

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

6+

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№3 (171) МАРТ 2017



ТОРЖЕСТВЕННАЯ ЦЕРЕМОНИЯ
ВРУЧЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННЫХ
НАГРАД РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
И НАГРАД АЛТАЙСКОГО КРАЯ



www.altairregion22.ru



Торжественная встреча Губернатора Алтайского края с краевым женским активом, посвященная Международному женскому дню 8 Марта



*Да здравствуют! Да здравствуют!
Да здравствуют все женщины России!
Вы - соль земли, вы - ось земли!
Исполнены достоинства и силы!
Озарены вы светом материнства,
Рождаете вы светлую любовь,
В делах успех великих воплотиться
И женщиной остаться сильной вновь.
Желаем вам, чтоб каждый новый час
И каждый новый день
хотелось улыбаться!
Как вы прекрасны, женщины, сейчас!
Желаем навсегда такими оставаться!*



Как вы прекрасны, женщины Алтая!



«Как вы прекрасны, женщины Алтая!»

- лейтмотив ежегодной торжественной встречи Губернатора края Александра Карлина с женским активом региона, которая прошла 6 марта в концертном зале «Сибирь». Ее участницами стали 450 представительниц прекрасного пола - общественные деятели, руководители и специалисты различных организаций, представители районных и сельских женсоветов и Общественной женской палаты при Губернаторе края.

Александр Богданович отметил, что в Алтайском крае проживают **1,3млн. женщин**, которые успешно трудятся в сельском хозяйстве, образовании, культуре, в учреждениях социальной защиты населения. Многие наши землячки заслуженно удостоены высоких наград и почетных званий, а их имена навечно вписаны в историческую летопись Алтая.

Глава региона в своей приветственной речи подчеркнул **значимость активно развивающейся в Алтайском крае туристической отрасли**. 1 марта в Совете Федерации Федерального Собрания РФ состоялось первое организационное заседание по созданию Туристской ассоциации регионов России. «*Впервые мы сформировали координационный совет туристических регионов России, где председательство предоставлено Алтайскому краю. Особенно приятно отметить, что в развитии ряда ее структур ключевые задачи решают женщины*», - напомнил Александр Карлин. Он подчеркнул, что 2016 год край завершил успешно, с хорошими результатами во всех ключевых отраслях экономики, в том числе благодаря «*неустанному труду жительниц края*». Новый период развития региона ставит новые задачи, в решении которых активно участвуют наши землячки. В числе главных приоритетов ближайших лет - **работа в рамках федеральной программы по созданию новых учебных мест в целях ухода от двухсменности**.

Активное участие в жизни края женщины сочетают с исполнением своей ключевой социальной роли - матери, жены, хранительницы семейного очага. Краевые власти делают всё возможное, чтобы действовать им в этой благородной миссии. «*Мы безусловно выполняем все указания Президента России в области охраны материнства и укрепления здоровья подрастающего поколения. Кардинально изменились условия в учреждениях родовспоможения и детской медицины. Достойным подарком не только женщинам, а и всем жителям региона стал новый краевой перинатальный центр с глубоким названием «ДАР» - один из самых больших и самых технически оснащенных за Уралом. Это стало событием поистине всероссийского масштаба! Вескими доказательствами нашей успешной работы по реализации семейной и демографической политики служат самые высокие за последние два десятилетия показатели рождаемости; значительное снижение детской и материнской смертности; увеличение в два раза числа многодетных семей*», - отметил глава региона.

В ближайшее время краевые власти готовы совместно с членами Женской палаты при Губернаторе реализовать еще один значимый проект - **создание центра помощи супругам, столкнувшимся с различными трудностями**. «*Центр «ЛАД» будет заниматься проблематикой экологии семьи. Он будет, с одной стороны, решать ряд вопросов конкретных семей, столкнувшихся с трудностями. С другой, будет выступать в качестве методического центра, куда смогут обращаться за помощью и поддержкой не только семьи, но и общественные женские организации, муниципальные структуры*», - заявил Александр Карлин.

Традиционно в этот день глава региона лучшим из лучших вручил заслуженные государственные и краевые награды.

Благодарностью Президента за заслуги в развитии здравоохранения и многолетнюю добросовестную работу награждена врач Диагностического центра Алтайского края **Зоя ЕФИМЕНКО**. Указом Губернатора медалью за заслуги в труде - учитель начальных классов Белокурихинской средней школы №1 **Галина МЕДВЕДЕВА**. Медали «За заслуги перед обществом» удостоена профессор кафедры народных инструментов и оркестрового дирижирования Алтайского государственного института культуры **Нина Крючкова**, Почетной грамоты Правительства Алтайского края - директор Алтайского музейно-библиотечного центра **Наталья МАЦНЕВА**.

Большую роль в реализации в крае социальной политики, нравственном и патриотическом воспитании подрастающего поколения играют женские общественные организации. Глава региона призвал участниц торжественной встречи **усилить совместную работу по пропаганде созидательного труда, сохранению традиционных семейных ценностей и традиций патриотизма**.

За многолетнюю и плодотворную работу в области охраны материнства и детства, а также в связи с празднованием 30-летнего юбилея Алтайского краевого Совета женщин - отделения Союза женщин России юбилейными медалями «Дочери Отчизны» награждены: участник ВОВ, председатель городского комитета ветеранов ВОВ **Матрена АНДРЕЙЧЕНКО**; мать Героя Советского Союза Константина Павлюкова, председатель Совета семей воинов, погибших в Афганистане, **Светлана ПАВЛЮКОВА**; председатель Совета женщин Угловского района, редактор районной газеты «Трудовая слава» **Тамара ПЯТКОВА**.

Песни и стихи премьерной концертной программы Государственного молодежного ансамбля песни и танца Алтай стали достойным подарком всем участницам встречи. ☺



От онкозаболеваний убережет профилактика

Не секрет, что в Алтайском крае уровень онкологической заболеваемости выше, чем в среднем по России. И в деле борьбы с онкологией не всё зависит от успехов медицины и умения врачей: в вопросах профилактики одно из главных мест занимает сам человек и его осознание высокой степени ответственности за свое здоровье.

Профилактика онкологических заболеваний - это, прежде всего, правила жизни для тех, кто попадает по разным причинам в группу риска или сам максимально заинтересован в сохранении своего здоровья. Об этом наш разговор с **Татьяной Владимировной СИНКИНОЙ**, врачом-онкологом высшей квалификации, кандидатом медицинских наук, заведующей отделением профилактики и индивидуального прогнозирования злокачественных новообразований Алтайского краевого онкологического диспансера.

- Татьяна Владимировна, какие первоочередные задачи стоят перед возглавляемой вами структурой диспансера?

- На сегодня отделение - главное организующее звено по вопросам профилактики злокачественных новообразований в Алтайском крае. Основной задачей его работы является **формирование регистра предрака высокого риска**, включающего: *пострадавших от радиационных катастроф* (вследствие деятельности Семипалатинского полигона и аварии на Чернобыльской АЭС); *лиц, у которых три и более кровных родственника имели онкологические заболевания; пациентов, перенесших в детском возрасте злокачественные новообразования*. Особого внимания требуют и *пациенты с облигатными заболеваниями* (при которых риск перехода в злокачественные новообразования очень высок). К данной категории относятся нейрофиброматоз, внутрипротоковая папиллома молоч-

ной железы, папилломатоз мочевого пузыря, листовидная фиброаденома молочной железы, меланоз Дюбрея, заболевания, при которых выявляется дисплазия тяжелой степени или в стадии *in situ*, а также ряд других.

Если пациент относит себя к какой-либо из названных выше групп, то ему следует обратиться к нам в отделение для постановки на учет и проведения обследования. Подчеркну, что оно проводится совершенно **бесплатно**. Для этого необходимо прийти **утром натощак**, с собой иметь следующие документы: **паспорт, страховой полис, СНИЛС**. Обследование проходит в несколько этапов. На первом сдаются необходимые анализы. Далее проводится анкетирование: пациенты отвечают на специально разработанные вопросы. На третьем этапе, завершающем, производится компьютерная обработка всех результатов и каждому определяется его индивидуальная степень онкологического риска. По показаниям пациентам выполняется молекулярно-генетическое исследование. Например, если у бабушки, мамы обследуемого были злокачественные образования молочной железы, яичников, то он попадает в группу риска наследственно-обусловленного рака. Проведение молекулярно-генетического теста позволит подтвердить или развеять эти предположения.

Несмотря на обилие факторов риска, риск развития рака у населения в целом небольшой - от 20 до 30%. Риск до 60% имеют пациенты с хроническими заболеваниями, которые



должны обязательно наблюдаться и лечиться у узких специалистов. Если выявленный риск достигает 80% и выше, то пациентам этой категории требуется углубленное инструментальное дообследование, которое проводится в условиях нашего диспансера. При отсутствии онкологического заболевания пациенту разрабатывают рекомендации по стилю и образу жизни, назначается комплекс реабилитационно-восстановительных мероприятий, направленных, в том числе, и на лечение сопутствующих заболеваний. **Все пациенты регистра находятся на пожизненном диспансерном наблюдении.**

- Сколько человек находятся на учете в регистре отделения профилактики?

- На сегодняшний день в отделении профилактики состоит **9686 человек**. Преимущественно это пациенты, у которых три и более кровных родственников страдали онкологическим заболеванием, - это 6,5 тысяч жителей нашего региона.

- И это - показательный результат упорной работы специалистов отделения.



- Именно так. Отделение профилактики и индивидуального прогнозирования злокачественных новообразований было открыто в 1996 году. Этот шаг был инициирован нашим главным врачом **Александром Федоровичем ЛАЗАРЕВЫМ**. Это его детище, которым он по праву гордится, направляет его развитие, вносит коррективы и рекомендации. Работа не так быстро настроилась. Для большинства наших пациентов оказалось не просто прийти и узнать уровень собственных рисков. На первоначальном этапе потребовалась большая разъяснительная работа, привлечение СМИ. Специалисты терпеливо объясняли, что не стоит бояться обследования, его нужно пройти - и жить дальше спокойно. Молодые люди довольно охотно приходят к нам, чтобы узнать перспективы своего здоровья и возможные риски, вовремя решить потенциальные проблемы.

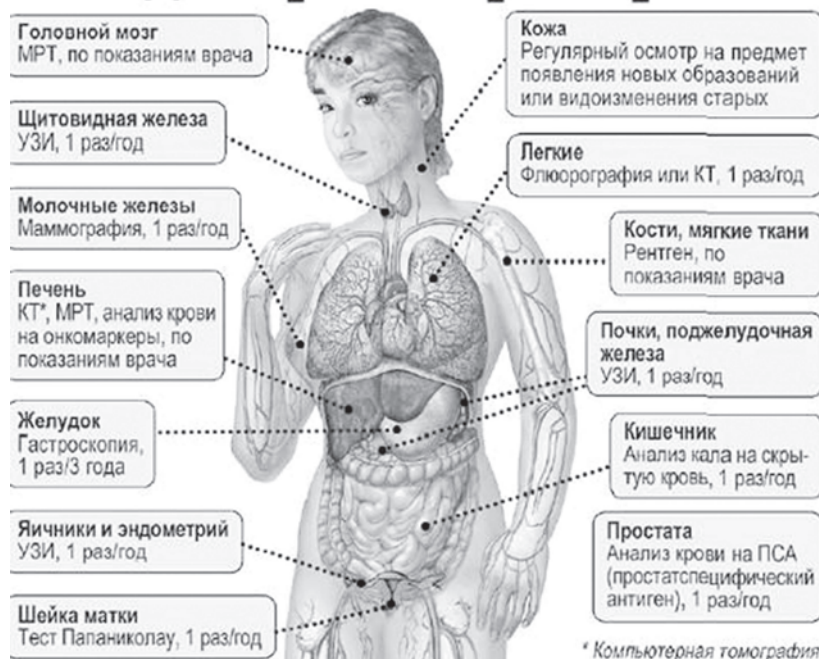
- А старшее поколение как относится к вопросам онкопрофилактики?

- Когда отделение начинало работать, была настороженность. Сейчас и возрастные пациенты стали больше беспокоиться о своем здоровье, однако опасения, неуверенность в таком шаге сохраняются: есть страх того, что у них выявится злокачественное образование. И я хотела бы отдельно обратиться к этой группе населения. Согласно статистике, **пик заболеваемости приходится на людей немолодых - старше 60-65 лет. Поэтому страх ранней диагностики не оправдан:** лучше выявить заболевание на ранних стадиях, тогда и эффект от лечения будет выше. Наука не стоит на месте. Сейчас проводятся органосохраняющие операции, о которых совсем недавно мы, онкологи, даже и не мечтали. Сейчас общепризнан индивидуальный подход к лечению пациента.

- Составленный регистр предрака высокого риска объединяет почти 10 тысяч человек. Что можно считать итогом этой большой работы?

- Мы удержали людей от болезни или вылечили их на ранней стадии. *В регистре есть сведения о 181 человеке с выявленной наследственной генетической поломкой, мутацией генов.* Внешне это совершенно здоровые люди, но их матери, бабушки страдали от рака молочной железы или яичников. У людей, имеющих генную мутацию, риск развития рака выше, чем у остальных. Этой категории пациентов необходимо своевременно под-

Не доверяй. Проверь!



сказывать, как нужно вести себя в определенные моменты жизни, каких правил нужно придерживаться в репродуктивный период, как организовать питание, отдых, работу и т.д. Такие пациенты заинтересованы в максимальной информированности и своевременном индивидуальном обследовании.

- Какие советы можно дать всем, кто стремится избежать онкологии?

- **Каждый человек сам должен заботиться и следить за состоянием своего здоровья.** Регулярно посещать смотровой кабинет, проходить тот минимум обследований, который назначается в поликлинике при диспансеризации: рентгенографию лёгких, УЗИ внутренних органов, щитовидной железы, женщинам - УЗИ органов малого таза, УЗИ молочных желез (до 40 лет), маммографию (после 40 лет), мужчинам - трансректальное УЗИ предстательной железы.

Здоровье человека в 70% зависит от самого человека - от его образа жизни, двигательной активности, рационального питания, вредных привычек, экологии, социальной адаптации, душевно-духовной гармонии. **Правильное питание, физическая активность, здоровый вес могут снизить риск на 30-40%.**

Наш край имеет повышенную солнечную ультрафиолетовую активность. **Ограничение нахождения на солнце,** особенно когда оно в зените, имеет перво-

Новому поколению свойственны приверженность здоровому образу жизни, принципам правильного питания, регулярной физической активности, прохождению диспансеризации и всех необходимых обследований.



Победим свой страх!

