

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

6+

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ



№9 (189) СЕНТЯБРЬ 2018





АГМУ: с уверенностью в будущее!





*АГМУ: с уверенностью
в будущее!*



*Самая сложная
категория пациентов
- новорожденные
дети*



*Забота о мужском
здоровье - много-
гранная проблема,
решаемая только
всем обществом*



*Нарушения
менструальной
функции у девочек-
подростков*

На обложке: Ольга Николаевна ДАНИЛОВА, заведующая приемным отделением КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер», врач-кардиолог высшей квалификационной категории

Фото: Лариса Юрченко.

СЕРДЦЕ ПОД КОНТРОЛЕМ

О.Н. Данилова.

У каждого должна быть культура заботы о своем здоровье 2-5

И.П. Салдан.

АГМУ: с уверенностью в будущее! 6-11

ЖИЗНЬ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

И.А. Вейцман. Когда нужно принимать препараты? 12

Лабораторный потенциал Диагностического центра

Алтайского края, или

О чем может рассказать капля крови 13-14

С 70-летним юбилеем Алтайской психиатрической службы

М.Г. Вдовина. Берегите себя!..... 15

С.А. Беляев. Самая сложная категория пациентов -

новорожденные дети 16-18

Своевременная вакцинация поможет не заболеть 19-20

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

Л.Я. Мельчакова. Физиопрофилактика заболеваний

органов дыхания у детей 21-22

Е.В. Баева. Убереечь себя от мастита 23-24

ЭНЦИКЛОПЕДИЯ МУЖСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Забота о мужском здоровье - многогранная проблема,
решаемая только всем обществом 25-31

Таблетка от климата 32-33

А.Н. Бессонова.

Грудное вскармливание - подлинная ценность 34-35

Алтайская краевая клиническая детская больница

О.В. Булганина. Нарушения менструальной функции

у девочек-подростков 36-37

Показания для направления

в структурные подразделения КГБУЗ «Алтайская краевая
клиническая детская больница» 38-39

СПОРТ ВО ИМЯ ЖИЗНИ

Е.В. Мельниченко.

Чтобы урок физкультуры не навредил 40-42

Как правильно выбрать обувь для осенней слякоти? 42-43

Новости здравоохранения России 44



У каждого должна быть культура заботы о своем здоровье

Работу Ольги Николаевны ДАНИЛОВОЙ, заведующей приемным отделением КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер», врача-кардиолога высшей квалификационной категории, можно сравнить с постоянным присутствием на передовой - в зоне противостояния: с одной стороны, - болезнь, с другой - врач и пациент.

- Ольга Николаевна, в чем особенность работы приемного отделения краевого кардиологического диспансера?

- Приемное отделение есть в любой больнице, но мы принимаем пациентов семь дней в неделю и 24 часа в сутки. Поток экстренных больных с острой коронарной патологией (инфаркт миокарда и нестабильная стенокардия) формируется из доставляемых скорой медицинской помощью жителей Барнаула и тех, кого направили медицинские организации края. Следующая составляющая потока - больные, обратившиеся за помощью самостоятельно. У них необходимо исключить кардиальную патологию, в том числе жизнеугрожающую, что требует от врачей приемного покоя высокого профессионализма, умения быстро решать поставленные задачи.

Согласно регламентирующим приказам госпитализации в АККД подлежат пациенты с определенными кардиологическими диагнозами. Поэтому непрофильные пациенты, доставленные скорой медицинской помощью, переводятся в другие медицинские учреждения Барнаула.

- Поясните этот механизм.

- Передача пациентов происходит уже на уровне нашего приемного отделения. Если пациент нуждается в экстренной госпитализации, но подлежит направлению в кардиологическое отделение краевой клинической больницы скорой медицинской помощи, терапевтическое отделение стационара другой медицинской организации города или в краевой сосудистый центр (это касается пациентов с

нарушением мозгового кровообращения, тромбоэмболией лёгочной артерии), - созваниваемся с данными учреждениями Барнаула и уже адресно к ним переводим пациентов. Медицинская помощь оказывается также и тем пациентам, которые не нуждаются в госпитализации.

- Особенность профиля краевого кардиодиспансера и в том, что действительно в большинстве случаев медицинская помощь должна быть оказана оперативно. Благодаря чему удается избежать очереди в приемном отделении?

- Бывают ситуации, когда временно принимаем до трех бригад скорой медицинской помощи. В это же время могут доставить пациента из районной больницы... В дневные часы в отделении работают два дежурных врача-кардиолога. При необходимости я также подключаюсь к приему пациентов. Первый шаг - сортируем потоки поступивших. Пациенты в тяжелом состоянии (с кардиогенным шоком, отёком лёгких, с нарушением проводимости сердечной мышцы) госпитализируются в первую очередь, они сразу получают интенсивную терапию.

Оформление истории болезни в электронном варианте также проходит быстро, эту работу проводят две медицинские сестры, третья - выполняет процедурные назначения. Кроме этого, в дневное время работают две санитарки или младшие медсестры. Благодаря такой налаженной организации приема пациентов не бывает задержки в госпитализации



тех, кто нуждается в экстренной помощи.

Как правило, госпитализация больных с острыми коронарными событиями осуществляется в реанимационное отделение либо в отделение острого инфаркта миокарда. За последние три года произошло увеличение реанимационных коек коронарного блока кардиодиспансера, и мы можем принять любой поток больных с не-отложными кардиологическими состояниями.

Если пациент не нуждается в экстренной госпитализации, дежурный врач приемного отделения обязательно проводит его обследование и дает рекомендации, расписывает необходимую на данном этапе лекарственную терапию.

- Кто чаще всего обращается в отделение самостоятельно?

- Это люди, почувствовавшие изменение состояния организма, недомогание. Обязательно все обратившиеся осматриваются дежурным врачом, и также решается вопрос о необходимости госпитализации при подтверждении у больного кардиальной патологии.

- Расскажите об оснащении вашего отделения.



Сердце под контролем

- Мы располагаем отдельными помещениями ожидания для плановых пациентов, для оформления документов, истории болезни и для осмотра, непосредственного общения врача и пациента. Но самое главное, что **отделение располагает всеми необходимыми медикаментозными препаратами для оказания экстренной помощи и соответствующим оснащением.** Имеется вся необходимая аппаратура: дефибрилляторы, аппарат для искусственной вентиляции лёгких, электрокардиографы. Наша лаборатория может проводить в экстренном порядке все необходимые анализы, позволяющие уточнить или подтвердить диагноз острого коронарного события. По показаниям мы можем провести реанимационные мероприятия - дефибрилляцию, непрямой массаж сердца, искусственную вентиляцию лёгких.

- **Краевой кардиодиспансер как ведущее учреждение края оказывает методическую помощь коллегам в вопросах ведения пациентов кардиологического профиля.**

- Действительно, в Алтайском крае в 2007 году все районные и городские больницы были оснащены аппаратами «ТелеАльтон», позволяющими передавать из любой медицинской организации края в наш кардиодиспансер элект-рокардиограммы для расшифровки либо для консультации нашим врачом-кардиологом. В то время на приеме электрокардиограмм работала только медсестра, и по мере необходимости проводились консультации врачами отделения неотложной кардиологии. В 2012 году на базе КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер» был открыт **кардиологический диагностическо-консультативный пункт (КДКП).** Теперь консультации оперативно осуществляются дежурными врачами-кардиологами. Пункт работает круглосуточно. Для проверки эффективности работы КДКП мы сравнили результаты 2011 и 2012 годов и увидели, что уже в первый год его работы в несколько раз увеличилось количество проведенных консультаций и переданных электрокардиограмм. Результатом стало и выросшее число переведенных пациентов из ЦРБ в кардиодиспансер для оказания специализированной кардиологической, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи. В основном это - пациенты с острым коронарным синдромом, то есть нестабильной стенокардией и острым инфарктом миокарда. Таким образом, доступность оказания высокотехнологичной ме-



дицинской помощи выросла в несколько раз. Согласно действующим нормативам об оказании высокотехнологичной помощи, пациенты с острым коронарным синдромом консультируются в первые сутки поступления в стационары других медицинских организаций края. Далее, совместно с врачом КДКП, уточняется диагноз, определяется дальнейшая тактика ведения больного. Не секрет, что наилучший эффект дает проведение реваскуляризации (восстановление кровотока по коронарным сосудам) миокарда в первые сутки развития инфаркта миокарда. По нашим данным, сейчас мы переводим в кардиодиспансер порядка 70% пациентов с инфарктом миокарда в первые сутки после наступления острого состояния и поступления больного с острым инфарктом миокарда в стационары других медицинских организаций края. На месте, в районах, проводится тромболитическая терапия, что является медикаментозным восстановлением кровотока по коронарным сосудам. Далее больной переводится в кардиодиспансер, где поступившему к нам пациенту выполняется по показаниям коронароангиография, если возможно - рентгенэндоваскулярная реваскуляризация миокарда. Проводится баллонная ангиопластика или установка стентов в коронарный сосуд, что является видом высокотехнологичной медицинской помощи. Соответственно, если в 2007 году из медицинских организаций края переводились около 160 больных в год, то в 2012 году - уже более 1200 человек, что указывает на увеличение доступности высокотехнологичной медицинской помощи жителям села.

В 2012 году на базе КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер» открыт кардиологический диагностическо-консультативный пункт (КДКП), работающий в круглосуточном режиме. Теперь консультации оперативно осуществляются дежурными врачами-кардиологами.



Модернизация - жителям края

Сегодня мы можем с гордостью констатировать, что в Алтайском крае действует такая система оказания помощи больным при острых коронарных событиях, при которых можно говорить о равнодоступной кардиологической высокотехнологичной медицинской помощи жителям города и села.

Если транспортировка пациента невозможна, есть противопоказания к проведению коронароангиографии, в этом случае лечение пациента осуществляется при постоянном контроле врачей-кардиологов КДКП. Пациенты с острым инфарктом миокарда часто имеют осложнения, которые препятствуют их переводу в кардиодиспансер. Поэтому оказывается консультативная помощь по тактике консервативной (медикаментозной) терапии, в дальнейшем проводится мониторинг состояния этих пациентов. Осуществляется двухсторонняя связь: мы звоним в ЦРБ, отслеживаем состояние пациента, коллеги из ЦРБ могут также получить всю необходимую информацию.

Если пациент по каким-то причинам не был госпитализирован в первые-вторые сутки в кардиодиспансер, то по стабилизации состояния мы переводим его на реабилитацию в специальное отделение диспансера, где осуществляется стационарный этап реабилитации больных после острого коронарного события или реконструктивных операций на сердце (аортокоронарного

шунтирования или протезирования сердечного клапана).

Реабилитационный процесс завершается направлением в санаторий «Барнаульский». Так осуществляется преемственность оказания медицинской помощи на разных ее этапах.

Далее - мы осуществляем учебу врачей медицинских организаций края. Нехватка и текучесть кадров, отсутствие в некоторых районах постоянных врачей в стационаре повышает значимость такой работы. Мы знакомим коллег с рекомендуемой терапией по принятым международным стандартам ведения больных с разнообразной кардиальной патологией, отработанными в нашем учреждении технологиями оказания кардиологической помощи пациентам, подробно информируем о порядке обследования при конкретной нозологии, вариантах и нюансах лечения.

- В вашей круглосуточной работе можно выделить самые напряженные в работе отделения месяцы года, время суток?

- Лет 5-7 назад летний период был затишьем по обращениям с острым коронарным синдромом, госпитализаций пациентов становилось меньше. В последнее время никакой динамики по экстренной госпитализации не прослеживается: то есть нет зависимости от времени года или времени суток. Это можно считать следствием того, что инфаркт миокарда и стенокардия существенно помоло-

дели - сейчас прием пациентов с инфарктом миокарда в возрасте от 30 до 40 лет уже не кажется казуистикой. Были пациенты с инфарктом на фоне атеросклероза и в 30 лет, и в 32 года: им проводилось эндоваскулярное вмешательство с реваскуляризацией миокарда.

Надо понимать, что инфаркт миокарда может быть не только проявлением атеросклероза, но и следствием других заболеваний. Много поступает в отделение молодых женщин. Если раньше гормональная защита женского организма была очевидной, сейчас такой корреляции нет. Поэтому хочется предостеречь молодых: **если ваш возраст 30-35-40 лет, при возникновении боли в грудной клетке надо, не откладывая, обращаться за медицинской помощью:** консультативной, при необходимости - лечебной. Инфаркт миокарда происходит всё чаще именно у молодых людей - причем, как у мужчин, так и у женщин.

- Невозможно представить, сколько требуется сил для оказания экстренной помощи кардиологическим больным ежедневно!

- Когда в 2012 году приняли решение открыть в нашем учреждении приемное отделение с КДКП, меня пригласили занять должность заведующей отделением. А вообще я работаю врачом-кардиологом с 1994 года, сначала в поликлинике, после - в отделении острого инфаркта миокарда, получила опыт работы с неотложными, экстренными пациентами. Здесь нужны знания, владение практическими навыками, умение не паниковать, делать всё быстро, по алгоритмам, в критической ситуации включать голову, а не эмоции. И очень важно любить пациентов! Конечно, профессиональное выгорание, усталость никто не отменял. Но когда нравится работа, с этим можно справиться. Главное - любить свою профессию и людей.

- Расскажите о коллективе отделения.

- Он сложился - многие работают десятки лет. Коллектив очень дружный. Со дня основания отделения трудится старшая медицинская сестра **Татьяна Васильевна КАСПЕР**. Более двадцати лет работают медицинские сестры высшей квалифика-



Сердце под контролем

ционной категории **Татьяна Николаевна ЗАБЕЛИНА**, **Галина Владимировна РЕДКО**.

Дежурные врачи направляются в основном из отделения острого инфаркта миокарда. Порядок такой: доктор кардиологического отделения для лечения больных острым инфарктом миокарда 2-3 месяца работают в приемном отделении, затем 2-3 месяца - в стационаре. Такая практика способствует повышению квалификации врачей, получению опыта быстрого принятия тактических решений оказания кардиологической помощи поступающим в приемный покой больным.

При остром коронарном синдроме согласно маршрутизации пациенты из ЦРБ и городов края поступают в краевую клиническую больницу и краевой кардиологический диспансер, но мы всегда готовы принять пациентов независимо от территориальной принадлежности и в тех случаях, если отделение краевой больницы переполнено. При необходимости мы можем переводить в кардиодиспансер пациентов из любой зоны.

- Можно дать советы родственникам пациентов? Они, как правило, сопровождают их в скорой помощи...

Родственникам надо понять и принять, что они сопровождают в приемное отделение кардиодиспансера или другого лечебного учреждения своих близких для оказания экстренной помощи.

И если начинаются перепалки с докторами, произносятся грубые слова, - это всё мешает врачу сконцентрироваться на своей работе, не способствует получению желаемого результата. К счастью, в основном родственники пациентов прислушиваются к нашим замечаниям. И всё-таки хотелось бы большего взаимопонимания между врачом, пациентом, родственниками - то есть всеми участниками экстренной ситуации.

Помните: *смерть победит прощ, если противостоят ей одновременно врач, пациент и близкие ему люди.*

- Какие советы можете дать читателям журнала?

Немало примеров, когда скорая помощь доставляет пациента или он обращается сам на вторые, третьи сут-



Мнение эксперта

Анна Александровна ЕФРЕМУШКИНА, член Редакционного совета журнала, главный внештатный кардиолог Алтайского края, доктор медицинских наук, профессор:

- В Алтайском крае ежегодно развивается около 9 тысяч случаев острого коронарного синдрома. Причем, это - пациенты различных возрастов и пола: молодые и пожилые, женщины и мужчины. В данное понятие «ОКС» входят инфаркт миокарда и нестабильная стенокардия. Это состояние является крайне опасным, так как при отсутствии лечения может привести к смерти или развитию инвалидности пациента. Естественно, что быстрая диагностика, принятие решения об определенной тактике и месте лечения очень важны.

На сегодня лечение должно осуществляться только в кардиологических отделениях или, при возможности быстрой доставки (до 2 часов), в региональных сосудистых центрах: Алтайском краевом кардиодиспансере и краевой клинической больнице. Все эти отделения обладают возможностью ранней диагностики и быстрым восстановлением кровотока в сердце, что способствует выживанию пациента и хорошему качеству жизни в дальнейшем. Но наш край обширен, и до 55% - это жители сельских районов. Поэтому служба «Теле-Альтон» на базе РСЦ и работающие в ней люди - это «бойцы на передовой» при диагностике и лечении данного состояния. Их знания, колоссальный опыт, трудолюбие, отзывчивость помогают всем врачам, работающим в сельских больницах, вовремя распознать данное состояние, назначить нужную терапию и передать пациента в отделения РСЦ с возможностью проведения высокотехнологичной помощи. За 2017 год 75% пациентов с острым коронарным синдромом были пролечены в профильных отделениях, в 28% случаев им были проведены высокотехнологичные вмешательства, что позволило сохранить многие жизни жителей края.

ки после перенесенного инфаркта миокарда, - уже появляются изменения на электрокардио-грамме или диагностируются осложнения. Спрашиваем: «Почему не вызвали скорую помощь, не обратились в ЛПУ своевременно?». Слышим в ответ: «Думал, пройдет». Это наша российская черта, к сожалению.

