

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

6+

# ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№2 (194) ФЕВРАЛЬ 2019



Трофей

АЛТАРИЯ  
ЭНЕРГИЯ АЛТАЯ

ROU Co.  
Embracing energy

РТУС



БОЧКАРИ



## Присоединяйтесь к «Движению к цели 78+»!

На прошедшем в феврале заседании Редакционного совета журнала участниками обсуждались и поднимались самые разные, порой и неожиданные, темы. Общая оценка - здоровый образ жизни, как некий общественный тренд, - очевиден. Но преследуя позитивные цели, человек на пути к собственному здоровью зачастую делает много ошибок. Следовательно, учить навыкам вести здоровый стиль жизни необходимо системно, грамотно, настойчиво и последовательно.

Именно поэтому мы решили продолжить публикации об особенностях, возможностях занятий физической культурой или конкретным спортом, привлекая к диалогу спортсменов, организаторов спортивных мероприятий, медиков края.

В крае последовательно создаются возможности для занятий профессиональным спортом. Однако, исключительно «мировые рекорды» - не самоцель. Организаторы спортивных занятий понимают: одновременно это позволяет вовлечь с занятием физической культурой, фитнесом ребяташек, молодежь - воспитать в них волю, ответственность выносливость.

Как пример такой системной работы - наш материал в текущем номере с президентом Алтайской федерации по гребле на байдарках и каноэ Ю.В. Шамковым и о грандиозном, мировом (!) спортивном празднике, прошедшем на гребном канале в сентябре 2018 года, а также о перспективах развития водных видах спорта в крае.

Участники Редакционного совета отметили, что цель, поставленная лидером страны В.В. Путиным, по увеличению продолжительности жизни россиян 78+ многие почему-то воспринимают исключительно как программу развития геронтологической службы, причем, во всех ее аспектах: медицинском, социальном, с точки зрения занятости... Но нам представляется, что такая задача стоит, в первую очередь, перед молодым поколением: перед молодыми семьями, только планирующими или имеющими маленьких детей, перед теми, кто осознал риски, угрожающие их здоровью. Людям же зрелого возраста, уже отягощенными хроническими заболеваниями, необходимо учиться управлять своим состоянием, целенаправленно избегать угроз осложнений, рисков для жизни.

Это двуединая национальная задача возложена практически на каждого (желательно, без исключения!) жителя страны.

Вопросы здорового питания, своевременности и полноты других профилактических мероприятий, причем, в разные периоды жизни, - также планируемые темы наших материалов. Мы продолжим разговор об особенностях мужского и женского здоровья.

Мы по-прежнему видим необходимость информировать жителей о сложившейся системе здравоохранения края, о тех изменениях, которые в ней происходят (кстати, как принимаемые, так и не поддерживаемые медицинским профессиональным сообществом, населением), о том, как реализуются или корректируются такие решения.

И, безусловно, мы будем говорить о кадрах в здравоохранении края! Эта тема найдет отражение и в материалах, посвященных юбилею Алтайского государственного медицинского университета. «АГМУ - вуз, устремленный в будущее!» - так он был назван в отчетном докладе ректора, д.м.н., профессора И.П. Салдана. АГМУ в этом году отмечает 65-летний юбилей. Интервью с Игорем Петровичем в одном из ближайших номеров откроет цикл юбилейных публикаций.

Сегодня в разных аспектах довольно популярна тема волонтерства. Но волонтерство, на наш взгляд, - это прежде всего действенное участие в том, что на данном этапе недостаточно решается или упускается государством, бизнесом, негосударственным сектором. Нам отчасти понятно разочарование тех, кто, следуя благородном порыву помощи ближнему, вдруг оказывается участником спорной полезности флешмоба с раздачей открыток случайным прохожим... С участием активистов ОНФ, других общественных организаций мы хотели бы назвать конкретные адреса, где ждут помощи и участия неравнодушных, отзывчивых людей, рассказать об опыте такой важной и нужной обществу работе.

Мы рассчитываем, что расширятся наши практические контакты с учреждениями образования и социальной защиты, так как наш журнал изначально задумывался как издание именно межведомственного взаимодействия.

Автор вы нашего журнала или читатель - вы с нами! Присоединяйтесь к познавательному решению нашей общей задачи - к «Движению к цели 78+»!





**К врачам  
обращайтесь  
своевременно!**



**ЭКО за счет  
средств ОМС:  
кто и как может  
получить квоту**



**Оставаться  
мужчиной  
вопреки болезни**



**Для тех,  
кто не спит**



**Смертельно опасно  
заниматься  
самолечением  
вирусных инфекций**

На обложке: участники  
Кубка чемпионов, Барнаул,  
2018 год.

Фото: Эдуард Клипенштейн.

## ДВИЖЕНИЕ К ЦЕЛИ 78+

Школа чемпионов ..... 2-4

Шаг вперед по внедрению новых технологий ..... 5

Д.Н. Устинов. К врачам обращайтесь своевременно! ..... 6-9

## ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКИЕ ШКОЛЫ

Е.М. РЕУЦКАЯ. Не пропустите начало пневмонии! ..... 10-11

## ЭКО за счет средств ОМС:

кто и как может получить квоту ..... 12-13

Новости здравоохранения мира ..... 14

Рентген-обследования стали доступнее ..... 15

## ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА

А.О. Быковская, В.А. Мазалова.

Привычное невынашивание беременности:

вопросы и ответы ..... 16-19

Дорогая цифровая медицина ..... 20

## ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

О.В. Жидких. Свет, который лечит ..... 21-22

О.Н. Махннбородина.

Инфекции, передающиеся половым путем ..... 23-24

Новости здравоохранения мира ..... 25

А.В. Лобанова. Рождение до срока ..... 26-27

## ЗА СЧАСТЛИВОЕ ЗДОРОВОЕ ДЕТСТВО!

Ю.В. Тен. Победа над болезнью ..... 28-29

## ДВИЖЕНИЕ К ЦЕЛИ 78+

Я.В. Яковец. Оставаться мужчиной вопреки болезни ..... 30-31

Для тех, кто не спит ..... 32-33

Папа, мама и всё еще я ..... 34-35

## ШКОЛА РЕАБИЛИТАЦИИ

Е.Н. Воранкова. Компрессионный перелом позвоночника.

Правила ортопедического режима ..... 36-37

## ЗА СЧАСТЛИВОЕ ЗДОРОВОЕ ДЕТСТВО!

А.В. Дядигуров. Смертельно опасно заниматься  
самолечением вирусных инфекций ..... 38-40

Децибелы, которые мешают нам жить ..... 40-41

## ДВИЖЕНИЕ К ЦЕЛИ 78+

Школа чемпионов ..... 42-44



# Школа чемпионов

## От редактора И.В. Козловой:

- С Юрием Вениаминовичем ШАМКОВЫМ знакомство состоялось в 1999 году. Тогда он, заступив на должность директора Барнаульского завода АТИ, не только начал масштабные, особенно по тому времени, преобразования на предприятии, но и поддержал гуманитарный проект Демидовского фонда - Демидовские премии. (Кстати, членом Попечительского совета фонда он является и по сей день, активно участвуя в его работе.)

Наши постоянные читатели хорошо знакомы с Юрием Вениаминовичем с 2003 года - с самого старта, как одним из основных партнеров журнала по проекту «Здоровая семья - это здорово!». Именно при его поддержке и личном участии мы проводили с барнаульскими первоклассниками акции «Вырасти дерево», заложив несколько аллей в районе Потока, когда ребятами вместе с родителями, дедушками и бабушками не только высадили деревья, но и ухаживали за ними. Кстати, потом уже с девятиклассниками (тогдашними «первоклашками») мы встречались при проведении серьезного разговора «Что значит быть гражданином?», где Юрий Вениаминович в числе других - состоявшихся руководителей предприятий, врачей, политиков, ученых - говорил с ребятами о гражданской позиции, о том, что важно ставить в жизни цели и добиваться успеха. Надеемся, что для многих ребят это стало стимулом в жизни.

Юрий Вениаминович поддержал и наш проект «Школы здоровья - школы профилактики», проводимые нами ежегодные акции «Брось сигарету - начни с себя!», «Алкоголь - вкрадчивый враг!». Совместно с ним, а также с ветеранами Великой Отечественной войны, воинами-афганцами Барнаула, Новоалтайска и нескольких сельских районов края, с известным алтайским художником Ильбеком Сунагатовичем Хайрулиновым мы много лет проводили патриотические мероприятия «О мире и о войне. Вахта памяти», летние патриотические молодежные лагеря. Совместно организовывали «дворовые праздники», где при нашем участии жители города приводили в порядок свой двор, обустроивали детские площадки, места отдыха.

Юрий Вениаминович всегда с особым вниманием относился к разным видам спорта и поддерживал его. Но особая его любовь - это гребля, которой он занимался еще школьником. По его мнению, именно занятия спортом воспитали в нем выносливость, терпение, волю к победе.

Юрий Вениаминович ШАМКОВ, президент Алтайской федерации гребли на байдарках и каноэ, до сих пор поддерживает отношения со своим первым тренером по гребле - Виктором Павловичем ГОСТЯЕВЫМ, с его последователями, которые буквально на энтузиазме продолжали работу по сохранению этого вида спорта в крае. В 2008 году была организована детско-юношеская школа по гребле на байдарках и каноэ, а в 2012 году по инициативе Ю.В. Шамкова создана Алтайская федерация гребли на байдарках и каноэ, которую он и возглавил.

В июне 2015 года в нашем журнале мы рассказывали о том, как развивается этот вид спорта в крае, о работе отделений школы в Барнауле, Павловске, Бийске. Рассказывали и о новых возможностях, которые появляются после реконструкции гребного канала в пойме Оби в Барнауле и строительства спортивной базы, - всё это казалось почти нереальными планами! А уж мечты о проведении в крае соревнований международного уровня многими вообще не воспринимались всерьез. Но прошло менее трех лет - и Алтайский край в сентябре 2018 года принимает **Первый международный турнир по гребле на байдарках и каноэ «Кубок чемпионов»**. В нем приняли участие 48 титулованных спортсменов из 24 стран мира: два олимпийских чемпиона и пять призеров Олимпийских игр; 12 чемпионов и 12 призеров чемпионатов мира; четыре призера Кубка мира; четыре чемпиона Европы и шесть призеров чемпионата Европы; победитель и два призера Первенства мира. Почетной гостьей Кубка чемпионов стала 8-крат-



ная Олимпийская чемпионка и 28-кратная чемпионка мира по гребле Биргит ФИШЕР.

**Но это только начало большого пути алтайского гребного спорта - считает президент Алтайской федерации гребли на байдарках и каноэ. О новых планах - наш разговор с Юрием Вениаминовичем Шамковым.**

- Сегодня можно с полной уверенностью утверждать: гребля на байдарках и каноэ в Алтайском крае - это полноценный вид спорта, с богатой историей и четко обозначенными перспективами. Он характеризуется не только высокими результатами спортсменов, но и наличием сформированного тренерского штаба, выстроенными отношениями с Всероссийской и Международной федерациями гребли на байдарках и каноэ. Сложилось и конструктивные взаимоотношения с региональными и городскими властями, удалось создать хорошую материально-техническую базу, отработать методологию подготовки гребцов. Мы регулярно проводим мастер-классы с известными спортсменами и консультации с ведущими российскими и международными специалистами в этой области, активно ведем работу по популяризации нашего вида спорта.

Яркий пример такого комплексного подхода - успехи юных алтайских гребцов по итогам сезона 2018 года. **Артем ПИСКУН**, воспитанник спортивной школы имени Константина Костенко, выиграл Первенство мира по гребле на байдарках и каноэ среди юношей до 19 лет, а чуть раньше стал призером Первенства Европы. На Всероссийских соревнованиях, проходивших в г.Энгельс Саратовской области, **Артем Пискун** и **Дмитрий ГОНЧАРОВ**, тоже воспитанники алтайской школы гребли, заняли первое место на дистанции 500 метров в каноэ-двойке. **Владлен УШАКОВ** стал победителем в финальном заезде байдарок-одиночек на дистанции 200 метров. Шесть юных воспитанниц школы стали призерами Всероссийских соревнований. Такого результата по итогам спортивного сезона на Алтае не было еще никогда. Четверо воспитанников школы имени Константина Костенко: **Артем Пискун**, **Владлен Ушаков**, **Дмитрий Гончаров**, **Ангелина РЯБИЦКАЯ** - сегодня проходят тренировочные сбо-



ры вместе со спортсменами юношеской сборной России.

Не менее значимым событием минувшего года стало проведение в Барнауле на гребном канале (впервые в мире!) уникальных международных соревнований - Кубка чемпионов, который посетили более 8 тысяч барнаульцев. Соревнования транслировались на 165 стран мира. Интерес к ним был просто фантастическим.

**- Кубок чемпионов стал заметным событием не только в спортивной жизни региона. Но организация международных стартов - это лишь часть той работы, которой вам, как президенту федерации, приходится заниматься...**

- На мой взгляд, нам удалось сформировать хорошую, работоспособную команду на базе спортивной школы олимпийского резерва по гребле на байдарках и каноэ имени Константина Костенко. С ее директором, **Юрием Анатольевичем МОРОЗОВЫМ**, мы в юности занимались греблей: он выступал за «Трудовые резервы», я представлял «Динамо» - были друзьями-соперниками. Юрий Анатольевич - очень хороший организатор, кандидат педагогических наук, полковник в запасе. Много лет он занимался организацией процесса физподготовки курсантов Барнаульского юридического института. И сегодня его опыт, знания эффективно реализуются в деле развития алтайской гребли. Рад, что у нас полное взаимо-

**Гребля на байдарках и каноэ в Алтайском крае - это полноценный вид спорта, с богатой историей и четко обозначенными перспективами.**





понимание: я, как президент региональной федерации, занимаюсь выстраиванием отношений с Российской и Международной федерациями, с руководством сборных команд, а он оперативно решает вопросы подготовки спортсменов в Алтайском крае.

**- Вас в крае знают как промышленника, политика. И вдруг - президент Алтайской федерации гребли на байдарках и каноэ. Как состоялось ваше возвращение в «большой спорт»?**

- Всё началось шесть лет назад, когда с предложением возглавить федерацию гребли на байдарках и каноэ Алтайского края ко мне обратился руководитель крайспортуправления **Владимир Александрович АЛБТ**. Я согласился, поскольку в молодости пять лет занимался греблей, выполнил норматив кандидата в мастера спорта. И мне это всё очень нравилось. Считаю, что во многом спортивный режим, дух соперничества, нагрузки, участие в соревнованиях повлияли и на мои жизненные принципы, помогли в формировании характера и мировоззрения. Благодарен своим тренерам, в первую очередь, - Виктору Павловичу Гостяеву, очень талантливому человеку, которому Богом дано стать педагогом с большой буквы: он всю жизнь занимается подготовкой ребятшек, тренерской работой и воспитал немало достойных людей и успешных спортсменов.

**- Если подводить итог вашей первой пятилетки в качестве президента Алтайской федерации гребли на байдарках и каноэ, что можно было бы отнести в актив?**

- В гребле, как в любом виде спорта, ведется системная работа по целому ряду направлений. За эти пять лет мы вышли на хорошие результаты. Начиная комплексно заниматься вопросами подготовки спортсменов, разработали «Стратегию развития гребли в Алтайском крае на период до 2020 года». И в соответствии с ней осуществляли свою деятельность. По итогам 2018 года практически все показатели, которые мы закладывали, оказались уже выполнены! Поэтому сейчас разработан и утвержден новый документ - на период до 2024 года.