◀ степенное значение для тех, у кого белый тип кожи, голубые глаза, имеются пигментные образования на коже либо веснушки, так как у них выше риск развития рака кожи.

Всем людям всех возрастов нужна регулярная умеренная физическая нагрузка. Для молодых людей она одна, для тех, кто постарше, - другая. Для большинства даже ходьба в течение 40 минут пять раз в неделю будет достаточной нагрузкой. Альтернатива - 30-минутные занятия в фитнес-центре четыре раза в неделю, или подобрать для себя иной необходимый минимум физических нагрузок. Если у человека ожирение, ему нужно двигаться по 1,5 часа 4 раза в неделю. **Обязателен и активный мыслительный труд.**

Установлена отчетливая связь между стрессовыми ситуациями в жизни человека и возникновением злокачественных новообразований. Риск их возникновения резко возрастает при эмоциональной подавленности. А вот **оптимизм укрепляет иммунитет, ощущение счастья продлевает жизнь.** Если человек длительно находится в состоянии стресса, не может из него выйти самостоятельно, необходимо обратиться к специалистам-психотерапевтам, чтобы снизить пик стрессогенной активности.

Далее - **организм нуждается в отдыхе.** Ночной сон должен длиться не менее 8 часов. Особое внимание следует обратить на **организацию питания** - в ежедневном рационе должно быть до пяти порций овощей и фруктов. Не стоит забывать про такой полезный продукт, как **чеснок**: рекомендуем каждый день съедать по 1-2 зубчика. Систематически употребляйте **морепродукты**: рыбу жирных сортов, морскую капусту.

Также надо сказать о полезных свойствах **зеленого чая**. Считается, что антиоксиданты, содержащиеся в нем, помогают остановить рост раковых клеток. Доказано, что в странах, где зеленый чай является любимым напитком, ниже риск развития рака желудка. Но надо помнить, что чай с сахаром или выпечкой перечеркивает все прекрасные свойства этого напитка. Отдельных слов заслуживает **вода**, которую мы пьем. Человек должен потреблять до двух литров (в летний период даже больше) чистой

фильтрованной, отстоянной воды в день.

Предпочтительной является **средиземноморская кухня**, в которой много рыбы, оливкового масла, овощей и фруктов, но никак не фастфуд. Следует ограничить потребление жареной, копченой, соленой пищи.

Это - тот минимум правил, который человек вполне может выполнить. На самом деле **есть только несколько факторов, которые мы не можем изменить: наш возраст и генетика. На остальное мы можем хотя бы частично повлиять.** Например, мы живем на Алтае, где растут уникальные по своим свойствам **ягоды**: облепиха, калина, черника, брусника - кладезь витаминов. Прекрасным продуктом, укрепляющим организм, являются **алтайские кедровые орехи.**

На фактор **курения** отводится от 30 до 35% - это доказано. Вообще курильщики ставят на себе величайший онкологический эксперимент. Ведь заболеваемость и смертность от рака лёгких в 10 раз выше именно у курильщиков!

Алкоголь также вносит свою лепту в развитие злокачественных новообразований. Россия входит в семерку лидеров в мире по потреблению алкоголя. Уровень употребления чистого алкоголя свыше 7л в год, считается угрожающим здоровью нации. Так вот в России выпивают 15 литров. Особенность потребления алкоголя в нашей стране в том, что пьют суррогаты (преимущественно это женщины), употребляют крепкий алкоголь и отсутствует культура питья.

Необходимо принимать **витамино-минеральные комплексы.** Если в Европе витамины регулярно принимает 50% населения, в США - около 80%, то в России - меньше 3%! При этом практически в 80% случаев у жителей нашей страны отмечается дефицит йода, а также бета-каротина, фолиевой кислоты. Поэтому употреблять витаминно-минеральные комплексы необходимо, особенно в осенне-зимний период, когда поступление необходимых организму веществ с пищей снижается.

Выезжать за город, отдыхать на природе, стараться получать позитивные эмоции - очень важно! Если в выходной день вы погуляли 40-50 минут в лесу, по берегу реки, вы уже организм освободили от канцерогенов,

накопленных за неделю в городе. Любите себя, заботьтесь о себе и будьте здоровы!

- Почему вы выбрали эту область медицины?

- В отделении я работаю с 1999 года. Мне всегда было интересно этим заниматься. Сейчас вопросам профилактики уделяется всё больше внимания. Радует то, что к этому направлению проявлен интерес Правительства Алтайского края. Так, в декабре 2016 года Губернатор региона наградил нас дипломом лауреатов премии Алтайского края в области науки и техники. **Наша работа «Регистр предрака высокого риска как один из реальных путей реализации эффективной профилактики рака в современных условиях» стала лучшей в номинации «Разработка и практическое применение новых методов и средств в здравоохранении».** Александр Федорович Лазарев был идеологом и руководителем этой большой работы. Также, помимо меня, ее активные участники - **В.Д. ПЕТРОВА** и **Ю.Н. ДИМИТРИАДИ.** Конечно, это большая награда, которой оценен многолетний труд нашего коллектива отделения. Результат нашей работы - сохраненное здоровье тысяч жителей края, и это не может не радовать.

Наше отделение профилактики и индивидуального прогнозирования злокачественных новообразований является уникальным, единственным подобным за Уралом. Используемая программа обследования запатентована, разрабатывал ее Александр Федорович. Она постоянно модернизируется, пополняется дополнительными методиками. Год назад отделение профилактики открылось в Бийске. Но степень онкологического риска пациентам по-прежнему определяем только мы, коллектив отделения профилактики АКОД.

Отделение участвует в международных проектах, одним из которых является обследование пациентов на иммуносигнатуру. Идет к завершению работа «DEFINE - тест онкориска». Цель этого инновационного метода - выявление рисков злокачественных новообразований по каждой нозологии. Начало уже положено. Перспективы впереди. Оптимизма не отнимать! ☺



Центры здоровья и диспансеризация

Если к врачу в поликлинику принято обращаться, когда заболевания уже проявились, то в центры здоровья могут прийти люди, которые чувствуют себя хорошо, но хотят знать, как можно предотвратить болезни.

Бесплатно обратиться в ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ может любой гражданин РФ, если у него есть полис обязательного медицинского страхования и паспорт.

Запись осуществляется по предварительному звонку на конкретное время. Пройти обследование можно в течение 40 минут и на основании результатов почти сразу получить конкретные индивидуальные рекомендации. Поэтому центры здоровья удобны для работающих людей. Также активно практикуется выездная форма работы в организованные трудовые коллективы.

Здоровые люди благодаря обследованию могут взглянуть на свои проблемы с другой стороны. Врачи центра здоровья помогут **скорректировать образ жизни**, чтобы не усугублять уже имеющиеся заболевания. Врачи объяснят, как можно снизить факторы риска хронических неинфекционных заболеваний. К таким факторам относятся: вредные привычки, нездоровое питание, повышенный уровень холестерина и сахара, высокое артериальное давление, низкий уровень физической активности, избыточная масса тела, стресс, депрессия, тревога.

Какие обследования доступны в центрах здоровья?

◆ **Анализ крови:** определение уровня холестерина и глюкозы в крови.

◆ **Оценка состояния сердца по ЭКГ.**

◆ **Пульсоксиметрия** (измерение степени насыщения гемоглобина артериальной крови кислородом (сатурация) и частоты пульса).

◆ **Спирометрия** - измерение объемных и скоростных показателей дыхания.

◆ **Определение концентрации оксида углерода в выдохе.** Этот анализ нагляден для курильщиков, у которых уровень оксида углерода (угарного газа) в выдохе очень высок.

◆ **Биоимпедансометрия** - определение состава тела человека: соотношения жировой и мышечной массы.

◆ **Измерение роста, веса, объема талии, вычисление ИМТ.**

◆ **Выявление заболеваний периферических артерий.**

◆ **Посещение офтальмолога:** проверка остроты зрения и внутриглазного давления.

Все данные получает врач центра здоровья, оценивает их и предлагает индивидуальный план по оздоровлению.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЮ могут пройти все лица **старше 18 лет:** работающие, неработающие, студенты, пенсионеры - **раз в три года** (в тот год, когда ваш возраст делится без остатка на три). Для этого нужно обратиться в поликлинику, к которой вы прикреплены, имея при себе паспорт и полис медицинского страхования. Обратите внимание, что **1 раз в 2 года** граждане, которые не



подлежат диспансеризации в текущем году, могут пройти **профилактический медицинский осмотр**. Его цели такие же, только число исследований - меньше.

Согласно закону, работодатель обязан беспрепятственно отпустить работника на диспансеризацию и засчитать ему этот день как рабочий.

Диспансеризация разделена на два этапа.

Цель первоначального обследования - выявление признаков хронических неинфекционных заболеваний, определение показаний к выполнению дополнительных обследований. Таким образом, первый этап включает в себя: опрос; измерение роста, веса, индекса массы тела; измерение артериального давления; определение уровня общего холестерина, глюкозы в крови, суммарного сердечно-сосудистого риска; ЭКГ, для женщин - осмотр акушеркой, включая взятие мазка на цитологическое исследование; флюорографию; маммографию (для женщин с 39 лет); клинический и биохимический анализ крови; анализ мочи; исследование кала на скрытую кровь (для граждан после 45 лет); определение уровня простатспецифического антигена в крови (для мужчин старше 50 лет); УЗИ органов брюшной полости (после 39 лет); измерение внутриглазного давления (с 39 лет); профилактический прием невролога (после 51 года); прием терапевта.

Цель углубленного медицинского осмотра - уточнение диагноза, консультации специалистов. Второй этап диспансеризации включает в себя (при наличии показаний): дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий; эзофагогастродуоденоскопию; консультацию специалистов; колоно- или ректороманоскопию; определение липидного спектра крови, концентрации гликированного гемоглобина в крови или тест на толерантность к глюкозе; индивидуальное углубленное профилактическое консультирование.

Помните, что **диспансеризация - это быстро** (медицинские организации обязаны провести весь объем исследований и консультаций за несколько посещений), **информативно** (вы получите информацию о состоянии своего здоровья и рекомендации) и **бесплатно** (медицинская организация получает средства за проведение профилактических осмотров и диспансеризацию из системы ОМС). ☺



Помогающие больному сердцу

В этом номере журнала мы знакомим наших читателей с коллективом кардиологического отделения №2 КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер».

Здесь работают молодые врачи, не только влюбленные в дело, которому служат, но и умеющие профессионально и четко оказать помощь, поставить диагноз и назначить лечение в самых тяжелых случаях.

В кардиологическом отделении №2 АККД работают врачи высшей категории - **Надежда Геннадьевна МИРОНОВА**, **Оксана Владимировна ПАВЛОВА**, первой категории - **Елена Николаевна ГРИДАСОВА**, **Анна Александровна НАЛИВАЙКО**, второй категории - **Олеся Валерьевна ГРИЦЕНКО**, **Юлия Владимировна ЧУГУНОВА**, **Ольга Сергеевна ЦВЕТКОВА**. Два доктора: О.В. Гриценко и Ю.В. Чугунова - кандидаты медицинских наук.

О работе отделения рассказывает его руководитель **Надежда Геннадьевна МИРОНОВА**, врач-кардиолог высшей квалификационной категории, имеющая стаж работы в кардиологии 26 лет.

- Надежда Геннадьевна, кто ваши пациенты?

- В кардиологическом отделении №2 проходят лечение больные с трудно корригируемым артериальным давлением, с декомпенсацией хронической сердечной недостаточности, с заболеваниями клапанного аппарата (врожденными или приобретенными пороками сердца), с нарушением ритма сердца, ишемической болезнью сердца.

Также мы проводим отбор и подготовку больных на инвазивные методы исследования сердечно-сосудистой системы (коронароангиографию) и предоперационную подготовку для оперативного лечения больных с пороками сердца, с нарушениями ритма, с ишемической болезнью сердца (аортокоронарное шунтирование, баллонная ангиопластика, стентирование) в условиях нашего кардиодиспансера или для направления пациентов в федеральные кардиохирургические центры.

- Такой внушительный список принимаемых больных потому, что возможности Алтайского краевого кардиологического диспансера в диагностике и лечении шире, чем у других краевых лечебных учреждений?

- В краевую клиническую больницу скорой медицинской помощи, например, пациенты поступают в экстренных случаях, там помощь требуется иного характера, поэтому в арсенале коллег нет ряда методов обследования, которые есть у нас. Например, пациент поступает с впервые возникшей стенокардией или с подозрением на инфаркт миокарда, тогда обязательно проводится коронароангиография. Эта инвазивная методика предполагает в дальнейшем оперативное лечение, как баллонная ангиопластика, стентирование сосудов. Такие пациенты, как правило, госпитализируются в отделение острого инфаркта миокарда нашего кардиодиспансера.

- Насколько индивидуален выбор лечения для каждого больного, имеющего проблемы с сердечно-сосудистой системой?

- Существует стандарт лечения при каждом заболевании. При лечении гипертонии, например, назначаются препараты из пяти основных групп. Каждая группа достаточно многочисленна. И лечение назначается, исходя из имеющихся у пациента сопутствующих заболеваний, с учетом возможных осложнений, которые могут быть спровоцированы приемом конкретных препаратов. Иногда мы назначаем сразу комбинированное лечение, то есть несколько препаратов, но в меньших дозах.



Сердечный разговор с кардиологом

Время пребывания пациента в нашем отделении ограничено, поэтому мы решаем самые первоочередные вопросы лечения.

- Назначаемые препараты надо принимать постоянно?

- Это зависит от заболевания. К примеру, на сегодня не существует курсового лечения артериальной гипертензии. Прием препаратов при этом заболевании должен быть постоянным и ежедневным. Варьироваться могут только дозы. Подбор гипотензивной терапии должен осуществляться на амбулаторном этапе, а не в условиях стационара, поскольку эффективность препаратов можно оценить только через 4-6 недель их непрерывного приема. Главным критерием правильности подбора препаратов является достижение целевых цифр артериального давления. *В общей популяции систолическое артериальное давление составляет менее 140 и диастолическое - менее 90 мм рт.ст. Для больных сахарным диабетом диастолическое давление должно быть меньше 85 мм рт.ст.*

- У вас, как руководителя, есть принципы в работе, которым всегда следуете?

- Стараюсь поддерживать дисциплину, считаю, что это самое главное. Важно также поддерживать стремление докторов к новым знаниям, освоению новых методик. Медицина сегодня - быстро развивающаяся отрасль. Быть в курсе всех новшеств, открытий - значит помочь человеку победить болезнь в особенно сложном случае. И, конечно, важны общечеловеческие отношения: дружба, взаимопомощь, поддержка.