Сейчас есть служба в скорой помощи, позволяющая проконсультироваться с врачом о своем состоянии. Пациент звонит также по номеру «03», рассказывает о симптомах, и врач может посоветовать вызывать скорую помощь или принять конкретные лекарственные препараты.

Какие симптомы стенокардии, инфаркта миокарда должны насторожить каждого человека? **Если без очевидных причин внезапно почувствовали жжение, давящую боль в грудной клетке**, чаще всего - посредине, за грудиной, **возникло чувство нехватки воздуха, потливость, слабость**, - надо срочно вызвать скорую помощь и не ждать, что пройдет само собой! Такое ожидание может закончиться фатально! **Впервые возникшие нарушения ритма, уча-**

щенное сердцебиение или перебои, которые сопровождаются резкой слабостью, также должны стать причиной вызова скорой помощи.

Даже если у вас прекрасное самочувствие, проходить диспансеризацию надо регулярно. Прос-тые процедуры: запись электрокардиограммы, сдача крови на сахар - позволяют выявить нарушения, о которых человек даже не подозревает. Не откладывайте посещение участкового терапевта, если вы почувствовали беспричинные изменения в своем состоянии.

Несколько слов и об артериальной гипертензии. Многие пациенты не знают своих цифр артериального давления. Даже если и знают, приверженности к необходимой медикаментозной терапии нет. Но именно *повышенное артериальное давление - один из факторов риска развития инфаркта миокарда, нестабильной стенокардии, инсульта, заболеваний почек и т.д.* К сожалению, в современном обществе нет культуры лечения, заботы о своем здоровье, - и это оборачивается печальными последствиями. ☹



АГМУ: с уверенностью в будущее!

В сентябре 2018 года стало известно, что АГМУ в числе 17 медицинских вузов страны вошел в ТОП-100 международного рейтинга ARES-2018, несколькими месяцами ранее он был включен в 100 лучших вузов страны первого рейтинга Forbes.

Также по доле публикаций в системах Web of Science и Scopus Алтайский медицинский университет является безусловным лидером среди вузов Алтайского края: доля АГМУ составляет 10,5%, на втором месте по этому показателю находится АлтГУ (5%), на третьем - АлтГПУ (2,8%). По индексу Хирша АГМУ с показателем 70 единиц занимает третье место среди медицинских вузов Сибири и входит в десятку медицинских университетов страны.

Наш собеседник - ректор Алтайского государственного медицинского университета Игорь Петрович САЛДАН.

- В Алтайском крае сохраняется потребность в кадрах специалистов с высшим медицинским обра-

зованием. Руководство АГМУ какую видит свою роль в решении проблемы дефицита кадров?

- Медицинским университетам отводится ведущая роль в решении кадрового вопроса в системе здравоохранения. Соответствующие задачи в сентябре этого года Министерство здравоохранения России на заседании Совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов поставило перед всеми медицинскими вузами страны. В числе этих задач - формирование заявок на получение бюджетного финансирования обучения ординаторов с учетом анализа кадровой ситуации в учреждениях здравоохранения региона. Сегодня в Алтайском медицинском



И.П. Салдан

университете завершается подготовка плана работы по устранению дефицита специалистов с высшим медицинским образованием в соответствии с потребностями медицинских организаций края.

Решению кадрового вопроса способствует заключение договоров на целевое обучение студентов, гарантирующее выпускнику трудоустройство в учреждении, с которым такой договор подписан. **На протяжении последних трех лет мы сохраняем процент целевых мест для выпускников школ и медицинских колледжей Алтайского края - более 70% в общем числе бюджетных мест.** Благодаря тесному взаимодействию с министерством здравоохранения Алтайского края в этом году в АГМУ поступили студенты-целевики, показавшие достойный уровень подготовки по итогам ЕГЭ.

- В организации лечебно-диагностического процесса важно взаимодействие



врача и медицинского работника со средним медицинским образованием. Организовано ли взаимодействие АГМУ и медицинских колледжей на этапе первичной подготовки специалистов? Есть ли потребность в более тесном взаимодействии?

- Перед медицинскими вузами на федеральном уровне поставлена задача по увеличению приема выпускников медицинских колледжей - практически готовых врачей. И наш университет с этой задачей успешно справляется. Если в 2016 году в АГМУ поступили 162 выпускника колледжей, то в 2018 - уже 205. Из них 64% (131 человек) - из Алтайского края.

Для выпускников медицинских колледжей, обучающихся в нашем вузе, сохраняется возможность работать на должностях среднего медицинского персонала в лечебно-профилактических учреждениях Барнаула. Для таких студентов, совмещающих работу и обучение, в этом учебном году мы сформировали две группы (на стоматологическом и лечебном факультетах) с гибким графиком обучения. Также выпускникам колледжей предоставляется возможность пересчета результатов предшествующего обучения.

Как налажен процесс непрерывного образования врачей? Какие появились инновации в подготовке специалистов?

- Подготовка врача начинается с работы со школьниками с первых классов, продолжается во время обучения студента и ординатора в вузе и длится на протяжении всей жизни врача в рамках непрерывного медицинского образования.

В 2016 году университет активно включился в образовательный проект, связанный с переходом на новую систему дополнительного профессионального образования врачей - **непрерывное медицинское и фарма-**

АГМУ в цифрах

Около 500 человек входят в профессорско-преподавательский состав вуза (на 10.09.2018 - 479 человек).

49 лет - средний возраст основного профессорско-преподавательского состава.

4000м² - площадь симуляционного центра вуза.

2 филиала симуляционного центра в практическом здравоохранении.

1 филиал симуляционного центра в вузе.

38 клинических и теоретических кафедр.

3 собственных вузовских клиники.

6 факультетов: лечебный, педиатрический, фармацевтический, стоматологический, медико-профилактический, факультет иностранных студентов.

5200 студентов обучаются в вузе на очной и заочной форме обучения.

976 студентов из ближнего и дальнего зарубежья.

19 стран мира представлены обучающимися в вузе студентами.

288 групп студентов очной формы обучения сформированы на 2018-2019 учебный год.

227% составляет средняя заработная плата профессорско-преподавательского состава вуза к уровню средней заработной платы в Алтайском крае.

цветическое образование. Традиционная система подразумевала повышение квалификации медиков один раз в 5 лет. *Сегодня специалист в рамках системы непрерывного медицинского образования формирует индивидуальный пятилетний цикл обучения, набирая по 50 часов в год: 36 часов - на циклах повышения квалификации и 14 часов - на образовательных мероприятиях.* В конце каждого пятилетнего цикла медицинский работник будет проходить периодическую аккредитацию, включающую в себя централизованное тестирование на уровне Минздрава России, предоставлять отчет о профессиональной деятельности и подтверждать свою квалификацию - насколько она соответствует федеральному государственному образовательному стандарту и профессиональному стандарту.

Процессу обучения через всю жизнь способствуют новые формы построения образовательного процесса - это *включение дистанционных образовательных технологий.* Специалист может повышать свой профессиональный уровень, не поки-

дая своего рабочего места. Часть занятий проводится в режиме онлайн. Активно расширяется процесс применения симуляторов в дополнительном профессиональном образовании. Обязательным для врача является отработка на симуляционном оборудовании навыков сердечно-лёгочной реанимации, а также мануальных методик в зависимости от выбранной специальности. В рамках программ ДПО проводятся занятия для врачей в симуляционном центре вуза.

Для приближения к клиническим учреждениям специалистами вуза с 2018 года начаты выездные циклы в районы края с использованием симуляционного оборудования.

· Приемная кампания в АГМУ 2018 года: итоги, ожидания, реальность.

- В Алтайский медицинский университет поступают лучшие абитуриенты: **в этом году первокурсниками нашего вуза стали 227 отличников**, в том числе 180 школьников-медалистов и 47 выпускников колледжей с красными дипломами. **504 человека** зачислены в



▲ АГМУ с различными индивидуальными достижениями - это наибольшее число среди всех вузов Алтайского края.

Лучший результат среди вузов края по среднему баллу ЕГЭ также показал наш университет - 80,0. Для сравнения: в АлтГУ средний балл ЕГЭ - 73, в АГИК - 72,7, в АлтГПУ - 64,3, АлтГТУ - 63,8. Эти цифры на заседании Совета ректоров вузов Алтая 19 сентября озвучил врио министра образования и науки Алтайского края А.А. Жидких. Также наш вуз является безусловным лидером в крае по количеству студентов, поступивших по договору о целевом обучении: в АГМУ таких обучающихся - **268**. К примеру, в АлтГПУ по целевым договорам принято 153 человека.

Всего по итогам приемной кампании в АГМУ на специалитет зачислено **996 человек**. Это - более 800 российских студентов, в том числе 600 выпускников школ и колледжей Алтайского края. Также в вуз поступили студенты из **24 регионов страны и 180 граждан стран ближнего зарубежья** - Казахстана, Таджикистана, Узбекистана, Азербайджана и Туркмении. На первый курс факультета иностранных студентов планируется принять **около 200 человек**.

- Какие меры социальной поддержки получают студенты в вузе?

- Студентам, имеющим право на получение государственной социальной помощи, а также сиротам и инвалидам, выплачивается **государственная социальная стипендия**. В этом году руководством вуза принято решение, поддержанное ученым советом, о выплате **ежемесячной стипендии в размере 10 тысяч рублей студентам первого курса, набравшим при поступлении 240 баллов ЕГЭ и выше**. Это 68 человек. Наиболее талантливые студенты получают **повышенные стипендии в размере до 10400 рублей за достижения в разных областях деятельности**, включая учебу, науку, спорт, творчество, общественную деятельность.

В этом году впервые за всю историю вуза для наших студентов учреждены **стипендии Губернатора Алтайского края имени выдающихся профессоров**, прославивших алтайскую медицину: В.Н. Крюкова, И.И. Неймарка и З.С. Баркагана. Это память о наших учителях и большая честь для наших обучающихся.

С 2015 года в АГМУ работает **благотворительный фонд «Помоги студенту»** - единственный среди медицинских вузов

России. За три года материальную помощь из средств фонда получили более 300 студентов, попавших в сложную жизненную ситуацию. Благотворительный фонд вуза формируется в том числе за счет пожертвованных выпускников, которые сейчас возглавляют компании и краевые организации. Не остаются в стороне от благого дела и сотрудники АГМУ: члены ректората, коллективы ряда кафедр, управлений, а также сами студенты.

Под особой опекой фонда находятся **студенческие семьи**: на заседаниях ученого совета университета их поздравляют с регистрацией брака с торжественным вручением денежных сертификатов на 10 тысяч рублей. В этом году у нас образовалось 7 таких пар. Каждая студенческая семья, где родился ребенок, получает материальную помощь из средств фонда в размере двух стипендий. Показательно, что за этот период в студенческих семьях родилось **200 детей** (115 мальчиков и 85 девочек), из них только в 2018 году - **68 детей** (38 мальчиков и 30 девочек).

Помимо материальной помощи **студенты и их близкие родственники, страдающие тяжелыми заболеваниями, получают высококвалифицированную консультативную и лечебную помощь** от ведущих врачей лечебно-профилактических учреждений.

Мы не разделяем по учебе на платных и бесплатных студентов - те, кто учится на хорошо и отлично, имеют льготы.

Социальную поддержку получают и студенты коммерческой формы обучения. Вуз предоставляет им рассрочку оплаты обучения. Студенты, обучающиеся платно и имеющие достижения в научно-исследовательской, общественной, культурно-творческой и спортивной деятельности, могут претендовать на получение **ректорской стипендии, которая составляет до 5500 рублей**.



- Существует ли в медицинском университете грантовая поддержка студентов?

- В нашем вузе с 2015 года проводится **ежегодный конкурс на соискание гранта ректора АГМУ**, который позволяет молодым ученым реализовать свои исследовательские проекты в приоритетных для России и Алтайского края направлениях развития медицинской науки. В конкурсе могут принимать участие коллективы в составе до 10 человек и индивидуальные участники - студенты старших курсов, ординаторы, аспиранты. Всего за время реализации проекта победителями гранта ректора стали 16 молодых ученых АГМУ. Общий фонд финансирования превысил 1 миллион рублей.

- Как обучение в вузе способствует студентам не разочароваться в выбранной профессии?

- У нас в вузе открыт прекрасный, оснащенный высокотехнологичным и современным оборудованием симуляционный центр площадью 4000 кв.м. Здесь студентов обучают преподаватели высокого уровня, профессора.

Медицинское образование в нашем вузе нацелено на подготовку специалистов, готовых к работе в первичном звене здравоохранения после окончания специалитета. Уже с 1 курса у студентов начинаются занятия в симуляционном центре вуза, где они получают возможность освоить практические навыки врача на манекенах.

В вузе постоянно ведется **внутренняя профориентационная работа с обучающимися**. Студенты занимаются в научных кружках, в школах наставничества и мастерства по востребованным в нашем регионе специальностям: хирургии, анестезиологии и реаниматологии, урологии и андрологии, акушерству и гинекологии, психиатрии, неврологии под руко-



водством именитых профессоров, сочетающих преподавание в вузе и работу в практическом здравоохранении.

Вуз постоянно усиливает сотрудничество с практическим здравоохранением региона - клинические базы кафедр АГМУ расположены в ведущих клиниках Барнаула, а базы для прохождения учебной практики находятся в каждом районе Алтайского края - всего у университета более 150 баз. Дополнительной подготовкой самых талантливых и инициативных студентов занимаются профессора университета. Благодаря им на всероссийских профильных олимпиадах наши сборные студенческие команды регулярно занимают призовые места. И за этими победами стоит командная работа учителей и учеников, их совместный труд на благо родного вуза.

- Развитию инклюзивного образования уделяется особое внимание со стороны государства. Как организовано обучение студентов с ограниченными возможностями в АГМУ, какие условия создаются для них в вузе?

- В нашем вузе созданы комфортные условия для всех категорий студентов. **Улучшается**

инфраструктурная доступность для инвалидов: уложена тактильная плитка, установлены звуковые и визуальные ориентиры (пиктограммы, тактильные входные таблички со шрифтом Брайля и др.). В главном учебном корпусе оборудован новый входной узел, соответствующий требованиям доступной среды. Созданы необходимые условия и в вузовском общежитии.

Для образовательного процесса в этом году **приобретены специальные технические средства обучения**. Это - программно-аппаратные комплексы стационарного рабочего места для пользователей с нарушением слуха, а также для незрячих или слабовидящих пользователей.

- Расскажите о работе вуза с будущими абитуриентами, как об одном из направлений решения кадрового дефицита практического здравоохранения края.

- У большинства наших студентов желание стать врачом появляется еще со школьной скамьи. Поэтому профориентационную работу АГМУ проводит со школьниками, начиная с первого класса.

Ученики младших классов посещают «школу «Доктор Айболит», «школу правильного питания», «летнюю



«медицинскую школу». Для учащихся среднего и старшего звена продолжают работать проекты «Своя школа», «Малая медицинская академия», клубы «Будущий медик», «Врачи XXI века», профориентационные школы «Юный фармацевт» и «Юный эпидемиолог, гигиенист».

Продолжают работу профильные химико-биологические медицинские классы в школах, гимназиях и лицеях Барнаула, выпускники которых ориентированы на поступление в наш вуз. Для школьников регулярно проводятся экскурсии на кафедры, в симуляционный центр вуза, музей истории АГМУ и медицины Алтая, организуются встречи с ведущими преподавателями вуза и профессорами.

- Чем уникален преподавательский состав АГМУ?

- Никакие современные технологии не заменят студенту живое общение с профессионалами, учителями, людьми, которые посвятили свою жизнь медицине. Именно к ним обращаются пациенты за точным диагнозом при скрытых симптомах заболевания, за правильной стратегией лечения, - всё это никакой компьютер не сможет сделать. Именно учителя передают студентам любовь к профессии, подают пример служения

обществу. И в нашем вузе таких людей много. Главный залог качественного образования наших обучающихся - это **блестящий профессорско-преподавательский состав вуза**. У нас работают два член-корреспондента Российской академии наук: хирург **Я.Н. Шойхет** и физиолог **В.И. Киселев**. Наши студенты учат известные в крае и за его пределами профессора, ученые и врачи **А.И. Неймарк, Н.И. Фадеева, А.Ф. Лазарев, Ю.В. Тен, С.И. Токмакова, В.А. Кожевников, В.М. Брюханов, В.В. Федоров, Г.И. Выходцева, В.А. Гурьева, О.В. Ремнева, М.И. Неймарк, Ю.Ф. Лобанов** и другие профессора и доценты, внесшие огромный вклад в развитие алтайского здравоохранения и образования.

Каждый год профессорско-преподавательский состав пополняется молодыми кадрами: это - аспиранты, выпускники из числа ординаторов, аспирантов, те, кто в дальнейшем войдет в состав университета. Мы готовим кадровый резерв вуза, начиная с первого курса: лучшие студенты продолжают обучение в ординатуре и аспирантуре, и остаются в нашем университете преподавать. Вот уже третий год мы **ежегодно открываем по 20-30 рабочих мест для препода-**

вателей и принимаем специалистов из практического здравоохранения и преподавателей других вузов.

В Алтайском медицинском университете работают и учатся достойные представители врачебных династий Алтайского края, настоящие профессионалы, в семьях которых по наследству передаются уникальные знания, любовь к медицине, многолетний опыт работы. Их фамилии известны не только в нашем крае, но и далеко за его пределами. В 2015 году мы отмечали 100-летие со дня рождения выдающегося хирурга и преподавателя **Израиля Исаевича Неймарка**, который был первым врачом в семье и стал основоположником уникальной медицинской династии. И таких примеров очень много. Профессия врача - это призвание, предопределенное свыше.