Все свои планы мы выстраиваем в соответствии с олимпийскими циклами.



К основным достижениям прошедших пяти лет я бы отнес существование работоспособного тренерского штаба, состоящего из высококвалифицированных специалистов. Несомненным достижением является расширение географии: наличие трех полноценных отделений школы - в Барнауле, Павловске и Бийске. Причем воспитанники спортивных отделений Павловска и Бийска очень достойно проявляют себя, в том числе и на Всероссийских соревнованиях. Мы рассматриваем возможность организации отделения в поселке Власиха (Барнаул). Для этого есть все условия: хороший водоем, общеобразовательная школа, подготовкой юных спортсменов готов заниматься известный ветеран гребли **Владимир Иванович ПАНКОВ**, мастер спорта международного класса, призер чемпионатов мира и Европы.

На протяжении пяти лет мы поэтапно выстраивали систему подготовки спортсменов. Эта работа - многопрофильная: совершенствование материальной базы, формирование тренерского штаба, подготовка ребят к участию в региональных и всероссийских соревнованиях, решение вопросов взаимодействия Алтайской федерации гребли на байдарках и каноэ с коллегами из Всероссийской и международной федераций. И нужно сказать, что результаты этой работы стали очевидными в сезоне 2018 года.

*Продолжение на стр. 42*

**К основным достижениям прошедших пяти лет я бы отнес существование работоспособного тренерского штаба, состоящего из высококвалифицированных специалистов. Несомненным достижением является расширение географии: наличие трех полноценных отделений школы - в Барнауле, Павловске и Бийске.**



# Шаг вперед по внедрению НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

**Губернатором Алтайского края принято решение о выделении дополнительных средств краевого бюджета в сумме 1млрд. рублей для системы здравоохранения. Они будут направлены на решение первоочередных задач по укреплению материально-технической базы отрасли.**

Эти средства выделены дополнительно к 689,9млн. рублей, предусмотренных краевой адресной инвестиционной программой на 2019 год на проектирование, реконструкцию и строительство новых объектов здравоохранения,

Министр здравоохранения Алтайского края Дмитрий Попов отметил, что сегодня особое внимание уделяется развитию шести межрайонных медицинских центров в городах Алейске, Бийске, Заринске, Камне-на-Оби, Славгороде и Барнауле, чтобы пациент мог получить качественную современную медицинскую помощь не только в столице края, но и за его пределами. В связи с этим 400млн. рублей от выделенной суммы будут направлены на дооснащение медицинским оборудованием первичных сосудистых отделений и отделений реанимации и анестезиологии перечисленных районных и городских больниц. Кроме того, в выделенной сумме предусмотрена разработка проектно-сметной документации на капитальный ремонт помещений медицинских организаций, который планируется выполнить в 2020 году.

Более 130млн. рублей будет направлено на завершение работ по капитальному ремонту зданий и отделений девяти городских и районных больниц, работы в которых были начаты в 2018 году. На завершение работ по аварийно-восстановительному ремонту здания противотуберкулезного диспансера в г.Бийске выделено 55млн. рублей.

«В рамках реализации национального проекта по развитию детского здравоохранения на укрепление материально-технической базы детских поликлиник и поликлинических отделений предусмотрено более 100млн. рублей краевого бюджета. В 17 учреждениях будут выполнены работы по устройству входных групп, ремонту зон регис-



трации и ожидания, кабинетов приема, оборудованию колясочных и комнат матери и ребенка. Это структурные подразделения ЦРБ в Волчихинском, Егорьевском, Залесовском, Красногорском и других районах. В эти учреждения также планируется поставка медицинского оборудования за счет средств федерального бюджета», - подчеркнул Дмитрий Попов.

Кроме того, в рамках выделенных средств на сумму около 300млн. рублей будет выполнен капитальный ремонт и оснащение медицинским оборудованием и мебелью 29 учреждений здравоохранения, в частности, детского инфекционного отделения городской больницы №12 г.Барнаула, хирургического отделения Троицкой ЦРБ, городской больницы №10 г.Барнаула и других.

Продолжится работа по замене лифтового оборудования и в плановом порядке будет проведена подготовка учреждений к отопительному сезону.

Почти 25млн. рублей планируется направить на мероприятия по капитальному ремонту и развитию образовательной базы медицинских колледжей. В текущем году планируется выполнить капитальный ремонт в общежитиях Барнаульского базового медицинского колледжа, оснастить оргтехникой и медицинскими симуляторами Каменский, Рубцовский, Благовещенский и Барнаульский колледжи. ☺

## Введено новое высокотехнологичное оборудование

В КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи» проведена апробация нового высокотехнологичного оборудования для проведения эндохирургических операций с визуализацией в режиме 3D.

Данный видеокomплекc впервые прошел апробацию у практикующих хирургов Алтайского края. Система Olympus ViseraElite-II позволяет добиться полного объемного изображения (3D) внутренних органов и систем пациента в сверхвысоком разрешении FULL HD. Во время работы хирурги видят все предметы в операционном поле с естественной глубиной восприятия, что позволяет им выполнять операции точнее и быстрее, особенно при диссекции тканей и формировании интракорпорального шва, а также более точно рассекать ткани, даже в глубоких полостях.



Хирурги КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи» смогли оценить все преимущества реалистичности и высокой детализации операционного поля при оказании помощи хирургическим больным, в том числе и с экстренной патологией. За период апробации с использованием эндохирургического комплекса Olympus было выполнено 54 операции.

Активная работа в клинике по внедрению новых технологий проходит благодаря тесному взаимодействию с сотрудниками и АГМУ, и координируется отделом малоинвазивных и инновационных технологий больницы. ☺



# К врачам обращайтесь своевременно!

**Согласно решению конкурсной комиссии министерства здравоохранения Алтайского края по итогам конкурса «Лучший врач года - 2018» Дмитрий Николаевич УСТИНОВ, заведующий хирургическим отделением №2 КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи» отмечен дипломом.**

Признание профессионализма не может не радовать, тем более что это отделение - одно из сложнейших. Да и бывает ли иначе в плане оказания экстренной хирургической помощи, когда для сохранения жизни человека часто дорога каждая минута?

С 2017 года Дмитрий Николаевич Устинов - внештатный главный специалист по хирургии города Барнаула. Он является членом Медицинской палаты Алтайского края, Российского общества хирургов, профильной комиссии по хирургии регионального минздрава.

**- Дмитрий Николаевич, как начинался ваш путь в медицину?**

- Я не из врачебной династии: единственным человеком, связанным с медициной, была моя бабушка, работавшая санитаркой операционного блока медсанчасти котельного завода. В школьные годы часто бывал в больнице, там впервые увидел операционную: меня поразили чистота, слаженность работы персонала, большое количество необычного инструментария и оборудования. Этот интерес, возможно, и стал определяющим в выборе профессии. В старших классах целенаправленно готовился к поступлению в медицинский институт, успешно сдал экзамены в 1989 году. В институте активно занимался в студенческом хирургическом научном обществе. После окончания первого курса в летние месяцы работал санитаром в краевой клинической больнице,

а с четвертого курса стал посещать экстренные дежурства по хирургии в городской больнице №1 Барнаула (*сейчас это - краевая клиническая больница скорой медицинской помощи, - прим.ред.*). Мне посчастливилось учиться и перенимать опыт работы у выдающихся преподавателей АГМУ и практикующих хирургов нашего города: И.И. Неймарка, В.И. Оскреткова, Я.Н. Шойхета, В.Г. Лубянского, В.Ф. Черненко, Н.П. Вильгельма, А.М. Вайгель, О.И. и Т.М. Князевых, Д.Н. Морозова, В.М. Кожемяцкого, А.В. Куновского, П.Ф. Зиновьева, В.А. Бомбизо, А.М. Яцына, А.А. Андрусова, С.И. Малетина, А.Г. Нувальцева и других.

Знакомство с ККБСМП по-настоящему началось во время клинической ординатуры - в то время больница была одной из баз последипломного обучения. Хорошо помню свои дежурства в отделении первой хирургии. Работали с самыми разными хирургическими патологиями. Занимались гепатобилиарной хирургией, колопроктологией, травмами грудной клетки и брюшной полости... Уже в те годы оценил полученное базовое образование в медицинском институте в полной мере. В 1996 году стал штатным врачом-хирургом первого хирургического отделения. С 2000-го приступил к обязанностям старшего дежурного врача хирургической бригады, с 2011 года - старшего ординатора первого хирургического отделения. В август-



те 2015 года назначен на должность заведующего вторым хирургическим отделением.

За 22 года моей работы в больнице менялось ее название, происходила смена поколений врачей, но оставалась неизменной задача - возвращение здоровья людям. За время работы освоил весь спектр хирургических вмешательств при экстренной и плановой патологии. Медицинская помощь в стационаре оказывается круглосуточно, 365 дней в году, а это невозможно без любви к профессии, каждому пациенту, без готовности врачей к самопожертвованию, ведь работать приходится в выходные, праздничные дни, ночное время. Особенность работы в неотложной хирургии - это в каждом случае ограниченное время на диагностику и выбора метода лечения. Поэтому каждому врачу необходимо ориентироваться в огромном спектре хирургической и нехирургической патологии. Поэтому обучение на курсах повышения квалификации,





## Здравоохранение Алтайского края

чтение медицинской литературы, участие и выступление на конференциях, научно-исследовательская работа совместно с сотрудниками кафедр АГМУ - неотъемлемая часть профессиональной деятельности врача.

**- Помните, с каким чувством входили первый раз в операционную? Был страх?**

- Нет, потому что тогда структура обучения будущих врачей в институте отличалась от современной. Студент, выбравший специализацию по хирургии, уже с четвертого курса начинал посещать операционную: сначала просто смотрел на работу врачей, потом ему разрешалось делать небольшие операции. Так он потихоньку привыкал к обстановке. Когда приходило время выполнения операций большего объема, молодой врач уже морально был готов к этому. К тому же рядом всегда был старший товарищ, готовый прийти на помощь, поддержать, подсказать. Сейчас эти этапы вхождения в профессию практикую с молодыми докторами отделения. Уверен, им надо обязательно давать немного свободы, но всегда находиться рядом, контролировать и помогать.

**- В отделении работает большой врачебный коллектив, причем все разного возраста.**

- Так выдерживается принцип преемственности поколений. Наша обычная практика - отделение дежурит три раза в неделю, через сутки, дежурная бригада состоит из шести человек. В приемные дни госпитализируются от 20 до 30 человек. Еще приблизительно столько же осматриваем и направляем на амбулаторное лечение. Причем, дежурства не исключают работу в день. Так что большой коллектив отделения - производственная необходимость.

Во втором хирургическом отделении постоянно осваиваются и внедряются современные прогрессивные методики: лечение ран отрицательным давлением при перитоните, панкреонекрозе, кишечных свищах, патологии плевральной полости, гнойниках различной локализации, пункционные чрезкожные вмешательства при патологии гепатобилиарной системы, панкреатите, лапароскопические вмешательства на гепатобилиарной зоне с контролем по флуоресцентному ICG - изображению, обеспечивающему качественную визуализацию и безопасность оперативных вмешательств. Результа-



ты обобщаются, анализируются, публикуются в российских и международных научных изданиях, предоставляются в виде докладов, сообщений на конференциях, съездах разного уровня. Только за прошлый год врачи отделения подготовили и выступили с 14 докладами, стали авторами 6 научных статей, которые были опубликованы в профессиональных изданиях.

Из врачей отделения трое - кандидаты медицинских наук, четверо имеют высшую квалификационную категорию. Из 15 медицинских сестер отделения трое имеют высшую категорию. Все врачи нашего отделения - члены Медицинской палаты Алтайского края, Российского общества хирургов. В 2017 году врачи отделения вступили в систему непрерывного медицинского образования. В 2018 году наш коллектив занял первое место в ежегодном конкурсе по стационару в номинациях «Лучший коллектив» и «Больница - жизнь моя».

**- В коллективе врачи - универсалы, готовые выполнить любую операцию по профилю отделения?**

- Конечно. Быть универсальным хирургом - необходимость: ежедневно мы встречаемся с разноплановой патологией. В экстренной ситуации при острых хирургических состояниях надо сделать всё необходимое. Конечно, есть нозологии либо операции, которые предпочтительнее для данного

**За 22 года моей работы в больнице менялось ее название, происходила смена поколений врачей, но оставалась неизменной задача - возвращение здоровья людям.**



История второго хирургического отделения ведет отсчет с января 1943 года, когда оно стало клинической базой эвакуированного в Барнаул Аст-раханского мединститута. Одним из первых заведующих отделением был В.И. Авдюничев, затем возглавивший больницу. С августа 2015 года вторым хирургическим отделением заведует Д.Н. Устинов. Отделение развернуто на 75 коек, это - мощная хирургическая служба, способная оказывать круглосуточно неотложную хирургическую помощь жителям города и края.

врача: он умеет их выполнять лучше коллег, потому что они ему наиболее интересны. И эти пристрастия по возможности учитываются. Мы постоянно двигаемся вперед. Так, за последние годы в больнице отработан алгоритм ведения наиболее тяжелой категории пациентов: с деструктивными панкреатитами, тяжелыми желудочно-кишечными кровотечениями, кишечной непроходимостью неопухолевой этиологии. Алгоритм включает несколько этапов работы: срочное обследование пациентов в условиях операционной или противошоковой палаты с использованием всех доступных методов диагностики; консультации всех требуемых специалистов; рациональная интенсивная терапия с использованием современных лекарственных препаратов; динамическое проведение фиброгастроскопии с эндоскопическим гемостазом и при необходимости - своевременное оперативное вмешательство.

**- Насколько оперативно внедряются в хирургию новые технологии? Сложно практикующему хирургу успевать за прогрессом?**

- Внезапности нет. Развитие определенной технологии в какой-то мере запланировано. О новинках узнаем из публикаций, на конференциях, в процессе обмена информацией с коллегами. Далее совместно с администрацией больницы изыскиваем возможности для первых шагов в освоении нового метода лечения, применения новых технологий и оборудования. Если очевидна целесообразность применения, в сжатые сроки это будет сделано. Большую роль в этом играет от-

ношение и понимание главного врача больницы **В.А. БОМБИЗО**, хирурга, работавшего заведующим вторым хирургическим отделением. Он всегда идет навстречу в вопросах приобретения нового оборудования и расходных материалов. Результат очевиден - среди медучреждений Алтайского края мы являемся лидером в освоении новых технологий. Так, в прошлом году прошла апробация проведения исследования по ICG-изображению: контрастное вещество вводится пациенту внутривенно и далее на специальном оборудовании проводится операция на желчных протоках. Такая видеолапароскопическая методика позволяет избежать травм желчных протоков, диагностировать аномалии и избежать ошибок, и мы уже ее апробировали одними из первых в стране.

**- Расскажите о коллективе медицинских сестер отделения.**

- Это первые помощники врачей. Мы вместе пережили тяжелый период, когда открывался Федеральный центр травматологии, ортопедии и протезирования, и наши медсестры туда уходили. Однако наша старшая сестра **Валентина Николаевна КУЛИК**, очень опытная, преданная отделению, нашла решение проблемы. Ей удалось сохранить костяк коллектива и набрать на работу хороших умных девушек, только начинающих свой путь в профессии. Они и сейчас работают - без них мы никуда.

