

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

6+

# ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№7 (187) ИЮЛЬ 2018



*Им доверяют сердца!*

### Еще раз к вопросу о членстве в профессиональных медицинских сообществах...

Острота кадровой проблемы в здравоохранении, несмотря на принимаемые государством, местными властями меры практически во всех регионах РФ, - не снижается. Общество, медицинское сообщество и власть, признавая бесспорные достижения отечественного здравоохранения, ведут непростую дискуссию по ключевым вопросам охраны здоровья жителей, развития системы здравоохранения, проблемам качества оказания медицинской помощи, повышения престижа медицинского работника в обществе, по защите прав и пациента, и врача, и медицинской сестры.

Заложенные еще в 1993 году первые элементы самоорганизации (ФЗ «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан»), получили дополнительную политическую поддержку на встрече делегатов IV(XX) Всероссийского Пироговского съезда врачей с Президентом РФ, которая состоялась 9 июня 2001 года. Президентом было поддержано предложение о переходе от государственной к государственно-общественной модели развития и управления здравоохранением страны, что впоследствии нашло законодательное подкрепление. Федеральный закон «О саморегулируемых организациях» окончательно закрепил модель общественного здравоохранения, в которой профессиональное медицинское сообщество имеет возможность реально оказывать влияние на профессиональную деятельность своих членов, а различные институциональные структуры государства выполняют при этом в основном контрольно-разрешительные и надзорные функции.

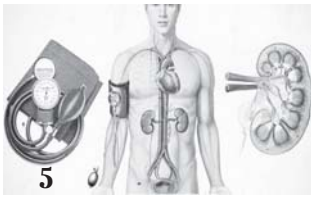
То, что отечественная система здравоохранения нуждается в стимулах самоорганизации и самореализации медицинских работников, - очевидно. Нужно признать, что по факту, предпринимаемые меры законодательного, организационного характера на протяжении почти 20 лет не позволили не только реализовать в полной мере принципы саморегулирования профессиональной деятельности в отечественном здравоохранении, но и даже просто само организоваться! В качестве аргумента в пользу такого вывода могу назвать низкий уровень участия врачей в профессиональных медицинских организациях. Наш край, к сожалению, не является исключением. Членство в Медицинской палате Алтайского края (организована в июне 2012 года) в целом ряде медицинских учреждений крайне низкое, хотя в целом по краю и составляет 52% от работающих в отрасли врачей. Что позволяет, в соответствии с действующим законодательством РФ, функционировать такой общественной организации, но объективно - для усиления авторитета организации, активизации ее деятельности требует поэтапного расширения членства до 100%. И здесь вопрос, думаю, не только в недостаточном информировании специалистов о целях, задачах и реальной деятельности таких организаций или предполагаемый для членов профессиональной организации финансовый взнос (причем, незначительный по размеру!) Отчасти срабатывает как инертность, порой граничащая с безразличием, некоторой части специалистов, либо привычка полагаться исключительно на административное решение основных профессиональных вопросов. Так, и справедливости ради нужно сказать, пока не оправданы ожидания медиков больших результатов от деятельности Медицинской палаты, особенно в конфликтных ситуациях, связанных с претензиями по вопросам качества оказания медицинской помощи.

На самом деле задачи и полномочия, которые профессиональное медицинское сообщество как социальный механизм реализации кадровой политики намерено выполнять, довольно многогранны и полновесны. Как пример, наиболее массовая и авторитетная организация - Национальная медицинская палата РФ (партнер Медицинской палаты АК), представляя интересы медицинских работников перед государством и обществом, не только декларирует, но и последовательно реализует (при нашей региональной поддержке!) на федеральном уровне целый ряд функций, при этом предлагая введение системы саморегулирования в профессиональной деятельности на принципах *обязательного членства в медицинских объединениях*. Это, прежде всего, такие функции как: страхование профессиональной деятельности врача; управление профессиональной деятельностью врачей; подготовка и переподготовка медицинских кадров с целью улучшения качества оказания медицинской помощи через обеспечение высокого профессионального уровня посредством системы мотивированного непрерывного последипломного образования; регулирование этических аспектов деятельности медицинских работников при обращении с пациентами, юридическими лицами и иными субъектами профессиональных отношений; участия в разработке и профессиональной экспертизе вопросов организации здравоохранения, национальных стандартов и протоколов лечения заболеваний. *Помимо решения этих задач, Медицинская палата берет на себя за создание системы правовой и юридической защиты медицинских работников и медицинских организаций.*

Я не ставлю целью этой публикации представить результаты деятельности Медицинской палаты (и национальной, и краевой) - она публичная, довольно подробно освещается СМИ, на сайтах организаций. Но совершенно очевидно, что более активное участие врачей, средних медицинских работников в деятельности профессиональных медицинских организаций, в частности в Медицинской палате Алтайского края, даже на уровне просто членства (как минимум!), - будет способствовать более активному и полному решению довольно сложных и важных вышеобозначенных задач, как на региональном, так и на федеральном уровнях.

И как бы это банально не звучало: дорогу осилит идущий! И вместе мы, несомненно, сильнее! Решение, уважаемые специалисты, за Вами.

*И.В. Козлова, главный редактор,  
член Совета медицинской палаты Алтайского края*



5  
**Артериальная гипертония и поражение почек**



15  
**В каждой семье должны расти дети**



18  
**Кашель не может быть банальным**



28  
**Вся правда о зрении**



35  
**Сохраняем здоровье ног и лёгкую походку!**

На обложке: Коллектив кардиохирургического отделения КГБУЗ «Краевая клиническая больница».

Фото: Лариса Юрченко.

Д.А. Ананьев. Им доверено сердце человека ..... 2-4

#### СЕРДЦЕ ПОД КОНТРОЛЕМ

О.Н. Антропова. Артериальная гипертония и поражение почек ..... 5-7

Сохраняя самое важное ..... 8-9

Новости здравоохранения России ..... 10

Что делать во время грозы, чтобы не пострадать от молнии ..... 11-13

Как россияне ведут здоровый образ жизни ..... 14

#### ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННО РОДИТЕЛЬСТВА

Н.А. Соболева. В каждой семье должны расти дети ..... 15-17

Алтайская краевая клиническая детская больница

Я.А. Даулетова. Кашель не может быть банальным ..... 18-20

#### ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

Н.В. Федосова. Геморрой.

Причины и факторы возникновения ..... 21-23

Е.М. Томилова. Отеки во время беременности ..... 24

#### ЭНЦИКЛОПЕДИЯ МУЖСКОГО ЗДОРОВЬЯ

И.С. Попов. Обмен опытом особенно важен

в лечении и детей, и взрослых ..... 25

Алтайская краевая клиническая детская больница

Н.И. Куликова. Внутричерепная гипертензия

и гидроцефалия у детей. Опасные заблуждения ..... 26-27

Е.Ю. Крупская. Вся правда о зрении ..... 28-29

Алтайская краевая клиническая детская больница

Когда диагноз - «эпилепсия» ..... 30

#### ЭНЦИКЛОПЕДИЯ МУЖСКОГО ЗДОРОВЬЯ

И.С. Попов. Чтобы мальчик в будущем стал отцом ..... 31

Вкус перемен: еда будущего ..... 32-33

Луги в помощь малышам и мамам! ..... 34

Е.В. Мельниченко.

Сохраним здоровье ног и лёгкую походку! ..... 35-39

Показания к госпитализации в структурные подразделения

КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница» ..... 40-41

#### ШКОЛА ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Н.Н. Шаманская. Ретинопатия недоношенных детей ..... 42-43

Это интересно! ..... 44



# Им доверено сердце человека

*17 июня в краевой клинической больнице состоялось краевое торжественное мероприятие, посвященное Дню медицинского работника. В адрес врачей, медицинских сестер было сказано немало теплых слов, вручены награды. Одна из них была особенной - Благодарностью Губернатора Алтайского края отмечен труд коллектива кардиохирургического отделения краевой клинической больницы.*

Болезни сердца и сосудов справедливо называют одной из «проблем века». В мире от них ежегодно умирают до 20 миллионов человек. Эти недуги страшны своей внезапностью. Поэтому нередко при критических состояниях пациента высшей степенью помощи больному сердцу становится кардиохирургия. С развитием медицины эти операции становятся все более сложными и высокотехнологичными, врачи берутся лечить такие случаи, которые еще сравнительно недавно считались безнадежными.

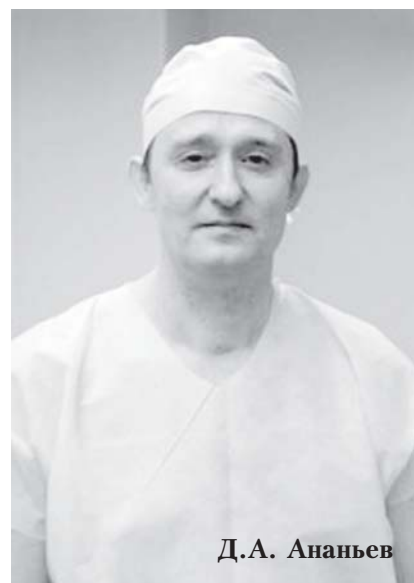
О кардиохирургическом отделении краевой клинической больницы наш разговор с **Дмитрием Александровичем АНАНЬЕВЫМ**, его заведующим, главным внештатным кардиохирургом Алтайского края, врачом-кардиохирургом высшей категории:

- Отделение открыто 1 января 2013 года. **Нам пять лет.** Этот путь не настолько велик по времени, но он значим по тем делам, реализованным задачам, которыми мы имеем все основания гордиться. К моменту открытия отделения кардиохирургия как направление медицины в крае была представлена в краевом кардиологическом диспансере. Мы открылись не с целью дублирования работы кардиохирургического отделения диспансера. Наша цель с самого начала была обозначена как освоение новейших методик оперативной помощи. И для этого у нас были большие возможности, потому что Краевая клиническая больница - это высокотехнологичный и многопрофильный центр, все ресурсы которого служат спасению людей. Создание нашего

отделения именно в многопрофильной больнице повышает доступность высокотехнологической помощи населению Алтайского края по кардиохирургическому профилю. Совершенно очевидно, что когда у человека случается горе, помочь ему могут только люди, владеющие тонкостями своей профессии.

Идея открытия трех новых отделений в краевой больнице принадлежит главному врачу в тот период **Валерию Анатольевичу ЕЛЫКОМОВУ**. Почти одновременно начали работать отделения кардиохирургии, трансплантации органов человека и кардиохирургической реанимации. Такой тандем позволил поднять на более высокий уровень оказание специализированной помощи в крае и реализовать ряд инновационных методик. **Оперативные вмешательства на аорте - одна из них.** Сегодня в Алтайском крае грудная аорта оперируется только в нашем отделении, причем круглосуточно, в экстренном и плановом вариантах. Полученные результаты меня радуют. (Брюшная аорта оперируется в сосудистом отделении ККБ под руководством **Юрия Григорьевича СУББОТИНА**.)

**Второе направление, которое успешно развивается, - детская эндоваскулярная кардиохирургия.** Сделано очень много, за что огромное спасибо Правительству Алтайского края, министерству здравоохранения края, администрации краевой больницы. Был организован детский приемный покой, проведена подготовка кардиохирургов и кардиологов кардиохирургического отделения по этому направлению, и мы уже выполнили первые операции. В них большая по-



Д.А. Ананьев

требность. Мы это направление аккуратно развиваем, следуя принципу: впереди рук хирурга не должны идти его амбиции. В отношении детей это особенно важно.

**Отделение трансплантации органов человека** открыто параллельно с нашим кардиохирургическим отделением. За пять лет коллеги добились немалых успехов: выполнили четыре пересадки печени, около 80 пересадок почек. Мы вошли в состав этой трансплантологической бригады, прошли дополнительное обучение и 12 февраля текущего года провели первую в крае трансплантацию сердца. Эта операция для хирурга психологически тяжелая, потому что есть жесткие временные рамки: все надо делать очень быстро и долго одновременно. И есть моменты - точки невозврата, когда уже невозможно исправить мельчайший просчет, допущенную ошибку, невозможно вернуться назад и переделать.

Сейчас выстраивается система логистики трансплантации органов человека в Алтайском крае (идет формирование донорских баз, координационного центра трансплантации). Пересадка сердца в ряде случаев является единственным эффективным методом помощи при хронической сердечной недостаточности. Мы сегодня готовы проводить до 10 таких операций в год.



## Модернизация - жителям края

Кардиохирурги отделения выполняют одномоментные комбинированные операции при мультифокальном атеросклерозе на различных сосудистых бассейнах (коронарное шунтирование и пластика сонной артерии; коронарное шунтирование и оперативные лечения на сосудах конечностей и их сочетания). Этого не делают многие специализированные федеральные центры, а мы успешно реализуем в условиях краевой больницы.

У нас развивается **направление малоинвазивного вмешательства**. Оно требует совсем другого подхода к операции. Хирург должен достичь результата через маленький разрез. Делаешь себе неудобно - идешь навстречу больному. **Смещение парадигмы в голове врача в сторону пациента - достойная вещь и весьма непростая.**

При коррекции пороков сердца нами выбрана клапаносохраняющая стратегия. Совершенно очевидно: каждый пациент хочет, чтобы у него остался свой клапан, отремонтированный, но свой. Такое решение оправдано - оно улучшает прогнозы на дальнейшую жизнь, на протяжении которой человек впоследствии не должен будет принимать препараты, которые могут вызвать кровотечение. В настоящий момент планируется освоение коррекции митрального клапана из миниинвазивного доступа.

**- Расскажите о коллективе отделения.**

- Коллектив замечательный, большой, дружный. Самое главное - каждый готов к постоянному развитию, профессиональному росту. С удовольствием представляю коллег. **Алексей Александрович КЛОШИНСКИХ** - кардиохирург высшей квалификационной категории, с большим опытом, прошел профессиональное становление в краевом кардиодиспансере. Ему можно доверить человеческое сердце. Алексей Александрович умеет принимать самостоятельные решения и владеет всеми методиками, которые сейчас есть в кардиохирургии Алтайского края и Российской Федерации. Постоянно готов учиться, развиваться, стараемся ему в этом помочь - от этого выиграет каждый пациент. **Алексей Витальевич КОЗЛОВ** и **Денис Евгеньевич СО-**

**КОЛОВ** пришли к нам из сосудистой хирургии. Безусловно, накопленный ими опыт в данной области уникален для проведения операций на аорте. Каждый из хирургов отделения что-то привносит свое, мы постоянно учимся друг у друга. С уверенностью могу сказать, что Алексей Витальевич и Денис Евгеньевич - два лучших специалиста в аортальной хирургии края. И я у них многому учусь! Это золотой состав нашей кардиохирургии, ее настоящее и будущее.

Уникальными специалистами являются наши кардиологи **Юлия Евгеньевна ЗОТОЧКИНА** и **Алевтина Владимировна ВЛАСКИНА**. Кардиологов в наших больницах много. Но кардиологов именно с такой уникальной «специализацией», которые лечат, готовят к операции, а потом выхаживают пациента после кардиохирургических вмешательств, в крае - единицы. Вернее, четыре человека: двое - в нашем отделении и двое - в Алтайском краевом кардиологическом диспансере. Однако кардиологов, которые владеют и функциональной диагностикой, только двое в крае, и они работают у нас в отделении. Юлия Евгеньевна и Алевтина Владимировна сами «смотрят и видят сердце» и являются обязательными участниками операций. Их мнение нередко становится основой для принятия решения во время работы кардиохирургов.

**- Кто обязательно входит в состав операционной бригады?**

- Когда оказывается кардиохирургическая помощь, работают одновременно около 25 человек. Это настоящий микс сотрудников - от хирургов и операционных сестер до работников лаборатории и санитарок. **Современная сердечно-сосудистая хирургия состоит из пиковых вещей в медицине, соединенных высокими технологиями и методов.** Достаточно сказать, что каждый из наших пациентов оперируется в состоянии управляемой клинической смерти. В это время им занимаются профессионалы - кардиореаниматологи, которые за него дышат, проводят искусственное кровообращение и на завершающем этапе возвращают к жизни.

Мы идем хорошими темпами. **У нас впереди огромное количество интересных задумок и интересных методик, которые мы обязательно привнесем в кардиохирургию Алтайского края.** Я надеюсь, что правительство края будет и в дальнейшем развивать, поддерживать и двигать вперед сердечно-сосудистую службу. Мы располагаем сегодня значительными ресурсами в оказании помощи пациентам, и они включаются всегда, когда такая помощь необходима. Медицина ради медицины не существует. Она нужна только для человека.

**- Как становятся пациентами отделения?**

- Напрямую к кардиохирургам никто не поступает. Сначала пациенты обследуются в кардиологии в больнице по месту жительства или краевой поликлинике. Отработана система получения талонов при направлении в краевую поликлинику из любого района края. Если требуется, пациент готовится к госпитализации. При наличии кардиохирургической проблемы в среднем 14 дней отводится на операцию и стационарное лечение, после этого многие пациенты направляются на этап реабилитации в санаторий. Таков полный цикл - от постановки диагноза, проведения высокотехнологичной помощи до реабилитации и возвращения к привычной жизни. Пациента передаем назад в регион, но обязательно определяем, когда он должен приехать в отделение для контроля. Каждый пациент закреплен за нами пожизненно.