- Какие новые возможности появляются в АГМУ, связанные с материально-техническим обеспечением, оснащённостью, методиками преподавания?

- Мы обучаем студентов и ординаторов, руководствуясь главным принципом: сочетать заложенные нашими учителями традиции медицинского образования и современные, передовые технологии. Именно поэтому в нашем вузе работает симуляционный центр, где обучающиеся получают и отрабатывают практические навыки на высокотехнологичных тренажерах и манекенах. Мы не просто оборудовали **симуляционный центр в учебном корпусе вуза**, но пошли гораздо дальше, открыв два **профильных филиала в клиниках города**, где студенты получают навыки **по хирургии, гинекологии и неонатологии. В планах - открытие филиалов симуляционного центра по травматологии, педиатрии и физиатрии.**

В этом году в вузе улучшатся условия практической подготовки участковых стоматоло-



гов: для кафедр терапевтической стоматологии и стоматологии детского возраста выделены дополнительные площади в главном корпусе, закуплено новое современное высокотехнологичное оборудование и стоматологические установки. Студенты и ординаторы будут улучшать здесь практические навыки как в симуляционном центре по стоматологии, а жители Алтайского края смогут получать квалифицированную медицинскую помощь в рамках ОМС.

Что касается теоретической подготовки будущих врачей, в учебном плане с 1 сентября впервые **появились новые для студентов предметы:** культура общения с пациентами, конфликтология и психология медицинской деятельности. Кроме того, организованы занятия по истории медицины в музее истории АГМУ и медицины Алтайя, который размещен в основном учебном корпусе на площади 1000 кв. м.

Развиваются и дистанционные образовательные технологии, электронное образование. Сегодня все преподаватели нашего университета имеют возможность записать видеолекции и разместить их на образовательном портале вуза Moodle.

Что дают подписанные соглашения о стратегическом партнерстве с ведущими вузами края?

При поддержке министерства образования и науки Алтайского края в 2017-2018 учебном году АГМУ заключил договоры с техническим, финансовым и педагогическим университетами. И первые результаты уже есть: 18 сентября в АлтГТУ начались занятия для медицинских работников в рамках образовательного курса «Современные информационные технологии в здравоохранении».

Планируется обучение будущих врачей и другим смежным специальностям, будем совместно развивать науку, использо-



вать возможности симуляционного центра для обучения преподавателей вузов-партнеров навыкам оказания первичной доврачебной помощи и многое другое. Планируем заключить сетевое соглашение с нашим опорным университетом по совместной подготовке врачей нового уровня, обладающих знаниями в области медицинской физики и кибернетики, проводить совместные научно-образовательные конференции, исследования. С техническим университетом планируем создать медицинский IT-парк, ученые вуза изготавливают расходные материалы для оборудования нашего симуляционного центра - имитаторы кожи и зубов.

В рамках договора, заключенного с педагогическим университетом, студентов и преподавателей медицинского вуза будут обучать культуре речи, а студенты АлтГПУ будут проходить языковую практику, общаясь с иностранными студентами АГМУ, носителями английского языка.

Договор, заключенный с филиалом финансового вуза, предполагает создание совместных магистерских программ по подготовке управленческих кадров для здравоохранения региона и

обучению студентов АГМУ финансовой грамотности.

- В 2019 году Алтайскому государственному медицинскому университету исполняется 65 лет. Как вуз готовится отметить это событие?

- Весь следующий год пройдет под знаком 65-летия Алтайского медицинского университета, этому событию будут посвящены все важные мероприятия и достижения нашего коллектива преподавателей и студентов.

Сейчас завершается формирование плана мероприятий, приуроченных к юбилею вуза, в который войдет проведение научных и научно-практических конференций, конкурсов среди преподавателей и студентов, выставок, праздников. Главное - это люди, это история в лицах, это память. Мы будем чествовать наших ветеранов, учителей. Готовятся к выпуску новые издания о вузе, рассказывающие об истории и новых этапах развития, достижениях, наших профессорах, выпускниках, студенческих отрядах и так далее.

К 65-летию АГМУ готовятся и наши студенты. Запланирован юбилейный концерт наших российских и иностранных обучающихся, спортивные праздники, КВН и другое. ☺





Когда нужно принимать препараты?



Инна Александровна ВЕЙЦМАН,

член Редакционного совета журнала, врач-эндокринолог, высшая квалификационная категория, кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной терапии и эндокринологии, Алтайский государственный медицинский университет

Когда надо принимать таблетированные сахароснижающие препараты и измерять уровень глюкозы в крови больным сахарным диабетом?

Таблетированные сахароснижающие препараты имеют разные точки приложения, поэтому принимаются по-разному: до, после или во время еды.

Есть таблетированные препараты, стимулирующие бета-клетку. Самые распространенные из этой группы - *Диабетон, Манинил, Амарил*. **Они принимаются за 15-20 минут до еды и привязаны к приему пищи.** Это означает, что нельзя выпить таблетку, пойти на работу и заниматься делами до обеда, пропустив необходимый завтрак. В данной ситуации уровень глюкозы в крови может снизиться до критических показателей - и разовьется гипогликемия.

Есть препараты другой группы, увеличивающие чувствительность клетки к глюкозе, которая уже поступила в наш организм. К этой группе относятся *Метформин* (Глюкофаж, Сиофор). **Они принимаются во время или сразу после еды, могут приниматься и на ночь без последующего приема пищи.**

Если говорить о правилах контроля уровня глюкозы, то нужно за-

помнить следующее - **есть два параметра контроля:**

- *глюкоза крови натощак* (контролю должен предшествовать голод не менее восьми часов, значит, оптимально процедуру измерения проводить утром после просыпания),

- *через два часа после еды* (постпрандиальная глюкоза крови). В течение двух часов после приема пищи происходит кишечное всасывание и только после его завершения измерение покажет - работает принимаемый препарат или нет.

Во время стационарного лечения врач сказал, что больным сахарным диабетом нельзя ставить уколы внутримышечно. Так ли это?

Давайте начнем с правил инъекции инсулина. Этот гормон вводится **подкожно**. Для этого оптимально применять **иглы длиной 4мм**, инъекция выполняется под углом 90 градусов. Ранее (да и сейчас) применялись иглы длиной 6, 8 и даже 12 миллиметров. Но часто при этих инъекциях пациенты вводили инсулин в мышцу. Ничего страшного в этом нет, но **инсулин, поставленный внутримышечно, всасывается быстрее, его фармакинетика не прогнозируема**. Именно поэтому в мышцу инъекции инсулина лучше не ставить.

Инсулин - это лекарство, которое из подкожной клетчатки всасывается определенное время. Под него рассчитывается в том числе и прием пищи. Но, повторю, **введение инсулина в мышцу не противопоказано**. Именно в мышцу ставим тогда, когда необходимо, чтобы инсулин заработал быстрее.

Что касается других препаратов, введение внутримышечно у больных сахарным диабетом можно (по показаниям) с обязательным соблюдением правил гигиены (асептики и антисептики), поэтому самостоятельное введение (особенно в домашних условиях) не рекомендую в связи с риском инфицирования, развития послеинъекционного абсцесса. ☹



Лабораторный потенциал Диагностического центра Алтайского края, или **О чем может рассказать капля крови**

Восемь из десяти решений в медицине принимаются по результатам лабораторных исследований. От их точности зависит эффективность выбранного лечения, его динамика и, в конечном счете, - результат. Но, несмотря на всё это, лабораторные исследования были и остаются для многих пациентов самой незаметной стороной медицины. Задумывались ли вы о том, кто и как проводит исследования полученного биоматериала?

Лабораторные исследования - это фундамент всей диагностики и лечения болезней. Практически ни один диагноз невозможно поставить, не подтвердив его лабораторно. Именно поэтому так важно, чтобы исследования проводились высококвалифицированными специалистами, - ведь достоверность результата анализа напрямую зависит от уровня подготовки врачей, а также от качества используемых в лаборатории тестов, реактивов, аппаратуры. Всё это есть в лабораторном отделе Диагностического центра Алтайского края. Он является крупнейшим в регионе и включает в себя несколько лабораторий, оснащенных современным автоматическим оборудованием ведущих мировых производителей. Весь парк медицинских приборов объединен в единый программно-аппаратный комплекс с помощью лабораторной информационной системы (ЛИС), которая обес-



печивает автоматизацию всех процессов и их контроль с момента регистрации биологических образцов до формирования заключения. Ошибки быть не может.

Уже много лет заказчиками лабораторных анализов в Центре являются не только его пациенты, но и более 120 лечебно-профилактических учреждений города Барнаула и Алтайского края, включая специализированные краевые медицинские организации. Всего же на базе Центра проводится около 500 видов высокоинформативных гематологических, общеклинических, иммунологических, биохимических, микробиологических, молекулярно-генетических, цитологических и гистологических лабораторных исследований.

В лаборатории клинических исследований Диагностического центра края выполняют **широкий спектр самых разнообразных анализов**, среди которых - исследование крови, мочи, кала, мазков, спермы и других биологических жидкостей. Если у человека есть склонность к кровотечениям или тромбозам, в лаборатории смогут установить причину такой патологии системы гемостаза. Здесь же проводят **исследование на антиэритроцитарные антитела и их титр у беременных женщин**. Это тот случай, когда за сложным названием скрывается очень и очень важное лабораторное исследование, уникальное для Алтайского края, - его централизованно проводят только здесь, в Центре. Выполняют анализ для того, чтобы предупредить заболевание и смертность у новорожденных от гемолитической болезни. Гемолитическая болезнь новорожденных и плода - изоиммунная гемолитическая анемия, возникающая при несовместимости крови матери и плода. Кроме того, со-

Трудники лаборатории первыми в регионе внедрили **метод проточной цитофлуометрии для определения иммунофенотипа острых и хронических лейкозов и лимфом**. Благодаря этому исследованию можно обнаружить опухолевые клетки на самой ранней стадии развития острого или хронического лейкоза, оценить состояние иммунитета и определить, насколько эффективно проводимое лечение онкологического заболевания.

А в лаборатории цитоморфологических исследований ежегодно диагностируют более 900 онкологических заболеваний, выявленных впервые. Всего же в год выполняется около 250 тысяч исследований. Отдельно стоит отметить **высокоинформативные исследования - цитовидной железы и пункционно-го материала молочной железы**: в год здесь их проводят 16 и 9 тысяч раз соответственно.

Большая часть врачей лаборатории являются специалистами высокого класса в области цитологии и гистологии. Стратегия развития Диагностического центра Алтайского края позволяет практически полностью переоснастить лабораторию новым суперсовременным оборудованием для раннего выявления онкологической патологии у жителей региона.

Направления работы лаборатории иммунохимических и биохимических исследований очень разнообразны. Здесь проводят **исследования уровня гормона щитовидной железы, диагностику и контроль лечения сахарного диабета, оценку гормонального статуса женской репродуктивной сферы**. Для детского отделения выполняются исследования с целью определения врожденных и приобретенных инфекций, проводится **диагностика аллергологических заболеваний**. Реализуется **уникальная методика «определение магния в крови»**, которая используется при диагностике заболеваний



нервной системы и сосудистых заболеваний. В Алтайском крае исследование проводится не только в Центре, а еще в нескольких лабораториях, но крайне редко. Специалисты Диагностического центра края, в свою очередь, только в прошлом году сделали более 600 исследований магния в крови. Кроме того, в лаборатории немало «интересных» методик - не уникальных, но от этого не менее ценных. Так, например, в Центре делают **анализ РЭА онкомаркер**, он же - раковый эмбриональный антиген - высокоинформативный и сложный анализ, который помогает обнаружить в крови раковые клетки. Трудно переоценить важность проводимого исследования для диагностики онкологических заболеваний.

Серьезный кадровый потенциал, научные наработки, богатый диагностический опыт и технические возможности позволили на базе лаборатории микробиологических исследований Диагностического центра

Алтайского края создать **единую централизованную бактериологическую лабораторию**. Она объединила 4 бактериологических лаборатории города, входивших в состав городских больниц №№ 3 и 4, детской больницы №5, детской поликлиники №9.

В настоящее время специалисты проводят здесь в среднем около 13 тысяч исследований, среди которых - **бактериологическая диагностика кишечных инфекционных заболеваний, воздушно-капельных инфекций, инфекционно-воспалительных заболеваний, определяют чувствительность к антибактериальным препаратам**.

Высокое качество и надежность результатов регулярно подтверждается участием в федеральной системе внешней оценки качества (ФСВОК). Лаборатория является обладателем сертификата международной системы оценки качества лабораторных исследований EQAS (External Quality Assurance Services, Bio-Rad).

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

На правах рекламы

ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ



Берегите себя!..

В России признаки какого-либо нарушения психической деятельности имеют до 40% населения. Около 3-6% россиян нуждаются в систематической психиатрической помощи, а 0,3-0,6% - это наиболее тяжелые пациенты в данной группе.

К наиболее распространенным психическим расстройствам, которыми, по разным оценкам, страдает каждый четвертый россиянин, относятся **фобии и различные навязчивые состояния**, а также **панические и стрессовые расстройства**. Они считаются лёгкими или среднетяжелыми заболеваниями. Около **10%** россиян имеют депрессивные расстройства различной степени тяжести.

Сегодня психические расстройства занимают второе место (**15%**) среди болезней, которые ведут к потере трудоспособности.

В Алтайском крае, в сравнении с другими регионами Российской Федерации, отмечается высокий уровень психических расстройств. Связано это с низким уровнем жизни населения нашего региона, алкоголизацией, высоким уровнем стресса, чувством неуверенности в завтрашнем дне. Причем речь идет не о тяжелых заболеваниях, таких как шизофрения, а о «пограничных» психических расстройствах - депрессивных, тревожных, невротических.

Что должно насторожить?

Многие люди, страдающие «пограничными» психическими расстройствами, избегают лечения, что у специалистов вызывает серьезные опасения. Ведь если такие расстройства вовремя не лечить, со временем они могут обернуться более серьезными проблемами: перейти в хроническую форму или привести к наиболее трагическому последствию - суициду.

Если вам кажется, что вы давно не улыбались, если постоянно испытываете усталость, которая не проходит даже после сна, если у вас пропал интерес ко всему, что вас окружает, если вы перестали получать удовольствие от жизни, - остановитесь и задумайтесь! Эти симптомы могут быть признаком «пограничных» психических расстройств. Будьте внима-

тельны также к своим близким и, конечно, детям. Усложнение производственных и образовательных технологий, нарастающий информационный прессинг, смена ценностей и идеологических представлений приводят к стрессу, фрустрации, тревоге, - порождают чувство неуверенности в себе. И чтобы с ними справиться, необходима профессиональная медицинская помощь.

Что нужно знать. *Старайтесь больше бывать на свежем воздухе, увеличивайте физические нагрузки, обратите внимание на свой режим дня, старайтесь спать не менее 7-8 часов. Полезно менять, чередовать вид деятельности в течение дня.* Если работа предполагает пребывание в малоподвижном состоянии, после работы позанимайтесь в спортивном зале. Если же работа связана с физическими нагрузками, то вечер лучше посвятить просмотру телепередач или чтению книг.

Питание тоже влияет на настроение человека. Завтрак должен быть калорийным, но лёгким. Натуральное масло, яйца, сыр, овсяная каша, кукурузные хлопья с молоком - все эти продукты легко перевариваются и усваиваются. Содержащаяся в них глюкоза быстро попадает в кровь и помогает организму проснуться. Осенью и зимой старайтесь употреблять шпинат, сыр, бананы, щавель, шоколад. В этих продуктах содержится в больших количествах триптофан, из которого в организме синтезируется серотонин - гормон хорошего настроения.

Не нужно бояться! Согласно исследованиям, психические или невротические расстройства наблюдаются у каждого третьего россиянина. В то же время из-за стигматизации психических расстройств люди обращаются за психиатрической помощью только в самых крайних случаях. К сожалению, справиться самостоятельно с возникшей проблемой часто не удается. ☹



**Марина Геннадьевна
ВДОВИНА,**

главный специалист
психиатр Алтайского края,
заместитель главного
врача по внебольничной
помощи, КГБУЗ
«Алтайская краевая
клиническая
психиатрическая больница
имени Эрдмана Ю.К.»

Квалифицированную медицинскую помощь можно получить в психотерапевтическом кабинете, а также в кабинете социально-психологической помощи Алтайской краевой клинической психиатрической больницы имени Эрдмана Ю.К.



Самая сложная категория пациентов - новорожденные дети

Гнойная инфекция - это неспецифический инфекционный процесс в любых органах и тканях, при лечении которого необходимо хирургическое вмешательство. И сегодня, учитывая все достижения современной медицины, можно говорить об увеличении числа этих больных, тяжести клинического течения заболеваний, трудностях их лечения и риске летальности среди больных с септическими заболеваниями.

Центром лечения гнойной инфекции у детей в Алтайском крае является детское отделение гнойной хирургии КГБУЗ «Детская городская клиническая больница №7, г.Барнаул». Наш собеседник - заведующий отделением **Сергей Александрович БЕЛЯЕВ**, детский хирург высшей квалификационной категории.

- Сергей Александрович, кто ваши пациенты?

