

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

6+

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№1 (193) ЯНВАРЬ 2019



Эстафета родительского подвига

«Согрей теплом родительского сердца - 2018»



Концертный зал «Сибирь», г. Барнаул, 27.12.2018 г.



10

Технологии будущего



16

Гестационный диабет: последствия для матери и плода



26

Воспалительные заболевания кишечника у детей



28

Хронический тонзиллит: от А до Я

На обложке: Валерий Владимирович ШЕВЧЕНКО, главный внештатный специалист по инфекционным болезням министерства здравоохранения Алтайского края, главный врач КГБУЗ «Алтайский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями», кандидат медицинских наук, врач-инфекционист, высшая квалификационная категория.

Фото: Лариса Юрченко.

В.В. Шевченко. Такие многоликие вирусы	2-7
Национальная программа «Здравоохранение» в Алтайском крае	8-9
ЗРЕНИЕ - ОКНО В МИР	
Л.С. Матюнина. Технологии будущего	10-11
Как страшно есть!	12-13
ДЕСЯТИЛЕТИЕ ДЕТСТВА	
Е.В. Скударнов. Комплексная терапия заболеваний мочевой системы у детей	14-15
ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА	
М.О. Парошина, Л.А. Абубакарова. Гестационный сахарный диабет: последствия для матери и плода ..	16-19
ЖИЗНЬ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	
А.Д. Кузьмина, И.А. Вейцман. Самоконтроль при сахарном диабете: от древности до современности	20-22
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ	
И.Е. Васильева. УЗИ брюшной полости: готовимся к обследованию правильно	23-24
Отличникам составили меню	25
А.И. Силинский. Воспалительные заболевания кишечника у детей	26-27
Е.Е. Сафронова. Хронический тонзиллит: от А до Я	28-29
ЗА СЧАСТЛИВОЕ ЗДОРОВОЕ ДЕТСТВО!	
Признание приходит к профессионалам	30-31
Новости здравоохранения России	31
Вкусовая палитра: семь натуральных пищевых красителей	32-33
Цветы жизни для счастья	34
Потребительское поведение: выбор россиян	34
ШКОЛА РЕАБИЛИТАЦИИ	
Е.Н. Воранкова. Перелом лучевой кости в типичном месте у пожилых людей. ЛФК в постиммобилизационном периоде	35-37
Десять экспериментов на себе	37-38
В.Б. Тихомирова. Работа без опасности	39-40
Семья - она для нас основа всех начал!	41-44



Такие многоликие вирусы

Вопросам и проблемам инфекционной безопасности посвящена вся профессиональная деятельность Валерия Владимировича ШЕВЧЕНКО, главного внештатного специалиста по инфекционным болезням министерства здравоохранения Алтайского края, главного врача КГБУЗ «Алтайский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями», кандидата медицинских наук, врача-инфекциониста высшей квалификационной категории, члена профильной комиссии Минздрава РФ по специальности «инфекционные болезни», доцента кафедры эпидемиологии, микробиологии и вирусологии АГМУ, члена международной общественной организации «Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням», Международной ассоциации специалистов в области инфекций.

Такое внушительное перечисление должностей и достижений Валерия Владимировича наилучшим образом доказывает его высокий профессионализм и ответственное отношение к обязанностям.

- Валерий Владимирович, давайте начнем разговор с работы возглавляемого вами учреждения - КГБУЗ «Алтайский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями». Какой круг задач решается день за днем коллективом Центра?

- Несмотря на все усилия и большую работу специалистов заболеваемость ВИЧ-инфекцией продолжает оставаться серьезной проблемой общества. Хотя в последнее время отмечается некоторое снижение темпов прироста новых случаев ВИЧ-инфекции, это не означает собственно снижение заболеваемости, - и за каждым случаем стоит жизнь конкретного человека.

Преждевременно считать, что человечество стоит на пороге победы над ВИЧ-инфекцией. В связи с этим на уровне Правительства Российской Федерации разработана **планомерная Стратегия по противодействию распространению ВИЧ-инфекции на территории Российской Федерации**. Каждый субъект РФ откорректировал основные направления этой работы и принял со-

ответствующую региональную программу.

Одним из основных направлений работы специалистов нашего Центра является информирование граждан по вопросам ВИЧ-инфекции и профилактики ВИЧ-инфекции. В последние годы приоритетным становится **информационно-пропагандистская деятельность по вопросам ВИЧ-инфекции**, включающая в себя масштабные информационные кампании, коммуникационные проекты, региональные и всероссийские акции, профилактическую работу в ключевых группах населения. **Цель очевидна и понятна - сформировать у населения навыки ответственного отношения к своему здоровью, безопасного в отношении заражения ВИЧ-инфекцией поведения, укрепление традиционных семейных и морально-нравственных ценностей, а также снижение дискриминации лиц, зараженных ВИЧ.**

Второе направление работы в Алтайском крае - **увеличение охвата населения медицинским освидетельствованием на ВИЧ-инфекцию**. Необходимо максимально рано выявлять ВИЧ-инфекцию. Почему? Одна из особенностей



течения этой болезни - **абсолютная бессимптомность длительное время**, то есть вирус уже присутствует в организме, но органических проявлений болезни нет, человек чувствует себя относительно здоровым. Нередко факт ВИЧ-инфекции выявляется случайно: при обследовании по поводу планового оперативного лечения или проведения диагностических манипуляций... Поэтому мы стремимся, чтобы любой человек, обратившийся за помощью в медицинскую организацию, мог обязательно обследоваться на ВИЧ-инфекцию. С другой стороны, **обязательному обследованию подлежат лица, которые имеют эпизоды рискованного поведения с возможностью инфицирования ВИЧ**: это - лица, употребляющие наркотики, практикующие незащищенный половой контакт, а также те, кто подвергается манипуляциям, сопровождающимся повреждением кожи и слизистой (процедуры пирсинга, татуажа, другие косметические или эстетические мероприятия).

Третье направление нашей работы - **максимально быстрая постановка на учет больного ВИЧ-инфекцией и, при наличии показаний, обеспечение его антирет-**



Стоп ВИЧ/СПИД!

ровирусной терапией. Пока не разработаны лекарственные препараты, позволяющие излечить человека от ВИЧ-инфекции, но есть возможность контролировать инфекционный процесс, сохраняя качество и продолжительность жизни нашего пациента. То есть пациент с ВИЧ, получающий эффективную и безопасную антиретровирусную терапию, проживет столько же, сколько среднестатистический гражданин на нашей территории. За последние три года заметно выросло число больных ВИЧ-инфекцией, получающих антиретровирусную терапию. В ближайшей перспективе их количество должно и будет увеличиваться и в этой связи важно сохранять приверженность наших пациентов к длительному, по сути, пожизненному лечению. Это логично и понятно. Назначив пациенту эффективную терапию, мы сохраняем человеку жизнь и качество его жизни и одновременно добиваемся того, что он перестает быть источником инфекции для окружающих. Это та редкая ситуация, когда одновременно решаются две проблемы.

В дополнение ко всему вышеперечисленному, важной составляющей в работе специалистов Центра является **социальная адаптация и реабилитация наших пациентов, а также оказание им социальной поддержки.**

Тем не менее, нужно иметь в виду, что ВИЧ-инфекция - это все-таки междисциплинарная проблема: в деле ее решения задействованы врачи многих специальностей - инфекционисты, эпидемиологи, акушеры-гинекологи, педиатры, терапевты, дерматовенерологи, фтизиатры... Это - особый блок работы в системе ФСИН, социальных служб, обеспечивающих сопровождение наших пациентов.

Только используя междисциплинарный и межведомственный подход, можно получить достойный результат.

- Обеспечение необходимыми препаратами пациентов невозможно без достаточного финансирования. Как решаются эти вопросы?

- При выявлении у человека ВИЧ-инфекции государством полностью обеспечивается проведение необходимых инструментальных и лабораторных исследований, антиретровирусные

ВИЧ: ЧТО ДЕЛАТЬ, ЧТОБЫ ПРОДОЛЖАТЬ ЖИТЬ

ОБЯЗАТЕЛЬНО ОБРАТИТЕСЬ В ЦЕНТР СПИДА

- Центры профилактики и борьбы со СПИДом есть в каждом регионе российской федерации.
- Медицинская помощь, включая получение антиретровирусных препаратов, предоставляется **БЕСПЛАТНО.**

НА ЗАМЕТКУ

Для постановки на диспансерный учет и получения медицинской помощи понадобятся паспорт, полис ОМС и СНИЛС.

СОБЛЮДАЙТЕ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ:

- принимайте антиретровирусную терапию (АРВТ) строго по предписанной врачом схеме
- регулярно сдавайте анализы для контроля за эффективностью терапии

ПОМНИТЕ О ЗДОРОВОМ ОБРАЗЕ ЖИЗНИ:

- откажитесь от вредных привычек: курения, злоупотребления алкоголем
- соблюдайте правила личной гигиены
- питайтесь полноценно, не злоупотребляйте диетами, ослабляющими организм

ЗНАЙТЕ, С ВИЧ МОЖНО ИМЕТЬ ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ

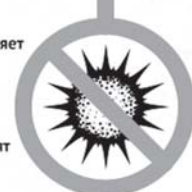
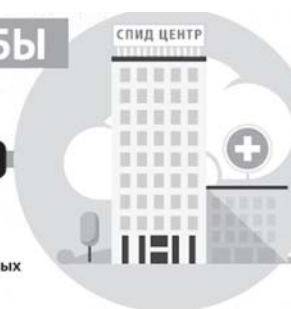
- Применение высокоэффективной антиретровирусной профилактики позволяет снизить вероятность передачи ВИЧ от матери ребенку до 1-2%.
- Терапия назначается самой женщине - в периоды беременности и родов, новорожденному - в течение первых 4 недель жизни.
- Для минимизации риска заражения ВИЧ новорожденного ребенка переводят на искусственное вскармливание сразу после рождения.

препараты пациент получает также бесплатно.

Что нам хотелось бы видеть в будущем? Увеличение охвата скринингом на ВИЧ-инфекцию населения края, повышение информированности населения в вопросах ВИЧ-инфекции и, конечно, раннее начало антиретровирусной терапии - с момента постановки диагноза. Это крайне важно. И это, безусловно, требует увеличения финансирования как за счет федерального, так и регионального бюджетов.

- Можно говорить об инфекционной угрозе, связанной с конкретной территорией Алтайского края?

- Это относится к эндемичным инфекционным болезням, которые сформировались в природе независимо от того, живет здесь человек или нет. С



Есть инфекционные болезни, которые носят сезонный характер: это - группа кишечных инфекций, ОРВИ, грипп. Это те болезни, которые не обходят стороной ни одну территорию РФ.

этим болезнями справиться радикально, так, чтобы территория края стала безопасной, - невозможно. Подобные попытки известны в истории. Но они приводили, как минимум, к экологическим проблемам, потому что циркуляция возбудителя определена особыми биологическими цепочками, нарушение которых ведет к необратимым последствиям. Таких болезней на территории Алтайского края несколько.

Во-первых, серьезный риск для здоровья и даже жизни несет в себе **клещевой вирусный энцефалит**. Его относят к группе болезней так называемых клещевых инфекций: клещевой вирусный энцефалит, иксодовые клещевые боррелиозы, клещевой сыпной тиф, эрлихиоз.

Вторая инфекционная болезнь, которая характерна для нашей территории, относится к группе гельминтозов - **описторхоз**. Употребляя в пищу рыбу семейства карповых (язь, плотва, красноперка, лещ, пескарь и т.д.), человек попадает в группу риска по данному заболеванию. Также регистрируются единичные случаи болезней, которые передаются человеку от животных: бруцеллез, лептоспироз, - ими заражаются, как правило, люди, которые в силу профессии имеют контакт с животными.

Остальные инфекционные болезни носят **сезонный характер**: это - группа кишечных инфекций, ОРВИ, грипп. Это те болезни, которые не обходят

сторону ни одну территорию Российской Федерации.

- Верно ли считать, что со временем проявления сезонных инфекционных заболеваний становятся серьезнее? К примеру, грипп, ОРВИ чаще приводят к осложнениям...

- Грипп - это всегда серьезно. При гриппе существовал в прошлые годы и существует сейчас **риск тяжелого течения и развития осложнений**. Только у каждого человека вероятность этого риска индивидуальна. Каждый год эпидемия гриппа несет в себе скрытый потенциал вреда здоровью населению и социально-экономического ущерба обществу. И поэтому от того, насколько человек готов индивидуально к периоду подъема заболеваемости ОРВИ и гриппом: физическое, эмоциональное его состояние, заблаговременно проведенная вакцинация против гриппа, информированность об этих болезнях, - зависят возможные «потери со стороны здоровья». Конечно, в данном случае имеет большое значение своевременность и качество оказания медицинской помощи.

- В связи с этим - какой обязательен алгоритм действий для заболевшего человека? Какой аргумент станет особенно весомым и доказательным, что от самолечения следует отказаться?

- Во-первых, если говорить о перспективе для своего здоровья, каждый из нас должен использовать достижения современной науки. Я говорю о специфических методах профилактики в отношении ряда опасных инфекционных болезней - о **вакцинации**. Проживая на территории, эндемичной по клещевому энцефалиту, конечно, правильней быть привитым против этого заболевания. И хотя сегодня нет возможности провести тотальную вакцинацию населения за счет национального календаря прививок, каждый человек имеет возможность привиться за счет собственных средств или средств работодателя. Плановая иммунизация против гриппа проходит каждый год, причем используется актуализированная вакцина с учетом изменений штамма вирусов. Вакцинация обязательна



Не дать инфекции шанса

для медицинских работников, детей, пожилых людей и других групп риска.

Определенным категориям граждан необходимо привиться против пневмококковой инфекции, прежде всего - детям и представителям старшего поколения с хроническими патологиями лёгких и сердца.

Если говорить в целом о месте вакцинации в нашей жизни, важно, чтобы все прививки в рамках национального календаря профилактических прививок были реализованы на территории края своевременно и в запланированном объеме.