**- То есть связь с отделением не теряется?**

- Нет. Принципы преемственности и этапности в лечении полностью соблюдаются.

**- Представьте ваших медицинских сестер.**

- Старшая медсестра отделения - **Оксана Валерьевна КОРЯГИНА**. Она по праву входит в золотой сестринский фонд края. Две трети порядка в отделении, то, что у нас «палуба» блестит, - ее заслуга. Работа медсестер, санитарок, чистота, соблюдение приказов - это все о ней, о заботах Оксаны Валерьевны. Я без нее не смогу работать. Она просто двигатель в отделении, очень хороший и



## Модернизация - жителям края

высокопрофессиональный человек. Сестринский состав не меняется на протяжении пяти лет. Мы вместе открывали отделение, брали венки, щетки и приводили в порядок будущие кабинеты, палаты, когда еще не было пациентов. Коллектив отделения - большая семья, достигнуто взаимопонимание и движение к общей цели.

**- Сколько операций проходит в отделении в год?**

Количество проводимых операций в рамках ВМП растет. В 2018 году их будет сделано около **250**. Всего планируется **350-400** операций. Но важно понимать, что цифры - неполная характеристика работы отделения. Важно не то, сколько сделано операций, а то, какие усилия приложены, каков их результат, использованы ли новые современные технологии. Это непросто осуществить на практике, потому что это сразу вносит коррективы в работу многих служб.

**Отделение развивается.** В этом году запланировано реализовать очень интересные направления. Одно из них - **постановка новых аортальных клапанов**, которые не надошивать: клапаны встроены в металлические конструкции, обладающие памятью, они в нужном месте раскрываются - клапаны занимают предназначенное им место. В результате уменьшается время искусственного кровообращения во время операции, снижаются риски осложнения. Сегодня таких операций сделано в России меньше, чем трансплантаций сердца. Далее - мы готовимся к проведению **клапаносохраняющей операции при плановой аневризме восходящего отдела аорты**. Для этого запланирован приезд главного кардиохирурга Сибирского федерального округа **Александра Владимировича БОГАЧЕВА-ПРОКОФЬЕВА**. И третье направление - мы рассчитываем выполнить в этом году **ряд эндоваскулярных операций по детству** и на следующий год расширим спектр и объемы работы по этому направлению.

**- Каким был ваш путь в кардиохирургии?**

В июле чествовали медицинские династии Алтайского края. Их более двухсот. Общий трудовой стаж династии Ананьевых превышает 600 лет. Моя бабушка **Зинаида Мартыновна ДАНЬШИНА** - капитан запаса, хирург, прошла всю войну, в дальнейшем - главный хирург Бийска. Две ее дочери также стали хирургами. Одна из них - моя мама. Брат Владимир работает в ККБ



Представители семьи Ананьиных на праздновании Дня семьи, любви и верности «Медицина - сильна династиями», 2018 год.

урологом-хирургом. Дети наши также планируют поступать в медицинский вуз. Династия Ананьевых - это более 26 специалистов хирургического профиля, работавших и работающих по всей стране. Мой отец Александр Васильевич работал пять лет хирургом, затем стал основоположником анестезиологии Алтайского края. Первые остановки сердца и проведение операций в условиях искусственного кровообращения - его заслуга. В нашей семье три заслуженных врача России: мои бабушка, тетя и мама - **Наталья Александровна АНАНЬЕВА**. Я до этих женщин, наверное, никогда не дотянусь. Тысячи пациентов живы и до сих пор их благодарят.

**- Вы оперируете каждый день?**

Хирург работает 25 часов в сутки - обычная история, если тяжелые пациенты. Работать интересно, день на день не приходится. От возможности реализовать себя в профессии в любимом коллективе получаешь несомненное удовольствие. Хочется многое успеть. Важно и то, что в краевой больнице созданы хорошие условия для профессиональной деятельности каждого работника.

**- Пациенты чаще всего возвращаются к привычному образу жизни после выписки из вашего отделения?**

Как правило, это происходит. Но объективно о хорошей или плохой работе отделения хирургического профиля можно судить по показателю смертности. В нашем отделении смертность составляет 2,5%. Эта цифра соответствует мировым стандартам. Дай бог, чтобы было меньше. Мы все к этому стремимся. ☺

**Хирургия - это и есть удача. Или неудача. Здесь не бывает середины. Но могу сказать так: везет тому, кто везет. И есть очень хорошая поговорка: «Бог подает тому, у кого спина соленая». Надо просто работать.**



# Артериальная гипертензия и поражение почек

**Признаки поражения почек отмечаются у каждого десятого жителя нашей планеты. Число людей в мире, нуждающихся в лечении с использованием заместительной терапии (диализа), удваивается каждые 10 лет. И в России от осложнений хронической болезни почек ежегодно умирают десятки тысяч граждан трудоспособного возраста.**

Остановимся подробнее на связи сердечно-сосудистых заболеваний и состояния почек.

**Какова связь между поражением почек и артериальной гипертензией?**

Болезни сердца и почек тесно взаимосвязаны - у них общие причины и механизмы развития. Еще на заре возникновения учения об артериальной гипертензии (АГ) была установлена тесная связь ее с почечной патологией. В начале XIX века английский врач, основоположник учения нефрологии Ричард Брайт связывал АГ и почки «навсегда вместе».

Сегодня известно, что *взаимоотношения АГ и поражения почек носят многогранный характер*: повышенное артериальное давление может быть как причиной, так и следствием патологии почек.

**Почему при артериальной гипертензии поражаются почки?**

При АГ почки долгое время успешно сопротивляются повреждающему воздействию повышенного артериального давления за счет совершенной системы саморегуляции почечного кровотока. Внутрпочечные сосуды сужаются и «принимают удар на себя», не дают повышенному давлению передаваться дальше и повреждать почечную ткань. Однако со временем из-за постоянного напряжения внутрпочечные сосуды изнашиваются, теряют свою эластичность и утрачивают способность адекватно регулировать давление в почечных клубочках.

Кроме того, АГ часто сочетается с другими обменными факторами риска сердечно-сосудистых осложнений: ожирением, дислипидемией, сахарным диабетом - и эти факторы могут непосредственно способствовать развитию и прогрессированию поражения почек.

Результатом этого является **почечная недостаточность** - почки перестают выполнять свою функцию по выделению мочи. Происходит накопление в крови продуктов азотистого обмена (азотистых шлаков), что обуславливает самоотравление организма отходами его жизнедеятельности. В таких тяжелых случаях необходимой мерой является очищение крови с помощью гемодиализа (аппарат «искусственная почка»). Некоторым пациентам приходится прибегать к операции по пересадке почек. **Почечная недостаточность повышает риск инфаркта и инсульта в 25-30 раз!**

Всё вышесказанное доказывает, насколько важно беречь почки и использовать все доступные меры для предупреждения развития хронической почечной недостаточности.

**Как можно выявить поражение почек?**

Имеются простые и доступные методы ранней диагностики, однако у значительной части пациентов с хронической болезнью почек она по-прежнему выявляется на стадии, когда по жизненным показаниям уже необходимо начинать гемодиализ.

Коварство заболеваний почек заключается в том, что они могут мно-



**Оксана Николаевна  
АНТРОПОВА,**

доктор медицинских наук,  
профессор, кафедра  
факультетской терапии и  
профессиональных  
болезней, АГМУ



Пейте больше жидкости - 2-3 литра, особенно в жаркое время года: пресную воду, зеленый чай, почечные фиточаи, натуральные морсы, компоты.

гие годы не давать знать о себе, не вызывая никаких жалоб. И обнаружить их можно, только пройдя медицинское обследование, сдав анализы мочи (белок в моче) и крови (креатинин с расчетом скорости клубочковой фильтрации).

**Выделение белка с мочой** (протеинурия) и его количество - важный признак, по которому можно судить об ухудшении состояния почек. Установлено, что протеинурия, независимо от других возможных причин, является фактором риска, то есть увеличивает риск смертности от сердечно-сосудистых заболеваний.

Чтобы определить стадию болезни почек, недостаточно знать уровень креатинина крови. Необходимо рассчитать **скорость клубочковой фильтрации** при помощи специальных формул, поскольку во многих случаях уровень креатинина может быть еще нормальным, а скорость клубочковой фильтрации - уже сниженной. Пренебрежение этим фактом может привести к недооценке тяжести поражения почек.

Оба метода являются абсолютно доступными. Если у вас повышенное артериальное давление, тогда минимум 1 раз в год необходимо проходить это обследование. Особое значение регулярные обследования имеют для людей, страдающих сахарным диабетом, ожирением, атеросклерозом.

**Очень важно узнать о поражении почек на ранних стадиях - в этом случае лечение и профилактика будут эффективны!**

**Может быть, только высокое артериальное давление (АД) ухудшает состояние почек, а при умеренной артериальной гипертонии почки не страдают?**

Артериальная гипертония любой степени выраженности ухудшает прогноз заболевания и ускоряет развитие почечной недостаточности. Доказана прямая связь между уровнем АД и формированием почечной недостаточности. Так что *при любом повышении АД к почкам следует относиться чрезвычайно внимательно.*

**Можно ли надеяться на то, что при снижении АД одновременно уменьшится и степень поражения почек?**

Не вызывает сомнения, что адекватный контроль веса тела, уровня артериального давления, сахара и холестерина крови является важнейшим фактором защиты почек.

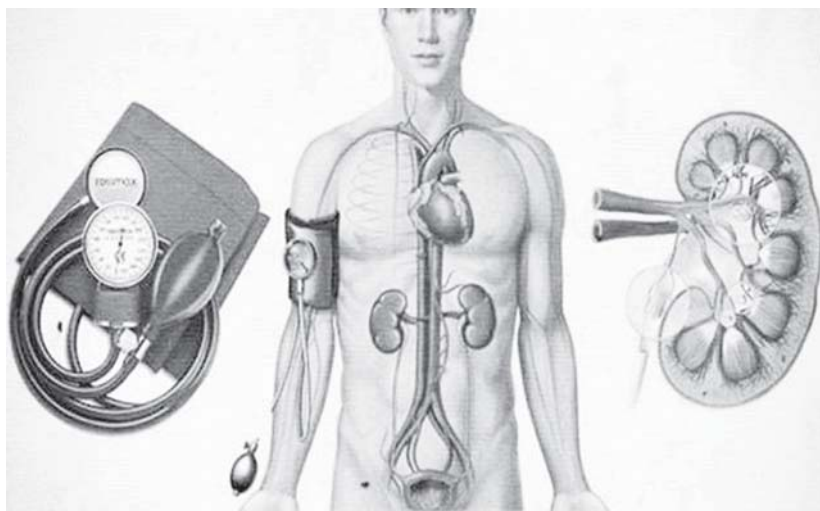
Нормализация АД сопровождается одновременным уменьшением протеинурии и предупреждает развитие хронической почечной недостаточности. Многолетние исследования позволили установить тот уровень, до которого пациентам следует снижать свое АД. Это: систолическое артериальное давление - менее 140 мм рт.ст., диастолическое артериальное давление - менее 90 мм рт.ст.

**Как предупредить поражение почек?**

Существуют **ДЕСЯТЬ ЗОЛОТЫХ ПРАВИЛ**, позволяющих сохранить почки.

**Не злоупотребляйте солью и мясной пищей.** Строгое ограничение соли (менее 5г хлорида натрия в сутки), начиная с ранних стадий АГ. Это означает, что нужно готовить без соли и при этом не досаливать на столе. Используйте специи, пряности, винный и яблочный уксус.

Ограничение белка - один из первых методов защиты почки. Избыток некоторых аминокислот, представляющих собой «кирпичики», из которых состоят белки, нарушает регуляцию почечного кровотока, заставляет почки работать в неблагоприятном режиме, испытывать значительные перегрузки. Умеренное ограничение белка переводит работу почек в более ща-





## Сердце под контролем

дящий режим, предотвращает их преждевременное «изнашивание». Однако важно помнить, что *дефицит белка и калорий еще более опасен для почечных больных, чем их избыточное потребление*. Врач порекомендует то количество белка в сутки, которое оптимально именно для вас.

**Не курите, не злоупотребляйте алкоголем.** Курение и чрезмерное употребление алкоголя действуют крайне неблагоприятно не только на сердце, но и на почки. Табачный дым содержит ряд веществ, вызывающих повреждение и неправильную работу сосудов, в том числе почечных, артериальную гипертензию и ранний атеросклероз, а канцерогенные смолы вызывают рак почки и мочевых путей. Важнейшим условием профилактики болезней почек является полный отказ от курения. У курящего человека, уже страдающего хронической болезнью почек, риск попасть на гемодиализ в несколько раз выше по сравнению с некурящим.

**Регулярно занимайтесь физкультурой** (для почек это не менее важно, чем для сердца!) - по возможности 15-30 минут в день или по 1 часу 3 раза в неделю. Больше двигайтесь (ходите пешком, по возможности - не пользуйтесь лифтом и т.д.). Занятия физкультурой должны быть регулярными и равномерно распределены в течение недели. Когда человек за одну тренировку пытается «наверстать» упущенное за неделю и более, ничего хорошего здоровью это не приносит. Не все физические упражнения одинаково полезны для почек, а некоторые - нежелательны. Предпочтение следует отдавать дозированной аэробной физической нагрузкам (плавание, быстрая ходьба, занятия на вело- и эллиптическом тренажерах), которые хорошо тренируют не только сердечно-сосудистую систему в целом, но и благотворно влияют на почечные сосуды.

**Не злоупотребляйте обезболивающими средствами.** Если невозможно полностью от них отказаться, ограничьте прием до 1-2 таблеток в месяц. Не принимайте подобные препараты, а также мочегонные, самостоятельно, без назначения врача, не за-

## Чтобы предупредить поражение почек



нимайтесь самолечением, не увлекайтесь пищевыми добавками.

**Защищайте себя от контактов с органическими растворителями и тяжелыми металлами, инсектицидами и фунгицидами на производстве и в быту** (при ремонте, обслуживании машины, работе на приусадебном участке и т.д.), пользуйтесь защитными средствами.

**Не злоупотребляйте пребыванием на солнце**, не допускайте переохлаждения поясничной области и органов таза, ног.

**Контролируйте артериальное давление, уровень глюкозы и холестерина крови.**

**Регулярно проходите медицинские обследования**, позволяющие оценить состояние почек.

**Какие лекарственные препараты применяют при болезнях почек?**

Важность и необходимость нормализации АД не вызывает сомнений. Снижение АД до нормальных значений преследует две цели. Во-первых, это препятствует развитию поражения почек, а во-вторых, предупреждает возникновение хронической почечной недостаточности у пациентов с уже имеющейся почечной патологией. Выбор лекарственного препарата определяет врач, основываясь на особенностях течения заболевания у конкретного человека. Лечение должно быть длительным и непрерывным. И прибегать к самолечению недопустимо! ☹

**Контроль веса: не допускайте избыточного веса и не сбрасывайте его резко. Больше употребляйте овощей и фруктов (не менее 500г в сутки), ограничьте высококалорийные продукты и исключите различного рода консервы.**



# Сохраняя самое важное

*Повышению доступности жителям региона оказания высококвалифицированной медицинской помощи в КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края» предшествовали беспрецедентное техническое переоснащение и качественные изменения в работе.*

## Только цифры

**300000** консультативно-поликлинических приемов в год осуществляют высокоспециализированные врачи Центра. **Около 500 видов лабораторных исследований**, которые не могут быть проведены в большинстве лечебных учреждений края, проводятся в Диагностическом центре Алтайского края. **Более 2 миллионов пациентов значатся в информационной базе Центра.**

Сотрудники Центра - специалисты высшей и первой категории, среди которых **4** доктора медицинских наук, **23** кандидата медицинских наук, **8** отличников здравоохранения, **5** заслуженных врачей и **1** работник здравоохранения. А также - профессиональный средний и отзывчивый младший медицинский персонал.

Автопоезд «Здоровье», работающий на базе Диагностического центра Алтайского края, в первом полугодии 2018 года побывал в 28 районах края. Пациенты обращались за помощью к специалистам более **20 тысяч раз.**

## Телемедицина

Благодаря реализации утвержденной региональным Правительством «Стратегии поэтапного развития Диагностического центра Алтайского края на 2017-2019 годы» приобретает телемедицинский комплекс, который позволяет записывать и транслировать по мобильным и проводным каналам связи аудио- и видеосигналы от подключенных к нему медицинских устройств (УЗИ, ЭКГ, эндоскопов, рентгеновских аппаратов и т.д.). Этот комплекс позволит решить задачи удаленного консультиро-



вания ЦРБ, фельдшерских пунктов или врачей, находящихся на выезде в труднодоступных местах.

Для создания архива цифровых рентгенологических изображений с онлайн-доступом с рабочих мест сотрудников учреждений первичного звена в Центре закуплено серверное оборудование (сервер, системное хранилище данных).