- Их возраст - от 0 до 18 лет. Есть новорожденные и недоношенные дети, имеющие в основном различные гнойные заболевания подкожной клетчатки, фурункулез, язвенный энтероколит и ряд других заболеваний.

В 2008 году отделение гнойной хирургии из барнаульской городской больницы №5 (где детей принимали с 1978 года) было переведено в детскую больницу №7 Барнаула. Я заведую отделением с 2005 года. Гнойной хирургией детского возраста занимаюсь всю свою профессиональную жизнь.

Наша задача в деле помощи ребенку - ранняя и радикальная санация гнойного очага хирургическими, физиотерапевтическими методами, лекарственной терапией.

- Какая группа пациентов является самой сложной?

- Конечно, это новорожденные и недоношенные младенцы. Особое значение приобретает и тот факт, что ребенок впервые встречается с

патогенными микроорганизмами, у него еще не выработана устойчивость к микробной флоре.

Течение гнойной хирургической инфекции в детском возрасте имеет ряд особенностей, обусловленных функциональной незрелостью органов и тканей ребенка. Особенной тяжестью отличаются случаи **некротического энтероколита** (воспаление и некроз кишечника), который обуславливает возникновение разрыва стенки кишки и развитие перитонита у новорожденных. Такие дети находятся в основном в отделении реанимации, требуют особого ухода, постоянного наблюдения. Но заболевание это - крайне тяжелое. Как правило, оно поражает детей маловесных, недоношенных. Поэтому в каждом случае, когда ребенок рождается преждевременно, необходимо принимать меры для снижения риска развития энтероколита. Важно соблюдать правила ухода за новорожденным, вскармливанием, гигиеной. В частности, доказано, что при грудном вскармливании существенно снижается частота возникновения энтероколита в два и более раза.

- Можно выделить основные причины этого заболевания?

- Дети рождаются без иммунитета и уже с молоком мамы получают его в первые месяцы жизни. Причиной возникновения энтероко-



лита может стать внутриутробная инфекция, преждевременные роды, тяжелая гипоксия и другие. В частности это бывает при злоупотреблении молодой мамы антибактериальными препаратами - лекарственные средства этой группы способны проникать в грудное молоко. Аллергические реакции на определенные пищевые продукты, которые употребляет мать при лактации, также способны вызвать расстройство желудка и воспаление кишечника у грудничка. Опасен уход за малышом грязными руками, в антисанитарных условиях.

Лечение гнойной хирургической инфекции новорожденных детей - сложная задача. И успех во многом зависит от своевременности, комплексности, правильности выбора врачом средств и гибкости тактики.

Профилактика гнойной хирургической инфекции заключается в охранных мероприятиях здоровья матери, санации и подготовке к родам, правильном их ведении, а также в строгом соблюдении санитарно-гигиенических мероприятий в родовспомогательных учреждениях, грамотном уходе за ребенком.



За счастливое здоровое детство!

- Чем еще страдают малыши?

- Остановлюсь на **псевдофурункулезе** - пожалуй, самом частом из гнойных поражений мягких тканей у новорожденных. В отличие от фурункулов, представляющих собой гнойное воспаление сальной железы с волосяным мешком, при котором формируется характерный конусовидный инфильтрат с гнойным стержнем в центре, при псевдофурункулезе воспаляется потовая железа и образуется небольшой абсцесс, получивший название ложного фурункула (псевдофурункула).

Инфекция в потовую железу проникает обычно с недостаточно чистого белья, и потому для псевдофурункулов характерна их локализация в местах, наиболее плотно соприкасающихся с бельем: на затылочной части головы, лопаточных областях спины, на ягодицах. Поначалу ложные фурункулы похожи на мелкую твердую горошину, расположенную под кожей, но спаянную с ее поверхностным слоем. Гиперемия (покраснение) над этой «горошиной» - незначительная или вовсе не прослеживается. С прорывом гноя из потовой железы образование становится более мягким, уплотненным и увеличивается в размерах. На коже появляется отчетливая гиперемия. В запущенных случаях псевдофурункулы могут сливаться друг с другом, превращаясь в обширные абсцессы и флегмоны подкожной клетчатки.

Степень нарушения общего состояния зависит от количества гнойничков, но в любом случае повышается температура, дети беспокойны, плохо спят, отказываются от еды.

Проводится вскрытие гнойничка, санация антисептиками, создание адекватного оттока и наложение влажно-высыхающей повязки. Гной по ходу операции берут на посев для выяснения возбудителя и его чувствительности к антибиотикам.

Единичные псевдофурункулы у ребенка из благополучной семьи могут быть вскрыты амбулаторно. Если же их много, а также в тех случаях, когда малышу не могут обеспечить надлежащий уход, он подлежит госпитализации в хирургический стационар, где под общим обезболиванием вскрываются обязательно все гнойнички. Перевязки делаются ежедневно. Перед пе-



ревязкой ребенка обязательно купают в растворе антисептика - чаще всего в слабо-розовом растворе марганцовокислого калия. Назначается антибактериальная терапия антибиотиками широкого спектра действия на срок не менее семи дней.

В случае появления новых гнойничков их тут же вскрывают, а антибиотики меняют согласно чувствительности к ним высеянной микрофлоры. Лечение вновь назначенными антибиотиками продолжается семь дней.

Недопустимо консервативное лечение псевдофурункулеза накладыванием на область «горошин» ихтиоловой мази или мази Вишневского, к чему иногда прибегают мамы, надеясь на их самостоятельное вскрытие.

Педиатру следует знать, что промедление с хирургическим вмешательством грозит генерализацией инфекционного процесса у новорожденных в силу отмеченных выше особенностей их иммунитета.

- Какие заболевания характерны для следующей возрастной группы?

- Для среднего возраста характерны аппендициты, в том числе деструктивные, сопровождающиеся развитием перитонита. У девочек часты и маститы, и фурункулезы, которые требуют назначения антибактериальной терапии и более серьезных мероприятий, проводимых именно при стационарном лечении.

Наше отделение, рассчитанное на 40 коек, постоянно заполнено. Если сравнительно недавно летом прослежива-

Промедление с хирургическим вмешательством по поводу псевдофурункулеза грозит генерализацией инфекционного процесса у новорожденных в силу особенностей их иммунитета.



За счастливое здоровое детство!

▲ лась тенденция роста количества гнойных заболеваний - в период высокой температуры и влажности воздуха, способствующих развитию воспалительных реакций, то сейчас и в зимнее время достаточно таких пациентов.

Мы расширили регион обслуживания населения. К нам направляются пациенты из Новоалтайска, Бийска, Павловска. Среди них - дети с тяжелыми деструктивными аппендицитами, перитонитами, остеомиелитом (гнойным заболеванием костей). К счастью, таких пациентов становится меньше, однако, формы этих заболеваний - крайне тяжелые.

Лечение подростков имеет свои особенности, обусловленные их меняющимся гормональным фоном. У ребят отмечаются массивные фурункулезы, перитониты, у девочек - заболевания придатков, воспаления маточной трубы или яичника.

- Как вовремя начать и эффективно лечить ребенка?

- В большинстве случаев дети в нашу детскую больницу поступают своевременно - пациентов с запущенной стадией болезни в последние годы меньше в разы. Приемный покой отделения гнойной хирургии максимально доступен и максимально приближен для приема любого ребенка. И сегодня родители дома долго не засиживаются: появляются проблемы - например, припухлость, покраснения на коже, болевые ощущения - они приезжают к нам, и вместе решаем возникшие вопросы. Таким образом, не требуется обязательный предварительный прием у врача по месту жительства. Мы работаем круглосуточно. С 1 августа 2017 года в медицинской организации работает первый в Алтайском крае дневной стационар по детской хирургии на 20 коек, что делает медицинскую помощь по данному профилю более доступной для всех нуждающихся маленьких пациентов и более качественной. Заведует дневным стационаром врач-детский хирург высшей квалификационной категории **Игорь Геннадьевич ОСЕЦКИЙ**.



- Расскажите о ваших коллегах.

- Специфика отделения такова, что не каждый врач здесь сможет работать. Те, кто с любовью и состраданием относится к детям, помогает им переносить все тяготы болезни, готов их уговаривать, жалеть, - такие люди остаются в отделении. Нас спрашивают: «Как же вы договариваетесь с маленькими пациентами: они же не рассказывают о своих ощущениях, при тяжелом заболевании даже не плачут - пищат?». А мы считаем, что со взрослым человеком было бы работать тяжелее. Остаются в отделении те, кто одержим своим делом, те, кто действительно отдает детям частичку своего сердца. Сегодня у нас работают замечательные, грамотные хирурги: **Нина Владимировна МАМОНТОВА**, **Сергей Иванович СЕДНЕВ**, **Константин Иванович ГЕРАСИМЕНКО** и **Андрей Анатольевич САРАЕВ**. Константин Иванович в этом году успешно прошел специализацию по эндоскопии, объединяющей большую группу методов обследования и лечения детей разных возрастных групп.

Важно также и то, что отделение и медицинская организация в целом оснащены современным медицинским оборудованием (диагностическим и лечебным) высокого класса, на котором не только приятно работать, но и возможно получать высокие результаты в лечении. В этом заслуга главного врача

больницы - заслуженного врача Российской Федерации, к.м.н., **Владимира Петровича ТОКАРЕВА**.

Ежегодно в отделении получают лечение более 2 тысяч детей Алтайского края, проводится до 1400 различных операций, основная часть которых - по экстренным показаниям. В плановом порядке оперируются параректальные свищи, которые являются достаточно тяжелым заболеванием прямой кишки.

Плановая хирургия - это в основном прерогатива наших коллег детского хирургического отделения больницы.

- Насколько важен для ваших пациентов этап выхаживания после операции?

- Этап послеоперационного выхаживания и лечения - очень важная составляющая всего лечебного процесса, от которого во многом зависит исход заболевания. Безусловно, исход определяется в основном видом и тяжестью заболевания. Но в каждом случае надо следить, чтобы повязка была в порядке, кожные покровы ребенка были чисты. Это тоже - неотъемлемая часть ухода после оперативного вмешательства. В отделении есть дети, которых необходимо постоянно пеленать, переключивать, кормить... Это уже ответственность наших медицинских сестер, профессионализм которых, и их добросовестное отношение к работе во многом определяет успех лечения. ☺



Своевременная вакцинация поможет не заболеть

Ежегодно традиционно число обращений в поликлиники в осенние месяцы растет. И чтобы профилактика гриппа и вирусных респираторных заболеваний была максимально эффективной, жителям края напоминают основные правила, которые помогут сохранить здоровье, а в случае возникшей болезни - избежать ее осложнений.

На пресс-конференции, посвященной данной тематике, на вопросы отвечали **В.В. ШЕВЧЕНКО**, главный внештатный специалист по инфекционным болезням Алтайского края; **И.В. ПЕРЕЛАДОВА**, заведующая отделением профилактики инфекционных заболеваний Центра гигиены и эпидемиологии в Алтайском крае; **О.Ф. ЕГОРОВА**, начальник отдела эпидемиологического надзора и санитарной охраны территории Управления Роспотребнадзора по Алтайскому краю; **Е.Н. ЦАПКО**, заместитель главного врача по лечебной работе КГБУЗ «Детская городская больница №3, г. Барнаул».

Начала разговор Ольга Федоровна Егорова с общей информации:

- Уже за вторую неделю сентября зарегистрировано 11 тысяч случаев заболевания ОРВИ. Уровень заболеваемости соответствует среднему показателю последних лет, но при этом отмечается увеличение детей дошкольного возраста - их более 70%. Пока циркулируют только респираторные негриппозные рото- и аденовирусы.

Уже на этом этапе должно внимание необходимо уделить профилактике. **Первая мера - в организованных детских коллективах вводится утренний фильтр.** Приходящего ребенка

в саду медицинский работник осматривает на наличие основных симптомов: насморка, кашля, сыпи. При необходимости измеряется температура, чтобы своевременно отстранить ребенка от коллектива в целях предупреждения заражения окружающих. Ведь не секрет, что и сами родители могут привести в дошкольное учреждение ребенка с недомоганием.

Подобные мероприятия вводятся и в школах. На первом-втором уроке сотрудник школы с медицинским работником обходят все классы, отмечают количество присутствующих, визуально осматривают детей. От уроков отстраняются дети с явными признаками заболевания.

Вторая мера профилактики - нужно одеваться по погоде и соблюдать режим дня.

Третья мера профилактики - противогриппозная иммунизация. Уже в сентябре начинается массовая ежегодная прививочная компания. На основании прогноза ВОЗ изготавливается противогриппозная вакцина. В этом году ожидаются три вируса: H1N1 пандемический, H3N2 и вирус В, которые отличаются от предшественников внутренним видовым подстабом.

Подчеркну, что, поставив прививку, мы защищаемся именно от гриппа, а не от вирусных инфекций. Вирусов негриппозной этиологии - более 200 видов. И вакцина защищает от самой тяжелой сложной формы - гриппа, который с большой вероятностью дает серьезные осложнения.

Уже в середине сентября в Алтайский край поступило 44,5% вакцины от ожидаемого объема. За счет федерального бюджета будет при-



◀ виты 1064 тысячи человек - 45% населения края (в прошлом году вакцинацию прошли 1052 тысячи человек).

Напомню, что **за счет федерального бюджета по национальному календарю бесплатной вакцинации подлежат следующие группы населения:** дети в возрасте от 6 месяцев и до 18 лет; взрослые люди из групп риска - медицинские работники и работники сферы образования и транспорта, коммунальной отрасли; лица в возрасте старше 60 лет; лица с хроническими заболеваниями; при-



В.В. Шевченко

зывники; беременные женщины. Они прививаются бесплатно в поликлиниках по месту жительства. Остальные же группы населения прививаются за счет личных средств или средств работодателя.

В целом вакцинация должна быть завершена до 1 ноября.

О противопоказаниях и осложнениях вакцинации рассказала Ирина Владимировна Переладова:

- **Риск при постановке вакцины - минимален, ограничений практически нет.** Вакцинация не проводится при аллергической реакции на куриный белок, при заболеваниях, протекающих на данный момент в острой форме, либо при обострении хронических заболеваний. Заме-

чу, что в Алтайском крае в течение 25 лет не отмечено ни одного осложнения как реакция на вакцину. Самые возможные грозные осложнения гриппа - вирусные менингиты, пневмонии, при позднем начале лечения возможны и летальные исходы. Поэтому, если ставить на чаши весов риск осложнения от вакцины и риск развития заболевания, конечно, выбор нужно делать в пользу вакцинации.

После вакцинации ребенок или взрослый человек не могут заболеть гриппом: вакцина инактивирована. Но возможно совпадение: ребенок уже заболел ОРВИ, а прививка ускорила развитие болезни. Напомню, что от ОРВИ вакцинация не защищает.

Напомню также, что первым шагом к вакцинации, чтобы предупредить развитие возможных ее осложнений, должно стать **получение допуска от участкового терапевта поликлиники или фельдшера, работающего в кабинете доврачебного приема.**

О том, является ли альтернативой вакцинации укрепление человеком своего иммунитета доступными средствами, рассказал Валерий Владимирович Шевченко:

- Да, в этом есть смысл. Если человек, который в силу воз-



Е.Н. Напко



О.Ф. Егорова

раста и статуса своего здоровья может себе позволить ограничиться только этими мероприятиями, - это его выбор. Однако есть категория людей, у которой используемые методы неспецифической профилактики не принесут ожидаемого эффекта. **Относительно здоровые люди должны знать: почувствовав первые симптомы болезни, необходимо максимально быстро обратиться за медицинской помощью.** Можно против гриппа использовать сочетание неспецифической (например, закаливание), которая достаточно эффективна против остальных вирусов, и специфической (вакцинация) профилактики - это станет идеальным вариантом защиты вашего организма.

Также присутствующие говорили о том, что при заболевании значительной части детского коллектива: группы в саду, класса в школе - возможно введение ограничительных мер - закрытие на карантин. Если всё сделано своевременно и правильно, то уже через семь дней разрывается цепочка заражения здоровых детей.

В период карантина, который вводится надзорным органом, больничный лист выдается родителям не только заболевшего, но и даже здорового ребенка. ☺



Физиопрофилактика заболеваний органов дыхания у детей

Для каждого родителя важно, чтобы их ребенок как можно меньше болел. А в части предупреждения распространенности заболеваний органов дыхания у детей большое значение имеет профилактика, в частности - физиопрофилактика.

Физиопрофилактика предупреждает заболевания и их прогрессирование при помощи физических факторов. **Факторы** используются **естественные**: солнце (солнечные ванны), воздух (воздушные ванны), вода (купание в открытых водоемах - реках, озерах, морях), и **искусственно создаваемые** (обтирание, обливание, души, различные ванны) физические факторы.

Различают **первичную** и **вторичную физиопрофилактику**. *Первичная* проводится у здоровых детей с целью повышения защитных сил организма к постоянно меняющимся климатическим условиям, закаливание ребенка. *Вторичная* - для предупреждения обострений уже имеющихся заболеваний органов дыхания, удлинения периода ремиссии.

В домашних условиях уже с первых дней жизни ребенка родители могут обеспечить оптимальные условия для его развития.

Температуру в квартире желательно поддерживать не выше +22° градусов. В помещении ребенку нет необходимости надевать головной убор.

Летом прогулки на воздухе до месячного возраста должны проводиться в тени. Ребенку, приученному к длительному пребыванию на открытом воздухе, рекомендуется **сон на свежем воздухе**, как мощная физиопрофилактическая процедура. В целом сон на воздухе является закаливающим фактором.