Важной составляющей нашей профессии является умение получить исчерпывающую информацию от пациента о его здоровье. Мы огра-



Коллектив кардиологического отделения №2 Алтайского краевого кардиологического диспансера

ничены во времени, поскольку нагрузка у врача большая. Поэтому надо уметь задавать вопросы, четко их формулировать. В этом случае и пациенту легче отвечать на вопросы, чем заниматься долгим повествованием.

- Расскажите о вашем коллективе.

- В АККД я работаю с 1993 года, с 2003 года заведую кардиологическим отделением №2. Коллектив наш молодой: почти все доктора отделения имеют стаж до десяти лет. Но уже можно сказать, что коллеги грамотны, вдумчивы, а значит, сделанный ими выбор профессии не случаен. В течение всей своей жизни врач лечит больных, и он должен быть готов к этому, не имеет права ссылаться на усталость или профессиональное выгорание.

Молодые доктора активно участвуют в профессиональных форумах, съездах, конференциях. Их стремление к максимальной информированности о новшествах в кардиологии, к обучению позволяет сделать лечение пациентов максимально результативным.

Наряду с решением ежедневных задач врачами отделения оказывается консультативная

помощь врачам ЛПУ Барнаула и края.

- Традиционный вопрос: как сохранить сердце здоровым на протяжении жизни?

- Ответ известен. **Необходимо придерживаться здорового образа жизни, не курить, отказаться от вредных привычек.**

Важно также **ограничить употребление соли в пищу**, особенно больным артериальной гипертензией: в сутки можно употреблять не более 5г соли.

Следует **ограничить потребление жиров животного происхождения**, соблюдать гипохолестериновую диету.

Физические упражнения должны занимать не менее 30 минут в день, если нет противопоказаний, связанных с конкретным заболеванием. Например, у пациентов с миокардитом физические нагрузки ограничены. С другой стороны, для большинства гипертоников свойственно ожирение. Таким людям показана ежедневная физическая нагрузка. Даже для больных, имеющих ишемическую болезнь сердца, обязательны ежедневные физические упражнения, которые порекомендует врач ЛФК. ☺



Методы диагностики туберкулеза

Ирина Алексеевна КАМАНИНА,
главный внештатный
детский специалист
фтизиатр Министерства
здравоохранения
Алтайского края

Несмотря на стойкую тенденцию к снижению заболеваемости, туберкулез продолжает оставаться весьма актуальной проблемой. И, по мнению экспертов ВОЗ, задача современного общества и медицинской общественности - полное искоренение туберкулеза у детей и подростков, а также отсутствие семей, несущих расходы в связи с этим заболеванием.

Первостепенное значение для борьбы с туберкулезом имеют профилактика и раннее его выявление. Известно, что первая встреча с туберкулезной инфекцией всегда заканчивается инфицированием и лишь в ряде случаев - заболеванием. Поэтому основные меры борьбы с туберкулезом должны быть направлены на выявление заболевания на этапе инфицирования микобактерией туберкулеза для предотвращения развития локального туберкулезного процесса.

В современных условиях единственным методом, который позволяет диагностировать туберкулезную инфекцию и выявить туберкулез у детей на раннем этапе, является **туберкулинодиагностика (постановка пробы Манту)**. Часть детей с локальными формами туберкулеза, преимущественно без осложнений, всегда выявлялись при проведении массовой туберкулинодиагностики (*своевременно выявленные*). При обращении в общую лечебную сеть с жалобами приводит уже к выявлению осложненных форм туберкулеза у детей (*несвоевременно выявленные*). Этим же способом всегда выявлялись и редкие в детской практике запущенные формы туберкулеза.

К сожалению, в условиях массовых прививок БЦЖ в детском возрасте иногда возникают трудности дифференциальной диагностики поствакцинальной реакции и положительной реакции Манту из-за инфицирования возбудителем туберкулеза (положительная реакция может быть в обоих случаях).

Подавляющее число взрослых уже инфицировано микобактерией туберкулеза, поэтому постановка пробы Манту у них не может быть использована для раннего выявления заболевания.

Не каждый инфицированный возбудителем туберкулеза заболевает. **На заболеваемость влияет целый ряд факторов, ослабляющих защитные силы организма.** Это - отсутствие противотуберкулезной иммунизации, сопутствующие острые и хронические заболевания, стрессы, плохое питание, авитаминозы, смена климата, большие физические перегрузки и другое.

Именно эти группы детей отбираются при проведении туберкулинодиагностики для обследования у фтизиатра и назначения курса лекарственной профилактики. Но стандартная туберкулиновая проба Манту не дает полной информации о состоянии туберкулезной инфекции в организме, наличии заболевания или о риске развития туберкулеза.

Поскольку туберкулин представляет собой суммарный экстракт антигенов микобактерий туберкулеза, он не выявляет различий между активной и скрытой формами заболевания (бессимптомное носительство), а также перекрестной сенсibilизацией другими видами микобактерий, - и специфичность реакции Манту снижается. На результат реакции также влияют аллергические заболевания, недавно перенесенные инфекции, возраст, индивидуальные особенности чувствительности кожи и другие причины, что затрудняет интерпретацию результатов реакции. Особо следует выделить тот факт, что реакция Манту дает положительный результат у БЦЖ-вакцинированных людей, так как БЦЖ является специальным штаммом микобактерии.

Таким образом, можно констатировать, что существующая в современных условиях система раннего выявления туберкулеза не позволяет в полной мере своевременно выя-



24 марта - Всемирный день борьбы с туберкулезом

вить туберкулезную инфекцию и защитить население от заболевания. **Реакция Манту остается основным методом раннего выявления детей от 0 до 7 лет включительно, а также используется для отбора детей на повторную прививку БЦЖ.**

Для повышения качества раннего выявления туберкулеза в НИИ молекулярной медицины Московской медицинской академии имени И.М. Сеченова впервые в мировой практике был разработан и **создан инновационный биотехнологический продукт, позволяющий решать вопросы практического здравоохранения ранней диагностики туберкулезной инфекции, - диагностический препарат Диаскинтест.** Помимо того, что он применяется для раннего выявления туберкулеза у детей и подростков с 8 до 17 лет включительно, Диаскинтест может применяться в комплексе с туберкулинодиагностикой для определения активности туберкулезной инфекции и локального туберкулезного процесса, для дифференциальной диагностики поствакцицинной и инфекционной аллергии.

Этот препарат содержит только два белка, которые при внутрикожном введении вызывают специфический ответ в виде положительной реакции у тех, кто имеет активно размножающиеся в организме микобактерии туберкулеза. Это - лица или уже заболевшие туберкулезом, или находящиеся в состоянии высокого риска заболевания.

Таким образом, **благодаря Диаскинтесту решена проблема диагностики туберкулеза на ранних этапах заболевания (малые формы), а также проблема отбора детей с высоким риском заболевания для проведения им целенаправленного курса профилактического лечения.**

Выявление состояний раннего периода первичной туберкулезной инфекции: гиперергическую чувствительность на туберкулин, прирост туберкулиновой чувствительности у инфицированных микобактерией туберкулеза детей, полноценное их обследование, наблюдение в группах



риска со всем комплексом профилактических мероприятий - всё это позволяет избежать в последующем развития локального туберкулеза.

Кроме того, Диаскинтест не дает положительную реакцию у детей, иммунизированных против туберкулеза, он менее аллергичен. Этот диагностический препарат позволяет повысить качество туберкулинодиагностики, эффективность выявления туберкулеза на ранних этапах и его профилактики.

В последнее время участились случаи отказов родителей от иммунологического обследования на туберкулез их детей. Замечу, что **правомерность ежегодного обследования детей и подростков на такое грозное инфекционное заболевание, как туберкулез, определена целым рядом правовых документов:** Конституцией РФ, ФЗ РФ №52-ФЗ от 30.03.1999г. «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», ФЗ РФ №323-ФЗ от 21.11.2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», ФЗ РФ №273-ФЗ от 29.12.2012г. «Об образовании в РФ», ФЗ РФ №77-ФЗ от 18.06.2001г. «О предупреждении распространения туберкулеза в РФ», Постановлением главного государственного санитарного врача РФ №60 от 22.10.2013г. «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.2.3114-13 «Профилактика туберкулеза». ☺

Диаскинтест применяется для раннего выявления туберкулеза у детей и подростков с 8 до 17 лет включительно, а также в комплексе с туберкулинодиагностикой для определения активности туберкулезной инфекции и локального туберкулезного процесса, для дифференциальной диагностики поствакцицинной и инфекционной аллергии.





Хронический эндометрит - миф и реальность



Ольга Алексеевна СКОРОПАЦКАЯ,

врач-акушер-гинеколог, аспирант кафедры акушерства и гинекологии с курсом ДПО, Алтайский государственный медицинский университет

Хронический эндометрит - это воспалительное заболевание эндометрия, которое в большинстве случаев проявляется в виде гипоменструального синдрома, бесплодия и/или привычного невынашивания беременности.

Сегодня диагноз «хронический эндометрит» ставится практически каждой женщине, которая прошла УЗИ органов малого таза. Однако следует помнить, что при отсутствии нарушений со стороны менструальной и репродуктивной функции у женщин ультразвуковые маркеры хронического эндометрита **не являются показанием к терапии.** Хотя, несомненно, хронический эндометрит - одна из наиболее частых причин бесплодия и привычного невынашивания. Причем с каждой репродуктивной неудачей вероятность развития патологического процесса в эндометрии возрастает.

На что следует обратить внимание при обследовании?

Определение этиологического фактора воспаления. Диагностика методом ПЦР таких возбудителей, как хламидии, микоплазма, цитомегаловирус (ЦМВ) и других. Помните, что обнаружение инфекционного агента при хроническом эндометрите наблюдается не более чем в 40% случаев.

Обратите внимание на величину эндометрия по УЗИ (М-эхо) на 21-23 день менструального цикла: показатель менее 7мм - симптом хронического эндометрита. Но «тонкий эндометрий» может быть и при различных нарушениях в работе эндокринной системы женщины или системы гемостаза.

Поэтому на этапе реабилитации важно **верифицировать возможные эндокринные заболевания пациентки** (сахарный диабет, заболевания щитовидной железы, гиперпролактинемия, гиперандрогения и другие) и/или проблемы в системе гемостаза (носительство тромбогенных мутаций, гипергомоцистеинемия и другие).

Основным методом диагностики хронического эндометрита является гистологическое исследование эндометрия, взятого с помощью пайпель-биопсии.

Диагноз поставлен. Что делать дальше? Реабилитация паци-

енток с хроническим эндометритом - обязательный, многокомпонентный и длительный этап прегравидарной подготовки, особенно у пациенток с уже компрометированной репродуктивной системой (аборты в анамнезе, невынашивание, бесплодие). Для полноценной имплантации плодного яйца важны не только величина эндометрия, но и полноценность зоны микроциркуляции и системы гемостаза.

Как решить эти задачи и добиться эффективных результатов? При выявлении патогенной флоры бактериального и/или вирусного происхождения показана специфическая, с учетом чувствительности флоры, антибактериальная и/или противовирусная терапия. **Если возбудитель не обнаружен, в этом случае антибактериальная терапия не показана!**

При отсутствии или после ликвидации патогенных вирусов и бактерий начинается реабилитационный курс, целью которого является повышение рецепции к половым стероидам в первую фазу менструального цикла, улучшение трофики во вторую фазу (необходимое условие для адекватной секреторной трансформации эндометрия). Действуя на эти два звена, можно не только **восстановить «имплантационный» потенциал ткани**, но и устранить последствия вторичных повреждений (коррекция ацидоза, восстановление гемодинамики и активности рецепторного аппарата эндометрия).

Полноценная реализация эндометрия и адекватная подготовка его к встрече с плодным яйцом возможны только при восстановлении всех вышеуказанных параметров. Основные инструменты для решения этих задач - грамотно подобранные **методы физиотерапии и фитотерапии.**

Аппаратные методы физиотерапии, дающие достаточно хорошие результаты по восстановлению поврежденного эндометрия, описаны еще в работах советских физиотерапевтов в

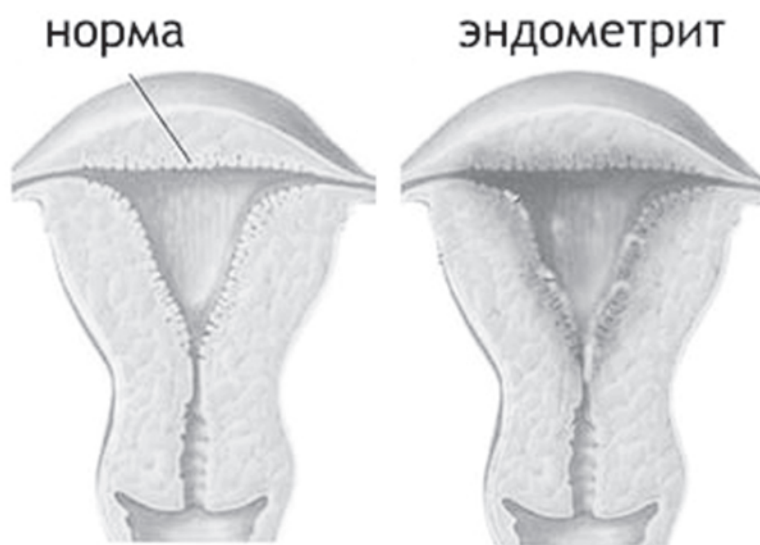


80-е годы XX века. Так, ряд авторов при синдроме воспаления в эндометрии советуют использовать бегущее магнитное поле. При наличии фибродеструктивного синдрома более целесообразна электротерапия, при отсутствии миомы матки и генитального эндометриоза - электроимпульсная терапия. При дистрофическом и дисциркуляторном синдромах возможно назначение всех вышеперечисленных физических методов.

Для восстановления работы микроциркуляторного звена эндометрия, снижения закисления тканей и их отека используются антиоксиданты, витамины и системная энзимотерапия. **Хорошие результаты после комплексного санаторно-курортного лечения** (грязелечение, радоновые ванны, гинекологический массаж и др.), однако в наших условиях далеко не все пациентки могут себе его позволить.

Одним из недорогих, но перспективных направлений в лечении и реабилитации пациенток с хроническими заболеваниями инфекционного и неинфекционного генеза является **фитотерапия**. Лекарственные растения уже много веков используются для лечения различных гинекологических заболеваний. Наши предки часто применяли для лечения женских болезней травяные сборы из таких лекарственных трав, как ромашка аптечная (*Matricaria chamomilla*), подорожник большой (*Plantago major*), календула (*Calendula officinalis*) и многих других. Сегодня известно, что все эти травы обладают противовоспалительными и общеукрепляющими свойствами, нормализуют работу гипоталамо-гипофизарно-яичниковой оси.