## Автопоезд «Здоровье» и мобильные комплексы

Проводится серьезное переоснащение автопоезда «Здоровье», который получил передвижной маммограф, мобильные медико-диагностические комплексы «Женское здоровье» и «Мужское здоровье». График работы мобильных комплексов утверждается Министерством здравоохранения Алтайского края с учетом специфики районов края, а также необходимости в тех или иных специалистах.

Первый выезд передвижного маммографа состоялся 29 ноября 2017 года. Так у пациентов даже в самых отдаленных сёлах Алтая появилась возможность исследовать молочные железы на специализированном рентгеновском аппарате. Полученные цифровые маммограммы имеют более высокое качество изображения, соответственно, возрастает и качество диагностики. Налажено удаленное консультирование цифровых маммограмм: по закрытым каналам связи рентгенлаборант на выезде передает снимки в Диагностический центр Алтайского края, где их описывают. Такой вариант работы применяется в клинических случаях, когда специалисту на месте необходимо уточнить клинико-рентгенологическое заключение, определить тактику лучевого обследования при сложном, тяжело протекающем заболевании. Таким образом за неполный год **работы передвижного маммографа проведено около 5000 исследований.** В результате у **14** человек впервые выявлены злокачественные опухоли молочных желез, у **111** - доброкачественные.

Отметим, что полученные изображения можно архивировать в базе данных, извлекать их при необходимости для оценки динамики изменений, пересылать для консультаций ведущим специалистам в краевой центр.

Мобильный комплекс «Женское здоровье» оснащен тремя кабинетами: смотровым, врачебным и ультразвуково-



# КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края»

вой диагностики. Смотровой оборудован гинекологическим креслом-кушеткой и кольпоскопом для ранней диагностики патологии шейки матки, в ультразвуковом - установлен портативный аппарат с полным набором датчиков с возможностью проведения с экспертной диагностической точностью всего спектра ультразвуковых исследований.

Этот комплекс побывал в **12 районах края**, врачом-акушером-гинекологом осмотрено **более 1500 женщин из 30 сел** и одного микрорайона г.Барнаула. У **70%** осмотренных выявлены заболевания органов малого таза, в том числе опухолевые.

Мобильный медико-диагностический комплекс «Мужское здоровье» предусматривает диагностику у мужчин аденомы простаты, бесплодия, злокачественных новообразований и других урологических заболеваний. В его состав входят кабинеты приема врача-уролога и ультразвуковой диагностики, где на высококлассном оборудовании проводятся УЗИ внутренних органов и органов мочеполовой системы.

## Специализированные центры

В Диагностическом центре Алтайского края функционируют эндокринологический, пульмонологический, урологический, климактерический и маммологический центры. Одна из главных задач их работы - постановка диагноза, повышение качества и своевременности диагностики заболеваний, в том числе ранних форм, профилактика осложнений, уменьшение числа запущенных случаев, снижение смертности и выхода на инвалидность.

Эти центры позволяют нуждающимся получить в полной мере и в одном месте специализированную помощь. **За 5 месяцев 2018 года** специалисты центров приняли почти **19000 пациентов**, из них врачи маммологического центра - **около 3000 пациенток**, климактерического - **более 5000**. У **497** женщин, осмотренных врачом-маммологом, выявлены доброкачественные новообразования, у **22** - злокачественные. В климактерическом центре диагностировали **3086** доброкачественных образований, еще 6 оказались злокачественными.

## Возможности оснащения



Серьезное переоснащение происходит и в отделении эндоскопии. В стационаре краткосрочного пребывания при наличии анестезиолого-реанимационной службы проводятся амбулаторно под наркозом агрессивные диагностические и лечебные эндоскопические вмешательства. Приобретены четыре видеогастроскопа - аппараты экспертного класса, позволяющие детально оценить изменения слизистой пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки (эро-



зивно-язвенные процессы, опухоли и другое) при проведении самого массового эндоскопического исследования - эзофагогастродуоденоскопии. Приобретение нового оборудования позволило не только сохранить, но и увеличить объемы проводимых эндоскопических исследований верхних отделов пищеварительного тракта.

Одна из специализаций - выполнение - тотального осмотра толстой кишки, сложных трудоемких исследований, требующих большого опыта и квалификации.

С помощью метода видеоректосигмоколоноскопии, требующего большого опыта и квалификации специалиста, его проводящего, выявляются воспалительные заболевания толстой кишки, полипы, раки. В Центре проводится более **25%** этих исследований от общего числа, выполняемых в крае. В Диагностическом центре Алтайского края поставлены четыре высококлассных видеокколоноскопа. Введение этих аппаратов в работу позволило за 5 месяцев 2018 года, по сравнению с этим же периодом 2017 года, увеличить количество востребованных эндоскопических исследований толстой кишки почти на **25%**.

Также Центр получил два видеокольпоскопа голландского производства. Благодаря полученному оборудованию, врачи-акушеры-гинекологи только за 5 месяцев этого года выполнили на 700 исследований больше, по сравнению с соответствующим периодом прошлого года.

Благодаря техническим возможностям эндоскопической аппаратуры полученные изображения могут храниться, записываться пациенту на электронный носитель, что позволяет осуществлять контроль заболеваний в динамике и проводить экспертную оценку в сложных случаях.

Также в Диагностическом центре Алтайского края используется весь комплекс высокотехнологичных лучевых исследований (рентген, УЗИ, МРТ, МСКТ), что позволяет на ранних стадиях выявлять различные заболевания, в том числе онкологические.

Таким образом, даже самые сложные медицинские процедуры теперь проводятся настолько комфортно для пациента, насколько это вообще возможно в современных условиях. ☺

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

*На правах рекламы*





# В каждой семье должны расти дети

**Центр сохранения и восстановления репродуктивной функции на базе поликлиники КГБУЗ «Краевая клиническая больница» - место, где воплощаются надежды, связанные со счастьем материнства.**

**Заведует Центром - врач-акушер-гинеколог первой квалификационной категории  
Надежда Александровна СОБОЛЕВА.**

- К нам обращаются женщины, у которых не наступает беременность в течение нескольких лет. Причина бесплодия у многих из них не известна. Поэтому работа специалистов нашего отделения начинается с диагностики причин infertility и постановки точного диагноза.

Возможности краевой клинической больницы позволяют в каждом конкретном случае обеспечить полный спектр диагностических мероприятий, так как мы располагаем широким спектром современных лабораторных тестов, высокоинформативными аппаратами УЗИ. Причем, работа по обследованию проводится в рамках ОМС, то есть бесплатно для пациентов. Работа с бесплодной женщиной начинается вместе с обследованием её партнера. В поликлинике ведет прием врач-андролог, который занимается мужским здоровьем. Замечу, что мужское бесплодие в последнее время стало часто являться основной причиной бесплодных браков. На втором этапе обследования в каждом конкретном случае определяется вид дальнейшего лечения: консервативное или оперативное, либо направление на процедуру ВРТ. Показаниями для проведения базовой программы ВРТ (ЭКО) являются: бесплодие, не поддающееся лечению, в том числе с использованием методов эндоскопической и гормональной коррекции нарушений репродуктивной функции мужчины и женщины в течение 9-12 месяцев с

момента установления диагноза; заболевания, при которых наступление беременности невозможно без использования ЭКО.

**- Расскажите для наших читателей суть методов ВРТ.**

- Экстракорпоральное оплодотворение, или ЭКО, является вспомогательной репродуктивной технологией, применяемой, как уже отмечено, при бесплодии, не излечимом другими методами. Для реализации ЭКО из организма женщины извлекается яйцеклетка, затем процедура оплодотворения происходит «в пробирке» («in vitro»). Эмбрион, полученный в таких условиях, содержится в специальном инкубаторе от двух до пяти дней. Далее осуществляется перенос эмбриона в матку женщины, где в дальнейшем он и развивается.

Используется метод экстракорпорального оплодотворения при проблемах с зачатием различного характера, причем как у одного из партнеров, так и у обоих. К примеру, это может быть непроходимость труб у женщины или выраженные изменения качества спермы у мужчины.

Следующим этапом развития данного направления медицины стало открытие метода ИКСИ (метод внутрицитоплазматического введения сперматозоида) и последующее его применение. Этот метод определил возможность забеременеть тем парам, у которых речь идет о врожденных особен-



ностях яйцеклеток, из-за которых сперматозоиды не имеют возможности в них проникнуть, об отдельных формах мужского бесплодия.

Другим достижением стало освоение метода замораживания эмбрионов. Благодаря этому, неиспользованные в программе ЭКО, нормально развивающиеся эмбрионы (обычно переносится не более двух эмбрионов) могут использоваться в дальнейшем. Эмбрионы могут быть разморожены и перенесены в полость матки в естественном менструальном цикле повторно через некоторое время после неудачной попытки ЭКО или, если попытка была удачной и беременность наступила, таким путём может быть получена в будущем новая беременность. При этом женщина не подвергается дополнительной гормональной нагрузке, которая в целом сопутствует ЭКО. Одними из основных причин неудач на этом этапе являются следующие: качество эмбрионов (не на все факторы можно, к сожалению, повлиять) и состояние эндометрия. ►



**Факт выявления у женщины аллергии на применяемые гормональные препараты может рассматриваться в качестве противопоказания ЭКО. Но даже в таких случаях процедура ЭКО может быть реализована в рамках естественного цикла, что исключает необходимость гормональной стимуляции за счет работы над одной яйцеклеткой.**

**- Насколько процедуры ВРТ затратны по времени и усилиям для самой женщины?**

- Основное время занимает то обследование, которое женщина проходит до самой процедуры ВРТ. И обследование, и ВРТ затратны по времени и средствам для иногородних женщин, поскольку посещение врача привязано к определенным фазам цикла. Собственно процедура ЭКО занимает примерно месяц. В течение этого времени женщины находятся под наблюдением в дневном стационаре, куда приходят через день. Контролируем их состояние, проводим ультразвуковой мониторинг развития фолликулов и эндометрия, корректируем дозы принимаемых препаратов. Все наши совместные усилия направлены на положительный итог. С момента госпитализации в дневной стационар (день начала стимуляции суперовуляции) наши женщины получают больничный лист. Выписка из стационара происходит в день сдачи анализа крови на ХГЧ (хорионический гонадотропин - гормон, вырабатываемый тканью хориона на 6-8 день после оплодотворения яйцеклетки), который является одним из важнейших показателей наступления беременности.

**- В целом для женского организма какую нагрузку несет процедура ЭКО?**

- Сама процедура связана с серьезной гормональной нагрузкой на организм. Поэтому на первом этапе тщательно собираем анамнез женщины, всегда работаем в тандеме с врачами-

гематологами из-за высокого риска возникновения тромбоза.

Но есть и иное отношение к процедуре: женщины не задумываются о последствиях и требуют проведения ЭКО, не используя до конца другие методы лечения бесплодия. В то же время сейчас используются более щадящие препараты, постоянно совершенствуются схемы их применения. Мы стараемся подбирать индивидуальные дозы, основываясь на ультразвуковых и лабораторных исследованиях состояния конкретной пациентки.

Если у женщины выявляется аллергия на применяемые гормональные препараты, то данный факт рассматривается в качестве противопоказания ЭКО. Но даже в таких случаях процедура ЭКО может быть реализована в рамках естественного цикла, что исключает необходимость гормональной стимуляции за счет работы над одной яйцеклеткой. Вероятность наступления беременности в таком случае меньше, но в целом для таких пациенток метод может стать реальным решением проблемы.

Учитывая, что процедура ЭКО не во всех случаях завершается беременностью, многих пациенток интересует вопрос, касающийся паузы между попытками ЭКО. Отмечу, что определенный выжидательный период крайне не необходим, организм должен в некоторой мере отдохнуть и восстановиться, планировать очередную попытку можно через 6 месяцев. Что касается замороженных эмбрионов, то их перенесение допустимо уже через 2-3 менструальных цикла, хотя здесь вопрос решается всегда индивидуально.

**- Как влияет возраст пациентки на результат ВРТ?**

- **Верхний возрастной предел**, при котором ЭКО может рассматриваться уже как **процедура, нежелательная к проведению, - 45 лет**. Это связано с постепенным снижением вероятности наступления беременности. Так, программа ЭКО, в возрасте 40 лет успешна примерно в 5% случаев, в то время как в 42 года - уже в 1-2%. Важно учитывать, что с возрастом запас яйцеклеток снижается, соответственно снижается и то их количество, которое может быть оплодотворено. Изменяются и качественные характеристики яйцеклеток, гормональный фон женщины, рецептивная способность матки.



- Верно ли утверждать, что благодаря современным методам проблема женского бесплодия решена за редким исключением?

- Не верно: осталось достаточно случаев, когда медицина бессильна. Иногда кажется, что процедура ВРТ проведена прекрасно, всё сделано для наступления беременности, но результат отрицательный. Врачам и ученым есть над чем работать. Мы хотим помочь всем, но получается это, к сожалению, не всегда. Особенно трудно достигим положительный результат, когда у женщины в анамнезе уже были хирургические вмешательства на яичниках, при эндометриозе и ряде других проблем. Трубный фактор считается самым легко решаемым и благоприятным для проведения ЭКО, потому что при этой патологии нормально функционируют яичники, матка. Остальные формы бесплодия - более сложны как для диагностики, так и для лечения. Уверена, что в ближайшее время врачи репродуктологи получат дополнительные знания и методики, позволяющие оказывать помощь и в этих формах бесплодия, сегодня не поддающихся лечению.

- ЭКО хоть и существует длительный период, у него по-прежнему есть и сторонники, и противники.

- Я - за ЭКО. Если женщине дано забеременеть и ей дается в помощь наша работа, это должно произойти обязательно. Я - за счастливые семьи с детьми.

- У вас особенная работа, позволяющая каждый день видеть счастье женщины...

- А как мы счастливы! Сегодня, например, мы три часа в ожидании. Ждем с трепетом, как и сама женщина, заключительного результата ХГЧ. При каждом положительном результате радуемся не меньше будущей мамы. Ведь это большой труд не только супружеской пары, но и всего отделения.

- Расскажите о вашем отделении.

- В марте этого года по определенным причинам коллектив обновился на 80%. В его составе работают три врача-репродуктолога, три врача-эмбриолога - грамотные специалисты высокого уровня. В штате есть психолог, который настраивает женщин на положительный результат, что особенно



Абсолютных противопоказаний к использованию метода ЭКО немного - короткий список состоит из онкологических и психических заболеваний, а также возрастных ограничений (ЭКО-возрастной порог женщин - 48-49 лет.)

важно при повторной процедуре ЭКО. Отделение достаточно оснащено, чтобы выполнить свои задачи. Будем работать дальше, осваивать новые технологии, которые существуют в мире. Рассчитываем на рост статистики по удачным исходам ВРТ в нашем центре.

- Ваша работа - это еще и дополнительные возможности для научной деятельности.

- Да, у нас есть планы заняться наукой. Возможно, ряд направлений будет реализован совместно с гематологами, андрологами - на базе поликлиники краевой клинической больницы открыт краевой андрологический центр.

- Часто мужа сопровождают жен на прием?

- Честно говоря, редко. Думаю, стесняются. Женщины более терпеливы. А мы радуемся за всех! В этом году ждем рождения двоен и троен. Конечно, никогда не отказываем в консультации, потому что женщины, прошедшие процедуры ВРТ, остаются нашими пациентками, мы отслеживаем их состояние до этапа завершения беременности, обязательно узнаем, когда родили, кого, вес и рост ребенка.

Нам важен и интересен результат своей работы. ☺

Трубный фактор считается самым легко решаемым и благоприятным для проведения ЭКО, потому что при этой патологии нормально функционируют яичники, матка.



# Кашель не может быть банальным

**О системе помощи пациентам пульмонологического профиля рассказывает Янина Анатольевна ДАУЛЕТОВА, главный внештатный детский специалист пульмонолог Минздрава Алтайского края, кандидат медицинских наук, доцент кафедры педиатрии с курсом ДПО АГМУ, врач-пульмонолог КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница»:**



- В лечении респираторных заболеваний детей выстроена трехуровневая система, которая позволяет максимально эффективно оказывать помощь пациентам. Многие респираторные заболевания могут лечиться на участке по месту жительства участковым педиатром, либо в стационарах соматического профиля. Это - первый и второй уровни оказания медицинской помощи.

Если говорить о Барнауле, то данные этапы лечения представлены детскими поликлиниками, отделениями на базе детских городских больниц №№1, 2 и 7. Если говорить о территориях края, это - детские отделения центральных районных и городских больниц.

Оказание амбулаторной специализированной пульмонологической помощи детям осуществляется в поликлинике детской городской больницы №1 (г. Барнаул) и в поликлинике Бийской детской городской больницы. Оказание стационарной специализированной пульмонологической помощи детям предусмотрено в детской городской клинической больнице №7 (г. Барнаул), где имеются 20 пульмонологических коек на базе отделения иммунологии и аллергологии; в Бийской детской городской больнице на 20 специализированных пульмонологических койках детского отделения.