С месячного возраста включают **воздушные ванны** в комнатных условиях. Проводятся они при температуре воздуха +21-22° градуса. Про-

цедуру начинают с 2 минут, увеличивая ее длительность на 1 минуту каждые 2 дня: до 15 минут - у детей до 6 месяцев, до 25 минут - у детей от 6 месяцев до 1 года. Проводят воздушные ванны 1-2 раза в день, в зависимости от состояния ребенка. В это время осуществляется массаж и гимнастические упражнения в соответствии с его возрастом. Воздушные ванны на открытом воздухе детям после 1-1,5 лет назначаются с 5-7 минут, и, увеличивая ежедневно на 10 минут, доводят их продолжительность до 1,5 часа. Принимаются воздушные ванны в теплое время года на верандах, в павильонах в положении лежа, с постепенным изменением положения тела.

После привыкания ребенка к воздушным ваннам можно рекомендовать приступить к **солнечным**



Людмила Яковлевна МЕЛЬЧАКОВА,

медицинская сестра
физиотерапевтического
отделения, КГБУЗ
«Городская поликлиника
№3, г.Барнаул», член
ПАСМР с 2018 года



◀ **ваннам**, во время которых на его организм воздействуют прямые солнечные лучи. Целесообразно сочетание и последовательное чередование солнечной ванны с водными процедурами. Солнечные ванны лучше принимать в защищенных от ветра местах при температуре воздуха +19-24° градусов. Прием солнечных ванн сочетают с играми под открытыми солнечными лучами. Ослабленным детям рекомендуется отдых в тени после каждых 10 минут пребывания под открытым солнцем.

В качестве эффективного физиопротективного средства широко применяются и **водные процедуры**. Их назначают последовательно, начиная с влажных обтираний ног, далее - обливания ног, затем - ножные ванночки, общие влажные обтирания, далее - общие обливания, потом - общие души и ванны, а также купания в открытых водоемах и бассейнах.

Душ и ванны назначаются как заключительный этап водной физиопротектики.

Душ оказывает возбуждающее действие, поэтому его назначение особенно целесообразно детям старше 2 лет, страдающим ожирением, сниженным

аппетитом, сонливостью. Температура воды при первых процедурах +37° градусов. Рекомендуется постепенно снижать на 1 градус каждые 5 дней, доводя таким образом температуру воды до +27° градусов. Длительность процедуры - 1-1,5 минуты, всего - 20 процедур.

Общие ванны проводятся при температуре воды +37-38° градусов с постепенным снижением на 1 градус каждые 5 дней (до +34-32° градусов). Длительность процедуры - 5-10 минут, всего - 20-25 процедур. Для усиления эффекта физиопротектики в воду можно добавлять соль из расчета 100 граммов на 10 литров воды.

В летнее время высокоэффективны купания в открытых водоемах: озерах, реках, особенно в море.

Детям, часто болеющим ОРВИ, в комплекс физиопротектики целесообразно включать **аэрозоли и электроаэрозоли сборов лекарственных трав**: подорожника, мать-и-мачехи, череды и других.

Помните, что правильное и своевременное проведение физиопротектики является мощным фактором снижения детских простудных заболеваний. Будьте здоровы! ☺

Выросла заболеваемость пневмонией среди детей

Данные Роспотребнадзора за 1 квартал 2018 года свидетельствуют о повышении заболеваемости пневмонией среди граждан РФ.



В целом за первые три месяца года заболеваемость выросла на 16 % относительно уровня прошлого года. Значительный прирост - на 40% - наблюдался среди детей. В Роспотребнадзоре отмечают, что такая тенденция связана с увеличением количества осложнений от гриппа и ОРВИ.

В I квартале нынешнего года воспаление лёгких перенесли 220,3 тысяч человек, год назад в тот же период - 189,7 тысяч. Таким образом уровень заболеваемости поднялся до 150,2 случая на 100 тысяч населения. Среди детей количество заболевших составило 91,4 тысяч, что на 40% больше, чем годом ранее (63,6 тысяч).

В Роспотребнадзоре связывают подъем заболеваемости пневмонией с ростом количества осложнений от простудных заболеваний в I квартале.

Также в ведомстве считают, что *«грязный воздух может оказывать влияние на степень защищенности лёгких. Содержащаяся в воздухе пыль, постоянное вдыхание загрязненного воздуха может влиять на изменение способности лёгочной ткани к борьбе с инфекцией и таким образом способствовать проникновению и укоренению инфекции в лёгких»*.

По оперативным данным Росстата, в I квартале 2018 года службами мониторинга природной среды зафиксировано на 22% больше случаев загрязнения атмосферного воздуха, чем в тот же период годом ранее. ☺



Уберечь себя от мастита

Одним из довольно распространенных заболеваний молочной железы является мастит - воспалительный процесс тканей груди. Причем, мастит может возникнуть как у женщин, так и у мужчин и детей.

Кроме целого ряда неприятных симптомов, сопровождающих это заболевание, мастит опасен осложнениями, которые могут привести к крайне негативным последствиям для организма человека. Избежать подобных проблем поможет профилактика мастита.

Мастит и его виды Послеродовой (лактационный)

Эта форма заболевания у женщин появляется в период грудного вскармливания. Его причиной обычно становятся трещины соска, застой молока в груди и ее плохое опорожнение. В большинстве случаев возбудителем болезни является золотистый стафилококк. Такой мастит обычно развивается после появления застоя грудного молока в железе, если не были приняты своевременно меры по борьбе с этим состоянием.

Профилактика мастита, возникающего при грудном вскармливании, предполагает соблюдение ряда правил:

- **если при грудном вскармливании возникает подозрение на лактостаз** (увеличение молочных желез, нагрубание каких-либо их участков, отечность и болезненность груди или сосков), **женщина должна сразу обратиться к врачу** послеродового отделения или в женскую консультацию;

- для профилактики лактостаза и мастита при грудном вскармливании важным является **соблюдение ряда условий**, которые позволяют эффективно опорожнять грудные железы:

◆ прикладывание малыша к груди в первые 2 часа после его рождения;

◆ совместное пребывание младенца и матери;

◆ свободный график кормлений;

◆ совместный сон с ребенком (он позволяет своевременно накормить младенца и избежать застоя молока);

◆ отказ от быстрого введения прикорма (при стремительном увеличении количества прикорма грудь не успевает перестроиться, что приводит к проблемам);

◆ позднее отлучение от груди (прекращать кормить грудью следует, когда ребенок сосет уже мало, перейдя на другую пищу);

◆ подготовка молочных желез и сосков в период беременности;

- профилактика трещин сосков при грудном вскармливании младенца включает **соблюдение следующих правил**:

◆ рациональное вскармливание;

◆ ограничение пребывания малыша у груди (особенно в начале кормления грудью);

◆ соблюдение правильной техники кормления (младенец должен захватывать околососковый кружок целиком);

◆ обработка сосков специальными профилактическими средствами;

◆ лечение сосков в случае их травмирования при грудном вскармливании. Для этой цели после каждого кормления следует небольшим количеством сцеженного молока смазать соски, давая ему засохнуть. Менять бюстгальтер каждый день, а прокладки для груди - раз в 2 часа, исключая контакт белья с поврежденным соском;

◆ изменение при кормлении положения младенца (это обеспечит равномерное давление на сосок);



**Елена Васильевна
БАЕВА,**

акушерка женской
консультации,
КГБУЗ «Городская
поликлиника №3,
г.Барнаул»,
член ПАСМР с 2014 года



Советы медицинской сестры

- ◆ вынимание соска сразу же после кормления;
- ◆ избегание касаний соска при сцеживании;

- ведение здорового образа жизни:

- ◆ соблюдение режима дня;
- ◆ рациональное питание;
- ◆ прием поливитаминов;
- ◆ гигиена тела (желательно чтобы моющие средства не сушили кожу и имели нейтральный уровень pH).

Фиброзно-кистозный мастит

Эта форма мастита встречается у женщин, страдающих фиброзно-кистозной формой мастопатии. Это воспалительный процесс, развивающийся на фоне наличия фиброзно-кистозных изменений в железе. Его появление обычно бывает вызвано вторичным проникновением каких-либо микроорганизмов в ткань молочной железы. Оно может быть связано с травмами молочной железы (открытыми или закрытыми), гормональными сбоями, присутствием в организме хронических воспалительных очагов.

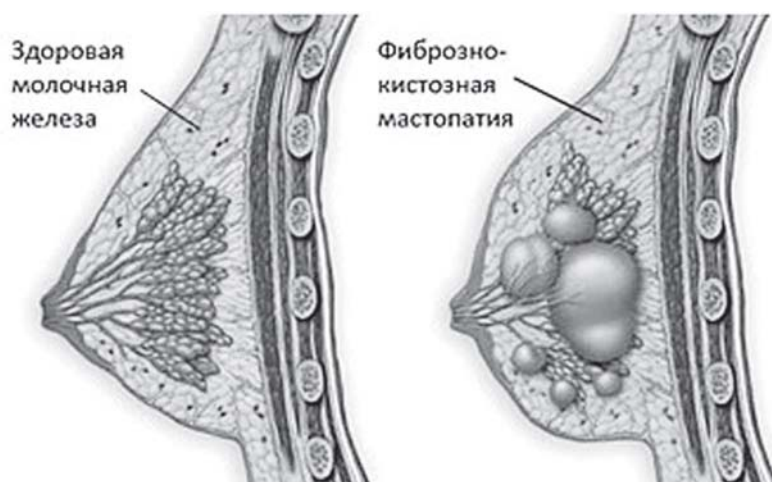
Любой женщине, имеющей в анамнезе фиброзно-кистозную мастопатию, следует принять **превентивные меры**, чтобы не допустить развития на ее фоне мастита. Для этого надо следовать нескольким правилам:

- не запускать фиброзно-кистозную болезнь, осуществляя ее своевременное лечение;
- стараться ликвидировать все очаги хронической инфекции;
- не допускать травм молочной железы;
- носить подходящее белье;
- при возникновении неприятных ощущений в молочной железе сразу же обратиться к врачу.

Мастит новорожденных

Это - воспаление молочных желез младенца, причиной которого обычно становятся бактерии золотистого стафилококка, в силу ряда причин проникнувшие в протоки молочной железы.

Хотя данная форма заболевания встречается нечасто, она оказывает крайне негативное влияние на здо-



ровье малыша. Молодым мамам следует внимательно относиться к состоянию ребенка и выполнять **необходимый комплекс мер**, который не позволит возникнуть данной болезни:

- ежедневное купание младенца;
- использование только чистой одежды;
- своевременная смена пеленок;
- обязательное мытье рук перед общением с малышом;
- ограждение малыша от людей с инфекционными заболеваниями (ОРЗ, простуда, грипп и т.д.), а также с гнойными воспалениями на теле;
- своевременное обращение к педиатру в случае увеличения у ребенка грудных желез (при появлении полового криза) без попыток лечения его самостоятельно;
- избегание травм кожи и грудных желез младенца, а также попадания в них грязи.

Мастит - заболевание достаточно неприятное, однако его легко можно избежать, поскольку причиной болезни становится бактериальная инфекция. А соблюдение несложных профилактических мер позволит сохранить грудные железы здоровыми. ☺

Появление фиброзно-кистозного мастита обычно бывает вызвано вторичным проникновением каких-либо микроорганизмов в ткань молочной железы.



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



Забота о мужском здоровье - многогранная проблема, решаемая только всем обществом

Алтайский край вошел в число четырех субъектов Российской Федерации, которые участвуют в реализации пилотных проектов Минздрава РФ «Мужское здоровье»: это - Москва, Свердловская и Ростовская области и Алтайский край.

Для этого, безусловно, были объективные предпосылки. В Алтайском крае наблюдается низкая продолжительность жизни мужского населения по сравнению с женским населением. Так, в 2016 году общая продолжительность жизни в Алтайском крае составила **70,74 лет**: продолжительность жизни женщин - **76,34 лет**, мужчин - **65,12 лет**. При этом общая смертность мужского населения превышает на 5% смертность женского населения, в том числе и по основным классам смертности. В крае наблюдается снижение укомплектованности медицинских организаций врачами-урологами-андрологами. Так, в сравнении с показателем 2012 года этот показатель **снизился на 11%**, укомплектованность врачами-уроло-

гами с 2016 по 2017 год - **на 1%**, что обуславливает снижение доступности медицинской помощи населению по профилям «урология» и «детская урология-андрология», что, в том числе, ведет к некачественному проведению профилактических осмотров несовершеннолетних в большинстве краевых медицинских организаций и снижает качество проведения диспансеризации взрослого населения.

Специалисты-медики справедливо отмечают, что в практическом здравоохранении РФ (наш край не является исключением) **существует парадоксальный факт неодинакового развития гинекологии и андрологии**, как двух медицинских дисциплин, изучающих половую систему мужского и жен-

ского организмов. С одной стороны, имеется хорошо организованная система лечебной и профилактической помощи женщинам: специализированные гинекологические стационары и консультации, центры планирования семьи, осуществляется интенсивная подготовка врачей-гинекологов. С другой стороны, наблюдается отсутствие единой специализированной помощи при мужском бесплодии, заболевании половых органов различного генеза у мужчин, самостоятельных взрослых уроандрологических стационаров и врачей взрослых урологов-андрологов.

По данным Научного центра акушерства и гинекологии Минздрава РФ, в нашей стране **бесплодно до 4млн. мужчин**, что составляет **45%** всех бесплодных россиян. За 13 лет прирост заболеваемости мужским бесплодием составил **80,1%**. При этом в России мужчины по вопросу бесплодия обращаются к врачу в **5 раз реже**, чем женщины. Особую тревогу вызывает прогрессирующая тенденция к ухудшению репродуктивного здоровья мальчиков и юношей, поскольку с заболеваниями именно этого периода связана половина случаев мужской infertility.

Структура организации урологической помощи пациентам с уроандрологическими заболеваниями в России в настоящее время не имеет оптимальной модели. Не очерчен круг проблем, которыми должен заниматься врач взрослый уролог-андролог. В перечне медицинских специальностей нет специальности «взрослый уролог-андролог», но есть специальность «детский уролог-андролог», нет сети государственных приемов взрослого уролога-андролога и стационарных коек, но есть



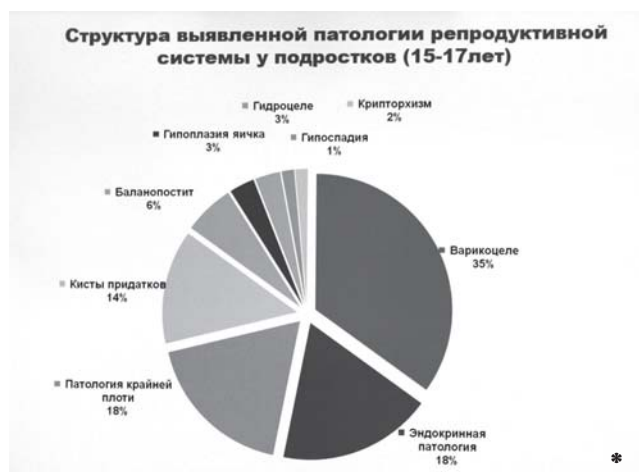
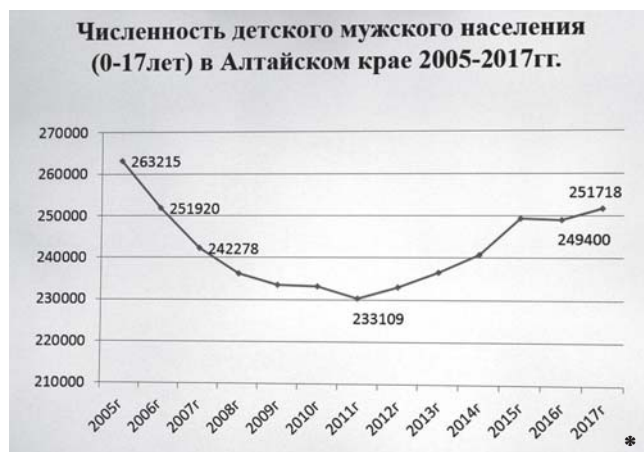
Огромное количество частнопрактикующих андрологов.

Сложившаяся ситуация обусловила проведение в Алтайском крае модернизации существующей урологической, детской уроandroлогической и онкологической служб. Решение вышеперечисленных проблем в регионе осуществляется в рамках стартовавшего в 2018 году **приоритетного регионального проекта (ПРП) в сфере здравоохранения «Мужское здоровье»**. Он - первый масштабный пилотный проект, охватывающий всё мужское население (взрослых и детей) субъекта РФ, объединяющий врачебные специальности по детской урологии-андрологии, урологию и онкологию, а соответственно, организованная структура носит экспериментальный, новаторский подход и, по сути, не имеет аналогов в РФ и мире.

В рамках ПРП **создан центр медицинский урологический «Академия мужского здоровья»**, которому поручено осуществлять организационно-методическое руководство и координацию подразделениями медицинских организаций, оказывающих специализированную уроandroлогическую помощь и смежных медицинских специальностей взрослому и детскому мужскому населению Алтайского края, непосредственно принимающих участие в ПРП «Мужское здоровье».