**- Какова статистика заболеваний у поступающих в отделение пациентов?**

- В 2018 году в отделение госпитализировано 3413 больных, что больше, чем в 2017 году, - на 341 (на 11,1%) пациент, что в большей степени обусловлено поступлением больных из районов Алтайского края.

В 2018 году снизился срок послеоперационного пребывания больного в стационаре после операции и соответствует современным требованиям, что связано с внедрением в отделении программы ускоренного выздоровления «Fast Track».

В структуре госпитализации острый холецистит и аппендицит остаются преобладающими. Острый панкреатит находится на третьем месте в структуре госпитализации. Отмечается рост острого панкреатита алкогольной этиологии с молниеносной формой течения заболевания, быстрым прогрессирова-





нием полиорганной недостаточности, что, несмотря на проведение интенсивной терапии в условиях реанимационного отделения и проведения по показаниям хирургической операции, приводит к неблагоприятному исходу. Значимую долю занимают больные с желудочно-кишечными кровотечениями, кишечной непроходимостью, ущемленными грыжами, осложненными онкопроцессами.

**- Как меняется здоровье пациентов со временем, если сравнивать с началом вашей практики?**

- За 22 года, что я здесь работаю, ситуация поменялась кардинально. Если раньше в палате лежали в основном молодые люди в возрасте 18-25 лет, то сейчас большинство наших пациентов - старше семидесяти. Лучше жить стали, развитие здравоохранения свою роль сыграло? Не знаю. Для всех очевидно, что продолжительность жизни населения увеличилась. К тому же с появлением и доступностью сотовой связи возросла и доступность скорой помощи.

Болезни приходят чаще всего не к молодым. Чем старше человек, тем чаще оказываем помощь при осложнениях онкологических процессов, воспалительных заболеваниях, острых хирургических ситуациях. Причем, такие пациенты, как правило, попадают к нам с сопутствующей патологией: лечим, к примеру, не просто прободную язву, но и одновременно - инфаркт, инсульт, хронические заболевания почек, сахарный диабет. Выхаживать таких больных очень тяжело. Мало того, что пациент имеет ком болезней, ему проведена хирургическая операция, так еще и показанный постельный режим может привести к обострению имеющихся заболеваний. В то же время мы работаем в многопрофильной больнице и всегда имеем возможность пригласить специалиста из другого отделения для консультации. Мультидисциплинарный подход к лечению пациентов обязателен - лечим всего человека. Другого выхода у нас нет.

**- После выписки пациентов их образ жизни должен измениться? Вы даете рекомендации?**

- С каждым пациентом перед выпиской обговариваем все ограничения, связанные с его заболеванием. Обязательно даем подробные рекомендации о том, где должен наблюдаться в дальнейшем, какие диета и двигательный режим именно ему показаны, что может и не должен себе позволять наш пациент. Если требуется медикаментозная терапия, обязательно расписываем ее. При необходимости для разговора приглашаем его родственников. Все рекомендации передаем в руки в письменном виде.

**- Ваши личные секреты сохранения здоровья?**

- Самое главное - профилактика заболеваний и своевременная диагностика. Почувствовали недомогание, возникли неожиданные болевые ощущения, дискомфорт, надо обязательно изыскать возможность и время для посещения врача в своей поликлинике. И помните: здоровье не купить ни за какие деньги, но при этом его легко потерять. Не дожидайтесь серьезных проявлений заболеваний. К примеру, язву желудка легче лечить на начальном этапе: в течение 20 дней проводится курс медикаментозной терапии - и живете дальше в привычном ритме. В противном случае со временем возникнет либо кровотечение, либо прободение язвы, либо иное осложнение, и уже в тяжелом состоянии вы попадете к нам в отделение. Возможен и летальный исход... Подобная схема и при развитии заболеваний толстого кишечника: возникает проблема со стулом, человек куда-то не обращается, следующий этап - кишечная непроходимость, что в большинстве случаев свидетельствует об опухоли толстой кишки. При обращении на раннем этапе развития заболевания диагностированную опухоль удалили бы, проведя эндоскопическую операцию. Если же опухоль выросла, к примеру, до семи сантиметров, операция намного сложнее в исполнении, возможны метастазы. И шансы на излечение такого пациента небольшие. Поэтому пациентам в возрасте старше 60 лет рекомендую хотя бы раз в год делать фиброгастроскопию, колоноскопию. И всем обязательно нужно придерживаться известных правил здорового образа жизни! ☺



*Во втором хирургическом отделении ККБСМП оказывается экстренная и неотложная специализированная хирургическая помощь больным с острыми хирургическими заболеваниями, осложненными онкологическими процессами, повреждениями органов брюшной полости и грудной клетки, иными состояниями, требующими неотложной хирургической помощи.*

*Особенностью работы отделения является не только лечение больных с острой хирургической патологией и травмой, но и оказание медицинской помощи пациентам, поступающим в критических состояниях с различной непрофильной патологией. Ежегодно увеличивается обращение и поступление больных из районов Алтайского края, других регионов, перевод больных из стационаров Барнаула.*

*Хирургическое отделение является клинической базой кафедры факультетской хирургии им. проф. И.И. Неймарка, госпитальной хирургии с курсом хирургии ДПО АГМУ (заведующий кафедрой член-корреспондент РАМН, профессор, д.м.н. Я.Н. Шойхет) и кафедры общей хирургии, оперативной хирургии и топографической анатомии АГМУ (заведующий кафедрой профессор, д.м.н. Е.А. Цеймах), в том числе для прохождения клинической ординатуры по хирургии и стажировки врачей-хирургов из стационаров городов и районных центров Алтайского края.*



# Не пропустите начало пневмонии!



**Елена Михайловна РЕУЦКАЯ,**  
заместитель главного  
врача по медицинской  
части, врач-пульмонолог,  
высшая квалификационная  
категория,  
КГБУЗ «Краевая  
клиническая больница»

**Пневмонии - группа различных острых инфекционных (преимущественно бактериальных) заболеваний, характеризующихся поражением лёгких.**

Пневмония относится к числу наиболее распространенных острых инфекционных заболеваний. Согласно данным официальной статистики (Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека), заболеваемость домашней пневмонией в 2017 году составила **418,02** на 100 тысяч населения. Согласно данным зарубежных эпидемиологических исследований, **заболеваемость домашней пневмонией у взрослых** (старше 18 лет) **колеблется в широком диапазоне:** у лиц молодого и среднего возраста она составляет 1-11,6‰; в старших возрастных группах - 25-44‰. В США ежегодно регистрируется 5-6млн. случаев внебольничной пневмонии, из них около 1млн. человек нуждаются в госпитализации.

Самым частым возбудителем заболевания является **пневмококк** - на его долю приходится до 30-50% случаев пневмоний.

Домашнюю пневмонию, помимо бактериальных возбудителей, могут вызывать **респираторные вирусы**, наиболее часто - **вирусы гриппа, коронавируса, риносинцитиальный вирус (РС-вирус), метапневмовирус и боксавирус человека**. Частота выявления респираторных вирусов у пациентов с пневмонией носит выраженный сезонный характер и возрастает в холодное время года.

**Можно выделить следующие факторы риска начала и развития заболевания:**

- возраст старше 65 лет;
- серьезные хронические сопутствующие заболевания;
- алкоголизм;
- иммунодефицит;
- тесный контакт с детьми, посещающими дошкольные учреждения.

Подозрение на пневмонию должно возникать, если у пациента наблюдаются **высокая температура в сочетании с жалобами на острый кашель, одышку, отделение мокроты и /или боль в грудной клетке**, связанную с

дыханием или кашлем. Пациенты с пневмонией часто жалуются на **немотивированную слабость, утомляемость, ознобы, сильное потоотделение по ночам**.

Развитию пневмонии могут предшествовать **симптомы поражения верхних дыхательных путей** (боли в горле, насморк и другое).

У лиц пожилого и старческого возраста характерные для пневмонии жалобы могут отсутствовать, а на первый план в клинической картине заболевания выходит **синдром интоксикации:** сонливость или беспокойство, спутанность сознания, отсутствие аппетита, тошнота, рвота. Нередко пневмония у данной категории пациентов «дебютирует» **симптомами декомпенсации хронических сопутствующих заболеваний** (сахарный диабет, хроническая сердечная недостаточность и другое).

Изменению классической картины заболевания также способствует самолечение антибиотиками.

Всем пациентам с подозрением на пневмонию рекомендуется **обзорная рентгенография органов грудной полости в передней прямой и боковой проекциях**. Рентгенологическое исследование направлено на выявление признаков воспалительного процесса в лёгких, его распространенности, локализации, наличия осложнений. Большое значение имеет дифференциальная диагностика выявленных в лёгких изменений с другими патологическими процессами, имеющими сходные с пневмонией клинические проявления.

**Лечение пациентов с пневмонией предполагает комплекс мероприятий:** назначение антибиотиков, адекватная респираторная поддержка, применение по показаниям неантибактериальных лекарственных средств и профилактика осложнений. Чрезвычайно важным является своевременное выявление и лечение декомпенсации и обострения сопутствующих заболеваний.





## ...Когда дышит легко человек

Пациенты с пневмонией могут получать парацетамол и ацетилсалициловую кислоту в качестве жаропонижающих лекарственных средств, а также препараты, улучшающие свойства бронхиального секрета (например, амброксол, ацетилцистеин). Однако данная терапия при пневмонии является симптоматической и не влияет на прогноз.

Наиболее эффективными средствами вторичной профилактики пневмонии в настоящее время являются **пневмококковые и гриппозные вакцины**.

С целью специфической профилактики используется 23-валентная неконъюгированная вакцина, содержащая очищенные капсулярные полисахаридные антигены 23 серотипов пневмококка и 13-валентная пневмококковая конъюгированная вакцина. Вакцинация пневмококковыми вакцинами рекомендуется всем пациентам с высоким риском развития инвазивных пневмококковых инфекций. **К группам высокого риска развития инвазивных пневмококковых инфекций относятся:**

- пациенты в возрасте 65 лет и старше;
- лица с сопутствующими хроническими заболеваниями бронхолегочной (хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ), бронхиальная астма в сочетании с хро-

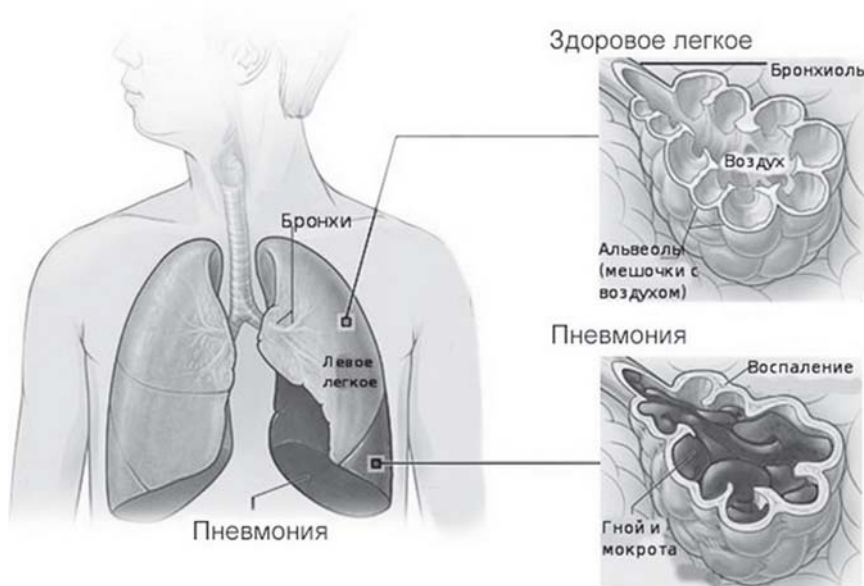
ническим бронхитом и эмфиземой, принимающих длительно системные глюкокортикостероиды), сердечно-сосудистой систем (ишемическая болезнь сердца (ИБС), хроническая сердечная недостаточность (ХСН), кардиомиопатии и другие), с сахарным диабетом, хроническими заболеваниями печени (включая цирроз), хронической болезнью почек, алкоголизмом;

- пациенты с иммунодефицитом (ВИЧ-инфекция, злокачественные новообразования);
- лица, проживающие в домах престарелых и других учреждениях закрытого типа;
- курильщики.

Вакцинация также рекомендуется медицинским работникам, осуществляющим лечение и уход за лицами, входящими в группы высокого риска осложнений гриппа.

Вакцинация гриппозной вакциной проводится ежегодно, оптимальное время для проведения вакцинации - октябрь-первая половина ноября. Для взрослых людей предпочтение следует отдавать инактивированным вакцинам.

Следует отметить, что при наличии показаний обе вакцины (пневмококковая и гриппозная) могут вводиться одновременно без увеличения частоты нежелательных реакций или снижения иммунного ответа. ☺



ЭТО интересно

## Слышать кожей

**Специальное устройство для людей с нарушениями слуха разработала компания Not Impossible Labs (США). Новая технология позволяет даже полностью глухому человеку слушать музыку, которая транслируется... через кожу.**

Устройство состоит из четырех браслетов - по два на запястьях и на лодыжках, соединенных между собой жгутом, и, посылая вибрации через кожу, взаимодействует со звуковой аудиосистемой. Кожа способна улавливать интенсивность и изменения амплитуды звукового сигнала. Электрические импульсы, отвечающие каждый за определенный звук, передают датчикам информацию, которую они превращают в нужный вибросигнал.

## Проверено на клетках

**Препараты для лечения сердца можно испытывать на искусственно выращенных клетках сердечной мышцы. Этот метод предложили ученые из МФТИ и НИИ цитологии и генетики СО РАН.**

Обычно такие лекарства тестируют на животных, но их сердечная мышца отличается от человеческой, поэтому возможны побочные эффекты в виде нарушений сердечного ритма. Для нового метода использовали клетки кожи, в которые вводили особые гены, чтобы получить стволовые клетки, а затем с помощью специальных технологий превратить их в кардиомициты - клетки сердца. Воздействие электрических импульсов имитировало сердечный ритм. Добавляя в кардиомициты тестируемое лекарство, ученые получили возможность видеть, происходит ли сбой ритма.



# Рентген-обследования стали доступнее

**31 января Губернатор Алтайского края Виктор Петрович ТОМЕНКО посетил отделение лучевой диагностики Диагностического центра Алтайского края.**

В обновленное отделение лучевой диагностики поступил аппарат МРТ Ingenia и рентгеновский компьютерный томограф Revolution Evo общей стоимостью 130 миллионов рублей. Финансирование обеспечено краевым бюджетом.

Переоснащение Диагностического центра и применение новых технологий стало возможным благодаря «Стратегии поэтапного развития Диагностического центра Алтайского края на 2017-2019 годы». В целом программа предусматривает финансирование из краевого бюджета в размере 250 миллионов рублей.

Купленное оборудование - высокоточное, с уменьшенной дозировкой рентгеновского излучения и возможностью проведения исследований с введением контрастного вещества. Оно позволит, в том числе, проводить исследования сердца, молочной железы. Особенно это важно для онкологических больных, а также пациентов, имеющих тяжелые патологии.

