанную травму. Нередко после окончания курса длительного дорогостоящего лечения больные вновь оказываются на больничной койке - уже с тяжелыми осложнениями, сформировавшимися рубцовыми деформациями и трофическими язвами, приводящими к пожизненной инвалидности или смерти.

- **Что становится причиной ожогов?**

- Дети чаще страдают по неосторожности, скажем, опрокинув на себя стакан горя-



В дни новогодних праздников люди, будучи в состоянии алкогольного и наркотического опьянения, остаются долгое время на улице и только позднее обнаруживают, что их руки, ноги отморожены.

чей воды. Безусловно, тут есть и вина родителей - недоглядели, не отодвинули вовремя опасные предметы. Надо помнить, что **ребенку и стакана кипятка, опрокинутого на себя, хватит, чтобы получить ожоговый шок и попасть в реанимацию.** Замечу, что у детей и людей старческого возраста серьезные последствия наблюдаются при меньшей площади ожогов.

У взрослых причины другие. *Среди взрослого населения термическая травма случается в алкогольном и наркотическом опьянении.* Конечно, бывают травмы вследствие несчастного случая, нарушения правил техники безопасности на производстве.

- Ожог всегда требует обезболивающих мероприятий?

- Есть стандарт оказания медицинской помощи при термическом поражении кожи, при котором в первую очередь обязательно проводится адекватное обезболивание.

- Каков алгоритм оказания помощи пациентам из районов края?

- Первый шаг - сообщение докторов, работающих на месте, о происшествии, поясняются подробности о состоянии больного. Мы определяем, какая инфузионная терапия необходима, как правильно осуществить контроль над результатом лечения. Пока пациент находится в состоянии ожогового шока, он считается нетранспортабельным. Такое состояние длится в среднем три дня. В это время мы находимся в тесном диалоге с коллегами, дистанционно круглосуточно на-

блюдаем больного. После его выхода из шокового состояния вместе с Краевым центром медицины катастроф решаем вопрос о доставке в наше отделение. При необходимости привлекается санитарная авиация.

В каждом случае большое значение имеет принятие правильного решения о тактике ведения больного. Поэтому операции предшествует обсуждение ее хода с коллегами, прогнозирование осложнений, определение рисков. Хирург, приступая к работе в операционной, уже ожидает определенный исход, впоследствии контролирует состояние больного.

- После выписки из отделения начинается реабилитация. Вы дальше работаете с пациентом?

- Да. Назначаем физиотерапию, даем необходимые рекомендации, советуем прийти к нам через определенный срок, когда пациент получит последние советы, а мы имеем возможность проконтролировать его выздоровление.

- Дни новогодних праздников озаменованы напряженной работой?

- Да, никогда не знаешь, что произойдет. К термическим поражениям кожи относятся также **отморожения.** Новогодние праздники как раз связаны с возможными и ожогами, и отморожениями. Будучи в состоянии алкогольного и наркотического опьянения люди ничего не замечают, остаются долгое время на улице и только позднее обнаруживают, что произошло с их руками, ногами.

- Какие можно дать советы накануне праздников?

- К беде в зимний период чаще всего приводит следующая схема: находясь в состоянии опьянения, человек упал на улице, пролежал несколько часов, пока его не нашли прохожие, вызвавшие «скорую помощь». В отделение такой больной поступает с отморожением и общим переохлаждением организма. **Общее переохлаждение** - очень опасная травма, от которой, по мировой статистике, погибают 80% пострадавших. Исход зависит от временного и температурного факторов - от времени, проведенного на улице, и крепости мороза.

- Что при этом происходит с организмом?



Алтайский краевой центр термических поражений

- Объективные показатели: падает температура тела, наблюдаются угнетенное дыхание, потеря сознания, пульс меньше 10 ударов и может быть единственным на крупных магистральных сосудах, артериальное давление не определяется. Это сразу - реанимационный больной. Даже если сможем его спасти, вторым этапом обнаружатся отморожения, требующие следующей системы мероприятий.

Сейчас праздники невозможно представить без хлопушек, петард. С ними связаны **термические травмы, полученные по неосторожности**. Поэтому здесь можно посоветовать только одно: **всегда соблюдайте правила безопасности обращения с пиротехникой!**

- Есть на вооружении хирургов вашего отделения новые технологии?

- В случаях, если поступает больной с глубокими ожогами, не дожидаясь, когда разовьется некроз тканей, убираем его и, по возможности, сразу делаем свободную аутодермопластику - таким образом оперативно закрываем площадь ожога. Это уменьшает развитие ожоговой болезни, предотвращает некоторые ее стадии, а значит, сокращает сроки пребывания больного в отделении.

В нашем отделении впервые в России 26 лет назад **внедрили диагностику и профилактику ДВС-синдрома у ожоговых пациентов**. Это стало возможным благодаря сотрудничеству с лабораторией гемостаза под руководством члена АМН России профессора **З.С. БАРКАГАНА**. Внедренная технология позволила снизить летальность у тяжело обожженных более чем в два раза. Такие тяжелые осложнения ожоговой болезни, как профузные желудочно-кишечные кровотечения, - стали редкостью, в то время как ранее именно они часто обуславливали гибель поражённых.

В результате своевременного и высококачественного лечения глубоких ожогов различных локализаций в Алтайском крае снизилось количество пациентов с последствиями термических поражений в виде рубцов и контрактур, требующих хирургической коррекции. Если в 1980-1990 годах пациенты с последствиями ожогов, которым проводились реконструктивные операции, составляли до 15% от общего числа



госпитализированных в наш Центр, то в 2000-2015 годы такие больные едва превышают 1% от общего числа всех, кто у нас проходит лечение.

- Расскажите об оборудовании отделения.

- Есть всё необходимое. Существенный прорыв в достижении положительных результатов при лечении достигнут с появлением в отделении **кроватей «Клинтрон»**. Когда поступает больной с обширными поверхностными ожогами, например, спины, ягодиц, соприкосновение с обычной постелью травмоопасно, приводит к долгому заживлению ран, каждая перевязка, движение очень мучительны для него. На этой специальной кровати под простыней находится силиконовый песок, который постоянно движется за счет подачи воздуха. В результате больной лежит, как на подушке, его постоянно обдувает воздух, выздоровление идет быстрее.

Разумеется, в отделении работают современные операционные, реанимация, обеспеченная приборами, необходимыми для мониторинга состояния человека.

Уход - главное в лечении

В ожоговом отделении особое значение имеет труд медицинских сестер, поскольку выживание тяжелого больного имеет подчас решающее значение на пути к его выздоровлению.

По тяжести поражения, инвалидизации и смертности, а также по финансовым затратам на лечение и реабилитацию термическая травма занимает первое место среди всех видов травм.



Алтайский краевой центр термических поражений

Об этом рассказывает старшая медицинская сестра отделения **Тамара Георгиевна БОТКИНА**:

- Средний и младший медицинский персонал нашего краевого ожогового центра хорошо знает, что ожоговая травма у пациентов сопровождается комплексом психологических изменений, которые требуют своевременной коррекции со стороны медицинских сестер. Мы всегда помним, что пациент с термическими поражениями требует к себе особого отношения. Во время пребывания в нашем отделении пациенты почти беспомощны, особенно опасны обширные ожоги, занимающие более 10% поверхности тела. Средний медицинский персонал внимателен к чувствам пациентов, умеет расположить их к сотрудничеству, внушить веру в выздоровление. **Чуткость и милосердие и сегодня - важнейшие профессиональные качества медицинских сестер нашего отделения.**

Приведу пример: первая перевязка после операции больного с ожогом 20% поверхности тела длится около часа. Эта работа кропотлива и требует от участников лечебного процесса терпения, физических сил, эмоциональной выдержки. Большими трудозатратами отличаются и способы иммобилизации, позиционирования тяжелообожженных, методы ухода за больными с выраженным дефицитом самоухода и методы его коррекции (реабилитация).

В отделении я работаю 36 лет, с его открытия. Сейчас работаем напряженно: по штатному расписанию у нас 45 медсестер, фактически работают 25 - не хватает почти половины сотрудников! В наши обязанности входит уход за тяжелообожженными и грамотное, точное выполнение лечебных назначений. Понятно, что возрастают требования к подготовке медицинских сестер. С повышенным уровнем образования трудятся четыре, с высшим образованием - три медицинские сестры. Девять человек имеют высшую квалификаци-



Т.Г. Боткина

онную категорию, пять - первую, восемь - вторую, остальные пока - молодые специалисты.

Хорошо помню своего первого пациента. Привезли больного с термическим ожогом (пламенем при пожаре) II-III степени, площадь ожога - 80% поверхности тела. Травма оказалась несовместимой с жизнью, пациент умер через 14 часов. Навсегда в память врезались слова первого заведующего отделением **М.Г. ЗЕЛИНСКОГО**, дежурившего вместе со мной: «Тамара, тебе не страшно, ты знаешь, что нужно сейчас делать с трупом?». Я не могла ответить, стояла и плакала. Он вывел меня из палаты, успокоил: «Пойми, так бывает, но ты, как медицинская сестра, должна достойно встречать даже смерть больного, ничего не подделаешь, у нас работа такая».

Кроме похвал пациентов, были и огорчения, и разочарования, но не в профессии, а в человеческом бездушии. Ожоговая травма нередко может изменить житейскую ситуацию в семье, нарушить привычный ритм жизни как ребенка, подростка, так и взрослого пациента. Навсегда остался в душе случай: в отделении находилась на лечении пятилетняя девочка с термическим ожогом (пламенем) III степени волосистой части головы,

лица, области шеи. Она получила травму в быту - от газовой плиты загорелся огромный бант, который был вплетен в ее косу. За девочкой ухаживала мама. Состояние ребенка было тяжелым, после многочисленных операций лечащий врач матери сказал: «Таня будет инвалидом, потребуется много сил на выздоровление и реабилитацию». У девочки отсутствовали ушные раковины, был выворот верхних и нижних век, не было волос, ресниц, бровей, лицо обезображено. И мать отказалась от нее, оставила дочь в палате - и ушла. Я и другие сестрички сутками не отходили от девочки, выхаживали ее до тех пор, пока опеку над ней не оформила ее родная бабушка.

Во всем мире считается, что ожоговая травма - самая тяжелая: по статистике, она - на первом месте среди всех несчастных случаев. Думаю, в дальнейшем - с развитием техники - ситуация будет только усложняться. С другой стороны, развитие медицинских технологий ставит новые задачи перед медицинскими сестрами. Технология лечения ожогов изменилась значительно даже за годы моей работы в отделении.

Раньше, к примеру, не было следящей аппаратуры. Поэтому больные с тяжелыми поражениями погибали чаще. Сейчас мы имеем современную аппаратуру, которая используется во всем мире.

Для ожоговых больных большое значение имеет питание. Оно должно быть насыщено аминокислотами, жирами, витаминами. Именно такое получают наши больные. В других отделениях нет таких строгих требований.

И, конечно, уход - одна из главных составляющих лечебного процесса. Большой груз на себе несут родственники пострадавших, они - первые помощники медицинских сестер. За жизнь и возвращение к жизни каждого пациента приходится в буквальном смысле бороться. И это продолжается не один день. ☺



Как сохранить эндокринное здоровье ребенка

Во всем мире отмечается рост числа болезней, которые связаны с нарушением работы эндокринной системы, и большая их часть возникает в раннем возрасте. Детская эндокринология обладает своим рядом особенностей, что напрямую связано с детьми и подростками, так как организм ребенка находится в постоянном развитии.

Кто и с какими проблемами приходит на прием, как уберечь ребенка от последующих проблем в эндокринной системе - рассказывает **Ирина Андреевна ШАЛУНОВА**, детский эндокринолог высшей врачебной категории детского консультативно-поликлинического отделения КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края».