Уникальный пилотный проект включает в себя комплекс взаимосвязанных мероприятий:

- ◆ повышение укомплектованности краевых медицинских организаций врачами-урологами, врачами-урологами-андрологами и врачами-детскими хирургами, прошедшими обучение по программам дополнительного профессионального образования в части особенностей урологических заболеваний у детей;
- ◆ профилактика урологических заболеваний у взрослых и детей;
- ◆ модернизация и оснащение специализированных отделений;
- ◆ создание сети кабинетов специализированного амбулаторного приема врача-андролога и межрайонных урологических центров;
- ◆ повышение доступности и качества медицинской помощи населению по профилям «урология», «детская урология-андрология», «онкоурология».



Также в задачах проекта на региональном уровне - **снижение заболеваемости и смертности мужского населения от урологических заболеваний** (рак простаты и почки), а также **снижение репродуктивных потерь, связанных с мужским фактором infertility (около 50%), бесплодия в браке**. При этом специалистам очевидно, что решение задачи сохранения мужского здоровья и социального долголетия, - это задача не только медицинского свойства. **И подходы к сохранению мужского здоровья должны быть комплексными.**

В рамках проведенного в мае 2018 года федерального круглого стола по формированию здорового образа жизни эксперты ОНФ признали сложившуюся ситуацию критической и предложили в региональных программах по формированию здорового образа жизни населения выделить мероприятия по сохранению мужского репродуктивного здоровья отдельным блоком.

Для привлечения внимания общественности, органов власти и СМИ к проблеме сохранения мужского здоровья россиян, а также для выработки предложений в проект федеральной и региональные программы сохранения мужского здоровья и социального долголетия, Общероссийский народный фронт инициировал проведение в сентябре 2018 года экспертных совещаний ОНФ по проблеме сохранения мужского здоровья и социального долголетия в регионах РФ.

24 сентября прошло экспертное совещание, организованное по инициативе Алтайского отделения Общероссийского народного фронта и регионального минздрава.

В качестве основных докладчиков в обсуждении темы совещания приняли участие: **В.А. ЕЛЫКОВ**, депутат Государственной Думы РФ, член комитета по охране здоровья Государственной Думы РФ, член правления «Медицинской палаты Алтайского края»; **С.В. НАСОНОВ**, врио заместителя министра здравоохранения Алтайского края, к.м.н.; **А.Ф. ЛАЗАРЕВ**, руководитель региональной рабочей группы «Социальная справедливость» РО ОНФ в Алтайском крае, председатель комитета по здравоохранению и науке АКЗС, д.м.н.; **А.И. НЕЙМАРК**,

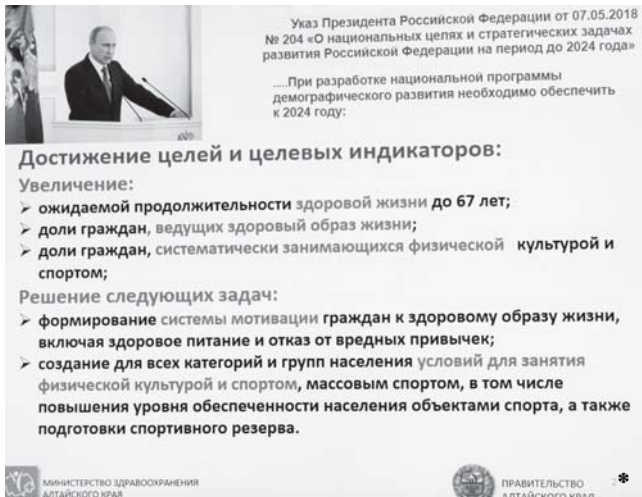


Гражданское общество

главный внештатный уролог Алтайского края и СФО, председатель Алтайского филиала Российского общества урологов, профессор, заведующий кафедрой урологии и андрологии с курсами специализированной хирургии АГМУ, д.м.н.; **И.С. ПОПОВ**, главный внештатный детский уролог-андролог Алтайского края, к.м.н.; **Т.В. РЕПКИНА**, главный врач КГБУЗ «Краевой центр медицинской профилактики»; **Р.Т. АЛИЕВ**, руководитель центра медицинского урологического «Академия мужского здоровья» КГБУЗ «Краевая клиническая больница», профессор кафедры урологии, андрологии с курсами специализированной хирургии АГМУ; а также представители ОНФ, общественных организаций.

Депутат Госдумы РФ **Валерий Анатольевич ЕЛЫКОМОВ** в своем выступлении отметил:

- В экспертном совете, проведенном в Госдуме с привлечением ведущих урологов страны, вопрос укрепления мужского здоровья был связан именно с продолжительностью жизни мужчин. Причем, мужское здоровье и заболевания репродуктивной системы нельзя рассматривать отдельно - факт, который подтверждают специалисты всех областей медицины. В Алтайском крае выработан правильный подход к решению задач, поставленных ПРП «Мужское здоровье». Есть технологии, опыт и стремление работать. Первым шагом стала разработка анкет и проведение анкетирования, которое позволило выявить заболевания у его участников, в том числе на ранней стадии, и направить их на консультацию к онкологу, другим узким специалистам. Этот процесс доказывает, что мы на верном пути: во многих случаях речь идет даже не о росте продолжительности жизни мужчин, а об их спасении. Особенность региона - в его большой протяженности и низкой плотности населения. То есть перед первичным звеном всегда будут стоять две задачи: выявить заболевание на скрининговом этапе и минимизировать время до начала лечения в медицинском центре. Эти особенности всегда надо учитывать в работе. В том, что наша алтайская



Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года»

...При разработке национальной программы демографического развития необходимо обеспечить к 2024 году:

Достижение целей и целевых индикаторов:

Увеличение:

- ожидаемой продолжительности здоровой жизни до 67 лет;
- доли граждан, ведущих здоровый образ жизни;
- доли граждан, систематически занимающихся физической культурой и спортом;

Решение следующих задач:

- формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая здоровое питание и отказ от вредных привычек;
- создание для всех категорий и групп населения условий для занятия физической культурой и спортом, массовым спортом, в том числе повышения уровня обеспеченности населения объектами спорта, а также подготовки спортивного резерва.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АЛТАЙСКОГО КРАЯ ПРАВИТЕЛЬСТВО АЛТАЙСКОГО КРАЯ



краевая региональная программа легла в основу федеральной программы, - оценка нашей работы и верности выбранного направления.

Профессор **Александр Федорович ЛАЗАРЕВ** в своем выступлении подчеркнул, что приоритет, направленный на материнство и детство и оправданный по ряду причин, существовавший в нашей стране многие десятилетия, тем не менее привел к некоторому смещению позиций:

- Если по мировой статистике разница в продолжительности жизни мужчины и женщины составляет 5-7 лет, то в России она почти в два раза больше. Между тем популяция мужчин во всем мире наиболее подвержена влиянию опасных факторов, среди которых можно выделить работу на вредных производствах, наличие вредных привычек, отсутствие культуры заботы о своем здоровье. В статистике онкологических заболеваний на первом месте стоит рак лёгкого - им в 10 раз мужчины болеют чаще женщин, рак почек встречаются почти в 1,5 раза чаще у мужчин, причем имеет большую агрессивность течения. Рак предстательной железы во многих странах по распространенности вышел на первое место. В России он занял вторую позицию, но, думаю, скоро опередит рак лёгкого. Поэтому настало время, когда нужно изменить существующий диспаритет в отношении к мужскому и женскому здоровью, правильно расставить акценты в профилактической работе.

Урология, как направление медицины, имеет две составляющие: патология мочевой системы, от которой в равной степени страдают мужчины и женщины, и заболевания мужских половых желез. В крае сформирована гибкая система оказания урологической помощи: работает сеть отделений и кабинетов, охватывающая практически всю территорию. **11 отделений урологии** в основном работают в межрайонном режиме, их дополняют **59 урологических кабинетов**. Лечение в стационарных отделениях в 2017 году получили **16,5 тысяч пациентов** (планово - 9700, по экстренным показаниям госпитализировано



6740 пациентов). **Хирургическая активность по краю составляет 51,8%.** Успешно функционируют **два специализированных отделения.** В крае работают **88 урологов**, амбулаторно - 34, стационарно - 54, из них 7 имеют степень доктора и 25 - кандидата медицинских наук, 32 - с высшей категорией, 30 - с первой, 6 врачей - со второй.

По словам главного внештатного уролога Алтайского края и СФО **Александра Израилевича НЕЙМАРКА**, ведущей проблемой в здоровье мужчин является патология предстательной железы:

- Недаром эта железа считается вторым сердцем мужчины, требует к себе внимания на протяжении всей жизни - она может проявить себя в любом возрасте. У пожилых граждан всё чаще диагностируется доброкачественная гиперплазия или рак простаты. Не менее опасны воспалительные заболевания железы, приводящие к развитию эректильной дисфункции и бесплодия. Эта патология не сопровождается угрозой для жизни пациента, но она является социальной проблемой, влияет на работоспособность мужчины, атмосферу в семье, качество жизни пациента, а в целом - на демографические показатели общества. В рамках проекта «Мужское здоровье» нам предстоит создать систему урологических кабинетов для мужчин по типу женских консультаций.

Возрастной андренодефицит, или мужской климакс, сопровождается снижением трудоспособности, прибавкой в весе, во многих случаях - развитием сахарного диабета, ишемической болезни сердца, снижением половой активности. Это сказывается на жизненном тонусе, трудоспособности, жизненной активности мужчины. А ведь от того, в каком состоянии находится половая система мужчины, зависит, способен ли он заниматься трудовой деятельностью. И эти вопросы требуют решения, они приобретают большое значение для нашего общества.

Отдельный блок выступлений на экспертном совещании был посвящен здоровью мальчиков. **Реализация ПРП «Мужское здоровье» началась с проведения анкетирования беременных женщин, ожи-**

Популяризация здорового образа жизни, повышение доступности и эффективности медицинской профилактики, повышение ответственности граждан за свое здоровье - вот путь для снижения преждевременной смертности и увеличения продолжительности жизни населения.

Повышение доступности первичной медико-санитарной помощи:

Совершенствование выездной работы с использованием мобильных многофункциональных медицинских комплексов, в том числе при реализации региональных приоритетных проектов

- «Здоровое сердце ребенка»
- «Мужское здоровье»



ПРАВИТЕЛЬСТВО АЛТАЙСКОГО КРАЯ

*

дающих рождения сыновей. А при выписке из родильного дома мамам теперь вручают памятку о том, какие патологии, связанные с обсуждаемой тематикой, и в какие периоды жизни могут возникнуть у мальчика. С помощью других анкет здоровье мальчиков оценивают врачи первичного звена. Результаты анкетирования передаются в краевую детскую больницу, куда в дальнейшем целенаправленно ребята приглашаются на прием к детскому урологу-андрологу. Мальчики также осматриваются по месту жительства в рамках выездной работы специалистов Алтайской краевой клинической детской больницы. В программу всех массовых мероприятий включено и проведение анкетирования мужчин.

Сделан еще один важный шаг - **изменение маршрутизации по детской урологии, увеличение часов приема специалистов в краевой клинической детской больнице, открытие первого в крае 30-коечного урологического отделения для детей.** Подробнее о вопросах здоровья детского мужского населения края - в выступлении главного внештатного детского уролога-андролога Алтайского края **Ильи Сергеевича ПОПОВА:**

*- Андрологической детской службе края в этом году исполнилось 16 лет. Отсчет ведется от открытия 18 марта 2002 года на базе барнаульской городской больницы №4 городского андрологического центра. Первым главным детским андрологом и заведующим центра стал **Александр Васильевич ГАЗАМатов.** Центром была проведена колоссальная работа по скринингу, медосмотрам, выездной диспансеризации детей-сирот. 8 февраля 2016 года открыто отделение андрологии на базе краевой детской больницы, где ведется прием детей в возрасте до 18 лет со всеми урологическими патологиями. К сожалению, на сегодня число детских андрологов мало. Многие совмещают эту специальность с хирургией. Хотелось бы, чтобы прием детей полностью вели специалисты нашей области.*

Численность детского населения в 2017 году составила 251718 человек. В общей структуре забо-



Гражданское общество

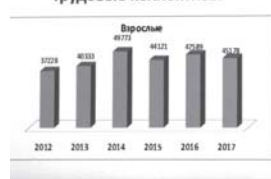
леваемости детей первое место занимают болезни органов дыхания, второе - болезни кишечника тракта, далее - центральной нервной системы. На четвертом месте - болезни мочеполовой системы. Наблюдается тенденция к росту данной патологии. Напомню, что до 14-летнего возраста мы можем говорить только о предикторах - нарушениях в организме мальчика, которые могут привести впоследствии к нарушению репродуктивного здоровья. Репродуктивное здоровье и его предикторы не связаны только с болезнями половых органов и зависят от множества факторов, в том числе от состояния органов дыхания, нервной и сердечно-сосудистой систем и т.д.

Но система оказания помощи нашего профиля детям сложилась. Первую оценку здоровья мальчика проводит врач-неонатолог. Данные об выявленных им аномалиях передаются педиатрической службе, и при необходимости мальчик попадает к специалисту андрологического кабинета. Далее, в зависимости от сложности выявленной патологии, необходимости консервативного лечения либо хирургической коррекции, ребенок может быть направлен в наше отделение, где решается вопрос о тактике ведения пациента, необходимости консервативного лечения либо хирургической коррекции, ребенок направляется в хирургическое отделение краевой детской больницы.

По результатам диспансеризации патологии выявляется у 44% мальчиков. Первое место у детей младшего и среднего возраста занимают заболевания крайней плоти, далее - воспалительные заболевания половых органов, варикоцеле. При этом заболеваемость по первым двум позициям можно существенно снизить за счет первичной профилактики. Положительную роль в этом сыграют школы здоровья, регулярные медосмотры, информированность родителей, обучение правилам гигиены самих ребят. У подростков основным выявляемым заболеванием становится варикоцеле, с большой вероятностью приводящее к развитию мужского бесплодия. На втором месте у подростков - эндокринная патология. Сочетание варикоцеле и эндо-

Меры, направленные на повышение ответственности работодателей за здоровье работников организации, а так же ответственности граждан за свое здоровье

Выездная работа Центров здоровья Алтайского края в трудовые коллективы



Профилактика в трудовых коллективах на рабочем месте

Рабочее место – оптимальная организационная модель для реализации мероприятий по модификации образа жизни, т.к. обеспечивает доступ к большому количеству людей трудоспособного возраста (ВОЗ, 2010)
 *«...при интегральном подходе можно предупредить около 30% смертей лиц трудоспособного возраста, причем... 14-15% при отказе от курения, до 12% при оптимальной физической активности и здоровом питании.»

Профилактика неинфекционных заболеваний на рабочем месте посредством правильного питания и физической активности. Совместный доклад ВОЗ и Мирового экономического Форума, 2008. (Preventing Noncommunicable Diseases in the Workplace through diet and physical activity. WHO/World Economic Forum Report of a Joint Event)

ПРОГРАММЫ ПОВЫШЕНИЯ ИНФОРМИРОВАННОСТИ И МОТИВАЦИИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ИЗМЕНЕНИЮ ОБРАЗА ЖИЗНИ

Саит shkoladiabeta.ru – помощник для тех, кто хочет узнать о диабете больше

- Интерактивные уроки
- Игры «Играем в школу»
- Смарт-приложение на основе искусственного интеллекта
- История пациента
- Пользовательские материалы для печати
- Пользовательский кабинет с диаграммой тенденций

100 000 посетителей



кринной патологии, встречающееся достаточно часто, может нанести значимый урон репродуктивной функции юноши.

Сегодня идет полным ходом работа по созданию на площадке краевой клинической больницы центра медицинского урологического «Академия мужского здоровья». Завершается закуп оборудования, и уже на этом этапе осуществляется прием пациентов, проводятся определенные виды операций, которые ранее не делались в данном учреждении и на территории края. Центр уже сегодня осуществляет большую методическую и организационную работу. Также в краевой клинической больнице открыто урологическое отделение №2.

В рамках программы «Мужское здоровье» идет переоснащение урологических кабинетов и дооснащение урологических отделений. Сделан шаг и к решению кадровой проблемы. Впервые в этом году целенаправленно приняты шесть ординаторов, будущих взрослых и детских урологов. Такая практика будет продолжена и в дальнейшем. Силами клинических ординаторов будет выполняться большая работа по анкетированию, обработке анкет, первичному приему.

В 2018 году в АГМУ приказом ректора Игоря Петровича САЛДАНА организована кафедра урологии-андрологии с курсом специализированной хирургии под руководством А.И. Неймарка.

В своем выступлении руководитель центра медицинского урологического «Академия мужского здоровья» Роман Тофикович АЛИЕВ подчеркнул, что реализация ПРП «Мужское здоровье» основывается на большой работе, начатой еще в 2006 году:

- Мы начинали с того, что прием андролога проводился только в краевой клинической больнице. 21 февраля этого года отмечен стартом программы «Мужское здоровье», подписанием приоритетного регионального проекта. Предлагаемая структура службы носит новаторский подход, а по своей сути не имеет аналогов в Российской Федерации. Разработка программы подготовки



и переподготовки врачей-андрологов, подготовка методических рекомендаций по ведению данной группы пациентов, внедрение автоматизированных информационных систем, разработка персонализированного паспорта репродуктивного здоровья - это лишь малая часть работы, которую нам предстоит выполнить. Большое значение в рамках обсуждаемой программы имеет решение социальных и образовательных задач.