Специализированное оказание помощи третьего уровня осуществляется в пульмонологических ка-

бинетах поликлиники краевой детской больницы, где амбулаторный прием ведут три врача-пульмонолога, а также на базе Алтайской краевой клинической детской больницы, где имеются 15 пульмонологических коек круглосуточного пребывания.

**При каких патологиях оказывается помощь данного профиля? К ним относятся:**

- ◆ муковисцидоз смешанной и легочной формы - диагностика, микробиологический мониторинг, коррекция терапии;

- ◆ состояния, требующие проведения бронхоскопии с диагностической и лечебной целью;

- ◆ врожденные пороки развития бронхолегочной системы - диагностика, дифференциальная диагностика, коррекция терапии;

- ◆ острые и хронические бронхолегочные заболевания средней и тяжелой степени тяжести, протекающие с осложнениями, требующие дополнительной диагностики, подбора и коррекции терапии.

Расположение пульмонологических коек в Барнаульской детской городской больнице №7 на базе отделения аллергологии и иммунологии расширяет возможности лечения и обследования пациентов с тяжелой и трудно контролируемой бронхиальной астмой, не только жителей Барнаула, но и края. Кроме того, эта больница осуществляет специализированную помощь при неотложных состояниях, в том числе требующих хи-

рургического лечения, например при осложненных пневмониях.

**- Респираторные заболевания многим родителям кажутся хорошо знакомыми. Поэтому они не спешат к врачу при первых проявлениях болезни. Как не дать ей перейти в тяжелую или хроническую форму? Как родителям не пропустить начало такой тяжелой болезни, как пневмония?**

- Действительно, часто пневмония начинается с острых респираторных вирусных заболеваний, поскольку вирусные инфекции существенно повреждают слизистую оболочку верхних дыхательных путей, что может привести к наслоению бактериальной патогенной флоры. Поэтому в каждом случае нужна совместная работа родителей с участковым педиатром, чтобы не пропустить момент развития бактериального воспаления, при котором ребенка длительно лихорадит, долгое время у него сохраняется плохое самочувствие. Если на третий день любых респираторных заболеваний ребенок



имеет высокую температуру и недомогает, нужно обязательно пройти общеклиническое обследование - сдать общие анализы крови и мочи. Это поможет педиатру определить, требуется ли ребенку антибактериальная терапия или его состояние связано с продолжающейся тяжелой вирусной инфекцией.

Если у ребенка присутствуют признаки бактериального воспаления, решается вопрос о необходимости рентгенологического обследования легких. Напомню, что пневмония - это клинко-рентгенологический диагноз. Поэтому своевременный визит к врачу позволяет вовремя провести рентгенологическое обследование и выявить пневмонию.

Если мы имеем дело с острой респираторной вирусной инфекцией (ОРВИ), то на 3-5 день состояние ребенка, как правило, улучшается, и развитие пневмонии становится маловероятным. Хотя в некоторых ситуациях уже на этапе выздоровления снова происходит подъем температуры и ухудшение самочувствия, в таких случаях проведение обзорной рентгенографии легких обязательно.

### **- Насколько опасно самолечение пневмонии?**

Совершенно очевидно, что лучше мамы никто собственного ребенка не знает - она стоит на страже его здоровья с рождения. Поэтому любой врач, со слов матери, должен учитывать особенности течения заболеваний у конкретного ребенка. Если малыш часто и длительно болеет, склонен к бактериальным инфекциям, не раз лечился в больнице, то каждый раз перед врачом будет вставать вопрос: нужно ли использовать антибиотик? Он обязан оценить риск и пользу данного шага. Группе пациентов, имеющих хроническую бронхолегочную патологию (муковисцидоз, хронический бронхит), малоподвижным пациентам с неврологическими заболеваниями, детям с иммунодефицитными состояниями, как правило, показано раннее назначение антибиотиков. Но это - нечастые ситуации. Если мы говорим об острых респираторных вирусных инфекциях с проявлениями ринита, фарингита, ларингита, трахеита, бронхита, то лечение антибиотиками не эффективно, так как антибактериальные препараты не действуют на вирусы. **Бесконтроль-**



**ное, самостоятельное лечение ими приводит к нарушению нормальной микрофлоры организма, к развитию лекарственной устойчивости бактерий.** Родителям следует внимательно относиться к особенностям течения респираторных инфекций у своего ребенка: как правило, один и тот же ребенок болеет одинаково, имеет склонность к определенному течению. У кого-то часты стенозы гортани, у других - обструктивные бронхиты, кто-то часто болеет ангинами, а у кого-то имеются хронические очаги инфекции (аденоиды, тонзиллит)... И только при сотрудничестве мамы с врачом, при обязательном лабораторном контроле могут приниматься решения о приеме конкретных препаратов.

### **- Почему кашель у детей лечить тяжелее, чем у взрослых? И каким образом можно помочь кашляющему ребенку?**

Главная особенность детского организма - слабое развитие дыхательной мускулатуры, что не позволяет эффективно «выталкивать» слизь из дыхательных путей, поэтому мокроту откашливать маленьким детям намного сложнее. В такой ситуации поможет массаж грудной клетки.

На фоне приема некоторых лекарственных препаратов и трав выработка секрета в бронхах увеличивается, и ребенок «не в силах» откашлять образовавшуюся дополнительную мокроту, в результате кашель может усиливаться и беспокоить дольше. Поэтому родителям не стоит заниматься самостоятельным лечением кашля, особенно у

**Пневмония - это клинко-рентгенологический диагноз. Поэтому своевременный визит к врачу позволяет вовремя провести рентгенологическое обследование и определить, действительно ли происходит инфильтрация.**





## За счастливое здоровое детство!

детей до трех лет. Многое зависит от того, как родители организуют уход за больным ребенком.

Важно понимать, что жидкую мокроту откашлять легче, чем густую. Вязкость слизи в дыхательных путях напрямую зависит от вязкости крови, поэтому для достижения эффективности кашля необходимо соблюдать питьевой режим. Пить воду маленькими порциями и часто - полезная привычка. В случае если ребенок температурит, потери воды организмом возрастают. Например, при температуре 38°C двухлетний ребенок теряет через кожу и дыхание около 200мл воды в час, в такой ситуации питьевой режим необходимо увеличить.

Лечение кашля будет более эффективно, если устранить внешние факторы, вызывающие пересыхание слизистых дыхательных путей. Оптимизируйте дома физические параметры воздуха: поддерживайте влажность около 50-70%, температуру - около 20°C. Для этого необходимы регулярное проветривание, влажная уборка. Кашель пройдет быстрее, если ребенок будет дышать прохладным, влажным и чистым воздухом.

**- Если заболевание уже перешло в хроническую форму, что может измениться с возрастом?**

Хронические заболевания легких у детей, как правило, развиваются на неблагоприятном фоне - наследственные болезни, врожденные пороки развития, аллергия. Такие заболевания считаются неизлечимыми по определению, однако возможна длительная ремиссия, когда ребенок чувствует себя здоровым или практически здоровым. Задача родителей и врача - добиться длительной ремиссии, снизить тяжесть и продолжительность обострений. На это должен быть направлен образ жизни пациента, выполнение рекомендаций по питанию, физической активности, приему базисной терапии. Всё очень индивидуально. Есть достаточно тяжелые заболевания, приводящие к инвалидизации, другие же могут хорошо контролироваться на амбулаторном этапе (например, бронхиальная астма). Часто отсутствие контроля над болезнью связано с невыполнением или ошибками в выполнении врачебных рекомендаций, что особенно характерно



Слизь в бронхах

для подростков, когда пациенты чувствуют себя хорошо и не видят необходимости в постоянной лекарственной терапии. Совет может быть только таким: надо относиться серьезно к своему здоровью и изучать свое заболевание. Если есть необходимость в стационарном лечении при обострениях, оно должно проходить в специализированном отделении больницы.

На базе отделения эндокринологии и пульмонологии АККДБ оказывается помощь детям с наследственным хроническим заболеванием - муковисцидозом. В Алтайском крае выявлено 45 случаев этого заболевания. Качественная помощь в рамках отделения краевого учреждения особенно важна, поскольку не в каждой районной больнице, поликлинике есть свой пульмонолог и возможность регулярного необходимого лабораторного и инструментального обследования. Такие дети нуждаются в регулярном микробиологическом мониторинге и коррекции терапии.

**- Для пульмонолога межсезонье - всегда горячая пора?**

- Да. Острые респираторные вирусные заболевания часто становятся причиной поражения нижних дыхательных путей, развития пневмоний, простых и обструктивных бронхитов. И в периоды эпидемического неблагополучия наше детское отделение заполнено. В остальное время есть возможность плановой госпитализации детей с рецидивирующими и хроническими заболеваниями органов дыхания с целью обследования, уточнения диагноза, подбора терапии и составления рекомендаций на амбулаторный этап наблюдения. ☺

**Оптимизируйте дома физические параметры воздуха: поддерживайте влажность около 50-70%, температуру - около 20°C. Для этого необходимы регулярное проветривание, влажная уборка. Кашель пройдет быстрее, если ребенок будет дышать прохладным, влажным и чистым воздухом.**



# Геморрой. Причины и факторы возникновения

**Геморрой (*nodii, noduli, varices haemorrhoidales*) представляет собой узловатые расширения в геморроидальных сплетениях под кожей области заднего прохода и под слизистой шейки ампулы прямой кишки.**

К основным причинам возникновения геморроя относятся:

- ▶ врожденная слабость венозных стенок и недоразвитие клапанов (одновременно с изменениями на голенях),
- ▶ сидячий или стоячий образ жизни,
- ▶ вялость соединительной ткани при старении, недостаточном питании, беременности, эндокринных нарушениях.

Можно выделить и факторы, приводящие к возникновению геморроя. Это:

- ▶ повышение внутрибрюшного давления в результате затруднения дефекации, мочеиспускания (гипертрофия простаты) или в результате подъема тяжестей;
- ▶ длительные периоды стояния;
- ▶ сдавление вен малого таза при беременности, миоме матки, ректальном раке;
- ▶ портальная гипертензия (синдром, развивающийся вследствие нарушения кровотока и повышения кровяного давления в бассейне воротной вены);
- ▶ диарея (например, при язвенном колите).

Некоторые исследователи придают значение инфекции (однако рассматривать наличие инфекции именно с точки зрения причины возникновения геморроя не целесообразно): бактериальная флора может распространяться на периректальную клетчатку и вызывать флебиты в геморроидальном сплетении, из-за чего ослабляется и растягивается сосудистая стенка. Эластическая стенка замещается соединительной тканью и таким образом образуются вариксы, которые в дальнейшем изменяются воспалением, тромбозом и фиброзом.

По этиологии геморрой классифицируется на врожденный (наследственный) и приобретенный, который, в

свою очередь, подразделяется на первичный или вторичный (симптоматический).

По локализации выделяют: наружный (подкожный), внутренний (подслизистый) и межзудочный геморрой (под переходной складкой).

## Симптомы геморроя

Основные жалобы больного геморроем обусловлены выпадением или выпячиванием из ануса плотного, болезненного узла в период обострений, ущемлением узлов и признаками острого воспаления.

Прямокишечное кровотечение алой кровью от мелких капель и прожилок до чрезвычайно обильных является весьма частым симптомом геморроя. Эти жалобы, как правило, связаны с актом дефекации и сопровождаются чувством распирания в прямой кишке, анальным зудом. Причем анальный зуд нередко предшествует эпизодам кровотечений, как бы предвворяя их.

Перечисленные симптомы особенно усиливаются после приема обильной, острой пищи, при отсутствии должного ухода за анальной областью и во время тяжелого физического труда. Также обострение геморроя провоцируют все факторы, способствующие усилению кровенаполнения кавернозных тел, в том числе - алкогольизм, беспорядочность половой жизни.

Вне обострения при хроническом геморрое на первый план выступают кровотечения алой кровью; продолжаясь длительное время, такие кровотечения нередко обуславливают развитие тяжелой анемии.

В анамнезе больных геморроем обычно прослеживается определенная



**Неля Владимировна ФЕДОСОВА,**

старшая медицинская сестра, высшая квалификационная категория, отделение гнойной хирургии, КГБУЗ «Краевая клиническая больница», член ПАСМР с 2005 года



◀ последовательность появления перечисленных жалоб. Так, анальный зуд появляется в наиболее ранних стадиях. В последующем больные начинают отмечать выпячивание и выпадение узлов, нередко со склонностью к их воспалению или ущемлению. Кровотечение, как правило, появляется позднее, после многомесячного, даже многолетнего, существования заболевания. Оно как бы знаменует переход болезни в новую фазу и свидетельствует о начавшихся морфологических изменениях в структуре кавернозных тел прямой кишки. Возникшее кровотечение часто бывает упорным, длительным и интенсивным, иногда приводящим к тяжелой анемии.

**В анамнезе больных - наследственная предрасположенность, пристрастие к острой пище, алкоголю, тяжелый физический труд.** Необходимо также иметь в виду заболевания, обуславливающие вторичный геморрой: портальную гипертензию, опухоли таза и прочее.

При значительном увеличении и натуживании больного узлы выпячиваются наружу и даже выпадают. Обнаружение выпадения слизистой характеризует последующие, уже более запущенные фазы болезни. При пальцевом исследовании анальной области удастся определить геморроидальные узлы, которые в период обострения становятся плотными и резко болезненными.

При длительно существующем геморрое весьма характерным является снижение тонуса замыкательного аппарата прямой кишки, что еще более способствует выпячиванию и выпадению узлов и слизистой, которое становится постоянным даже при небольшой физической нагрузке или вертикальном положении больного, ходьбе.

Зная факторы возникновения заболевания, можно говорить о **профилактике геморроя**. Необходимо избегать частых резких увеличений внутрибрюшного давления: дозировать подъемы тяжестей, одновременно опорожнять кишечник во время дефекации, выполнять тщательный туалет перианальной области после дефекации. Необходимо избегать венозного застоя: не находиться долго в одном положении (сидя или стоя); людям, предрасположенным к варикозной болезни, рекомендуется меньше длительно стоять и реже носить тяжести.

### Наружный геморрой

Основная причина его возникновения - застой в области *v. analis*. Геморроидальные узлы при этом виде геморроя покрыты кожей. Они располагаются в наружной части заднепроходного канала под кожей анальной и перианальной области. В спокойном состоянии не вызывают неприятных ощущений, никогда не кровоточат.

Частым осложнением наружного геморроя является тромбоз: такой узел будет увеличенным, очень болезненным, покрытым напряженной, истонченной кожей. Болезненные ощущения длятся несколько дней, а затем узел сморщивается под влиянием воспаления и подвергается соединительно-тканному перерождению. Так образуются плотные, безболезненные узелки около заднего прохода - анальные выпячивания (фиброзный или слепой геморрой), которые сигнализируют о перенесенном тромбозе.

### Внутренний геморрой

Представляет собой застой в сплетениях *v. rectales craniales et caudales*. Узлы располагаются под слизистой шейки ампулы и покрыты слизистой прямой кишки. При осмотре геморрой заметен только при атонии анальных сфинктеров или при выпадении.

Спокойный внутренний геморрой - это клинически латентные варикозные расширения. Как заболевание он проявляется лишь при появлении каких-либо осложнений, чаще всего выражен кровотечением.

Выделяют три степени тяжести внутреннего геморроя:

- ▶ при первой узлы никогда не опускаются ниже наружного сфинктера;
- ▶ для второй характерно расположение узлов ниже сфинктера, но они могут быть вправлены обратно;
- ▶ при третьей степени узлы находятся снаружи постоянно.

### Диагностика

Диагностика геморроя производится посредством наружного осмотра, пальцевым исследованием, а также осуществляется осмотр в зеркалах, проводится ректороманоскопия (диагностика слизистой прямой кишки и части следующего за ней сигмовидного отдела) для исключения сопутствующих заболеваний, в том числе проявляющихся кровотечениями.



При тромбозе и воспалении геморроидальных узлов все виды внутренних осмотров выполняют после ликвидации острого процесса.

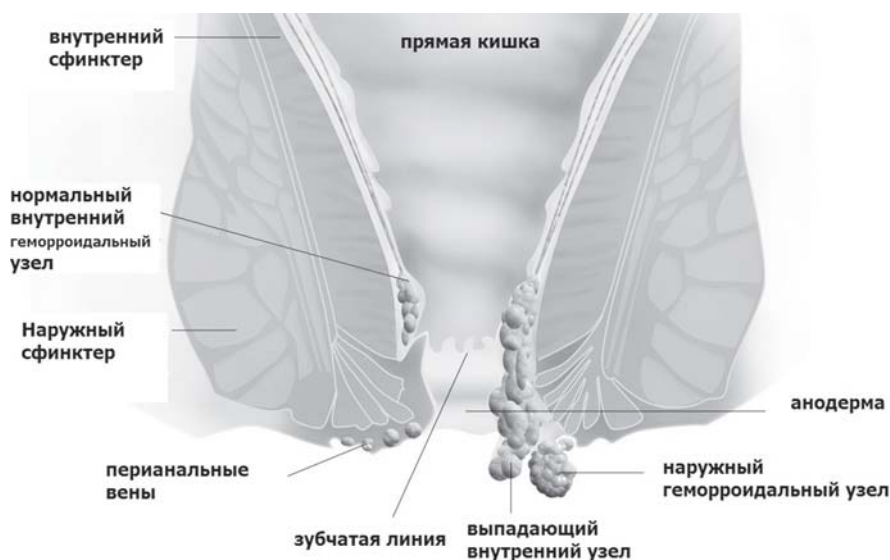
### Осложнения

**Кровотечение** возникает при истончении слизистой и гиперемии узла. Свежая, жидкая кровь изливается из многочисленных эрозий или диффузно. Кровотечение появляется на туалетной бумаге или капает после дефекации из заднего прохода, возникает периодически, преимущественно наблюдается при запоре или поносе - этим оно отличается от энтерорагии при карциноме прямой кишки или при язвенном колите, при которых кровь наблюдается при каждой дефекации, при тенезмах и бывает свернувшейся. Повторные, даже небольшие геморроидальные кровотечения могут привести к анемии.