О вреде самолечения при респираторной инфекции говорится немало, но, к сожалению, чужие ошибки человека мало учат. Правильный стереотип поведения должен быть следующим: **если вы почувствовали себя больным и в течение первых суток болезни понимаете, что организм не способен самостоятельно справиться** (сохраняется повышенная температура тела, нарастают признаки поражения органов дыхания), **нужно максимально быстро обратиться за медицинской помощью.** Следует понимать, что сложно самостоятельно сориентироваться и верно определить причину болезненного состояния. Ведь одни и те же симптомы могут возникнуть при заболеваниях вирусной, бактериальной, аллергической природы, и это может определить только врач. Начало болезни - самый важный период, когда возможно быстро оборвать инфекционный процесс и выйти из него без осложнений.

- Всем известен вирус герпеса. В публикациях о последних исследованиях доказывается, что его присутствие в организме человека приводит к заболеваниям неинфекционной природы - диабету и другим. Получается, что наш организм является постоянным полем сражений с инфекцией?

- Действительно, в настоящее время существует возможность детальной оценки воздействий различных вирусов в организме человека. К примеру, известна проблема со стороны здоровья, к которой приводят вирусы гепатита С и В. Изначально их точкой приложения, органом-мишенью, является



печень - именно здесь очевидно в перспективе развитие цирроза печени, который может привести к печеночной недостаточности и, крайнему варианту проявления, - смерти больного. С другой стороны, в последние годы мы всё чаще сталкиваемся с так называемым внепеченочным проявлением болезни, когда у пациента с наличием вируса гепатита В и/или С печень структурно находится в относительно благополучном состоянии - фиброза нет, но отмечаются клинически значимые поражения почек, поджелудочной железы, суставов и нервов и др. И это наводит на мысль, что **воздействие вирусов на организм человека многолико**, и в каждом случае надо стремиться к тому, чтобы либо максимально подавить активность вируса, либо, если возможно, излечить пациента.

Особенность герпесвирусной инфекции в том, что, попав в организм человека, возбудитель остается там навсегда - крайне редки случаи самоизлечения в острый период. Однако при длительном, латентном течении болезни существует риск прямого или опосредованного воздействия вируса на ткани и органы человека. И в перспективе - это влияние сложно контролировать. Пока используемые в лечении противовирусные препараты не настолько эффективны и хороши, чтобы гарантированно излечить пациента, но в ряде случаев они позволяют добиться уменьшения активности процесса и улучшения самочувствия человека.

Определенным категориям жителей необходимо привиться против пневмококковой инфекции, прежде всего - детям и представителям старшего поколения с хроническими патологиями лёгких и сердца.



Если так случилось, что в семье появился больной хроническим гепатитом В или С, то у него должны быть свои зубная щетка, индивидуальная бритва, маникюрный набор - этого уже достаточно, поскольку через бытовой контакт (объятия, поцелуи, слезы, общие предметы быта, одежду, посуду) - вирус не передается.

- Получается, что и состояние хронической усталости можно связать с присутствием в организме и деятельностью вирусов?

- Синдром хронической усталости, с одной стороны, является междисциплинарным понятием: терапевты, неврологи, психиатры, эндокринологи имеют свой взгляд на данную проблему. Но с тем, что к этому могут быть причастны инфекционные агенты, думаю, никто уже спорить сегодня не будет.

Вспоминаются слова моего учителя, профессора В.М. ГРАНИТОВА, который начинал свой цикл лекций по инфекционным болезням с крылатой фразы о том, что «все болезни человека можно разделить на две группы: к первой относятся инфекционные болезни, а ко второй - те болезни, которые пока ошибочно считаются неинфекционными».

- С внутрибольничной инфекцией были связаны первые случаи заражения ВИЧ. И они были достаточно резонансными... А сейчас как с этим путем распространения дело обстоит?

- Во-первых, сегодня мы больше знаем о ВИЧ-инфекции, характеристиках возбудителя, механизмах и путях передачи. Во-вторых, при оказании медицинской помощи всё чаще используются одноразовый инструментарий, современная техника обработки медицинских изделий и рук медицинских работников. Техническое оснащение профессиональной деятельности врачей в плане биологической безопасности становится лучше. Сделан шаг вперед в решении вопросов безопасности крови - проводится ее карантинизация: имеющаяся кровь не используется в лечебном процессе, пока через 6 месяцев ее донор не пройдет обследование, доказывающее, что у него нет инфекционного агента. По совокупности всё это имеет большое значение в профилактике искусственного пути передачи ВИЧ-инфекции.

- К миграции инфекционных агентов причастны и туристы. О чем нужно знать тем, кто отправляется в путешествие? Какие существуют меры безопасности, позволяющие сохранить здоровье?

- Туризм для выезжающих в южные страны Европы либо в Юго-Восточную Азию связан с конкретными инфекционными опасностями.

На первое место я бы поставил **кишечные инфекции**, поскольку природно-климатические условия оптимальны для жизнедеятельности их возбудителей. Поэтому надо понимать, что вы едите и пьете: это должна быть бутилированная или кипяченая вода, продукты, прошедшие термическую обработку.

Следующая позиция - **болезни, передающиеся через укусы кровососущих насекомых**: чаще к ним относятся лихорадка Денге, лихорадка Западного Нила. Частое и длительное нахождение в теплых странах несет риск инфицирования малярией. Например, это случалось с согражданами, работающими за рубежом длительное время. Туристы же, находящиеся в течение короткого времени на территории отелей, прибывают в относительной безопасности. Замечу, что рекомендуется такая профилактика укусов насекомых, как регулярное использование репеллентов.



Не дать инфекции шанса

Еще одна группа - **паразитарные инвазии**. Учитывая, что возбудители хорошо сохраняются в почве, на продуктах, необходимо дифференцированно подходить к выбору продуктов питания, обращать внимание на процесс их приготовления. Стоит в интересах своего здоровья ограничить «туристический аппетит», пробуя всю кухню того региона, где находитесь. Ведь и без новых, «экстремальных» вкусовых ощущений можно получить немало позитивных эмоций на отдыхе.

- Еще один вопрос - о гепатитах. Их вирусная природа делает практически каждого человека находящимся в зоне риска.

- Самыми распространенными являются гепатиты типа А, В и С. По заболеваемости гепатитом А в Российской Федерации в 2017 году отмечался подъем по сравнению с 2016 годом, но при этом не превышал среднепогодный показатель. Заболеваемость гепатитом В с 2001 года снизилась в 47 раз в результате введения тотальной иммунизации новорожденных и расширения возрастного диапазона подлежащих вакцинации - до 55 лет. Это можно считать большой победой медицины и общества над болезнью.

В структуре пациентов с гепатитами, находящихся на учете у врачей-инфекционистов в Алтайском крае, 90% составляют пациенты с хроническим гепатитом С. К сожалению, в отношении этого заболевания нет эффективного метода профилактики (вакцины), и за последние десять лет отмечается тенденция к небольшому росту заболеваемости. В то же время за последние пять лет появились препараты прямого противовирусного действия, которые позволяют более эффективно и безопасно излечивать пациента с вирусным гепатитом С в сроки от 8 до 12 недель, но такие препараты дорогостоящие. В настоящее время в Российской Федерации внедряется в практику обеспечение противовирусной терапией пациентов за счет средств ОМС. Более того - ВОЗ поставлена задача к 2030 году полностью победить гепатит С среди человечества.

- В вопросах профилактики гепатита немалое значение имеет соблюдение правил гигиены. Какие правила гигиены надле-



жат обязательному соблюдению?

- Действительно общепринятые навыки гигиены имеют значение для профилактики вирусных гепатитов, возбудитель которых передается фекально-оральным механизмом (гепатит А). Вирус попадает к человеку при несоблюдении элементарных принципов гигиены: мытье рук перед едой, механическая и термическая обработка продуктов, употребление чистой питьевой воды. Вирусы гепатитов В и С от человека к человеку передаются через кровь при повреждении кожных покровов и слизистых или половым путем. Основными факторами передачи вирусов также могут служить те предметы, которые используются в быту и потенциально могут содержать кровь. Например, если так случилось, что в семье появился больной хроническим гепатитом В или С, то у него должна быть своя зубная щетка, индивидуальная бритва, маникюрный набор - этого уже достаточно, поскольку через бытовой контакт (общие предметы быта, одежду, посуду) - вирус не передается.

- Поделитесь с читателями нашего журнала личными секретами здоровья.

- В жизни человека должна присутствовать любимая работа, любимое дело, не оставляющие времени для пустых, грустных мыслей. Когда приходит хандра, депрессия, снижается резистентность организма, что рано или поздно приводит к болезни. Нужно научиться регулировать свое настроение. По возможности - полноценный сон, рациональное питание. Физическая активность обязательна. Не игнорируйте вакцинацию. Все правила давно известны. Исполняйте - и будет вам здоровье. ☺

На круглом столе «Профилактика вирусных гепатитов и борьба с ними в РФ: проблемы и достижения» (август 2018г., Москва) говорили о том, что сегодня есть препараты, способные побороть ранее неизлечимую болезнь (гепатиты - прим.ред.). Дело - в финансировании. Россия присоединилась к программе ВОЗ по глобальному сокращению числа заболеваний вирусным гепатитом. Главные задачи общемировой стратегии внушают оптимизм: к 2020 году обеспечить лечение от гепатита В или С для 8млн. человек, а к 2030-му - сократить число новых случаев заражения на 90%.



Национальная программа «Здравоохранение» в Алтайском крае

По словам министра здравоохранения Алтайского края Дмитрия Попова, «эффективная реализация проектов зависит от консолидированного взаимодействия с органами муниципальной власти, общественными организациями и обществом в целом».

23 января 2019 года Губернатор Алтайского края **Виктор ТОМЕНКО** провел ежегодное совещание с участием глав городов и районов по теме «Основные направления деятельности муниципальных и региональных органов власти по социально-экономическому развитию Алтайского края в 2019 году».

В совещании принял участие министр здравоохранения Алтайского края **Дмитрий Владимирович ПОПОВ**. Он рассказал о роли органов местного самоуправления в реализации национальной программы «Здравоохранение», напомнив о подписанном Соглашении с региональным минздравом.

Основным результатом реализации национальной программы должно стать снижение уровня преждевременной смертности населения. До 2024 года в регионе планируется сократить общую смертность населения минимум на 5%, или сохранить около 3000 жизней, а к 2030 году - более чем на 13%, или на 6500 жизней. Достижение такого уровня смертности, по мнению министра, - задача крайне амбициозная, но с учетом достижения современных медицинских технологий, выполнимая.

«Усилий только министерства здравоохранения не достаточно. Эффективная реализация проектов зависит от консолидированного взаимодействия с органами муниципальной власти, общественными организациями и обществом в целом», - отметил Дмитрий Попов.



Министр рассказал, что региональные проекты национальной программы «Здравоохранение» направлены на повышение доступности первичной помощи, комплексное совершенствование медицинской помощи больным с онкологическими и сердечно-сосудистыми заболеваниями, включая внедрение новых медицинских и организационных технологий, устранение кадрового дефицита и внедрение полного электронного документооборота в краевых медицинских организациях.

Дмитрий Попов подробно рассказал о конкретных мерах, которые будут приняты в рамках национального проекта. При этом по каждому из региональных проектов он обозначил круг задач, при решении которых необходимо содействие органов муниципальной власти. Во-первых, - это вопросы, связанные с созданием условий для оказания медицинской помощи: благоустройство прилегающей территории медицинской организации и ее структурных подразделений, поддержание подъездных путей к ним в удовлетворительном состоянии, обеспечение работоспособности подведенных к ним технических коммуникаций. Второй, не менее важный, вопрос - создание условий для привлечения медицинских и фармацевтических работников.

Также министр здравоохранения обратил внимание участников совещания на то, что решение демографических задач невозможно без активной пропаганды ЗОЖ и мотивации населения к ведению здорового образа жизни: «Красной нитью через все проекты проходит информационная составляющая по пропаганде здорового образа жизни, реализаций которой будет возможна только за счет привлечения со стороны органов муниципальной власти информационных ресурсов: СМИ, общественных организаций, волонтеров и других. В каждом муниципалитете должна быть разработана профилактическая программа».

Яркой иллюстрацией работы по совершенствованию социальной сферы региона, которую проводят в Алтайском крае, стала передача новой автотехники для учреждений образования и здравоохранения.

Документы представителям городов и районов вручил Губернатор Виктор Томенко: «Я с удовольствием вручаю ключи и документы от автомобилей руководителям наших городов и районов. Автомобили, выставленные на централь-



Здравоохранение Алтайского края

ной площади Барнаула, увидели многие жители и гости краевого центра. Положа руку на сердце, признаюсь: я хочу, чтобы такие церемонии не становились грандиозными событиями и большими праздниками. Они должны быть хорошей, но обычной, рутинной действительностью, конструктивной обыденностью: подошло время - выделены средства и заменили автотранспорт. То есть поддерживаем достойный уровень организации нашей обыденной жизни и предоставления государственных и муниципальных услуг жителям нашего края. Сегодня, следуя сложившейся в крае традиции, я с удовольствием вручаю ключи от автомобилей».

За счет федеральных средств в регион поступило 78 школьных автобусов, стоимость каждого превышает 1 миллион рублей. За счет средств краевого бюджета дополнительно приобретены еще три транспортных средства: один автобус ПАЗ и два микроавтобуса ГАЗ. На новых автобусах, оборудованных по всем нормам и правилам технического регламента, детей будут безопасно и в комфортных условиях доставлять на учебные занятия по школьным маршрутам.

Передачу новых автомобилей учреждениям здравоохранения **Наталья Белоцкая**, врио заместителя министра здравоохранения Алтайского края, назвала значимым событием для отрасли: «В текущем году на службу скорой помощи для оказания экстренной помощи пациентам в городах и районах края заступит 69 машин класса «В» и еще 10 - класса «С», то есть реанимобилей, предназначенных для Центра медицины катастроф и его филиалов. Реанимобили предназначены для оказания экстренной помощи самым тяжелым больным, которых из районов края доставляют в медорганизации третьего уровня, где им могут оказать всю необходимую помощь, включая высокотехнологичные операции, то есть спасти жизнь пациентам. В этом году наши поликлиники, в ко-



торых действуют лицензированные и специально оснащенные кабинеты неотложной помощи, получают 24 машины «Лада Ларгус». Автомобили устроены так, что при транспортировке пациента ему также можно оказывать помощь, проводить определенные медицинские манипуляции. Это замечательное подспорье для наших участковых терапевтов, педиатров, а также службы паллиативной помощи, выездные бригады которой созданы при онкологических диспансерах и краевой детской больнице».