В Диагностическом центре Алтайского края проходят обследования жители всего края, например, сейчас талоны на проведение МРТ расписаны на две недели вперед. Новое оборудование позволит сократить очередность: так, каждый из этих аппаратов увеличит число обследований на 10-12 тысяч человек в год.



*«Диагностический центр Алтайского края - один из примеров внедрения новых подходов в системе здравоохранения, когда пациент с одного уровня помощи своевременно попадает на следующий: в первичном звене он получает направление для более точных исследований и постановки диагноза. Поэтому мы в рамках реализации национального проекта «Здравоохранение» не только будем закупать новое оборудование. Мы будем совершенствовать систему здравоохранения Алтайского края на примере лучших практик, которые есть в мире и у нас в стране», - отметил Виктор Томенко.*

По словам министра здравоохранения Алтайского края Дмитрия Попова, техническая модернизация идет не только в Диагностическом центре. Современным оборудованием будут обеспечены основные направления: кардио- и онкодиспансеры, сосудистые центры и центры первичной медико-санитарной помощи, межрайонные центры в Бийске, Алейске, Заринске, Славгороде и Рубцовске. Всё это позволит людям получать медицинскую помощь на качественно ином уровне. ☺



**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*







# Привычное невынашивание беременности: вопросы и ответы



**Анастасия Олеговна  
БЫКОВСКАЯ,**



**Виктория Алексеевна  
МАЗАЛОВА**

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

По определению ВОЗ, **привычные невынашивание беременности - наличие в анамнезе женщин два и более самопроизвольных прерываний беременности в сроке до 22 недель гестации.**

Большинство спорадических ранних потерь беременности вызваны хромосомными аномалиями плода, и их не считают признаком какого-либо неблагополучия в организме матери. Поэтому после одной ранней потери большинство (70-80%) молодых здоровых женщин имеют благоприятный прогноз в отношении следующей беременности, но у женщин старше 40 лет вероятность беременности после выкидыша не превышает 30%. С каждой последующей потерей прогноз ухудшается на 5-10%, и вероятность рождения живого ребенка у женщин с привычным выкидышем даже после тщательного обследования и подготовки к беременности составляет уже не более 60%. В целом частота привычного невынашивания в популяции составляет 0,6-2,3%.

**Что можно сделать, чтоб следующая беременность протекала благоприятно?**

**Привычный выкидыш полиэтиологичен.** В структуре его причин выделяют генетические, анатомические, эндокринные, иммунологические, инфекционные и тромбофилические факторы. Негативную роль играют такие факторы, как курение, алкоголь, прием наркотических средств, низкий социально-экономический статус, недостаток массы тела, ожирение и стресс. **Прегравидарная подготовка (ПП)** к беременности проводится в целях исключения или минимизации их неблагоприятного воздействия на будущую беременность.

♦ **Комплексный подход.** ПП - единственный метод для комплексного снижения риска хромосомных нарушений у плода (в том числе анеуплоидии) и гестационных рисков, ассоциированных с наследственными тромбофилиями. Коррекция нутритивного статуса и заместительная терапия препаратами прогестерона в рамках ПП женщин с привычным невынашиванием достоверно сни-

жают риск невынашивания и преждевременных родов.

♦ **Генетические исследования.** Начиная со второго выкидыша, необходимо проводить кариотипирование остатков плодного яйца при условии получения клеток путем эмбриоскопии во избежание исследования смешанного материала (материнского и плодового) в сочетании с медико-генетическим консультированием половых партнеров.

♦ **Анатомические нарушения женских репродуктивных органов** вызывают 10-15% случаев невынашивания беременности. Доказано, что хирургические вмешательства по поводу перегородки в полости матки, внутриматочных синехий, полипов и субмукозных миоматозных узлов, деформирующих полость матки, значительно улучшают прогноз последующей беременности.

♦ **Рутинное назначение препаратов прогестерона.** Своевременное выявление и коррекция заболеваний эндокринных органов - один из ключевых компонентов повышения эффективности прегравидарного наблюдения. Недостаточность лютеиновой фазы (НЛФ) - центральное звено патогенеза привычного невынашивания беременности. Универсальной рекомендацией при НЛФ является идентификация и коррекция всех возможных неблагоприятных факторов и восполнение недостаточности прогестерона во вторую фазу менструального цикла. Наиболее значима прогестероновая поддержка в период ПП. Полноценная секреторная трансформация эндометрия и инвазия трофобласта с последующим формированием адекватно функционирующей плаценты является основным предиктором благоприятного течения и исхода беременности, поэтому всем женщинам с привычным невынашиванием беременности необходим рутинный прием препаратов прогестерона во вторую фазу каждого менструального цикла до зачатия и на протяжении гестации для улучшения репродуктивных исходов.



♦ **Коррекция «мужского фактора».** Репродуктивная реабилитация обоих супругов с участием врача-уролога-андролога позволяет снизить частоту ранних самопроизвольных абортов в 3 раза, ВПР - в 4 раза, а перинатальную смертность - на 60%.

♦ **Психологическая поддержка.** Все супружеские пары, имеющие в анамнезе перинатальные потери либо случаи рождения детей с серьезными нарушениями здоровья, нуждаются в преградидарном консультировании психотерапевта или психолога для компенсации психоэмоциональной нагрузки и сопровождения будущей беременности.

### **Когда показано генетическое обследование супружеской пары?**

Частоту хромосомных аномалий у плода в парах с привычным невынашиванием оценивают в 13%. По мере прогрессирования беременности значимость генетического фактора (как плодового, так и родительского происхождения) в отношении невынашивания и недонашивания снижается и составляет во II триместре 15%, а в III - около 5 процентов. Начиная со второго выкидыша, необходимо проводить кариотипирование остатков плодного яйца и обязательное медико-генетическое консультирование супружеской пары. Этот метод должен заменить рутинный гистологический скрининг, лишь подтверждающий факт беременности и не дающий сколь-нибудь значимой информации для планирования следующего зачатия. При обнаружении аномального кариотипа в остатках плодного яйца (получение клеток путем эмбриоскопии во избежание исследования смешанного - материнского и плодового - материала) необходимо рекомендовать будущим родителям консультацию генетика. Если аномальный кариотип не выявлен, показано обследование для исключения хронического эндометрита (гистероскопия с пайпель-биопсией эндометрия).

Помимо аномального кариотипа плодного яйца, **показаниями для генетического обследования пары служат:**

- два самопроизвольных аборта в ранние сроки беременности и более;
- хромосомные аномалии и наследственные заболевания одного или обоих партнеров;



- наличие в семье ребенка с хромосомными заболеваниями или ВПР;
- неразвивающаяся беременность с установленными хромосомными дефектами эмбриона (плода).

### **Что такое антифосфолипидный синдром?**

*Антифосфолипидный синдром (АФС) - сочетание неблагоприятного исхода беременности или тромбоза (венозного или артериального) с повышением титра антифосфолипидных антител (волчаночного антигена, АТ к кардиолипину и бета2-гликопротеину-1).*

АФС считают одной из наиболее важных корригируемых причин привычного невынашивания. Диагноз устанавливают только при наличии одного клинического критерия и одного лабораторного критерия (австралийские критерии).

#### **Клинические критерии АФС:**

- *сосудистый тромбоз* в анамнезе;
- *невынашивание беременности:* одна или более потерь плода от 10 недель беременности и более, подтвержденных нормальной морфологией плода по УЗИ или результатам патоморфологического исследования; либо одни преждевременные роды и более морфологически нормальным новорожденным на сроке от 34 недель беременности в результате тяжелой преэклампсии, эклампсии или плацентарной недостаточности; либо три необъяснимых спонтанных аборта или более на сроке до 10 недель беременности при исключении анатомических, гормональных и генетических причин невынашивания.

**При обнаружении аномального кариотипа в остатках плодного яйца необходимо рекомендовать будущим родителям консультацию генетика. Если аномальный кариотип не выявлен, показано обследование для исключения хронического эндометрита.**





◀ **Лабораторные критерии АФС** - выявление одного из маркеров (дважды с интервалом не менее 12 недель):

- волчаночный антикоагулянт в плазме крови;
- умеренный или высокий титр антикардиолипидных антител (IgG или IgM) в сыворотке или плазме крови;
- антитела к бета2-гликопротеину (IgG или IgM) в сыворотке или плазме крови.

**Постановка диагноза АФС - показание для консультации врача-гематолога.**

При обнаружении аутоантител к фосфолипидам пациентке назначают комбинацию низкомолекулярного гепарина с низкими дозами ацетилсалициловой кислоты - такая тактика снижает риск потери беременности на 54%.

**Что делать при носительстве тромбогенных мутаций?**

Генетическое обследование для выявления наследственных тромбофилий рекомендуют пройти женщинам, имеющим родственников первой линии с тромбофилией высокого риска, а также имеющим в анамнезе:

- идиопатический артериальный тромбоз (в молодом возрасте);
- идиопатическую венозную тромбоземболию (ВТЭ) необычной локализации (тромбозы вен желу-

дочно-кишечного тракта, почек, головного мозга, венозного синуса);

- эпизод ВТЭ, ассоциированный с воздействием факторов умеренного риска (операции небольшого объема, непродолжительная иммобилизация или путешествия на значительные расстояния, прием эстрогенсодержащих контрацептивов);
- идиопатическую ВТЭ в сочетании с отношением пациентки к группе риска по кровотечению или с наличием противопоказаний для антикоагулянтной терапии;
- необъяснимые осложнения беременности: более трех потерь на сроках до 10 недель или одна и более после 10 недель, преэклампсия, задержка развития плода (ЗРП), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

При обнаружении тромбофилии необходимо организовать консультацию пациентки у гематолога.

Мутации в генах фолатного цикла MTHFR (5-метилтетрагидрофолатредуктазы), MTR (метионинсинтазы), MTRR (метионинсинтазы-редуктазы) напрямую не связаны с риском тромбозов у беременных. В настоящее время указанные параметры исключены из признаков наследственных тромбофилий. Мутации в генах фолатного цикла ассоциированы с нарушением метаболизма фолатов (дефицитом фолиевой кислоты, витамина В6 и /или В12), повышением

вероятности развития гипергомоцистеинемии - и именно это состояние может повышать риск тромбозов и акушерских осложнений. Поэтому обусловлена целесообразность назначения пациенткам с мутациями в генах фолатного цикла фолатов в форме метафолина (левомефолата) и в составе поливитаминовых комплексов, содержащих В6 и В12.

**Какие инфекционные агенты исключить?**

Инфекционные факторы практически всегда фигурируют среди причин выкидыша и преждевременных родов (особенно сверххранних). Наряду с базовым спектром обследования показана пайпель-биопсия эндометрия для установления роли инфекционного фактора в формировании хронического эндометрита. Установлена причинно-следственная связь между выкидышами и отдельными инфекциями, такими как малярия, бруцеллез, цитомегаловирусная инфекция, ВИЧ, лихорадка Денге, вирусы гриппа. Обследование для исключения перечисленных инфекций показано в случае анамнестических указаний на возможность заражения. Именно скрининговые мероприятия для определения вируса краснухи и бледной трепонемы позволили в мировой практике снизить частоту невынашивания беременности. Для пациенток с подтвержденным инфекционным фактором потерь предыдущих беременностей ПП предусматривает обязательное лечение диагностированного хронического эндометрита.

**Как оценить свой эндокринный статус?**

Эндокринные заболевания часто становятся причиной невынашивания беременности. Своевременное выявление и коррекцию нарушений функций эндокринных органов (щитовидной и поджелудочной желез, надпочечников и яичников) считают одним из ключевых компонентов повышения эффективности прегравидарного и антенатального наблюдения.

Одновременно с обследованием и коррекцией выявленных нарушений всем женщинам с при-



вычной потерей беременности рутинно назначают препараты прогестерона. Согласно зарубежным рекомендациям, рутинный прием препаратов прогестерона во вторую фазу менструального цикла до наступления беременности и далее с продолжением во время гестации рекомендован всем женщинам с привычным невынашиванием в анамнезе, поскольку достоверно улучшает исходы последующих беременностей. Прогестинная поддержка ранних сроков беременности (как дидрогестероном, так и микронизированным прогестероном) дополнительно позволяет корригировать иммунный баланс Th1/Th2, перенастраивая иммунную систему в направлении противовоспалительного типа иммунного ответа (Th2) на имплантирующееся плодное яйцо. Высоковероятен нейтропротективный эффект препаратов прогестерона и его метаболита аллопрегнанола в отношении головного мозга плода. Очевидно, теми же механизмами можно объяснить выявленную ассоциацию дефицита прогестерона у матери и аутизма у будущего ребенка. Выбор конкретного препарата осуществляет врач, исходя из клинической ситуации. Сильной стороной дидрогестерона следует признать большее сродство к прогестероновым рецепторам и высокую биодоступность. Дидрогестерон доказал свою эффективность не только при привычном невынашивании, но и при угрожающем аборте. При наличии у женщины факторов риска досрочного родоразрешения (при наличии преждевременных родов в анамнезе) уже с прегравидарного периода женщине предпочтительно назначать микронизированный прогестерон. С профилактической целью прием препарата можно продолжать вплоть до 34-й недели гестации. Оба средства хорошо зарекомендовали себя в программах поддержки беременности, достигнутой в исходе ВРТ.

### **Как исключить мужской фактор невынашивания?**

В супружеских парах с отягощенным анамнезом, риском ре-



продуктивных потерь и перинатальных нарушений необходимы обследование и коррекция диагностированных аномалий для мужчин, планируемые и осуществляемые врачом-урологом-андрологом. Частота уроандрологических нарушений у мужчин из семей с нарушенной репродуктивной функцией составляет 104,5 на 100 пациентов (у некоторых - более одного диагноза), аномалий эякулята - 59,5 случая. Негативное влияние «мужского фактора» на успешность зачатия и прогноз беременности наиболее часто реализуется через неполноценность сперматозоидов. Дефекты зачатия и аномалии развития плодного яйца предопределяют неадекватный иммунный ответ материнского организма.

### **Факторы риска репродуктивных потерь со стороны мужчины:**

- бесплодие в супружеской паре;
- перенесенные и имеющиеся в настоящее время заболевания половых органов, прежде всего инфекционной природы;
- изменения в спермограмме: сниженная скорость движения сперматозоидов, повышенная вязкость эякулята, агглютинация сперматозоидов, повышенное количество лейкоцитов, нарушение белкового состава спермы с низким уровнем гликоделина.

Одновременное репродуктивное оздоровление супругов при эффективном сотрудничестве акушера-гинеколога и уролога-андролога позволяет снизить частоту ранних самопроизвольных аборт в 3 раза, ВПР - в 4 раза, а перинатальную смертность - на 60%. В РФ накоплен большой опыт санаторно-курортного оздоровления мужчин и применения физиотерапии для решения андрологических проблем, но этот опыт нуждается в систематизации.

