

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

6+

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№9 (201) СЕНТЯБРЬ 2019





Алтайскому государственному медицинскому университету – 65 лет!





**Сдать кровь -
спасти жизнь
человека**



**В объятиях Морфея:
всё о бессоннице
у малышей**



**Как прийти в фитнес-
центр и остаться
здоровым**

На обложке - постоянные авторы журнала, специалисты КГБУЗ «Алтайский врачбно-физкультурный диспансер»: **Елена Александровна БОЙКО**, к.м.н., врач спортивной медицины, высшая квалификационная категория; **Елена Ивановна ВОРАНКОВА**, врач по лечебной физкультуре, высшая квалификационная категория; **Ирина Григорьевна ПОЛЕЩУК**, заместитель главного врача по ОМР.

Редакция и Редакционный совет выражают большую признательность за сотрудничество, за ту профилактическую работу с населением Алтайского края, которую они ведут на страницах журнала «Здоровье алтайской семьи».

Фото: Лариса Юрченко.

Т.Н. Индюшкина. Сдать кровь - спасти жизнь человека	2-7
ДВИЖЕНИЕ К ЦЕЛИ 78+	
И.А. Вейцман. Как восполнить качество жизни при наличии количества лет?	8-9
Технологии будущего, которые изменяют мир	10
Новости здравоохранения мира	11
Быть сильнее обстоятельств!	12-13
ДЕСЯТИЛЕТИЕ ДЕТСТВА	
«Мы идем на выздоровление!»	14
Заходите в кабинет!	15
МУЖСКОЙ РАЗГОВОР	
С.А. Варламов. Рак простаты	16-17
ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА	
Иммуногистохимия: найти и обезвредить!	18-19
День открытых дверей в АГМУ	20
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ	
Ю.Г. Анисимова. Ты будешь счастлив завтра, если подумаешь о здоровье сегодня	21-22
Л.В. Аверчева. Как сохранить женскую молодость и красоту	22-23
С.А. Тарасова. Остеоартроз: профилактика и физиолечение	23-24
Е.Н. Кочетыгова. В объятиях Морфея: всё о бессоннице у малышей	25-29
ЗА СЧАСТЛИВОЕ ЗДОРОВОЕ ДЕТСТВО!	
«Научись спасать жизнь»	29-30
Новости здравоохранения России	31
ДВИЖЕНИЕ К ЦЕЛИ 78+	
Наше будущее - синтетические продукты	32-34
Ученики онлайн	35
ДВИЖЕНИЕ К ЦЕЛИ 78+	
В.В.Черненко. Болезнь кожи - рожистое воспаление	36-38
ЗА СЧАСТЛИВОЕ ЗДОРОВОЕ ДЕТСТВО!	
О.В. Булганина. Репродуктивное здоровье девочек - в зоне внимания врачей	38-40
Диабет под контролем	41
ДВИЖЕНИЕ К ЦЕЛИ 78+	
Е.А. Бойко. Как прийти в фитнес-центр и остаться здоровым	42-43
Вопрос-ответ	44



Сдать кровь - спасти жизнь человека

Портреты предшественников занимают особое место в рабочем кабинете главного врача КГБУЗ «Алтайский краевой центр крови», главного внештатного специалиста гематолога-трансфузиолога министерства здравоохранения края **Татьяны Николаевны ИНДЮШКИНОЙ**.

Каждый из них прошел через трудности, продиктованные его временем. И сегодня коллектив Центра продолжает непростое дело, качество выполнения которого для нуждающихся равнозначно подаренной жизни.

- Татьяна Николаевна, можно посчитать, сколько удалось спасти людских жизней благодаря работе сотрудников краевого центра крови?

- Точно сказать невозможно. За 80 лет собрано примерно один миллион литров крови. Поэтому очевидно, что спасены миллионы жизней. Экскурс в историю показывает, что, несмотря на развитие

медицины, тема переливания крови остается по-прежнему актуальной. И даже сегодня, в век серьезных технологий, без донорской крови невозможны почти все оперативные вмешательства. Поэтому служба крови обязана идти в ногу с развитием здравоохранения, быть готовой к освоению новых методов работы, новых технологий. Без службы крови здравоохранения нет и быть не может.



За 80 лет в нашем Центре было всего семь главных врачей, я - восьмая. Это говорит о том, что сложился достаточно стабильный коллектив, принадлежностью к которому я всегда горжусь. С глубоким уважением отношусь ко всем предшественникам - благодаря им мы имеем сегодня современное учреждение, в котором все этапы работы с донорской кровью выполняются на достойном уровне.

- Вы возглавляете коллектив более десяти лет. Какие изменения произошли за этот период?

- Мы живем и развиваемся. Благодаря национальному проекту «Здоровье», правительству края, которое всегда поддерживает нас, существенно обновлена материально-техническая база. Также стали иными условия работы сотрудников, приема донорской крови. Мы ушли от количественных показателей по компонентам крови к качественным. Сегодня ставится задача обеспечить человека не кровью нужной группы, а теми ее компонентами, которые ему жизненно необходимы, что принципиально важно для того,



чтобы не перегружать организм. Это - серьезное отличие современной службы крови от той, которая была еще десять лет назад.

Новые методики осваивались сотрудниками всегда. Так, в 90-е годы на станции переливания крови были освоены метод аппаратного плазмоцитозера, технология карантинизации, открыто отделение «Банк крови». Именно наличие мощного «Банка крови» позволило иметь постоянный аварийный запас замороженной донорской крови на случай чрезвычайных ситуаций и катастроф. С начала 2000-х годов эритроцитарная масса и плазма стали заготавливаться только в пластиковых контейнерах.

Сегодня особое внимание уделяется качеству донорского материала. Внедрена методика вирусной активации: кроме лабораторного исследования крови на инфекции отдельные ее компоненты, не подлежащие длительному хранению, обязательно вирусодезактивируем, то есть добавляем определенные реактивы, которые уничтожают возможные вирусы. Эта методика позволяет быть уверенными, что с данным компонентом крови инфекция не попадет в организм пациента. К сожалению, пока особо очищенные компоненты крови получает только декретированная группа населения, в которую входят дети, роженицы. В Центре крови система контроля качества работает на том уровне, который требуется действующим законодательством.

Таким образом, на сегодняшний день Алтайский краевой центр крови является основным головным учреждением службы крови и резервной базой стратегического запаса компонентов крови в крае, также Центр - это современная медицинская организация по заготовке, переработке, хранению и обеспечению безопасности донорской крови и ее компонентов с использованием передовых технологий, в которой постоянно обновляется материально-техническая база.

- Расскажите о донорском движении, значительной составляющей работы Центра крови.

- Донор - это тот человек, который сдал кровь хотя бы раз в жизни. И среди жителей края таких много, но мы начинаем учитывать тех, кто сдал кровь три раза и более: таких в регионе более 300 тысяч человек.



В Центре крови работают сотрудники, каждый из которых сдал кровь более 200 раз. Вообще особенность службы крови в том, что не менее половины сотрудников сами являются донорами. Так, сейчас в коллективе трудятся 294 человека, из них 147 - доноры, 102 награждены нагрудным знаком «Почетный донор России».

- Дни донора на выезде уже стали привычными акциями. И осуществляются они благодаря мобильному комплексу...

- Он поступил в Центр благодаря нацпроекту «Здоровье» в 2009 году. Мы регулярно выезжаем в города, районы, где не всегда есть возможность в относительно стерильных условиях организовать заготовку донорской крови. Этот мобильный пункт позволяет нам в удобных условиях забрать кровь у донора, обследовать его, сохранить должным образом донорский материал. В год мобильный комплекс Центра осуществляет более ста выездов.

- В этом году в Центре открыт зал здоровья. Чем продиктован этот шаг?

- Каждый сотрудник ответственен за состояние своего здоровья. Перед нами государство поставило непростую задачу - рост продолжительности жизни. И мы сами должны к этому прийти. Поэтому на протяжении всех лет, в течение которых я работаю главным врачом, всегда являюсь противницей курения. Чтобы сподвигнуть

Внедрена методика вирусной активации: кроме лабораторного исследования крови на инфекции отдельные ее компоненты, не подлежащие длительному хранению, обязательно вирусодезактивируются. Эта методика позволяет быть уверенными, что с данным компонентом крови инфекция не попадет в организм пациента.



Алтайскому краевому центру крови - 80 лет!

◀ всех коллег следованию принципам здорового образа жизни, и был оборудован зал здоровья, где работает квалифицированный тренер. По итогам проведенного первого конкурса самые активные физкультурники получили подарочные сертификаты.