На нашей кафедре акушерства и гинекологии с курсом ДПО АГМУ **накоплен опыт по применению у пациенток с нарушениями репродуктивной функции и хроническим эндометритом экстракта ортилии однобокой** (*Orthilia secunda* (L.) House, семейства *Rybolaceae*). Экстракт этого «золотого» лекарственного растения Сибири обладает доказанным в эксперименте противовоспалительным, антимикробным, иммуномодулирующим, антикоагулянтным свойствами, приводит к восстановлению рецепции эндометрия к половым стероидам.



В 2015 году мы провели исследование эффективности экстракта ортилии однобокой на этапе реабилитации у 148 пациенток с бесплодием и хроническим эндометритом. Было доказано, что прием ортилии однобокой после проведения этиотропного лечения в течение трех менструальных циклов способствует наступлению беременности в 87,5% случаев, ее неосложненному течению и завершению срочными родами в 85,2% случаев.

В 2016 году нами проведено сравнительное исследование эффективности прегравидарной подготовки 303 пациенток с бесплодием на фоне хронического эндометрита экстрактом ортилии однобокой и комплексного физиолечения. Мы установили, что *частота наступления беременности в группе, получавшей только фитотерапию, составила 73%, получавших курс физио- и пелоидотерапии - 82%*. Срочными родами здоровыми новорожденными завершились 71% и 75% беременностей, у остальных беременность прервалась в ранние сроки гестации.

Установленные нами многофакторность действия и эффективность ортилии однобокой в реабилитации пациенток с хроническим эндометритом позволяют рекомендовать фитопрепараты *Orthilia secunda* (L.) House, семейства *Rybolaceae*, в том числе выпускаемые алтайскими производителями, для широкого использования, особенно пациенткам с нарушенной репродуктивной функцией и тем, кому противопоказано физио-, грязелечение. ☺

Программа по реабилитации поврежденного эндометрия включает в себя:

- выявление и устранение инфекционного агента, поддерживающего воспаление;
- восстановление трофики эндометрия и его рецепции к стероидным гормонам яичника;
- нормализацию местного иммунитета.



Спорт и мужское здоровье



Илья Сергеевич ПОПОВ, детский уролог-андролог, высшая квалификационная категория, кандидат медицинских наук, консультативно-диагностическая детская поликлиника КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница»

«Движение - жизнь» - утверждаем мы и задумываемся, куда же отдать свое чадо, чтобы росло здоровым, сильным, крепким, с хорошим иммунитетом. Возможно, вы выберете другие слова для собственной мотивации, но суть останется той же.

А потом возникает проблема выбора: какой спорт предпочесть, будет ли это спортивный кружок, секция или школа? Что для мальчика лучше: игровые, командные виды спорта или индивидуальные, боевые? Как спорт влияет на здоровье: благотворно или существуют подводные камни? Как обстоит дело с влиянием на органы воспроизводства (кстати, именно эта сторона вопроса подвигла меня, как врача-уролога-андролога, к написанию данной статьи)?

При выборе того или иного вида спорта родители зачастую ориентируются на свои предпочтения, не реализованные в детстве желания и мечты, внутренние понятия о красоте спорта, стойкости экипировки, а **исходить нужно из возможностей, способностей и состояния здоровья именно ребенка!** Самое главное здесь - не спешить.

Быстрее, выше, сильнее!

Необходимо пройти углубленный медицинский осмотр с обязательным исследованием сердечной деятельности (ЭКГ, ЭХО-КГ) и получить заключение врачебной комиссии о допуске мальчишки к занятиям спортом. Если есть ограничения по здоровью, то с указанием: каким видом спорта ребенку рекомендуется заниматься, а какие занятия противопоказаны. Я настойчиво рекомендую пройти комиссию по-настоящему, а не для галочки! Вспомните случай с одним известным хоккеистом и его сердцем. Всё закончилось печально...

Проблема со здоровьем - это сигнал к тому, чтобы искать вид спорта, подходящий конкретному ребенку. И здесь важно понять, что в своей осторожности взрослые должны знать меру. Все знаменитые чемпионы-рекордсмены - это отнюдь не богатыри от рождения, а наоборот, - в большинстве своем люди, преодолевшие детские недуги.

Выбор вида спорта

Всё зависит от индивидуальных особенностей самих детей. Необходима максимально объективная оценка ребенка. Лучше всего предрасположенность ребенка к определенному виду спорта видна в интервале **от 5 до 7 лет**. Отдать малыша в секцию раньше, конечно, можно, но это не более надежный выбор. Глобальная же задача - максимально использовать детские природные данные.

Например, у ребенка лишний вес, а его тащат в секцию футбола, исходя из того, что он заодно и похудеет. Это неправильно. В футболе важны подвижность и координированность, а конституция этого ребенка - гарантия



За счастливое здоровье детство!

того, что тренировочный процесс для него превратится в сплошное унижение. Разумеется, всё это может привести к неприятию спорта в целом. Полным детям гораздо больше подходят плавание, дзюдо, некоторые разновидности легкой атлетики или хоккей - это, кстати, тот самый игровой вид спорта, в котором изрядный вес даже приветствуется.

Далее - рост. Высокие люди особо ценятся в таких играх, как баскетбол и волейбол. Длина тела в сантиметрах - настолько важный для этих игр фактор, что тренеры готовы простить потенциальным воспитанникам и медлительность, и посредственную координацию движений. Так что если ребенок хорошо растет, - нужно обратить внимание в первую очередь на «паркетные» виды спорта. Исходя из роста родителей можно спрогнозировать и будущие габариты ребенка: у высоких взрослых и дитя, как правило, достигает приличных показателей. Кстати, бывают случаи, когда высокий рост становится помехой для занятий. В спортивной гимнастике, например, долгоязых не любят, считая их нескладными и бесперспективными.

Что касается футбола и хоккея, то здесь есть достаточно жесткие критерии: скорость, ловкость, резкость. Скорость - это единственное качество, которое невозможно «привить» - она дается от природы, и увеличить ее в ходе тренировок, это научно доказано, можно лишь на 10%. Поэтому, как бы ни хотелось удовлетворить свои родительские амбиции, заняв чадо самой популярной в мире игрой, вряд ли стоит мучить флегматичного парня заведомо бесполезным процессом. Возможно, он будущий чемпион мира по боулингу - есть и такие секции.

Спортивная секция или спортивная школа?

Пожалуй, разница между спортивными школами и секциями наиболее характерна в двух моментах.

Школы - это муниципальные учреждения, и раньше обучение в них было полностью бесплатным. Сейчас такие занятия «условно-бесплатные». Это означает, что иногда родителей всё же просят делать какие-то взносы или обеспечивать ребенка экипиров-



кой за свой счет. Но, в любом случае, суммы незначительные, и носят они разовый характер. **Секции же входят в состав развивающих центров, домов детского творчества и других подобных организаций.** Соответственно, занятия в них всегда платные. Хотя нельзя не отметить, что некоторые учреждения берут довольно скромную плату.

Второй важный момент - нагрузка на детей. Она отличается как по интенсивности, так и по времени. Понятно, что спортивные школы требуют полной самоотдачи от ребенка, ведь их конечная цель - вырастить чемпионов. Тренеры жестче, а количество занятий может доходить до 4-5 раз в неделю даже на начальных порах. Секции же ориентированы на тех, для кого спорт - это просто хобби или способ подтянуть здоровье. Тренировки проводятся пару раз в неделю, и от детей не требуют выдающихся результатов или участия в серьезных соревнованиях.

Минусы и плюсы обоих вариантов очевидны. Редко бывает так, что ребенку удастся показывать одинаково хорошие результаты и в общеобразовательной, и в спортивной школах. С другой стороны, рассчитывать на солидные спортивные достижения в рамках секции тоже не приходится.

Проблемы, например, с давлением и сосудами - это повод держаться подальше от единоборств, но шанс заняться волейболом или лыжами. Бронхиальная астма подразумевает отказ от беговых нагрузок, но вполне допускает водные виды, различные типы борьбы.



Влияние спорта на мужское здоровье

Помимо положительного влияния тренировок на сердечно-сосудистую систему, мышечный каркас, кости, развитие координации, меткости и прочее, хронические физические нагрузки могут вызывать ряд серьезных нарушений в организме, которые могут стать необратимыми. То же относится и к спортивным травмам, без которых не обходится ни один вид спорта. Для простоты восприятия мы будем отталкиваться от возраста и конкретных видов спорта.

Возраст от 5-7 до 10-12 лет. Чаще всего в данном возрастном периоде ребята занимаются футболом, легкой атлетикой, гимнастикой, плаванием, борьбой.

Футбол имеет высокий риск травматизации мошонки и расположенных в ней яичек с развитием острых состояний: перекрут яичка, перекрут привеска (гидатиды) яичка, ушиба яичка. Все эти эксцессы проявляются примерно одинаково: увеличение той или иной половины мошонки, изменение цвета кожи мошонки (ярко-красная или резко синюшная) и резкая боль в пораженной стороне, усиливающаяся при ходьбе, касании, отдающая в пах. Эти состояния требуют срочного осмотра специалистом (урологом-андрологом или детским хирургом), так как являются опасными для жизнеспособности органа воспроизводства и чреватые даже его потерей.

Лёгкая атлетика и гимнастика - малотравматичные для половых органов виды спорта. Возможны тупые травмы мошонки, переохлаждение.

Плавание - наиболее безопасный и полезный вид, способствующий развитию всех органов и систем организма.

Борьба, особенно греко-римская, сопряжена с тяжелыми физическими нагрузками, связанными с отрывом партнера от земли. При этом резко повышается

внутрибрюшное давление, что может привести к развитию грыжи (паховой, пупочной), варикоцеле. Для данных заболеваний общим будет появление дополнительного образования в паху (для паховой грыжи) или мошонке (для варикоцеле). Паховую грыжу можно заметить как припухлость - «шишку», которая может на время пропадать, особенно лежа. Варикоцеле можно заподозрить по появлению синюшных тяжей в мошонке, преимущественно слева, в виде «клубка дождевых червей». Данные состояния требуют планового осмотра урологом-андрологом, так как могут привести к нарушению развития яичек и проблемам с фертильностью (плодовитостью).

Подростки в возрасте от 13 лет начинают активно заниматься тяжелой атлетикой, бодибилдингом. Их мотивация понятна: желание иметь красивую мужскую фигуру, казаться более мужественным в собственных глазах, иметь успех у противоположного пола. Однако в стремлении к цели многих из них могут ждать разочарование и ряд заболеваний. Разберем более подробно.

Развитие объема мышечной массы зависит не только от степени физических нагрузок, но и от уровня стероидных мужских половых гормонов, главным из которых является тестостерон. Тестостерон - гормон, вырабатывающийся только в яичках, именно он меняет организм мальчика, превращая его в мужчину. В начале периода полового созревания уровень тестостерона небольшой и с течением времени (нескольких лет) постепенно повышается, достигая взрослого уровня к 17-19 годам. Поэтому ожидать увеличения мышечной массы у подростка вплоть до 18-19 лет не приходится, сколь долго и упорно тот ни занимался бы в тренажерном зале. Конечно, положительные изменения в мышцах произойдут: они будут лучше выделяться (рельеф), воз-

растут их сила и выносливость, но объема не будет. Это физиология.

А длительные, хронические, тяжелые нагрузки у несформировавшегося организма могут вызвать необратимые изменения с последующим развитием заболеваний. Два из них мы уже упомянули ранее - это паховая грыжа и варикоцеле, только степень выраженности будет значительно выше. Варикоцеле за счет нарушения температурного режима в мошонке, внутритканевого кровотока будет негативно влиять на рост и функцию семенников. Риск репродуктивных нарушений для данного заболевания достигает 30-40%.

Хуже, если молодой человек начнет искусственно стимулировать рост мышечной массы за счет введения в организм аналогов тестостерона (анаболических стероидов). Это неминуемо приведет к нарушению собственной гормональной функции и даже временной стерилизации! В будущем восстановление эндокринной работы яичек может и не произойти.

Статические нагрузки тормозят венозный отток и от органов малого таза с развитием застойного простатита, варикозной болезни. Отмечается также деструктивное влияние тяжелых нагрузок на позвоночный столб.

Нельзя обойти вниманием и занятия велосипедным спортом. Длительное нахождение в сидячем положении, нагрузка на нижние конечности, давление на промежность создают условия для нарушения кровоснабжения органов малого таза - предстательной железы и семенных пузырьков, что способствует нарушению их работы и развитию воспалительного процесса - простатита.

Поэтому, как говорится, всё хорошо в меру. Физические нагрузки у ребенка должны быть разнообразными, с учетом его возраста и способностей, без излишеств и «фанатизма», обязательно с соблюдением правил личной безопасности. ☺



Маленькие неприятности во время беременности

Ожидание ребенка - это не только естественное состояние женского организма, но и ожидание Чуда и ощущение Волшебства. Появляются новые ощущения: приятные в виде нежных и мягких волн и не совсем приятные: сонливость, утомляемость, расстройство работы пищеварительного тракта (изжога, тошнота, запоры) и т.д.

УСТАЛОСТЬ. В первые три месяца беременности вы можете почувствовать повышенную утомляемость и сонливость. Это происходит из-за увеличения потребления энергии и изменения скорости обмена веществ, низкого артериального давления, недостатка в организме железа или фолиевой кислоты (*см. таблицы их содержания в продуктах*).

Постарайтесь в любых условиях создавать безопасное и комфортное для себя пространство. Если почувствовали усталость на работе, постарайтесь уединиться, принять удобную для вас позу, а при необходимости -

выйти на свежий воздух. Недостаток необходимых веществ в организме несложно восполнить правильно подобранным питанием. И дополнительно к питанию ваш доктор обязательно выпишет комплекс витаминов, которые необходимо будет принимать.

ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ при резком вставании подскажет о недостаточном кровообращении. Этого можно избежать, если перед тем, как встать, немного потянуться, слегка размять конечности. Старайтесь не сидеть подолгу с подогнутыми под себя ногами и чаще менять положение тела. При долгой поездке в машине делайте кратковременные остановки для разминки конечностей. Улучшить кровообращение помогут контрастный душ и растирание кожи не слишком мягкой щеткой. Не забывайте про гимнастику и спорт.

ЗУД кожи говорит о том, что изменился обмен веществ, кожа стала суше. Не стоит расчесывать живот - лучше сделать поглаживающий массаж мягкой щеткой для тела. Часто неприятные ощущения может снять тёплая ванна с добавлением специальных масел. Постарайтесь найти возможность побыть на воздухе без стесняющей одежды на животе и груди и носить одежду из натуральных тканей: хлопка, льна.