Новым этапом развития системы первичной медицинской помощи стало получение мобильных ФАПов, которые направили в 9 районов края - территории с наибольшим числом малых населенных пунктов, в которых проживает менее 100 человек, и в этих селах нет наших структурных подразделений. Мобильный ФАП оснащен тем же набором оборудования, что и стационарный. Его преимуществом является независимость от условий конкретного населенного пункта: непосредственно в машине можно вести осмотр детей и взрослых, проводить медицинские манипуляции. ☺



Технологии будущего

В декабре прошлого года в офтальмологическое отделение №1 КГБУЗ «Городская больница №8, г.Барнаул» приобретено современное оборудование, существенно расширяющее возможности оказания врачебной помощи при травме и болезнях органов зрения.

Также почти завершен ремонт самого отделения. Это стало возможным благодаря субсидии из краевого бюджета и участию регионального министерства здравоохранения. Затраты на ремонт отделения составили 6млн. рублей, на приобретение оборудования - 25млн. рублей.

Система офтальмологическая хирургическая Constellation Vision System и два микроскопа Karl Zeiss уже полноценно используются во врачебной практике больницы.

По словам заведующей краевым офтальмотравматологическим центром **Любови Сергеевны МАТЮНИНОЙ**, врачи готовы к работе:

- У нас большие планы дальнейшего развития отделения. В феврале наши врачи будут обучены витреоретинальной хирургии. Также мы планируем приступить к проведению операций по

трансплантации роговицы. Ранее эти операции проводились, но по законодательным моментам их проведение стало невозможным, сейчас все вопросы урегулированы. Также благодаря новому оборудованию мы можем вводить ингибиторы ангиогенеза в стекловидное тело глаза, что позволяет уменьшить отек на сетчатке, тем самым улучшить состояние большой группы пациентов. Приобретение оборудования будет продолжено - уже оформлен следующий заказ.

В состав краевого офтальмотравматологического центра входят офтальмологическое отделение №1 и кабинет неотложной офтальмологической помощи, работающий в круглосуточном режиме. За год в отделении получают лечение около 1800 пациентов, в кабинет обратились за неотложной помощью 27600 пациентов. Очевидна тенденция роста количества обращений: если пять лет назад в среднем в сутки принимали 61 человека, то в прошлом году эта цифра выросла до 75.

По статистике, половина обратившихся имеет различные травмы органов зрения, другие же приходят в кабинет с неотложными состояниями: сосудистой патологией, воспалительными заболеваниями и т.д. Центр принимает с травмами детей и жителей Алтайского края, Республики Алтай. Самыми распространенными видами травм являются контузии, ранения и ожоги. Причем, к разряду самых тяжелых травм относятся ранения, которые, как правило, сопровождаются проникновением в глаз инородных тел,



- и лечение зачастую проходит с непредсказуемым исходом. Для этой группы пациентов качество оказываемой медицинской помощи на новом оборудовании выше, так как расширяются возможности работы врача при проведении операций на переднем и заднем отрезках глаза, в частности при оперировании травматической катаракты, стекловидного тела, сетчатки, удалении металлических и неметаллических инородных тел из глазного яблока.

До появления нового оборудования, по словам Любови Сергеевны, в сложных случаях помощь оказывалась в несколько этапов: после первого этапа лечения в Центре пациент получал направление в офтальмологические клиники соседних регионов, где по квотам ему оказывалась высокотехнологичная медицинская помощь. Теперь в этом нет необходимости.

Офтальмологи больницы имеют лицензию на оказание высокотехнологичной медицинской помощи. Второй год здесь оперируют случаи травматических катаракт с установкой хрусталиков высокого качества, устанавливают антиглаукомные дренажи и т.д. Новое обо-



От чего беречь глаза зимой

Зимой многие сталкиваются с возникающими проблемами с глазами, на которых негативно сказываются разные сезонные факторы. В частности, глазам могут вредить недолгая продолжительность светового дня, снег, холод и не только.

Снег. Зимой солнечные лучи отражаются от снега и для нашего зрения могут быть ярче, чем солнце летом. Может возникать светобоязнь, при которой снижается четкость зрения. Зимой в солнечную погоду нужно обязательно носить солнцезащитные очки.

Слезотечение. В морозную погоду часто начинают слезиться глаза - к этому ведут спазмы слезных каналов, чувствительность глаз или холодовая аллергия. Не занимайтесь самолечением: только специалист сможет определить точную причину появления слезотечения.

Сухость. Зимой глаза сильно страдают из-за воздуха, который лишается влаги из-за работающего отопления. Самый высокий риск заметить подобную проблему с глазами у тех, кто долго работает за компьютером в закрытых помещениях. Необходимо увлажнять воздух, пить воду.

Недостаток естественного света. Многие зимой еще в светлое время суток сидят в помещении с искусственным освещением, что увеличивает нагрузку на глаза. Нужно больше естественного света.

Вождение. За рулем зимой глаза утомляются гораздо сильнее - сказывается комплексное влияние солнечных бликов на снегу и недостаток естественного освещения. Если возникает такая проблема, не стоит откладывать визит к офтальмологу.



рудование позволяет проводить факоэмульсификацию катаракты, оперировать передний отрезок глаза.

Новый ИАГ-лазер помогает снижать давление при бомбаже радужки, нормализовать внутриглазное давление при вторичной глаукоме, оперировать вторичную катаракту. Восстановление после операции происходит быстро - в течение 4-6 дней.

Иван Березин, житель Белоярска, обратился за помощью с травмой глаза. Его история опровергает истину о том, что в одну воронку снаряд дважды не падает. В 2009 году в результате травмы во время работы в глаз отлетела щетка - был выбит хрусталик. По словам Ивана, лечиться времени не было, жизнь продолжалась при зрении одним глазом. Накануне поступления в больницу также во время работы в невидящий глаз попадает окалина. Врачами была оказана неотложная помощь и предложено провести полное лечение глаза и восстановление зрения. В результате операции на новом оборудовании установлен новый хрусталик, всё прошло успешно, зрение восстановлено. Для операции потребовалось менее часа. Так мир восстановился во всей красоте для одного человека, благодаря профессионализму офтальмологов городской больницы №8 Барнаула. Из таких историй и складывается их ежедневный труд. ☺



Самый полезный напиток для глаз

Секрет отличного зрения даже спустя много лет предельно прост - ученые советуют ежедневно пить хороший зеленый чай.

Количество антиоксидантов и кладезь полезных витаминов делают свое дело - зрение восстанавливается и сохраняется надолго.

В частности, ученые акцентируют внимание на такие элементы, как катехины. Когда они вместе с витаминами С и Е проникают непосредственно в оболочку глаза, происходит процесс, который помогает противостоять различным глазным заболеваниям, среди которых, прежде всего, глаукома.

Интересно, что это исследование впервые указало на способности глазных тканей поглощать антиоксиданты зеленого чая, а также использовать их позитивное действие с пользой для организма. ☺



Комплексная терапия заболеваний мочевой системы у детей



Евгений Васильевич СКУДАРНОВ,

доктор медицинских наук, профессор, врач-педиатр высшей квалификационной категории, кафедра педиатрии с курсом ДПО, АГМУ

Воспалительные заболевания мочевой системы и обменные нефропатии у детей занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваний детского возраста и являются одной из актуальных проблем современной нефрологии и педиатрии.

У детей различных возрастных групп **отмечается нарастание частоты инфекций мочевых путей (ИМП) и обменных нарушений в почках**, а также отмечается **склонность к хроническому**, рецидивирующему течению. Текущая инфекция мочевой системы нередко сопутствует дисметаболическим нефропатиям. При этом **наличие мочевой инфекции может как выступать фактором кристаллообразования (уреазная активность некоторых микроорганизмов приводит к повышению рН мочи, что способствует снижению растворимости и выпадению кристаллов солей, преимущественно фосфатов), так и являться его следствием (вторичный пиелонефрит на фоне дисметаболической нефропатии, когда микробно-воспалительный процесс служит дополнительным патогенетическим фактором, - чаще при оксалатных и мочекислых обменных нарушениях).**

Патология мочевой системы в значительной мере ухудшает качество жизни детей и требует значительных материальных вложений при назначении эффективных антибактериальных препаратов для санации мочевыделительной системы у этой категории больных. По данным, распространенность ИМП в детском возрасте в РФ составляет около 18 случаев на 1000 человек. Количество больных детей с ИМП в СФО, в том числе и в Алтайском крае, соответствует данным по РФ. **Частота развития ИМП зависит от возраста и пола. У детей раннего возраста ИМП - частая тяжелая бактериальная инфекция, она наблюдается у 10-15% госпитализируемых лихорадящих больных этого возраста. До трехмесячного возраста ИМП чаще встречается у мальчиков, в более старшем возрасте - у девочек.** С возрастом после первого перенесенного эпизода ИМП **возрастает относительный риск развития рецидива.**

У значительной части детей с воспалительными заболеваниями мочевых путей и обменными нефропатиями выявляются предрасполагающие факторы: пороки развития или обструкция мо-

чевыводящих путей, другие соматические или хирургические заболевания.

Предрасполагающие факторы делятся на две большие группы - экзогенные и эндогенные.

К экзогенным относятся:

- ◆ климатические факторы,
- ◆ особенности состава питьевой воды,
- ◆ уровень солнечной радиации,
- ◆ содержание микро- и макроэлементов во внешней среде (недостаток магния, йода, избыток кальция, стронция),
- ◆ особенности пищевого режима (дефицит витаминов А, В6, РР, гиповитаминоз D, избыточное употребление продуктов, богатых белком, пуринами, щавелевой кислотой, недостаточное употребление продуктов, содержащих ненасыщенные жирные кислоты),
- ◆ недостаточность питьевого режима,
- ◆ лекарственные воздействия (сульфаниламиды, диуретики, цитостатики и другие).

Эндогенные факторы включают:

- врожденные аномалии почек и мочевыводящих путей (особенно с нарушением оттока мочи и наличием пузырно-мочеточникового рефлюкса),
- воспалительные процессы в почках и по ходу мочевых путей,
- нарушение водно-солевого обмена,
- повышенные потери воды при экстраренальных потерях,
- нарушение обмена кальция,
- увеличение всасывания кальция и оксалатов,
- другие заболевания.

У детей с ИМП преобладают вторичные формы заболевания на фоне obstructивных аномалий органов мочевой системы. Сочетание пиелонефрита с дисметаболическими нефропатиями, по мнению ряда исследователей, отмечается у более 50% больных. Поэтому, помимо рациональной диеты и приема антибиотиков и других лекарственных препаратов, особое внимание в лечении дисметаболических нефропатий и ИМП уделяют **правильному питьевому режиму.** Количество потребляемой жидкости при рассмат-



риваемой патологии рекомендуется повысить в 1,5 раза от рекомендуемого для данного возраста и массы тела, учитывая функциональное состояние сердечно-сосудистой и мочевыделительной систем. Употреблять дополнительный объем жидкости (назначаются щелочные минеральные воды) следует преимущественно во второй половине дня.

Таким образом, **выявление и лечение нефропатий на ранних стадиях - это очень важный фактор в профилактике патологических процессов мочевыделительной системы** (в первую очередь, мочекаменной болезни). Сегодня предлагаются новые и совершенствуются прежние подходы к лечению ИМП и дисметаболических нефропатий, однако проблему нельзя назвать до конца решенной.

Подавляющее количество случаев острой инфекции мочевых путей заканчивается выздоровлением - при условии проведения своевременной диагностики и лечения. Лечение ИМП должно быть направлено на достижение полной эрадикации (уничтожение) возбудителя и, по возможности, устранение патогенетических механизмов. Как правило, проводятся курсы антибактериальной терапии с учетом чувствительности выделенной флоры.

После перенесенного эпизода инфекции мочевыводящих путей необходимо наблюдение за ребенком не менее трех лет, а при рецидивирующей инфекции - в течение всего периода заболевания. При дизурических нарушениях и рецидиве мочевой инфекции необходимо повторное обследование у врача, при необходимости - проведение антибактериальной терапии.

Определенную проблему для лечения детей с ИМП имеет наличие у ребенка антибиотикорезистентности или аллергических реакций. Поэтому детям с данной патологией проводится этапное, комплексное, этиотропное

и патогенетическое лечение ИМП, которое позволяет снизить риск прогрессирования до стадии хронической почечной недостаточности.

Климатотерапия и санаторно-курортное лечение также имеют большое значение в реабилитации и восстановлении здоровья детей, причем, с различной патологией. Основные компоненты, используемые в комплексном лечении, - это термальные источники, минеральная вода и лечебная грязь.

Алтайский край - один из самобытных и богатых бальнеологическими ресурсами территорий Российской Федерации, где имеется большое количество санаториев различной направленности, предназначенных для отдыха и оздоровления детей и взрослых (Белокуриха, Яровое и другие).

Показания для проведения санаторно-курортного лечения детям с инфекцией мочевых путей и дисметаболическими нефропатиями определены приказом Министерства здравоохранения РФ от 07.06.2018г. №321н «Об утверждении перечней медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения». Причем, предпочтение отдается санаторно-курортным организациям в климатической зоне проживания пациента.

В клинической практике для лечения различных соматических заболеваний у детей и взрослых широко используются различные минеральные воды. Лучшие источники щелочных вод расположены в Грузии («Боржоми», «Саирме», «Набеглави»), Украине («Лужан-

ская», «Поляна Квасова»), России («Ессентуки №4», «Ессентуки №17», «Нарзан», «Славяновская», «Смирновская»), а также в Алтайском крае («Серебряный ключ»). Различные минеральные воды могут отличаться составом, терапевтическим действием, - неизменной остается польза для организма. К щелочным минеральным водам относятся те, которые имеют повышенный pH (7 и выше), состоят из карбонатных соединений, богаты постоянным высоким уровнем гидрокарбонатных солей, минералов (натрия, бора, фтора, кальция, алюминия и магнезии), добытые только из природных источников. Серебросодержащие воды обладают также бактерицидным, диуретическим, противоаллергическим свойствами.