Ирина Андреевна, какие органы находятся под контролем детского эндокринолога?

- Сама наука эндокринология занимается изучением строения, развития и функций желез внутренней секреции, механизма действия гормонов, а также заболеваниями эндокринной системы. Соответственно, детский эндокринолог - это врач, занимающийся патологией детских эндокринных желёз, проблемами полового развития и роста детей и подростков.

От правильности работы желёз внутренней секреции зависит как физическое, так и умственное развитие ребенка. Эндокринные железы в детском организме представлены щитовидной, поджелудочной и вилочковой, половыми железами, гипоталамо-гипофизарной системой, надпочечниками. Они регулируют работу всех органов и тканей, отвечают за пропорциональное развитие малыша.

Замечу, что специфика моей рабо-

ты, как детского эндокринолога, в том, что нередко требуется длительное наблюдение за правильным формированием растущего организма. В отдельных случаях такая работа продолжается буквально от рождения и до 18 лет, когда подросток передается под наблюдение ко взрослым специалистам.

- К вам на прием родители с детьми чаще всего приходят с какими проблемами?

- Их можно разделить на несколько групп.

Во-первых, это **дети, имеющие проблемы с ростом.** Родителей должно насторожить как отставание ребенка в росте от сверстников, так и опережение, когда он значительно выше одноклассников, особенно в подростковом возрасте. Детский эндокринолог должен разобраться и установить причину, выяснить, является ли это особенностью развития ребенка или проявлением эндокринного заболевания, которое требует тщательного обследования и назначения лечения.

Следующая группа больных - **дети, которые имеют самые разные проблемы с задержкой в развитии.** Например, ребенок может поздно начать ходить и говорить, иметь проблемы с памятью, трудно общается со сверстниками. Внешне они ничем не отличаются от других детей, не имеют визуальных дефектов, а умствен-



ное развитие отстает. Эти проявления также могут быть признаками эндокринных заболеваний. Такие дети, как правило, берутся на учет врачом-эндокринологом и наблюдаются по месту жительства. В Барнауле в детских поликлиниках ведут прием детские эндокринологи. Иная картина в городах и районах края, где специалистов не хватает. Поэтому детей из этих районов направляют на повторную консультацию в Диагностический центр Алтайского края. Замечу, что таких пациентов я наблюдаю в течение длительного времени.

Третья категория наших пациентов - **дети, имеющие избыточную массу тела, страдающие различной степенью ожирения.** У этой патологии нет возрастных рамок. Даже у ребятшек в возрасте до года лишний вес может стать первым признаком большой проблемы. Но очень часто родители не обеспокоены этим вопросом, считая, что полнота ребенка - это показатель его здоровья. Часто проблемы с весом возникают у детей в подростковом периоде, когда происходит гормональная перестройка организма. Особенно это выражено у детей, имеющих характерную наследственность: избыточный вес имеется у родителей, ближайших родственников. Есть примеры, когда на прием приходят мама и ребенок

Эндокринные заболевания:

- ◆ заболевания щитовидной железы (гипертиреоз, гипотиреоз);
- ◆ сахарный диабет 1-го и 2-го типов;
- ◆ ожирение;
- ◆ заболевания гипоталамо-гипофизарной системы: нарушение роста (задержка или ускоренный рост);
- ◆ нарушение полового развития у мальчиков и девочек (задержка полового развития, преждевременное половое развитие);
- ◆ заболевания надпочечников.



одной конституции.

Также к эндокринологу направляются дети с диагнозом «сахарный диабет», - чтобы исключить или подтвердить наличие осложнений этого грозного заболевания. Сначала я назначаю *все необходимые обследования, которые можно пройти комплексно за короткое время непосредственно в Диагностическом центре Алтайского края - у нас проводится весь спектр диагностических мероприятий.* По их результатам даю необходимые рекомендации, ребенок продолжает наблюдаться уже по месту жительства, где лечащий доктор следит за ходом лечения.

У детей, как и у взрослых, проживающих в Алтайском крае, широко распространена **проблема нарушений в работе щитовидной железы.** Наш регион характеризуется дефицитом йода - важного микроэлемента, необходимого для правильной работы щитовидной железы. Сама железа небольшая, но роль, которую она играет в организме, - колоссальная. При нарушениях ее работы возникают различные заболевания. Поэтому эндокринолог на ранних этапах должен увидеть эти проблемы, своевременно назначить лечение, чтобы ребенок развивался и рос полноценно, оставался физически и умственно здоровым.

- Неонатальный скрининг новорожденных помогает выявлять на ранней стадии эндокринные заболевания?

- Обязательный неонатальный скрининг был введен в 90-х годах прошлого века. Всех новорожденных детей в родильных домах обследуют на определенные генетические врожденные заболевания. Они не так часто встречаются, но если их пропустить на раннем этапе, то ребенок в дальнейшем станет инвалидом. Современный уровень развития медицины позволяет вовремя поставить диагноз, назначить лечение. И такие дети растут и развиваются нормально, ничем не отличаясь от своих сверстников.

Итак, если сделанный в родильном доме скрининг оказался положительным, то для подтверждения или опровержения диагноза новорожденного ребенка обязательно направляют на прием к детскому эндокринологу. Он назначает контрольное обследование. Если диагноз все-таки подтверждается, такому маленькому пациенту сразу назначается лечение специальными препаратами. Особенно важно назначить лечение в первые недели жизни ребенка и в дальнейшем строго соблюдать все рекомендации

Когда нужно обратиться к детскому эндокринологу?

◆ Если у ближайших родственников есть эндокринные заболевания.

◆ Если малыш родился с массой более 4кг, либо быстро прибавляет в весе, полнее своих сверстников;

◆ Если ребенок с низкой массой тела (гипотрофией).

◆ Если ребенок значительно выше или ниже своих сверстников.

◆ Если ребенок часто болеет, при исключении других причин.

При нарушении полового развития (преждевременное половое развитие - у девочек - до 8, у мальчиков до 9 лет появление вторичных половых признаков: оволосение интимных зон, подмышечных впадин; у девочек - молочных желез, появление менструации, у мальчиков - увеличение полового члена, появление оволосения на подбородке, над верхней губой).

При задержке полового развития (у детей, достигших верхнего предела нормального пубертата (у девочек - 13, у мальчиков - 14 лет), отсутствуют вторичные половые признаки).

Основные признаки заболеваний щитовидной железы: увеличение щитовидной железы, слабость, быстрая утомляемость или повышенная нервная возбудимость, изменения кожи, выпадение волос, ломкость ногтей, нарушения менструального цикла у девушек.

Если вы заметили хоть один из вышеописанных симптомов, то не стоит затягивать с визитом к детскому эндокринологу!



врача. Таких детей мы постоянно наблюдаем, и в дальнейшем они растут абсолютно здоровыми. Такие примеры есть и в моей практике. Так, 12 лет назад на прием принесли трехнедельного ребенка, девочке провели обследование, назначили лечение. На первом году жизни родители привозили ее на прием раз в месяц, затем - раз в два месяца, потом - еще реже. Буквально на прошлой неделе ко мне пришла вся семья, девочка подошла к подростковому возрасту - и это нормальный здоровый ребенок.

- Какие пожелания можно адресовать родителям?

- Конечно, для принятия правильного решения в сложных случаях важен личный опыт каждого врача. Я работаю детским эндокринологом 25 лет, и сегодня особенно понимаю, насколько это важно.

Имеет значение и то, что все необходимые методики обследования доступны в Диагностическом центре

Алтайского края по направлениям самых разных специалистов. Для этого достаточно, чтобы врач определил проблему, ставшую показанием для обследования. И в течение короткого времени ребенок может быть обследован полностью.

Говоря о здоровье детей, всегда надо понимать ту большую ответственность за их будущее, которая лежит на родителях. Им могу пожелать всегда оставаться в тесном контакте со своим участковым педиатром.

Мамам не всегда удается уловить отдельные изменения в здоровье малыша, но если они появились, то обсуждать ситуацию следует именно с врачом. Придя на прием, внимательно выслушайте все рекомендации, в том числе и те, которые касаются питания. Те нюансы, о которых говорит врач, знает не каждая мама. А именно от вашего внимания и понимания часто зависит благополучное взросление ребенка, сохранение его здоровья. ☺

КОНТАКТНЫЕ ТЕЛЕФОНЫ
КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края»:
(3852) 24-32-90 - справочная,
(3852) 250-400 - единый номер регистратуры.
Адрес: г.Барнаул, пр.Комсомольский, 75а

На правах рекламы

ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ



◀ док, сроками оказания СМП, нагрузкой на бригады, повышается их маневренность.

Оказание СМП приведено в соответствие со стандартами оказания медицинской помощи. Населению прикрепленных территорий стала доступна тромболитическая терапия на догоспитальном этапе. Проведена ревизия автомобильного транспорта, оснащенность медицинским оборудованием доведена до утвержденных стандартов. Проведено обучение медицинского персонала бригад СМП работе с медицинским оборудованием. В случае возникновения неисправности автомобильного транспорта появилась возможность незамедлительного обеспечения резервным автомобилем.

Как отмечалось на совещании, по-прежнему одной из проблем службы скорой помощи является обеспеченность медицинскими кадрами. Укомплектованность штатных должностей врачей в 2016 году составила 44,8%, среднего медперсонала - 62%. Для решения этой проблемы в 2016 году Губернатор края поддержал инициативу Главного управления о включении в программу «Сельский фельдшер» фельдшеров скорой медицинской помощи. В результате в 10 районов края по программе трудоустроили 15 таких специалистов, получивших в виде мер социальной поддержки единовременные выплаты в размере 500 тысяч рублей.

«Кроме того, за счет изменений, внесенных Министерством здравоохранения РФ в штатные нормативы комплектования бригад медицинскими работниками, с июля 2016 года в составе фельдшерской бригады может работать медицинская сестра. Благодаря этим изменениям только на станцию СМП Барнаула за 3 месяца текущего года трудоустроились 110 средних медработников», - отметила Ирина Долгова.

По итогам совещания внесли ряд предложений по дальнейшему совершенствованию службы СМП в крае и ее техническому оснащению, которые будут учтены в дальнейшей работе. ☺

Кинезиотейпирование - для всех!

В нашем журнале №8 (164) за этот год мы подробно рассказали о таком методе реабилитации после травм и в целях профилактики их возникновения, а также при заболеваниях опорно-двигательного аппарата, как кинезиотейпирование, или тейпирование суставов, связок, мышц, сухожилий.

Сегодня **Анастасия Федоровна БУЗИНА**, врач по спортивной медицине и физиотерапии, КГБУЗ «Алтайский врачебно-физкультурный диспансер», продолжит свой рассказ об этой технологии с точки зрения опыта коллег из других стран.

- В сентябре я участвовала в работе Международного симпозиума по кинезиотейпированию, который проходил в Германии. Собрались врачи разных специальностей: неврологи, кардиологи, реаниматологи, терапевты, хирурги и, разумеется, специалисты спортивной медицины. Спикеры были приглашены из Франции, Италии, Японии, Израиля, Германии. Каждый из них вел свои мастер-классы.

Судьба этого метода своеобразна: кинезиотейпирование получило заметное распространение в спортивной медицине и только входит в обычную практику врачей. Работа симпозиума наглядно доказала, что недоверие врачей разных специальностей по этому поводу ничем не оправдано. Нам были показаны примеры эффективного использования кинезиотейпирования при различных заболеваниях.