ПОЯВЛЕНИЕ РАСТЯЖЕК НА КОЖЕ беспокоит



**Галина Михайловна
ДЁМИНА,**

акушерка, высшая квалификационная категория, женская консультация, КГБУЗ «Городская поликлиника №3, г.Барнаул», член ПАСМР с 2014г.

содержание фолиевой кислоты в 100 г продуктов http://aktivkiddy.ru	
продукты	мкг
печень говяжья	240
бобы	160
петрушка	117
шпинат	80
почки	45
салат	40
хлеб	от 18 до 32
капуста	от 10 до 31
кукуруза	24
зеленый лук	11
репчатый лук	5
картофель	9
яйца	7,5
говядина	10
апельсины	5
лимон	3
виноград	4
молоко	4



Советы медицинской сестры

Вечером снять усталость помогут холодные компрессы на икры или тазик с прохладной водой: стоя в нем, переступайте с ноги на ногу. Можно на 15-30 минут положить ноги на возвышение.

многих женщин. Для профилактики образования растяжек на груди важно правильно подобрать бюстгалтер, который сможет взять на себя часть нагрузки. На животе на область «полосок беременности» можно наносить любой мягкий крем для кожи. Массаж груди и живота целесообразно делать с маслами и кремами на основе календулы, арники. Контрастный душ улучшит кровообращение и эластичность соединительной ткани. После посещения бассейна не забывайте смывать хлорированную воду, которая отнимает у кожи влагу и жир. После бассейна смажьте тело маслом и молочком для сухой кожи. Превратите дополнительный уход за телом в настоящее удовольствие!

ТЯЖЕСТЬ В НОГАХ сигнализирует, что обратный ток крови замедлился. Вашим венам теперь приходится перекачивать к сердцу больше крови, чем обычно. Что делать? Откажитесь от обуви на высоких каблуках. При ходьбе в обуви на низком каблуке вес тела будет равномерно распределяться по всей ступне. Полезно также чередовать нагрузку с одной ноги на другую. Если вам подолгу приходится стоять на работе, найдите низкую скамеечку и поочередно опирайтесь на нее то одной, то другой ногой. Отлично расслабляет нагруженные стопы ходьба босиком.



Вечером снять усталость помогут холодные компрессы на икры или тазик с прохладной водой: стоя в нем, переступайте с ноги на ногу. Можно на 15-30 минут положить ноги на возвышение (к тому же это улучшит прилив крови к плаценте и малыш получит больше кислорода).

БОЛЬ В ПОЯСНИЦЕ появляется во второй половине беременности из-за неправильной осанки, увеличения веса, неудобной обуви. С одной стороны, гормон прогестерон размягчает связки и суставы, тем самым ослабляя стабильность позвоночника. С другой стороны, у этого есть и положительная сторона: ваше тело готовится к родам, делая родовые пути более эластичными. Что же мы сможем предпринять для уменьшения болей в пояснице? Следить за осанкой. Не допускать того, чтобы живот оттягивал тело вперед, но не стоит и заваливаться назад. При ходьбе старайтесь вытягиваться вверх, от крестца до макушки. Покачивающие движения бедрами, круговые вращения (во время танцевальных па) также помогут снять неприятные ощущения. Упражнение «кошечка» с выгибанием спины на четвереньках уменьшает давление матки на кровеносные сосуды таза и живота. Плавание в бассейне за счет давления воды заменит лёгкий массаж, разгружая кровенос-

ИСТОЧНИКИ ЖЕЛЕЗА

ПРОДУКТ	СОДЕРЖАНИЕ В 100 Г
Сушеные грибы	35 мг
Говяжья печень	20 мг
Какао	11,7 мг
Зеленая фасоль	7,9 мг
Земляника	7,8 мг
Черника	7 мг
Крольчатина	4,4 мг
Говядина	2,5 мг
Яйцо	1,5 мг
Морковь	0,7 мг



Советы медицинской сестры

ные и лимфатические сосуды, позвоночник и ноги.

БЕССОННИЦА или беспокойство во время сна чаще возникают к концу беременности. С этой проблемой справятся короткие вечерние прогулки, теплый медовый напиток перед сном. Проветрите комнату, послушайте тихую спокойную музыку, приготовьте себе уютную постель. При этом поверхность кровати может быть более жёсткой, но несколько маленьких подушек помогут вам принять нужную позу: одну из них можно положить между коленей, другую - под живот. Лучше, если вы будете спать на боку, тогда малыш не будет сдавливать нижнюю полую вену и снижать доступ крови и кислорода.

ИЗЖОГА - еще одна неприятность, тревожащая во время беременности женщину. Причины ее возникновения в том, что подрастающий малыш смещает органы брюшной полости, которые и давят на диафрагму. Кроме этого, из-за гормональных изменений расслабляется мускулатура желудка, из-за чего он опорожняется медленнее. В данной ситуации можно посоветовать избегать употребления жирной, тяжелой пищи. При изжоге помогают мятный и ромашковый чай, добавление в блюда корицы, минеральная вода «Боржоми» без газа. Хорошо успокаивают раздраженный желудок кефир или йогурт. По назначению врача при беременности не противопоказаны антацидные препараты («Маалокс», «Фосфалюгель», «Гевискон» и др.).

ТОШНОТУ могут вызвать запах сигарет, кофе, алкоголя, которые женщина до беременности даже не замечала. Причина таких проявлений полностью пока не изучена. Очевидно, приступы тошноты вызваны гормональной перестройкой организма, часто они связаны и с падением содержания сахара в крови во время беременности. В этом случае попробуйте питаться пять-шесть раз в день маленькими порциями. Тогда содержание сахара в крови будет постоянным.

Обычно волны тошноты исчезают к 3-4 месяцу беременности. **И не спешите принимать медикаменты** - их абсолютная эффективность и безопас-



ность еще не доказана полностью, а вот то, что они легко проникают через плаценту и ваш малыш совершенно незащищен перед ними, - это известно наверняка.

ЗАПОРЫ у беременных связаны с уменьшением физической активности, погрешностями в питании и недостатком воды. Причиной могут быть лекарственные препараты, расслабляющие мускулатуру матки и других внутренних органов, в том числе и кишечника. Здесь поможет минимальная физическая нагрузка. Каждый день для стимулирования работы желудочно-кишечного тракта необходимо натощак с утра выпивать стакан холодной воды, а в течение дня выпивать обычной воды не менее 1-1,5 литров. Также полезно включать в рацион больше растительной клетчатки в виде фруктов, овощей, бобовых. Слабительные препараты (исключение - БАДы) при беременности принимать нельзя из-за риска прерывания беременности и преждевременных родов.

Вот и раскрыт секрет маленьких женских неприятностей во время беременности. И совсем необязательно, что со всеми вы непременно встретитесь. Но кто просвещен, тот вооружен. Теперь мы знаем, как их можно избежать или свести к минимуму без ограничения качества прекрасных часов ожидания будущего свершения Чуда!

Будьте здоровы вы и ваш малыш! ☺

При изжоге помогают мятный и ромашковый чай, добавление в блюда корицы, минеральная вода «Боржоми» без газа. Хорошо успокаивают раздраженный желудок кефир или йогурт. По назначению врача при беременности не противопоказаны антацидные препараты.



Небулайзерная терапия - это современно и безопасно



Ольга Анатольевна КОПАНИЦЫНА,
старшая медицинская сестра
пульмонологического отделения,
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»,
член ПАСМР с 2000г.

Окончание. Начало - в №1(169).

Основные правила проведения ингаляций

◆ Ингаляции проводят не ранее, чем через 1-1,5 часа после приема пищи или значительной физической нагрузки.

◆ Во время курса ингаляционного лечения запрещается курение.

◆ Ингаляции следует принимать в спокойном состоянии, не отвлекаясь чтением и разговорами.

◆ Одежда не должна стеснять шею и затруднять дыхание.

◆ При заболеваниях носовых путей вдох и выдох необходимо делать через нос (назальная ингаляция), дышать спокойно, без напряжения.

◆ При заболеваниях гортани, трахеи, бронхов, лёгких рекомендуется вдыхать аэрозоль через рот, дышать необходимо глубоко и ровно. После глубокого вдоха ртом следует задержать дыхание на 2 секунды, затем сделать полный выдох через нос. В этом случае аэрозоль из ротовой полости попадает далее в глотку, гортань и - в более глубокие отделы дыхательного тракта.

◆ Частое глубокое дыхание может вызвать головокружение, поэтому периодически прерывайте ингаляцию на короткое время.

◆ Перед процедурой не принимайте отхаркивающие средства, не полощите рот растворами антисептических средств (перманганатом калия, перекисью водорода, борной кислотой).

◆ После любой ингаляции, а особенно после ингаляции гормонального препарата, необходимо прополоскать рот кипяченой водой комнатной температуры (маленькому ребенку можно дать питье и еду), в случае использования маски - промыть глаза и лицо водой.

◆ Продолжительность одной ингаляции не должна превышать 7-10 минут. Курс лечения аэрозольными ингаляциями - от 6-8 до 15 процедур.

С распылителем используются различные виды насадок: мундштуки, носовые канюли (трубочки), маски взрослых и детских размеров. **Мундштуки** (взрослые и детские) оптимальны для подачи лекарств глубоко в лёгкие, используются при ингаляциях взрослыми пациентами, а также детьми от 5 лет. **Маски** удобны для лечения верхних дыхательных путей и позволяют орошать все отделы полости носа, глотки, а также гортань и трахею. При использовании маски большая часть аэрозолей оседает в верхних дыхательных путях. Маски нужны при использовании небулайзерной терапии у детей до трех лет, так как у таких пациентов невозможно проводить ингаляции через мундштук: дышат дети преимуще-



ственно через нос (это обусловлено анатомией детского организма). Необходимо использовать маску соответствующего размера. Использование плотно прилегающей маски уменьшает потери аэрозоля у маленьких детей. Если ребенок старше пяти лет, лучше использовать мундштук. Носовые канюли (трубочки) нужны для доставки лекарственного аэрозоля в полость носа. Они могут быть использованы в комплексном лечении острых и хронических ринитов и риносинуситов. ☺

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

На правах рекламы



Когда голова болит от таблеток... от головной боли



Екатерина Васильевна ПАРХОМЕНКО,

кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии, медицинской психологии и неврологии с курсом ДПО, Алтайский государственный медицинский университет, руководитель специализированного приема по головной боли в Алтайском крае, КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Вы принимаете обезболивающие препараты от головной боли чаще, чем три раза в неделю? Если «ДА», то вам уже следует внимательно вникнуть в эту статью. И посчитайте, пожалуйста, сколько таблеток от головной боли вы принимаете в день? в неделю? в месяц?

Удивительное название статьи, не правда ли? Ведь по определению таблетки от головной боли, то есть «обезболивающие» препараты, должны от боли избавлять, а получается, что при их частом и длительном приеме, наоборот, появляется дополнительная головная боль.

Казалось, что врачи наконец-то донесли до нашего сознания, что головную боль терпеть нельзя: необходимо обязательно купировать любую боль. Но почему-то врачи часто забывают сообщать пациентам (или сами этого не знают), что **избыточный прием обезболивающих сам по себе вызывает головную боль.** Этот тип головной боли называется **лекарственно-индуцированной**, или **abususной, головной болью.** Ранее использовались такие термины, как «рикошетная» головная боль, лекарственная головная боль, анальгетик-зависимая головная боль, головная боль отмены.

Абусная (от английского слова «abuse» - злоупотребление) **головная боль - это головная боль, которая возникает при избыточном применении лекарственных препаратов, как правило, анальгетиков.**

Постоянное увеличение и так огромного ассортимента безрецептурных анальгетических препаратов, широко рекламируемых в средствах массовой информации, их доступность и, конечно же, самая популярная модель «самолечения» у наших пациентов, - всё это поставило перед современным обществом новую проблему - проблемуabususной головной боли.

Самое интересное, что хроническое злоупотребление анальгетиками поводам, не связанным с головной бо-

лью (например, по поводу артроза), не приводит к возникновениюabususной головной боли.

Обычно в «начале пути» у пациентов сabususной головной болью бывает головная боль напряжения или мигрень. Например, у женщины приступы мигрени раз в месяц, но под тяжким бременем проблем дома, на работе, в стране приступы уже возникают раздва-три в неделю. И в каждом случае женщина принимает обезболивающие. Голова тем временем болит ещё чаще. Нарастание частоты болевых приступов ведет к увеличению числа приемов лекарств, что, в конце концов, приводит к ежедневному приему препаратов и для снятия головной боли уже нужна не одна таблетка, а две или несколько разных таблеток сразу. Незаметно пролетают месяцы, и на прием приходит женщина с ежедневной, изматывающей головной болью, от которой уже совершенно не помогают никакие обезболивающие.

Очень важно, какие лекарственные средства, в каком количестве и как длительно применяются от головной боли. *Ибупрофен, парацетамол, диклофенак, кодеин* - фактически все анальгетики, использующиеся чрезмерно, могут привести к этой проблеме. Однако это могут быть не только анальгетики. При злоупотреблении препаратами, предназначенными для специфического лечения приступа мигрени, также может возникатьabususная головная боль. К ним относятся *триптаны* и в большей степени *эрготамин*. Но **наиболее потенциально опасны** в отношении развитияabususной головной боли **комбинированные препараты** (то есть комбинации анальгетиков с другими компонентами -



кодеином, кофеином, фенобарбиталом и т.д.). Анализ работы специализированного приема по головной боли в Алтайском крае показал, что чаще всего абюзусная головная боль связана с избыточным приемом пенталгина (58%), цитрамона (23%), седалгина (19%), при сочетании нескольких анальгетиков (27%).

Таким образом, о злоупотреблении лекарственными препаратами для купирования головной боли можно говорить, когда вы часто используете препараты (чаще трех дней в неделю) на протяжении длительного времени.

Границы безопасного приема анальгетиков определены следующим образом: *без риска развития зависимости можно принимать простые анальгетики* (аспирин, ибупрофен) *не чаще 15 дней в месяц, а комбинированные анальгетики* (пенталгин, цитрамон, седалгин и т.д.) *не чаще 10 дней в месяц. Для специальных противомигренозных препаратов (триптанов) установлена такая же норма - максимум 10 дней в месяц.*

Механизм развития абюзусной головной боли до конца не ясен и может различаться в зависимости от препарата, вызвавшего эту головную боль. Предполагается, что анальгетики со временем вызывают изменения в системах мозга, проводящих болевые импульсы.