Врачи рекомендуют использовать щелочные минеральные воды в качестве дополнительного терапевтического средства для устранения и предотвращения заболеваний пищеварительной, сердечно-сосудистой, мочевыводящей систем.

Проведение этапного оказания медицинской помощи (стационар, поликлиника, санаторно-курортное лечение) детям с различной соматической патологией, в том числе с заболеваниями мочевыделительной системы, является одной из задач современной педиатрии и здравоохранения в целом. Внедрение, разработка и усовершенствование методов диагностики и лечения ИМП и дисметаболических нефропатий в лечебных учреждениях, а также технологий восстанови-

тельного лечения и медицинской реабилитации больных с использованием природных лечебных факторов на базе санаторно-курортных учреждений, позволяет значительно уменьшить количество рецидивов заболевания и предупредить хронизацию процесса. Комплексная терапия заболеваний приводит к выздоровлению значительной части больных, что улучшает качество жизни детей с различной патологией. ☺





Уважаемые коллеги, наши дорогие читатели!

Желаю здоровья и благополучия вам и вашим близким в наступившем году!

Вестник Ассоциации акушеров-гинекологов Алтайского края, в рамках рубрики журнала «Школа ответственного родительства», в 2019 году продолжит публиковать статьи, адаптированные для работников первичного медицинского звена и населения края, по основным проблемам современной акушерско-гинекологической практики.

В этом году мы передаем рупор молодым специалистам - тем, кто буквально завтра придет в города и села Алтайского края, чтобы вести там врачебную практику, заниматься профилактической работой, обучением населения края медицинской грамоте.

На страницах журнала нам бы хотелось не только говорить о женских болезнях и осложнениях беременности, но и обсудить возможности сохранения репродуктивного здоровья как самих читателей, так и их потомства, - настоящего или еще только планируемого.

Мы ждем вашего отклика на публикации. Будем рады ответить на все ваши вопросы, обсудить предложения.

Старт взят, больших свершений!

С уважением, президент «Ассоциации акушеров-гинекологов»
Алтайского края, член Редакционного совета журнала С.Д. Яворская



**Мария Олеговна
ПАРОШИНА,**



**Лимда
Абдулвахидовна
АБУБАКАРОВА**

- клинические
ординаторы кафедры
акушерства и
гинекологии с курсом
ДПО, Алтайский
государственный
медицинский
университет

Гестационный сахарный диабет: последствия для матери и плода

По определению экспертов ВОЗ, сахарный диабет является проблемой всех возрастов и всех стран. В современном акушерстве отмечается рост беременных с нарушением углеводного обмена, что приводит к осложненному течению беременности и родов, негативно влияет как на мать, так и на плод.

Гестационный сахарный диабет (ГСД) - междисциплинарная проблема, так как является наиболее частым нарушением обмена веществ у беременных, с которым встречаются эндокринологи и акушеры-гинекологи.

Гестационный сахарный диабет - это заболевание, установленное впервые во второй половине беременности, характеризующееся гипергликемией, но не соответствующей критериям манифестного сахарного диабета. Частота ГСД в общей популяции разных стран варьируется от 1% до 20%, составляя в среднем 7 процентов. Подобные вариации обусловлены различиями в способах диагностики ГСД и напрямую связаны с распространенностью сахарного диабета 2 типа в отдельных этнических группах. По данным литературы, у 20-50% женщин, перенесших ГСД, он возникает и при последующей беременности, а у 25-75% - через 16-20 лет после родов развивается манифестный сахарный диабет. Кроме того, ГСД является фактором риска развития ожирения, сер-

дечно-сосудистых заболеваний и у матери, и у ее потомства в будущем.

Беременность является состоянием физиологической инсулинорезистентности, поэтому она сама по себе является значимым фактором риска нарушения углеводного обмена, и требуются единые стандарты диагностики и лечения нарушений углеводного обмена во время беременности. В связи с тем, что у большинства беременных заболевание протекает без выраженной гипергликемии и явных клинических симптомов, главные особенности ГСД - это трудности его диагностики и поздняя выявляемость.

С самых ранних сроков беременности плод и формирующаяся плацента нуждаются в большом количестве глюкозы, которая непрерывно подается плоду с помощью белков-транспортёров. В связи с этим утилизация глюкозы при беременности значительно ускоряется, что способствует снижению ее уровня в крови. Беременные женщины имеют тенденцию к развитию гипогликемии



между приемами пищи и во время сна, так как плод получает глюкозу постоянно. По мере прогрессирования беременности чувствительность тканей к инсулину неуклонно снижается, и концентрация инсулина компенсаторно увеличивается. В связи с этим повышается базальный уровень инсулина (натощак), а также концентрация стимулированного с помощью глюкозотолерантного теста инсулина (I и II фаза инсулинового ответа). С увеличением гестационного срока повышается и элиминация инсулина из кровотока. При недостаточной выработке инсулина у беременных развивается гестационный сахарный диабет, который характеризуется повышенной инсулинорезистентностью. Кроме того, для ГСД характерно увеличение содержания проинсулина в крови, что свидетельствует об ухудшении функции В-клеток поджелудочной железы, приводит к гипергликемии и прогрессированию заболевания.

О низком риске развития ГСД говорят, если женщина отвечает всем нижеперечисленным критериям:

- ее возраст младше 25 лет,
- она имела до беременности нормальный вес,
- женщина принадлежит к этнической группе с низкой вероятностью развития сахарного диабета,
- у нее нет родственников первой линии, страдающих сахарным диабетом,
- отсутствует НТГ (нарушение толерантности к глюкозе) в анамнезе,
- отсутствует отягощенный акушерский анамнез.

Однако существуют **факторы, которые увеличивают риск развития ГСД**, по крайней мере, в несколько раз:

- избыточная масса тела (ИМТ выше $25\text{кг}/\text{м}^2$) и ожирение (ИМТ выше $30\text{кг}/\text{м}^2$);
- увеличение массы тела после 18 лет на 10кг и больше;
- возраст беременной старше 40 лет;
- генетическая предрасположенность к сахарному диабету 2 типа;
- курение;
- гиподинамия;
- высока вероятность развития инсулинорезистентности во время бере-



менности у женщин с нарушенной толерантностью к глюкозе (НТГ);

- в анамнезе имеются СПКЯ (синдром поликистозных яичников) и АГ (артериальная гипертония);
- многоплодная беременность;
- применение В-адреноблокаторов или кортикостероидов (повышает риск возникновения ГСД на 15-25%);
- ГСД диагностировался при предыдущих беременностях;
- глюкозурия (наличие глюкозы в моче) во время настоящей или предыдущей беременности;
- крупный плод в анамнезе и/или гидрамнион (многоводие);
- мертворождение в анамнезе.

Согласно стандартам Американской диабетической ассоциации, женщину относят к категории высокого риска развития ГСД при выявлении у нее хотя бы одного из критериев: ожирение, отягощенная наследственность, ГСД в анамнезе, глюкозурия, СПКЯ в анамнезе.

В ряде случаев диагноз ГСД устанавливается после родов по фенотипическим признакам диабетической фетопатии у новорожденного или же вообще пропускается. Так, по данным обращаемости в научно-консультативное отделение Московского областного НИИ акушерства и гинекологии, в 50-60% случаев диагноз «гестационный сахарный диабет» ставится с опозданием на 4-20 недель. Именно поэтому во многих странах (особенно с высокой частотой сахарного диабета 2 типа в популяции) проводится активный

При недостаточной выработке инсулина у беременных развивается гестационный сахарный диабет, который характеризуется повышенной инсулинорезистентностью. Кроме того, для ГСД характерно увеличение содержания проинсулина в крови.



Если результат исследования соответствует категории манифестного сахарного диабета, беременная немедленно передается врачу-эндокринологу для уточнения типа сахарного диабета.

скрининг на выявление ГСД, который основывается на разделении беременных по группам риска и различных модификациях перорального глюкозотолерантного теста (ПГТТ). Эксперты Российской ассоциации эндокринологов и Российского общества акушеров-гинекологов в результате многократных обсуждений данного вопроса пришли к выводу о необходимости принятия в России новых критериев диагностики ГСД и других нарушений углеводного обмена во время беременности. Так был создан Российский национальный консенсус «Гестационный сахарный диабет: диагностика, лечение, послеродовое наблюдение».

Какие существуют риски при ГСД для матери:

- многоводие;
- гипертензия;
- рецидивирующая инфекция мочеполового тракта;
- родовой травматизм;
- хирургическое вмешательство во время вагинальных родов или кесарево сечение;
- повышение риска развития СД в будущем.

Риски при ГСД для плода:

- макросомия (вес более 4кг);
- повышение риска внутриутробной смерти;
- родовой травматизм;
- повышение риска постнатальной смерти вследствие незрелости лёгких, гипогликемии, гипокальциемии или гипербилирубинемии.

Диагностика нарушений углеводного обмена при беременности проводится в две фазы.

Первая фаза проводится при первом обращении беременной к врачу любой специальности (акушеру-гинекологу, эндокринологу, терапевту, врачу общей практики). На сроке до 24 недель всем женщинам в обязательном порядке проводится одно из следующих исследований:

- *глюкоза венозной плазмы натощак* (ее определение проводится после предварительного голодания не менее 8 часов и не более 14 часов). Данное исследование можно провести при проведении первого биохимического анализа крови;

- *гликированный гемоглобин (HbA1c)* с использованием метода определения, сертифицированного в соответствии с NGSP и стандартизованного в соответствии с референсными значениями, принятыми в DCCT. Исследование проводится в соответствии с «Алгоритмами специализированной помощи больным сахарным диабетом»;

- *глюкоза венозной плазмы* в любое время дня - вне зависимости от приема пищи.

Если результат исследования соответствует категории манифестного (впервые выявленного) сахарного диабета, беременная немедленно передается врачу-эндокринологу для уточнения типа сахарного диабета в соответствии с «Алгоритмами специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом». При уровне глюкозы венозной плазмы натощак более (или равно) 5,1 ммоль/л, но менее 7,0 ммоль/л, устанавливается диагноз ГСД.

Вторая фаза проводится на 24-28 неделе беременности. Всем женщинам, у которых не было выявлено нарушение углеводного обмена на ранних сроках беременности, между 24 и 28 неделями проводится ПГТТ с 75г глюкозы. Оптимальным временем для проведения ПГТТ, по мнению экспертов, считается срок 24-26 недель. В исключительных случаях ПГТТ с 75г глюкозы может быть проведен вплоть до 32 недели беременности.

После установки диагноза ведение беременной осуществляется совместно



акушером-гинекологом, эндокринологом и терапевтом.

Тест с ПГТГ проводить не следует:

- при индивидуальной непереносимости глюкозы,
- если имеется манифестный сахарный диабет,
- при раннем токсикозе беременных,
- на фоне острого воспалительного заболевания,
- при обострении хронического панкреатита,
- при синдроме резецированного желудка.

Обязательно **соблюдение диетотерапии с полным исключением легкоусвояемых углеводов и ограничением жиров**, а также нужно равномерно распределять суточный объем пищи на 4-6 приемов. Углеводы с высоким содержанием пищевых волокон должны составлять не более 38-45% от суточной калорийности пищи, белки - 20-25% (1,3г/кг), жиры - до 30%. Женщинам с нормальным ИМТ (18-24,99кг/м²) рекомендуется суточная калорийность пищи, равная 30ккал/кг; с избыточной (масса тела, превосходящая идеальную на 20-50%, то есть ИМТ = 25-29,99кг/м²) - 25ккал/кг; при ожирении (масса тела, превосходящая идеальную более, чем на 50%, ИМТ - выше 30кг/м²) - 12-15ккал/кг. Необходимы **дозированные аэробные физические нагрузки** в виде ходьбы не менее 150 минут в неделю, плавание в бассейне. Необходимо избегать упражнений, способных вызывать повышение артериального давления и повышение тонуса матки.

Обязательно **ведение беременной дневника самоконтроля** с последующим обсуждением и коррекцией с акушером-гинекологом и эндокринологом. Самоконтроль включает определение:

- гликемии с помощью портативных приборов (глюкометр) натощак, перед и через 1 час после основных приемов пищи;
- кетонурии или кетонемии утром натощак;
- артериального давления;
- шевелений плода;
- массы тела;
- ведение пищевого дневника.

В течение первых трех суток после родов необходимо обязатель-



ное измерение уровня глюкозы венозной плазмы с целью выявления возможного нарушения углеводного обмена. Необходимо информировать педиатров и подростковых врачей о контроле над состоянием углеводного обмена и профилактики сахарного диабета 2 типа у ребенка, мать которого перенесла ГСД.

Последующий мониторинг - через 6-12 недель после родов. Всем женщинам с уровнем глюкозы венозной плазмы натощак менее 7,0ммоль/л проводится ПГТТ с 75г глюкозы (исследование глюкозы натощак и через 2 часа после нагрузки) для уточнения степени нарушения углеводного обмена по категориям гликемии (норма, нарушенная толерантность к глюкозе, нарушенная гликемия натощак, сахарный диабет) в соответствии с «Алгоритмами специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом».

Своевременная диагностика нарушений углеводного обмена во время беременности, рациональное питание и физические нагрузки беременной, а при необходимости - применение инсулинотерапии, позволяют благополучно доносить беременность до срока физиологических родов и родить здорового малыша.

Немецкий диабетолог Мишель Бергер заметил: «Болезнь диабетом - всё равно, что вести машину по оживленной трассе, надо просто знать правила движения». ☺

Обязательно ведение беременной дневника самоконтроля с последующим обсуждением и коррекцией с акушером-гинекологом и эндокринологом.