То, как именно работает тейпирование, продемонстрировано в видеофильме, снятом во Франции с применением эндоскопического оборудования. В частности, было наглядно доказано, что **изначально тейп действует на кожу, от которой воздействие передается на мышцы, затрагивая фасции микроволокна**. На экране показывалось, как мышечные волокна дви-



жуются в разных направлениях. Если растягиваем кожу, - естественно, растягиваются мышечные волокна, нервные окончания. И когда тейп при наклеивании на кожу растягивается врачом, получается эффект поднятия кожи. В результате высвобождается лимфа, происходит лимфодренаж, разгоняется кровь по сосудам, микроволокнам. Они разрываются, соединяются, - достигается эффект уменьшения боли, снятия отечности.

На симпозиуме присутствовал основатель метода - **доктор Кензо Косе**. Он представил девочку с ДЦП, у которой наблюдались спазмы в шейном отделе позвоночника, ручках, ножках. Доктором были наложены тейпы на шейную область девочки и на область со-



Спорт во имя жизни

сцевидного отростка. Ей стало легче, спазм не ушел полностью, но она могла совершать повороты головы, не было такой болезненности, какая наблюдалась до тейпирования.

Доктор Кензо Косе продемонстрировал также наложение тейпов при переломах. Использовалась **специальная технология EDF: эпидермис-дерма-фасция**. Второе название метода - «фонарики». Он не столько фиксирует перелом, сколько улучшает лимфодренаж, снимает отеки, воспаление, синюшность. Через три дня после наложения мы имели возможность убедиться, что заметно улучшилось состояние травмированного участка.

Кензо Косе много рассказывал о правилах тейпирования. Всегда подчеркивал: **только правильное его выполнение способствует обезболиванию и лечению**. По этой причине недопустимо заниматься самолечением - самим накладывать тейпы на свою кожу.

Интересны были также **мастер-классы наложения тейпов в косметологии**: при различных подтягиваниях, ранах, косметических операциях. В **стоматологии** накладывание тейпов ускоряет заживление ран после операций. Широкие возможности у этого метода **для помощи беременным женщинам на поздних сроках вынашивания**: тейпы можно накладывать для поддержания живота в виде бандажа; на шейный и поясничный отделы, чтобы уменьшить нагрузку на них; позднее - на область груди для улучшения отхождения молока при естественном вскармливании новорожденного для исключения мастопатии.

Новый метод продемонстрировал израильский **доктор Ицхак**. Он работал со специальными сухими иглами - очень тонкими в диаметре и длинной около 30 сантиметров. Иглы вводятся под кожу в триггерные точки, раздражая там нервные волокна не более десяти секунд, затем место тейпировалось. Эффект достигался хороший - болезненность после травмы проходила, но данные процедуры надо делать курсами и только специалистом!

Информация, полученная на симпозиуме, доказывает: **метод кинезио-тейпирования стоит того, чтобы уделить ему достаточно внимания и ввести в практику врачей разных специальностей**.



Возможно ли с его помощью исключить прием болеутоляющих медикаментозных средств? В легких случаях - это действительно происходит. В более серьезных применение тейпирования позволяет уменьшить дозу принимаемых препаратов. Например, на первой и второй стадиях болевого синдрома при артрозе коленного сустава мы можем во многих случаях ограничиться тейпированием. На одной из лекций было наглядно доказано, как наложение тейпа больному с защемлением нерва с корешковым синдромом позволило сначала снизить дозу лекарств, а затем полностью перейти на тейпирование.

Также **метод успешно используют кардиохирурги**. После операции накладывают тейпы рядом с разрезами для уменьшения отека. Надо иметь в виду, что тейпы накладываются, когда уже прошло рубцевание, чтобы не возникла краснота, а рубцевание не было грубым.

Интересная лекция была по **подиатрии**. Это направление медицины занимается заболеваниями и состоянием стоп - голеностопным суставом, торанными костями. Это представил наш соотечественник, прошедший обучение за границей. Он привел пример: молодой человек обратился с болью в области задней поверхности бедра и коленного сустава. Врачом были протейпированы торанные кости справа и слева, в результате болезненность прошла. Очевидно, что состояние стоп оказывает влияние на весь организм человека. ☺

Думаю, что тейпирование в ближайшие годы станет доступным для широкого круга людей. Эту помощь будут оказывать в государственных поликлиниках. Главное, чтобы этим занимались грамотные специалисты.





Диатез у ребенка



**Татьяна Михайловна
ЧЕРКАСОВА,**

врач-неонатолог, высшая квалификационная категория, кандидат медицинских наук, доцент кафедры педиатрии с курсом ФПК и ППС, Алтайский государственный медицинский университет



**Ольга Вячеславовна
НЕВСКАЯ,**

врач-неонатолог, первая квалификационная категория, кандидат медицинских наук, доцент - кафедра педиатрии с курсом ФПК и ППС, Алтайский государственный медицинский университет

**Что принято подразумевать под диатезом у детей?
Стоит ли рассматривать данное состояние
как заболевание и чем его лечить?**

Давайте сразу определимся: **диатез - это не болезнь, а некая особенность конституции, которая проявляется в предрасположенности организма к развитию патологических состояний.** Дети с диатезом склонны к различным аллергическим реакциям. Они чаще болеют простудой. При длительном неблагоприятном действии факторов внешней среды, нарушении диеты у них могут развиваться болезни обмена веществ, атопический дерматит и воспалительные заболевания.

Иными словами, **любой диатез у детей - это нарушение способности организма адаптироваться к действию агрессивных факторов внешней среды.** К этим факторам мы можем отнести бытовые условия (качество одежды, игрушек и даже бытовой химии, которой пользуются родители), состав рациона питания, режим сна и бодрствования, экологию в месте проживания и даже качество медицинской помощи.

В свою очередь, причинами снижения адаптивных возможностей организма чаще всего являются генетически обусловленные нарушения в работе внутренних органов или сбой в отдельных звеньях обмена веществ. Вызвать диатез может воздействие агрессивных факторов (токсины, лекарственные препараты, никотин и т.д.) на плод или на новорожденного в первые недели и месяцы жизни.

Классификация диатезов

Как проявляется диатез у детей? Для того чтобы ответить на этот вопрос, необходимо ознакомиться с классификацией диатезов.

● **Экссудативно-катаральный диатез** - эту форму диатеза нередко называют аллергической, из-за предрасположенности данного типа конституции к аллергическим реакциям и воспалительным заболеваниям. Именно этот диатез у малышей чаще всего фиксируют педиатры;

● **лимфатико-гипопластический диатез** характеризуется генетически обусловленной недостаточностью фун-

кции вилочковой железы и коры надпочечников. При этом типе конституции дети часто болеют инфекционными заболеваниями, имеет место увеличение лимфатических узлов;

● **нервно-артритический диатез** обусловлен нарушением обмена веществ и сопровождается повышенной возбудимостью центральной и вегетативной нервной системы. Типичны различные болезни обмена (ожирение, сахарный диабет), неврастенический синдром и воспалительные поражения суставов. В зрелом возрасте данная особенность конституции нередко приводит к атеросклерозу сосудов, артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца.

Экссудативно-катаральный диатез

Наиболее типичным клиническим проявлением диатеза у малышей является **атопический дерматит** - заболевание, которое по сути своей является *пищевой аллергией* и обусловлено погрешностями в рационе питания матери как в период беременности, так и во время кормления ребенка грудью. Другими факторами, которые могут стать причиной этой формы диатеза, являются искусственное вскармливание, прием лекарств беременной или кормящей матерью, инфекционные заболевания в раннем послеродовом периоде.

Высокая распространенность экссудативно-катарального диатеза у детей *связана с несовершенством пищеварительной системы ребенка*: недостаточным количеством пищеварительных ферментов и повышенной проницаемостью кишечной стенки. Вследствие этих возрастных особенностей из кишечника в кровь поступают различные агрессивные факторы, которые и вызывают неадекватную реакцию еще незрелой иммунной системы.

Фактически, экссудативно-катаральный диатез можно найти буквально у каждого ребенка, ведь подобные особенности конституции свойственны всем растущим организмам. Но в 75% случаев аллергический диатез после



Школа ответственного родительства

года жизни проходит и не приводит к стойкой сенсibilизации организма.

Какими внешними признаками характеризуется аллергический диатез у детей? Симптомы, как правило, связаны с нарушением работы пищеварительной системы, поражением слизистых оболочек и кожных покровов. *Пищеварительный тракт* реагирует на поступление аллергена вздутием живота и кишечными коликами, которые каждая мать выявит по крику и излишнему беспокойству ребенка. Внешние проявления диатеза у малышей мы без труда обнаружим *на коже*: покраснение лица, появление высыпаний, шелушение, сухость кожи и стойкая опрелость в естественных складках (ягодичная, паховая, подмышечная). Ребенок выглядит болезненно, медленно набирает массу тела и быстро ее теряет во время острых вирусных респираторных заболеваний.

Экссудативно-катаральный диатез у подростков проявляется атопическим дерматитом, аллергическим ринитом, конъюнктивитом и склонностью к вирусным инфекциям. В более сложных случаях диатез протекает с астматическим компонентом и сопровождается явлениями бронхиальной обструкции.

Естественными для пищеварительной системы малыша являются лишь компоненты материнского молока. Поэтому лечение диатеза у детей грудного возраста следует начинать с **нормализации рациона питания матери**. Если ребенок находится на смешанном вскармливании, долю прикорма необходимо ограничить. Мать, которая кормит грудью, должна исключить из своего рациона цитрусовые и всевозможные ягоды, орехи и яйца, рыбу, икру, бобовые и шоколад. Именно с этих элементарных шагов следует начинать лечение диатеза у детей до года. Большое значение имеет отказ матери от вредных привычек и снижение фармакологической нагрузки на организм.

Лимфатико-гипопластический диатез

Считается, что причиной этой формы диатеза у детей является **снижение эндокринной функции**



коры надпочечников. Пусковыми факторами могут стать токсикоз, внутриутробная инфекция, родовая травма, инфекционные болезни у новорожденных.

У детей с лимфатико-гипопластическим диатезом наблюдаются резкое снижение иммунитета, увеличение лимфатических узлов и вилочковой железы, снижение функции щитовидной железы. Для малышей характерны повышение массы тела и чрезмерное развитие подкожной жировой клетчатки, при этом снижены тонус мышечной ткани и тургор кожи. Дети с этой формой диатеза быстро устают, вялы и апатичны, они часто болеют респираторными заболеваниями.

Такие особенности конституции наблюдаются с первых месяцев жизни. В подростковом возрасте с ним могут быть связаны задержка полового созревания и риск бронхиальной астмы.

Лечение направлено на укрепление иммунитета. Дети с лимфатико-гипопластическим диатезом после года жизни должны регулярно проходить курсы профилактического массажа, заниматься физкультурой, закаляться и как можно чаще бывать на свежем воздухе.

Нервно-артритический диатез

Эта форма диатеза связана с **нарушением обмена мочевой кислоты и пуриновых соединений в организме**. Токсические продукты накапливаются в организме, влияют на работу центральной нервной системы, суставов, почек и других органов.

Первые признаки нервно-артритического диатеза можно обнаружить уже на первом году жизни ребенка. Малыш плохо набирает

вес, беспокоен, спит плохо и чутко, постоянно требует присутствия рядом одного из родителей.

После года жизни дети с нервно-артритическим диатезом опережают сверстников в психическом развитии, отличаются хорошей памятью и рано овладевают речью. Обратной стороной медали бывают нарушение сна, снижение аппетита, энурез (ночное мочеиспускание), чувство тревоги.

Мишенями для солей мочевой кислоты, помимо нервной системы, становятся суставы и почки. Детей могут беспокоить боли в суставах, мочекислый диатез и воспалительные заболевания почек (нефрит).

Следует отметить, что длительное время диатез не дает знать о себе, а **проявляется лишь после физических и психических нагрузок у детей школьного возраста**. Могут беспокоить боли в области сердца, повышение артериального давления, приступы удушья, частая смена настроения.