Актуальность проблемы привычного невынашивания беременности определяется ее полиэтиологичностью и вследствие этого - отсутствием универсальных алгоритмов по предотвращению повторных неблагоприятных исходов. Как показывает анализ многочисленных международных исследований, безальтернативный путь снижения акушерских и перинатальных осложнений у таких женщин - грамотная, составленная с учетом персонализированных факторов риска, прегравидарная подготовка. Выявление и коррекция всех возможных факторов риска на прегестационном этапе (образа жизни, питания, вредных привычек, соматических и гинекологических заболеваний) с обязательной дотацией фолиевой кислоты обеспечивают благоприятное наступление беременности и значительно улучшают прогноз. ☺





# Свет, который лечит

**«Свет, который лечит» - слова датского ученого и физиотерапевта, лауреата Нобелевской премии Нильса Финсена, которые он сказал более 100 лет назад.**

**Светолечение или фототерапия - это дозированное воздействие на организм инфракрасного, видимого или ультрафиолетового излучения.**

Ультрафиолетовое излучение является наиболее распространенным, постоянно действующим природным физическим фактором. Благодаря своему многообразному влиянию оно давно привлекает внимание к себе биологов и врачей.



Естественным источником ультрафиолетового излучения является излучение Солнца. **Солнце, солнечные лучи - наш друг и могучий лекарь.** Солнце лечит раны, язвы, улучшает обмен веществ, стимулирует иммунитет, обладает профилактическими и лечебными свойствами при заболеваниях нервной системы, кожи, органов дыхания и многих других заболеваниях.

Начало использования солнечной радиации с лечебной целью относится к глубокой древности. Письменные указания о лечебном действии солнечного света можно найти у Геродота (484-425гг. до н.э.). Первым врачом, рекомендовавшим применение солнечных ванн в лечебных целях, а также для профилактики заболеваний, был Гиппократ. Горячим сторонником солнцелечения также считается и выдающийся врач Авиценна (XIII век).

Почти вся потребность человека в ультрафиолетовом излучении покрывается за счет естественной радиации Солнца. Однако содержание ультрафиолетовых лучей в солнечном спектре подвержено большим изменениям (сезонные колебания в интенсивности солнечной радиации, широта местности и т.д.). В условиях города долгое пребывание человека в помещении может вызвать явления ультрафиолетовой недостаточности. Подобное явление приводит к нарушению обменных процессов в организме, изменению витаминного баланса, к сдвигу в течение иммунобиологических процессов. Поэтому в целях профилактики и коррекции ультрафиолетовой недостаточности большую роль приобретает ультрафиолетовое облучение искусственными источниками света. Наиболее эффективным и распространенным методом физиопрофилактики является искусственное общее и местное ультрафиолетовое облучение, широко используемое в физиотерапии.

**Ультрафиолетовое облучение (УФО-излучения) применяется в це-**



**Ольга Викторовна ЖИДКИХ,**  
медицинская сестра по физиотерапии, высшая квалификационная категория, физиотерапевтическое отделение, КГБУЗ «Городская больница №8, г.Барнаул», член ПАСМР с 2013 года



*Уважаемые коллеги!  
Дорогие защитники Отечества!*

*АРОО «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников» сердечно поздравляет вас с Днём Защитника Отечества – праздником доблести и мужества, чести и верности долгу истинных патриотов России!  
Пусть ваша жизнь будет наполнена яркими событиями, успехами и достижениями, а душа согрета вниманием, любовью и заботой родных и близких!  
Желаем вам крепкого здоровья, неиссякаемой жизненной энергии, благополучия и мирного неба над головой!*

*С уважением,  
Президент АРОО ПАСМР  
Л.А. Плигина*

Наиболее целесообразно массовое ультрафиолетовое облучение в зимне-весенний период, а также перед или во время эпидемии респираторных заболеваний. Для этой цели используют коротковолновое ультрафиолетовое излучение.

Для компенсации ультрафиолетовой (естественной) недостаточности. Особенно показаны УФО-облучения людям, живущим в северных широтах, в больших промышленных городах, работающим на шахтах и т.д. Жителям Алтайского края, Сибири полезно принимать ультрафиолетовые лучи с профилактической целью, так как мы проживаем в местности, где есть дефицит естественного облучения.

Также УФО-излучения используют в лечебных целях при заболеваниях внутренних органов: действие основано на десенсибилизирующем, противовоспалительном, обезболивающем действии. Так, например, УФО-облучения широко применяются при заболеваниях дыхательного аппарата (пневмонии, бронхите, бронхиальной астме).

В компенсации УФО-недостаточности нуждаются больные хронически-



ми заболеваниями лёгких, ревматизмом и другие, которые вынуждены длительное время находиться в помещении.

**УФО-облучения широко рекомендуются в целях оздоровления и закаливания организма, повышения устойчивости к инфекциям (грипп и другие) и вредным воздействиям внешней среды.** Также их проводят для предотвращения авитаминоза и гиповитаминоза D (рахита) у детей, используют для повышения сопротивляемости организма к различным инфекциям и как общеукрепляющее средство у больных с хроническими воспалительными заболеваниями.

Местное УФО с профилактической целью применяют в период неблагоприятной эпидемиологической обстановки, вспышки острых респираторных заболеваний, особенно в детских коллективах. Наиболее целесообразно массовое ультрафиолетовое облучение в зимне-весенний период, а также перед или во время эпидемии респираторных заболеваний. Для этой цели используют **коротковолновое ультрафиолетовое излучение (КУФ)**: этот «специалист» по уничтожению микробов «отключает» их ДНК или вызывает мутации, которые приводят к смерти микроба.

В арсенале физиотерапевтического отделения КГБУЗ «Городская больница №8, г.Барнаул» существуют различные модификации аппаратов для ультрафиолетового облучения, которые активно применяются для лечения и профилактики заболеваний. Например, облучатель УГН-1 предназначен для лечения верхних дыхательных путей (полости носа, носоглотки, миндалин). Поток ультрафиолетовых лучей концентрируется в облучателе с помощью пластиковых тубусов для всех видов облучений. ОРК-21 на штативе с лампой ДРТ-375 предназначен для проведения общих и местных облучений УФО-лучами как с лечебной, так и с профилактической целью. Излучение, создаваемое лампой, повышает общую сопротивляемость, улучшает обмен веществ,

### *Уважаемые коллеги! Дорогие, милые женщины!*

*Примите самые искренние поздравления с замечательным весенним праздником —  
Международным женским днем 8 Марта!  
Во все времена женщина была и остается  
олицетворением красоты,  
нежности и обаяния, воплощением доброты,  
чуткости и милосердия,  
что так созвучно с нашей профессией!  
Пусть каждый день приносит вам только  
радость и ощущение гармонии,  
жизнь наполняется яркими впечатлениями и  
новыми открытиями!  
Желаем крепкого здоровья, женского счастья,  
любви, благополучия и исполнения желаний  
вам и вашим и близким!*

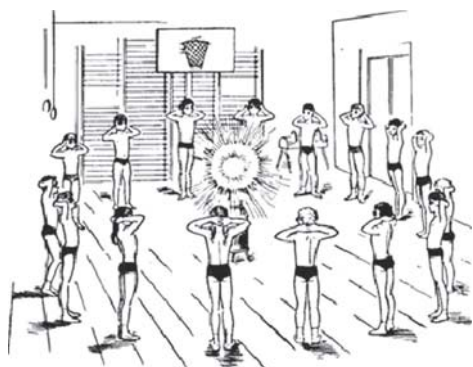
*С уважением,  
Президент АРОО ПАСМР  
Л.А. Плигина*





понижает возбудимость нервных элементов кожи. Облучатель используется при острых и подострых воспалительных заболеваниях внутренних органов, заболеваниях суставов и костей, различных травмах опорно-двигательного аппарата.

Также существуют приборы для домашнего применения с профилактической целью, например «Солнышко». Этот прибор предназначен для общего оздоровления организма, восполнения недостатка солнца в осенне-зимний период, стимуляции выработки витамина D в организме. Для этого проводят УФО-облучение слизистой оболочки носа и зева. Локальные облучения используют также для профилактики гнойных осложнений при ранах, ожогах, отморожениях. Арсенал средств физиотерапии, которые могут быть применены с целью первичной и вторичной профилактики, чрезвычайно велик и постоянно расширяется. Их рациональное использование должно быть существенным звеном в профилактической работе по укреплению здоровья.



Помните, что правильная организация ультрафиолетового облучения имеет огромное лечебное и профилактическое значение, но только с учетом показаний и противопоказаний, а также соблюдения всех правил проведения процедур.

Солнце - источник света, является и источником жизни на нашей планете. Гелиотерапия - лечение естественным солнечным светом. Физиотерапия использует искусственные источники света для лечения лучистой энергией заболеваний нервной системы, органов дыхания, опорно-двигательного аппарата, кожи и другие.

**Жителям Алтайского края и Сибири полезно принимать ультрафиолетовые лучи с профилактической целью в осенне-зимний период и ранний весенний период (с 1 ноября по 1 апреля).** ☺

# Инфекции, передающиеся половым путем

***Инфекции, передающиеся половым путем, - группа заболеваний, которые передаются при сексуальном контакте. В эту группу можно отнести около 30 инфекций. Большая часть из них может протекать бессимптомно, что делает эту группу заболеваний весьма опасной для здоровья разных органов и систем. Причем, потенциально заразиться этими инфекциями может каждый из нас, вне зависимости от пола и социального статуса.***

Некоторые инфекции, передающиеся половым путем (ИППП): хламидиоз, гонорея, сифилис - **вызываются бактериями**, которые достаточно легко вылечиваются антибиотиками. Другие инфекции вызываются **вирусами**, вылечить которые гораздо сложнее, и, как правило, лечению поддаются только их симптомы (это касается гепатита В, гепатита С, герпеса, ВИЧ, вируса папилломы человека, остроконечных бородавок). Существуют и **паразитарные ИППП**: чесотка, трихомониаз и лобковые вши.

**ИППП распространяются половым путем, гемоконтактным и через прямой контакт кожи с кожей** (для заражения достаточно микроповреждений).

**Существуют основные признаки, которые указывают на развитие инфекции у человека, при обнаружении которых необходимо немедленно обратиться к врачу:**

- ▶ жжение и зуд в интимной области;
- ▶ боль или дискомфорт во время секса;
- ▶ измененные выделения из половых органов;



**Ольга Николаевна  
МАХНИБОРОДИНА,**

фельдшер-лаборант  
клинико-диагностической  
лаборатории,  
КГБУЗ «Городская  
поликлиника №3,  
г.Барнаул»,  
член ПАСМР с 2014 года



## Советы медицинской сестры

▶ боль в нижней части живота;  
▶ частое и болезненное мочеиспускание;

▶ высыпания и покраснение в интимной зоне;

▶ увеличение лимфатических узлов.

Возбудителей, которые входят в группу ИППП, достаточно много. И современная медицина предлагает разные методы диагностики, с помощью которых можно их обнаружить и назначить эффективную схему лечения. Условно **методы диагностики можно разделить на несколько групп:**

- микроскопические;
- анализы крови;
- культуральные методы или посевы;
- ДНК-диагностика.

Несмотря на обширный выбор методов диагностики, точного лабораторного метода пока не существует. При подозрении на ИППП нельзя обойтись одним методом - чаще всего их используют в комплексе для наиболее достоверного результата. Нередко диагностика занимает немало времени со стороны пациента.

Первое, что должен сделать человек, которого беспокоят симптомы половой инфекции, - **сдать мазок на микрофлору**. Это стандартная процедура, которая также проводится при плановом осмотре у гинеколога или уролога. У мужчин мазок берется из мочеиспускательного канала, у женщин - из влагалища и уретры.

Очень важно вовремя распознать заболевание и своевременно начать лечение, так как ИППП оказывают глубокое воздействие на сексуальное и репродуктивное здоровье. **Эти инфекции могут иметь серьезные последствия:**

▶ герпес и сифилис могут в несколько раз повышать риск приобретения ВИЧ-инфекции;

▶ передача ИППП от матери ребенку может приводить к мертворождению, смерти новорожденного, рождению ребенка с низкой массой тела, недоношенности, сепсису, пневмонии, неонатальному конъюнктивиту и врожденным дефектам;

▶ вирус папилломы человека является фактором риска заболевания раком шейки матки;

▶ гонорея и хламидиоз являются основными причинами воспалительных заболеваний органов малого таза, неблагоприятных исходов беременности и бесплодия.



### Профилактика и защита от ИППП

К сожалению, **использование барьерных методов контрацепции не всегда является гарантией безопасности**. При использовании презервативов для безопасного секса важно следовать инструкциям, которые указаны на упаковке. Правильное использование презервативов делает их более эффективными.

Биомедицинскими мерами для профилактики некоторых ИППП являются **обрезание у взрослых мужчин и применение бактерицидных вагинальных средств** (гель тенофовир).

Против гепатита В и вируса папилломы человека (ВПЧ) существуют безопасные и эффективные **вакцины**. Они являются большим достижением в области профилактики ИППП. Вакцина против гепатита В включена в программы детской иммунизации в 93% стран. Вакцина против ВПЧ доступна в качестве составной части программ регулярной иммунизации в 65 странах мира, большинство из которых являются странами с высоким и средним уровнем дохода. Ведутся исследовательские разработки вакцин против герпеса и ВИЧ, хотя приемлемых кандидатных вакцин против этих инфекций пока не появилось. Вакцины против хламидиоза, гонореи, сифилиса и трихомониаза на сегодня находятся на ранних стадиях разработки. ☺

**Первое, что должен сделать человек, которого беспокоят симптомы половой инфекции, - сдать мазок на микрофлору. Это стандартная процедура, которая также проводится при плановом осмотре у гинеколога или уролога.**



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



# Рождение до срока



**Алла Владимировна ЛОБАНОВА,**  
клинический перинатальный психолог, Алтайский краевой центр медико-социальной поддержки беременных женщин, КГБУЗ «Алтайский краевой перинатальный центр «ДАР»»

**Появление ребенка на свет до срока - всегда стресс для мамы. Она рассчитывала, что у нее родится доношенный здоровенький малыш, но в силу разных причин всё пошло иначе.**

Стресс может усугубиться проблемами в ходе беременности и продолжаться не один месяц. На этом этапе главная задача психолога перинатального центра - эмоционально поддержать пациентку и объяснить, что **недоношенность ребенка не является приговором для его дальнейшего развития.** В мире каждый десятый ребенок рождается раньше срока. И к определенному возрасту, как правило, такие детки догоняют в развитии своих сверстников. Конечно, до этого времени многое предстоит пройти и сделать маме и ребенку.

Итак, **совместная работа психолога и мамы начинается с победы над стрессом.** Это важно, потому что именно от мамы ребенок получает необходимый ему энергетический ресурс, он остается с ней связанным эмоционально. Основными методами работы психолога в этот период являются личностные беседы.

Эмоционально ребенок с мамой связан достаточно долго. При родах происходит только физическая сепарация. А вот начало эмоционального разделения происходит только в трехлетнем возрасте, когда ребенок говорит: «Я сам буду надевать носки, я сам буду мыть руки» и т.д., и заканчивается только к подростковому возрасту.

В нашем Центре успешно применяется методика **«кенгуру» для помощи недоношенным деткам.** Название этого метода появилось в результате наблюдений за процессом вынашивания новорожденных детенышей кенгуру. При рождении потомство этого животного является слабым и не приспособленным к окружающим условиям, и только благодаря нахождению в материнской сумке детеныши получают возможность благоприятно развиваться.

Суть метода заключается в том, что на протяжении определенного отрезка времени недоношенный малыш ежедневно, в течение нескольких часов, контактирует с кожей мамы, - лежит на ее груди. Благодаря этому создается возможность под-

держивать постоянство температуры тела ребенка, необходимое для стимуляции биологических процессов в ослабленном детском организме. При этом сверху малыша укрывают одеялом или теплой пеленкой, а на голову при необходимости одевают шапочку.