При **воспалении** внутренние геморроидальные узлы - красные, увеличенные, болезненные, кровоточащие с поверхностных эрозий. Возникают рефлекторные спазмы заднего прохода. Пальцевое обследование бывает болезненным.

**Тромбоз внутренних геморроидальных узлов** возникает внезапно: один из узлов становится значительно увеличенным, фиолетовым, очень болезненным при дотрагивании, дефекации, ходьбе. Здесь также имеется болезненный спазм сфинктера и рефлекторный запор. Это острое состояние длится 3-5 дней, после чего узел подвергается соединительно-тканному изменению. После при исследовании *per rectum* узел прощупывается в виде твердого узелка. Слизистая узла при воспалении или при тромбозе может некротизироваться, образуя изъязвление.

**Выпадение геморроидальных узлов.** Если внутренние геморроидальные узлы достигают больших размеров, то они выходят за аноректальную линию в заднепроходный канал и появляются перед анусом или только при натуживании (опускающийся геморрой), или постоянно (выпадающий ге-



моррой). Вместе с ним часто выпадает и окружающая слизистая прямая кишки (*prolapsus recti*). Если воспаление и задний проход спастически смыкаются, то выпавший узел ущемляется, при несвоевременном вправлении он может омертветь.

**Межуточные геморроидальные узлы** (*varices externo-interni*) образуются путем варикозного изменения наружного и внутреннего венозного сплетения в совокупности. Такой узел является вытянутым, располагается по всей длине заднепроходного канала и, следовательно, на внутренней части покрыт слизистой прямой кишки, а на наружной части - кожей области заднего прохода.

### Лечение

**Консервативная терапия** направлена на ликвидацию воспалительных изменений и регуляцию стула. В нее входят следующие мероприятия:

- ▶ соблюдение щадящей диеты,
- ▶ принятие сидячих ванночек со слабым раствором перманганата калия,
- ▶ постановка новокаиновых параректальных блокад по Вишневскому с наложением масляно-бальзамических повязок-компрессов,
- ▶ использование свеч и мази с гепарином и протелитическими ферментами,
- ▶ постановка микроклизм с облепиховым маслом, маслом шиповника и мазью Вишневского,

▶ назначение физиотерапии: УВЧ, ультрафиолетовое облучение кварцевой лампой.

При отсутствии эффекта от описанного лечения при частых повторных обострениях выполняют **оперативное лечение**. Его рекомендуется выполнять после проведения противовоспалительной терапии в стационаре в течение 5-6 дней. Оперативное лечение проводится при возникновении осложнений геморроя: при тромбозах, кровотечении, выпадении внутренних геморроидальных узлов.

◆ Склерозирующие инъекции выполняются при хроническом геморрое, проявляющемся только кровотечением, без выраженного увеличения и выпадения внутренних узлов.

◆ Лигирование. Если общее состояние больного не позволяет выполнить хирургическое вмешательство, а воспалительные явления не дают возможности провести склерозирующую терапию, а также при выпадении внутренних узлов у соматически ослабленных больных, производят лигирование отдельных узлов латексными кольцами с помощью специального аппарата. Данный способ, как правило, не дает радикального излечения.

◆ При хроническом геморрое, осложненном выпадением узлов или кровотечениями, не поддающимся консервативному лечению, показано оперативное вмешательство. ☹



# Отёки во время беременности



**Елена Михайловна  
ТОМИЛОВА,**

старшая акушерка,  
высшая квалификационная  
категория,  
акушерское отделение,  
КГБУЗ «Центральная  
городская больница,  
г.Заринск»,  
член ПАСМР с 2008 года

**Возникновение  
отёков во время  
беременности -  
довольно  
распространенное  
явление.**

Акушерка должна внимательно следить за беременной женщиной и своевременно выявлять у нее первые признаки отёчности, что связано с возникновением проблем в процессе вынашивания ребенка и нежелательных последствий для самой беременной женщины.

Будущие мамы могут столкнуться с физиологическими отёками в третьем триместре беременности. Чаще всего дискомфорт возникает в нижних конечностях, так как нагрузка на них в этот период беременности значительно увеличивается. Отёчность возникает на щиколотках, голенях и пальцах ног. Наиболее сильное ощущается к концу дня.

У здоровой беременной женщины это состояние не должно вызывать беспокойства, так как подобные изменения в организме в этот период носят временный характер.

Основная причина возникновения отёков - **избыток жидкости в организме.**

Другая причина кроется в том, что повышению давления в нижних конечностях способствуют **увеличение массы тела беременной** и то, что **масса беременной матки давит на паховые вены.**

Еще одна причина физиологических отёков в период беременности - **накапливание солей натрия**, которые притягивают воду и способствуют возникновению отёков. Жидкость как бы собирается в ногах, возникают физиологические отёки, что можно считать нормой во второй половине беременности.

Спровоцировать отёки также могут **жара, повышенная физическая нагрузка, курение и злоупотребление соленой пищей и большого количества жидкости.**

**Характерные признаки физиологических отёков:**

▶ они появляются во второй половине беременности, чаще - в третьем триместре;

- ▶ локализация - голени, стопы;
- ▶ усиление ощущения тяжести к концу дня;
- ▶ они исчезают при достаточном отдыхе и восстановительных процедурах;
- ▶ не отмечаются сильная боль и припухлость;
- ▶ нет ухудшения общего состояния.



Нужно отметить, что физиологические отёки нередко переходят в патологический процесс. Состояние беременной женщины при этом в целом ухудшается, отёки распространяются от нижних конечностей по всему телу.

Выделяют несколько **стадий развития патологического процесса:**

- ▶ отёчность в районе стоп, голеней,
- ▶ отёчность в районе нижней части живота, поясницы и бедер,
- ▶ отёчность рук, лица,
- ▶ общая отёчность всего тела.

Сопутствовать могут такие признаки, как: резкий набор веса, отёки по всему телу, повышение артериального давления, возникшая сложность в передвижении.

Если появились такие симптомы патологической отёчности во время беременности, то женщине необходима своевременная медицинская помощь и адекватное лечение.

**Какие существуют меры профилактики отёков?** Ведение здорового образа жизни, соблюдение охранительного режима, беременной необходимо придерживаться эмоционального спокойствия, строгий отказ от курения, рекомендуется ограничить потребление соли и жидкости.

**Помните, что соблюдая здоровый образ жизни, вы настраиваете организм на благополучные роды!** ☺



**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



# Обмен опытом особенно важен в лечении и детей, и взрослых

В феврале этого года в Москве состоялся **V юбилейный съезд детских урологов-андрологов России**. Его участниками стали более 300 врачей со всей страны.

Хорошо были представлены Москва и Московская область, Дальневосточный регион, а также города Сибири: Кемерово, Барнаул, Новосибирск. Детскую урологию-андрологию Барнаула представлял **Илья Сергеевич ПОПОВ**, врач КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница».

На съезде обсуждались организационные вопросы службы, ключевым моментом стала идея создания единых стандартов осмотра, лечения и ведения пациентов, соответствующих международным стандартам качества. Профессиональные стандарты - основополагающий документ, который должен быть принят в 2018 году.

Произошли изменения в управляющем аппарате. Профессор **Ирина Валерьевна КАЗАНСКАЯ**, которая была главным детским урологом-андрологом России, в силу возраста сложила полномочия, передав их **Андрею Юрьевичу ПАВЛОВУ**, специалисту, в большей степени работающему с взрослыми пациентами, однако урологические и андрологические проблемы детского возраста также входят в сферу его профессиональных интересов. Андрей Юрьевич - врач уролог высшей категории, детский уролог-андролог, заместитель директора ФГБУ РНЦРР по научно-лечебной работе, главный врач ФГБУ РНЦРР, доктор медицинских наук, член диссертационного совета по специальности «Урология» Д 208.056.01, член Европейской ассоциации урологов, член Европейского общества детских урологов, член правления Российского общества урологов. Таким решением созданы условия формирования большей преемственности в работе детских и взрослых урологов и андрологов, что важно для результативности, последовательности лечения пациентов.

Также были заслушаны рабочие доклады, темы которых касались как урологических, так и андрологических заболеваний.

Была сформулирована главная цель работы детских урологов и андрологов - восстановление нормальной уродинамики, защита ребятишек от почечной недостаточности, сохранение их репродуктивного здоровья.

В мае в Сочи прошел **13-й Конгресс профессиональной ассоциации андрологов России**. Его участником также стал главный внештатный детский уролог-андролог Алтайского края Илья Сергеевич Попов. Тематика мероприятия была достаточно объемной, касалась различных заболеваний полового члена, яичек, лечения взрослых и детей. Вопросы рассматривались под углом преемственности детской и взрослой служб.

Наконец, в июне в Москве прошел **круглый стол, посвященный нейрогенной дисфункции мочевого пузыря, а также помощи этой очень тяжелой категории больных со спинальной травмой, врожденными заболеваниями спинного мозга, имеющей выраженные нарушения функции нижних мочевых путей**. По словам Ильи Сергеевича, при лечении таких пациентов на врача - особая ответственность: ошибочная тактика лечения с большой вероятностью приведет к почечной недостаточности:

*- На лечении в Алтайской краевой клинической детской больнице сейчас десять человек с таким диагнозом. Получив информацию на «круглом столе», я более уверен в выборе обследований и методике лечения таких пациентов. Заболевание находится на стыке нескольких врачебных специальностей: урологии, неврологии, психиатрии. Оно требует большого внимания и времени - эти пациенты всегда сложные. Для большей эффективности лечения достигнута устная договоренность с главным внештатным детским специалистом неврологом Алтайского края **Дмитрием Владимировичем ПАРШИНЫМ** о том, что все дети с подобным диагнозом будут направляться в нашу краевую детскую больницу. Конечно, для аккумуляции в больнице всех пациентов с данным заболеванием и их результативного лечения потребуются дополнительное оснащение кабинета. Надеюсь, что в рамках региональной программы «Мужское здоровье» эти вопросы будут решены, и мы сможем максимально эффективно заниматься здоровьем детей. ☺*



# Внутричерепная гипертензия и гидроцефалия у детей. Опасные заблуждения



**Надежда Ивановна  
КУЛИКОВА,**

заведующая дневным стационаром, кандидат медицинских наук, врач-невролог, высшая квалификационная категория, КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница»

*Продолжение. Начало в №6 (186)*

В зависимости от уровня повышения внутричерепного давления синдром интракраниальной гипертензии (та же внутричерепная гипертензия, ВЧГ) подразделяют на легкую, среднюю, выраженную и тяжелую степени.

Выраженная и тяжелая ВЧГ, как правило, являются следствием грубой декомпенсированной неврологической патологии (например, при опухоли головного мозга или кровоизлиянии).

**У детей часто встречается синдром внутричерепной гипертензии, при котором отсутствуют признаки объемного образования мозга или симптомы гидроцефалии.** В основном это проявляется легкой и средней степенью повышения интракраниального давления и предполагает отсутствие очаговой неврологической симптоматики (исключение может составлять лишь парез наружной прямой мышцы глаза, иннервируемой отводящим нервом). При этом могут иметь место косвенные признаки повышения интракраниального давления по заключению нейровизуализации.

**Внутричерепную гипертензию, основной которой стали внечерепные процессы, часто сопровождают симптомы повышения давления другой локализации (например, артериальной, лёгочной или портальной гипертензии).**

**Наличие внутричерепной гипертензии у грудничков,** в том числе и у новорожденных детей, можно заподозрить при увеличении размеров головы, двигательном беспокойстве, частых срыгиваниях, не связанных с приемом пищи, трудностях засыпания или, наоборот, сонливости, выраженный прирост окружности головы за месяц. Подобные симптомы могут дополняться расхождением черепных швов, напряжением или выбуханием большого родничка, реакцией Грефе при перемене положения тела, гиперрефлексией с расширением рефлексогенных зон, характерен повышенный уровень общей возбудимости.

**Дети старше года при наличии внутричерепной гипертензии жалуются на частые головные боли,** распространяющиеся по всей голове, различной интенсивности, возникающие преимущественно в утренние часы. Они могут усиливаться при кашле, чихании, натуживании и перемене положения тела. Часто подобные явления сопровождаются тошнотой, не связанной с приемом пищи, и рвотой, приносящей временное облегчение. Типичны для синдрома повышения интракраниального давления и симптомы зрительных расстройств: ограничение полей зрения, двоение в глазах, затуманивание зрения. Кроме этого, могут проявляться признаки снижения памяти и внимания, общая рассеянность и чрезмерная двигательная активность. Объективно у пациентов можно обнаружить скотомы, гемианопсии, недостаточность глазодвигательных нервов, общую гиперестезию,



## Десятилетие детства

повышение сухожильных рефлексов с расширением их зон, пошатыванием в позе Ромберга и симптомы вегетативной дисфункции: брадикардия, центральная гипертермия, усиление слюноотделения, лабильность артериального давления.

Существуют **методы, позволяющие проводить дополнительные обследования у ребенка с подозрением на повышение ВЧД**. Один из них - *ультразвуковое исследование головного мозга*. У детей имеется родничок - замечательное окошко для ультразвука. Нейросоноскопия (УЗИ головного мозга) - метод доступный и абсолютно безопасный. Он позволяет оценить размеры желудочков мозга, а увеличение этих размеров вполне может быть расценено как косвенный признак повышенного ВЧД.

В то же время, как и в отношении окружности головы, имеет значение не столько ширина желудочков мозга, сколько динамика этого показателя. После закрытия родничка увидеть и оценить размеры желудочков мозга можно лишь с помощью *томографии - компьютерной (КТ) или магнитно-резонансной (МРТ)*.

Еще один метод, всё еще применяющийся достаточно широко, - *эхоэнцефалография (ЭхоЭГ)*. С помощью эхоэнцефалографа посредством ультразвука оценивается ряд параметров, в том числе пульсация сосудов головного мозга. Но этот метод - устаревший, малоинформативный, его применение оправдано только в экстремальных условиях как скрининг, при проведении ориентирован только на определение смещения М-эхо головного мозга, но не на измерение ВЧД.

Чаще всего внутричерепная гипертензия является следствием того или иного патологического процесса в головном мозге. Исключение составляет идиопатическая доброкачественная внутричерепная гипертензия, при которой не удается установить причину развития синдрома. Поэтому **основное лечение пациентов с проявлениями повышения интракраниального давления направляют на ликвидацию этиологического фактора**. Параллельно проводят мероприятия, позволяющие стабилизировать общее состояние больного и предупредить осложнения.



**Основные методы борьбы с синдромом ВЧГ можно разграничить на:**

◆ *немедикаментозное воздействие* (соблюдение режима труда и отдыха, коррекция рациона питания, физиотерапевтическое лечение, массаж, лечебная гимнастика, нейропсихологическое консультирование);

◆ *медикаментозное лечение* (дегидратация, седация, метаболическая, нейропротективная и ноотропная терапия, симптоматическое лечение);

◆ *хирургическое вмешательство* при тяжелых формах ВЧГ, не поддающихся консервативной терапии, и наличии органического очага, требующего нейрохирургической операции.

Таким образом, **внутричерепное давление - это норма, а повышенное ВЧД - не болезнь, а симптом некоторых болезней**. В целом повышение ВЧД - редкий и очень опасный симптом редких и очень опасных болезней. Лечение повышенного ВЧД не имеет никакого отношения к амбулаторной медицине, практически всегда требует госпитализации и неотложной помощи.