- Центр крови имеет филиалы в Бийске и Рубцовске. Как осуществляется взаимодействие с ними?

- С 1976 по 1991 годы была проведена огромная работа по расширению сети учреждений службы крови в Алтайском крае. Были построены филиалы в Бийске - для производства альбумина, в Рубцовске - для производства сухого криопреципитата. В последующем эти станции выделились в самостоятельные учреждения. В июле 2015 года была проведена реорганизация - присоединение к КГБУЗ «Алтайский краевой центр крови» Центра крови, Бийска и станции переливания крови Рубцовска. Реорганизация позволила сформировать единое профессиональное пространство службы крови Алтайского края с координацией работы на краевом уровне и централизацией управления стратегическими ресурсами компонентов крови, появилась возможность использовать единый стандарт заготовки и обеспечения качества донорской крови.

- Хотелось бы услышать от вас имена лучших сотрудников Центра.

- Их много. Ведь лучший - это не обязательно непосредственный заместитель руководителя. Труд рядовых сотрудников - медрегистратора, медицинские сестры, которые в рамках своей компетенции выполняют ответственную и важную работу, - во многом и определяют качество работы Центра в целом. Думаю, не менее 200 человек точно заслу-

живают быть названными, но, согласитесь, нерелевантно.

Хочу поздравить сотрудников службы крови Алтайского края с юбилеем! Многое пройдено за эти 85 лет, многое - еще впереди, и благодаря профессионализму, неравнодушию всех коллег будет спасена еще не одна жизнь. Здоровья, успехов и оптимизма всем нам!



Подготовка к сдаче крови (плазмы)

◆ Стать донором может практически любой здоровый человек при соблюдении следующих условий: ему больше 18 лет, он не имеет противопоказаний к донорству, его вес больше 50кг.

◆ В регистратуре оформляется карта донора, куда заносятся ваши сопутствующие заболевания. Регистратор также проверит данные по электронной базе. Каждый гражданин РФ, решивший стать донором, обязан сообщить об имеющихся ВИЧ-инфекции, венерических, инфекционных и других заболеваниях: за сокрытие сведений предусмотрена уголовная ответственность согласно УК РФ ст.121-122.

◆ Проходите *осмотр* у врача-трансфузиолога.

◆ В лаборатории *сдаете кровь из пальца* для определения группы крови и уровня гемоглобина, других клинических показателей.

◆ *Выпиваете сок* и проходите в операционный зал для сдачи крови.

◆ *Получаете справки* об освобождении от работы на два дня (их можно использовать в течение года).

◆ *Получаете в кассе компенсацию на питание:* с 18.08.2019 года она составляет 521 рубль (5% от величины прожиточного минимума трудоспособного населения, установленной в Алтайском крае).

Подготовка к сдаче крови

За двое суток до сдачи: исключить алкоголь.

За день до сдачи: исключить из рациона жирную, жареную, копченую пищу; ввести в рацион хлебобулочные, крупяные, макаронные изделия на воде без масла, а также овощи и фрукты.

В день сдачи: *утром* - легкий завтрак; *за час до сдачи крови* - воздержитесь от курения; *перед процедурой* донор получает чай и печенье для восполнения энергетических затрат.

После сдачи крови:

◆ в течение 3-4 часов не снимать повязку;
◆ в течение часа после кровосдачи воздержаться от курения;

◆ в течение суток стараться не подвергаться значительным физическим нагрузкам, воздержаться от употребления алкоголя; регулярно питаться, употреблять повышенное количество жидкости;

◆ в день сдачи ограничений по вождению автомобиля нет;

◆ через 10 суток после сдачи крови разрешены прививки.

Как проходит плазмаферез:

(получение от донора только плазмы - жидкой части крови)

▶ у донора забирают кровь;
▶ кровь центрифугированием разделяют на плазму и клетки крови;

▶ доза плазмы - 600мл;

▶ объем взятой плазмы донору восстанавливают физраствором;

▶ клетки крови сразу возвращают донору;

▶ продолжительность процедуры - около 1,5 часа.

АБСОЛЮТНЫЕ

противопоказания к сдаче крови:

- **инфекционные заболевания:** СПИД, носительство ВИЧ-инфекции и лица группы риска; сифилис; вирусные гепатиты, положительный результат исследования на маркеры вирусных гепатитов (HBsAg, анти-HCV антител); все формы туберкулеза; бруцеллез; сыпной тиф; туляремия; лепра;

- **паразитарные заболевания:** эхинококкоз; токсоплазмоз; трипаносомоз; филяриатоз; ришта; лейшманиоз;

- **соматические заболевания:** злокачественные новообразования, органические заболевания ЦНС, болезни крови, полное отсутствие слуха и речи, психические заболевания, наркомания, алкоголизм;



- **сердечно-сосудистые заболевания:** гипертоническая болезнь II-III степени, ишемическая болезнь сердца, атеросклероз, атеросклеротический кардиосклероз, облитерирующий эндоартериит, неспецифический аортоартериит, рецидивирующий тромбоз, эндокардит, миокардит, пороки сердца;



- **болезни органов дыхания:** бронхиальная, бронхоэктазическая болезнь, эмфизема лёгких, обструктивный бронхит, диффузный пневмосклероз в стадии декомпенсации;

- **болезни органов пищеварения:** ахилеский гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки; ▶



Движение к цели 78+

▶ - **заболевания печени и желчных путей:** хронические заболевания печени (в т.ч. токсической природы и неясной этиологии), калькулезный холецистит с повторяющимися приступами и явлениями холангита, цирроз печени;

- **кожные болезни:** заболевания кожи воспалительного и инфекционного характера, генерализованный псориаз, эритродермия, экзема, пиодермия, сикоз, красная волчанка, пузырьчатые дерматозы, грибковые поражения кожи и внутренних органов (глубокие микозы), гнойничковые заболевания кожи;

- **глазные болезни:** остаточные явления увеита, высокая миопия (6D и более), трахома, полная слепота;

- **болезни ЛОР-органов:** озена, прочие острые и хронические тяжелые гнойно-воспалительные заболевания;



- **заболевания почек и мочевыводящих путей в стадии декомпенсации:** диффузные и очаговые поражения почек, мочекаменная болезнь;

- **диффузные заболевания соединительной ткани;**

- **лучевая болезнь;**

- **болезни эндокринной системы** в случае выраженного нарушения функций и обмена веществ;

- **остеомиелит** острый и хронический;

- **оперативные вмешательства по поводу резекции органа и трансплантации органов и тканей.**



ВРЕМЕННЫЕ

противопоказания к сдаче крови:

- **факторы заражения гемотрансмиссивными заболеваниями:** нанесение татуировки, пирсинг или лечение иглоукальванием - *1 год* с момента окончания процедур; трансфузии крови, ее компонентов, оперативные вмешательства, в т.ч. аборты, пребывание в загранкомандировках длительностью более 2 месяцев - *6 месяцев*; контакт с больными гепатитами А - *3 месяца*, гепатитами В и С - *1 год*;

- **малярия** в анамнезе при отсутствии симптомов и отрицательных результатах иммунологических тестов - *3 года*;

- **брюшной тиф** после выздоровления и полного клинического обследования при отсутствии выраженных функциональных расстройств - *1 год*;

- **введение иммуноглобулина против гепатита В** - *1 год*;

- **период беременности** - *1 год* после родов, **после окончания лактации** - на *3 месяца*;

- **изменение биохимических показателей крови:** повышение АЛТ более чем в 2 раза - *полное отстранение*, менее чем в 2 раза - *3 месяца*;

- **аллергические заболевания** в стадии обострения - *2 месяца* после купирования острого периода;

- **ангина, грипп, ОРВИ** - *1 месяц* после выздоровления;

- **вегето-сосудистая дистония** - *1 месяц*;

- **острые или хронические воспалительные процессы** в стадии обострения независимо от локализации - *1 месяц* после купирования острого периода;

- **диспротеинемия** - *1 месяц*;

- **прививка живыми вакцинами, введение противостолбнячной сыворотки** (при отсутствии выраженных воспалительных явлений на месте инъекции) - *1 месяц*;

- **прививка убитыми вакцинами, анатоксинами** - *10 дней*;

- **прием лекарственных препаратов:** анальгетики, салицилаты - *3 дня*; антибиотики - *2 недели* после окончания приема;

- **удаление зуба** - *10 дней*;

- **период менструации** - *5 дней* со дня ее окончания;

- **прием алкоголя** - *48 часов*.