Злоупотребление лекарствами может не только вызывать хронизацию головной боли (головная боль всё чаще появляется и становится всё длительнее), **но и делать головную боль «нечувствительной» к профилактическому лечению!**

Учащение приступов головной боли может быть первым звоночком развития абюзусной головной боли.

Злоупотребление анальгетиками существенно изменяет течение головной боли (мигрени или головной боли напряжения), от которой начали принимать обезболивающие средства. Именно **ежедневный характер боли** отличает головную боль, вызванную обратным эффектом анальгетиков. Голова болит на протяжении всего дня, варьируя по интенсивности. Боль присутствует уже в момент пробуждения и описывается как незначительная, но



изматывающая, тупая, сжимающая, с двусторонней локализацией. Значительное усиление болевых ощущений может наблюдаться при малейшей физической или интеллектуальной нагрузке, а также если прием препаратов от головной боли прерывается. И облегчение от анальгетиков уже преходящее и обычно неполное.

Под влиянием злоупотребления анальгетиками происходит кардинальное изменение мигрени:

односторонние боли становятся двусторонними, превращаются из эпизодических в постоянные, при этом интенсивность головной боли, тошнота, рвота, непереносимость света, запахов, звуков снижаются.

Наряду со злоупотреблением лекарственными препаратами к факторам развития абюзусной головной боли относят **депрессию**. Более того, депрессивные расстройства определяют склонность пациентов к злоупотреблению медикаментами.

Многие люди, оказавшиеся в такой ситуации, отдают себе отчет в том, что они начинают злоупотреблять препаратами, и пытаются отменить их. Резкое прекращение регулярного приема препаратов может приводить к развитию синдрома отмены и усилению головной боли, что вновь заставляет принимать анальгетик. Нетрудно догадаться, что возникает порочный круг, который очень тяжело разорвать.

Единственным способом избавления от абюзусной головной боли является отмена препарата, вызвавшего зависимость. В ситуации ежеднев-

Абюзусная (от английского «abuse» - злоупотребление) головная боль - это головная боль, которая возникает при избыточном применении лекарственных препаратов, как правило, анальгетиков.



ной, изматывающей головной боли с приемом колоссального количества обезболивающих препаратов (порой до 200 таблеток ежемесячно) даже простая отмена «виновного» обезболивающего приводит к улучшению самочувствия. Как правило, у многих развивается **синдром отмены** - резкое усиление болей, тошнота, общая слабость, возбуждение, нарушение сна, эмоциональная неустойчивость (обычно на шестой-седьмой день отмены препарата). Наиболее эффективным методом лечения абוזусной головной боли наряду с полной отменой анальгетиков является **назначение антидепрессантов**. Следует набраться терпения для окончательного улучшения состояния. Даже если, несмотря на отмену препарата, головные боли сохраняются, они становятся более лёгкими и лучше реагируют на правильно подобранное лечение.

Существует риск повторного развития того же состояния. Чтобы этого не повторилось, избегайте приема обезболивающих чаще, чем три дня подряд, или на регулярной основе не чаще, чем два-три раза в неделю.

О чем надо помнить!

● **Анальгетики при головной боли не лечат. Они уменьшают боль. Их не употребляют по заветной схеме «1 таблетка 3 раза в день».**

● **Анальгетики показаны только при редких приступах головной боли.**

● **«Хорошего понемногу» - помните об этом, принимая обезболивающие при головной боли.**

● **Не принимайте обезболивающие препараты чаще 2 дней в неделю!**

Итак, если у вас приступы головной боли частые или редкие, но тяжелые, если ваши обычные обезболивающие перестали помогать или дают лишь кратковременное облегчение, то необходимо обратиться к врачу для подбора терапии, направленной на урежение приступов. ☺

Победа одна на всех

С 13 по 17 февраля 2017 года в Казани проходило уникальное событие для неврологической общественности Российской Федерации в целом - нейрофорум «Неделя неврологии в Казани-2017».

Нейрофорум был посвящен 160-летию со дня рождения великого ученого, выдающегося организатора и блестящего клинициста, уроженца Татарстана В.М. Бехтерева. В его рамках 16-17 февраля состоялась III Всероссийская студенческая олимпиада по неврологии, в которой приняли участие 25 команд медицинских вузов России. Команда Алтайского государственного медицинского университета впервые приняла участие в Олимпиаде такого уровня.

АГМУ представляла команда «Охотники за синдромами», в состав которой вошли студенты старших курсов лечебного факультета: **Павел СМИРНОВ** (капитан команды), **Расим АГАЕВ**, **Никита НЕВЕРОВ** и **Юлия ВЕРТЕННИКОВА**. Курировала команду доцент кафедры психиатрии, медицинской психологии и неврологии с курсом ДПО АГМУ **Екатерина Васильевна ПАРХОМЕНКО**.

Двум олимпиадным дням предшествовала большая работа студентов и наставников - врачей отделения неврологии краевой кли-

нической больницы. Они вместе были на обходах, коллегиально обсуждали диагнозы, искали ответы на самые разные вопросы, учили и учились. Да и в ходе Олимпиады врачи ККБ оставались на связи, следили за успехами ребят и поддерживали нашу команду.

После возвращения «Охотников за синдромами» в неврологическом отделении краевой клинической больницы провели праздничную встречу. Обращаясь к собравшимся, доктор медицинских наук, профессор **Инна Вадимовна СМАГИНА** подчеркнула: *«Вы вернулись победителями! Перед вами стояли две первоочередные задачи: сохранить дружбу и остаться влюбленными в неврологию. Мы испытываем невероятную гордость, потому что у вас это получилось».*

Соревновательная часть включала несколько этапов, первым из которых стал конкурс «Визитная карточка»: вниманию жюри были представлены видеоролики команд. Представленная командой «Охотники за синдромами» работа была



признана самой яркой, профессионально сделанной, отвечающей всем критериям конкурса.

Далее на базе Центра практических умений Казанского медицинского университета, обстановка которого была максимально приближена к условиям стационара, прошел конкурс по владению практическими навыками. В роли больных выступили профессиональные артисты, «предъявившие» симптомы сложных заболеваний. В конкурсе «Клиническая задача» участникам необходимо было выделить основные неврологические синдромы, поставить диагноз и назначить обследование. Следующим испытанием стал «Блиц-опрос», который включал 30 вопросов, затрагивающих различные аспекты неврологии. В конкурсе «Вспоминая прошлое, уважая учителей, стремимся в будущее» студентам необходимо было показать знания истории неврологии и современных научных тенденций в нейронауках. Заключительным заданием стал конкурс «Неврология в искусстве»: команды пытались распознать неврологические заболевания по представленным музыкальным произведениям, картинам или отрывкам из фильма. Все испытания оценивались компетентным жюри, в состав которого также входили руководители участвующих команд.

17 февраля состоялось торжественное возложение цветов у сквера В.М. Бехтерева и награждение победителей. Ими стали Пермский ГМУ имени академика Е.А. Вагнера Минздрава РФ, Первый Московский ГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава РФ и Казанский ГМУ Минздрава РФ.

Команда АГМУ не вошла в тройку призеров Олимпиады, но получила два специальных приза жюри в номинациях «**Лучшая режиссура визитной карточки**» и «**Лучшая медицинская форма**».



По словам капитана команды Павла Смирнова, в конкурсные дни им удалось сделать максимум: они показали хорошие знания теории, истории неврологии, продемонстрировали практические навыки.

Все участники также отметили позитивную атмосферу, созданную на конкурсе его организаторами.



Перерывы между заданиями заполняла приятная фоновая музыка, что помогало студентам справиться с волнением. Во второй день Олимпиады была организована экскурсия, на которой участники познакомились с историей Казани, посетили основные достопримечательности.

Встреча студентов и их наставников в отделении неврологии ККБ, ставшая заключительным аккордом Олимпиады, еще раз про-

демонстрировала то необходимое сотрудничество корифеев неврологии и тех, кто еще только делает в медицине первые шаги, столь полезное для передачи опыта и знаний, для продолжения лучших традиций в медицинской отрасли края.

Особые слова благодарности студенты адресовали доктору медицинских наук, профессору, заведующей кафедрой психиатрии, медицинской психологии и неврологии с курсом ДПО И.И. Шереметьевой; кандидату медицинских наук, доценту С.А. Федянину; доктору медицинских наук, профессору, заведующей курсом неврологии и ДПО И.В. Смагиной; кандидату медицинских наук, доценту Е.В. Пархоменко; кандидату медицинских наук, доценту М.А. Хоревой; ассистенту А.И. Афанасьевой.

Сотрудничество разных поколений врачей продолжается. Сейчас формируется команда для участия на Евразийской олимпиаде, которая пройдет в Новосибирске. Предстоит непростой подготовительный период и, надеемся, успешное выступление. ☺





**Светлана Ивановна
МАКОГОН,**

врач-офтальмолог, высшая квалификационная категория, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры специализированной хирургии по урологии, травматологии и офтальмологии, АГМУ;



**Александр Сергеевич
МАКОГОН,**

Заслуженный врач РФ, врач-офтальмолог, высшая квалификационная категория, кандидат медицинских наук, заведующий офтальмологическим отделением, КГБУЗ «Алтайская краевая офтальмологическая больница», доцент, заведующий кафедрой специализированной хирургии по урологии, травматологии и офтальмологии, АГМУ.

Глаукома

Глаукома - это группа хронических заболеваний глаз, основным проявлением которых является повышение внутриглазного давления (ВГД), приводящее к постепенному повреждению зрительного нерва и, как следствие, появлению дефектов в поле зрения («боковом» зрении) и развитием слепоты.

Глаукома занимает первое место по числу случаев слепоты среди всех глазных заболеваний. Во всем мире ею страдает около 67 миллионов человек, в России - более 1млн. больных глаукомой и еще столько же не подозревают об этом! По статистике, примерно 1% населения в возрасте старше 40 лет подвержен этому заболеванию, а среди пациентов после 70 лет глаукомой больны уже свыше 17-20 на каждую 1000 человек.

Для осуществления основной зрительной функции глаза и для нормального питания его тканей необходимо, чтобы **в глазу поддерживалось определенное давление**. В основном высота ВГД зависит от количества водянистой влаги, которая вырабатывается так называемым цилиарным телом и оттекает через дренажную систему. Дренажная система состоит из пористой диафрагмы, расположенной в углу передней камеры глаза, и микроскопических канальцев, отводящих влагу после фильтрации через диафрагму в мелкие кровеносные сосуды на поверхности глаза. В норме количество вырабатываемой жидкости равно количеству оттекаемой, за счет чего ВГД остается на постоянном уровне.

При глаукоме отток внутриглазной жидкости затруднен, и давление внутри глаза повышается. Это ведет к нарушению движения крови по внутриглазным сосудам и ухудшению питания нервных клеток сетчатки и зрительного нерва, что проявляется типичными для глаукомы дефектами поля зрения. Эти изменения в начальной стадии болезни могут быть обратимыми и исчезать при снижении ВГД, а затем, в развитой стадии, они становятся постоянными. Дальнейшая гибель волокон зрительного нерва приводит к тому, что **происходит постепенное сужение поля зрения**. В да-

леко зашедшей стадии остается «трубочное» зрение: поле зрения так сужено, что больной смотрит как бы через узкую подзорную трубу. При этом даже если пациент и может четко видеть предметы, то его ориентация в пространстве будет крайне затруднена из-за недостаточного «бокового» зрения. Острота зрения также может понижаться. В терминальной стадии болезни зрительные функции полностью и безвозвратно исчезают.

Какое внутриглазное давление считается нормальным? Принято считать, что величина ВГД в норме при измерении тонометром Маклакова («грузиком») должна быть в пределах 12-25мм рт.ст. Следует учитывать, что **показатели ВГД сугубо индивидуальны**: для одного пациента значение 17-18мм рт.ст. может являться нормой, а повышение ВГД до 24-25 мм рт.ст. будет причиной для проведения дополнительных обследований.

В течение суток уровень ВГД непостоянен. В большинстве случаев самых высоких значений он достигает в ранние утренние часы, а самых низких - в вечерние. Неблагоприятными признаками считаются суточные колебания ВГД более 5мм рт.ст. и асимметрия в показателях между двумя глазами. Помните, что **при подозрении на глаукому большое значение имеет повторное измерение ВГД в разное время суток**, для этого разработаны специальные схемы.

По классификации отечественных ученых выделяют следующие основные виды глаукомы.

а) **Первичная открытоугольная (до 90% всех случаев).** При этой форме глаукомы доступ внутриглазной жидкости к углу передней камеры открыт, но ее отток затруднен из-за склеротических процессов в самой дренажной системе глаза, что ведет к увеличению ВГД.



б) *Первичная закрытоугольная* встречается гораздо реже. При осмотре у пациентов обнаруживается узкий вход в угол передней камеры. Под действием провоцирующих факторов (нервное напряжение, долгое нахождение в темноте, прием большого количества жидкости, длительная работа в положении с наклоненной вниз головой, медикаментозное расширение зрачка и др.) происходит закрытие угла передней камеры, и внутриглазная жидкость уже не может оттекать в достаточном количестве, что приводит к резкому повышению ВГД. Такая ситуация требует немедленно обращения к офтальмологу!

в) *Врожденная глаукома* может впервые выявляться как в детском или юношеском возрасте, так и у людей до 34 лет. Повышение уровня ВГД при этой форме глаукомы обусловлено недоразвитием или поражением дренажной системы глаза.

г) *Вторичная глаукома* возникает как осложнение других глазных заболеваний, например, после перенесенной травмы, воспаления, поражения глаза при диабете, кровоизлияний и т.п.

Существует также такое состояние, как *офтальмогипертензия*, когда имеется умеренное повышение ВГД без каких-либо изменений зрительного нерва и зрительных функций. Такие пациенты должны находиться под постоянным динамическим контролем офтальмолога, так как примерно в 10-15% случаев у них может развиваться глаукома.

Бывает глаукома без повышенного внутриглазного давления. Это так называемая *глаукома низкого (псевдонормального) давления*. При этом заболевании, как и при других формах глаукомы, происходят постепенное повреждение зрительного нерва и появление дефектов в поле зрения. Однако принципиальным отличием является то, что уровень ВГД у такого пациента остается в пределах среднестатистической нормы. Именно поэтому **измерение ВГД - главный, но не единственный способ диагностики заболевания.**

Глаукома развивается постепенно, часто протекает без каких-либо проявлений, и именно в этом заключает-



ся ее опасность. Иногда **признаками глаукомы могут быть:**

- ▶ периодическое «затуманивание» зрения;
- ▶ появление радужных кругов вокруг источника света, не исчезающих при усиленном мигании или протирании глаза;
- ▶ исчезновение четкости контуров при рассматривании различных предметов;
- ▶ ощущение «тяжести» или боли в глазу;
- ▶ появление «сетки» перед глазом;
- ▶ затруднение работы на близком расстоянии (например, чтение);
- ▶ необходимость частой смены очков;
- ▶ сложность ориентации в темноте;
- ▶ также возможны головные боли, главным образом, в надбровных дугах и височных областях;
- ▶ в более поздних стадиях появляются сужения полей зрения с носовой стороны.