Самоконтроль при сахарном диабете: от древности до современности



Анна Дмитриевна КУЗЬМИНА, студентка 3 курса лечебного факультета, научное общество молодых ученых, инноваторов и студентов (НОМУИС) по эндокринологии;



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

О сахарном диабете известно еще с древних времен, но тогда еще не существовало такого диагноза, заболевание носило название «болезни сладкой мочи». Это связано с тем, что диагностика проводилась именно по исследованию мочи.

В древнем, почти 4000-летней давности, египетском папирусе Эберса есть описание, что моча пациента выливалась на каменный паркет. Если мухи садилась на подсыхающую мочу, содержащую много глюкозы, то и ставился диагноз сахарного диабета. Аналогичный метод описан в древнеарабских рукописях: мочу больного выливали около муравейника, и если муравьи приближались к ней и задерживались надолго, то диагноз подтверждался. Такой контроль имел и прогностическое значение: чем быстрее и больше мух или муравьев приближалось к высыхающей сладкой моче, тем меньше времени жизни оставалось пациенту.

Сегодня сахарный диабет считается самым быстро распространяющимся заболеванием в мире.

Диabetологи всего мира считают обучение лиц с сахарным диабетом краеугольным камнем в достижении максимальной эффективности лечебного процесса.

Самоконтроль - образовательный инструмент, который должен использоваться в комплексе с действиями по управлению диабетом, включающими:

- обучение пациентов целям самоконтроля и технике его проведения;
- специфические рекомендации по частоте и времени проведения тестов;
- определение гипо- и гипергликемии;
- необходимые действия по нормализации состояния здоровья, обусловленные полученными результатами тестов.

Идея обучения пациентов с хроническими заболеваниями сама по себе

не нова. Во все времена находились энтузиасты, которые считали своей обязанностью не только лечить, но и учить пациента принципам лечения и правилам поведения в различных жизненных ситуациях. Впервые необходимость обучения лиц с сахарным диабе-



том самоконтролю течения заболевания в домашних условиях сформулировал в 1922 году американский эндокринолог Эллиот Джослин, указав на необходимость ежедневной самооценки состояния углеводного обмена: «В настоящее время использовать инсулин без ежедневных анализов мочи - неблагоприятно». В начале XX века ведущим и единственно точным методом самоконтроля при сахарном диабете являлось определение концентрации глюкозы в моче. В настоящее время эта оценка потеряла свою актуальность, однако на смену пришли другие методы.

Современными методами оценки гликемии являются:

- ▶ гликированный гемоглобин (HbA1c),
- ▶ самостоятельное определение уровня глюкозы крови,
- ▶ системы постоянного мониторинга глюкозы.

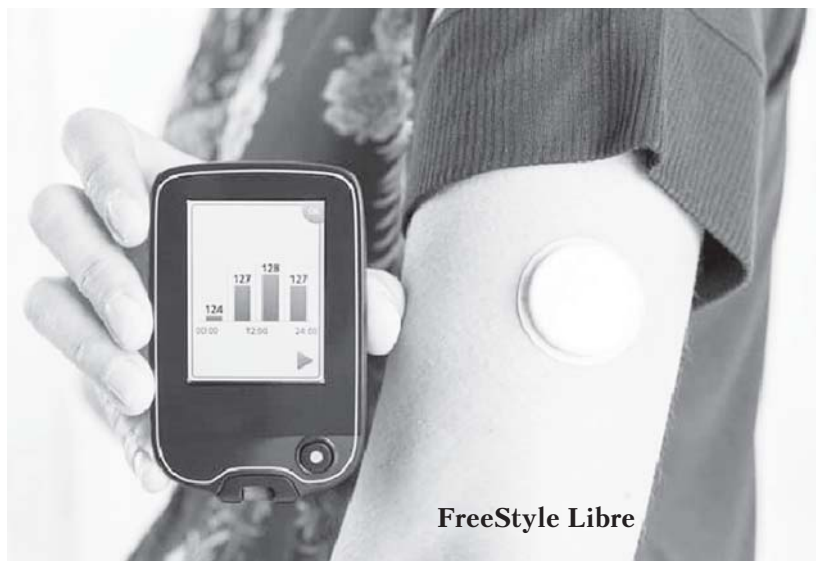


Жизнь с сахарным диабетом

Пациенту с сахарным диабетом необходимо оценивать свой уровень глюкозы не только ежедневно, но и еще дополнительно: при заболеваниях, занятиях спортом, изменении режима дня, любом нарушении самочувствия, при корректировке терапии, подозрении на ночную гипогликемию (контроль в 3 часа ночи), вождении автомобиля и употреблении незнакомой новой еды.

В 1981 году фирма «Bayer» внедрила в медицинскую практику прибор под ТМ «Глюкометр». Некоторое время спустя слово «глюкометр» (коммерческий неологизм фирмы) становится нарицательным. Через 4 года появляется **первый глюкометр с памятью**, а в 1993 году становится известной технология «капиллярного всасывания» тест-полоской, позволяющая избежать зависимости между количеством нанесенной на тест-полоску крови и результатом.

Существенной особенностью современных глюкометров, созданных на основе электрохимического метода, является применение технологии «без кодирования». До ее появления перед началом использования новой партии тест-полосок калибровка глюкометра производилась пациентами вручную: иногда не всегда точно, а иногда и не производилась вовсе (некоторые пациенты в ряде случаев просто забывали об этом). Подобные ошибки в использовании глюкометров небезопасны, так как расчет вводимой дозы инсулина зави-



сит именно от этого, а неправильно рассчитанная дозировка инсулина может привести к разной степени тяжести гипо- или гипергликемическим состояниям.

Благодаря изобретению технологии «без кодирования» возросла уверенность в точности измерений уровня глюкозы в крови, сократился риск ошибок при расчете необходимой дозы инсулина. Новое поколение глюкометров с этой инновационной технологией имеет встроенную автоматическую функцию, устраняющую необходимость этапа ручной кодировки.

С января 2018 года компания Abbott получила регистрационное удостоверение на территории РФ на **систему мониторинга глюкозы**

FreeStyle Libre. Система представляет собой тонкий гибкий стерильный волосок (длиной 5мм), который вводится неглубоко под кожу. Датчик, устанавливаемый на заднюю поверхность плеча на 14 дней, автоматически измеряет уровень глюкозы днем и ночью в межклеточной жидкости, и систематически сохраняет показания в памяти сканера на 90 дней. Для снятия показаний подносится сканер FreeStyle Libre и

Пациенту с сахарным диабетом необходимо оценивать свой уровень глюкозы не только ежедневно, но и еще дополнительно в некоторых ситуациях и состояниях.



Жизнь с сахарным диабетом

проводится над датчиком. Таким образом измерение глюкозы можно проводить безболезненным сканированием за одну секунду даже через одежду. При необходимости контроля можно подключить сканер к своему смартфону или компьютеру, где каждое измерение будет отображаться на графике.

Другим современным методом мониторинга гликемии является прибор **Glucowatch Biographer**, имеющий внешний вид электронных часов. Тест-электрод закладывается в прибор-«часы» с внутренней стороны ближе к коже. Измеряются изменения концентраций глюкозы в поте. Но при обильном поте (во время занятий спортом или, например, у детей) значения концентрации будут отклоняться от действительных. На циферблат «часов» несколько раз в минуту выводятся значения изменяющихся значений глюкозы в крови. Если концентрации глюкозы в крови выше или ниже заданных пределов, «Глюковотч» выдает резкий звуковой сигнал. Он измеряет и записывает соответствующие цифры каждые 15 минут, накапливая их в специальной книжечке. Для удобства ее просмотра можно подключиться к компьютеру и вычертить четкий график этих измерений. В настоящее время такие «умные» часы на территории нашей страны не представлены.

Анализ на гликированный гемоглобин (HbA1c) разрешит сомнения тех, чей уровень глюкозы в крови на грани нормы, и покажет истинную картину при сахарном диабете уровня глюкозы крови за последние 3-4 месяца. Срок жизни эритроцита (в среднем 120 дней) устанавливает частоту анализа, с которой нужно сдавать кровь, - 3-4 раза в год. Некоторым пациентам анализ на HbA1c назначают для диагностики диабета и преддиабетического состояния дополнительно к тесту на глюкозу в плазме крови натощак и тесту на толерантность к глюкозе. Полученный показатель измеряется в процентах.



При лечении сахарного диабета устанавливаются индивидуальные цели гликированного гемоглобина, которые зависят от возраста (молодой - до 44 лет, средний - до 65 лет, пожилой - 65+), наличия гипогликемических состояний (особенно тяжелых) и макрососудистых осложнений (то есть был ли инфаркт миокарда или инсульт у пациента).

Алгоритм индивидуализированного выбора целей терапии по HbA1c*

	Возраст		
	Молодой	Средний	Пожилой и/или ОПЖ < 5 лет
Нет тяжелых макрососудистых осложнений и/или риска тяжелой гипогликемии**	< 6,5%	< 7,0%	< 7,5%
Есть тяжелые макрососудистые осложнения и/или риск тяжелой гипогликемии	< 7,0%	< 7,5%	< 8,0%

ОПЖ – ожидаемая продолжительность жизни.

По уровню гликированного гемоглобина можно рассчитать цели глюкозы натощак и через 2 часа после еды (постприандиальный уровень).

Данным целевым уровням HbA1c будут соответствовать следующие целевые значения пре- и постприандиального уровня глюкозы плазмы*

HbA1c, %***	Глюкоза плазмы натощак/перед едой, ммоль/л	Глюкоза плазмы через 2 часа после еды, ммоль/л
< 6,5	< 6,5	< 8,0
< 7,0	< 7,0	< 9,0
< 7,5	< 7,5	< 10,0
< 8,0	< 8,0	< 11,0

При современном уровне развития медицинской техники всё большее значение приобретает важность самоконтроля уровня глюкозы. И лечение сахарного диабета осуществляется по принципу «50/50»: 50% успеха зависит от врача и здравоохранения, а 50% - от самого пациента. ☺



УЗИ брюшной полости: ГОТОВИМСЯ К ОБСЛЕДОВАНИЮ ПРАВИЛЬНО

Одним из распространенных методов диагностики внутренних органов считается ультразвуковое исследование - современный неинвазивный метод диагностики, который в различных областях медицины широко назначается больным.

Какие органы обследует УЗИ брюшной полости

При помощи ультразвукового исследования можно изучить паренхиматозные органы (лёгкие, поджелудочная железа, почки, печень и т.д.), а также те, которые наполнены жидкостью.

В основном при помощи УЗИ исследуют печень, желчный пузырь, поджелудочную железу, селезенку, желчные протоки, почки, надпочечники, мочевой пузырь. Кишечник и желудок также можно исследовать при помощи УЗИ, но, учитывая, что в данных органах присутствует воздух, - исследовать их сложно, а полученные результаты могут быть искаженными и не отвечать действительности. Поэтому для исследования желудка и кишечника лучше использовать другие методы диагностики.

Выполнение процедуры

Проводят УЗИ органов брюшной полости в положении лежа на спине. Для более точного обследования врач может попросить повернуться на правый или левый бок, сделать глубокий вдох и задержать дыхание. Для улучшения качества изображения используется ультразвуковой гель, который наносится на кожу пациента. Таким образом, происходит сканирование внутренних органов, и результаты обследования фиксируются на экране монитора.

Чтобы получить максимально полную информацию о состоянии органов, необходимо тщательно выполнять все рекомендации по подготовке к обследованию.



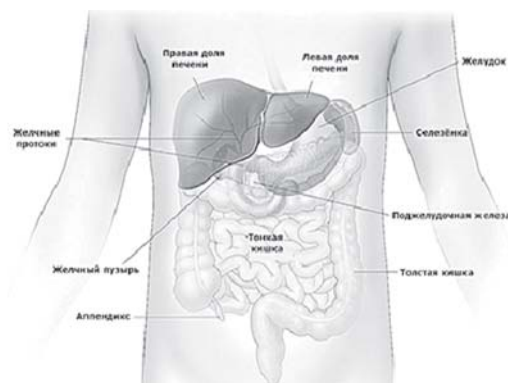
1. Не употреблять пищу и не пить жидкость за 4-5 часов до УЗИ. Можно пить воду перед диагностикой лишь в том случае, когда пациенту необходимо обследовать почки или при удаленном желчном пузыре.

2. При подготовке к исследованиям селезенки, желчного пузыря и поджелудочной железы для избавления скопления газов в кишечнике - за 3-4 дня до назначенного исследования необходимо исключить из рациона питания:

- ▶ сырые овощи, богатые клетчаткой;
- ▶ фрукты;
- ▶ бобовые;
- ▶ черный хлеб;
- ▶ цельное молоко;
- ▶ напитки с газом;
- ▶ высококалорийные кондитерские изделия.

Если имеется склонность к повышенному газообразованию, то рекомендуется прием таких лекарственных средств, как: активированный уголь, фестал, мезим-форте, эспумизан и другие.

Соблюдение диеты позволит снизить количество образуемых в кишечнике газов, тем самым даст возможность врачу хорошо осмотреть внутренние органы живота. Рекомендует-



**Ирина Евгеньевна
ВАСИЛЬЕВА,**

медицинская сестра
отделения
функциональной
диагностики, КГБУЗ
«Городская поликлиника
№3, г.Барнаул», член
ПАСМР с 2017 года



Советы медицинской сестры

▶ ся перед исследованием употреб-
лять следующие продукты:

◆ отварное, запеченное или приго-
товленное на пару мясо говядины, ку-
рятины или мясо рыбы;

◆ не более 1 куриного яйца, сва-
ренного вкрутую;

◆ каши на воде: перловая, гречне-
вая, овсяная;

◆ твердые сорта сыров;

◆ лёгкие и нежирные супы.

Питание должно быть дробным,
каждые 3 часа. В качестве напитков
можно употреблять некрепкий и не
сладкий чай или воду без газа.

3. Желательно за несколько суток
до процедуры не употреблять алкоголь-
содержащие напитки.

4. За два часа перед УЗИ не реко-
мендовано курить.

5. За несколько часов до иссле-
дования нельзя жевать жвачку и со-
сать леденцы.