Вопросы-ответы

Кто донор, а кто реципиент? Донор - человек, сдающий кровь и/или ее компоненты. Реципиент - человек, которому переливают кровь и/или ее компоненты.

Могут ли меня чем-то заразить? Нет, это невозможно. Кровь берут у вас, а не переливают вам. Используются только одноразовые и стерильные материалы. Процедура забора крови исключает контакт с внешней средой.

Вредна ли сдача крови? Нет. Регулярная сдача крови способствует профилактике заболеваний сердечно-сосудистой системы и обновлению организма.

Как часто можно сдавать кровь? Один раз в два месяца. Мужчины могут сдавать не более пяти раз в год, женщины - не более четырех. После ночной смены работы кровь сдавать нельзя.

Какие требования по внешнему виду человека? Донор должен прийти в чистой одежде, хорошо отдохнувший.

Сколько времени требуется для сдачи крови? Регистрация, обследование и первичный анализ (кровь из пальца) занимают около 30-40 минут. Примерно 15 минут требуется на саму сдачу крови.

Нужны ли справки для сдачи крови? Нет. Нужен паспорт гражданина РФ с пропиской в населенном пункте, где сдается кровь, либо регистрация в течение не менее 6 месяцев.

Можно ли сдавать кровь натощак? Нет. Обязателен завтрак перед сдачей.

Платят ли за сдачу крови? Нет. В Алтайском крае донорство - безвозмездное и добровольное. Пункты переливания платят деньги как компенсацию обеда, положенного после сдачи крови.

Как ведется учет кроводач? У каждого донора есть персональная карта, вся информация с карт хранится также в электронном виде. После 40 кроводач или 60 плазмадач донор имеет право получить звание «Почетный донор России».

Какие документы мне выдадут после сдачи крови? Вы получите справку о сдаче крови, дающую право на дополнительный выходной. На основании статьи 6 ФЗ «О донорстве крови и ее компонентов» работодатель обязан беспрепятственно отпускать донора на пункт сдачи крови, предоставлять дополнительные выходные согласно предоставляемым справкам. ☺



НСУ: натуральный или денежный?

До 1 октября текущего года федеральные льготники должны сделать выбор между получением набора социальных услуг (НСУ) в натуральной форме или его денежным эквивалентом.

Стоимость набора социальных услуг с 1 февраля 2019 года составляет **1121,42 рубль в месяц**: на обеспечение медикаментами - 863,75 рубля; предоставление путевки на санаторно-курортное лечение для профилактики основных заболеваний - 133,62 рубля; бесплатный проезд на пригородном железнодорожном транспорте к месту лечения и обратно - 124,05 рубля. Любую из этих частей федеральный льготник может получать в натуральном или денежном эквиваленте.

Сделавшие выбор в пользу получения НСУ с 1 января 2020 года будут обеспечиваться лекарственными препаратами, необходимыми для лечения имеющихся заболеваний, в том числе самых тяжелых, в то время как выбравшие денежный эквивалент получают в течение года только норматив финансовых затрат в сумме 10365 рублей.

Закупка лекарственных препаратов для льготников проходит через аукционы по минимальным ценам. Их качество контролируется министерством здравоохранения Алтайского края совместно с Росздравнадзором на протяжении всего пути от поставщика до пациента. Поэтому получать льготу в натуральной форме, выбирая соцпакет, выгоднее и безопаснее.

Рецепты на льготные лекарственные препараты выписываются лечащим врачом, для этого требуются регулярное посещение и осмотр пациента, позволяющие своевременно проходить дополнительные обследования и выявлять опасные заболевания.

В 2019 году в рамках территориальной программы госгарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов дополнительно осуществляется лекарственное обеспечение граждан с острым инфарктом миокарда, больных хронической обструктивной болезнью лёгких и другими заболеваниями. В крае налажено лекарственное обеспечение паллиативных пациентов современными дорогостоящими обезболивающими препаратами и препаратами для симптоматического лечения.

Информационная система льготного лекарственного обеспечения работает в режиме онлайн, реализована возможность постановки рецепта на отсроченное обслуживание. **Для предоставления информации о доставке лекарственных препаратов в аптеки для обеспечения рецептов, находящихся на отсроченном обслуживании, работает «горячая линия» (телефон 8 (3852) 38-34-48).** ☺



Как восполнить качество жизни при наличии количества лет?



Инна Александровна ВЕЙЦМАН,

врач-эндокринолог, высшая квалификационная категория, кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной терапии и эндокринологии, АГМУ

Жизнь современного человека не только значимо удлинилась, но и изменились качественные ее характеристики.

Если еще несколько десятилетий назад выход на пенсию ознаменовывал завершающий этап жизни, ее «закат», в который полагалось воспитывать внуков и заниматься садово-огородной деятельностью, то сейчас у людей в почтенном возрасте открывается «второе дыхание», наступает тот замечательный период, когда появляется свободное время, возможность путешествовать, развиваться, можно уделить время себе и даже влюбиться... Как поет Александр Розенбаум: «Закат красив - гораздо красочней восхода...».

Но для осуществления всех планов необходимо здоровье, именно оно «двигатель прогресса». В праславянском языке *šdorъ* - «хороший» и *dorvo* - «дерево»: буквальное значение - «похожий на дерево», «из хорошего дерева». **И сейчас в приоритетных направлениях развития здравоохранения - создание технологий здоровья, индивидуальной профилактики и контроля, обеспечивающих долгую жизнь без болезней, то есть здоровое долголетие.**

Согласно классификации возраста, принятой ВОЗ, *молодым считается возраст с 18 до 44 лет, средним - 45-59 лет, пожилой - 60-74 года, старческий - 75-90 лет и долголетие - старше 90 лет.* На чем основаны эти возрастные пределы? На физиологических процессах, которые происходят в организме каждого человека с течением времени, так называемых механизмах старения.

Существуют десятки теорий старения, но их можно разделить на две группы: **теории генетической запрограммированности** и **теории накопления «ошибок».**

Первая группа основана на том, что клетки и их компоненты запрограммированы на определенное количество делений, по мере того как программный

код заканчивается, организм стареет. Основная идея теории «накопления ошибок» заключается в том, что факторы внешней среды, стресс в конечном счете приводят к истощению механизмов адаптации. К этой группе относится и **теория свободных радикалов.**

Свободные радикалы - это нестабильные, опасные, разрушающие молекулы. Образование в организме свободных радикалов - это адаптационный защитный механизм. Ключевая их роль сводится к защите организма от агрессивных воздействий бактерий, мутировавших собственных клеток. Но всё хорошо в меру, поэтому **в организме существует собственная антиоксидантная система**, которая представлена антиоксидантными ферментами, и она находится в состоянии динамического равновесия с системой оксидантов. Нарушение этого равновесия в сторону преобладания свободных радикалов влечет за собой развитие оксидативного стресса, который является одним из основных причин биологического старения организма. Поэтому в настоящее время есть понятие паспортного возраста и биологического (метаболического) возраста.

Что же включает в себя антиоксидантная защита и почему она дает «сбой»?

К внутренним (эндогенным) антиоксидантам, которые вырабатывает сам организм, относятся: *глутатион* (пероксидаза), *мелатонин*, *супероксиддисмутазу* и другие. **К внешним** (экзогенным или природным) антиоксидантам, которые поступают в организм извне, например, с продуктами питания, относятся: *бета-каротин* и *витамин А*, *витамины Е, С*, *альфа-липовую кислоту*, *селен*, *цинк*, *медь*, *марганец*, *источники полифенолов* (зеленый чай, экстракт виноградных косточек) и т.д.



К факторам, которые могут провоцировать нарушение динамического равновесия между системой оксидантов и системой антиоксидантов, относятся: радиация, избыточное солнечное облучение, нарушение метаболизма (сахарный диабет, ожирение - недаром французская поговорка гласит: «толстеешь - значит стареешь»), вредные привычки (курение, нерациональное питание с употреблением продуктов, богатых консервантами). В этом случае происходит повышение образования свободных радикалов и истощение системы антиоксидантов. Ткани испытывают гипоксию, что в первую очередь отражается на наиболее энергопотребных органах: коже, центральной нервной системе, скелетных мышцах, мышцах сердца, органах зрения, эндокринной системе.