Участники совещания были единодушны во мнении: поддержать реализацию федерального проекта «Сохранение мужского здоровья и социального долголетия в России».

По итогам проведенного совещания экспертный актив Алтайского отделения ОНФ, медицинское экспертное сообщество совместно с региональным минздравом приняли итоговую Резолюцию, которая была направлена в Центральный штаб ОНФ.

В ней нашли отражение общественные инициативы, в том числе: объявить Год отца в России, учитывая актуальность вопросов демографии, повышения продолжительности жизни мужчин и активного социального долголетия; обеспечить привлечение к активной реализации проекта по сохранению мужского долголетия региональные и муниципальные общественные организации (советы отцов и советы женщин, региональные советы родительской общественности, профсоюзные и родительские комитеты образовательных организаций и др.) для широкого информирования и участия в профилактике заболеваний и воспитанию здоровьесберегающей культуры жизни.

С целью формирования системы охраны репродуктивного здоровья, как девочек, так и мальчиков, предложено введение образовательных курсов по охране репродуктивного здоровья подрастающего поколения, начиная со школьной скамьи.

Участникам дискуссии представляется целесообразным для ряда «пилотных субъектов», в том числе и Алтайского края, где уже реализуются региональные проекты по направлению «мужское здоровье», предусмотреть в рамках нового национально-го проекта создание и строительство регионально-



го или межрегионального специализированного медицинского центра для мужчин - «Академия мужского здоровья». Такой инновационный центр вместе с сетью мужских консультаций и кабинетов мужского здоровья будет работать, комплексно решая проблемы мужского здоровья, по аналогии работы сети перинатальных центров и женских консультаций в части вопросов женского здоровья. Благодаря подобным центрам можно решать более амбициозные задачи по достижению целей, обозначенных Президентом РФ в «майском суперуказе».

И предложение, которое заслуживает внимания и целенаправленной работы и региональных властей: возможность создания в курортной зоне Алтайского края «Белокуриха-2» в рамках нового национального проекта межрегионального лечебно-реабилитационного кластера для уроандрологических больных (в настоящий момент в России нет специализированного урологического, а тем более - андрологического, курорта). Алтайский край входит в ТОП-5 регионов РФ с наиболее широкой и развитой сетью санаториев, в первую очередь, благодаря наличию города-курорта Белокуриха, имеющей уникальные программы комплексного оздоровления мужчин, основанные на сочетании бальнеотерапии (азотно-кремнистые термальные воды и питьевые минеральные воды) и лечебных природных факторов региона степных и горных районов Алтайского края (пелоидотерапия, уникальное пантовое лечение и т.д.), достаточно развитую инфраструктуру и урологический научный кадровый потенциал (7 докторов и 25 кандидатов медицинских наук).

При этом эксперты единодушны во мнении, что существенным сдерживающим фактором реализации проекта в крае (и не только в крае) может стать проблема кадрового дефицита специалистов врачей-урологов и детских урологов-андрологов для обеспечения доступности первичной специализированной медико-санитарной помощи детскому и взрослому населению Алтайского края по профилю «урология» и «детская урология-андрология». Как следствие, необходимо провести целевое обучение врачей в рамках последипломного образования

КРАТКО О ГЛАВНОМ

- На 50% здоровье человека зависит от него самого, т.е. от соблюдения правил здорового образа жизни!
- Граждане не соблюдают правила здорового питания и нормы физической активности.
- Население не достаточно осведомлено о правилах здорового питания и движения;
- Население не достаточно мотивировано на соблюдение здорового образа жизни;
- Важно не только ИНФОРМИРОВАТЬ людей о здоровом образе жизни, но и МОТИВИРОВАТЬ на его соблюдение *



на кафедрах урологии и андрологии; переобучение специалистов, имеющих специализацию по «хирургии» или «детской хирургии» на специальность «урология» и «детская урология-андрология» (курсы первичной переподготовки, 576 часов); создать благоприятные материально-технический и финансовый климат для специалистов.

Стратегия семейной политики в Российской Федерации не может обойти без внимания мужской вектор развития медицинской науки и практики, повышение профессиональных компетенций врачей многих медицинских специальностей и средних медицинских работников, инструментом которого является формирование системы медицинских научно-практических мероприятий (конференции, симпозиумы, круглые столы, образовательные школы, циклы ФУВ и т.д.), как одного из основных компонентов - образовательной программы по актуальным вопросам мужского здоровья взрослых и детей на региональном и федеральном уровне.

Не остались без внимания и узкоспециальные темы: проведение мероприятий по материально-техническому оснащению вновь создаваемых и модернизации уже существующих в лечебной сети кабинетов врача-уролога и детского уролога-андролога; открытие для взрослого мужского населения специализированных мужских консультаций, а для детского - кабинетов детского уролога-андролога, с выделением врачебных ставок в соответствии с количеством прикрепленного населения: при расчете 1 врачебная ставка уролога на 100 тысяч взрослого (регламентирующий приказ в настоящий момент отсутствует) и 1 ставка детского уролога-андролога на 20000 детского мужского населения - для обеспечения первичной специализированной уроандрологической медико-санитарной помощи, и другие.

Специалисты отметили и **необходимость внесения изменений в программу диспансеризации мужчин всех возрастов, детей и подростков обязательного включения специалиста взрослого уролога-андролога, детского уролога-андролога в положенные декретированные сроки:** 1, 3, 7, 10, 12, 14, 15, 16 и 17 лет включительно, а далее - каждые три года жизни. Предложено: включить в диспансеризацию 14-



летних подростков и далее - возрастные группы мужчин с учетом изменений в исследовании гормонального фона (ЛГ, ФСГ, тестостерон, пролактин, ингибин В и т.д.).

Важным элементом системы работы по сохранению мужского здоровья выделена *организация перинатального консультирования беременных женщин с плодом мужского пола и выявленной аномалией органов мочеполовой системы, с последующим постнатальным контролем в рамках перинатального центра с формированием регистров больных детей для передачи их диспансерного наблюдения или хирургического лечения в медорганизации третьего уровня. Необходимо и открытие специализированных стационарных уроандрологических отделений круглосуточного пребывания больных для проведения высокоспециализированных диагностических мероприятий и оперативных вмешательств на ОРС у мужчин репродуктивного возраста и мальчиков с обязательным использованием современных и высокотехнологичных методов лечения для минимизации развития секреторных и обтурационных форм мужского бесплодия - также требование времени.*

На совещании обращалось внимание и на такие моменты, как **необходимость психологического или психотерапевтического сопровождения мальчиков с врожденными аномалиями ОРС**, предусматривая в штатных расписаниях соответствующих медицинских организаций должность врача-психотерапевта.

Серьезность подхода к теме мужского здоровья, последовательность и заинтересованность в реализации ПРП «Мужское здоровье» краевых властей отметил **С.В. НАСОНОВ**, врио заместителя министра здравоохранения Алтайского края: *«Ее актуальность также возрастает в свете исполнения майского указа Президента РФ В.В. Путина, квинтэссенцией которого является задача увеличения средней продолжительности жизни россиян к 2025 году до 78 лет. Интерес вновь избранного губернатора Алтайского края Виктора Петровича ТОМЕНКО к этой программе очень велик, как и понимание того, что на сегодня ее реализация необходима для сохранения и продления жизни населения России и края».* ☺



* В материале использованы слайды из представленных презентаций участников экспертного совещания.



Грудное вскармливание - подлинная ценность



**Александра
Николаевна
БЕССОНОВА,**

консультант по грудному
вскармливанию БДР,
г.Барнаул

Материнское молоко - лучшее питание и источник здоровья для детей первых месяцев жизни. Так решила сама природа. Вот почему объективных противопоказаний к кормлению грудью, как со стороны младенца (нарушения обмена веществ), так и со стороны матери очень мало: к ним относятся ВИЧ-инфекция, психические расстройства, онкология.

Главной преградой к успешному грудному вскармливанию очень часто являются страхи женщины: всё ли я делаю правильно?

Для того чтобы наладить лактацию, необходимо желание и терпение, так называемая «материнская доминанта». А аргументов в пользу естественного выбора предостаточно. Один из главных - **экономический**: легко подсчитать, что, если перевести ребенка на искусственное вскармливание, то семье потребуется минимум 150 тысяч рублей на ближайшие полтора-два года. Эти цифры говорят сами за себя. Второй, но не менее важный, аргумент - это **здоровье мамы и малыша**. Специалистами ВОЗ доказано, что грудное вскармливание профилактирует в будущем развитие у ребенка таких серьезных заболеваний, как сахарный диабет, ожирение, астма. Для самой женщины грудное вскармливание - хорошая профилактика рака молочной железы.

Цивилизация наша развитая. И наряду с появляющимися «от ума» проблемами приходят и варианты решения. Это - **современные девайсы, призванные сделать грудное вскармливание более комфортным для женщины и ребенка**. Например, маме из африканского племени молокоотсос не нужен, а европейской даме для сохранения одновременно карьеры и лактации без этого чуда техники не обойтись.

Подготовка к грудному вскармливанию стартует уже в период беременности. Главная цель - успешная первая встреча мамы и младенца и предупреждение у мамы возможного травмирования груди. При визитах в женскую консультацию врач оценит ваши молочные железы. Женский сосок может быть обычным, плоским или втянутым. И вопрос о коррекции надо решить с акушером-гинекологом именно до родов: поскольку сейчас почти каждый ребенок (если позволяет здоровье) прикладывается к материнской груди в первые минуты жизни. Если что-то пошло не так, например, малыш

не может захватить плоский сосок мамы, могут потребоваться специальные силиконовые накладки или накладки-формирователи.

Уже с 28 недель беременности женщине рекомендуется носить **бесшовное белье**, поскольку швы, косточки могут травмировать соски и пережимать протоки. При этом бюстгальтер должен хорошо держать спину. В течение беременности женская грудь увеличивается примерно на размер, также она растёт с наступлением лактации, а значит, и этот фактор надо учитывать при выборе белья. Если раньше рекомендовали к ношению хлопковое белье, то сейчас, с развитием новых технологий, совет иной: лучше выбирать изделия из современных эластичных тканей.

И самый важный момент, на который рекомендуется обратить внимание: кожа соска и ареолы по нежности сопоставима с кожей губ. Во время лактации сосок во рту у младенца удлинится в размере в 2,5 раза. Если кожа неподготовленная, сухая, тогда возникает большая вероятность возникновения микротравм, трещин. И в результате - кормление грудью становится болезненным для женщины. Однако **если во время беременности регулярно увлажнять кожу медицинским ланолином, она станет более увлажненной и эластичной**. Ланолин доступен в аптеках (он может быть известен как Пурелан или под другим названием). Крем не требует смывания во время кормления - он имеет низкий аллергенный статус.

Готовясь к походу в родильный дом, женщины собирают огромные сумки. А для успешного старта грудного вскармливания многого не нужно. Всего-то **пять базовых предметов**:

- бесшовное белье, желательно иметь два бюстгальтера - на смену;
- крем для ухода за грудью;
- при необходимости - накладки на грудь;
- одноразовые прокладки для бюстгальтера, необходимые в период ус-



тановки лактации в первые дни после рождения ребенка;

● **молокоотсос.**

Не покупайте молокоотсос на различных сайтах объявлений от частных лиц! Это так же небезопасно, как пользоваться чужой зубной щеткой. При рождении ребенок получает микрофлору мамы, его прикладывают к груди - так формируется единая система «женщина - ребенок». И этой системе не нужна чужая микрофлора.

Итак, первое прикладывание к груди очень важно. Не стесняйтесь в эти дни задавать вопросы специалистам грудного вскармливания! Так вы заботитесь о здоровье малыша, а это - самое важное. Помните о «золотой» позиции, всегда начинайте с нее: **приложение к груди в положении лежа**, когда ребенок находится в одной горизонтальной плоскости с мамой.

В период лактации важно ухаживать за грудью. Мойте ее 1-2 раза в день просто водой, без использования мыла, чтобы не сушить кожу. Далее - грудь всегда должна быть в тепле. Это особенно актуально для мам, имеющих большую грудь. Предупреждайте возникновение трещин.

Увеличить лактацию помогают массаж груди перед кормлением, теплый компресс, горячее питье за полчаса до кормления, частое прикладывание ребенка к груди - по требованию. Необходимо следить за полным опорожнением молочной железы, чтобы избежать образования уплотнений и дискомфорта. После кормления грудь нужно обработать увлажняющим кремом.

Быт наших бабушек и матерей был намного сложнее. Поэтому и правила были строгими: кормили ребенка по времени; если он засыпал во время кормления и не так интенсивно сосал молоко, считалось, что ребенок «балуется». Однако нет в природе ничего лишнего, случайного. В такие минуты «баловства» происходит стимуляция образования грудного молока. Поэтому современным мамам не следует пренебрегать этим.

Многие женщины недооценивают использование молокоотсоса. Если вы ухаживаете за ребенком,



рожденным преждевременно, с низким весом, то, как правило, у него не хватает сил, чтобы самостоятельно добывать молоко из маминой груди. Тогда на помощь приходит **клинический молокоотсос**. Он важен и при кормлении доношенных детей в тех случаях, когда молока приходит больше, чем требуется ребенку. Также есть и электронный молокоотсос: он незаменимый помощник работающей мамы или мамы-студентки, а также подходит для женщин, привыкших ценить свое время и комфорт. Если же вы не планируете частые выходы «в свет», воспользуйтесь ручным девайсом. Рекомендую к использованию двухфазные молокоотсосы, с режимом стимуляции, о чем говорилось выше. Стимуляция - отличная профилактика лактостаза! А вот ручное сцеживание применимо не всегда. Если у вас уже начался воспалительный процесс, будьте осторожны. Руками можно «занести» еще большую инфекцию.

Сцеживание молока и его хранение позволяют маме уйти по своим делам, оставив малыша с папой или с бабушкой. Увы, но наше общество еще не готово к тому, чтобы женщины публично кормили деток в общественных местах.

Как правильно накормить ребенка из бутылочки? Как избежать печального результата: ребенок пососал бутылочку и от груди отказывается? При естественном

кормлении у ребенка задействованы все мышцы лица, при сосании молока из бутылочки - только мышцы носогубного треугольника. И в этом главная причина отказа ребенка. Так что обязательно сцеженное молоко нужно давать с помощью специальной соски, которая подходит для доношенных детей. Для детей, родившихся раньше срока, выполняются другие правила, которым маму обучат в отделении патологии недоношенных детей больницы.

Почему каждой маме надо создать свой «банк» грудного молока? Это - наша страховка от непредвиденных обстоятельств: допустим, вы вынуждены принимать лекарства, при которых грудное вскармливание невозможно. В таких случаях молоко лучше хранить в специальных пакетах в морозильной камере. Порционно оно может храниться три месяца, размораживается оно естественным путем.

И еще один немаловажный вопрос - **обработка принадлежностей**. Молокоотсосы в родильном доме в обязательном порядке автоклавируются. В домашних условиях их нужно разобрать, промыть, просушить. В продаже можно найти специальные пакеты, в которые детали молокоотсоса складываются, добавляется вода, пакет помещается в микроволновую печь на 2-3 минуты - так удастся избежать длительного кипячения. Один пакет рассчитан на 20 циклов использования. ☺





Нарушения менструальной функции у девочек-подростков



Олеся Валентиновна БУЛГАНИНА,
главный внештатный специалист гинеколог детского и юношеского возраста, кандидат медицинских наук, детский акушер-гинеколог, высшая квалификационная категория, консультативно-диагностическая детская поликлиника, КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница»

Обеспечение и сохранение здоровья детей и подростков - самый значимый перспективный вклад в репродуктивный, интеллектуальный, экономический, политический и нравственный резерв общества.

Состояние здоровья подростков в современных условиях характеризуется тенденцией как замедления темпов физического развития, так и значительного увеличения доли заболеваний с хроническим и рецидивирующим течением. Служба охраны репродуктивного здоровья в последние годы существенно модернизирована, тем не менее сохраняется тенденция увеличения числа заболеваний органов репродуктивной системы девочек.

Выявлены особенности полового созревания современных подростков. Так, значительно увеличилось количество девочек с замедленным половым созреванием: сроки начала менструации сместились в сторону старшего возраста - 13 лет 2 месяца, тогда как доля девушек с ранним менархе (до 12,5 лет) снизилась за 10 лет более чем в 3 раза. В структуре гинекологических заболеваний у девочек 0-17 лет основное место занимают *воспалительные процессы половых органов (52%) и нарушения менструального цикла (41%)*, у остальных 7% выявлены *опухоли и пороки развития половых органов*.

В Алтайском крае, как и в России в целом, **отмечается рост нарушений менструальной функции у подростков.** В крае за период с 2015 по 2017 годы этот показатель у девочек от 10 до 14 лет увеличился на 38%, в возрасте 15-17 лет - на 25%. Первое место (у 40,6%) занимает гипоменструальный синдром (редкие, скудные менструации, аменорея), второе (у 38,4%) - дисменорея (болезненные менструации), третье (у 21%) - гиперменструальный синдром (обильные, частые, продолжительные менструации).

Выделяют следующие формы нарушений менструальной функции:

- **дисменорея:** циклические болезненные менструации;
- **полименорея:** продолжительные менструации (более 7 дней);
- **гиперменорея:** обильные менструации (общая кровопотеря более 100мл);
- **гипоменорея:** скудные менструации;
- **олигоменорея:** редкие менструации с интервалом от 40 дней до 6 месяцев;

- **аменорея:** первичная (ни одной спонтанной менструации) и вторичная (отсутствие менструации 6 месяцев и более).