Первоочередной задачей в профилактике этого вида диатеза становится **коррекция белкового обмена при помощи диеты с пониженным содержанием белка**. В рационе питания при этом диатезе у детей обязательно должны присутствовать продукты растительного происхождения, овощи, крупы, а оптимальным источником белка являются молочные продукты (молоко, творог, сыр, сметана), большинство овощей и фруктов: картофель, кабачок, баклажан, яблоки, абрикосы и другие, «защищенные» крупы (содержат крахмал): перловая, гречневая, овсяная, мучные изделия, яйца (не более одного в день). Постарайтесь, чтобы малыш получал в достаточном объеме щелочное питье (особенно во второй половине дня): минеральные воды, лимонную воду, свежеприготовленные фруктовые соки; немного «вкусненького»: мармелад, ягоды, сухофрукты (изюм, курага), железные конфеты. Стоит максимально ограничить поступление в организм продуктов с высоким содержанием пуриновых оснований: шоколад, какао, субпродукты, некоторые сорта рыбы. Также следует уменьшить в рационе долю мясных продуктов и бульонов. ☺



Остеомиелиты лицевых костей у детей



Ирина Владимировна ДЕМКИНА,
заведующая
стоматологическим
отделением, врач-
стоматолог, высшая
квалификационная
категория, КГБУЗ «Детская
поликлиника №9,
г.Барнаул»

**Остеомиелит -
это гнойно-
воспалительное
заболевание
челюстных костей.**

В зависимости от пути проникновения инфекции в кость и механизма развития процесса различают **три формы остеомиелита лицевых костей: одонтогенную, гематогенную и травматическую.**

Источником одонтогенного остеомиелита, как правило, служат зубы, пораженные кариесом и его осложнениями. Вызывается бактериальной флорой, присутствующей в воспаленной пульпе и периодонте (золотистый и белый стафилококки, стрептококки, палочковидные бактерии). *Защитные силы организма у детей еще несовершенны, поэтому воспаление кости может развиваться быстро и обширно.* Играют роль такие факторы, как физическое переутомление, переохлаждение, острые инфекционные заболевания (корь, скарлатина, дизентерия и др.).

Одонтогенные остеомиелиты у детей отличаются разнообразием клинической картины. Это объясняется особенностями строения детских челюстей, ткани которых обильно пронизаны кровеносными сосудами, благодаря чему воспалительный процесс может очень быстро распро-

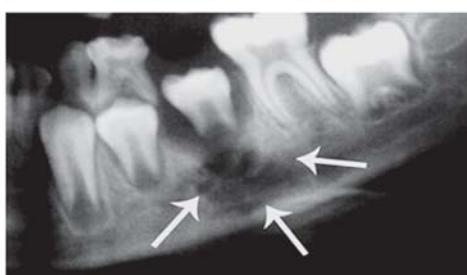
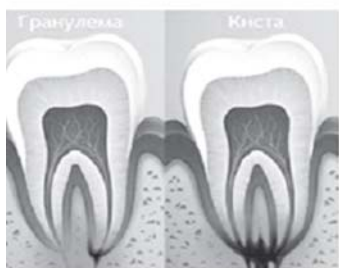
страняться. Этот фактор способствует и благополучному исходу заболевания. Но при этом **правильный диагноз остеомиелита детям поставить крайне сложно.**

Одонтогенный остеомиелит начинается внезапно, с выраженной интоксикации всего организма. Поэтому, из-за отсутствия в первые 2-3 суток местных симптомов, он часто вначале не диагностируется. Врач может принять начало его возникновения, например, за ОРЗ.

Гнойный процесс вызывает рассасывание костной ткани и может распространяться на мягкие ткани лица, слизистой оболочки полости рта. При пальпации наблюдается инфильтрат с размягчением в центре (абсцесс или флегмона). Из зубодесневых карманов выделяется гной, расположенные рядом зубы имеют патологическую подвижность. Мягкие ткани лица сильно отечны и гиперемированы. Наблюдается развитие лимфаденитов, абсцессов, аденофлегмон регионарных лимфатических узлов.

Общее состояние ребенка - тяжелое. У него отмечают бледность и сухость кожных покровов и слизистой оболочки полости рта. Температура тела повышена до 39°C, что сопровождается ознобом, общей слабостью. У детей младшего возраста могут возникнуть судороги, рвота, расстройства пищеварения - последствия раздражения ЦНС в результате общей сильной интоксикации организма.

Рентгенологическое обследование показывает наличие разрежения костной ткани только к концу первой недели. При лабораторном исследовании периферической крови обнаруживаются общие закономерности в лейкоцитарной формуле: увеличение лейкоцитов до 15-30 тыс./л, снижается содержание сегментоядерных нейтрофилов - до 45% и увеличивается число лимфоцитов - до



55% и выше, СОЭ - до 40мм/ч, гемоглобин снижается до 83-67г/л. При тяжелых формах в моче могут появляться следы белка, эритроциты, что свидетельствует о реактивном процессе в почках, связанном с интоксикацией организма транзиторного характера.

На нижней челюсти одонтогенный остеомиелит носит затяжной характер, на верхней - протекает остро.

Лечение одонтогенного остеомиелита проводится только в стационаре (основное лечение - хирургическое). Прежде всего удаляют причинный зуб, под общим обезболиванием вскрывают поднадкостничные абсцессы. При этом необходимо провести посев гнойного содержимого для определения чувствительности микрофлоры к антибиотикам. Раны дренируют и назначают дезинтоксикационную терапию, курсы антибиотиков, антигистаминные препараты, препараты кальция, витамины А, D, В, С, неспецифические иммуномодуляторы, успокоительные и болеутоляющие. Физиолечение является необходимым компонентом комплексного лечения. Из физических факторов лечения широко используют УВЧ-терапию, лазеротерапию, ГБО (гипербарическая оксигенация), ультразвуковое воздействие на пораженные ткани.

Осложнением одонтогенного остеомиелита у детей может быть переход процесса в хроническую форму (гайморит, артрит височно-нижнечелюстного сустава, одонтогенный менингит, сепсис).

При своевременно начатом и правильно проведенном лечении одонтогенного остеомиелита наступает полное выздоровление. К его профилактике относятся предупреждение развития кариеса, лечение кариеса молочных зубов с целью предотвращения его осложнений: пульпита, периодонтита; диспансеризация детей с хроническим пульпитом и периодонтитом; своевременное удаление молочных зубов - наиболее частого источника инфицирования кости.

Гематогенный остеомиелит - это заболевание инфекционно-аллергической природы, нарушается микроциркуляция в незрелой костной



ткани. **Развивается он преимущественно у маленьких детей** (у детей первого месяца жизни, а также в возрасте 1-2 лет). Возникает он переносом инфекции гематогенным путем (через кровь) из очага, расположенного далеко от места поражения (пупочный сепсис, гнойничковые поражения кожи, микротравмы слизистой оболочки полости рта и др.). У совсем маленьких детей плохо развиты нервная, барьерная, эндокринная, лимфатическая системы, что и способствует быстрому распространению инфекции по организму.

Гематогенный остеомиелит имеет три формы: молниеносную (токсическую), **септикопиемическую** и **местноочаговую**. Лечение токсической формы чаще всего не приводит к выздоровлению - это крайне опасное для жизни и здоровья ребенка заболевание. Септическая форма протекает с высокой температурой (39-40°C). Развиваются явления общей интоксикации, диспепсия, учащение дыхания. Местно наблюдаются отёк и инфильтрация мягких тканей, гнойные выделения из носа. Местноочаговая форма протекает легче, состояние ребенка сохраняется удовлетворительным, ярко выражены признаки местного воспаления.

Лечение гематогенного остеомиелита включает в себя методы консервативной терапии и хирургические операции. К полному же купированию процесса гниения приводит, как правило, исключительно хирургическая тактика лечения. Своевременное выявление и лечение инфекционных гнойных заболеваний относятся к профилактике гематогенного остеомиелита. ☺

У детей частота проявления отдельных форм остеомиелита зависит от возраста: до трех лет (чаще на первом году жизни) развивается преимущественно гематогенный остеомиелит, от 3 до 12 лет - одонтогенный (в 84% случаев).



Как уберечь себя от артериальной гипертензии

Артериальное (кровенное) давление (АД) - это сила, с которой поток крови давит на сосуды. Величина АД зависит от многочисленных факторов: силы, с которой сердце выбрасывает кровь в сосуды, количества крови, выталкиваемой в сосуды, эластичности сосудов, определяющей сопротивление потоку крови, а также других. Во время сокращения сердца (систола) развивается максимальное давление в артериях - *систолическое*, во время расслабления сердца (диастола) давление уменьшается, что соответствует *диастолическому* давлению.

Артериальная гипертензия (АГ) - это периодическое или стойкое повышение АД, является самым распространенным хроническим заболеванием сердечно-сосудистой системы среди взрослого населения, причем его частота повышается с возрастом. Заболевание опасно для жизни больного осложнениями - следствием самого повышения давления и развития атеросклероза сосудов, снабжающих кровью жизненно важные органы (сердце, мозг, почки и др.). При поражении коронарных сосудов, снабжающих кровью сердце, развивается ишемическая болезнь сердца, мозговых сосудов - инсульт.

Симптомы АГ

К наиболее частым жалобам больных при повышении АД относятся: головные боли, часто пульсирующего характера в затылочной области, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами, плохой сон, раздражительность, нарушение зрения, боли в области сердца.

При многолетнем течении АГ организм постепенно адаптируется к высоким цифрам АД, и самочувствие больного может оставаться сравнительно неплохим. Тем временем в организме происходят неблагоприятные изменения, которые могут привести к сосудистым катастрофам (инсульту, ишемической болезни сердца, инфаркту миокарда, сердечной и почечной недостаточности):

- ◆ сужение сосудов, потеря эластичности их стенок, ухудшение зрения;
- ◆ нарушение частоты сердечных сокращений, чаще в сторону учащения (тахикардия), что повышает нагрузку на сердце и увеличивает мышечную массу левого желудочка сердца, при этом ухудшается его кровоснабжение;
- ◆ быстрое развитие атеросклероза аорты, сосудов мозга, сердца и др.;
- ◆ повышение нагрузки на почки, что приводит к ухудшению их функции.

Помните, что регулярное измерение АД необходимо и при плохом самочувствии, и при отсутствии жалоб при хорошем самочувствии, - только так можно достоверно и своевременно выявить АГ!

Гипертонический криз

Отсутствие регулярного лечения АГ или плохо подобранное лечение может способствовать развитию гипертонического криза - наиболее неблагоприятного варианта АГ, опасного для здоровья и жизни больного. **Гипертонический криз - это резкий внезапный подъем АД от нормальных или повышенных значений, сопровождающийся резким ухудшением самочув-**



Повышенным для взрослых считается уровень АД 140/90мм рт.ст. и выше.

ствия и приводящий к осложнениям. Гипертонический криз всегда требует срочной медицинской помощи!

Резко повысить АД и вызвать криз могут:

- ◆ нервно-психические или физические перегрузки;
- ◆ смена погоды, магнитные бури;
- ◆ интенсивное курение;
- ◆ резкая отмена некоторых лекарств, понижающих АД;
- ◆ употребление алкогольных напитков;
- ◆ обильный прием пищи, особенно соленой и на ночь;
- ◆ употребление пищи и напитков, содержащих вещества, способствующие повышению АД (кофеин - большое количество кофе; тирамин - шоколад, сыр, икра и др.).