Поэтому **антиоксиданты заняли прочное место в профилактике «нездоровой старости»**, а правильнее сказать - в подготовке к здоровому долголетию:

- **витамин Е** - главный антиоксидант,

- **витамин С** - антиоксидант, синергичное действие с витамином Е,

- **селен** - главный минерал-антиоксидант (кофактор глутатионпероксидазы - главного антиоксидантного фермента),

- **цинк** - антиоксидант (выводит свободные радикалы и является кофактором супероксиддисмутазы),

- **медь** - антиоксидант (кофактор супероксиддисмутазы, антиоксидантного фермента),

- **ресвератрол** - полифенол, обнаруженный в красном вине («французский парадокс») и орехах. Ресвератрол - стильбеноид, вид природного фенола и флавоноидов, естественным образом вырабатываемый некоторыми растениями как реакция на патогенную атаку бактерий или грибов. Данное вещество вырабатывается в кожуре винограда и обладает антиоксидантными свойствами.

В 1992 году было установлено, что умеренное употребление вина оказывает положительное действие при сердечно-сосудистых заболеваниях, прием от 20 до 30г алкоголя в день на 40% снижает риск сердечно-сосудистых заболеваний. А в 2006 году по-



явились данные о том, что ресвератрол увеличивает среднюю продолжительность жизни и предотвращает развитие возрастных заболеваний. Нижний допустимый уровень потребления ресвератрола в целях профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и улучшения чувствительности к инсулину для здоровых людей составляет 5-10мг в сутки.

Принимая во внимание вышесказанное, **уже начиная с возраста 45 лет, а особенно при наличии ожирения, сахарного диабета, рекомендуется профилактический прием антиоксидантов**, как в продуктах питания, так и в комбинированных препаратах (например, Ресвега, Нутроф, Нутроф-форте).

В настоящее время есть условное понятие «Д-доктор» - это врач, который начинает лечение с восстановления уровня витамина D, ликвидации дефицитов других витаминов и микроэлементов и использует в своем арсенале **«квартет здоровья»**:

- ◆ **половые гормоны** (поддержание их физиологического уровня, заместительная гормональная терапия при их дефиците);

- ◆ **витамин D** (поддержание уровня более 30нг/мл);

- ◆ **омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты** (ПНЖК);

- ◆ **антиоксиданты**.

Проводя первичную и вторичную профилактику активного долголетия, помните, что самое главное - это фактор времени: завтра начинается сегодня! ☺

В организме существует собственная антиоксидантная система, представленная антиоксидантными ферментами.

Она находится в состоянии динамического равновесия с системой оксидантов. И нарушение этого равновесия в сторону преобладания свободных радикалов влечет за собой развитие оксидативного стресса, который является одним из основных причин биологического старения организма.



Быть сильнее обстоятельств!

Те люди, чей диагноз относится к орфанным, то есть редким, заболеваниям, не могут быть слабыми, потому что умеют ценить жизнь и радоваться каждому ее проявлению.

14 сентября в барнаульском парке развлечений и отдыха «Лесная сказка» прошел **праздник «Редкие среди нас»**. У каждого пришедшего - свой путь борьбы за право жить, имея орфанное генетическое заболевание. Но есть у них и много общего - в переживаниях и умении не сдаваться.

Именно с этого начала свое выступление **Наралья ЛОЩИННА**, мама двоих детей:

- При раннем обнаружении злокачественной опухоли шансы на выздоровление у человека максимальные, даже при третьей стадии они достаточно высоки. А при генетических заболеваниях вылечиться шансов нет ни у кого. Онкобольные до своего диагноза, как правило, успевают пожить обычной жизнью, что-то сделать. У нас с сыном все было не так - он заболел в раннем возрасте.

Главное для выздоровления - суметь принять свой диагноз, избежать гнева и депрессии. Например, онкобольным на этом этапе помогают психологи, людям с редкими заболеваниями не помогает никто. Когда я впервые узнала о том, что мой ребенок болен, я пережила все эти стадии, бесконечно задавала себе вопросы: почему именно я, почему болен именно мой ребенок? Потом была готова доказать всему миру, что это неправда, что я вылечу сына, поеду к лучшим врачам, найду лучшее лекарство. Позже «скатилась» в депрессию.



Благодаря группе «Сильнее обстоятельств» в социальной сети «ВКонтакте», я нашла людей, которые столкнулись с такой же бедой. И мы друга поддерживаем, рассказываем, куда можно пойти, как пережить сложные ситуации. Я поняла, что не одна в этом мире, что с такими болезнями можно жить, если уметь радоваться солнышку, хранить в себе добро, не отчаиваться.

Не менее сложная проблема - получение информации о заболевании. В интернете про каждое написано буквально 2-3 строчки. И в больнице врач не всегда знает, как правильно написать название заболевания...

В прошлом году сыну наконец-то поставили диагноз. В чем проявляется болезнь «миопатия Ульриха»? Представим кирпичную стену, для прочности ей нужен клей, в данном случае - цемент. Клеем для мышц служит коллаген. В организме сына коллагена не хватает, наша мышечная стена распадается. Это не остановить. Мы надеемся попасть в опытную группу по новому лекарству, и что оно окажется результативным. Желаем всем, кто столкнулся с редкими заболеваниями, никогда не терять надежду!

Теперь я знаю, что мой сынок сделал меня другой. Раньше я считала, что счастье обязательно связано с конкретными приобретениями. Но если разобраться: кто имеет много миллионов, не обязательно счастлив. Сейчас любого в нашей группе спроси, и они скажут, что счастливы. Да, есть много сложностей, но все знают, для чего живут: знают, для чего тучки на небе и листочки на деревьях - видят это и этому счастливы. Желаю, чтобы все умели радоваться каждому дню, ценить друг друга, своих детей, быть благодарными им за то, что они рядом с вами.

Вместе с мамами понять причину своего заболевания пытаются и дети. Раньше сверстников они задумываются о том, что такое гены, получают первые сведения о человеческом организме.



И при этом хотят быть такими же, как их ровесники. Это возможно, если учеными, фармакологами, врачами уже открыт секрет заболевания и найдено средство, помогающее жить с ним.

Светлана ПИЩАЛЬНИКОВА и ее дочь **Маргарита** прошли свой непростой путь противостояния болезни. Результат есть: они смогли с ней «договориться»:

- Заболевание достаточно редкое - в нашей стране оно выявлено всего у 20 человек. Гипофосфатазия проявляется в следующем: из-за нехватки фермента вымывается кальций из костей скелета и зубов, они теряют прочность. Но благодаря региональному министерству здравоохранения закупается американское лекарство, инъекции которого мы получаем. Маргарита ходит в обычную школу, на занятия в различные кружки - у нее много интересов, как и сверстниц. Желаю всем, чтобы и от их болезней нашлось такое чудо-средство!

Узнав о диагнозе дочери, пыталась понять, кто из бабушек-дедушек за него ответственен. Ответственных нет, от генетических заболеваний не застрахован никто. Поэтому важно научиться с ними жить. Нам в этом помогает созданная группа «Сильнее обстоятельств».

Мы друг друга поддерживаем, помогаем искать ответы на вопросы, решать самые непростые проблемы. Спасибо редким нам за стремление и умение помогать! Слово «орфанное» в переводе означает «сиротское». Но благодаря нашей группе в «ВКонтакте» мы не сироты. У группы более 55 публикаций в СМИ. И сделано это не ради популярности, а для того, чтобы кому-то прийти на помощь в непростые дни.

Основателя группы **Екатерину ЛИМАЕВУ** встретили особенно тепло. Ее история потребовала неподдельного мужества от хрупкой девушки. Се-



годня она открыто улыбается, легко отвечает на вопросы. И за этим стоит настоящий характер борца. Противостоять пришлось сразу двум заболеваниям - онкологическому и редкому генетическому, болезни Гентингтона. Первое удалось остановить, добиться устойчивой ремиссии, со вторым - жизнь продолжается. А параллельно Екатерина не только создала группу, но и стала участницей молодежного управленческого форума «АТР», представив один из лучших социальных проектов, организовала тематическую фотовыставку, нашла единомышленников среди профессиональных ведущих праздников и творческих коллективов. Лучшие номера были представлены на празднике «Редкие среди нас», и, кстати, никто из артистов не потребовал гонорар за работу. В группе «Сильнее обстоятельств» сегодня инваспортсмены, взрослые и дети, каждый - со своей непростой историей, жители Барнаула, Бийска, Сургута, Омска, Махачкалы, других городов страны.