В заключение хочу отметить, что статья направлена не на усыпление бдительности родителей (или детских неврологов) в отношении проявлений ВЧГ, а на то, чтобы не было как гипер-, так и гиподиагностики синдрома ВЧГ. **И если у родителей есть тревога за самочувствие ребенка, появились несвойственные ему беспокойство, возбудимость или сонливость, резкое нарушение поведения, рвота, не связанная с приемом пищи, изменения параметров головы и черепа, судороги и т.д. - необходимо немедленно обратиться к врачу!** ☺

**Томография - метод серьезный, небезопасный, дорогой, его применяют нечасто - лишь при реальных подозрениях на серьезную внутричерепную патологию, у детей раннего возврата данная методика применяется под общим наркозом.**







# Вся правда о зрении

**Люди буквально выросли на определенных утверждениях о нашем зрении и тщательно их придерживаются. Но всегда ли это истинно?**

**Может, стоит пересмотреть свои знания?**

**Прокомментировать известные тезисы мы попросили Екатерину Юрьевну КРУПСКУЮ, ассистента курса офтальмологии АГМУ, врача-офтальмолога КГБУЗ «Алтайская краевая офтальмологическая больница».**

**Если регулярно употреблять морковь со сметаной или растительным маслом, то зрение можно не только сохранить, но и улучшить.**

В моркови содержится много полезных веществ, в том числе и витамин А (бета-каротин). Действительно, для его усвоения, а этот витамин является жирорастворимым, необходимо употреблять морковь или ее сок с растительным маслом или сметаной (сливками). Однако, этого корнеплода нужно съесть не просто много, а очень много: чтобы получить суточную норму витамина А только из моркови, необходимо употреблять ее не менее 5-6 килограммов в сутки. Что, согласитесь, нереально.

**Читать лежа на спине - вредно.**

Читать лежа вредно не для глаз, а для шеи и спины, которые могут из-за неправильного положения начать испытывать боль. Что касается глаз, то для них главные правила, которые необходимо соблюдать, это - расстояние до книги (около 30-40см) и хорошая освещенность.

**Все знают, что если маленький ребенок при просмотре мультфильмов близко подходит к телевизору, это очень вредно. А если телевизор с современным ЖК-экраном?**

Ребенку частый и долгий просмотр мультфильмов с любого расстояния от телевизора, монитора компьютера не полезен. Быстрая смена цветов, картинок за-

ставляет ребенка подходить ближе. Зрение человека любого возраста напрягается перед любым экраном, даже перед очень хорошим и современным, к тому же ЖК-экран поглощает лишь часть излучения, но далеко не всё. Поэтому минимальное расстояние до телевизора должно быть не менее 2 метров. Это правило касается как детей, так и взрослых.

**Вредно ли читать, вышивать и т.д. в сумраке без дополнительного освещения?**

Наши глаза устроены таким образом, что способны приспосабливаться к различным уровням освещенности. Если читать в сумраке, то зрачки расширяются, чтобы через хрусталик на сетчатку попадало больше света, но у некоторых такое напряжение будет вызывать головную боль. Если этого не происходит, то и читать, и вышивать в сумраке можно.

**Врач выписал очки. Но я куплю очки с меньшими диоптриями, чтобы «глаз не ленился».**

Это в корне неверное утверждение. Из-за уменьшения диоптрий глаз будет излишне напрягаться. Кроме того, офтальмолог при необходимости может выписать рецепт для очков «для дали» и «для близи» или же для работы за компьютером и т.д.

**Если миопия небольшая, то она исчезнет с возрастом, «складываясь» по диоптриям с развивающейся дальнозоркостью.**

**Чем сильнее развита близорукость, тем меньше ве-**



**роятность развития возрастной дальнозоркости.**

Какой близорукость была, таковой она и останется до старости (если, конечно, это не прогрессирующая ее форма). С годами меняется зрение вблизи - за счет ослабления внутриглазных мышц, а, следовательно, за счет ослабления аккомодации. Близорукие люди обычно снимают свои очки «для дали», чтобы работать на близком расстоянии. Если близорукость слабой степени, то могут понадобиться очки и для работы вблизи.

**Для покупки рекламируемых очков-тренажеров, очков-лупы и т.п. консультация врача-офтальмолога не требуется.**

Перфорационные очки-тренажеры или очки-лупы, как и любые другие очки, могут назначаться только специалистом! Помните, что при некоторых заболеваниях глаз (например, при глаукоме) они противопоказаны.

**Нетрадиционные методы лечения: гомеопатия, гирудотерапия, иглорефлексотерапия, фитотерапия и т.д. - могут помочь в восстановлении зрения или поддержании его остроты.**



## Зрение - окно в мир

Зрение может ухудшаться от огромного количества причин, которые может определить только врач. И именно он назначает соответствующее лечение.

**Гимнастика для глаз действительно помогает. Но результата приходится добиваться долго.**

Чтобы точно узнать, поможет ли вам гимнастика для глаз и какие упражнения подойдут именно вам, нужно, как ни банально это звучит, посетить опытного врача-офтальмолога. После этого будет понятно: показаны ли вам упражнения для глаз, нужны очки или что-либо еще.

**У людей с ослабленным зрением лучше развиты другие органы чувств.**

Действительно, есть такое мнение, что из-за потери одного из основных органов чувств другие начинают воспринимать информацию с окружающего мира лучше, чем у человека с нормальным зрением.

**Витамины и БАДы, продающиеся в свободном доступе в аптеке, полезны для глаз.**

Действительно, витаминные препараты входят в клинические рекомендации по лечению некоторых заболеваний глаз. Но принимать любые витамины и любые БАДы следует только по назначению врача.



**Нагрузка в современной школе настолько велика, что у ребенка обязательно появятся проблемы со зрением.**

Всегда важно помнить, что правильное освещение, также как и правильная осанка за столом, играет большую роль в сохранении здоровья глаз. Есть определенные несложные, но важные правила,

которые помогут сохранить здоровье глаз, которым вас научит офтальмолог. Замечу, что посещение врача-офтальмолога 1-2 раза в год необходимо для динамического наблюдения за состоянием здоровья глаз ребенка, независимо от того, есть на сегодня у него проблемы со зрением или нет.

**Любые травмы головы, шеи (в том числе подзатыльники) влияют на остроту зрения.**

Затылочная часть головного мозга является центральной частью зрительного анализатора, а значит, повреждение этой области может негативно отразиться на зрении. Ну а подзатыльники в любом случае не полезны ни в воспитании, ни для здоровья ребенка.



**От телефонов, планшетов больше вреда для организма, чем от телевизора.**

Вред они наносят не меньший. К тому же из-за небольших размеров экрана напряжение глаз возрастает. Часто можно видеть, что ребенок или взрослый чрезвычайно близко и долгое время держат экран телефона у глаз, что уже неблагоприятно для нашего органа зрения.

**При плавании нельзя открывать глаза под водой.**

Действительно, не рекомендуется плавать с открытыми глазами. В бассейне вода имеет повышенное содержание хлора, который может вызывать раздражение слизистой оболочки глаз. В пресноводных водоемах наблюдается зачастую высокая концентрация различных микроорганизмов. Поэтому гораздо безопаснее плавать и в бассейне, и в открытых водоемах в маске или очках для плавания.

**Если надел очки, то это уже навсегда. Да и зрение со**



**временем будет неминуемо только падать.**

Необходимость назначения очков определяет врач-офтальмолог. Если вам выписали очки, следует соблюдать рекомендации врача по режиму ношения (для близи, для дали, для постоянного ношения). И посещайте раз в год своего врача-офтальмолога для проверки остроты зрения и т.д.

**После лазерной коррекции зрения появляется множество ограничений (по подъему тяжестей, работе за компьютером, естественные роды).**

Во время восстановительного периода после любых операций (в том числе и офтальмологических) рекомендуется дозировать нагрузки, обычно это требуется в течение трех месяцев. При планировании беременности необходимо обсудить предстоящее вмешательство с врачом-офтальмологом и узнать более точные сроки восстановления.

**Ходить к офтальмологу нужно лишь при появлении жалоб.**

Если со зрением всё в порядке, взрослым и детям достаточно посещать офтальмолога 1 раз в год. Если же существует необходимость в более частых посещениях врача, то после первой консультации вам скажут, как часто впоследствии нужно приходить на прием.

**Солнцезащитные очки нужно использовать только летом для защиты от ультрафиолета.**

Защищать глаза от воздействия ультрафиолетового излучения необходимо в любую погоду и время года. К выбору солнцезащитных очков нужно подходить тщательно. Покупать их следует в оптике, а не на лотках около магазинов. ☺



# Когда диагноз - «эпилепсия»

**В День защиты детей прошла акция «Поможем в диагностике эпилепсии», в рамках которой 20 детей получили высокотехнологичную диагностическую медицинскую помощь.**

В нейрофизиологической лаборатории КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница» пациентам было проведено видеомониторинг электроэнцефалографии, в том числе и ночное.

- Оно было проведено именно тем детям, которые в этом нуждаются. Это, прежде всего, - труднокурабельные пациенты (имеющие фармакорезистентную эпилепсию, таким больным подбирается политерапия), детям, которым нужно дифференцировать, разграничить пароксизмальные состояния эпилептического и неэпилептического генеза, - рассказала **Анна Игоревна ДУДКИНА**, заведующая краевым эпилептологическим центром для детей Алтайской краевой клинической детской больницы, врач-невролог-эпилептолог.

Талоны на видеоЭЭГ выдаются в течение 14 дней. Двадцати ребятишкам такого времени ожидания не потребовалось. Проведенное обследование помогло оперативному и адекватному выбору противосудорожной терапии и правильной постановке диагноза.

Отметим, что под названием «эпилепсия» скрывается целая группа пароксизмальных состояний, с различными клиническими проявлениями, что часто затрудняет диагностику.

Анна Игоревна рекомендует всем родителям **обращать внимание на такие состояния ребенка, как потеря сознания, особенно непровоцируемая, в том числе длящаяся считанные секунды; «замирания», ночные психомоторные возбуждения, вздрагивания с выпадением предметов из рук.** Чем раньше



родители заметят подобные проявления и получат консультацию специалиста, тем более эффективным будет назначенное лечение заболевания.

**Рекомендуется записать видео неестественных проявлений на телефон и показать запись врачу-неврологу на приеме,** что поможет ему в дифференциальной диагностике. Все описанные проявления далеко не всегда связаны с эпилепсией, у них могут быть и другие причины.

- Пароксизмальных состояний, к сожалению, среди детей очень много, а родители не всегда вовремя обращают на них внимание. Если вы заподозрили у своего ребенка проявления эпилепсии, стоит незамедлительно обратиться к врачу-неврологу по месту жительства. Лучше вовремя дифференцировать эти состояния и получить своевременное лечение, - советует Анна Игоревна.

Эпилепсия относится к распространенным заболеваниям у детей. В 2017 году в Алтайском крае зарегистрировано 2965 детей, страдающих от эпилепсии, среди них 600 - это подростки. Ежедневно в эпилептическом кабинете АККДБ врачом-неврологом проводится не менее десяти первичных приемов. ☺



# Чтобы мальчик в будущем стал отцом

**В рамках стартовавшего в Алтайском крае регионального проекта «Мужское здоровье» в Алтайской краевой клинической детской больнице в июне состоялась акция «Репродуктивное здоровье мальчика», в ходе которой врачи урологи-андрологи провели осмотр мальчиков разных возрастных групп.**

По словам главного внештатного детского уролога-андролога Алтайского края **Ильи Сергеевича ПОВОА**, прием был четко распланирован по времени, работали три доктора. Итогом напряженного дня стал осмотр 58 ребятшек разного возраста - от рождения до 18 лет.

**У большинства осмотренных (46 детей) обнаружены заболевания репродуктивной системы.** Всем детям с выявленной патологией выполнено обследование соответственно стандартам оказания медицинской помощи - лабораторное, инструментальное (ультразвуковое), произведена запись на повторную консультацию к детскому урологу-андрологу с целью определения дальнейшей тактики лечения.

### **Алгоритм записи к врачу детскому урологу-андрологу**

Запись осуществляется дистанционным способом, через удаленную регистратуру. Для этого оператор территориальной поликлиники по направлению лечащего врача производит запись на прием к указанным специалистам.

*Предварительная запись по телефонам регистратуры: (3852) 56-98-98; (3852) 56-99-02.*

*Контактный телефон детского уролога-андролога: (3852) 56-98-55.*

**Во избежание дефектов при направлении пациентов напоминаем основные требования к оформлению выписки-направления и выдаче талона на прием к врачу.**

При направлении в консультативную детскую поликлинику КГБУЗ «АККДБ» пациенту при себе необходимо иметь следующие документы:

- выписку-направление ВК (027/у);
- страховой полис (оригинал);
- свидетельство о рождении или паспорт (оригинал);
- СНИЛС (оригинал);
- справку об эпидокружении (отсутствие контактов с инфекционными больными).



**Основные диагнозы у мальчиков младшего возраста, так называемые малые андрологические заболевания: фимоз, синехии и другие.**

**У подростков чаще диагностируется варикоцеле**, которое в 40% случаев может стать причиной снижения качества семенной жидкости и дальнейшего развития бесплодия. У молодых людей 16-18 лет, имеющих интимный опыт отношений с противоположным полом, не редко выявляются инфекции, передающиеся половым путем.

*- Как бы банально это ни звучало, - подчеркнул Илья Сергеевич, - причиной большинства андрологических заболеваний является пренебрежение правилами личной гигиены. Если с раннего детства родители приучают сына к соблюдению нехитрых правил, то у него будет гораздо ниже вероятность воспалений половых органов, приводящих в итоге к развитию серьезных заболеваний мужской половой системы. Особое внимание родители подростков должны обращать на соблюдение в семье правил здорового образа жизни, поскольку пагубные привычки могут привести к нарушению репродуктивной функции у мальчика.*

В этот день врачи приняли и ребятшек с заболеваниями мочевыводящей системы. В частности, были пациенты с гидронефрозом - врожденной водянкой почек, с хронической инфекцией мочевыводящих путей, нейрогенной дисфункцией.

Илья Сергеевич также сообщил, что для первичной оценки состояния здоровья мальчиков разных возрастов разработаны специальные анкеты. Они размещены на сайте Алтайской краевой клинической детской больницы на странице отделения амбулаторной урологии-андрологии ([http://akkdb.ru/?page\\_id=4188](http://akkdb.ru/?page_id=4188)). Ответив на несколько несложных вопросов, каждая мама мальчика сможет понять, есть ли у ее сына проблемы репродуктивной системы и насколько необходима консультация специалиста. ☺



# Луги в помощь малышам и мамам!

**Мама недоношенных ребятишек 1 июня,  
в День защиты детей, приняли участие  
в праздничном мероприятии.**

Специальными гостями праздника стали представители благотворительного фонда помощи недоношенным детям «Право на чудо» и клуба «28 петелек. Барнаул».

- Наш фонд существует не так давно. Его создательницей стала Наталья Зоткина, которая несколько лет назад столкнулась с проблемой недоношенных детей: прошла весьма непростой путь выхаживания своей дочери. Именно с целью оказания помощи семьям, в которых дети появились на свет раньше срока, мы и работаем, - с такими словами обратилась к присутствующим **Юлия ЕРМОЛАЕВА**, координатор программ фонда «Право на чудо». Она посетила Алтайскую краевую клиническую детскую больницу, а также краевой перинатальный центр «ДАР», где пла-

нируется открытие школы для мам недоношенных детей. Гостья поблагодарила за совместную системную работу администрацию краевой детской больницы и заведующую отделением патологии недоношенных и новорожденных детей №1 **Юлию Владимировну МИЛЛЕР**.

В этот же день состоялось занятие школы для мам недоношенных детей. Мама имеет возможность задать самые разные вопросы и получить исчерпывающие ответы. Координатор фонда провела небольшой конкурс с мамами, проверив, насколько воспринята услышанная информация, лучшим вручила призы. Также каждая мама, присутствующая на празднике, получила набор самых необходимых предметов для ухода за недоношенными детьми.

Гостья передала в отделение АККДБ необычные предметы нового поколения - **луги**. Они имитируют руки мамы на время ее отсутствия, когда малыш находится в кувезе. Такое ощущение постоянной близости способствует более быстрому восстановлению и развитию малыша. Для отделения переданы три таких приспособления. Луги подлежат обработке, значит, являются многофункциональными в использовании. Прежде чем лугу положить на ребенка, нужно, чтобы в течение полудня мама поносила ее на себе, тем самым пропитав своим запахом, теплом. Тогда ребенок будет ощущать не только давление, но и мамин запах.

Члены клуба вязальщиц «28 петелек. Барнаул» - частые гости отделения для недоношенных детей. И всегда приходят с подарками: вязаными шапочками, носочками, другими теплыми вещами, так нужными малышам.

Основательница клуба - **Наталья РОЗЕНГРИН**, мама мальчишки, родившегося раньше срока. Клуб объединил мам, которые не только умеют вязать, но и хотят оказывать помощь детям. Наталья обратилась к мамам со словами ободрения и оптимизма, подчеркнула, что сложный период выхаживания малыша обязательно имеет своим результатом полноценное развитие ребенка.

И благодаря энергии Натальи, ее активной жизненной позиции, клуб «28 петелек. Барнаул» оказывает помощь не только отделению недоношенных детей краевой детской больницы, но и барнаульской детской городской клинической больнице №7, краевому клиническому перинатальному центру «ДАР» и перинатальному центру клиническому Алтайского края. ☺



# Сохраним здоровье ног и лёгкую походку!

*Говоря о плоскостопии, надо хорошо понимать, что оно становится причиной и следствием других патологий опорно-двигательного аппарата.*

*Как и различные заболевания органов, его нельзя рассматривать отдельно от состояния организма в целом.*

Строение стопы отвечает за выполнение двух основных задач - удержание веса тела при нагрузке на ноги и амортизацию толчков, возникающих при ходьбе, беге, прыжках. Это предопределяет сложность строения костно-мышечно-суставного аппарата стопы. Для осуществления ее функций имеется возможность движения как отдельных костей по отношению друг к другу, так и частей стопы между собой, вокруг поперечных, продольных и вертикальных осей вращения.