Если вы чувствуете развитие симптомов гипертонического криза, необходимо:

- ◆ измерить АД;
- ◆ вызвать врача скорой помощи при значительном повышении АД или при малейших подозрениях на развитие гипертонического криза. Дальнейшие действия определит врач скорой помощи;
- ◆ по возможности до приезда врача попытаться самостоятельно снизить повышенное АД (могут быть использованы препараты быстрого действия (таблетка под язык): капотен (капотен 25-30мг) или нифедипин (коринфар 10мг));
- ◆ в случае появления загрудинных болей (проявление стенокардии) принять нитроглицерин под язык;
- ◆ не применять неэффективные средства: таблетки папазола, дибазола, чтобы не усугубить свое состояние;
- ◆ нельзя резко снижать АД в течение короткого промежутка времени, особенно в пожилом возрасте. У пожилых пациентов при снижении АД (на фоне относительно низких цифр АД) такие симптомы, как слабость, сонливость, могут указывать на нарушение питания (ишемию) головного мозга.

Транзиторная ишемическая атака (ТИА) - преходящее нарушение мозгового кровообращения, представляет собой острое нарушение мозгового кровообращения

◀ (ОНМК), продолжающееся не более 24 часов. **Симптомы ТИА** выражаются во внезапном развитии:

- ◆ онемение или слабость мышц лица, рук, ног и их сочетания, особенно на одной стороне тела;
- ◆ спутанность сознания, нарушение речи;
- ◆ нарушение зрения на один или оба глаза;
- ◆ нарушение походки, координации равновесия, головокружение;
- ◆ сильная головная боль неизвестной причины.

При появлении симптомов ТИА, даже если они исчезли, нужно безотлагательно обратиться к врачу! Чем раньше будут выяснены причины ТИА и начато адекватное лечение, тем больше вероятность избежать тяжелых последствий, а именно - инсульта.

Органы-мишени при АГ

Для АГ характерно избирательное поражение некоторых органов и систем организма, которые так и называются - органы-мишени, то есть наиболее уязвимые органы. При гипертонии это - сердце, почки, мозг, сосуды.

К субъективным симптомам поражения органов-мишени при АГ относятся:

- ◆ **головной мозг:** головная боль, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами, тошнота, рвота;
- ◆ **сердце:** сердцебиение, одышка, боли в области сердца;
- ◆ **почки:** частое мочеиспускание в ночное время;
- ◆ **периферические сосуды:** похолодание конечностей, боли в икроножных мышцах ног при ходьбе (перемежающаяся хромота);
- ◆ **сосуды глазного дна:** нарушение зрения, мелькание «мушек» перед глазами.

Субъективные симптомы не всегда отражают наличие и степень выраженности изменений со стороны органов-мишеней. Поэтому важно то обследование, которое назначает врач при обнаружении повышенного АД.

Факторы, способствующие повышению АД

Доказано, что АД чаще повышается у тех, кто злоупотребляет соленой, жирной пищей, солью, алкоголем. Выкуриваемая сигарета способна вызвать подъем АД (до 30 мм рт.ст.). Влияет и прибавка веса: лишний килограмм веса повышает давление в среднем на 1-3 мм рт.ст. Многие люди подвержены в своей жизни стрессовым влияниям, что также способствует повышению АД, переходу болезни в тяжелую форму, требующую нередко стационарного лечения. Доказано и негативное влияние метеорологических факторов.

Поэтому, чтобы снизить АД и не допускать его повышения, скорректировать факторы риска, необходимо изменить свой образ жизни: отказаться от курения и избыточного употребления алкоголя; снизить избыточный вес; заниматься физическими упражнениями; ограничить употребление соли; увеличить в своем рационе питания долю фруктов и овощей и уменьшить количество насыщенных жиров.

Техника измерения АД

Самоконтроль АД больным и его родственниками может быть полезным в достижении адекватного лечения и профилактики АГ.

Показатели АД, измеренного в домашних условиях, могут стать ценным дополнением для контроля эффективности лечения, но не могут быть приравнены к данным, получаемым в клинике. Также из-за неточности получаемых значений следует с осторожностью трактовать данные, полученные с использованием полуавтоматических и автоматических приборов для домашнего применения, которыми измеряют АД на предплечье, запястье и на пальцах кисти.

Требования к аппаратам для самоконтроля АД в домашних условиях:

- ◆ все приборы должны быть сертифицированы;
- ◆ аппараты должны пройти тестирование на соответствие стандартам точности по специальным протоколам;
- ◆ предпочтительно использование аппаратов для измерения АД на плече;
- ◆ для измерения АД должны использоваться манжеты, соответствующие размеру плеча пациента;
- ◆ предпочтительно оснащение аппаратов «самонастраиваемой» манжетой.

Стандартный прибор для измерения АД по методу Н.С. Короткова состоит из окклюзионной пневмоманжеты, груши для нагнетания воздуха с регулярным клапаном стравливания, манометра, стетофонендоскопа или специализированного фонендоскопа из комплекта тонометров.

При измерении уровня АД необходимо строго соблюдать определенные правила, чтобы не получить неверные результаты, которые могут повлиять на дальнейшую тактику лечения.

Положение больного

- Сидя в удобной позе, рука на столе. Не допускается положение руки на весу.
- Манжета накладывается на плечо на уровне сердца, нижний край ее на 2 см выше локтевого сгиба. Каждые 5 см смещения середины манжеты относительно уровня сердца приводят к завышению или занижению АД на 4 мм рт.ст.

Обстоятельства

- Нельзя употреблять кофе и крепкий чай в течение часа перед исследованием.
- Не курить 30 минут.
- Исключить применение симпатомиметиков, в том числе назальные и глазные капли.
- Измерение проводится в покое после пятиминутного отдыха. Если процедуре измерения АД предшествовала значительная физическая или эмоциональная нагрузка, период отдыха следует продлить до 15-30 минут.

Оснащение

- Допускается измерение АД как по Короткову (при наличии навыков, обучения или контроля правильности со стороны медицинского персонала), так и использование полуавтоматических и автоматических приборов для измерения АД.
- Важно, чтобы манжета прибора для измерения АД соответствовала объему руки, не была слишком узкой.
- Для детей и полных лиц существуют специальные манжеты.

Собственно измерение

Не рекомендуется накладывать манжету на ткань одежды. Закатывать рукава с образованием сдавливающих валиков из ткани - значит, получить заведомо неправильный результат.

- Быстро накачать воздух в манжету до уровня АД, на 20 мм рт.ст. превышающего систолическое артериальное давление (до исчезновения пульса).
- Снизить давление в манжете до 2-3 мм рт.ст. в секунду. В ходе измерения необходимо располагать шкалу манометра на уровне глаз, чтобы снизить вероятность ошибки при считывании показаний. Уровень АД, при котором появляется первый тон, соответствует систолическому артериальному давлению. Уровень АД, при котором происходит исчезновение тонов, принимают за диастолическое артериальное давление.
- Если тоны очень слабы, то следует поднять руку и выполнить несколько сжимающих движений кистью, затем повторить измерение. Не следует сильно сдавливать артерию мембраной фонендоскопа.

Кратность измерений

Измерять АД при АГ рекомендуется два раза в день: утром, после пробуждения и утреннего туалета, и вечером, в 21.00-22.00, а кроме того, в случаях плохого самочувствия при подозрении на подъем АД.

Результаты измерений целесообразно записывать в дневник, чтобы потом посоветоваться с врачом относительно лечения.



Дата	Название и доза препарата	АД			Примечание
		Утро	День	Вечер	

Физическая активность при АГ

По своей биологической природе организм человека приспособлен к весьма интенсивной мышечной деятельности. Сердечно-сосудистые заболевания, и в частности АГ, во многом являются расплатой за недостаточную физическую активность. Интенсивные физические нагрузки благоприятно влияют на нервную, сердечно-сосудистую, дыхательную и другие системы организма, повышая состояние тренированности и сопротивляемости организма к действию ряда неблагоприятных факторов окружающей среды.

Физические нагрузки препятствуют повышению АД (они способны снизить АД на 4-5мм рт.ст.) и обладают гипотензивным действием за счет снижения тонуса сосудов.

Интенсивность физической нагрузки

Тренированность сердечно-сосудистой и дыхательной систем достигается регулярными (3-5 раз в неделю) нагрузками с тренирующим эффектом, с участием в работе больших мышечных групп, продолжительностью не менее 20 минут.

Интенсивность нагрузки контролируется рекомендуемой частотой сердечных сокращений (ЧСС) в % от максимальной частоты сердечных сокращений (МЧСС = 220 минус возраст, например, 220-36=184).

У кого мягкая и умеренная АГ (при коррекции АД препаратами), интенсивность физических нагрузок начинают с 50%, а через полгода могут увеличить ее до 70-85% от максимально допустимой нагрузки. Лица с тяжелой АГ занимаются лечебной физкультурой или ограничиваются повышением повседневной физической активности в быту.

Противопоказания к физическим тренировкам

Перед тем как приступить к выполнению физических упражнений следует получить рекомендации своего лечащего врача.

Осложнения при физических нагрузках связаны с явными ошибками при допуске к занятиям и с ошибками в определении степени нагрузки. При методически правильно выполняемых тренировках на выносливость, соблюдении принципов постепенности (!) увеличения нагрузки и ее интенсивности (!) - риск осложнений снижается до минимума.

При внезапном повышении давления и плохом самочувствии следует прекратить тренировки до улучшения состояния и обратиться к врачу.

Для самостоятельных тренировок абсолютными являются следующие противопоказания:

- нестабильная стенокардия;
- ИБС с частыми приступами малых усилий, покоя;
- недостаточность кровообращения II и более степени;
- нарушения ритма сердца, экстрасистолы, пароксизмальная тахикардия, постоянная форма мерцательной аритмии;
- аневризма сердца и сосудов;
- артериальная гипертония с АД=180/110мм рт.ст. и более (АГ III ст.);
- нарушения мозгового кровообращения;
- аортальный стеноз или субаортальный мышечный стеноз;
- легочная гипертензия;
- болезни лёгких с выраженной дыхательной недостаточностью;

- тромбоз и тромбоэмболические осложнения;
- состояния после кровоизлияния в глазное яблоко;
- миопия высокой степени (более 8 диоптрий);
- сахарный диабет средней и тяжелой форм;
- злокачественные новообразования;
- психические заболевания;
- лихорадочные состояния.

Принципы повышения уровня повседневной физической активности

Помните, что начинать нужно осторожно, поэтапно и постепенно! Для достижения оптимальной повседневной физической активности рекомендуется:

- отказаться по возможности от общественного наземного транспорта и частично лифта - ходить пешком;
- заниматься утренней гигиенической гимнастикой и гимнастикой в тренирующем режиме;
- регулярно заниматься каким-либо видом оздоровительной физкультуры (ходьба, плавание, велосипед, лыжи, медленный бег и т.д.);
- заниматься физическим трудом (работа на приусадебном участке);
- играть в подвижные игры (волейбол, баскетбол, теннис).

Рекомендуется ежедневно выполнять комплекс, который не обладает тренирующим эффектом, но отвечает гигиеническим целям. 15 минут упражнений утром повысят настроение, плавно переведут организм из состояния покоя в состояние дневного бодрствования, снимут сонливость. Далее, идя по пути увеличения физической активности, можно заменить подъем на лифте ходьбой по лестнице: сначала до появления одышки, далее постепенно увеличивая нагрузку. Поездку в душном автобусе заменить ходьбой. Ваше давление нормализуется, а настроение и сон улучшатся. Дома во время домашней работы полезно включить музыку и подвигаться, не прекращая основного занятия. Через какое-то время вам захочется серьезно и эффективно заняться физкультурой.

Контроль интенсивности физической нагрузки

Как правило, основным, достаточно надежным способом контроля (и наиболее доступным) служит оценка интенсивности по пульсу и соотнесение его показателей с рекомендуемым режимом, определяемым по максимальной частоте сердечных сокращений.