В нашем обществе всё большую ценность приобретает умение помогать другим, быть волонтером или делать это, руководствуясь движением души. Среди артистов, выступивших в тот вечер, были и совсем юные, и те, кто постарше. **Софья САЖИНА** замечательно сыграла на флейте, профессионально исполнила пьесы на скрипке **Дарья ГОНЧАРОВА**. В «зрительном зале» поддерживал хорошее настроение ребят **Игорь ЯКУБА**, основатель музея «Ларец счастья». Он частый гость в стационарных отделениях детских больниц города. Ребятишки, находящиеся на длительном лечении, хорошо знают и ждут доброго клоуна, знающего много игр и забав, в которых участвуют все без исключения. Всем друзьям движения «Сильнее обстоятельств» Екатерина вручила грамоты. Этот знак внимания был не просто приятен - он стал трогательной благодарностью за участие в судьбах детей.

В конце праздника в вечернем парке с помощью волонтеров выложили свечами «**Редкие среди нас**». Мягкий огонь объединил всех присутствующих. И так - по общему движению - получилась завершающая фотография праздника. Пусть станет она заявкой на следующие встречи! ☺



«Мы идем на выздоровление!»

Уникальность многих операций, проводимых в детском хирургическом отделении Алтайского краевого клинического центра охраны материнства и детства, обусловлена не только профессионализмом работающего здесь коллектива врачей и медицинских сестер, но и особенным бережливым подходом к лечению каждого ребенка. Здесь всегда учитывают, что впереди у маленького пациента - долгая жизнь и войти в нее нужно максимально здоровым, и без операционных рубцов на теле в том числе.

И в случае 12-летней девочки было принято решение провести операцию по удалению у нее доброкачественной опухоли эндоскопическим способом.

Мама Инна Валерьевна говорит, что у дочери были частыми воспалительные процессы:

- Без видимых причин поднималась температура, дважды лечились от воспаления лёгких, принимали антибиотики. Нас направили на диагностику, где и выявили опухоль.

Она располагалась анатомически в невыгодном месте: в области переднего средостения врожденная тератома диаметром 12см подавлявала корень лёгкого и заметно отгесняла сердце в правую сторону. Рядом - крупные магистральные сосуды. Медикаментозное лечение в данном случае было невозможно.

Одним из вариантов, рассматриваемых на втором этапе, было проведение операции в Москве, но не поехали: «была вера в наших специалистов», - скажет позднее Инна Валерьевна.

О самой операции мама девочки и хирург **Константин Юрьевич ТЕН**, успешно проводивший удаление опухоли, говорят по-разному: мама уверена, что ждала свою дочку в палате бесконечно, но врач точно знает, что операция длилась два часа. Его умение точно учитывать все факторы, в том числе и временной, профессионально оставить эмоции за дверью операционной, всегда работает на успех:

- Нам предстояло сначала разделить опухоль на части, затем ее извлечь. Важно также убрать ее полностью, вместе со всеми оболочками, чтобы в дальнейшем не случилось рецидива - возврата болезни, и при этом не повредить анатомически важные структуры. Нам это удалось!

О причине заболевания:

- Опухоль у нашей пациентки имеет врожденный характер. В нашем отделении мы встречаемся с таким заболеванием нечасто: всё же население Алтайского края сравнительно небольшое, а вот



В Алтайском крае опухоль такого размера и в таком месте эндоскопическим способом ребенку удаляли впервые. По словам краевых специалистов, подобные хирургические вмешательства в России проводят только в медицинских учреждениях Москвы. Требуется хорошая техническая подготовка специалистов и современное оборудование.

в клиниках Москвы и Санкт-Петербурга такие опухоли оперируют чаще. Поставить верный диагноз было не просто, потому что такая опухоль - зрелая тератома - чаще поражает яичники.

Даша после операции сутки находилась в реанимационной палате, потом ее перевели в обычную. Врачи объяснили важность движения для выздоровления, и уже на вторые сутки после проведения операции девочка начала ходить. Алтайские хирурги говорят, в ближайшее время она сможет вернуться к привычному образу жизни. По словам Даши, она чувствует себя удовлетворительно и готова отправиться домой в Рубцовск. И для нее наконец-то начнется учебный год в двух школах - общеобразовательной и музыкальной. Вот тогда мама окончательно поверит, что испытание пройдено. А пока она привычно говорит о себе с дочкой как об одном целом:

- Мы даже не знали, какие мы храбрые!

На разговор с журналистом согласились по двум причинам: чтобы поблагодарить врачей, подаривших Даше здоровье, и сказать всем, что алтайская медицина соответствует уровню ведущих учреждений страны:

- Спасибо всем хирургам, которые приняли участие в нашей ситуации, за то, что они сделали. Спасибо Константину Юрьевичу, заведующему отделением Юрию Васильевичу Тену, всем, кто был в операционной бригаде и потом помогал Даше уже в палате. Желаю всем успехов в нелегком труде, доброго здоровья.

Даша добавляет с детской искренностью:

- Спасибо всем хирургам и врачам, которые избавили меня от штуки, которая мне мешала жить. Спасибо огромное! ☺



Рак простаты



**Сергей Александрович
ВАРЛАМОВ,**

доктор медицинских наук,
Заслуженный врач РФ,
Отличник
здравоохранения,
врач-онколог, высшая
квалификационная
категория, заведующий
онкоурологическим
отделением,
КГБУЗ «Алтайский
краевой онкологический
диспансер»

Рак предстательной железы - один из самых распространенных видов злокачественных новообразований среди мужского населения Алтайского края. В структуре онкозаболеваемости и смертности у мужчин он занимает второе место после опухолей органов бронхо-лёгочной системы.

В 2018 году рак предстательной железы (РПЖ) был диагностирован у 810 жителей края, за последние 10 лет количество пациентов с этим диагнозом выросло в два раза. Такой высокий уровень заболеваемости раком простаты не является специфической эндемической особенностью Алтайского края: высокий уровень заболеваемости характерен для всей России. С одной стороны, методы диагностики с каждым годом становятся всё лучше и информативнее. С другой, можно отметить, что растёт и заболеваемость, и выявляемость злокачественных новообразований.

Выделяют три основных причины сложившейся ситуации. Первая - **возраст**. После 70 лет вероятность обнаружения рака простаты составляет более 40%. Ещё один фактор, способствующий росту онкозаболеваемости, - это **вредные привычки**. Доказано, что чаще всего «спусковым крючком» для развития злокачественно-

го процесса являются курение и алкоголь. Третья причина - **избыточный вес, частое употребление красного мяса, жирной пищи**.

Факторы риска заболевания раком предстательной железы:

- ◆ **наличие родственников с этим заболеванием:** если болел отец, то риск повышается в 3 раза, если родной брат - в 8 раз. Если у отца РПЖ выявлен в возрасте до 50 лет, то мужчина находится в группе повышенного риска;

- ◆ **возраст:** риск повышается у мужчин старше 50 лет;

- ◆ **употребление калорийной пищи с высоким содержанием жиров;**

- ◆ **недостаток в пище витаминов А, С, D, E, селена, ликопенов;**

- ◆ **частое и длительное пребывание на солнце** (ультрафиолетовое облучение);

- ◆ **работа в резиновой промышленности, работа с кадмием;**

- ◆ **сидячий и малоподвижный образ жизни**, который способствует застою крови в малом тазу;

- ◆ **курение и алкоголь**, то есть планомерное и регулярное отравление организма бензолами, смолами, никотиновой группой и другими вредными составляющими, которые являются источником мутагенных изменений клеток простаты и их озлокачествления.

Определить рак простаты самостоятельно, без проведения необходимого набора диагностических процедур, - невозможно.

Существуют **симптомы, при обнаружении которых следует немедленно обратиться к лечащему врачу:**

- ▶ **нарушение мочеиспускания** - частые позывы, причем, преимущественно в ночное время, недержание мочи,



затруднения, боли, жжение во время туалета, необходимость натуживания, чувство неполного опорожнения,

► **кровь в моче,**

► **изменение запаха мочи** - появление так называемого «аптечного» или «рыбного» аромата,

► **болезненные ощущения** в пояснице, переходящие в область мочевого пузыря, мошонку,

► **боли во время полового акта.**

Однако наличие тех или иных симптомов часто свидетельствует об уже распространенном процессе. На ранних стадиях, когда РПЖ может быть излечен, это заболевание, как правило, не имеет выраженных проявлений.

Базовая диагностика включает:

- *пальцевое ректальное исследование:* до 75% РПЖ локализуется в периферической зоне предстательной железы и может быть обнаружено с помощью этой элементарной методики,

- *кровь на ПСА* (простатспецифический антиген).

Если первичное обследование выявило подозрение на РПЖ, назначаются **дополнительные инструментальные диагностические исследования:** трансректальные УЗИ предстательной железы и биопсия под контролем УЗИ.