Дисменорея - это менструации, протекающие с боевым синдромом. Различают **первичную** (функциональную) и **вторичную** (приобретенную, органическую) дисменорею. Первичная представляет циклический патологический процесс, возникающий с менархе или спустя 1,5-2 года после установления овуляторных циклов. Часто она *сопровождается предменструальным синдромом и сочетается с экстрагенитальными заболеваниями* (нейроциркуляторная дистония, пролапс митрального клапана, дискинезия желчевыводящих путей, миопия, сколиоз, плоскостопие). *Вторичная дисменорея* - один из ярких клинических симптомов органической патологии малого таза. Возможными причинами ее возникновения служат: эндометриоз, пороки развития матки и влагалища, воспалительные процессы матки и придатков, миома матки, опухоли придатков, спаечный процесс в малом тазу, аномалии развития сосудов яичников и другое.

В практическом здравоохранении нарушения менструального цикла яичникового генеза в пубертатном периоде составляет не более 10%. **Ведущей причиной нарушения менструального цикла является центральная** (гипоталамо-гипофизарная) **дисфункция**. На формирование этих нарушений влияют различные повреждающие факторы. Так, *к неблагоприятным факторам относятся:* разнообразие соматические, эндокринные и неврологические заболевания, аномалии конституции, аллергические состояния, неблагоприятные или резко меняющиеся метеорологические условия, особенности климата, экологическое неблагополучие, нарушение баланса микроэлементов, гиподинамия или чрезмерная физическая нагрузка, гормональная перестройка пубертатного периода, несоблюдение режима питания, дефицит или избыток массы тела, ранняя половая жизнь.



Среди выявленных причин, влияющих на нарушение менструального цикла у подростков, фигурируют **психотравмирующие факторы** (конфликтные ситуации в семье, школе, семейный алкоголизм, неполные семьи, изолированность ребенка или чрезмерная опека родителями, острые эмоциональные перегрузки, хронические стрессы, умственные перенапряжения). Имеются также сообщения о повреждающем действии **ушибов головы**, нередко повторных, а также **частых инфекционно-аллергических заболеваний**. Отмечается, что нарушения репродуктивно здоровья чаще наблюдаются у девушек из семей, которые при достаточном материальном благополучии свойственно воспитание с жесткой регламентацией жизнедеятельности, учебной перегруженностью и высоким уровнем социальных притязаний. Неблагоприятная психологическая среда вызывает реакции, повышающие ситуативную тревожность, и способствует формированию личности с выраженным невротизмом, который на фоне низкого качества жизни и нарушений самосохранительного поведения приводит к дизадаптации в виде психосоматических состояний, усугубляясь при отягощенной наследственности и неблагоприятном анамнезе жизни, способствует формированию психосоматической патологии и нарушений репродуктивного здоровья.

По данным ВОЗ, ухудшение условий жизни и снижение стабильности в обществе с переходной экономикой, ломка сложившихся социальных стереотипов способствуют формированию чувства неуверенности, прежде всего в такой социальной группе, как подростки, росту заболеваемости и ухудшению состояния их здоровья.

Сегодня жировая ткань описана как самостоятельный эндокринный орган, секретирующий более 20 биологически активных веществ, которые участвуют в регуляции пищевого поведения, нейроэндокринной и репродуктивной систем, а также процессов метаболизма. **Аменорея может возникать в случае снижения массы тела, а также при несбалансированном питании.** Научные ис-



следования эндокринологов и диетологов показали, что при обследовании женщин с идиопатической аменореей и нормальной массой тела были выявлены существенные сдвиги в их рационе: повышение потребления клетчатки и снижение содержания жиров в пище. Подобная диета приводит к уменьшению относительного содержания жира в организме и сопровождается рядом нейроэндокринно-метаболических нарушений. Описаны случаи нервной анорексии, явившейся причиной аменореи. Все исследователи связывают анорексию с дефицитом массы тела. **Пищевая аменорея** связана с длительной скудной диетой с ограничением калорийности потребляемой пищи, направленной на снижение массы тела. Такое поведение чаще наблюдается у прилежных, старательных молодых девушек с выраженными волевыми качествами, со стремлением к самоутверждению. **Нервная анорексия** представляет собой расстройство, характеризующееся преднамеренным снижением массы тела, вызываемым и/или поддерживаемым самой пациенткой. Нарушения роста, полового развития и аменорея являются его обязательными диагностическими признаками. Известно, что менархе наступает при достижении массы тела в среднем 47,8 килограммов и если масса жировой ткани составляет 17% от общей массы тела, в то время как для поддержания нормального менструального цикла этот показатель должен составлять 22%.

Развитие нерегулярных менструальных циклов (гипоменстру-

альный синдром, вторичная аменорея, ациклические кровотечения) **сопутствуют ожирению.** У женщин репродуктивного возраста ожирение является одной из наиболее частых причин ановуляторного бесплодия, ранних потерь беременности.

У девушек, интенсивно занимающихся различными видами спорта, очень часто развиваются гипоменструальный синдром и остеопороз. При этом существенную роль играют характер физической нагрузки и возраст, в котором девушка начала заниматься спортом. Если занятия начинаются до наступления менархе, как это обычно бывает у гимнасток и балерин, менархе запаздывает примерно на 3 года, причем очень часто развивается вторичная аменорея. Выбранный вид спорта также оказывает влияние на расстройство менструальной функции. У спортсменок, интенсивно занимающихся бегом, и балерин аменорея встречается чаще (50-60%), чем у женщин, занимающихся плаванием, независимо от интенсивности тренировок (12%). Тяжесть этих нарушений зависит от продолжительности и интенсивности спортивных тренировок.

Известно, что репродуктивная функция взрослой женщины зависит от ее становления в пубертатном периоде. Поэтому ухудшение соматического и гинекологического здоровья девочек пагубно отражается на их дальнейшем репродуктивном здоровье, приводя к осложненному течению беременности и родов. ☺

Чтобы урок физкультуры не навредил

Отношение к урокам физкультуры - неоднозначное не только у родителей школьников, но и у самих детей: многие считают этот предмет второстепенным.

Уроки должны соответствовать состоянию здоровья детей по предлагаемой нагрузке. Об этом - наш разговор с **Еленой Владимировной МЕЛЬНИЧЕНКО**, врачом спортивной медицины КГБУЗ «Алтайский врачебно-физкультурный диспансер»:

- Давайте сразу разделим два понятия: «группа здоровья» и «медицинская группа по физкультуре».

В соответствии с приложением №2 Приказа МЗ РФ №514-н оценка здоровья детей производится по следующим критериям: хронические заболевания (есть или нет); состояние систем организма (дыхательной, выделительной, эндокринной и т.д.); сопротивляемость организма внешним воздействиям (холод, жара, раздражающие вещества и т.п.); физическое развитие. **Оценка состояния здоровья ребенка выражается в понятии «группа здоровья».** Но к уроку физкультуры она отношения не имеет. **Оценка состояния здоровья ребенка по отношению к возможности выполнять им ту**

или иную физическую нагрузку в школе содержится в понятии «медицинская группа для занятий физической культурой».

Медицинская группа по физкультуре, как и группа здоровья, определяется педиатром на основании Приказа МЗ РФ №514-н и учитывает те особенности здоровья ребенка, о которых сказано выше (а также еще и информацию о физической подготовленности ребенка). **Медицинских групп по физкультуре выделяют три**, каждая содержит рекомендации по всему объему двигательной активности, который ребенок получает в процессе обучения в школе.

- Что должны сделать родители до начала учебного года, чтобы донести до учителя эту информацию?

- Если на всех этапах подготовки ребенка к школе дошкольным учреждением выполнены все требования нормативных документов, родителям в этом случае ничего делать не нужно. Существует чет-



ко выстроенная система. Дети в дошкольном учреждении осматриваются специальной врачебной комиссией перед поступлением в школу и в итоговом заключении о состоянии здоровья указывается медицинская группа для занятий физкультурой. **Вся информация о состоянии здоровья ребенка содержится в его медицинской карте (ф.026-у).** Она оформляется при поступлении в детский сад и следует за ребенком до 18 лет. При поступлении в школу карта передается школьному медицинскому работнику, который вносит в классный журнал данные, а также рекомендации для каждого ребенка: на какой парте ему лучше сидеть (если есть проблемы со зрением), на каком ряду (в случае сколиоза), можно ли сидеть у окна (частые простудные заболевания) и т.д. В журнал вносятся в том числе и данные о медицинской группе по физкультуре. Благодаря им учителя физкультуры могут правильно определить объем физической нагрузки для каждого ученика и соответственно организовать занятия.

Остановимся подробнее на каждой из трех медицинских групп по физкультуре.



Воспитавай здоровым

К **основной группе** относятся дети, физически и психологически крепкие и развитые, не имеющие заболеваний либо имеющие небольшие отклонения, при которых не запрещены физические нагрузки, например, небольшой избыточный вес или незначительные аллергические реакции. Дети этой группы занимаются по основной программе, сдают установленные нормативы, им можно участвовать в различных соревнованиях и спортивных мероприятиях. Обращая внимание, что таким детям не нужен специальный допуск для сдачи норм ГТО, - им служит медицинская карта, находящаяся в школе.

Подготовительная группа требует большего внимания от педагога. Состояние здоровья входящих в нее детей определяет ограничение двигательной активности: они имеют отставание в физическом развитии и поэтому не могут заниматься так же интенсивно, как их здоровые соотарищи, хотя на уроки ходят вместе с классом.

Здесь задача учителя - не использовать или же модифицировать соответственно здоровью ребенка те движения и упражнения, которые могут нанести ему потенциальный вред. Чаще всего школьникам ограничивают или исключают упражнения на выносливость или элементы акробатики (кроссы, кувыркания, плавание, наклоны, прыжки и т.п.). Или же ребенку могут быть противопоказаны определенные условия занятий: при хроническом отите не рекомендовано заниматься на улице, а в зале - можно; при тяжелой форме аллергии, - наоборот, исключены занятия в пыльном помещении, и т.д.

Чтобы подвергнуть школьников подготовительной группы тестовым испытаниям по физической культуре, необходимо получить разрешение врача. Его разрешение потребуется и для привлечения ученика к участию в спортивно-массовых мероприятиях и выполнению нормативов ГТО.

Также в справке должен быть указан период времени, на который ребенку рекомендованы занятия в той или иной группе. После того, как ее действие закончится, ученик должен быть повторно осмотрен врачом для решения вопроса о том, в какой физкульту-

Основная



Подготовительная



турной группе он будет заниматься в дальнейшем в соответствии с текущим состоянием своего здоровья.

Специальная группа делится еще на две - «А» и «В».

К **группе «А»** относятся дети с хроническими заболеваниями в стадии компенсации. Вводимые ограничения не мешают бытовой деятельности, допустимы нагрузки малой интенсивности. Для таких детей в школах должны проводиться уроки по физкультуре по специальным программам. Занятия должны вести учителя или инструкторы, прошедшие специальную подготовку.

Если ребенок относится к **группе «В»**, его двигательный режим максимально ограничен. Детям этой группы разрешено посещать теоретические занятия в школе, но риск физических нагрузок для их здоровья очень велик. Им рекомендованы занятия лечебной физкультурой на базе лечебных учреждений и физкультурных диспансеров под наблюдением врача ЛФК, а также дополнительные занятия на дому по специально разработанному комплексу упражнений.

В действующих нормативных документах не указано, что этим детям запрещено посещать уроки физкультуры, - ребенок должен быть аттестован по предмету. Решение зависит от условий, которыми располагает школа. Есть образовательные учреждения, где проводятся занятия ЛФК. В других же могут ребенка аттестовать теоретически. Понятно, что при лечебных учреждениях посещать весь год ЛФК невозможно, - это всё же курсовое лечение.

- Что родители должны обязательно сделать?

- Если родители знают о заболевании ребенка, они должны следовать рекомендациям лечащего врача и сообщить о них педагогу.

Сейчас нередко лечащим врачом становится специалист, работающий в частной клинике. И сведения о лечении не вносятся в медицинскую карту, а значит, участковый педиатр о них просто не знает. В результате документы, передаваемые в школу, содержат неполную информацию. Поэтому лучше подойти лично к учителю физкультуры и обозначить проблему. Имейте в виду то, что



◀ в справках все диагнозы шифруются по классификации МКБ. Не зная диагноза, учителю физкультуры трудно принимать правильное решение по дальнейшему обучению данного ученика. В идеале педагог должен обсудить со школьным врачом подбор адекватного двигательного режима ребенку, имеющему отклонения в состоянии здоровья. Но по разным объективным причинам этого не происходит.

- **Учитель физкультуры должен давать детям разные задания, если их состояние здоровья отличается?**

- Реализовать требование о дозированной нагрузке непросто, но возможно. Например, строить детей не по росту, а по группам. Выделить таким образом и тех, кто только что переболел и не успел восстановить здоровье. Важно, чтобы педагог погрузился в эту проблему, понимал значимость такой организации работы. Есть хороший помощник - наблюдение за внешним состоянием ребенка во время выполнения задания: как он дышит, потеет, бледнеет или нет, сохраняет ли должный уровень внимания.

Конечно, в идеале дети, относящиеся к специальной медицинской группе, должны заниматься отдельно, еще лучше, - если будут сформированы группы детей со схожими заболеваниями. Но на практике я такого не видела: нелегко учесть школьные смены, загруженность спортивного зала и т.д.

- **Как помочь ребенку безболезненно перейти в другую группу по состоянию здоровья, если врач принял такое решение?**

- Принадлежность к той или иной медицинской группе по физкультуре - ситуация временная: успешно завершено лечение - и ребенок из подготовительной группы переведен в основную. Помочь догнать сверстников может родитель или же сам ученик. Спросите у учителя физкультуры, какие навыки должен иметь ребенок в конкретном возрасте, - и летом позанимайтесь с ним. При желании эти сведения можно найти в Интернете. Однако учителя физкультуры слышат не вопросы от родителей, а только упреки. Но напомним, что система физического воспитания подразумевает в том числе самостоятельную работу школьника и семьи. ☺

Как правильно

От выбора обуви на холодную и мокрую осень зависит не только ваше настроение, но и здоровье.

В обуви из какого материала ноги будут в безопасности и что нужно учесть при покупке сапог и ботинок?

От резины до нубука

При выборе осенней обуви нужно четко понимать, как вы планируете ее использовать. В дождливую погоду в первую очередь нужно обеспечить сухость ног - лучше всего с этим справится **резиновая обувь**. Но резина не только не пропускает влагу внутрь обуви, но и наоборот - не позволяет стопе «дышать». Поэтому эта обувь - для кратковременной носки. Кстати, учтите, что резина без подкладки - холодная, и надевать ее на прогулку на обычной носок нельзя: оптимально - на флисовый или шерстяной.

После покупки резиновых сапог проведите дома тест: в таз с водой поставьте сапоги минут на 15-20. Если сапоги будут пропускать воду, сдавайте их обратно в магазин: никакой клей не спасет протекающую резиновую обувь.

Все остальные виды обуви не защитят ноги от влаги на 100%. Можно посоветовать для **кожаной обуви** использовать пропитки и спреи для повышения влагозащитных свойств обуви, но их требуется применять периодически, поскольку действие «химии» непродолжительно. На короткое время носки в условиях мокрой осени можно найти и **изделия из замши и нубука с влагозащитной пропиткой**, сделанной на производстве. Но рассчитывать на то, что в ней можно ходить каждый дождливый день, также не стоит.



Как выбирать?

Первое, на что стоит обратить внимание при выборе обуви для долговременной носки, - **материалы, из которых она изготовлена**. Оптимальные материалы для осенне-зимнего сезона: **кожа, замша, нубук, текстиль**.

Информация о материалах должна быть на коробке или ценнике. Ее нет? Лучше отказаться от покупки. Старайтесь выбирать обувь полностью из натуральных материалов - такая и прослужит дольше, и позволит ноге «дышать». Но если такой возможности нет, купите обувь, состоящую из натуральных материалов частично. Например, чтобы подкладка была из кожи, а остальное - синтетика. Это важно и для профилактики опрелостей и грибковых заболеваний. Обувь из кожзаменителя не пропускает к ногам воздух и препятствует естественному теплообмену.

Для пасмурной погоды, но не больших луж, лучше выбирать **осенние сапоги с резиновой, поливинилхлоридной или полиуретановой подошвой**. При этом подошва должна быть жесткой и выполнять роль амортизатора.

Теперь оцените **качество изготовления** - ровные ли швы, симметричны ли все детали.

Примерять обувь лучше во второй половине дня, так как стопа к вечеру увеличивается в объеме. При примерке не нужно торопиться,





Уважаемые читатели!

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

ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№9 (189) сентябрь 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 28.09.2018 г., фактически - 14:00 28.09.2018 г. Дата выхода: 05.10.2018 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



Лауреат Губернаторской премии среди СМИ по итогам 2003 года

Почетная грамота Союза журналистов России



Благодарность от Управления Алтайского края по физической культуре и спорту

Почетная грамота Правительства Алтайского края, 2017 год



Традиционная встреча женского актива Алтайского края, посвященная Дню Веры, Надежды, Любви и матери их Софии



(Фоторепортаж из ГМИЛИКА, 28 сентября 2018 г.)