Эта природная методика комбинирует несколько положительных эффектов, способных сыграть решающую роль в вопросе сохранения жизни недоношенного малыша. **К таким эффектам относятся:**

- ◆ поддержание лактационной функции у мамы;
- ◆ постоянная стимуляция рецепторов и органов чувств новорожденного ребенка: малыш чувствует запах материнского тела, слышит ее голос, ощущает прикосновения;
- ◆ снижение болевой чувствительности у малыша;
- ◆ установление тесного психологического контакта и доверия между грудничком и его родителями;
- ◆ создание эффекта психологического равновесия и релаксации как для ребенка, так и для родителей.

Ошибочно отождествлять метод «кенгуру» с обычным удерживанием ребенка на руках в течение определенного времени. Такое обычное ношение ребенка на руках не создает оптимальных условий для поддержания жизнедеятельности ослабленного детского организма.

**Благодаря использованию техники «кенгуру» имеется возможность достигнуть у ребенка положительных результатов:**

- ◆ уменьшение вероятности формирования апноэ у новорожденного;
- ◆ стимуляция набора массы тела;
- ◆ стимуляция и пролонгирование лактационного периода;
- ◆ профилактика заболеваний дыхательной системы;
- ◆ стимуляция сосательного рефлекса.

Следующий метод - **метод «гнезда».** Он поддерживается и педиатрами, и психологами, и консультантами по грудному вскармливанию.





**К нему необходимо обратиться, если:**

- ◆ новорожденный отказывается брать грудь;
- ◆ у мамы недостаточно молока, при этом она не хочет переходить на смесь;
- ◆ если мама была разлучена с младенцем в роддоме;
- ◆ если малыш во время родов или пребывания в роддоме переживал стресс;
- ◆ если ребенок родился в результате кесарева сечения;
- ◆ если кроха родился недоношенным.

Суть методики заключена в постоянном тесном контакте с малышом. Метод «гнезда» помогает мамам наладить процесс лактации.

«Радикальные» сторонники методики стремятся следовать ей как можно дольше, иногда мамы спят с детьми, носят их в слингах до возраста полутора лет. Однако разумным будет *плавно перейти на нормальный режим и адекватный уход, как только психологическое состояние крохи стабилизируется, или когда у вас наладится процесс лактации.*

Бесспорно, период беременности связывает маму и малыша в единое целое, и они оба ощущают эту связь даже после родов. Единственное существо, которому младенец всецело и бессознательно доверяет, - это его мать. Поэтому психологи и последователи метода «гнезда» настаивают на том, что для психического комфорта ребенка уход за ним должна осуществлять исключительно мать.

В перинатальном центре «ДАР» планируем внедрить следующий метод - **элементы музыкальной терапии**: в палатах будет звучать классическая музыка и колыбельные песни. Поскольку ребенок лучше знает голос мамы, он жил с ним несколько месяцев, важно, чтобы колыбельные исполнялись именно ею. Психологом Центра будут сформированы группы, где женщины смогут не только узнать всё о колыбельных песнях, но и выучить их.

Мама недоношенных ребятшек в «ДАРе» остаются практически на месяц, постоянно находясь в состоянии эмоционального напряжения. **Элементы арт-терапии** помогают им выстоять в этой ситуации. Помочь может



и занятие вязанием. Любая механическая работа отвлекает от переживаний за малыша. Вязаные вещи предназначены для ее же ребенка. И это тоже очень важно: недоношенные детки совсем крошечные, на них непросто найти подходящую одежду. Мамочки вяжут шапки, кофты, игрушки-трансформеры с «щупальцами», за которые с удовольствием держатся ручки малыша. Ближайшая перспектива - открытие швейного участка.

В своей работе психологи Центра нацелены на разъяснительную работу с мамами о ценности грудного вскармливания. Объясняем мамам, что это естественно и важно для малыша, поскольку в грудном молоке есть необходимый набор всех микроэлементов, необходимых ребенку.

**Финалом работы психолога, как и всего медицинского персонала «ДАРА» можно считать день выписки мамы и малыша.** Много волнений и переживаний позади, ребенок подрос, набрал вес. Мама видит, что усилия врачей не напрасны. Мы же просто рады за них.

**Каждый год в Центре проводится праздник - День недоношенных детей.** На него обязательно приглашаем наших бывших пациентов, у которых дети уже подросли. Такие встречи очень важны для тех, кто в данный момент находится в «ДАРе», потому что положительный опыт мам, прошедших этот этап, дает надежду и оптимизм. ☺

**В перинатальном центре «ДАР» планируем внедрить элементы музыкальной терапии: в палатах будет звучать классическая музыка и колыбельные песни. Поскольку ребенок лучше знает голос мамы, то важно, чтобы колыбельные исполнялись именно ею.**



# Победа над болезнью

**По словам Юрия Васильевича ТЕНА, доктора медицинских наук, профессора, заведующего хирургическим отделением Алтайского краевого клинического центра охраны материнства и детства, в детской хирургии исключена узкая специализация. Хирурги детского отделения оперируют всю патологию. И это означает, что нужно быть готовым к проведению редкой, уникальной операции.**

Пациентами хирургического отделения для детей Алтайского краевого клинического центра охраны материнства и детства ежегодно становятся более 1500 человек. Большинству из них - 1100-1250 ребятишкам - проводятся операции по самым разным патологиям: почти половину составляют урологические проблемы, 8% - онкология, торакальная хирургия - 7%, около 10% - проктология. Также оказывается помощь детям при заболеваниях желудочно-кишечного тракта, особый блок работы - хирургия новорожденных.

- 2019 год начался с проведения достаточно редких операций при угрожающих жизни заболеваниях, - говорит Юрий Васильевич.

Успешно была проведена операция по поводу ахалазии пищевода - функциональном сужении в его нижней части. Эта патология чаще встречается у взрослых людей. За 44 года хирургической практики Юрия Васильевича в отделении оказывали помощь при такой патологии не более чем в десяти случаях. Лечение может быть только оперативным, причем отсрочка операции невозможна - это неизбежно приведет к ухудшению состояния человека. Раньше ее проводили открытым способом, с развитием же малоинвазивной хирургии требуются всего 3-4 прокола.

Эта патология была диагностирована у 14-летнего Ивана Федорищева из села Солонешное.

Как рассказал Юрий Васильевич, до лечения юноша жаловался на боль за грудиной после приема пищи, периодическую рвоту. Диагноз - третья степень ахалазии пищевода, требующая оперативного лечения. Для рентгенологического исследования применялось контрастное вещество (благодаря которому на снимке стала хорошо видна верхняя расширенная часть пищевода и нижняя - в виде нити).

По словам Ивана, неладное он почувствовал три года назад:

*- Помню, я решил попить воду, но она странно проходила. Потом и еда плохо стала проходить. Ее обязательно запивал, один раз сразу литр воды выпил. Сейчас еду не запиваю, пока ем жидкое - и всё хорошо. Мечтаю, что когда приеду домой, бабушка*



*приготовит блинчики с картошкой, еще draniki люблю...*

Контрольные снимки показали, что эта операция прошла успешно, и Иван уже вернулся домой.

Проведение малоинвазивных операций имеет ряд преимуществ. Главное из них - пациенты быстро приходят в себя и возвращаются к привычной жизни. Это и экономически выгодно больнице - пациенты быстрее выписываются из отделения.

Возраст второго пациента пока измеряется неделями. Ребенок поступил из реанимации больницы в крайне тяжелом состоянии: с одышкой, развившейся тахикардией. К операции по поводу диафрагмальной грыжи малыша готовили сутки. Сейчас сердце маленького Димы бьется как надо.

*- Димочка - третий ребенок в нашей семье. Особая благодарность врачам за его спасение. Не передать словами восхищение их умением делать такие сложные операции, да еще и таким крошечным деткам!* - говорит Александра Абжалова.

Когда малыш родился, для всех уже было очевидным, что патология серьезная: мальчик закричал



негромко, синюшный цвет кожных покровов указывал на проблемное дыхание. Две недели в реанимации подтвердили худшие опасения врачей - диафрагмальная грыжа новорожденного. По словам Юрия Васильевича Тена, транспортировать таких больных нежелательно.

- *Теперь у вас всё хорошо,* - обратился он к маме ребенка. - *Питание - как обычно, ползать можно, обниматься с мамой тоже. Кстати, когда детей часто обнимают, они развиваются лучше. После операции лёгкое расправилось, сердце заработало нормально. Операцию провел детский хирург высшей квалификационной категории **Константин Юрьевич ТЕН**, который «отвечает» в отделении за малоинвазивное направление.*



Диафрагмальная грыжа у новорожденных - явление не частое, встречается у одного грудничка из 5000. Формирование патологии в большинстве случаев начинается на четвертой неделе беременности, когда закладывается перепонка между



брюшной полостью и грудной. При этом до сих пор не установлены точные причины порока. Но результат его страшен: все кишки поднимаются в плевральную полость и без своевременной помощи ребенок быстро погибает.

Третий пациент - Амир Яльчин. Он приехал в отделение из Республики Алтай с диагнозом «атрезия двенадцатиперстной кишки». Дорога в 700км сравнима с дорогой спасения:

- *Мы приехали в отделение специально к Юрию Васильевичу Тену: в нашей местной больнице сказали, что только здесь смогут нам помочь. Уже на третьем скрининге врачи определили, что у*

*сына серьезная патология, угрожающая его жизни. А мы верили, приехали сюда с надеждой. Сейчас сынок совсем другой - почти здоровый человек. Хотя в отделение он попал в тяжелейшем состоянии. Огромная благодарность всему коллективу отделения и больницы,* - рассказывает Ирина Николаевна, мама Амира.

Атрезия 12-перстной кишки формируется на первом гестационном месяце. Для патологии типично полное закрытие просвета кишечной трубки. При этом происходит значительное расширение ее проксимального конца, способного по своим объемам достигать размеров желудка. При этом дистально расположенные петли кишечника имеют малый диаметр и спаяны между собой.

Помощь разных специалистов - такова возможность многопрофильного медицинского учреждения, каким является Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства.

**Эти три случая успешного оказания медицинской помощи детям, возвращение им здоровья и права на дальнейшую счастливую жизнь - только маленький эпизод из будней большого коллектива хирургического отделения, в котором, бесспорно, работают профессионалы.** ☺





# Оставаться мужчиной вопреки болезни



**Ярослава Валерьевна  
ЯКОВЕЦ,**

врач-уролог,  
высшая квалификационная  
категория, кандидат  
медицинских наук,  
доцент кафедры урологии  
и андрологии с курсами  
специализированной  
хирургии АГМУ

**Половой член -  
уникальный орган  
в организме  
мужчины. Ни один  
другой не похож  
на него  
анатомически.  
В структуре  
полового члена  
помимо обычных  
тканей  
присутствуют так  
называемые  
кавернозные тела.**

Именно благодаря кавернозным телам у мужчины обеспечивается эрекция. Кавернозная ткань, покрытая оболочкой, состоит множества ячеек - каверн. Они обладают способностью изменения объема путем повышения или понижения тонуса трабекулярных волокон, формирующих ячейки. Кровеносные сосуды, по которым кровь поступает к кавернам, называются артериолами.

При сексуальном желании у мужчин происходит выделение оксида азота, благодаря чему трабекулярные волокна расслабляются, и возникает увеличение расстояния между артериолами.

Усиление кровотока вызывает наполнение каверн кровью и рост объема кавернозной ткани. Обратный отток крови идет по сплетениям вен, находящимся под так называемой белочной оболочкой. При увеличении кавернозной ткани венозные сплетения поджимаются к оболочке, что частично блокирует отток крови и фиксирует эрегированное состояние полового члена.

Эрекция - механизм, предусмотренный природой для размножения. Сегодня используются вспомогательные репродуктивные технологии, но в природе ни одно создание не может размножаться без эрекции. У животных механизм обеспечивается структурой в виде очень плотного хряща. **У человека хряща в структуре полового члена нет. Его плотность обусловлена тем, что в сотни миллионов маленьких лакун, особых капсул, входит артериальная кровь.**

Закон у природы следующий: если кровь попадает и остается в конкретном месте определенный промежуток времени, то она должна свернуться. В половом члене зер-

кальная внутренняя выстилка обеспечивает несворачиваемость зашедшей туда крови. После спадения эрекции кровь должна вернуться в кровеносное русло и обеспечивать жизнеспособность данного организма. И если где-то она свернется, то тромб с большой вероятностью попадет в общую кровеносную систему, что может привести к летальному исходу. И природа предусмотрела защиту от такой ситуации, создав зеркальную внутреннюю выстилку члена.

**Состояния, приводящие к нарушению этой выстилки, будут способствовать развитию воспаления.** Результатом процесса воспаления станет формирование рубца - маленького или большого. В месте расположения рубцов ткани уже не смогут растянуться, утрачивая эластичность. Рубцы сформируют на конкретном участке общую структуру, которая станет причиной искривления полового члена. Такое же состояние может наступить вследствие травмы.

Есть такое понятие как **«перелом» полового члена.** Слово «перелом» не случайно в кавычках, ведь костной структуры, как мы сказали выше, в половом члене нет. Но в момент травмы слышится **характерный хруст, свидетельствующий о нарушении целостности ткани, заполненной кровью.** Возникает патологическое состояние, приводящее к **деформации полового члена в виде буквы «г».** Это нарушает ритм и качество половой жизни не только мужчины, но и семейной пары.

**К нарушению кавернозной ткани могут привести все заболевания, сопровождающиеся повреждением эндотелия. Это - атеросклероз, гипертония, сахарный ди-**



абет, эндотелиальная недостаточность, любые воспалительные изменения, инфекция, передающаяся половым путем, рецидивирующий герпес и т.д. Данная группа заболеваний будет приводить к нарушению эндотелиальных клеток и в финале приведет к формированию рубца.

При слабом кровотоке либо повышенном оттоке крови, а также при поражении нервов, повреждении кавернозной ткани полового члена у мужчины появляются **нарушения половой функции**. Если эти нарушения не лечить, развивающиеся осложнения могут привести к импотенции.

**Что можно и нужно делать?**

**Врач после постановки диагноза назначает консервативное лечение. Оно не быстрое, поэтому следует запастись терпением.** Если заболевание стало следствием воспалительных процессов в половом члене, то порядок лечения определяется стандартом и назначается врачом-урологом. Если же данное состояние является следствием общих заболеваний, то обязательна их коррекция.

Снижение потенции может быть проявлением общих хронических заболеваний, а может стать результатом того, что часть кавернозной ткани «выключается» из работы. **Ведущим методом исследования является УЗИ**, потому что современные аппараты дают возможность рассмотреть кавернозные тела, кровотоки, их состояние и установить правильный диагноз.

Одним из ведущих заболеваний при «переломах» полового члена является **острый кавернит** - воспаление кавернозных тел. Эта патология, как правило, протекает в острой форме, вызывает сильную боль и негативно воздействует на половую функцию мужчин.

**Причиной кавернита является инфекция.** Наиболее распространена гонорея: бактерии попадают в уретру, а затем распространяются дальше. Другими причинами возникновения кавернита у мужчин мо-



гут быть воспаление уретры, ангины, травма пениса, которая вызвала повреждение пещеристого тела.