6. После рентгенографии ультразву-
ковое исследование рекомендуется про-
водить через трое суток.

7. Если вы накануне исследования
принимали любые обезболивающие
средства, об этом необходимо сооб-
щить специалисту.

Подготовка к УЗИ почек

При нормальном весе подготовка к
УЗИ почек не требуется.

Избыточный вес и повышенное га-
зообразование в кишечнике затрудня-
ют выполнение ультразвуковой диаг-
ностики, поэтому в этих случаях ре-
комендуется такая же подготовка к
УЗИ почек, как и к исследованию ор-
ганов брюшной полости.

Подготовка к УЗИ мочевого пузыря и малого таза (абдоминально)

В день обследования за 1 час до
исследования выпить 1-1,5 литра жид-
кости (для наполнения мочевого пу-
зыря) и не мочиться.

При помощи ультразвукового иссле-
дования можно выявить следующие
заболевания или нарушения:

▶ камни в желчном пузыре;

▶ изменения в строении печени: жи-
ровая дистрофия печени, гепатит раз-
ной этиологии, цирроз или другие па-
тологические новообразования добро-
качественного или злокачественного
происхождения;

▶ увеличение или изменение лим-
фоузлов брюшной полости, которые ча-
сто реагируют на безвредные бакте-
рии или вирусы;



▶ утолщение стенок желчного пу-
зыря;

▶ нарушения в строении органов
брюшной полости, которые произош-
ли в результате механических повреж-
дений;

▶ воспаление поджелудочной же-
лезы: панкреатит;

▶ увеличение селезенки.

Когда УЗИ противопоказано

Преимущество УЗИ брюшной по-
лости в том, что оно имеет мини-
мум противопоказаний к обследо-
ванию.

Ультразвуковое исследование счи-
тается безопасной диагностикой, по-
этому не имеет ограничений к про-
ведению.

**Лучше не проводить диагностику
в следующих случаях:**

● если нарушены правила подго-
товки к процедуре, что может иска-
зить результаты исследования;

● при наличии обширных ожогов,
дерматологических болезней на об-
ласти живота. Такие поражения созда-
ют помехи для тесного контакта дат-
чика с кожей и доставляют болезнен-
ные ощущения пациенту;

● если у пациента наблюдается
скопление газов в кишечнике. ☹

**Ультразвуковое
исследование счита-
ется безопасной
диагностикой,
поэтому не имеет
ограничений
к проведению.**



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



Воспалительные заболевания кишечника у детей



Алексей Иванович СИЛИНСКИЙ,
заведующий
эндоскопическим
отделением, врач-
эндоскопист, высшая
квалификационная
категория, КГБУЗ
«Алтайский краевой
клинический центр охраны
материнства и детства»

Об воспалительных заболеваниях кишечника в детском возрасте среди населения известно очень мало, потому что они встречаются не так часто, как другие болезни пищеварительного тракта.

В мире насчитывается около пяти миллионов человек, страдающих **воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК)**. Они ежедневно справляются с болью и другими неприятными симптомами, которые существенно ухудшают качество их жизни. В то же время распространенность ВЗК быстро увеличивается, особенно среди лиц молодого возраста, что не может не тревожить врачей.

«Воспалительные заболевания кишечника» - это общий термин для группы хронических болезней, характеризующихся деструктивными неспецифическим иммунным воспалением стенки кишки.

В последние годы отмечается существенный рост и омоложение этой патологии, в 25% случаев заболевание начинается в детском и подростковом возрасте, и именно в детстве у пациентов чаще всего появляются тревожные симптомы.

Несмотря на успехи, достигнутые в понимании сущности процесса, диагностике и лечении, проблема всё же далека от окончательного решения.

К воспалительным болезням, при которых поражается кишечник, относятся болезнь Крона и язвенный колит. Эти заболевания входят в число наиболее сложных и серьезных проблем как детской, так и взрослой гастроэнтерологии.

Для них характерны:

- ▶ тяжелое течение процесса;
- ▶ частые рецидивы болезни;
- ▶ нередко развитие осложнений местного и системного характера;
- ▶ неблагоприятное течение процесса и инвалидизация заболевшего;
- ▶ повышенный онкологический риск.

Частота встречаемости неспецифического язвенного колита остается стабильной на протяжении последних десятилетий, чего нельзя сказать о болезни Крона - заболеваемость ею неуклонно растет с каждым годом. Причем

наиболее высокие цифры заболеваемости отмечаются в экономически развитых странах. Также заболевания чаще встречаются у населения, проживающего в северных широтах. Болезнь Крона чаще диагностируется у мальчиков, а язвенный колит встречается одинаково часто у детей обоих полов.

Болезнь Крона - это хронический воспалительный процесс, который может поражать любой отдел пищеварительного тракта от ротовой полости до прямой кишки. Слизистая оболочка пищеварительного тракта поражается прерывисто и захватывает всю стенку кишки, образуются глубокие язвы и воспалительные инфильтраты. Процесс может осложниться образованием свищей и стриктур, абсцессов в перианальной области, кровотечением.

При язвенном колите преимущественно поражается слизистая оболочка толстой кишки - поверхностно, но на всем своем протяжении, на ней образуются язвы и эрозии.

На сегодня нет однозначной гипотезы о том, что служит причиной возникновения болезни Крона или язвенного колита. Есть предположение, что в развитии заболевания играет роль изменение кишечной микрофлоры, в том числе из-за перенесенных кишечных инфекций. Выдвинута гипотеза и об участии определенных продуктов в поддержании воспалительного процесса.

Другое предположение касается генетической предрасположенности к ВЗК. Однако для того, чтобы эта предрасположенность реализовалась, и возникло само заболевание, необходимо воздействие на организм человека ряда внешних факторов, к которым гипотетически относятся:

- отсутствие грудного вскармливания;
- проблемы в перинатальном периоде;
- избыточное употребление рафинированного сахара;



Десятилетие детства

- недостаточное употребление в пищу фруктов и овощей, омега-3 жирных кислот;

- использование нестероидных противовоспалительных средств, и другое.

При ВЗК «запускается» каскад иммунологических реакций, которые ведут к хронизации процесса.

Согласно современным данным, большинство детей с ВЗК - это подростки, средний возраст которых составляет 12 лет. Реже заболевание встречается у детей моложе 7 лет, но встречаются единичные случаи заболевания детей даже в возрасте до 1 года.

Симптомы ВЗК неспецифичны, что может стать причиной затянутой диагностики болезни. Однако у большинства пациентов, страдающих ВЗК, **можно отметить общие схожие симптомы**:

- ▶ отставание в росте и развитии,
- ▶ недостаток мышечной массы и подкожно-жирового слоя,
- ▶ снижение тургора тканей,
- ▶ задержка полового созревания,
- ▶ нарушение процессов минерализации костной ткани.

Причем, эти симптомы могут быть единственными длительное время.

У детей, страдающими воспалительными болезнями кишечника, **отмечаются схожие проблемы нутритивного статуса** (это комплекс клинических, антропометрических и лабораторных показателей, характеризующих количественное соотношение мышечной и жировой массы тела пациента).

К ним относятся:

- дефицит массы тела;
- дефицит белка, макро- и микроэлементов;
- недостаток энергетических субстратов;
- другие симптомы неблагополучия «в животе»;
- повторяющиеся боли в животе без видимой на то причины;
- хроническая диарея (часто с кровью, в том числе скрытой);
- симптомы анемии (бледность кожи и слизистых, тахикардия,



ломкость волос и ногтей и другое);

- изменения в перианальной области, которые часто ошибочно принимают за геморроидальные узлы;
- необъяснимое повышение температуры тела;
- похудание;
- кожные проявления (например, узловатая эритема);
- воспалительные процессы в суставах.

Это - лишь некоторые симптомы, которые часто наблюдаются при воспалительных заболеваниях кишечника. Есть и другие, более редкие.

На основании имеющихся жалоб и симптомов поставить точный диагноз невозможно. Основным методом диагностики ВЗК являются **эндоскопические методы исследования**. При помощи специальных гибких приборов (эндоскопов) осматривается слизистая оболочка для выявления изменений, характерных для ВЗК (кровоточивость, наличие эрозий, язв, стриктур), и взятия биопсии (кусочка слизистой оболочки для микроскопического исследования).

Эндоскопическое обследование включает в себя эзофагогастродуоденоскопию (исследование пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки) и ректосигмоколоноскопию (исследование толстой

кишки и конечных отделов тонкой кишки). Результаты исследований позволяют установить локализацию и тяжесть патологического процесса или же исключить наличие ВЗК.

Лечение ВЗК - процесс длительный и непрерывный. Необходимо не только купировать острые проявления болезни, но и постараться как можно более длительное время удерживать ребенка в ремиссии. Применяется лекарственная терапия, диетотерапия и даже психотерапия. В каждом конкретном случае тактика лечения и ведения ребенка с ВЗК выбирается врачом индивидуально, с учетом всех особенностей проявления заболевания, распространенности и выраженности поражения кишечника, наличия сопутствующих заболеваний и осложнений, что в большинстве случаев позволяет добиться у ребенка благоприятного течения ВЗК.

Предупредить заболевание практически невозможно, однако важно не забывать следить за здоровьем детей, регулярно обследоваться и, в случае возникновения каких-либо симптомов, сразу обращаться к специалисту, чтобы вовремя взять болезнь под контроль и не допустить осложнений. ☺



Хронический тонзиллит: от А до Я

Частые ангины, бесконечные ОРВИ и ОРЗ могут привести к хроническому тонзиллиту. Те, кто не знает, что это за заболевание, - счастливые люди, поскольку этот диагноз, как правило, является поводом для удаления небных миндалин.

Всегда ли лечение хронического тонзиллита требует хирургического вмешательства? Или можно обойтись консервативными методами? Об этом и многом другом рассказывает врач-оториноларинголог первой квалификационной категории Диагностического центра Алтайского края **Елена Евгеньевна САФРОНОВА**.

- Есть бытовательское мнение, что диагноз «хронический тонзиллит» ставят человеку, который недостаточно берег свое здоровье. Например, как сейчас модно, ходил в расстегнутом пальто, без шапки, - и в результате заболел ангиной, которая затем «переросла» в хронический тонзиллит. Расскажите, действительно ли в

этом есть доля правды и что всё-таки значит диагноз «хронический тонзиллит»?

- Хронический тонзиллит - это заболевание, которое характеризуется развитием постоянного воспалительного процесса в небных миндалинах, а течение заболевания сопровождается сменой периодов ремиссии обострениями. Как правило, действительно, заболевание развивается после перенесенной ангины и других инфекционных болезней, сопровождающихся воспалением слизистой оболочки небных миндалин.

Однако мы не можем говорить, что хронический тонзиллит возникает из-за того, что человек не заботился о своем здоровье. Ангина может развиваться, например, и потому, что человек имеет низкий иммунитет. Привести к пора-



жению миндалин инфекцией могут привести аллергия, воспаление в носовых пазухах, искривленная носовая перегородка и даже кариес, заболевания десен.

По общемировой статистике, около 3% пациентов вообще не перенесли ангины, непосредственно перед тем как заболеть хроническим тонзиллитом.

- А каковы его симптомы?

- Хронический тонзиллит имеет яркие клинические проявления в период обострения, при этом в периоды ремиссии может почти не проявлять себя.

В периоды обострений **повышается температура тела** - иногда она поднимается до 39 градусов, **увеличиваются лимфоузлы**, появляется **острая боль в горле**, которая иногда настолько сильна, что человек едва может глотать. **Неприятный запах изо рта и белый «творожистый» налет на горле** также свидетельствуют о хроническом тонзиллите.

В продолжение первого вопроса замечу, что обострения этого



заболевания, как правило, случаются очень часто. Пациенту хватает самого небольшого переохлаждения (сквозняк, промоченные ноги), чтобы болезнь вновь проявила себя в полную силу.

- Что происходит в нашем организме при возникновении хронического тонзиллита?

- Нёбные миндалины нужны нам для того, чтобы защищать организм от патогенных микроорганизмов, которые могут попасть в нижние дыхательные пути. В норме на миндалинах всегда присутствуют как непатогенная, так и условно-патогенная микрофлора, при этом она находится в таком количестве, что не вызывает никаких воспалительных процессов. Но как только этот баланс нарушается, происходит резкий рост бактерий, и, как следствие, - возникает ангина.

Если воспаления становятся затяжными и происходят часто, то процесс сопротивления инфекции в миндалинах ослабевает, то есть они начинают не справляться со своими функциями защиты, утрачивают способность самоочищения и уже сами выступают источником инфекции. Тогда и развивается хроническая форма - тонзиллит.

- Кто находится в зоне риска, и в каком возрасте чаще всего встречается тонзиллит?

- Это заболевание встречается у детей (старше 5 лет), подростков и взрослых (примерно до 30 лет).

- Когда врач ставит диагноз «хронический тонзиллит»?

- Он выставляется при частых ангинах, которые возникают до 2-3 раз в год и чаще. А также при наличии гнойных «пробок», увеличении отдельных регионарных лимфоузлов.

- Есть ли разница в том, как протекает хронический

тонзиллит у детей, и у взрослых?

- Нет, принципиальной разницы нет.

- Какие могут возникнуть осложнения?

- Отсутствие терапии может привести не только к серьезным местным осложнениям, таким, как паратонзиллярный абсцесс, но и к поражению внутренних органов: почек, сердца, суставов.

- Существуют ли эффективные нехирургические способы решения данной проблемы с воспаленными миндалинами или же операция является единственным выходом?

- Лечение хронического тонзиллита может быть хирургическим и консервативным. Естественно, что оперативное вмешательство - это крайняя мера, потому что, как мы уже говорили, миндалины выполняют защитную функцию, берегут наш организм от инфекций. Врачоториноларинголог в первую очередь старается вылечить пациента медикаментозно. Только в том случае, если консервативное лечение не помогает, нужно удалить миндалины.

- Какие методы диагностики и лечения хронического тонзиллита используются в Диагностическом центре Алтайского края?

- Больного осматривает врачоториноларинголог, проводится сбор анализов, берется мазок с поверхности миндалин на определение микрофлоры, возможно эндоскопическое обследование.