Эти исследования проводятся в специализированном отделении: урологических отделениях больниц Барнаула, Бийска, в Диагностическом центре Алтайского края, Алтайском краевом онкологическом диспансере, в некоторых частных медицинских центрах Барнаула.

Стоит отметить, что с улучшением качества диагностики в последние годы рак простаты всё чаще стал выявляться на ранних стадиях. В 2018 году в Алтайском крае доля пациентов, у которых заболевание было диагностировано на 1 и 2 стадии, составила 61% (для сравнения: в России этот показатель оказался на 4% ниже - 57%). Чем раньше обнаружена опухоль, тем проще с ней бороться, тем больше шансов у пациента на долгую и, что немаловажно, полноценную жизнь.

При начальной форме рака простаты нередко выполняются экономные процедуры, например, **брахитерапия**. При распространенном опухолевом процессе необходимы **обширные травматичные операции**, часто с высоким



риском развития осложнений, требующие значительно большего времени на восстановление.

В настоящее время в Алтайском крае для лечения рака простаты используются хирургические методы и лекарственная терапия. Более 90% **радикальных простатэктомий** в регионе (удаление предстательной железы, семенных пузырьков и всего лимфатического аппарата таза) выполняется в онкоурологическом отделении Алтайского краевого онкологического диспансера. По возможности используются нервосберегающие техники для сохранения мужчинам эрекции. Внедряется **лапароскопическая простатэктомия** - малотравматичное вмешательство с хорошими функциональными результатами. Пациенты после такой операции испытывают меньший болевой синдром и быстрее восстанавливаются.

Чтобы сохранить свое мужское здоровье, необходимо не только отказаться от вредных привычек, следить за своим питанием, вести активный образ жизни, чаще бывать на свежем воздухе, но и регулярно посещать врача. Ежегодно необходимо проходить осмотр в смотровом кабинете и сдавать анализ на определение уровня простатоспецифического антигена (ПСА). Любая ЦРБ в крае сегодня оснащена необходимым оборудованием, с помощью которого можно если не поставить диагноз, то очень четко его заподозрить и направить пациента на дообследование. ☺

Очень важно своевременно проходить обследования с профилактической целью, особенно если мужчина находится в группе риска. Начиная с 18 лет, мужчине необходимо ежегодно посещать смотровой кабинет в поликлинике по месту жительства или врача-андролога.



Иммуногистохимия: найти и обезвредить!

У каждого нового поколения - новые болезни, но, благодаря техническому прогрессу, в XXI веке, как никогда быстро, научные достижения внедряются в практическую медицину.

Метод иммуногистохимии (ИГХ) известен медицине около 80 лет. Микроскопическое исследование ткани, когда в ее образцах с помощью антител выявляют определенные молекулы, первыми взяли на вооружение онкологи. В гинекологии данный метод используется только последние 10 лет, главным образом в научных целях. Преимущество в том, что **ИГХ позволяет не только выявить конкретного патогенного возбудителя, но и увидеть его остаточный след в иммунокомпетентных клетках.**

Патологоанатомическую лабораторию с отделением ИГХ в краево-м клиническом перинатальном центре «ДАР» открыли год назад,

и теперь у жительниц Алтайского края есть возможность выявить первопричину, почему не наступает беременность. Сегодня в проведении процедуры ЭКО нуждаются более 1100 бездетных супружеских пар.

Наш разговор - с заведующей лабораторией, врачом-патологоанатомом первой квалификационной категории **Анастасией Валентиновной ПЕСОЦКОЙ**.

Здоровая мама...

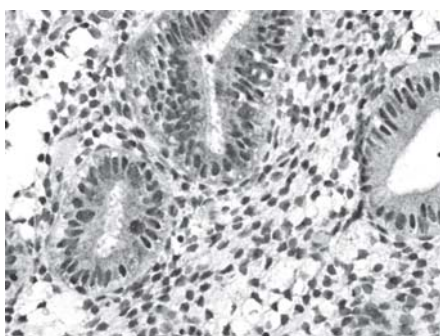
- Одно из направлений работы лаборатории - исследование репродуктологии бесплодия. Какого характера эти нарушения?

- Многие годы ведущими гинекологическими заболеваниями являются воспалительные заболевания органов малого таза. Поствоспалительные изменения органов малого таза - одна из основных причин женского бесплодия. В детстве нам бабушки говорили: «Не сиди на холодном, простынешь!» - и доля истины в этих словах есть. Многочисленные исследования показали, что прямое или косвенное влияние этих воспалений приводит к патологии эндометрия - хроническому воспалению и нарушению рецепции ткани. Основная задача репродуктолога - выявить конкретные патологические изменения у этой пациентки.

- Метод ИГХ информативен в случае женского бесплодия?

- Да. Если выразиться образно: нельзя сеять зерно в неподготовленную почву. Так и мы пытаемся определить, насколько слизистая матки готова принять эмбрион и взрастить «здоровое семя». Мы исследуем фрагменты тканей гинекологического профиля (маточные трубы, яичники, матка, ткани эндометрия).

Эндометрий у женщины перестраивается в течение месячного цикла: нарастает, готовится принять оплодотворенную яйцеклетку, а если оплодотворение не происходит, начинается менструация. За эту перестройку отвечают рецепторы стероидных гормонов (эстрогена и прогестерона). Если есть воспаление, рецепторы повреждены: эндометрий либо не нарастает («тонкий эндометрий»), либо нарастает, но гормонально не перестраивается и не может выполнять своих функций, то есть женщина беременеет, но дальнейшего развития не происходит, беременность замирает. Не готовый к беременности эндометрий - частая причина неэффективности ЭКО.



Движение к цели 78+

- На какой период времени результаты анализа будут актуальны?

- До проведения специфического лечения. Это проблема не одного цикла: дефектная поврежденная клетка с дефектными рецепторами воспроизводит себе подобные. Если бы наши рецепторы могли самостоятельно восстанавливаться при менструациях, то и беременность наступала бы каждый месяц.

- Материал из неразвившихся беременностей тоже подлежит исследованию?

- Оплодотворение состоялось, эмбрион прикрепился, но в 5-6 или даже в 12 недель его рост прекращается. Это показание для медикаментозного аборта. Пациентка собирает материал (всё, что выделяется в течение суток), приносит в нашу лабораторию, мы определяем причину, почему случился дефект имплантации. Причин остановки развития эмбриона всего три: инфекция, генетика плодного яйца, гормональный сбой. В последующем прегравидарная подготовка проводится с учетом выявленных факторов.

- Есть статистические данные, какая патология эндометрия определяется чаще?

- Это хронический эндометрит различной степени выраженности - 90% (!) случаев. Простыми словами, - воспаление слизистой оболочки матки. Слизистая не функциональна, эндометрий морфологически не состоятелен, беременность невозможна. Отмечу, что у многих пациенток нет клиники хронического эндометрита, и они считают себя «здоровыми» - заболевание зачастую протекает бессимптомно либо с минимальными клиническими проявлениями, которым женщина не придает значения. Стандартная же диагностика хронического эндометрита затруднена, поскольку женщины порой самостоятельно, без контроля врача и полноценного обследования «назначают» себе различные антибиотики, противовоспалительные свечи и таблетки. Метод ИГХ позволяет не только поставить диагноз «хронический эндометрит», но и установить конкретного возбудителя заболевания.



- В каких случаях женщина может к вам обратиться?

- ИГХ эндометрия должен быть проведен при нарушениях репродукции в виде, бесплодия, ранних репродуктивных потерях (замерших беременностях или выкидышах), неудачных попытках ЭКО, при подозрении на хронический эндометрит (для определения чувствительности рецепторов и выявления возбудителей воспалительного процесса в органах малого таза) или при подозрении на гиперпластический процесс в эндометрии.

...здоровый малыш!

- За год работы лаборатория провела исследования более чем для 2000 женщин. Плацента тоже может быть подвергнута иммуногистохимическому исследованию?

- Да. Второе направление нашей работы - ранняя диагностика внутриутробных инфекций у новорожденных детей. Как известно, плацента является посредником между мамой и ребенком, она выполняет множество функций, в том числе и защитную. Между кровеносными системами мамы и ребенка есть центральная мембрана, которая отвечает за «охрану»

с неподкупным «таможенным» контролем. А потому содержащимся в материнской крови бактериям, некоторым вирусам, антителам мамы, вырабатываемым при резус-конflikте, трудно пройти плацентарный «фильтр» и попасть в организм плода. И наша задача оценить, как этот «фильтр» сработал: полностью или что-то пропустил?