Измерение ЧСС во время нагрузки производится за 10 секунд и умножается на 6, так как в покое пульс быстро восстанавливается и его показания (при измерении в течение минуты) являются недостоверными. Для лиц с контролируемым АД это будет расчет 55-85% от значения максимальной частоты пульса, определяемой как «220 минус возраст». Начинать надо с низкой интенсивности (50%) и постепенно переходить к умеренной (70-75%). Ориентироваться о пределе нагрузки, учитывая частоту пульса, рекомендуется в соответствии с возрастной шкалой.

Интенсивность физических упражнений в зависимости от возраста (пульс в 1 минуту)

Возраст	Низкая и умеренная	Умеренная и значительная
30	105-133	133-162
40	99-126	126-153
50	94-119	119-145
60	88-112	112-136
70	83-105	105-128
80	77-98	98-119



Примерный комплекс физических упражнений при АГ

1. Исходное положение (И.П.): сидя на стуле. Подсчет пульса по 15 минут с интервалом 2-3 раза.

2. И.П.: одна рука на животе, другая на груди. На счет 1-2 - грудь и живот медленно и одновременно отходят вперед; на 3-4 - выдох, втянуть живот. *Повторить 4 раза.*

3. И.П.: стоя, руки на бедрах. На счет 1 - сжать пальцы рук в кулаки, носки ног вверх, на 2 - разжать кисти рук, пятки оторвать от пола. *Повторить 6-8 раз.*

4. И.П.: сидя, руки опущены. На счет 1-2 - руки за голову, развести локти - медленный вдох через нос, выдох. *Повторить 4 раза.*

5. И.П.: сидя, прямые ноги вытянуты вперед. На счет 1-2 - развести руки и ноги в стороны, вдох; на 3-4 - соединяя ноги вместе, наклон туловища вперед (голову не опускать), руки тянутся к носкам ног, выдох. *Повторить 4-6 раз.*

6. И.П.: сидя, спина упирается в спинку стула, руки внизу. На счет 1 - обхватив ногу руками вокруг бедра, согнуть в коленном суставе и выпрямить вперед вверх; на 2 - исходное положение. *Сделать по 3 раза каждой ногой.*

7. И.П.: сидя, руки на талию. Вращать руки в плечевых суставах вперед и назад *по 8-10 раз.*

8. И.П.: сидя, руки на бедрах. На счет 1 - правая рука ложится на голову, левая - на спину. Повернуть голову налево. Поменять руки, голову повернуть направо. *Сделать по 4 раза.*

9. И.П.: сидя на краю стула, опущенные ноги вытянуты. На счет 1-2 - развести руки в стороны, вдох, на 3-4 - согнуть ногу, обхватив руками колено, притянуть к подбородку, выдох. *Повторить 3 раза каждой ногой.*

10. И.П.: сидя, левая нога и правая рука вперед. На счет 1 - смена положения рук и ног, ходьба на месте. *Сделать 10-12 раз.*

11. И.П.: сидя, руки на поясе. На счет 1-2 медленно отвести локти назад и медленно расправить плечи, вдох, на 3-4 - локти вперед, немного согнуть туловище, выдох. *Повторить 4 раза.*

12. И.П.: сидя, руки на поясе. На счет 1 - поворот туловища в сторону до 90°, на 2 - принять исходное положение. *Сделать 4 раза в каждую сторону.*

13. И.П.: сидя, руки на бедрах. На счет 1 - разведение стоп в стороны, на 2 - разведение пяток в стороны, на 3 - разведение стоп в стороны, и т.д. до счета 12. Сделать то же на сведение ног вместе - до счета 12. Дыхание произвольное. *Повторить 2-3 раза.*

14. И.П.: сидя, руки опущены. На счет 1-2 - поднять руки к подмышкам, вдох, на 3-4 - опустить руки вниз, выдох. *Сделать 4 раза.*

15. И.П.: сидя, руками держаться за сиденье стула. На счет 1 - разводим ноги в стороны, отрывая их от пола, затем вперед - медленные круговые движения против часовой стрелки. То же - по часовой стрелке. *Сделать 6 раз в каждую сторону.*

16. И.П.: сидя на стуле. На счет 1 - поворот туловища направо, правая рука вперед-вверх, левая рука и нога -

прямые и назад; на 2 - принять исходное положение; на 3 - то же на левую сторону; на 4 - возврат в исходное положение. *Сделать 3 раза в каждую сторону.*

17. И.П.: сидя на стуле. На счет 1-2 - встать, руки вверх, потянуться, вдох; на 3-4 - сесть, руки вниз, выдох. *Повторить 4-6 раз.*

18. И.П.: стоя, руки за спинкой стула, кисти рук на ней. Ходьба 30 секунд с перекатом с пятки на носок, не отрывая стопы от пола.

19. И.П.: стоя, руки на спинке стула. На счет 1-2 - потянуться; на 3-4 - держась за спинку стула, согнуться под прямым углом. *Сделать 4 раза.*

20. И.П.: стоя. На счет 1-2 - поднять руки вверх, вдох; на 3-4 - опустить вниз, выдох. *Сделать 4 раза.*

21. И.П.: стоя, руки на поясице, ноги на ширине плеч. Вращать таз по и против часовой стрелки. *По 10 раз в каждую сторону.*

22. И.П.: стоя, руки согнуты у груди, пальцы сжаты в кулаки, ноги на ширине плеч. Имитация бокса в среднем темпе *19-20 секунд.*

23. И.П.: стоя, правая рука на груди, левая на животе. Дыхательное упражнение, *повторить 4 раза.*

24. И.П.: стоя, руки опущены, ноги вместе. На счет 1-2 - наклоны туловища в сторону - одна рука вниз, другая вверх к подмышечной ямке, выдох; на 3-4 - исходное положение, вдох. *Сделать 3 раза в каждую сторону.*

25. И.П.: стоя, руки на спинке стула. На счет 1 - подняться на носки; на 2 - присесть, выдох; на 3 - принять исходное положение. *Сделать 4-6 раз.*

26. И.П.: стоя. На счет 1-2 - поднять руки в стороны; на 3-4 - опустить руки, небольшой наклон туловища, выдох. *Сделать 4 раза.*

27. И.П.: стоя. Ходьба на месте с высоким подниманием бедра *30-40 секунд.*


28. И.П.: сидя на стуле. Выполнить дыхательные упражнения *6-8 раз.*

29. И.П.: сидя, руки за спиной, держаться за стул. На счет 1 - ноги поставить на носки под стул; на 2 - ноги выбросить вперед на пятки.

30. И.П.: сидя, руки опущены. На счет 1 - развести руки в стороны, согнув в локтях, кисти касаются плеч; на 2 - наклоны туловища вправо, сбрасываем правую руку вниз; на 3 - выпрямить туловище, руки к плечам; на 4 - принять исходное положение. *Сделать 3 раза в каждую сторону.*

31. И.П.: сидя на стуле, откинуться, ноги выпрямлены, руки на бедрах. На счет 1-2 - развести в стороны руки и ноги, вдох; на 3-4 - вернуться в исходное положение. *Повторить 4 раза.*

32. И.П.: сидя. Подсчет пульса. Ⓢ

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





Как победить варикоцеле



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

Мы уже рассмотрели причины и факторы, вызывающие развитие такого заболевания, как варикоцеле, узнали о методах обследования и консервативном его лечении. В этом номере мы подробнее поговорим об оперативном лечении варикоцеле.

Окончание. Начало - в №9(165), №10(166)

Часто мне задают такой вопрос: «Если при установленном диагнозе «варикоцеле» пить таблетки, то операция не грозит?». К сожалению, это не совсем так. **При проведении курсов консервативного лечения необходимость в оперативном значитель но снижается, однако такая вероятность остается!** Получая лечение, можно достаточно долго держать ситуацию под медикаментозным контролем, но при возникновении показаний (состояний, при которых необходима только операция) нужно обязательно проводить плановое хирургическое вмешательство, то есть - перевязку внутренней семенной вены.

На современном этапе у андрологов и детских хирургов существуют немного разные взгляды на показания к оперативному лечению, однако ситуация с каждым днем меняется в лучшую сторону.

По рекомендациям некоторых детских хирургов (их меньшинство) само наличие варикоцеле у подростка является показанием к оперативному лечению, то есть выставленный на медицинском осмотре диагноз «варикоцеле» уже равняется операции. Другим показанием к операции является вторая степень расширения вен левого яичка, когда вены расширены настолько, что при визуальном осмотре видны глазом; при ощупывании мошонки определяется их опущение до середины или нижнего полюса левого яичка. Данные показания основываются на внешнем проявлении варикоцеле - варикозном расширении вен, причем вообще не учитываются наличие и степень нарушения функции репродуктивной системы как основного фактора мужского бесплодия. **Ведь оперативное лечение варикоцеле** - это не косметическая операция по удалению *просто расширенных вен, это - операция по изменению кровоснабжения яичка*, вернее, его кровотока с формированием абсолютно новой си-

стемы венозного оттока со всеми вытекающими из этого процесса осложнениями и опасностями. Поэтому проведение хирургической коррекции варикоцеле «вслепую», без информации о состоянии репродуктивной системы, без предварительной предоперационной подготовки и ранней послеоперационной реабилитации могут многократно увеличивать риск нарушения плодовитости.

Что происходит внутри мошонки и в ткани яичек после проведения оперативного лечения варикоцеле?

Разберемся, в чем состоит суть оперативного лечения варикоцеле, вне зависимости от типа проводимого вмешательства: полостного или эндоскопического. **Основной целью операции является наложение полного препятствия для оттока крови по семенной вене с дальнейшим ее запустеванием и параллельным запуском кровотока по альтернативным (дополнительным) путям.** Внутри живота, где венозное сплетение яичка представляет собой уже единственную вену, проводится ее перевязка с последующим пересечением. Стало быть, кровь по этой вене уже течь не может, а так как кровоснабжение является процессом постоянным, кровь ищет другие пути и активизирует дополнительные венозные сосуды, которые до этого момента были в неактивном состоянии. Для полноценного функционирования новых вен и обеспечения должного оттока требуется 3-6 месяцев.

Что происходит с тканью яичек при хирургическом вмешательстве?

При варикоцеле в ткани яичек происходит процесс кислородного, энергетического и питательного голодания, связанный с нарушением оттока крови по венам и рефлекторному снижению организмом артериального притока крови к половым органам.



За счастливое здоровое детство!

На фоне этих нарушений **во время операции проводится одномоментная перевязка расширенных вен, что приводит к резкому, неожиданному для яичек, обеднению кровотока**, сопровождаемому прекращением поступления питания к постоянно делящимся клеткам сперматогенного эпителия. Что и приводит к их повышенной гибели и отторжению в просвет семенного канальца. Это и есть тот основной механизм нарушения выработки сперматозоидов, который приводит к бесплодию. Эти нарушения достаточно кратковременны, но могут иметь продолжение в течение последующего послеоперационного периода: в тот момент, когда происходит перестройка системы кровоотведения, с еще более глубокими трофическими и репродуктивными нарушениями.

Поэтому оперативное лечение должно проводиться по показаниям и с обязательной предоперационной подготовкой, цель которой - улучшение кровоснабжения, питания ткани яичек, с уменьшением риска развития патологических состояний, связанных с интраоперационным стрессом яичек. И обязательна послеоперационная реабилитация, цель которой - поддержать яички в сложном и трудном периоде перестройки кровоснабжения.

Какие, с андрологической точки зрения, существуют показания для проведения хирургического лечения варикоцеле?

По рекомендациям Общероссийской ассоциации детских урологов-андрологов, Профессиональной ассоциации андрологов РФ, комитета мужского бесплодия Американской ассоциации урологов и комитета Американского общества репродуктивной медицины **варикоцеле подлежит оперативному лечению, если:**

◆ *сопровождается выраженным болевым синдромом на стороне варикозного процесса.* То есть варикоцеле так сильно нарушает ткане-



вой кровоток, что сигнализируется организмом тревогой в виде боли;

◆ *приводит к уменьшению яичка в объеме*, потере его тонуса (гипотрофия, которая является признаком его страдания);

◆ *если при спермиологическом обследовании имеются качественные или количественные нарушения параметров эякулята:* то есть определяются нарушения в подвижности сперматозоидов или их количестве.