- Можно ли избавиться от хронического тонзиллита раз и навсегда?

- Считается, что полностью вылечить хронический тонзиллит нельзя, но можно добиться стойкой ремиссии, когда обострения у человека случаются не чаще 1 раза в три года. ☺



На заметку

Опасные продукты

Ряд привычных продуктов может спровоцировать обострение симптомов тревожности, вплоть до появления панических атак. Избежать этого можно, увеличив потребление белка, сократив при этом в рационе количество сахара и углеводов.



Употребление большого количества чая или кофе повышает уровень адреналина, норадреналина и кортизола в крови, что может вызывать появление чувства «нервности» у взрослых, не имеющих проблем с психическим здоровьем. Однако если человек сам по себе склонен к беспокойству, тот же кофеин может и вовсе довести его до панической атаки.

Предупредить такие состояния поможет правильно составленный рацион, содержащий продукты с аминокислотой триптофан: низкий ее уровень способствует снижению выработки серотонина в мозге, что и провоцирует беспокойство, депрессию, бессонницу и другие расстройства настроения. Среди полезных продуктов с триптофаном - яйца, рыба, бананы, шпинат, овес, семена тыквы и кунжута. Кроме того, среди снижающих тревожность продуктов исследователи выделяют кефир, соленые огурцы, квашеную капусту, фасоль, овощи, фрукты, орехи и специи с антиоксидантными и успокаивающими свойствами (куркума и имбирь).

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



Признание приходит к профессионалам

Победа в российском конкурсе и присвоение Юлии Владимировне МИЛЛЕР звания «Лучший неонатолог России» - такова на данный момент оценка профессионального уровня заместителя главного врача по педиатрической помощи КГБУЗ «Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства».

Однако по признанию самой Юлии Владимировны, с большими волнениями связана ее победа на другом, региональном, конкурсе:

- Победить в своем регионе намного труднее, потому что осознаешь высокий уровень работы коллег. Российский конкурс скорее оценивает состояние неонатологии в регионе. Если понимают, что и здесь трудятся профессионалы, тогда победа возможна.

В течение десяти лет Юлия Владимировна возглавляла отделение патологии новорожденных и недоношенных детей №1 Алтайской краевой клинической детской больницы. Именно за эти десять лет Ю.В. Миллер удалось добиться значимых результатов не только в выхаживании недоношенных детей с экстремально низкой массой тела, но и сформировать коллектив, способный работать как единый механизм:

- В отделении сложилась система обучения и наставничества, молодые врачи, медицинские сестры никогда не были предоставлены сами себе. В результате выстроена командная работа, и я, как руководитель, была спокойна за отделение и получила возможность заниматься не только лечебной работой. Мы стали «Больницей, доброжелательной к ребенку», открыли школу для мам недоношенных детей, ежегодно организуем мероприятия ко Дню защиты детей, Всемирной неделе

поддержки грудного вскармливания, Международному дню недоношенного ребенка. К этому можно прибавить написание статей, организацию и проведение конференций. Все эти направления работы подчинены одной задаче: малыши и мама должны получить качественную помощь. Выписавшись из отделения и вернувшись даже в самое отдаленное село края, женщина должна знать, как помочь ребенку в случае экстренной ситуации до приезда врача. Поэтому так важно было поддержать инициативу благотворительного фонда помощи недоношенным детям «Право на чудо» - участвовать в организации бесплатной «горячей линии», работающей на всей территории России.



Особенность многих инициатив, родившихся благодаря энергии и профессионализму Юлии Владимировны Миллер, состоит и в том, что сами идеи, казалось бы, очевидны и востребованы. Но это понимаешь только тогда, когда они воплощены в жизнь.

Когда говорим о победе в российском конкурсе руководителя любого уровня, очевидно, что она невозможна без слаженной работы коллектива. Лучшим подтверждением этому является одновременное признание в конкурсе профессиональных достижений работы старшей медицинской сестры отделения **Елены Викторовны КОТЕЛЬНИКОВОЙ**. Ее профессиональный стаж составляет 35 лет, в отделении патологии новорожденных работает с 1995 года:

- Работать с недоношенными детьми непросто. Пока ребенок находится в отделении, он постоянно под наблюдением - и днем, и ночью. Однако все трудности и переживания забываются, когда видим, как на наших глазах подрастают ребятки, справляют-



ся с заболеваниями, догоняют в развитии сверстников. Каждую мамочку учим правилам ухода за малышом, ведь от этого многое зависит, помогаем женщинам преодолеть состояние глубокого стресса от того, что вопреки ожиданиям малыш появился слишком рано на свет.

Юлия Владимировна добавляет:

- Елена Викторовна - прекрасный, добрый, ранимый человек. И при этом может жестко потребовать с подчиненных исполнения обязанностей, буквально держит сестринский коллектив в ежовых рукавицах. Поэтому когда произошло объединение двух отделений патологии недоношенных детей, вопрос о том, кто будет старшей медсестрой, не стоял. У нас много благодарностей от мам детей, которых выхаживаем, есть альбом с фотографиями выпускников. В год через отделение проходят 350 человек. И каждый случай - индивидуален.

Сейчас у Юлии Владимировны - новая должность, мы поговорили и об этом:

- Зона ответственности выросла в разы: теперь под моим руководством работают два отделения реанимации, отделение новорожденных и два отделения патологии новорожденных и недоношенных детей. Это уже не 30 коек отделения! Ближайшая задача - сформировать отделение реанимации, набрать штат сотрудников, скоординировать работу всех отделений. С объединением трех лечебных учреждений и формированием Алтайского краевого клинического центра охраны материнства и детства возможности для выхаживания недоношенных детей, лечения патологий развития и заболеваний намного больше. Теперь вся работа врачей будет сосредоточена на одной площадке, медицинская помощь максимально приближена к ребенку. И это повышает ее результативность. ☺

Буханка-антистресс

Ученые из Южно-Уральского госуниверситета разработали и запатентовали новый вид хлеба. Он «запрограммирован» так, чтобы поддерживать иммунитет человека, снижать риски сердечно-сосудистых и других заболеваний.



Его «фишка» - в специальной добавке: фукоидан - это полезное вещество, которое добывают из бурых морских микроводорослей. Фукоидан выступает перхвачником активных форм кислорода, с которыми связывают и нарушения в работе иммунитета, и образование раковых клеток, и процессы старения. Рекомендуемая доза фукоидана для взрослого человека - 100 мг в сутки. Ученые разработали технологию производства хлеба с этой добавкой: сделали так, чтобы ее полезные вещества не исчезли в процессе выпечки. Завтракая таким хлебом, можно получить необходимую дозу йода, кальция, селена, магния, витаминов.

Вымирающие страны из-за питания

Немецкие исследователи проанализировали данные с 1990 по 2016 годы. И зафиксировали в странах СНГ самую высокую смертность из-за неправильного питания.

На первом месте оказался Узбекистан, где жертвами пищевых привычек стали 394 человека на 100 тысяч населения. Далее следуют - Туркмения, Киргизия, Украина, Молдавия, Азербайджан, Белоруссия, Таджикистан и Казахстан.

Список стран, где люди следят за питанием, употребляя большое количество овощей и ограничивая себя в жирном мясе и быстрых углеводах, возглавили Испания, Израиль и Франция. В этих государствах от нездоровых пищевых привычек умерло от 43 до 46 человек на 100 тысяч.

Как сберечь клетки при инсульте

Томские ученые совместно с коллегами из США обнаружили, как снизить риск негативных последствий после инфаркта и инсульта.



Исследователи занимаются поиском соединений-ингибиторов для блокировки или замедления работы ферментов, запускающих процесс смерти клеток в сердце и в мозге при сердечно-сосудистых заболеваниях. Для каждого фермента или их группы можно подобрать уникальный ингибитор - как ключ к замку. Сначала ученые смоделировали соединения, которые теоретически могут стать таким «ключом», синтезировали их, а затем методом молекулярной «стыковки» проверили их совместимость.

В процессе экспериментов исследователи установили, что несколько новых соединений продемонстрировали высокую биологическую активность. Например, производное триптантрина - из плодов южноамериканского «пушечного дерева». Триптантрином уже заинтересовались ученые-фармакологи. В перспективе природный алкалоид может стать основой специфического противоишемического препарата с минимумом побочных эффектов. ☺



Перелом лучевой кости в типичном месте у пожилых людей.

ЛФК в постиммобилизационном периоде

В связи с наличием у больного болевых ощущений, отечности и отсутствием прочной консолидации отломков наиболее удобным и правильным исходным положением для выполнения физических упражнений следует считать положение руки на поверхности стола с тонкой подушкой под предплечьем.

Комплекс лечебной гимнастики начинаем с элементов самомассажа: поднять больную руку вверх, медленное поглаживание больной руки здоровой рукой в направлении - от кисти к плечевому суставу).

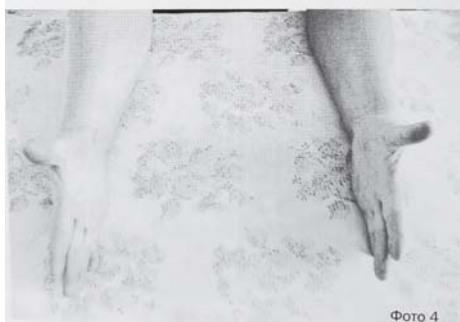
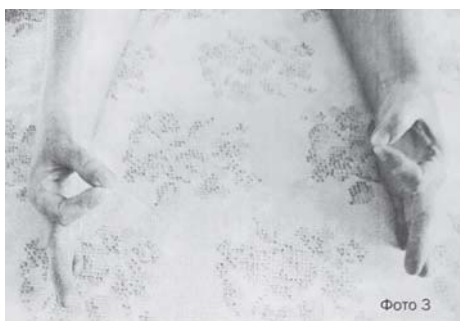
Разогреваем руки трением ладоней, чтобы они были теплыми.

После каждого упражнения руки надо встряхнуть, чтобы убрать, снять с них напряжение.

Каждое упражнение повторяем 4-6-8 раз.

Все упражнения обязательно выполняются симметрично здоровой и больной рукой в медленном темпе.

Количество повторений, амплитуду движений, степень силового напряжения следует увеличивать постепенно, ориентируясь на усталость мышц больной руки (резкие болевые ощущения недопустимы).



После каждого 2-3-го упражнения повторяем элементы самомассажа.

Если упражнение не удастся выполнить, можно помогать здоровой рукой.

Комплекс упражнений. Щадящий

двигательный режим

И I - сидя за столом, предплечье и кисть лежат на столе. Развести пальцы врозь и соединить вместе, не отрывая ладонь от стола (*фото 1 и 2*).

И II - сидя за столом, предплечье и кисть лежат на столе, ладони развернуты друг к другу. Соединение большого пальца с остальными поочередно. После каждого соединения отводить большой палец вверх (*фото 3 и 4*).



**Елена Ивановна
ВОРАНКОВА,**

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



Школа реабилитации

ИП - сидя за столом, предплечье и кисть лежат на столе. Отведение и приведение кисти сначала внутрь, затем наружу. Ладонь от стола не отрывать (фото 5 и 6).



Фото 5



фото 6

ИП - сидя за столом, предплечье и кисть лежат на столе. Поднять кисть от стола вверх, не отрывая предплечье. Здоровая рука обязательно работает на полный объем (фото 7).



Фото 7

ИП - сидя за столом, опираясь на локти, руки подняты вверх (фото 8). Соединить ладони, согнуть и разогнуть кисть с помощью здоровой руки (фото 9).



Фото 8



Фото 9

Стремиться развести локти как можно шире, не разъединяя ладоней (фото 10).



Фото 10

ИП - сидя за столом, опираясь на локти, руки подняты вверх. Соединить пальцы, разъединив ладони. Поочередно разгибать пальцы и соединять их в щепотку (фото 11, 12).

ИП - сидя за столом, кисть больной руки зафиксирована на краю стола здоровой рукой. Разгибать и сгибать предплечье, отводить и приводить, не отрывая ладони от стола. Круговые движения предплечьем (фото 13, 14, 15, 16).

ИП - сидя за столом, предплечье и кисть лежат на столе. Супинация и пронация предплечья: ладони повернуть вверх, затем вниз. Плечи максимально расслабить, локти не смещать. При переломах со смещением это упражнение исключается (фото 17).

После каждого упражнения руку необходимо ослабить и сделать отточный массаж от кисти к локтю и от локтя к плечу по ходу лимфососудов (фото 18, 19).

Гимнастика выполняется не более 2-3 раз в день.

Также в этот период показаны физические упражнения в теплой воде (температура до +34°C) - активные движения кистью и пальцами. Сжимание губки, валика из поролона, мягкого резинового

мяча помогает ориентировать направление движений пальцев в воде и добиться их лучшего сгибания.

На всем протяжении реабилитационного периода применяется **физиотерапевтическое лечение** (при отсутствии противопоказаний), **массаж**.

Если все упражнения, входящие в комплекс ЛФК, при переломе предплечья будут выполняться большим систематически, то функции поврежденной конечности восстановятся приблизительно через 1,5-3 месяца (зависит от сложности перелома и смещения отломков), а полностью трудоспособной рука становится через 4-6 месяцев.

Ношение тяжести в руке в этот период ограничены - не более 0,5 килограмма. При поездке в транспорте необходимо зафиксировать руку эластичным бинтом, поскольку при резком торможении можно инстинктивно схватиться большой рукой за поручень и повредить сустав.



Фото 11



Фото 12

В более поздние сроки (2-2,5 месяцев после травмы) для дальнейшего увеличения амплитуды движений в суставах и для укрепления мышц руки могут быть использованы **упражнения со снарядами**:

◆ серия упражнений в бросании и ловле различными способами малого резинового мяча,

◆ перекачивание по столу медицинболла весом 1-2кг,



◆ пронация и супинация предплечья с использованием гимнастической палки.