Мы исследуем плаценту у женщин из групп риска, на предмет выявления инфекционного процесса, поскольку зачастую признаки внутриутробной инфекции (ВУИ) могут появиться в течение первого года жизни, и в такой ситуации необходимо знать, был ли инфекционный процесс в последе при рождении, а без полноценного патологоанатомического заключения это сделать затруднительно.

Современное лабораторное оборудование позволяет выдать полноценный ответ в течение суток. Если ребенок попал в реанимацию, мы оперативно даем заключение, и доктор назначает таргетную терапию и выбирает тактику ведения ребенка: нужна ли ему будет в первый год жизни корректирующая терапия и реабилитация, массаж или наблюдение невропатолога. ☺

Юлия Непомнящих



Ты будешь счастлив завтра, если подумаешь о здоровье сегодня

Программа по профилактике и выявлению факторов риска хронических неинфекционных заболеваний успешно реализуется на территории Алтайского края.

Для этого в каждом лечебно-профилактическом учреждении организована деятельность кабинетов (отделений) медицинской профилактики, Центров здоровья, куда может обратиться каждый житель края и получить квалифицированную консультацию по здоровому образу жизни, правильному питанию, рекомендации по отказу от табакокурения, употреблению алкоголя, посетить обучающие занятия в школах здоровья по профилактике хронических заболеваний.

Значение семьи в жизни каждого человека трудно переоценить. Семья дает нам опору, поддержку, тепло, навыки общения, первые уроки любви. Она помогает каждому развивать характер, учит преодолевать трудности и т.д. И чем семья благополучнее, чем больше в ней уделяется внимания каждому ее члену, в том числе и малышу, тем увереннее ребенок будет чувствовать себя в дальнейшем в жизни.

Безусловно, самую важную роль в жизни каждого ребенка играют родители. Им дети подражают, на них хотят быть похожими. Здоровье семьи начинается еще с периода младенчества, привычки пищевого поведения, здорового образа жизни ребенку также прививаются с детства.

К сожалению, обилие в нашем рационе фаст-фуда и быстрых углеводов (сладости) приводит к тому, что проблемы с лишним весом (ожирение со всеми вытекающими из него последствиями) начинаются уже в возрасте 6-7 лет, а иногда - и раньше.

Основная причина проблем с весом, как у детей, так и у взрослых, - это **неправильное питание и низкая физическая активность**. Это - основные из ведущих фактора риска развития хронических неинфекционных заболеваний: гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, онкологические заболевания,

бронхолегочные заболевания в будущем у всей популяции в целом.

И только в наших силах в корне изменить ситуацию с помощью нормализации образа жизни: правильно питаться, поддерживать активный двигательный режим, своевременно проходить периодические медицинские осмотры.

Здоровое питание помогает предотвратить ряд неинфекционных заболеваний, на 80% помогает снизить риск развития инфаркта миокарда, инсульта и сахарного диабета.

Основные советы по здоровому питанию:

- внесите разнообразие в свой рацион, выпивайте не менее 1,5 литров жидкости ежедневно;
- возьмите за привычку следить за весом тела, корректируя его с помощью изменений энергетической ценности пищи и количества физической активности;
- постарайтесь сократить порции, увеличив число приемов пищи до 4-5 и более;
- старайтесь есть медленнее, не перекусывая на ходу;
- не отказывайтесь сразу от какого-либо вредного продукта, изменяйте свой рацион постепенно;



Юлия Геннадьевна АНИСИМОВА,

медицинская сестра
отделения профилактики и
центра здоровья,
КГБУЗ «Городская
больница №3,
г.Барнаул»



Советы медицинской сестры

- введите в свой рацион как можно больше продуктов, богатых клетчаткой - свежие овощи и фрукты, хлеб и другие зерновые продукты, крупы;
- сократите потребление жиров, старайтесь не использовать жир при приготовлении пищи;
- ограничьте потребление чистого сахара - не более 6 чайных ложек в день;
- ограничьте употребление поваренной соли - не более 5г в день;
- избегайте потребления алкогольных напитков, отдавайте предпочтение некрепким натуральным напиткам, таким как сухое вино.

Физическая активность - это путь к здоровью. Это основа здоровья человека на протяжении всей его жизни, она определяет самочувствие и независимость в глубокой старости. Но в XXI веке физическая активность в значительной степени исчезла из нашей жизни. Но регулярная физическая нагрузка снижает риск смерти, а также риск развития ишемической болезни сердца и инсульта, способствует снижению уровня общего холестерина в крови и риска развития атеросклероза, улучшает баланс потребления и расходования энергии и снижает массу тела, а также снижает риск развития сахарного диабета 2 типа, рака толстого кишечника и молочной железы, улучшает психологическую тренированность (поднимается настроение, уходят стресс и усталость).

Основные советы по физической активности (на основании рекомендаций ВОЗ):

► для получения наибольшей пользы для здоровья **взрослые должны заниматься умеренной физической активностью** не менее 150 минут в неделю, или интенсивной физической активностью - не менее 75 минут в неделю;

► **длительность одного занятия должна быть не менее 10 минут.** Виды физической активности могут быть различными: от ежедневных нагрузок (ходьба, езда на велосипеде, работа в саду и другие) до специальных занятий спортом или физкультурой, или можно сочетать и те, и другие;

► **для профилактики ожирения** рекомендуется умеренная активность продолжительностью не менее 45-60 минут;

► **для укрепления костей** необходимы специальные виды физической активности, создающие нагрузки на костную структуру.

Наградой за правильное питание и ежедневную физическую активность станут здоровье, высокий уровень энергии и долгая активная жизнь. ☺

Формула здорового человека.

Это должен знать каждый!

0 сигарет в день.

140/90 мм рт.ст. и ниже - уровень артериального давления.

3км пешком в день или 30 минут умеренной физической активности.

5 порций или 500г фруктов и овощей в день.

Менее 5ммоль/л - уровень общего холестерина

Окружность талии для мужчин - менее 94см, для женщин - менее 80см.

Как сохранить молодость



Людмила Вячеславовна АВЕРЧЕВА,

старшая акушерка акушерского отделения патологии беременности, высшая квалификационная категория, КГБУЗ «Городская больница имени Л.Я. Литвиненко, г.Новоалтайск»

После сорока лет появляются все возрастные изменения: они «на лицо» в прямом смысле этого слова, несколько «затронули» фигуру и общее самочувствие.

В этом возрасте быстрее чувствуется усталость, отмечается некоторое замедление реакций, начинаются проблемы со здоровьем. А ведь в сорок лет жизнь только начинается! Всё самое интересное еще впереди, только нужно помочь своему организму сохранить молодость и красоту, сберечь здоровье.

В преждевременном старении чаще всего виноваты мы сами, поскольку не пытаемся изменить прежний образ жизни, систему питания, пересмотреть некоторые привычки в пользу более здоровых и полезных. Вот почему очень важно продумать систему профилактических мер и строго их придерживаться: тогда и в 50 лет, и в 60 лет вы будете радоваться своему возрасту.

Полноценный сон - основа основ. В прошлом должны остаться посиделки до полуночи, иначе недостаток сна катастрофическим образом скажется на коже лица. Если вы работаете по ночам, то хорошо должны отдыхать после ночных смен, выспаться и не пользоваться декоративной косметикой. Пусть если не вы, то хотя бы кожа полноценно отдыхает ночью.

Периоды полного покоя должны сменяться активным отдыхом: лыжи, походы, посещение выставок, театра, кино, рисование, керамика, музицирование. Такое чередование с включением творческого элемента поможет снять напряжение, а ведь для кожи лица состояние нервной системы имеет огромное значение.

Активность обязательна. Фитнес и спорт - не единственное решение. Если раньше не было привычки ходить в спортзал, то вряд ли она появится теперь. Нужно выбрать те варианты, которые доставят удо-



женскую и красоту

вольствие: длительные прогулки на свежем воздухе в среднем темпе, плавание или аквааэробика, занятия танцами. Помните, что мечты должны сбываться, тем более такие, которые помогут сохранить молодость и красоту.

Настало время **пересмотреть и свое питание**. Это связано с гормональной перестройкой организма в преддверии менопаузы. Те продукты, которые раньше легко усваивались, теперь следует убрать из рациона. Отёчность вызывает всё соленое, копченое, особенно съеденное на ночь.

Необходимы для красоты продукты, богатые омега-жирными кислотами: дары моря, жирная морская рыба, льняные семечки, бобы, орехи, клубника, цветная капуста, яйца. Обязательно больше половины рациона должны составлять свежие (в крайнем случае - тушеные) овощи.