Это - абсолютные показания к проведению оперативного лечения варикоцеле, которые разработаны для достаточно взрослых молодых людей и взрослых мужчин. Однако в повседневной практике мы часто сталкиваемся с различными трудностями, связанными с забором эякулята (спермы) на анализ, вследствие достаточно молодого возраста и отсутствия мастурбаторного анамнеза или нежелания подростком проведения столь личной процедуры. При этом у нас нет информации о качестве спермы и наличии нарушений, которые могут в дальнейшем привести к бесплодию. Часто абсолютных показаний нет, но подросток и родители настаивают на оперативном лечении, так как им легче решить эту проблему кардинально раз и навсегда.

Поэтому существуют еще и **относительные показания:**

◆ *когда регистрируются патологические изменения при проведении дополнительных обследований:* УЗИ мошонки, УЗИ перипростатических вен, гормональный фон. Подобные изменения оцениваются лечащим врачом и обсуждаются совместно с пациентом;

◆ **если юноша, имеющий варикоцеле, призывается в армию или поступает на обучение в военные учебные заведения.** В данном случае он будет подвержен достаточно сильным физическим нагрузкам, которые однозначно спровоцируют прогрессирование варикоцеле с многократным повышением риска по репродуктивным нарушениям. Поэтому всех призывников обязывают в стационарных условиях провести хирургическое устранение данного недуга;

◆ **если у юноши или у его родителей нет желания продолжать консервативное лечение** или имеется собственное мнение о тактике ведения варикоцеле и настойчивая необходимость в проведении оперативного лечения.

Однако при планировании оперативного лечения варикоцеле, вне зависимости от вида показаний (абсолютных или относительных), трехэтапная тактика (предоперационная подготовка - операция - послеоперационная реабилитация) должна быть обязательно! ☺



Тема, которую не обсуждают вслух...



Павел Васильевич РЯБЧУН,
врач-уролог, КГБУЗ
«Алтайский краевой
госпиталь для ветеранов
войн»

Гиперактивный мочевой пузырь (ГаМП) представляет собой социально дезадаптирующий клинический синдром, который затрагивает профессиональную, сексуальную, социальную, физическую, эмоциональную и семейную сферы жизни пациента. По статистике, около 15% жителей России имеют ургентное и учащенное мочеиспускание.

Причины развития

В основе ГаМП лежит так называемая **детрузорная гиперактивность (ДГ)** с непроизвольными сокращениями мышц мочевого пузыря с амплитудой более 5см водного столба, которые возникают спонтанно или вызываются специально, несмотря на попытки подавления их волевым усилием. Детрузор (мышечная оболочка мочевого пузыря) при малонаполненном мочевом пузыре посылает ложные сообщения в мозг, что и приводит в конечном итоге к ранним неудержимым позывам к мочеиспусканию.

Согласно статистике ВОЗ, 12,5% случаев ГаМП вызваны детрузорной гиперактивностью, 64% случаев обусловлены нейрогенной детрузорной гиперактивностью и 23,5% - ГаМП без детрузорной гиперактивности.

Также к развитию ГаМП могут привести неврологические заболевания и повреждения: рассеянный склероз, болезнь Паркинсона, другие заболевания, а также повреждения и травмы головного и спинного мозга.

Выделяют следующие виды ГаМП:

- *без недержания мочи*, так называемый «сухой» ГаМП (нейрогенная дисфункция мочевого пузыря),
- *с недержанием мочи* - «мокрый» ГаМП (непроизвольное мочеиспускание).

Как определить нарушения мочеиспускания?

Мочеиспускание нарушено, если:

- вы ходите в туалет более 8 раз в день, а также вам приходится ходить в туалет ночью 2 и более раз;
- вы периодически испытываете внезапное нестерпимое желание (позыв) помочиться, которое не можете контролировать;

- у вас случается недержание мочи (непроизвольное ее истечение), в том числе после нестерпимых позывов;

- недержание мочи связано с физической нагрузкой, кашлем, смехом;

- при мочеиспускании вас беспокоят боли, рези, жжение, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, подкапывание мочи;

- при мочеиспускании выделяется незначительный объем мочи.

По статистике, наиболее мучительными из перечисленных нарушений являются внезапные нестерпимые позывы на мочеиспускание. Такие позывы называют «неотложными», а подобное состояние - неотложностью или ургентностью (от англ. urgency - срочность, необходимость).

Неотложность (ургентность) при возникновении желания помочиться - ключевой симптом состояния, которое называется «гиперактивный мочевой пузырь» (ГаМП). Часто бывает, что, кроме нестерпимых позывов, пациента ничего не беспокоит: нет недержания мочи, анализы мочи - в норме. Поэтому ургентность часто бывает единственным ощутимым для пациента симптомом, на основании которого врач может определить, что вы страдаете ГаМП.

Основная причина ГаМП - это нарушение баланса нервных сигналов, поступающих из центральной нервной системы и периферических нервных центров к мочевому пузырю и обратно.

Как работает мочевой пузырь?

Мочевой пузырь представляет собой резервуар для накопления мочи, способный увеличиваться в объеме. По мере его наполнения в головной мозг поступают импульсы



Осень жизни - не значит старость

сы, которые сигнализируют о его состоянии.

Когда мочевой пузырь наполнен примерно на 2/3, в мозг поступает сигнал о необходимости помочиться. Удовлетворение этого позыва может быть отложено на некоторое время, если сейчас нет такой возможности (например, вы торопитесь или поблизости нет туалета). Когда возможность посетить туалет появляется, мочевой пузырь получает сигнал к действию: его стенки начинают сокращаться, а мышечное кольцо, удерживающее мочу (сфинктер), расслабляется - происходит мочеиспускание.

Итак, *когда ваш мочевой пузырь функционирует нормально, вы можете контролировать его работу.*

Лечение

ГаМП - состояние, которое возникает независимо от пола, возраста, характера трудовой деятельности и образа жизни. Многие пациенты связывают подобные изменения с возрастом и считают, что данная болезнь не поддается лечению. В итоге подавляющее большинство из них даже не обращается с этой проблемой к врачу.

Однако, как и другие заболевания, **ГаМП можно успешно лечить**, и вариантов действия здесь несколько: нелекарственные методы, медикаментозное лечение, операция.

Нелекарственные методы - самое безопасное и эффективное, что предложит вам врач. Это - различные упражнения, гимнастика, тренировка мочевого пузыря (хождение в туалет по расписанию). Тренировка помогает приучить мочевой пузырь удерживать большее количество мочи и нацелена на то, чтобы увеличить временной интервал между посещениями туалета.

Медикаментозное лечение. Значительно улучшить качество жизни при ГаМП можно с помощью подобранных врачом лекарственных препаратов, которые уменьшают непроизвольное сокращение мочевого пузыря, и внезапное желание помочиться возникает реже. Недержание мочи, вызываемое сильным позывом, может постепенно умень-



шаться, а затем, через некоторое время, прекратится совсем.

Важно знать, что лекарственные препараты, используемые для лечения неотложных позывов, отличаются своей эффективностью, переносимостью, возможностью возникновения и разнообразием побочных эффектов. Большое значение имеет также удобство приема. Это важно, так как лечение должно быть постоянным и пропуск времени приема препарата может серьезно снизить его эффективность или вызвать неприятные последствия.

Хирургическое лечение может использоваться для лечения пациентов с неотложными позывами в редких случаях, когда другие виды лечения не приносят результата. В Алтайском крае оперативное лечение данного недуга успешно проводится уже долгое время на базе урологического отделения НУЗ «Отделенческая клиническая больница станции Барнаул ОАО «РЖД».

Очевидно, что любые нарушения мочеиспускания мешают нормальной жизни. Любимый фильм, спектакль в театре, деловая встреча - да мало ли мест, где надо быть уверенным в себе, а не думать подсознательно о том, как отыскать ближайший туалет и под каким предлогом сходить туда. Возьмите ситуацию под контроль - проконсультируйтесь с врачом уже сегодня! ☺

- Основным методом лечения ГаМП остается применение М-холиноблокаторов. Однако идут разработки новых препаратов, которые проходят клинические испытания и в ближайшие годы появятся на российском рынке. Также не стоит умалять значимость антибиотикотерапии в лечении ГаМП, учитывая тот факт, что рефрактерный ГаМП и хронический цистит имеют схожий инфекционно-воспалительный генез.

И.А. Аполихина, профессор, д.м.н., кафедра акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии Первого Московского государственного университета им.И.М. Сеченова, Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им.акад.

В.И. Кулакова



Вальгусная деформация стопы. Консервативное лечение Hallux valgus

Hallux valgus невозможно устранить без операции. Тем не менее, на ранних стадиях болезни у молодых пациентов, а также при любых степенях деформации в старческом или пожилом возрасте, рекомендуется консервативная терапия. Основными ее целями являются устранение болевого синдрома и предотвращение прогрессирования болезни.

Консервативное лечение направлено на фиксацию правильного положения стопы, равномерное распределение нагрузки, улучшение кровообращения и стабилизацию мышечно-связочного тонуса. **Современная медицина располагает целым рядом методов, которые позволяют проводить лечение вальгусной деформации первого пальца стопы без операции:**

- ◆ использовать специальные ортопедические корректоры;
- ◆ использовать специальную ортопедическую обувь, чтобы устранить чрезмерное давление на область I плюснефалангового сустава;
- ◆ использовать вкладыши между I и II пальцами, чтобы предотвратить дальнейшее вальгусное отклонение I пальца;
- ◆ лечебный массаж;
- ◆ лечебная физическая культура;
- ◆ физиопроцедуры;
- ◆ ванночки;
- ◆ нестероидные противовоспалительные медикаменты;
- ◆ здоровый образ жизни.

Наибольший эффект в консервативном лечении Hallux valgus приносит регулярное ношение ортопедических корректоров. Они позволяют остановить патологические процессы на ранних стадиях либо же существенно замедлить темпы их развития. Разделяют несколько видов корректоров:

- ◆ *ортопедические шины* - конструкция, которая жёстко фиксирует деформированный сустав, не позволяя ему отклоняться дальше;
- ◆ *супинаторы, ортопедические стельки и межпальцевые валики* - при-

способления, которые визуально выравнивают стопу и помогают правильно распределить нагрузку на ее передний отдел;

- ◆ *стяжки* - средство для поддержания нормального положения поперечного свода стопы;
- ◆ *пальцевые корректоры* - особые конструкции, которые удерживают палец в естественном положении, надеваются они на время ночного сна.

Наиболее популярный корректор - **вальгусная шина (щепка)**. Это универсальное приспособление, которое с успехом используется в нескольких направлениях: как один из консервативных методов лечения бурсита, в качестве профилактической меры и в период восстановления после операции. **Вальгусная шина представляет собой небольшой бандаж, регулируемый удобным ремешком.** Она жестко фиксирует сустав в правильном положении. При этом происходит нормализация кровообращения в поврежденной области, зажа-



**Елена Николаевна
ВОРАНКОВА,**

заведующая отделением физической реабилитации, врач по лечебной физкультуре, высшая квалификационная категория, КГБУЗ «Алтайский врачбно-физкультурный диспансер»



▲ тые мышцы расслабляются. Меняя положение ремешка, корректор можно надевать поочередно на обе ноги.

Регулярное применение ночного биндажа позволяет устранить либо предотвратить деформацию стопы, а также провести коррекцию положения поперечного свода.