При этом необходимо учитывать, что усилие, развиваемое больным, может зависеть не только от веса, но и от способа удерживания снаряда; например, наиболее легко больной производит пронацию и супинацию предпле-



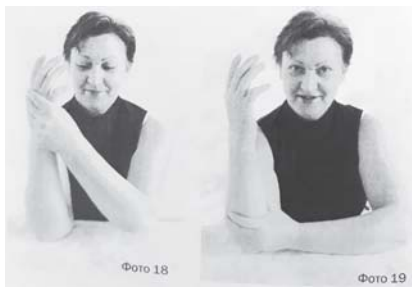
чья, удерживая палку за середину, труднее - за верхний конец и, особенно, за нижнюю часть. В этот же период могут быть применены движения предплечьем при фиксированной кисти, которые в связи с изменением характера костного рычага оказывают более интенсивное действие на сустав. Спе-



циальные упражнения должны сочетаться с общеукрепляющими: движения симметричной верхней конечностью, упражнения, укрепляющие мышцы спины.

Параллельно с лечебной гимнастикой должна использоваться трудотерапия - работа на ручной швейной машине, наматывание ниток на клубок (сопровождается круговым движением в лучезапястном суставе), склеивание конвертов (связанное с пронацией и супинацией предплечья в момент разглаживания бумаги) и т.д.

Для активизации функции руки в ранние сроки после прекращения иммобилизации можно использовать работу с клавиатурой компьютера или с планшетом. При возникновении умеренной боли в зоне перелома на время занятия можно наде-



вать лёгкий бандаж, что ограничивает движения в лучезапястном суставе и не препятствует работе пальцев травмированной кисти.

Если человек, получивший травму, выполняет рекомендации врача ЛФК в полном объеме, то утраченная функция конечности восстанавливается быстрее. Всегда есть две категории людей: одни начинают работать и верят в успех, другие - берегут руку либо сами себе назначают упражнения, которые ни к чему не приводят.

Совет может быть только таким: реабилитация должна быть своевременна, под контролем специалиста, и тогда она приведет к полному восстановлению утраченных функций. ☺

Десять экспериментов на себе

История знает немало медицинских открытий, ради которых ученые были готовы рискнуть собственной жизнью.

Изучение тифа

Российскому врачу Григорию Минху удалось доказать, что кровь больных, страдающих тифом, заразна.

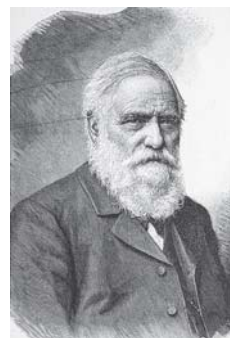


25 апреля 1874 года Минх сделал на запястье своей руки стеклом пробирки, где хранилась зараженная кровь...

Первый приступ у ученого начался через несколько дней, но в какой-то момент он даже засомневался: точно ли это тиф (а не бронхит, к примеру)? Однако дальнейшее развитие болезни доказало его правоту. К счастью, сам эксперимент закончился благополучно - ученый выздоровел.

Победа над холерой

Основной вклад в борьбу с этой болезнью внес, конечно же, Роберт Кох. Но, пожалуй, самый громкий эксперимент над собой принадлежит немцу Максиму Петенкоферу.



К тому времени Кох уже открыл холерный вибрион (вид подвижных бактерий), однако Петенкофер считал, что дело не в бактериях, и указывал на территориальные и временные при-

коса. Он считал, что дело не в бактериях, и указывал на территориальные и временные при-



Работа без опасности

Профпатология является разделом медицины, который занимается изучением заболеваний, развивающихся из-за воздействия вредных факторов, связанных с профессиональной деятельностью человека.

К таким факторам относятся:

► *химические вещества* (производства в городах Бийске, Заринске; работники сельского хозяйства, контактирующие с ядохимикатами и т.д.);

► *физические воздействия* (вибрация, шум и т.п.) - эти факторы могут привести к возникновению вибрационной болезни, тугоухости (снижение слуха);

► *пылевой фактор* (рабочие литейных цехов, электросварщики) - может развиваться пневмокониоз, профессиональный бронхит.

Серьезную опасность представляет любая **инфекция**, с которой человек контактирует на рабочем месте: туберкулез (медицинские работники), клещевой энцефалит (егеря, охотники, доярки в летний период на пастбищах), бруцеллез (у контактирующих с животными, больными бруцеллезом) и т.д.

Профессиональные аллергические заболевания могут развиваться от контакта с аллергенами на рабочем месте (медицинские работники, животноводы и т.д.).

Среди профессиональных заболеваний опорно-двигательного аппарата на первом месте стоят **заболевания верхних конечностей**. Это объясняется тем, что, несмотря на автоматизацию современных производств, многие процессы выполняются вручную.

Опасно также воздействие на организм низких и высоких температур. Так, частым следствием длительного переохлаждения является полинейропатия, периферический ангиодистонический синдром конечностей, при котором сужаются кровеносные сосуды. Ими, как правило, страдают рабочие холодильных установок, рыбаки.

Спектр профессиональных заболеваний достаточно широк, и поэтому о существующих факторах риска важно знать.

Согласно статистике, первое место в структуре профболезней занимают **заболевания, связанные с физическими факторами** (шумом, вибрацией), на втором - **пневмокониозы**. Иногда по годам они «меняются местами», но неизменно в совокупности занимают три четверти в общем количестве профзаболеваний. Далее следуют интоксикации (около 3% от чис-

ла профессиональных заболеваний). Причем, у сельчан и горожан здесь цифры практически не разнятся. Профессиональными заболеваниями чаще страдают лица старшего возраста, имеющие высокую квалификацию: для развития болезни должно пройти в среднем 10-15 лет. Исключением являются инфекционные или аллергические заболевания.

В последнее время статистика профессиональных заболеваний претерпевает изменения. Это связано с рядом причин: многие предприятия работают не на полную мощность; меняется нормативная и законодательная база; постепенно уменьшается количество лиц, занятых на производствах с вредными условиями труда, и т.д. Очевидна тенденция к уменьшению количества профзаболеваний как в Алтайском крае, так и в России. Тем не менее, в течение года около тысячи человек проходят через наш Центр.

Уникальность нашего профпатологического центра - в его расположении на базе многопрофильной краевой клинической больницы и большом опыте сотрудников в данном направлении. Профпатологией в больнице занимались с 60-х годов XX века. В 1981 году было создано самостоятельное отделение, рассчитанное на 30 коек. В начале 2000-х годов отделение преобразовано в Центр, который сегодня является клинической базой АГМУ. По вопросам профпатологии в Центре проходят подготовку студенты, интерны и ординаторы, постдипломную специализацию - врачи из медицинских организаций края.

Небольшой коллектив Центра (всего 5 врачей) осуществляет **амбулаторно-поликлинический прием профпатолога, сурдолога и стационарное лечение. Центр является единственным подразделением в крае, где проводится экспертиза профпатологического диагноза** (устанавливается связь заболевания с профессией), **оказывается специализированная медицинская помощь больным с профессиональной патологией и лицам из группы риска.** Другие центры этого профиля ограничиваются лишь проведением медицинских осмотров. Проведение экспертизы связано с ответствен-



Барбара Борисовна ТИХОМИРОВА,

главный внештатный специалист-профпатолог министерства здравоохранения Алтайского края, заведующая профпатологическим центром, врач-профпатолог и врач-невролог, высшая квалификационная категория, КГБУЗ «Краевая клиническая больница»



ностью за принимаемое решение и сложностью сбора необходимой доказательной базы. Итог (постановка диагноза) подводит консилиум, в составе которого должно быть не менее трех подготовленных профпатологов. При необходимости приглашаем сотрудников АГМУ, управления Роспотребнадзора и ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Алтайском крае», специалистов краевой клинической больницы и других медицинских организаций. В соответствии с нормативной базой о впервые установленном диагнозе мы обязаны сообщить в поликлинику по месту жительства, территориальный фонд социального страхования, в Роспотребнадзор, работодателю, - поскольку этот диагноз устанавливается человеку пожизненно.

Лицам с профзаболеванием, в соответствии с законодательной базой, бюро МСЭ определяет процент профессиональной утраты трудоспособности, далее фондом социального страхования осуществляются ежемесячные выплаты, обеспечивается медикаментозное и санаторно-курортное лечение.

Основной акцент в практике профпатолога делается на раннем выявлении профессиональных заболеваний. Значимым аспектом является и первичная профилактика, направленная на предупреждение развития заболеваний у лиц, входящих в группу риска. Для этого проводятся первичные и плановые медицинские осмотры сотрудников предприятий и разрабатываются меры по снижению негативного влияния производственных факторов.

Для проведения первичных и периодических осмотров в КГБУЗ «Краевая клиническая больница» **сформирована постоянно действующая врачебная комиссия**, в состав которой входят квалифицированные специалисты, прошедшие в установленном порядке повышение квалификации по специальности «профпатология». Медосмотры проводятся согласно приказу Минздравсоцразвития РФ от 2011 года №302н, который регламентирует порядок проведения, объем обследований, перечень медицинских противопоказаний. При возникновении подозрения на профзаболевание обязательно проводится тщательный сбор документов. Замечу, что мы всегда стараемся решить проблему в пользу пациента, исходим из его состояния здоровья.



Врач-невролог А.В. Турчина, врач-профпатолог Е.С. Муравьева, заведующая центром В.Б. Тихомирова, врач-профпатолог Т.Г. Богданова

Первичный медицинский осмотр необходим лицам, устраивающимся на работу. Именно профпатолог назначает ряд анализов и исследований (перечень зависит от типа работы, на которую претендует обследуемый), после чего выносит заключение. Если решение врача является отрицательным, то есть состояние здоровья пациента не позволяет ему работать на желаемой должности, работодатель не имеет права оформлять трудовой договор. На сегодня **существует перечень организаций и учреждений, которые обязаны требовать от соискателей прохождения первичного осмотра у профпатолога:** это - предприятия пищевой промышленности и общественного питания; дошкольные и школьные образовательные учреждения; медицинские учреждения; торговля; транспорт (службы такси и общественного транспорта, автошколы); спорт (различные спортивные школы и другие организации); службы охраны, коммунально-бытовое обслуживание (котельные, жилищно-эксплуатационные конторы); индустрия красоты (парикмахерские, маникюрные кабинеты, салоны массажа), ряд других. Обязательный первичный осмотр также должны проходить все несовершеннолетние вне зависимости от вакансии, на которую они претендуют, и устраивающиеся на работу вахтовым методом.

Также **определены профессии, представители которых должны систематически проходить осмотр у профпатолога.** Регулярность таких мероприятий и перечень анализов, назначаемых врачом, зависят от характера профессиональной деятель-

ности. Так, лица, занятые в пищевой промышленности, общепите и торговле продуктами питания, должны проходить осмотр дважды в год. Им необходимо сдавать анализы на выявление инфекционных и паразитарных заболеваний. Аналогичные исследования должны проходить сотрудники детских, школьных и врачебных учреждений.

Нередко в ходе обследования врачи обнаруживают ранние признаки заболеваний, даже если у человека еще нет никаких симптомов. Вопросы допуска к работе решаются тоже комиссией. Запрет на выполнение определенной работы по состоянию здоровья влечет обязанность работодателя предложить сотруднику другую работу.

Как стать пациентом Центра? Первый шаг - обращение в медицинскую организацию по месту жительства. Если у врачей возникает подозрение на профзаболевание, оформляются документы в соответствии с действующими нормативами, и пациенты направляются в профпатологический центр краевой клинической больницы.

Один и тот же контингент наблюдается годами, поскольку наши пациенты состоят на диспансерном учете пожизненно. Все друг друга знают, в Центр и поликлинику приезжают регулярно.

Каждый из пяти врачей Центра имеет два сертификата: первый - по одной из профессий: невролог, сурдолог или терапевт; второй подтверждает компетенцию именно профпатолога. Это позволяет результативно осуществлять диагностический и лечебный процессы. ☺



Общественный Редакционный совет журнала



**Арсеньева
Нина Григорьевна**
заслуженный работник
здравоохранения РФ,
врач-офтальмолог высшей
квалификационной
категории



**Асанова
Татьяна Алексеевна**
к.м.н., заместитель
главного врача
КГБУЗ "Алтайский краевой
клинический центр охраны
материнства и детства"



**Вейцман
Инна Александровна**
врач-эндокринолог высшей
категории, к.м.н., доцент
кафедры госпитальной
терапии и эндокринологии
АГМУ



**Ефремушкина
Анна Александровна**
д.м.н., главный внештатный
кардиолог Министерства
здравоохранения Алтайского края,
профессор кафедры терапии и
общей врачебной практики с курсом
дополнительного профессионального
образования АГМУ



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



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



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



**Лазарев
Александр Федорович**
д.м.н., профессор, заведующий
кафедрой онкологии, лучевой
терапии и лучевой диагностики
Алтайского государственного
медицинского университета,
председатель комитета
по здравоохранению и науке АКЗС



**Миллер
Виталий Эдмундович**
к.м.н., доцент кафедры
пропедевтики детских болезней
Алтайского государственного
медицинского университета,
заместитель главного врача
по поликлинической работе
КГБУЗ "Алтайский краевой клинический
центр охраны материнства и детства"



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



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



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



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



**Реуцкая
Елена Михайловна**
Отличник здравоохранения РФ,
врач-пульмонолог высшей
квалификационной категории,
и.о. заместителя главного врача
по медицинской части, КГБУЗ
"Краевая клиническая больница"



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



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



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



**Яворская
Светлана Дмитриевна**
д.м.н., доцент кафедры
акушерства и гинекологии
АГМУ, президент
"Ассоциации
акушеров-гинекологов"
Алтайского края

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№1 (193) январь 2019 г.



Лауреат Губернаторской премии
среди СМИ по итогам 2003 года



Почетная грамота
Союза журналистов России



Благодарность от Управления
Алтайского края
по физической культуре и спорту



Почетная грамота Правительства
Алтайского края, 2017 год

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 31.01.2019 г.,
фактически - 14:00 31.01.2019 г.
Дата выхода: 05.02.2019 г.

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

Ответственный редактор - Мария Юртакина.
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

Эстафета родительского подвига

«Согрей теплом родительского сердца - 2018»



Концертный зал "Сибирь", г. Барнаул, 27.12.2018 г.