Указанные симптомы могут наблюдаться и при других заболеваниях, не связанных с глаукомой, но их возникновение всегда должно служить поводом для срочного обращения к офтальмологу!

Существуют **факторы риска**, увеличивающие вероятность заболевания глаукомой. Они не являются непосредственной причиной заболевания глаукомой, но увеличивают вероятность ее возникновения. **К ним относятся:**

- **возраст:** глаукома обычно развивается у людей после 40 лет;
- **наследственная предрасположенность:** если у членов вашей семьи или у близких родственников обнаружена глаукома;
- **близорукость или дальнозоркость более 4 диоптрий;**
- **ранее перенесенные заболевания глаз** (uveит, отслойка сетчатки, тромбоз центральной вены сетчатки и др.); **травмы или операции глаз;**
- **сахарный диабет;**
- **мигрень;**
- **длительное применение стероидных препаратов в виде глазных капель** (например, дексаметазон), **ингаляций или таблеток.**

Важно, что окончательно ответить на вопрос о прогнозе возникновения глаукомы при наличии того или иного фактора риска не представляется возможным. Другими словами, можно иметь несколько факторов риска и не заболеть глаукомой. К сожалению, бывает и наоборот.

Глаукома - коварное заболевание, которое на начальных этапах протекает бессимптомно. Поэтому, **независимо от того, есть у вас жалобы или нет, вы должны обязательно, в порядке диспансеризации, ежегодно проходить профилактическое обследование у офтальмолога с обязательным измерением уровня ВГД и осмотром глазного дна.**

К сожалению, первичная профилактика глаукомы не разработана, так как точные причины возникновения болезни неизвестны. Поэтому пока науке не удалось предотвратить это заболевание, большое значение имеет ранняя диагностика. Ведь лечение, начатое в раннем периоде развития глаукомы, дает наилучшие результаты! Для этого лица в возрасте старше 40 лет при ежегодной диспансеризации должны обращаться к офтальмологу для проведения профилактического обследования глаз. Это позволит выявить не только больных с ранними стадиями глаукомы, но и предрасположенных к ней.

В следующем номере мы расскажем о диагностике глаукомы и ее лечении. ☺



Борьба с бессонницей

Наталья Владимировна МАРКИНА,
врач-сомнолог,
кандидат
медицинских наук,
г.Барнаул

Как только человек пытается заснуть, но это не получается, у него начинает формироваться стойкий условный рефлекс боязни не заснуть.

Рефлекс боязни не заснуть проявляется тем, что человек может мучительно хотеть спать, но только он добирается до своей постели, сон «как рукой снимает». Соответственно, **крайне нежелательно заставлять себя спать**. Не спится - не спите! Значит, ваш мозг на данный момент не требует сна, и чем больше вы будете его заставлять, тем больше он будет противиться. Не поспали эту ночь - на следующую ночь сон будет лучше.

Другое заблуждение: «Чем дольше я буду лежать в постели, тем больше мне удастся спать и тем лучше будет мое самочувствие». На самом деле - чем дольше вы находитесь в постели, тем хуже спите! Что произойдет, если вместо нужных семи часов вы будете пытаться каждую ночь спать девять часов? Можно предположить, что вы просто будете больше спать и лучше выспаться. Но это не так. Через несколько недель ваш 7-часовой сон распределится на 9 часов. При этом *будет трудно засыпать*, кроме того, *в течение ночи вы будете много раз просыпаться*. И самое главное - *сон станет очень поверхностным*, во время которого восстановление организма не бывает полноценным, то есть *утром вы проснетесь усталым и вялым*. Более того, особенность человеческого мозга заключается в том, что он помнит, когда не спит и не помнит, когда спит. 10-12 пробуждений по 3-5 минут могут

восприниматься человеком как 3-4 часа бессонницы за ночь.

Естественно, вы подумаете, что спите недостаточно, и попытаетесь спать еще больше. В результате сон станет еще менее глубоким, вы будете еще чаще просыпаться, а по утрам чувствовать себя не отдохнувшим. Образуется порочный круг. **Чем дольше вы находитесь в постели, тем хуже ваш сон и тем больше угроза развития серьезной бессонницы.** Недаром существует такое изречение: «Чаще всего бессонницей страдают люди, у которых есть возможность спать столько, сколько они захотят».

Таким образом, **имеются два основных правила лечения бессонницы: не заставлять себя спать и сократить время пребывания в постели.** Это нелегко. Ваше тело, привыкшее лежать много часов, вероятно, взбунтуется, когда вы заставите его ложиться позднее, а вставать раньше. Ваш организм может сопротивляться в течение нескольких недель, так что вы будете чувствовать себя весьма неважно. Но как бы ни давал знать организм о том, что сна мало, продолжайте спать ровно столько, сколько вы спали до развития бессонницы, не сдавайтесь. Через несколько недель, а может быть, и раньше, вы привыкнете к новому режиму и сон станет более глубоким и полноценным в отпущенное для этого время.

Контроль раздражителя

Цель терапии бессонницы контролем раздражителя - разрушение негативных ассоциаций, связанных с пребыванием в кровати во время приступов бессонницы. Она особенно полезна людям с приступами бессонницы вечером и длительными пробуждениями среди ночи.

Правила терапии контроля раздражителя

- ◆ Ложиться в кровать только когда вы действительно хотите спать.
- ◆ Если вы не засыпаете в течение 15 минут, встаньте с кровати и не ложитесь, пока не почувствуете, что сможете заснуть. Если вы ложитесь в кро-



вать и всё еще не можете заснуть, встаньте опять. Повторяйте это до тех пор, пока не сможете заснуть в течение нескольких минут.

◆ Старайтесь не смотреть на часы, не считайте часы до подъема.

◆ Соблюдайте режим сна. Каждое утро вставайте в одно и то же время.

◆ Используйте кровать только для сна, а не для просмотра телепередач, чтения и т.д.

◆ Не пытайтесь вздремнуть в течение дня.

После первой ночи вы будете очень сонным и вам следует быть чрезвычайно внимательным, если возникает необходимость вести машину или использовать сложное оборудование в течение дня. Во вторую ночь вам будет легче заснуть. Если это не произойдет, вновь обратитесь к предыдущим инструкциям. **Полный курс терапии обычно занимает от 3 до 4 недель**, но после того, как разрушится нежелательная модель поведения, вам будет легко заснуть ночью и проснуться бодрым.

Ограничение сна

Большинство людей легче засыпают и лучше спят, когда они ощущают сонливость. Для того чтобы вызвать сонливость к вечеру и помочь вам легче заснуть, необходимо ограничить длительность сна или пребывания в постели в течение каждой ночи на протяжении нескольких недель.

Кроме этого, соблюдайте общие рекомендации по гигиене сна.

I ВАРИАНТ («жесткий») предназначен для молодых людей без сопутствующих хронических заболеваний. В данном случае длительность сна сразу сокращается до минимальной, а потом постепенно увеличивается до оптимальной.

◆ Первоначально вам позволено оставаться в кровати только 5 часов.

◆ Вы должны вставать каждое утро в одно и то же время вне зависимости от того, сколько вы фактически проспали в конкретную ночь.



◆ Не пытайтесь вздремнуть в течение дня.

◆ Если вы будете в течение трех дней спать не менее 85% времени пребывания в кровати, но общего времени сна вам будет не хватать, чтобы выспаться, можно увеличить время нахождения в кровати, ложась спать на 30 минут раньше. Вам все еще надо вставать утром в одно и то же время.

◆ Постепенно каждые три дня увеличивайте время, выделяемое на сон, на 30 минут до тех пор, пока вы не начнете хорошо высыпаться, но в то же время спать всю ночь. Возможно, при этом вы отметите, что выделяемое на сон время сократится на 1-2-3 часа по сравнению с тем периодом, когда вы страдали бессонницей.

II ВАРИАНТ («мягкий») предназначен для пожилых людей с сопутствующими хроническими заболеваниями, которые могут осложниться при резком сокращении времени сна. В этом случае длительность сна постепенно сокращается до оптимальной.

◆ Когда ложитесь в кровать, разрешается лежать, не заснув только в течение 15 минут. Если время истекло, а вы не заснули, встаньте с постели. Не ложитесь в кровать и не пытайтесь заснуть снова до начала следующего часа. Например, если вы легли в кровать в 23.00 и не заснули до 23.15, встаньте, уйдите в другую комнату (кровать использовать только для сна!) и посмотрите телевизор, почитайте. Можно заняться каким-либо нудным делом, например, гладкой белья или наведением порядка в бумагах. Не ложитесь в

постель до 00.00. Если при второй попытке вы не заснули до 00.15, снова встаньте с постели и продолжайте бодрствовать до 01.00 и так далее. Обычно требуется не более 1-2 попыток. Однако при тяжелой бессоннице в первые несколько дней могут потребоваться 3-4 попытки.

◆ Обязательно поднимитесь с постели утром в одно и то же время вне зависимости от того, когда вы уснули. Даже если вам очень хочется спать, всё равно вставайте. Лучше всего быстро сделать несколько физических упражнений и выйти на свежий воздух.

◆ Не ложитесь отдыхать или спать днем. Дневной сон уменьшит вашу сонливость к вечеру и сведет на нет все усилия в предыдущую ночь.

◆ Ежедневно ведите дневник: каждое утро записывайте время, когда вы легли в постель, после какой попытки заснули и когда встали с постели.

◆ Если в течение недели вы четыре и более раз не смогли заснуть после первой попытки, то следует первый час убрать из времени пребывания в постели.

◆ Если в течение следующей недели вы также четыре и более раз не смогли заснуть после первой попытки, уберите еще один час из времени пребывания в постели. И так каждую последующую неделю до тех пор, пока вы будете засыпать после первой попытки минимум четыре раза в неделю. Возможно, после реализации данной программы ваше пребывание в кровати сократится на 1-2-3 часа, но при этом сон станет более глубоким и эффективным.

Данные программы лечения бессонницы дают результаты в течение 3-4 недель даже в том случае, если бессонница продолжается несколько лет. Следует отметить, что значительное количество людей через некоторое время возвращается к своим старым привычкам и бессоннице. Если это случилось, следует еще раз повторить описанную выше программу, что позволит вам снова нормализовать сон. ☺



О здоровье зубов

Решить стоматологические проблемы не всегда просто даже взрослым людям. Что уж говорить о детях. Эта проблема становилась почти нерешаемой для детей, больных ДЦП, имеющих повышенный рвотный рефлекс или непреодолимый страх перед кабинетом стоматолога.

Теперь выход найден. В Алтайской краевой клинической детской больнице таким деткам лечат зубы под общим наркозом.

О первых трудностях работы рассказывает **Елена Львовна ТЕРЕНЮК**, врач-анестезиолог-реаниматолог высшей квалификационной категории детской больницы, кандидат медицинских наук:

- При открытии стоматологического кабинета предстояла обычная работа анестезиолога, но необычны были ее рамки - рот ребенка должен оставаться открытым. *Наши пациенты сложные, почти все с патологией нервной системы: с ДЦП, аутизмом, синдромом Дауна, олигофренией, испытывающие судороги, с повышенным рвотным рефлексом, расстройствами поведения и интеллектуального развития, с эпилепсией, неконтактные и т.д.* Поэтому подходит не каждая методика анестезии. Для детей предпочтительна - ингаляционная: она не пугает ребенка, позволяет ему быстрее пробуждаться и уже через полчаса пойти домой с восстановленной нервной системой. Однако стандартную, обычно применяемую, маску, которая захватывает рот и нос, использовать в нашем случае невозможно. Тогда мы пришли к решению о необходимости скомбинировать внутривенный и ингаляционный анестетики. Есть внутривенные препараты-гипнотики: пока такой препарат вводится, ребенок спит. Однако не всегда просто обеспечить венозный доступ: чтобы поставить ребенку катетер, нужно справиться с детским страхом перед ним. Поэтому вернулись к ингаляционному наркозу - стали

использовать летучий анестетик севоран, подобрали необходимые размеры масок.

Технология анестезиологического пособия отработана полностью. Сейчас мы **сначала даем поверхностный ингаляционный наркоз, ребенок засыпает, и только после этого делаем необходимые манипуляции для венозного доступа.** Ребенок их не чувствует и не помнит, - к чему мы и стремились.

Таким образом, могу сказать, что от анестезиологов потребовался новаторский подход к выполнению поставленной задачи. Перед каждой манипуляцией ребенок обязательно предварительно консультируется анестезиологом, родителям разъясняются все позиции анестезии и лечения, необходимого их ребенку.

- Как долго длится такой прием у стоматолога?

- По-разному, всё зависит от того, сколько зубов нужно лечить и удалять. Нередко стоматолог не может оценить объем работы до начала лечения, поскольку невозможно уговорить ребенка даже просто открыть рот. Поэтому изначально исходим из того, что хотя бы один зуб лечить необходимо. *В среднем на лечение одного пациента требуется около 30-40 минут.* Как только убираем маску, ребенок в кресле просыпается. Дальше обязательно наблюдаем за его состоянием в палате пробуждения 40-50 минут, в зависимости от исходной патологии. За это время полностью восстанавливается мышечный тонус, и ребенок с родителями может идти домой.



Когда начинали работать в этом направлении, лечили одного ребенка в день, сейчас, бывает, - до пяти человек. Лечение детских зубов под общим наркозом остается востребовано. Работой на ближайшее время мы обеспечены.

- Ваши пациенты, как правило, постоянно принимают самые разные медикаментозные средства. Есть трудности в их совмещении с препаратами, которые вы применяете для наркоза?

- Действительно, один раз подобная ситуация возникла. Был сложный ребенок. Нам пришлось его госпитализировать в неврологическое отделение. И уже под «прикрытием» наших неврологов анестезиологи приступили к работе - прямо в палате. В данном случае стандартный подход вообще оказался невозможным. Ребенку внутримышечно ввели препарат, в состоянии наркоза доставили его в кабинет стоматолога, где и было выполнено лечение. Позже его перевели в палату пробуждения.