Вальгусную шину нельзя носить вместе с обувью! Для этого разработаны другие ортопедические корректоры. Лучший вариант - это ночной биндаж, который рекомендовано надевать на время сна и отдыха. Конструкция позволяет сохранить подвижность стопы, поэтому абсолютно не будет причинять дискомфорт во время сна.

Существуют некоторые противопоказания для применения ночного биндажа:



- ◆ четвертая степень развития заболевания;
- ◆ наличие открытых ран, ссадин на ноге;
- ◆ воспалительные заболевания суставов;
- ◆ опухоли суставов.

Межпальцевые вкладыши и перегородки из силикона ус-

траняют причину болей, не давая пальцам соприкасаться друг с другом.

Деликатно исправляют дефект «косточки». Специальная вставка удерживает большой палец стопы в правильном положении и не дает ему отклоняться во время ходьбы.

Предотвращают сдавливание обувью и останавливают рост «косточки». Уникальные свойства фиксатора нормализуют физиологическое положение большого пальца при наличии «косточки».



10 эффективных техник массажа при Hallux Valgus

Массаж по праву считается одним из самых действенных методов устранения деформации. Благодаря ему укрепляются мышцы и связки стопы, улучшается кровоснабжение мягких тканей, снижаются воспалительные процессы, уменьшаются болезненные ощущения.

Проводите такой массаж регулярно, и результаты не заставят себя долго ждать.

1. Возьмите двумя пальцами деформированный сустав и осторожно «покрутите» его вокруг своей

оси. Лёгкими движениями скручивайте палец по часовой стрелке и против нее. Придерживайте палец за первую фалангу (за ноготь) другой рукой. Проводите такой массаж в течение одной минуты на каждую ногу.



2. Большими пальцами рук массируйте мышечные волокна между пальцами стопы. Слегка надавливая пальцами, проводите сверху вниз вдоль каждого пальца. Делайте такой массаж примерно по три минуты на каждую ногу.



ливая пальцами, проводите сверху вниз вдоль каждого пальца. Делайте такой массаж примерно по три минуты на каждую ногу.

3. Большими пальцами рук массируйте связки большого пальца ноги. Чтобы увидеть ее расположение, поднимите большой палец максимально вверх. Надавливайте пальцами и проводите вдоль всей связки сверху вниз. Делайте так в течение трех минут на каждую ногу.



4. Массируем мышечные волокна большого пальца стопы. Для этого проводим двумя пальцами рук по внутренней стороне стопы. Слегка надавливайте пальцами, но если будет больно, то снижайте интенсивность. Проводите такой массаж в течение 2-3 минут на каждой ноге.



5. Поднимайте четыре пальца вверх, отрывая их от поверхности. При этом большой палец должен оставаться неподвижным. Сразу может не получиться, поэтому запаситесь терпением. Проводите по 10-15 подъемов на каждую ногу.



6. Отводите большой палец ноги в сторону мышечным усилием без внешней помощи. Даже если визуально палец остается на месте, просто напрягай-



те мышцу. Стремитесь отводить большой палец во внутреннюю часть стопы. Сделайте по 10-15 отклонений на каждую ногу.



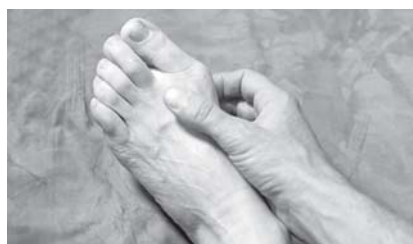
7. Оттяните большой палец вверх и при этом мышечным усилием давите большой палец ноги к полу. Держите палец в одной точке и не позволяйте ему опускаться. Напрягайте мышцы со следующим интервалом: 3 секунды - давите, 5 секунд - просто держите палец. Проводите такой массаж по 3 минуты на каждую ногу.



8. Эта методика похожа на предыдущую, только всё наоборот. Вы прижимаете большой палец ноги к полу рукой, а мышечным давлением стремитесь оторвать его от земли и поднять вверх. Интенсивность здесь такая же: 3 секунды - напрягаете мышцу, 5 секунд - отдыхаете. Делайте по 3 минуты на каждую ногу.



9. Большим и указательным пальцами руки массируйте деформированный сустав сверху и снизу. Не переусердствуйте и не давите слишком сильно. Цель такого массажа - усилить кровоток и уменьшить воспалительный процесс. Массируйте по 2-3 минуты каждую ногу.



10. Одной рукой возьмитесь за стопу, а другой - за первую фалангу большого пальца. Слегка тяните палец вперед, при этом делайте так, чтобы сустав был параллелен другим четырём пальцам. То есть вы ставите палец в его здоровое положение и при этом тянете его вперед. Будьте очень осторожны, так как могут возникнуть болезненные ощущения. Делайте всё плавно и без рывков, увеличивайте усилия постепенно.



Профилактика появления «косточки» на большом пальце ноги

Какими бы ни были инновационные технологии, лучшее лечение - это профилактика. В качестве основных советов по профилактике образования косточек на ногах можно выделить следующие моменты:

1. правильная обувь. Несколько основных правил по выбору обуви:

- не выбирайте обувь только по размеру: разные фирмы имеют разную размерную сетку, обувь надо обязательно мерить,
 - выбирайте обувь, которая повторяет форму вашей стопы настолько, насколько это возможно,
 - измеряйте стопы регулярно: ваш размер может меняться с возрастом,
 - обязательно примеряйте оба ботинка: у многих людей одна нога больше другой - ориентируйтесь по большей,
 - выбирайте обувь в конце дня, когда стопы больше всего,
 - встаньте после того, как наденете обувь, проверьте, что для пальцев достаточно места (1-1,5 см от самого длинного),
 - будьте уверены, что носок хорошо сидит в самом широком месте,
 - не покупайте туфли, которые вам тесны, в надежде на то, что они растянутся,
 - ваша пятка должна чувствовать себя комфортно, но максимально плотно,
 - пройдите в обуви, чтобы быть уверенным, что всё в порядке,
 - каблук должен быть не выше 4 см,
 - если вы не можете отказаться от шпильек, то обязательно вставляйте специальную стельку для высоких каблуков с поперечным корректором для поддержания стопы,
 - ношение специальной спортивной обуви для конкретного вида двигательной активности (для спортсменов);
- 2.** если весь день пришлось пробегать на шпильках, то вечером уставшим ногам обязательно нужно устроить **расслабляющие процедуры**: это могут быть теплые ванночки либо массаж;
- 3. сбалансированное питание и отказ от вредных привычек:** такие меры позволят предотвратить нарушения обмена веществ, появление лишнего веса;
- 4. регулярные физические упражнения** для укрепления связок стопы;
- 5. обязательное ежегодное обследование** у специалиста-ортопеда. ☺





**«Открытая
регистратура» -
для всех
пациентов**



Диатез у ребенка



**Тема, которую не
обсуждают вслух**



**И вы поймете, что
у вас есть мышцы!**

На обложке: фоторепортаж с мероприятия, посвященного подведению итогов ежегодного благотворительного марафона «Поддержим ребенка», 08.08.2016, Молодежный театр Алтая.

«Открытая регистратура» - для всех пациентов	2-3
Э.В. Эбель, Т.Г. Боткина. Особая категория - больные ожогового отделения	4-8
И.А. Шалунова. Как сохранить эндокринное здоровье ребенка	9-10
Новости здравоохранения Алтайского края	11-12
СПОРТ ВО ИМЯ ЖИЗНИ	
А.Ф. Бузина. Кинезиотейпирование - для всех!	12-13
Я больше не боюсь! Обсуждаем онкологию без страха	14
Новости здравоохранения России	15
ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА	
Т.М. Черкасова, О.В. Невская. Диатез у ребенка	16-17
И.В. Дёмкина. Остеомиелиты лицевых костей у детей	18-19
Новости здравоохранения Алтайского края	20
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ	
Как уберечь себя от артериальной гипертонии	21-24
Ключи к успеху	25
Что, если люди перестанут забывать?..	25
И.С. Попов. Как победить варикоцеле	26-27
П.В. Рябчун. Тема, которую не обсуждают вслух...	28-29
Новости здравоохранения России	30
Взятки сладки	31
СПОРТ ВО ИМЯ ЖИЗНИ	
Т. Царева. И вы поймете, что у вас есть мышцы!	32-33
Вырабатываем силу голоса	34
СПОРТ ВО ИМЯ ЖИЗНИ	
Е.Н. Воранкова. Вальгусная деформация стопы. Консервативное лечение Hallux valgus	35-37
Семь упражнений от боли в спине	38-40
Традиции сопричастности, сопереживания чужому горю не забыты в нашем обществе	41-42
Новости здравоохранения России	43



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!

ИЗВЕЩЕНИЕ	<p>Внимание!!! Обязательно заполнить (указав полный адрес) строку получателя корреспонденции.</p> <p>Наименование получателя платежа: ООО "Издательство "Вечерний Новоалтайск"</p> <p>ИНН: ИНН 2263020152 КПП 220801001 Номер счета получателя платежа: 40702810600020000162 Наименование банка: ООО КБ "Алтайкапиталбанк" г.Барнаул БИК: 040173771 Кор.счет: 30101810900000000771 ОКПО: 52090627 ОГРН: 1022202409426 Наименование платежа: Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» на 2017 г. №1-12 Плательщик (Ф.И.О.): _____ Наименование фирмы, контактный телефон _____ Адрес получателя корреспонденции _____ Почтовый индекс, город (район, название поселка), _____ улица, дом, квартира (офис) _____ Наименование фирмы (ФНО) получателя, контактное лицо, телефон _____</p>													
	Кассир	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Назначение платежа</th> <th>Сумма</th> <th>Итого к уплате</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2017 год, №1-12</td> <td>975-00</td> <td>975-00</td> </tr> <tr> <td>Плательщик (подпись) _____</td> <td>Дата _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">Подписной индекс - 31039</td> </tr> </tbody> </table>	Назначение платежа	Сумма	Итого к уплате	Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2017 год, №1-12	975-00	975-00	Плательщик (подпись) _____	Дата _____		Подписной индекс - 31039		
Назначение платежа	Сумма	Итого к уплате												
Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2017 год, №1-12	975-00	975-00												
Плательщик (подпись) _____	Дата _____													
Подписной индекс - 31039														
КВИТАНЦИЯ	<p>Наименование получателя платежа: ООО "Издательство "Вечерний Новоалтайск"</p> <p>ИНН: ИНН 2263020152 КПП 220801001 Номер счета получателя платежа: 40702810600020000162 Наименование банка: ООО КБ "Алтайкапиталбанк" г.Барнаул БИК: 040173771 Кор.счет: 30101810900000000771 ОКПО: 52090627 ОГРН: 1022202409426 Наименование платежа: Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» на 2017 г. №1-12 Плательщик (Ф.И.О.): _____ Наименование фирмы, контактный телефон _____ Адрес получателя корреспонденции _____ Почтовый индекс, город (район, название поселка), _____ улица, дом, квартира (офис) _____ Наименование фирмы (ФНО) получателя, контактное лицо, телефон _____</p>													
	Кассир	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Назначение платежа</th> <th>Сумма</th> <th>Итого к уплате</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2017 год, №1-12</td> <td>975-00</td> <td>975-00</td> </tr> <tr> <td>Плательщик (подпись) _____</td> <td>Дата _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">Подписной индекс - 31039</td> </tr> </tbody> </table>	Назначение платежа	Сумма	Итого к уплате	Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2017 год, №1-12	975-00	975-00	Плательщик (подпись) _____	Дата _____		Подписной индекс - 31039		
Назначение платежа	Сумма	Итого к уплате												
Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2017 год, №1-12	975-00	975-00												
Плательщик (подпись) _____	Дата _____													
Подписной индекс - 31039														

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: nebolen@mail.ru



Алтайский краевой благотворительный марафон

«Поддержим ребенка»