Стопа имеет сводчатое строение в продольном и поперечном направлении, что увеличивает ее рессорные свойства. Своды стопы удерживаются пассивными и активными силами. **Пассивная поддержка сводов стоп** определяется конструкцией скелета стопы и взаиморасположением мелких костей, а также суставно-связочным аппаратом и мощным слоем подошвенных мышц и частично - мышц голени. **К активным силам, удерживающим своды стопы**, относится напряжение длинных мышц, переходящих на стопу с голени, длинных сгибателей пальцев, а также напряжение длинной малоберцовой мышцы и коротких мышц самой стопы. Приводящая мышца большого пальца удерживает поперечный свод стопы в области головок плюсневых костей.

Способность противостоять действию нагрузки определяется статико-динамическими условиями, связанными с функцией и строением стоп. Так, в процессе нагрузки на ноги стопа расширяется, принимает более развернутую форму, а затем - под влиянием тяги мышц и благодаря эластичности связочного аппарата - принимает первоначальную форму. Таким образом, **функциональная способность стоп определяется состоянием связочного**

**аппарата и мышц**, сухожилия которых принимают участие в укреплении костных элементов стоп.

## **Функциональная недостаточность стоп**

Проявляется она в виде недостаточности:

- *опорной функции* (разноопорные ноги, отсутствие переката при ходьбе, перегрузка передней, задней части стоп);

- *работы рессорной функции стопы* (функциональное плоскостопие);

- *балансирующей функции* (функциональные патологические установки стопы - отведенная или приведенная стопа с нефиксированной вальгусной, варусной установкой пяточной части).

Чаще функциональная недостаточность стоп является сочетанием недостаточности всех этих функций.

**Причинами** функциональной недостаточности стоп могут стать:

- ▶ гиподинамия пациента, связанная с соматическими заболеваниями;

- ▶ искривления позвоночника; контрактуры в тазобедренных, коленных, голеностопных суставах; искривление голеней, бедер; перекосы таза; разновеликость ног;

- ▶ ожирение;

- ▶ заболевания нервной системы;

- ▶ заболевания (недостаточность) соединительной ткани (мезенхимная недостаточность);

- ▶ ношение нерациональной обуви.

При снижении активной работы мышц вследствие их слабости или при переутомлении стопа оседает, что ведет к перегрузке связок, укрепляющих ее суставы, и появлению болевых ощущений. Поэтому важно укреплять голеностопные суставы, обеспечивая их правильное положение в



**Елена Владимировна МЕЛЬНИЧЕНКО,**  
врач ЛФК и спортивной  
медицины,  
КГБУЗ «Алтайский  
врачебно-физкультурный  
диспансер»





**Гиперпронация особенно характерна для детей и подростков с конституционной гипермобильностью - избыточной гибкостью и растяжимостью связочно-суставного аппарата тела.**

момент нагрузки. При слабости связочно-мышечного аппарата в суставах снижается устойчивость, а подвижность иногда превышает нормальную амплитуду движений: возникает состояние **гиперпронации** - положения стопы, при котором внешняя поверхность выворачивается внутрь, а подошва - наружу, причем повторные микротравмы и подвывихи голеностопного сустава также способствуют возникновению гиперпронации стоп.

Гиперпронация особенно характерна для детей и подростков с конституционной гипермобильностью - избыточной гибкостью и растяжимостью связочно-суставного аппарата тела. Некоторые детские тренеры в погоне за гибкостью пытаются постоянно «растягивать» своих подопечных, плодя «суперменов» с разболтанными суставами. Повышенная гибкость хороша только при сбалансированном мышечно-сухожильном «корсете» суставов!

**Избыточная пронация стопы считается главным биомеханическим фактором в развитии хондромалиции и эрозии (разрушения) хряща надколенника («колено бегуна»), тендинита (воспаления, дистрофии ткани сухожилия) и тендопериостопатии (заболевания места прикрепления сухожилия к кости) надколенника («колено прыгуна»), перекоса таза и хронических болей в пояснице.**

Зачастую на практике, если проблема локализована за пределами стопы, спортсмены, тренеры и врачи, как правило, не связывают ее происхож-

дение с индивидуальными особенностями строения и функции стоп.

На функциональное состояние стоп определенное влияние оказывает и **общее положение тела (осанка)**. В поддержании прямого (ортостатического) положения тела с симметричной нагрузкой на стопы большую роль играют мышечные группы, которые обеспечивают стабилизацию крупных суставов нижних конечностей и туловища. Именно слабость этих мышц, мышц голени и стопы вместе с перегрузкой нижних конечностей, сопряженной с длительным статическим напряжением мышц и нарушением нормальных условий кровообращения, могут привести к развитию функциональной недостаточности стоп. В результате стопы теряют экономичность движений: привычные движения в новых условиях требуют больших мышечных усилий. Поэтому быстро развивается утомление в мышцах ног, появляется тяжесть в ногах, пастозность тканей, снижается выносливость к длительной статической нагрузке, появляются неприятные субъективные ощущения, а иногда - болезненность в различных отделах стопы и голени.

При уплощении стопы нарушаются тонкие биомеханические взаимодействия в привычном двигательном навыке, что приводит к его искажению, в опорно-двигательном аппарате возникают локальные перегрузки, следствие которых - **острые и хронические травматические повреждения**. Нередко на этой основе возникают растяжения связочно-суставного аппарата голеностопного сустава.

Снижение функциональной способности связочно-мышечной системы создает предрасполагающие условия для развития более выраженных изменений стоп - их деформации по типу плоских с соответствующими клиническими признаками.

**Продольное плоскостопие**

Продольное плоскостопие представлено значительным количеством вариантов: от уплощения продольного свода разной степени выраженности за счет переднего, заднего или обоих отделов стопы одновременно до сочетания его с пронацией заднего отдела или всей стопы, супинацией заднего и переднего отделов, пронацией заднего и супинацией переднего отделов, а также с приведением или отведением переднего отдела стопы.



**Гипопронация    Нормальная пронация    Гиперпронация**



Деформация может быть фиксированной и нефиксированной. Иногда при высоких компенсаторных возможностях организма продольное плоскостопие развивается медленно, перестройка функций стоп идет постепенно, и, несмотря на значительно выраженную деформацию, жалобы на боли отсутствуют.

*Ранние симптомы продольного плоскостопия:* утомляемость нижних конечностей, периодические боли в области продольного свода, в голених при ходьбе и к концу дня.

К клиническим проявлениям и жалобам при продольном плоскостопии относятся:

- **отечность стоп и голеностопных суставов.** Позднее болевой синдром увеличивается за счет развивающегося деформирующего артроза суставов стоп;

- **движения в суставах стопы и голеностопном суставе ограничены.** Стопа может принимать вальгусное положение, пятка становится округлой формы, расплывается, а ладьевидная кость выступает внутрь;

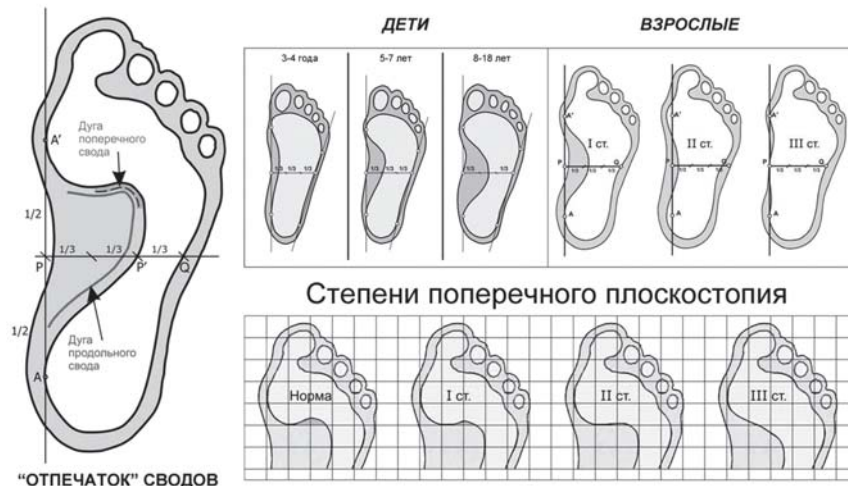
- **с увеличением степени плоскостопия боли усиливаются, носят постоянный характер.** Появляются боли в вышележащих отделах нижних конечностей и даже в пояснице, походка теряет эластичность, плавность.

Отмечена взаимосвязь статического плоскостопия и остеохондроза у различных возрастных групп. Для поясничного остеохондроза характерно развитие функциональной недостаточности стоп, которая способствует развитию статического плоскостопия, но не предопределяет его (превращение функциональной недостаточности в плоскостопие происходит при участии других факторов). Также доказано опосредованное влияние плоскостопия на формирование остеохондроза через гиперлордоз, который сопровождается повышенной нагрузкой на задние отделы поясничных дисков. Таким образом, плоскостопие выступает как фактор, вызывающий дискоординированную деятельность поясничной мускулатуры.

## Поперечное плоскостопие

**Врожденное поперечное плоскостопие (hallux valgus)** до окончания роста встречается редко. Прослеживаются наследственная предрасположенность к статическому поперечному плоскостопию, а также его семейные формы.

## Степени продольного плоскостопия



“ОТПЕЧАТОК” СВОДОВ

**Приобретенное поперечное плоскостопие** наиболее часто бывает статическим, реже - как элемент полноты стопы и как следствие параличей и парезов, развившихся на почве полиомиелита, спастического паралича, травмы с повреждением периферических нервов и другого.

Основным в патогенезе поперечного плоскостопия является **распластывание переднего отдела стопы**, которое наиболее часто происходит за счет медиального (варусного) отклонения I плюсневой кости, иногда в сочетании с латеральным отклонением V плюсневой кости. Встречается и веерообразное расхождение всех плюсневых костей. Редкий вариант - изолированное латеральное отклонение V или IV и V плюсневых костей.

К *внутренним причинам* развития поперечного плоскостопия относятся:

- ◆ наследственно-конституциональное предрасположение,
- ◆ первичная слабость мышечно-связочного аппарата, дисплазия.

К *внешним причинам* относятся: перегрузки, связанные с профессией и занятиями спортом, ведением домашнего хозяйства, использованием нерациональной обуви, общим увеличением массы тела и т.д.

С годами поперечный свод постепенно снижается и после 40 лет практически не определяется. У большинства людей это связано с недостаточной культурой и набором лишней массы тела. У тех, кто следит за своей фигурой и соблюдает режим питания и бытия, свод сохраняется и проявляет свои физиологические функции.

Удержание плюсневых костей от расхождения - главная роль подошвенного апоневроза, пять отростков которого прикрепляются к головкам

**Доказано опосредованное влияние плоскостопия на формирование остеохондроза через гиперлордоз, который сопровождается повышенной нагрузкой на задние отделы поясничных дисков. Таким образом, плоскостопие выступает как фактор, вызывающий дискоординированную деятельность поясничной мускулатуры.**







Есть определенные периоды жизни (9, 13, 15 и 18-20 лет, от 45 до 50 лет), в которые опорно-двигательный аппарат человека выдерживает наибольшую механическую нагрузку, тем самым (помимо сопутствующих болезней и травм) становится наиболее уязвимым для развития статических и других заболеваний.

плюсневых костей и соединяются между собой поперечными пучками. Роль мышечной слабости в развитии поперечного плоскостопия спорна, так как мышц, сближающих плюсневые кости, не существует. Однако электромио-графии при поперечном плоскостопии указывают на первичные изменения функциональных свойств мышц стопы и голени. Таким образом, **поперечное плоскостопие - это проявление, в первую очередь, недостаточности связочного аппарата на фоне функциональной слабости мышц стопы и голени.**

### Лечение функциональной недостаточности стоп

Лечение направлено на устранение возможных причин, которые привели к формированию плоскостопия:

- уменьшение веса тела и снижение в связи с этим нагрузки на стопы;
- формирование осанки;
- создание оптимального двигательного режима, в том числе нормализация режима статической нагрузки;
- формирование правильного стереотипа ходьбы, укрепления функции мышц;
- рациональный подбор обуви (соответствие размера и высоты каблука);
- поддержание правильного соотношения суставов стопы (на период функциональной недостаточности мышц и связок);
- профилактика хронических соматических заболеваний;

- проведение неврологического лечения.

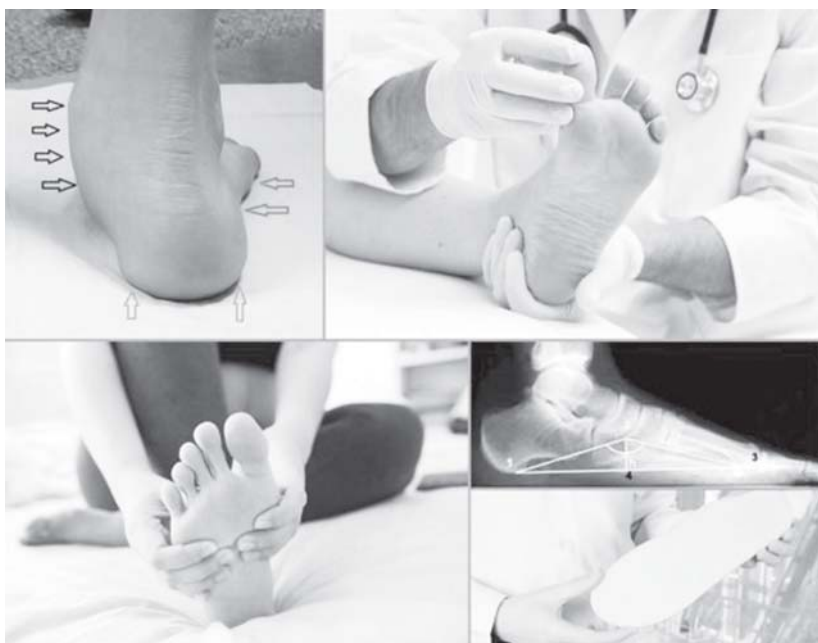
### Профилактика

Известное влияние на условия нагрузки на стопы оказывает положение стоп при ходьбе. Привычка ходить, широко расставляя ноги и разводя носки стоп, способствует увеличению нагрузки на внутренние края стоп и связки, укрепляющие продольный свод. Поэтому определенное профилактическое значение имеет **воспитание у детей походки без излишнего разведения стоп.**

Профилактику плоскостопия следует начинать с первых лет жизни ребенка для предупреждения развития плоскостопия или профилактики его прогрессирования. Врач-ортопед на динамическом осмотре детей наблюдает за развитием их свода, дает рекомендации по общеукрепляющему режиму, дозированным занятиям спортом, использованию рациональной обуви.

Есть определенные периоды жизни (9, 13, 15 и 18-20 лет, от 45 до 50 лет), в которые опорно-двигательный аппарат человека выдерживает наибольшую механическую нагрузку, тем самым (помимо сопутствующих болезней и травм) становится наиболее уязвимым для развития статических и других заболеваний. Зная, что быстро наступающее несоответствие между весом тела и неуспевающей приспособиться к этим условиям опорно-двигательной системы человека является одной из причин развития некоторых ортопедических заболеваний, а также учитывая наиболее предрасположенный возраст, можно предупредить появление многих статических и идиопатических заболеваний.

В периоды интенсивного роста костей стопы с дифференциацией их формы и структуры может наступить **диспропорция между энергией роста костей и пониженной** вследствие наследственно-конституциональной предрасположенности или дисплазии **сопротивляемостью соединительнотканного аппарата.** Это является причиной развития продольного плоскостопия. Причем деформация может достигать значительной степени выраженности с изменением формы, величины и взаиморасположения костей, с расстройствами статики и кинематики. У взрослых на фоне слабости мышечно-связочного аппарата под влиянием неблагоприятных факторов может так-



же развиться продольное плоскостопие, но оно уже не достигает такой тяжести, как в период роста.

Определенное влияние на функциональную способность связочно-мышечного аппарата стоп оказывает **обувь**. В наиболее чувствительные фазы в жизни человека (период полового созревания, интенсивного роста, беременность, климакс) людям, склонным к развитию плоскостопия, наряду с укрепляющей гимнастикой следует рекомендовать **ношение ортопедических стелек. Ношение обуви с гибкой подошвой, жесткими, фиксирующими пятку задниками**, достаточно широким каблуком средней высоты способствует укреплению мышц, связок, сохранению подвижности суставов стопы и правильному ее положению.