Для каждого ребенка мы стараемся найти единственный оптимальный вариант лечения. Если это просто неконтактный ребенок,



который панически всего боится, - действия одни: это самая простая категория для анестезиологов. Тяжелобольные дети, конечно, требуют особого внимания. Наши пациенты разного возраста: были среди них и трехгодовалые, и 17-летние.

Отмечу, что анестезиолог-реаниматолог - особая специальность врача: он должен уметь и реанимировать, подавать наркозы, выхаживать новорожденных, в частности, при экстремально низкой массе тела. Все доктора, которые работают в отделении анестезиологии-реаниматологии краевой детской больницы, уже имеют опыт работы в стоматологическом кабинете.

Рассказ дополнила стоматолог **Елена Николаевна ШАРАПОВА:**

- Согласно статистике, если проблемы с зубами и полостью рта у здоровых людей встречаются в 85-90% случаях, то у инвалидов это соотношение достигает чуть ли не 100%. Важным фактором возникновения данной проблемы является **игнорирование состояния здоровья зубов и полости рта в результате заботы об общем состо-**



Е.Н. Шарпова

нии больного - последние воспринимаются родителями как наиболее важные. Именно поэтому инвалиды находятся в группе высокого риска стоматологического здоровья. *Чаще всего у инвалидов встречаются такие заболе-*

вания зубов и полости рта, как кровоточивость дёсен, кариес, неприятный запах изо рта, проблемы с глотанием и слюноотделением.

В некоторых случаях причиной поражения эмали и возникновения склонности к заболеванию кариесом у детей-инвалидов может служить **генетическая предрасположенность**. У многих больных детей наблюдаются также **отсутствие зубов от рождения, деформация зубного ряда и скученность зубов**. В связи с перечисленными проблемами, а в особенности из-за недостаточного внимания к уходу за зубами и здоровьем ротовой полости, очень часто встречаются серьезные заболевания дёсен.

Благодаря выделяемой в процессе жевания и глотания слюне происходит естественное очищение зубов. Однако у некоторых детей-инвалидов в результате видимых нарушений координации губных, щечных и языковых мышц слюна утрачивает данную функцию. Особенно эта проблема касается детей с заболеваниями, имеющими прямое воздействие на мышцы (мышечная дистрофия, церебральный паралич). В этих случаях использование таких профилактических средств, как *высококачественная зубная щетка и нити для зубов*, является обязательным.

Зубы больных, вынужденных постоянно принимать препараты в форме сиропа, из-за содержащегося в них сахара в высшей степени подвержены заболеванию кариесом. Медикаменты, которые постоянно принимают больные эпилепсией (Dilantin и др.), могут стать причиной воспаления дёсен. У этих больных из-за воспаленных дёсен часто наблюдаются проблемы с речью, эстетичным видом или питанием. **Седативные препараты**, принимаемые как успокоительное средство или же с целью регулирования мышечной координации и аллергической реакции (барбитураты, антигистаминные препараты и т.п.), **могут стать причиной сокраще-**

ния слюноотделения. В результате этого процесса чаще наблюдаются заболевания дёсен и зубной кариес. **Зубы больных, регулярно принимающих аспирин, также находятся в группе риска заболевания кариесом**, поскольку аспирин, находясь некоторое время перед глотанием в полости рта, образует кислую среду, которая способствует началу заболевания.

Основанием для лечения зубов под общим наркозом является невозможность провести санацию полости рта обычным образом. Нашими пациентами становятся неконтактные дети, имеющие заболевания центральной нервной системы, синдром Дауна, больные олигофренией, ДЦП. Также мы лечим детей, которые не переносят обычные анестетики.

Конечно, первыми нашими пациентами стали запущенные, в стоматологическом плане, дети. Когда дан наркоз, стоматологу намного проще работать, нет необходимости отвлекаться на уговоры ребенка. За одно посещение кабинета мы можем полностью просанировать ротик. Ребенок просыпается тогда, когда всё сделано, уже не страшно.

В условиях обычной поликлиники такое лечение проводить сложно. А вот в условиях стационара оно вполне осуществимо. Для реализации лечения зубов под наркозом помогла многопрофильность краевой детской больницы. Сейчас мы проводим осмотр стоматологом и санацию полости рта у всех детей, которые лечатся в стационаре.

- По вашему мнению, у современных детей зубы быстрее разрушаются, чем у их сверстников, скажем, двадцать лет назад?

- Да. И не только питание и экология этому виной. Правила гигиены полости рта не выполняются, особенно детьми, живущими в сельской местности. **Мы не только лечим зубки, но и обязательно учим ребенка поддерживать гигиену полости рта.** ▶



Многое зависит от мам. Они должны понимать, что как только у малыша появляются первые зубки, их обязательно нужно чистить после каждого приема пищи. Сейчас в продаже есть специальные щеточки для таких малышей. На первом этапе обходимся без паст, а с четырех лет уже можно применять детские зубные пасты. На зубах в полости рта скапливается налёт. После приема пищи меняется кислотно-щелочной баланс, слюна становится вязкой и густой. Ребенок не умеет полоскать рот. На помощь, повторюсь, должна прийти мама. Тем более это касается детей, больных тяжелыми заболеваниями.

- Какие советы вы бы дали читателям журнала?

В первую очередь нужно обратить особое внимание на привычное питание. Кормление детей посредством бутылочек такими содержащими сахар жидкостями, как молоко, искусственный прикорм или сок, приводит к быстрому развитию кариеса. Поэтому **после каждого кормления необходимо очистить зубы с помощью зубной щетки**. Если нет необходимости, то следует избегать ночных кормлений.

Следует по возможности **не употреблять продукты питания, содержащие сахар и карбонидрат**. А если и употреблять вышеописанные продукты, то в основном меню, а не в перерывах между приемами пищи.

Детям, которые вынуждены употреблять пореобразную размяченную пищу и им нет возможности чистить зубы, следует производить **процедуру полоскания рта после еды или же очищать рот от остатков пищи при помощи зубной щетки**.

Остановимся подробнее на чистке зубов ребенка. Вы можете чистить ребенку зубы в любой достаточно освещенной комнате. Если ребенок в инвалидном кресле, то идеально для чистки зубов подходят кухня или ванная комната. Лежащему ребенку можно чистить зубы, слегка приподняв



ему голову, процедуру полоскания же осуществлять с помощью стакана, подставив чашку для сплевывания. Лучшим местом для чистки зубов является то, в котором ребенку спокойно, а вам удобно выполнять процедуру.

Чистку зубов можно осуществлять в разных положениях. Важно поддерживать голову ребенка. Например, чистить зубы можно стоя за инвалидным креслом и поддерживая голову с помощью руки или груди. Можно также сидеть за креслом, закрепив колеса, слегка наклонить его к себе на колени и производить чистку зубов. Если же инвалидного кресла нет, то можно усадить ребенка на пол, а самим сесть сзади на стул и приклонить его голову к коленям. В случае сопротивления можно закрепить руки с помощью ног. Лежащего ребенка можно уложить себе на колени и, поддерживая голову руками, чистить зубы. Если ребенок беспокойный, оказывает сопротивление, то данную процедуру следует выполнять с помощью еще одного человека. Не забывайте, что в каком бы положении вы ни чистили зубы, нужно обязательно поддерживать ребенка голову.

Следует внимательно соблюдать технику чистки зубов: расположите зубную щетку под углом 45 градусов к десне и зубам. Слегка прижав щетку, вращательными и выметающими движениями почистите поверхности зубов. Чистку зубов начните с верхней челю-

сти. После очищения внешних и внутренних поверхностей зуба необходимо почистить жевательные поверхности. Таким же образом почистите и зубы нижней челюсти. Убедитесь в том, что вы почистили все зубы. Задние поверхности передних зубов почистите щеткой, расположенной в вертикальном положении, выметающими движениями. Для свежего дыхания необходимо также чистить и поверхность языка.

Чтобы предотвратить появление кариеса, **необходимо каждый день регулярно чистить зубы; раз в шесть месяцев обязательно проходить осмотр у стоматолога**, поскольку только регулярный контроль позволит выявить заболевание на ранней стадии развития.

Каждый потерянный зуб для ребенка-инвалида влечет за собой серьезные проблемы. Связанные с потерей зуба проблемы с речью и процессом пережевывания пищи могут негативно повлиять на способности к обучению и общее качество жизни ребенка. Большинство больных неспособны носить протезы и другие аппараты, а продолжать жизнь без потерянных зубов довольно сложно. Поэтому из-за сложности стоматологического лечения инвалидов следует уделять особое внимание данной проблеме: регулярно проходить осмотр у стоматолога и осуществлять профилактические процедуры против кариеса. ☺





**Методы
диагностики
туберкулеза**



**Операция
«Антистресс»**



**Когда голова
болит
от таблеток...
от головной боли**



**Возвращение
«синего кита»**

На обложке: Татьяна Владимировна СИНКИНА, кандидат медицинских наук, заведующая отделением профилактики и индивидуального прогнозирования злокачественных новообразований, КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер».

Фото: Лариса Юрченко.

«Как вы прекрасны, женщины Алтая!»	1
ПОБЕДИМ СВОЙ СТРАХ!	
Т.В. Синкина. От онкозаболеваний уберезет профилактика	2-4
Центры здоровья и диспансеризация	5
СЕРДЕЧНЫЙ РАЗГОВОР С КАРДИОЛОГОМ	
Помогающие больному сердцу	6-7
И.А. Каманина. Методы диагностики туберкулеза	8-9
Вся информация о продукте - крупно на этикетке	10
Модернизация - жителям края	11
Операция «Антистресс»	12-13
Что такое хорошо и что такое плохо?	14
Мир и медицина	15
ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА	
О.А. Скоропацкая.	
Хронический эндометрит - миф и реальность	16-17
СОВЕТЫ ДЕТСКОГО УРОЛОГА	
И.С. Попов. Спорт и мужское здоровье	18-20
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ	
Г.М. Демина. Маленькие неприятности во время беременности	21-23
О.А. Копаницына. Небулайзерная терапия - это современно и безопасно	24
Модернизация - жителям края	25
Е.В. Пархоменко.	
Когда голова болит от таблеток... от головной боли	26-28
Победа одна на всех	28-29
СОВЕТЫ ОФТАЛЬМОЛОГА	
С.И. Макогон, А.С. Макогон. Глаукома	30-31
Возвращение «синего кита»	32-34
Модернизация - жителям края	35
Н.В. Маркина. Борьба с бессонницей	36-37
О здоровье зубов	38-40
Долголетие по рецепту	41-42
Поскакали!	43



Общественный Редакционный совет журнала



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



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



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



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



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



**Лазарев
Александр Федорович**
д.м.н., профессор, заведующий
кафедрой онкологии, лучевой
терапии и лучевой диагностики
Алтайского государственного
медицинского университета,
главный врач КГБУЗ
«Алтайский краевой
онкологический диспансер»



**Лещенко
Владимир Алексеевич**
к.м.н., исполнительный
секретарь Медицинской
палаты Алтайского края,
директор КГБПОУ
«Барнаульский базовый
медицинский колледж»



**Миллер
Виталий Эдмундович**
к.м.н., доцент кафедры
пропедевтики детских болезней
Алтайского государственного
медицинского университета,
заместитель главного врача
по поликлинической работе
КГБУЗ «Алтайская краевая
клиническая детская больница»



**Насонов
Сергей Викторович**
к.м.н.,
заместитель министра
здравоохранения
Алтайского края



**Плигина
Лариса Алексеевна**
Президент
Профессиональной
сестринской ассоциации
Алтайского края



**Ремнева
Надежда Степановна**
к.с.н., председатель Алтайского
краевого отделения Всероссийской
неправительственной
общественной организации
Союз женщин России,
Председатель Общественной
женской палаты при
Губернаторе Алтайского края



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



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



**Фадеева
Наталья Ильинична**
д.м.н., профессор
кафедры акушерства и
гинекологии Алтайского
государственного
медицинского университета



**Шубенкова
Наталья Михайловна**
мастер спорта СССР между-
народного класса по легкой
атлетике, начальник отдела
подготовки спортивного резерва
и развития студенческого спорта
Управления спорта и
молодежной политики
Алтайского края



**Шульц
Татьяна Эргартовна**
заместитель главного врача
по экспертизе временной
нетрудоспособности
КГБУЗ «Алтайская краевая
клиническая детская
больница»



**Яворская
Светлана Дмитриевна**
д.м.н., доцент
кафедры акушерства и
гинекологии Алтайского
государственного
медицинского университета

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№3 (171) март 2017 г.



Лауреат Губернаторской премии
среди СМИ по итогам 2003 года

Почетная грамота
Союза журналистов России



Благодарность от Управления
Алтайского края
по физической культуре и спорту

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

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

Время подписания в печать:
по графику - 14:00 20.03.2017 г.,
фактически - 14:00 20.03.2017 г.
Дата выхода: 27.03.2017 г.

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

Ответственный редактор - Мария Юртайкина.

Креативный редактор - Лариса Юрченко.

Компьютерный дизайн и верстка - Ольга Жабина, Оксана Ибель.

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

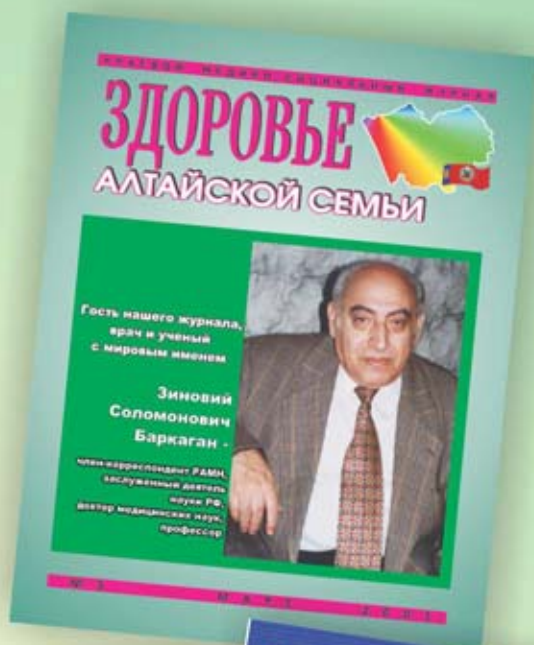
Адрес работы с общественными представителями:
656038, Алтайский край, г. Барнаул, пр. Ленина, 56, тел. 8-902-141-79-83,
E-mail: nebolen@mail.ru. Группа ВКонтакте: <https://vk.com/nebolen>

Отпечатано в типографии ИП Смирнов Е.В.:
656049, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Чкалова, 228. Тел. (3852) 38-33-59.
Печать офсетная. Тираж - 5000 экз. Цена свободная.

Подписной индекс - 31039

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ



нам
15
лет!