Воспаление может передаваться из любого другого пораженного органа вместе с кровью и лимфой. И тогда проводится лечение острого воспалительного процесса.

Лечение требует времени, потому что кровоснабжение кавернозных тел обеспечивают мельчайшие сосуды. Доставить туда лекарственные препараты непросто. Много внимания в процессе лечения уделяется **физиопроцедурам, гирудотерапии**, но делать это желательно тогда, когда еще не сформировался рубец, то есть достаточно быстро. Арифметика проста: воспалительный процесс развивается по нарастающей две недели, еще две недели он разрешается и столько же по времени формируется рубец. Если пациент обратится за медицинской помощью неоперативно, то врач сможет только попытаться убрать рубец, что крайне сложно и не всегда при этом удастся достигнуть 100%-ного результата.

**Мужчины с заболеваниями полового члена не всегда своевременно обращаются к врачу. Этому «способствуют» стеснительность, страх и т.д. Но это как раз тот случай, когда упущенное время равнозначно потерянной здоровью и невозможности восстановить полноценную половую жизнь.** ☹

**При слабом кровотоке либо повышенном оттоке крови, а также при поражении нервов, повреждении кавернозной ткани полового члена у мужчины появляются нарушения половой функции. Если эти нарушения не лечить, развивающиеся осложнения могут привести к импотенции.**



# Компрессионный перелом позвоночника.

## Правила ортопедического режима



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

*Повреждение позвоночника в настоящее время не столь редкое явление. У взрослых переломы тел позвонков локализуются чаще всего в ниже-шейном, ниже-грудном и выше-поясничном отделах, то есть в тех местах, где наиболее подвижная часть позвоночного столба переходит в менее подвижную. У детей компрессионный перелом позвоночника чаще происходит в грудном отделе позвоночника.*

Механизм возникновения компрессионного перелома позвоночника - **чрезмерная сдавливающая осевая нагрузка на него** (падение с высоты на голову, ноги, ягодицы и т.д.) **или резкое чрезмерное разгибание его** (обрушивание тяжести на надплечье и голову). При этом вследствие резкого защитного сокращения мышц-сгибателей спины создается значительная нагрузка на передний отдел позвоночника, превышающая предел физиологической гибкости и приводящая к клиновидной компрессии.

Неосложненные переломы позвоночника (без поражения спинного мозга) в современных условиях лечат функциональным методом, который

сочетает специальные способы реклинации, вытяжения и иммобилизации с ранним восстановлением функции.

**Лечебная физкультура составляет основу функционального метода лечения неосложненных компрессионных переломов позвоночника.** Она способствует ликвидации отрицательных последствий гиподинамии и предупреждению осложнений, связанных с длительным однообразным положением, а также повышает уровень функционирования сердечно-сосудистой системы и дыхательной систем.

Средства лечебной физкультуры, оказывая мощное трофическое воздействие, активизируют обмен веществ в организме больного, ускоряют течение регенеративных процессов в поврежденном позвоночнике, способствуют предупреждению мышечной атрофии.

Компенсаторное действие лечебной физкультуры обеспечивает максимальное укрепление мышц туловища, развитие естественного мышечного корсета, способного удержать позвоночный столб в правильном положении и компенсировать недостаточную статическую выносливость его травмированного отдела.

В дальнейшем ЛФК дает возможность постепенно восстановить нормальную подвижность и гибкость позвоночника, а также его форму, нормализовать его опороспособность.

### **ПРАВИЛА ортопедического режима при компрессионных переломах позвоночника**

- Лечебной физкультурой пациент начинает заниматься в стационаре.
- После выписки из стационара лечебную физкультуру следует продолжить в кабинете ЛФК в поликлинике или самостоятельно в течение не менее 1 года. Двигательный режим и





объем нагрузок назначает врач лечебной физкультуры!

- Ношение корсета в течение 1 года (сроки определяет врач-травматолог).

- Через 3-3,5 месяца после травмы можно садиться (с разрешения врача-травматолога).

- При работе сидя необходимо сделать так, чтобы сохранялся поясничный изгиб, а спина плотно опиралась на тонкий валик спинки стула. Сидите прямо, не наклоняя голову и сгибая туловище, иначе многие мышцы будут напряжены, быстро затекут и устанут.

- Людям небольшого роста нужна подставка под ноги. Высота стула не должна быть выше длины голени, глубина сиденья - не более двух третей длины бедер. Локти должны находиться на уровне основной плоскости стола.

- Если приходится подолгу читать, используйте подставку для книг, чтобы не наклонять туловище вперед.

- Школьникам нужно по возможности меньше сидеть при выполнении домашних заданий и просмотре передач по телевизору. Для этого следует использовать *разгрузочные позы*:

**а)** коленно-локтевое положение - стоя коленями на стуле, предплечьями опираться на стол;

**б)** лежа на животе, - руки под подбородок, под грудь подкладывают клиновидную подставку (высотой 20-25см, по ширине груди и длине плеча). Подбородок должен опираться на вершину подставки.

- При работе стоя следить за тем, чтобы спина оставалась прямой.

- Нагрузку на поясничный отдел можно уменьшить, каждые 15-20 минут попеременно ставя то одну, то другую ногу на небольшую подставку.

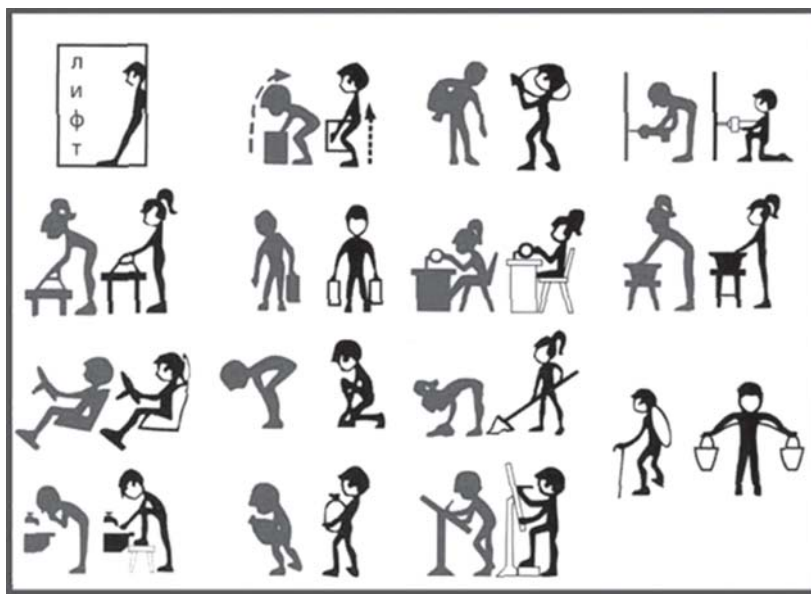
- При подъеме и перемещении груза избегайте резких рывков с поворотом туловища. Не держите груз на вытянутых руках с наклоном вперед. Не поднимайте его на прямых ногах при согнутой спине. Если можно, разделите ношу на две руки. Не рекомендуется носить сумку через плечо.

- Чем тучнее человек, тем жестче должна быть у него постель.

- Запрещаются спортивные виды физических упражнений, связанные с длительной статической нагрузкой на позвоночник и резким сгибанием позвоночника.

*Продолжение в следующем номере.*

## Правила обращения с любимой спиной



**Всё, что на рисунке изображено светло-серым цветом, - НЕПРАВИЛЬНО!**

### Тестирование

Двигательный режим, объем физических нагрузок, эффективность занятий лечебной гимнастикой, перевод с выполняемого комплекса на другой - определяет врач лечебной физкультуры. Для этого он проводит тестирование.

Тестирование проводится следующим образом:

► **«Рыбка»:** упражнение для оценки силовой выносливости мышц спины: лежа на животе, руки вытянуты вперед, приподнять над полом руки, ноги и голову. Руки в локтях не сгибать, голова между рук, носки ног тянуть. Удерживать это положение до усталости (в секундах).

► **«Уголок»:** упражнение для оценки силовой выносливости мышц живота: поднять прямые ноги вверх под углом 45 градусов и удерживать до усталости (в секундах), колени не сгибать, носки ног тянуть от себя.

► **Оценка силовой выносливости мышц шеи:** исходное положение - лежа на спине, руки лежат на груди. Приподнять голову от пола (кушетки) на 3-4см и удерживать до усталости (в секундах).



# Смертельно опасно заниматься самолечением вирусных инфекций



### Андрей Викторович ДЯДИГУРОВ

заведующий отделением реанимации и интенсивной терапии педиатрического стационара №2 (инфекционного), врач-анестезиолог-реаниматолог, высшая квалификационная категория, КГБУЗ «Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства»

**Мало кто задумывается о том, что самолечение банальных вирусных инфекций порой смертельно опасно.**

Основная угроза кроется в неконтролируемом приеме нестероидных противовоспалительных препаратов.

Стойкая гипертермия при гриппе, других вирусных респираторных инфекциях является самым частым поводом «вступить в борьбу» с этим неприятным симптомом еще до обращения к врачу. Основным «оружием» здесь, конечно же, выступают нестероидные противовоспалительные средства (НПВС).

Как правило, эти лекарства очень широко рекламируются в средствах массовой информации, у них серьезные производители. **Но сведения о возможных негативных и опасных для здоровья последствиях их применения при ОРВИ, при инфекционных гипертермиях, интоксикациях, как правило, отсутствуют.** Между тем в странах Западной Европы, США и Канаде применение Парацетамола, Найза в аналогичных ситуациях при ОРВИ **ЗАПРЕЩЕНО.** Однако производитель не спешит открыто предупредить об этом российского потребителя.

Между тем, **если при лечении ОРВИ ограничиваться только приемом жаропонижающих препаратов в течение даже непродолжительного времени (трех-четырёх суток), то возможно возникновение серьезного поражения печени и головного мозга.** Сейчас, в сезон гриппа и ОРВИ, отмечен рост распространенности именно таких поражений. Исследования в области применения НПВС показывают, что около 90% всех неблагоприятных исходов ОРВИ у взрослых как раз являются следствием токсического поражения печени и головного мозга нестероидными препаратами. Если при этом не проводится противовирусное лечение, то возможно одновременное развитие таких осложнений, как пневмония, энцефалит и прочее. Вывести пациента из этого состояния очень сложно.

Что касается детей, то обычная при ОРВИ схема действий - знакомая и

понятная многим, зачастую, оказывается фатальной. У ребенка поднялась температура, но взрослые не настроены на обращение в поликлинику, ведь им нужно спешить на работу. В итоге ребенку дают жаропонижающее и отправляют в детский сад или школу. Вечером у него опять поднялась температура - дали тот же препарат. И так продолжается несколько дней. Один препарат не действует или перестает действовать - с легкостью меняют его на другой. И таким образом через 3-4 дня неконтролируемого приема нестероидных противовоспалительных препаратов состояние ребенка вдруг внезапно ухудшается! У него появляются судороги, рвота, потеря сознания. Повышение температуры становится злокачественно постоянным. Такое состояние обусловлено тяжелым поражением печени и головного мозга, известное в мире медицинской науки как **синдром Рея.**

*Синдром Рея впервые описан в 1963 году австралийским патологоанатомом Reye как крайне тяжелая печеночная энцефалопатия, развивающаяся при применении АСК (аспирина) при вирусных заболеваниях, чаще - у детей. Проявляется прогрессирующим угнетением сознания, судорожным синдромом, жировой дегенерацией печени и сопровождается высокой летальностью.*

**Немаловажный факт: применение аспирина в современной педиатрии запрещено!**

В основе синдрома Рея лежит генерализованное поражение митохондрий клеток. Наиболее выраженные патологические изменения происходят в органах с интенсивным кислородопотреблением, к которым в первую очередь относятся головной мозг и печень.

**В развитии токсикоза Рея ведущую роль имеет сочетание трех факторов:**

- наличие вирусной инфекции (грипп, ветряная оспа, энтеровирус);



- *нерациональное, избыточное применение нестероидных препаратов, парацетамола, реже - левомицетина, вальпрораты;*

- *генетически обусловленные особенности метаболизма.*

**Если заболел ребенок, не занимайтесь самолечением, не назначайте жаропонижающие препараты, руководствуясь своими соображениями!** Сейчас такие лекарства предлагаются в удобной форме, разных форм, вкусов и ароматов, поэтому ребенок их принимает с удовольствием, но токсическое действие этих препаратов никто не отменял! В этом и кроется основная проблема и опасность их применения.

**Только врач может назначать жаропонижающую терапию, а также при необходимости - противовирусные препараты, антибиотики.**

В практике нашего отделения были случаи, когда в течение 10-12 дней ребенку давали жаропонижающие препараты по «назначению» родителей. Ребенок был доставлен в отделение с начавшимся токсическим поражением, когда его состояние резко ухудшалось, но уже не от вирусной инфекции, а от «убойного» действия принятых жаропонижающих средств.

**Уважаемые родители! Алгоритм действий прост: если температура у ребенка поднялась даже только до 37°C, обязательно вызываем врача. Такая температура может свидетельствовать о начинающейся ангине, ОРВИ либо гриппе. Врач, как правило, знает всё о сложившейся эпидемической обстановке, и только он может установить точный диагноз и назначить необходимую в данном случае противовирусную терапию.**

Современные противовирусные препараты достаточно эффективны, но они недешевы: Ингаверин, ТамиФлу к примеру, стоят более 500 рублей, а Парацетамол - копейки. Родители могут ограничиться им. Но облегчение от его приема может быть временным. Симптомы заболевания могут вернуться. И если это так, то опасность развития синдрома Рея возрастает в разы!

В классической лекции академика РАН Андрея Ивановича Воробьева говорится, что **при повышении температуры тела острой стадии ин-**



**фекционного процесса организм ставит в неблагоприятные условия микробы и вирусы:** при этой температуре они не размножаются и начинают погибать, лишаются способности переходить из клетки в клетку. **При снижении же температуры до нормальной с помощью лекарственных препаратов мы допускаем продолжение инфекционного процесса** - возвращаем вирусам право на жизнь. Чтобы этого не произошло, **обязательно должны одновременно приниматься как противовирусные так и жаропонижающие препараты.** Только тогда можно рассчитывать, что организм пойдет на поправку.

Сегодня создается обманчивое мнение о том, что нестероидных препаратов в аптечной сети предлагается достаточно много. Однако в них, как правило, одно и то же основное действующее вещество. Поэтому, даже меняя, заменяя эти препараты, имеющие различные названия, порой невозможно избежать токсического поражения организма, о котором мы говорим.

Все токсические поражения детей, с которыми мы работаем в отделении, происходят в эпидемический период. Да, не всегда они заканчиваются летальным исходом, но есть серьезные случаи поражений, при которых печень становится похожей на глину, головной мозг напоминает кисель - это всё итог воздействия названных препаратов. И таким детям, к сожалению, помочь почти невозможно.