**Вырабатывая оптимальный двигательный режим, формируя нагрузки на нижние конечности, необходимо:**

◆ **исключить возможность перегрузки нижних конечностей**, возникающей, например, при чрезмерном продолжительном стоянии; добиваться чередования статического напряжения и динамической работы мышц. Для разгрузки внутреннего края стопы полезно периодически переносить нагрузку на ее внешнюю сторону;

◆ **учитывать, что ранняя, продолжительная или чрезмерно большая нагрузка на еще недостаточно сформировавшийся и неокрепший костно-мышечный аппарат** влияет на формирование опорно-рессорной функции стопы, помимо статических, динамических нагрузок, нервно-трофических и эндокринных процессов, наследственности;

◆ **знать, что в стопах с различным запасом упругих свойств сводообразующих тканей сходные по объёму нагрузки могут вызывать разнонаправленные адаптивные изменения:** при «созревших», сформированных сводах регулярные нагрузки воспринимаются как тонизирующий фактор, поддерживающий функциональные способности стопы на высоком уровне; для «несозревших» сводов детей и подростков регулярные нагрузки являются чрезмерными и приводят к уплощению стоп;

◆ **помнить, что основы функциональной недостаточности стоп закладываются в детско-юношеском возрасте и следуют за ними в их дальнейшую жизнь, поэтому требуется бережное отношение к сохранению здоровья каждого ребенка;**



### **Как повысить функциональную способность мышечно-связочного аппарата нижних конечностей**

**Укрепить мышцы** (икроножную, длинный сгибатель пальцев, малоберцовые и большеберцовые мышцы), сухожилия которых, перекидываясь через голеностопный сустав, укрепляют его, **помогут физические упражнения для улучшения общих статико-динамических возможностей нижних конечностей**. К числу таких упражнений относятся: *подошвенное сгибание, приведение, пронация стоп, сгибание пальцев* и другие физические упражнения, улучшающие динамическую функцию стоп и повышающие их выносливость к нагрузке.

**Укрепляющее действие на связочный аппарат голеностопных суставов** оказывают упражнения в *ходьбе на носках, пятках, наружном крае стопы*.

Могут быть использованы **движения в голеностопных суставах с дозированным отягощением и противодействием** (с медицинболлом, резиновой лентой).

**Укрепляющее влияние на связочно-мышечный аппарат стопы** оказывает также дозированное использование спортивных и спортивно-прикладных упражнений: *плавание, ходьба на лыжах, лазание по канату, шесту, ходьба по бревну*.

**При достаточно укрепленных мышцах и связках для повышения выносливости нижних конечностей к статической и динамической нагрузке**, помимо *ходьбы на лыжах и плавания*, могут быть постепенно включены *элементы спортивных игр*.

**Для повышения эластичности и крепости связок стопы** полезна *ходьба в естественных условиях* по местности с различным рельефом, а также *ходьба босиком по рыхлому грунту*.

**Для выработки прямого положения тела при стоянии** должны быть применены *упражнения, улучшающие осанку*.

◆ **учитывать, что в детском и раннем подростковом возрасте слепое копирование объёма тренировочных нагрузок взрослых спортсменов приводит к уплощению сводов и формированию функционально ослабленной стопы.**

Также в отличие от взрослых спортсмены-подростки, по сути полу-

чая нагрузки профессионалов, практически не используют профилактические средства из арсенала спортивной медицины (индивидуальные стельки, защитное бинтование, специальные упражнения, массаж, сауну и т.п.). ☺



# Ретинопатия недоношенных детей



**Надежда Николаевна ШАМАНСКАЯ,** врач-офтальмолог, высшая квалификационная категория, отделение патологии новорожденных и недоношенных детей №1, КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница»

**Ретинопатия - тяжелое заболевание глаз, которое развивается преимущественно у глубоко недоношенных детей на фоне незрелой сетчатки и сопровождается изменениями в сетчатке и стекловидном теле.**

Вероятность возникновения ретинопатии выше у недоношенного ребенка, родившегося на малом сроке гестации, с низкой массой тела при рождении, получившего интенсивную и длительную ИВЛ, кислородотерапию, а также при сопутствующих патологиях плода.

До 16 недель у плода сетчатка глаза не имеет сосудов. Нормальное развитие сетчатки начинается с 16 недель гестации и завершается к 40 неделям. Рост сосудов начинается от центра (от зрительного нерва) к периферии. Таким образом, чем раньше родился ребенок, тем меньше площадь сетчатки, покрытая сосудами. Неправильный рост сосудов вызывает неправильный рост молодой соединительной ткани и отслойку сетчатки. И при осмотре врачом-офтальмологом недоношенного ребенка выявляются аваскулярные зоны, то есть зоны сетчатки без сосудов, также врач определяет остановку нормального образования сосудов, прораствание их внутрь глаза и в стекловидное тело.

## Периоды ретинопатии

**Первый период - активный** (до 6 месяцев). Характеризуется изменениями артерий, расширениями и извитостью вен, помутнением стекловидного тела, кровоизлияниями в стекловидное тело, формированием отслойки сетчатки.

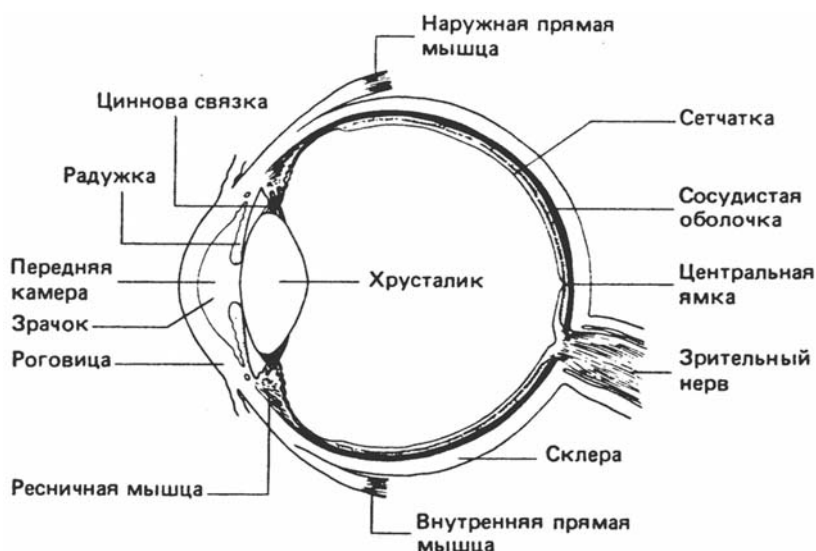
**Второй период - период обратного развития** (от 6 месяцев до 1 года). Возможен на ранних стадиях активного периода до изменений в стекловидном теле.

**Третий период - рубцовый** (после 1 года). Может сопровождаться формированием миопии средней и высокой степени, разрывами и отслойкой сетчатки, развитием помутнения хрусталика, повышением внутриглазного давления, уменьшением глазных яблок.

## Диагностика ретинопатии

Офтальмолог проводит осмотр детей с ПКВ (постконцептуальным возрастом) 32 недели и старше, а также детей сроком гестации менее 35 недель и весом менее 2000 граммов. За 20 минут до осмотра детям закапывают препарат для расширения зрачка (атропин, мидримакс). **Периодичность** дальнейших осмотров определяет врач при первом и последующем осмотрах: как правило, это 1 раз в 7-14 дней, но некоторые дети требуют более частых осмотров - каждые трое суток.

**Чаще всего пороговая стадия ретинопатии недоношенных детей развивается к 36-42 неделе развития** (1-4 месяцам жизни), поэтому родители недоношенного ребенка должны знать, что в этот период он обязательно должен быть осмотрен специалистом - офтальмологом, имеющим специальное обо-



## Десятилетие детства

рудование и знающим признаками активной ретинопатии.

**Выделяют пять стадий активной ретинопатии недоношенных детей.**

**Первая стадия:** появление раздельной белой линии на границе сосудистой и аваскулярной сетчатки. Показано наблюдение врача еженедельно. Если стадия не прогрессирует, то после 38 недель - наблюдение 1 раз в 14 дней. Если не прогрессирует к 6 месяцам, - наблюдается быстрый регресс.

**Вторая стадия:** на месте линии появляется вал - демаркационная линия. На этой стадии продолжается динамическое наблюдение, лечение совместно с неврологами и неонатологами сопутствующих заболеваний.

**Третья стадия:** в области вала появляется пролиферация сосудов, уплотнение стекловидного тела. Сосуды сетчатки втягиваются в стекловидное тело и «тянут» на себя сетчатку - появляется риск ее отслойки.

**Четвертая стадия:** частичная отслойка сетчатки за счет прорастания фиброзной ткани через стекловидное тело до хрусталика.

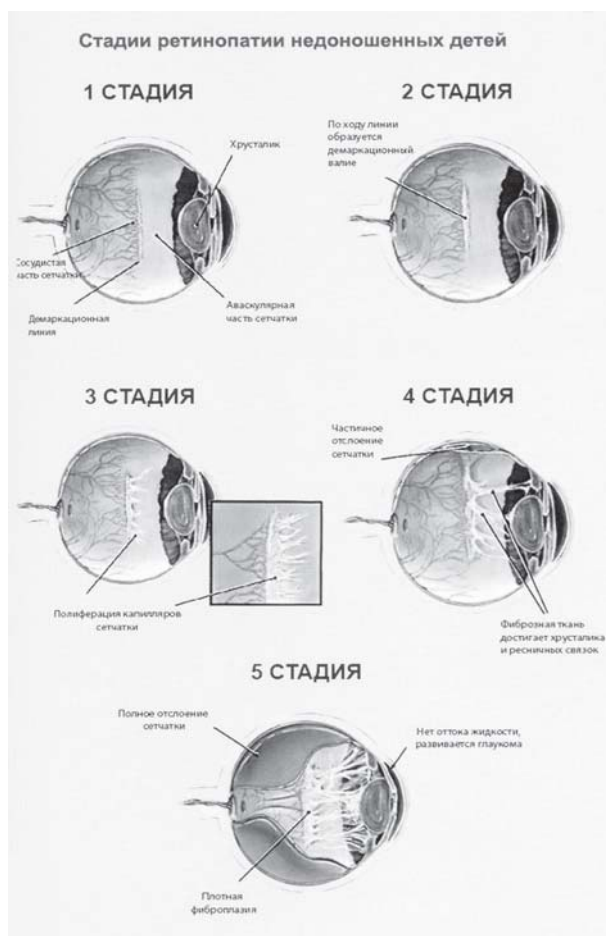
**Пятая стадия:** полная отслойка сетчатки, высокий риск развития глаукомы.

**На 3-5 стадиях обязательны лечение и регулярные осмотры профессионального врача-офтальмолога!**

### Лечение ретинопатии

К консервативному лечению относится закапывание капель, назначаемых врачом-офтальмологом. Чаще всего это - витаминные и гормональные препараты.

**Хирургическое лечение** ретинопатии новорожденных заключа-



ется в лазерной коагуляции, удалении стекловидного тела, введении блокаторов роста сосудов.

Если показана операция, но она по каким-либо причинам не выполняется, то риск развития отслойки сетчатки у ребенка возрастает на 90%!

В 70-80% случаев на первой-второй стадии ретинопатии возможно самопроизвольное излечение заболевания с минимальными остаточными изменениями на глазном дне.

Хирургическое лечение ретинопатии (лазеркоагуляция сетчатки) проводится в детской городской клинической больнице №7 г. Барнаула и АККДБ. Дальнейшее динамическое наблюдение за недоношенными детьми с ретинопатией в различной стадии заболевания, а также после хирургического лечения проводится в кабинете катамнеза ретинопатии поликлиники АККДБ врачом-офтальмологом на соответствующем оборудовании. ☺



На заметку

## Продукты - мультивитамины

**Лучший вариант для здоровья - получать все необходимые организму витамины и нутриенты из еды, это современный подход в диетологии.**

Последние исследовательские изыскания показали, что прием поливитаминов не приносит дополнительной пользы людям, которые имеют сбалансированный рацион. Поэтому лучший вариант - получать все необходимые для сохранения здоровья вещества из еды. И это вполне возможно, если убрать из рациона бесполезные, но калорийные продукты, заменив их здоровой пищей.

Эксперты составили список продуктов, которые содержат весь необходимый перечень нужных нам витаминов, минералов, нутриентов (биологически активные вещества) и при этом не несут избытка калорий.

### В него вошли:

- ▶ авокадо;
- ▶ разные виды капусты: савойская, брюссельская, кале, а также мангольд, шпинат, листовая горчица;
- ▶ болгарский перец;
- ▶ грибы (в частности, шиитаке);
- ▶ печеный картофель, батат;
- ▶ дыня, папайя, малина, клубника;
- ▶ йогурт низкой жирности;
- ▶ яйца;
- ▶ семечки льна, тыквы, кунжута, подсолнечника;
- ▶ фасоль, бобы, чечевица, горох;
- ▶ миндаль, кешью, арахис;
- ▶ ячмень, овес, киноа, коричневый рис;
- ▶ лосось, тунец, палтус, треска, морские гребешки, креветки;
- ▶ нежирная говядина, баранина, оленина;
- ▶ мясо курицы и индейки.





## Уважаемые читатели!

С 1 августа начинается подписная кампания на 2019 год. Подписка на наш журнал традиционно является хорошим подарком к различным семейным праздникам: свадьбе, рождению ребенка, дню рождения...

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

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

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

ИЗВЕЩЕНИЕ	<p><b>Внимание!!! Обязательно заполнить (указав полный адрес) строку получателя корреспонденции.</b></p> <p>Наименование получателя платежа: ООО «Издательство «Вечерний Новоалтайск»</p> <p>ИНН: ИНН 2263020152 КПП 220801001</p> <p>Номер счета получателя платежа: 40702810600020000162</p> <p>Наименование банка: ООО КБ «Алтайкапиталбанк» г.Барнаул</p> <p>БИК: 040173771 Кор.счет: 30101810900000000771</p> <p>ОКПО: 52090627 ОГРН: 1022202409426</p> <p>Наименование платежа: Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» на 2019 г. №1-12</p> <p>Плательщик (Ф.И.О.): _____</p> <p>Наименование фирмы, контактный телефон _____</p> <p>Адрес получателя корреспонденции _____</p> <p>Почтовый индекс, город (район, название поселка), _____</p> <p>улица, дом, квартира (офис) _____</p> <p>Наименование фирмы (ФИО) получателя, контактное лицо, телефон _____</p>						
	Кассир	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Назначение платежа</th> <th>Сумма</th> <th>Итого к уплате</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2019 год, №1-12</td> <td>1110-00</td> <td>1110-00</td> </tr> </tbody> </table> <p>Плательщик (подпись) _____ Дата _____</p> <p style="text-align: center;"><b>Подписной индекс - 31039</b></p>	Назначение платежа	Сумма	Итого к уплате	Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2019 год, №1-12	1110-00
Назначение платежа	Сумма	Итого к уплате					
Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2019 год, №1-12	1110-00	1110-00					
КВИТАНЦИЯ	<p>Наименование получателя платежа: ООО «Издательство «Вечерний Новоалтайск»</p> <p>ИНН: ИНН 2263020152 КПП 220801001</p> <p>Номер счета получателя платежа: 40702810600020000162</p> <p>Наименование банка: ООО КБ «Алтайкапиталбанк» г.Барнаул</p> <p>БИК: 040173771 Кор.счет: 30101810900000000771</p> <p>ОКПО: 52090627 ОГРН: 1022202409426</p> <p>Наименование платежа: Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» на 2019 г. №1-12</p> <p>Плательщик (Ф.И.О.): _____</p> <p>Наименование фирмы, контактный телефон _____</p> <p>Адрес получателя корреспонденции _____</p> <p>Почтовый индекс, город (район, название поселка), _____</p> <p>улица, дом, квартира (офис) _____</p> <p>Наименование фирмы (ФИО) получателя, контактное лицо, телефон _____</p>						
	Кассир	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Назначение платежа</th> <th>Сумма</th> <th>Итого к уплате</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2019 год, №1-12</td> <td>1110-00</td> <td>1110-00</td> </tr> </tbody> </table> <p>Плательщик (подпись) _____ Дата _____</p> <p style="text-align: center;"><b>Подписной индекс - 31039</b></p>	Назначение платежа	Сумма	Итого к уплате	Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2019 год, №1-12	1110-00
Назначение платежа	Сумма	Итого к уплате					
Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2019 год, №1-12	1110-00	1110-00					



**Здоровья - каждой алтайской семье!**

## ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№7 (187) июль 2018 г.

Выпуск издания (рубрика "Энциклопедия мужского здоровья") осуществляется при финансовой поддержке **Федерального агентства по печати и массовым коммуникациям.**

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 25.07.2018 г., фактически - 14:00 25.07.2018 г. Дата выхода: 31.07.2018 г.

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

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

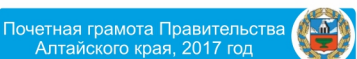
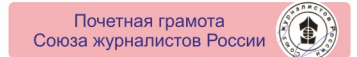
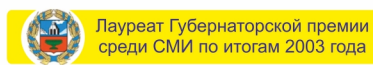
**Компьютерный дизайн и верстка** - Ольга Жабина, Оксана Ибель.

**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 - 4100 экз. Цена свободная.

**Подписной индекс - 31039**





*Им доверяют  
сердца!*