**Если температура у ребенка поднялась даже только до 37°C, обязательно вызываем врача. Такая температура может свидетельствовать о начинающейся ангине, ОРВИ либо гриппе. Не занимайтесь самолечением!**





◀ **Бесконтрольное применение жаропонижающих препаратов опасно для всех возрастов.** Но наиболее уязвим ранний возраст, когда ткани организма ребенка более чувствительны к воздействию лекарств. Мамы малышей часто недооценивают опасность банальных ОРВИ и порой стремятся побороть болезнь без вмешательства педиатра. Перспектива попасть с малышом в инфекционную больницу для многих кажется неприемлемой. В результате за последние 10 лет получен шквал токсических реакций от бесконтрольного применения нестероидных противовоспалительных препаратов. В наше отделение ежегодно поступало не менее 4-5 детей с тяжелым поражением печени и головного мозга. Летальность при этом достигала 50% и более...

Врачами отделения реанимации и коллегами педиатрического факультета АГМУ проанализированы 28 историй болезней детей, умерших в период с 2003 по 2014 год. Летальность связана с развитием рефрактерного токсического шока третьей степени. Во всех случаях при банальной ОРВИ в течение 7-10 дней детям давали лекарственный препарат Найз.

На протяжении последних трех лет в нашем отделении 11 пациентов имели парацетамол-индуцированный токсикоз «типа Рея». Из них в двух случаях свою роль в формировании выраженного поражения печени сыграло бесконтрольное применение АСК (аспирина) и парацетамола. Неблагоприятный исход поражения наступил через 3-4 недели в результате прогрессирования полиорганной недостаточности на фоне развившихся необратимых изменениях в головном мозге. В пяти случаях жизнь пациентов удалось спасти, однако избежать стойких неврологических последствий у них было невозможно.

**Будьте осторожны с применением любых лекарственных средств, особенно когда речь идет о здоровье ребенка! Обращайтесь вовремя к врачу и не занимайтесь самолечением.** ☺

# Децибелы, которые мешают нам жить

**ВОЗ признала шумовое загрязнение одним из ключевых факторов риска. Почему человечество, страдая от шума, не способно существовать в тишине?**

Шум - прямое следствие урбанизации и технического прогресса. Но вот парадокс: сегодня мы всё энергичнее боремся с шумом, однако и тишина современному человеку не подходит.

Чтобы определить параметры этого парадокса, ВОЗ выпустила документ «Руководство по вопросам шума в окружающей среде» по Европейскому региону. По мнению экспертов организации, шум - один из ключевых факторов риска для здоровья человека, и это требует решений как на национальном, так и на международном уровне.

По аналогии с воздухом и водой окружающая нас звуковая среда также может быть подвергнута загрязнению, отсюда термин - «шумовое загрязнение», где под шумом понимаются звуки, вызывающие неприятные ощущения. К его основным источникам в Европе ВОЗ относит транспорт (автомобильный, железнодорожный, воздушный), ветряные турбины, развлекательные мероприятия (футбольные матчи, клубные вечеринки). В зоне наибольшего риска - население городов. По разным данным, 40-65% европейцев подвергаются регулярному шумовому воздействию выше 55 децибел (при допустимых 40дБ). И в городах Центральной и Восточной Европы эта доля выше, чем в Западной. Каждый пятый европеец страдает от воздействия шума выше 65дБ в дневное время, больше трети - свыше 55дБ по ночам.

**Установлено: чтобы выспаться, ночью в спальне уровень звука не должен превышать 30дБ, а высокая производительность возможна там, где этот показатель не выше 35 децибел.**

Уровень звука выше 40дБ влияет на глубину сна, выше 50 - уве-

личивает частоту дыхания и пульса, при 60 - нарушается сон, при 70 - сужаются кровеносные сосуды. Мало того, постоянное пребывание в шумной обстановке способствует высвобождению гормона стресса - кортизола, который повреждает кровеносные сосуды. Исследования показывают: шумовое загрязнение может вести к депрессии, потере слуха, ожирению, диабету, гипертонии, вплоть до инфаркта и инсульта. Шум влияет на когнитивные способности, особенно у детей, а также негативно отражается на детском развитии, прежде всего внимании, памяти, навыках чтения.

## Врозь и вместе

Шумовое загрязнение распределяется неравномерно: сказывается неравенство в доходах. Обеспеченные люди, как правило, живут в более тихих районах города или в благополучных пригородах. Бедные - в более шумных местах: вблизи автострад, железных дорог, промзон. Далее - по накатанному: недосыпание из-за шума ведет к низкой производительности и ухудшению здоровья, тратам на медуслуги, лекарства. То есть бедные становятся еще беднее.

ВОЗ призывает решать проблемы шумового загрязнения через создание благоприятной среды проживания, к тому же это еще и борьба с социальным неравенством.

В числе приоритетов - диагностика, то есть составление так называемых шумовых карт районов и разработка на их основе программ по снижению шума. Алгоритм таков: на определенной местности с помощью множества датчиков в течение длительного времени измеряется уровень шума, учитывая разные факторы. Подоб-



# Школа чемпионов

*Продолжение. Начало на стр. 2*

**- Система начальной подготовки и спорт высоких достижений - это разные уровни компетенции, каждый со своей спецификой, со своими требованиями. Как эти два понятия - массовость и результативность - соединяются в системе подготовки гребцов в Алтайском крае?**

- Сегодня в регионе греблей на начальном этапе подготовки занимаются 300-330 ребятшек. Следующий этап - сборная Алтайского края. Старшим тренером группы младших юношей, куда входят 18 человек, с февраля 2019 года назначен **Сергей Юрьевич НОСАЧЕВ**, тренер из села Павловска. В старшей группе юношей тренируются девять воспитанников под руководством старшего тренера училища олимпийского резерва **Александра Алексеевича СУХОГО**. Эти ребята практически весь зимний сезон проводят на воде - на сборах в Краснодаре. Для младшей группы мы планируем два весенних сбора, в том числе в Ташкенте. Рас-

считываем, что ребята из разных возрастных групп в сезоне 2019 года покажут достойные результаты. Уже есть хорошие примеры. Так, в прошлом году наш воспитанник Артем Пискун тренировался с юношеской командой страны. В 2018 году он стал призером Первенства Европы и победителем Первенства мира. Это, конечно, добавило драйва алтайским спортсменам, подзадорило его товарищей по команде. Пример ребят, которые показывают лучшее время на Всероссийских и международных соревнованиях, вдохновляет. Это стимулирует и на работу, и на выполнение заданий тренера. В коллективе благодаря здоровой спортивной конкуренции, духу соперничества, ребята заряжены на результат и на победу. И это можно только приветствовать. Тренерский штаб рассчитывает, что в 2019 году результаты будут достойными. На зимние сборы российской команды приглашены четыре спортсмена из Алтайского края, которые показали очень хорошие результаты в сезоне 2018 года. Артем Пискун уже перешел в молодежную сборную,



где, мы надеемся, он адаптируется и не потеряет свой потенциал.

Таким образом мы выстраиваем долгосрочную стратегию подготовки наших воспитанников, чтобы через несколько лет они вошли в состав сборной страны. Рассчитываем, что наши алтайские ребята в составе сборной России на Олимпиаде в Париже в 2024 году смогут завоевать медали. Понимая серьезность намерений тренерского коллектива подготовить будущих олимпийских чемпионов, ребята сами прикладывают усилия, тренируются, чтобы всё задуманное реализовать.

В команде младших юношей главная задача этого сезона - показать достойные результаты на спартакиаде школьников. На эти соревнования поедет полная команда из 16 человек, поэтому мы рассчитываем на победу наших гребцов на различных дистанциях. Задача стоит достаточно амбициозная - сборная края должна войти в тройку сильнейших команд страны. Этого никогда не было, конкуренция на дистанциях очень жесткая, но настрой и у ребят, и у тренеров - боевой.

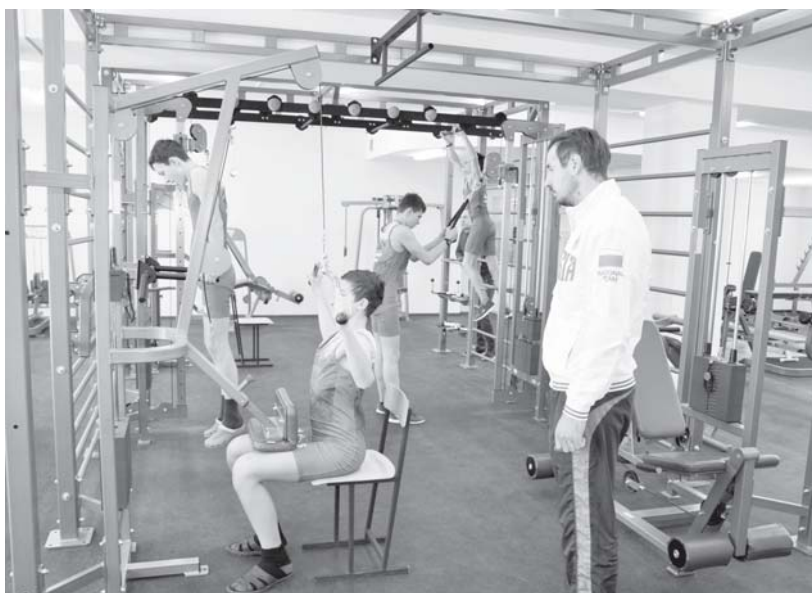


**- Сегодня принято говорить о социальных лифтах, создающих возможности для профессионального, карьерного роста человека. А как обстоят дела в спорте?**

- По утвержденному перспективному плану мы рассчитываем, что каждый год двое наших ребят будут отбираться в сборную команду страны: сначала в юношескую, затем в молодежную, и, наконец, во взрослую. Поэтому у ребят, показывающих достойные результаты, есть все шансы дорасти до сборной страны. С февраля **Виталий ЮРЧЕНКО**, заслуженный мастер спорта России, чемпион мира и Европы, известный гребец, перешедший на тренерскую работу, осуществляет взаимодействие на стыке сборной команды России и сборной Алтайского края. Он отвечает за тех гребцов, которые уже включены в состав юношеских или молодежных сборных, либо находятся на сборах вместе с участниками этих команд. Имея огромный опыт, Виталий как наставник будет курировать наших алтайских ребят. Это станет еще одним важным элементом в системе тренерской работы и в процессе выведения наших ребят на уровень международных соревнований.

**- Вы уже упоминали о Кубке чемпионов, прошедшем в 2018 году в Барнауле, который запомнился как настоящий спортивный праздник и для спортсменов, и для зрителей. Но это был турнир, направленный больше на популяризацию гребли. Какие перспективы у гребного канала в Барнауле, с точки зрения проведения на его базе официальных международных соревнований?**

- То, что нам удалось организовать Кубок чемпионов в сентябре прошлого года под эгидой Международной федерации гребли, - очень серьезная проверка нашей готовности. Спортсмены, специалисты Международной и Всероссийской федераций, региональные власти, наши юные воспитанники - все остались довольны уровнем подготовки и са-



мом проведением Кубка чемпионов. Ребята нашей спортивной школы в зоне эллинг в ходе соревнований смогли пообщаться с сильнейшими гребцами мира, брали у них автографы, фотографировались со звездами - это мощнейший стимул для совершенствования. На высоте была и организация самих заездов, велась телетрансляция финальной части соревнований на весь мир, для зрителей были организованы шоу на воде и концертно-развлекательная программа. Нам, как организаторам, это дало уверенность в том, что мы готовы принимать соревнования самого высокого уровня.

Мы подали заявку на проведение в Барнауле этапа Кубка мира 2021 года. При одобрении нашей заявки Международной федерацией в дальнейшем мы можем претендовать на проведение в Алтайском крае Первенства Европы и Первенства мира. В течение года проводятся три этапа международных стартов: в каждом принимают участие 350-400 спортсменов из 50 стран мира, плюс судейская бригада, тренерский штаб, группа технического обеспечения - это около 1500 гостей. И если нам удастся осуществить задуманное, то Барнаул сможет стать на неделю столицей мировой гребли.

**- Организация любых международных соревнований - это серьезные финансовые**

**В коллективе благодаря здоровой спортивной конкуренции, духу соперничества, ребята заряжены на результат и на победу. И это можно только приветствовать. Тренерский штаб рассчитывает, что в 2019 году результаты будут достойными.**





◀ **вложения. Поэтому вопрос государственно-частного партнерства в процессе подготовки к таким стартам приобретает особую значимость. Как найти золотую середину в этих взаимоотношениях?**

- Сегодня власть постоянно призывает: «бизнес должен быть социально ответственным». На что бизнес отвечает: «Мы, в первую очередь, должны платить налоги, именно в этом и заключается наша социальная ответственность». Я склоняюсь к тому, что для бизнеса это не обязанность, а, скорее, необходимость - вкладывать средства в некие социальные проекты.

Всегда с большим уважением отношусь к людям, которые помимо производства инвестируют заработанные средства в различные социальные программы, спектр которых очень широк. Если рассматривать ситуацию применительно к спорту, то в Алтайском крае можно отметить **Александра РАКШИНА**, который системно, на протяжении многих лет, занимается поддержкой лыжного спорта, а **Сергей ПРИБ** в Тягуне инвестирует средства в развитие горнолыжного спорта. **Вадим СМАГИН**, директор компании «Бочкари», и **Михаил ДРОЗДОВ** вкладывают средства в развитие хоккея. Барнаульский завод АТИ и его генеральный директор **Артём ШАМКОВ** поддерживают развитие гребного спорта в Алтайском крае. Надеюсь, что людей, искренне заинтересованных в популяризации спорта, здорового образа жизни, с каждым годом будет больше.

Исходя из собственного опыта, думаю, что одна из составляющих успешного развития любого вида спорта - наличие внебюджетных средств. С одной стороны, в спорте средства постоянно нужны на экипировку, инвентарь, организацию и проведение соревнований, для отправки команды или отдельных спортсменов на сборы и т.д. С другой стороны, система государственного бюджетирования устроена таким образом, что все закупки осуществляются через тендеры, но на



их проведение нужно время, поэтому этой системе зачастую не хватает оперативности при принятии решений. Использование внебюджетных средств, конечно, очень сильно помогает закрывать текущие вопросы.

**- В силу ряда причин спорт никогда не был приоритетной строкой в расходной части бюджета - всегда находились более важные задачи. Как, на ваш взгляд, сегодня выстраиваются взаимоотношения алтайского спорта и региональной власти?**

- Сегодня есть полное взаимопонимание в вопросах подготовки и организации спортивной деятельности различных федераций как на уровне руководства края, так и на уровне регионального министерства спорта.

С приходом губернатора Алтайского края **Виктора ТОМЕНКО** во многом изменился сам подход к выстраиванию подобных отношений. Это то, чего так не хватало предыдущим руководителям. Думаю, что в ближайшие несколько лет эта система конструктивного взаимодействия даст реальные результаты в вопросах воспитания собственных чемпионов, части спортивных достижений, организации и проведения региональных, всероссийских, и, будем надеяться, международных соревнований на алтайской земле. ☺

**Мы подали заявку на проведение в Барнауле этапа Кубка мира 2021 года. При ее одобрении Международной федерацией в дальнейшем мы можем претендовать на проведение в Алтайском крае Первенства Европы и Первенства мира.**





# 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 "Алтайская краевая  
клиническая детская  
больница" по организаци-  
онно-методической работе



**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 профессиональ-  
ного 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 «Алтайская краевая  
клиническая детская больница»



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



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



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



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



**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

№2 (194) февраль 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 28.02.2019 г.,  
фактически - 14:00 28.02.2019 г.  
Дата выхода: 07.03.2019 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](mailto: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**