Если вы чувствуете, что организму нужно мясо, - пожалуйста! Но это не должны быть жирная свинина, сало, баранина. Замените их крольчатинной, постной говядиной, телятиной, птицей нежирных сортов.

В список продуктов ежедневного употребления должны входить кисломолочные продукты, цельные крупы. А вот газированную воду, кондитерские изделия, рафинированную пищу лучше исключить из своего рациона.

Организм нужно поддерживать **препаратами кальция**, чтобы предотвратить возрастное развитие остеопороза.

Еще один важный момент - **правильный питьевой режим**. Ежедневно выпивайте не менее 1,5 литров чистой воды без газа, вкусовых либо ароматических добавок. Вода будет поддерживать внутреннюю чистоту в организме, не давая скапливаться продуктам распада. Кроме того, вода замедлит ссыхание кожи, предотвратит образование ранних глубоких морщин.

Еще одна важная составляющая «антивозрастных» мероприятий - **тренировка памяти**. Для этого есть множество способов, причем их можно рассматривать не как конкретные упражнения, а как интересное времяпровождение. Это - разгадывание кроссвордов, решение головоломок, изучение иностранных языков. Каждый день нужно узнавать что-то новое, не надеясь на то, что имеющийся к сорока годам кругозор для вас достаточен.

И главное, **сохраняйте оптимизм, бодрость духа**. Будете следить за здоровьем и правильным питанием - и это непременно отразится на внешности и настроении, спорт и активный образ жизни помогут бороться с депрессией, снимут тревожность и просто закончат гармоничную картинку вашей жизни.

Ведь после 40 лет жизнь только начинается! ☺



Остеоартроз: профилактика и физиолечение

**Светлана
Анатольевна
ТАРАСОВА,**
старшая
медицинская
сестра
физиотерапевтического
отделения,
КГБУЗ «Городская
поликлиника №3,
г.Барнаул»



Остеоартроз - дегенеративно-дистрофическое заболевание суставов, причиной которого является поражение хрящевой ткани суставных поверхностей.

В патологический процесс может быть вовлечен не только суставной хрящ, но и весь сустав, включая субхондральную кость, связки, капсулу, синовиальную оболочку и периартикулярные мышцы.

Чаще всего при остеоартрозе поражаются суставы кисти, первый плюснефаланговый сустав стопы, суставы шейного и поясничного отделов позвоночника, коленных и тазобедренных суставов. Однако по тяжести нарушения функций опорно-двигательного аппарата первое место занимают тазобедренный, коленный, голеностопный и плечевой суставы.

Остеоартроз бывает **первичным**, в данном случае причина развития заболевания не установлена, и **вторичный**, если причиной являются травма, дисплазия и воспаление. ▶



Советы медицинской сестры

Факторами риска остеоартроза являются:

- ◆ возраст;
- ◆ женский пол;
- ◆ наследственная предрасположенность;
- ◆ дефекты развития;
- ◆ травма;
- ◆ операции на суставах;
- ◆ профессия и занятия спортом;
- ◆ избыточный вес;
- ◆ другие заболевания суставов, имевшиеся ранее;
- ◆ сопутствующие заболевания (сахарный диабет, подагра);
- ◆ переохлаждение.

Причинами снижения качества жизни при остеоартрозе становятся деформация сустава, «хруст» при движении, ограничение объема движений в суставе и боли в пораженных суставах.

Механические боли возникают при нагрузке, стихают после ночного отдыха.

Стартовые боли возникают при начале движения, затем исчезают.

Ночные боли возникают ночью, носят тупой характер и исчезают утром при движении.

Отраженные боли возникают вне области больного сустава.

Утренняя скованность длится не более 30 минут и исчезает при нескольких движениях в суставе.

Заклинивание сустава - внезапная резкая боль, блокирующая движение в суставе.

Лечение остеоартроза - довольно длительный процесс. Основными принципами лечения являются ограничение нагрузки, соблюдение ортопедического режима, ЛФК, физиотерапия. Лечение замедляет прогрессирование заболевания, предотвращает развитие контрактур и улучшает функции сустава. Важным этапом лечения является санаторно-курортное лечение.

В физиотерапевтическом лечении используют:

- ▶ местное применение на суставы тепла (озокерита, парафиновые и грязевые аппликации) или холода (криотерапия);
- ▶ ультразвуковую терапию;
- ▶ чрескожную электростимуляцию нервов;
- ▶ индуктотерапию;
- ▶ УВЧ-терапию;



- ▶ электрофорез и фонофорез;
- ▶ ультрафиолетовое облучение эритемными дозами;
- ▶ иглорефлексотерапию;
- ▶ лазерную терапию;
- ▶ магнитотерапию;
- ▶ светолечение;
- ▶ локальную баротерапию;
- ▶ лечение бишофитом;
- ▶ бальнеотерапию (морские, солевые, сероводородные, сернистоводородные, радоновые ванны).

Все эти методы лечения облегчают состояние больного, оказывая благоприятное влияние на обменные процессы в хряще, микроциркуляцию в костях, синовиальной оболочке, околоуставных тканях. **Любое применение физиотерапевтического лечения проводится с учетом отсутствия противопоказаний, которые должен установить врач-физиотерапевт!**

Также необходимо отметить, что на процесс протекания заболевания влияет и нормализация массы тела и ее постоянный контроль. Нормальная масса тела значительно снижает нагрузку на суставы и, как следствие, замедляет прогрессирование деструктивных изменений в хряще. **Каждый лишний килограмм веса тела дает шестикратную нагрузку на коленные суставы и четырехкратную - на тазобедренные. И снижение массы тела даже на 5кг уменьшает риск поражения коленного сустава на 50%.**

Помните, что ваше здоровье - это главная ценность в жизни и будьте здоровы! ☺

Каждый лишний килограмм веса тела дает шестикратную нагрузку на коленные суставы и четырехкратную - на тазобедренные. И снижение массы тела даже на 5кг уменьшает риск поражения коленного сустава на 50%.

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



В объятиях Морфея: всё о бессоннице у малышей

Доля истины в выражении, что сон помогает при болезни лучше всякого лекарства, есть.

Но как понять, что сон проходит нормально или же есть повод для беспокойства?

О бессоннице у детей рассказывает

Елена Николаевна КОЧЕТЫГОВА, детский врач-невролог высшей квалификационной категории Диагностического центра Алтайского края.



- Сон - это регулярно повторяющееся, легко обратимое состояние организма, характеризуется покоем, неподвижностью и выраженным снижением реакций на внешние стимулы. Казалось бы, сон - это отдых. Однако во время сна клетки головного мозга работают даже активнее, чем в период бодрствования: мозг занят «починкой» организма. Во сне протекают процессы восстановления энергии, роста, вырабатываются важные гормоны, формируются факторы иммунной защиты. Сон необходим для нормального созревания мозга, обработки информации, долговременной памяти, обучения.

Сон человека состоит из двух основных фаз: медленной и быстрой. Они закономерно чередуются между собой, формируя циклы сна. Особенно важную роль играет фаза быстрого сна: в первый год жизни, когда происходит скачок в психическом развитии ребенка, она занимает до 50% всего времени сна (у взрослых только 20-25%). И именно в быструю фазу мы видим сновидения.

- Сколько в норме должен спать малыш?

- Сон каждого человека уникален, вариателен по глубине, продолжительности и структуре. Однако существуют общие возрастные закономерности.

Длительность сна младенцев до 2 месяцев - около 14,5-16 часов,

быстрая фаза занимает до 50%. При этом сон не имеет четкой привязанности к темному и светлому времени суток (не сформирован циркадный ритм). С 3 месяцев начинается ночной сон, к 6 месяцам сон по структуре напоминает сон взрослого, формируются ночной, дневной сон, циклы сна, в конце каждого цикла сна возникают микропробуждения, после которых ребенок вновь быстро засыпает. Ночной сон к первому году жизни объединяется в один непрерывный эпизод и составляет 9-10 часов, дневной сон состоит из 1-4 отдельных эпизодов общей продолжительностью 3-4 часа. Количество дневного сна постепенно снижается на протяжении первых лет жизни и к 5 годам 85% детей уже не нуждаются в дневном сне.

Главным критерием «нормальности» сна является не его продолжительность, а самочувствие малыша в период бодрствования. Если ваш 4-летний ребенок не спит днем, но при этом сохраняет равномерную активность и хорошую познавательную деятельность в течение всего периода бодрствования, он попросту не нуждается в дневном сне.

- С какими проблемами сна у детей раннего возраста чаще всего обращаются на прием к детскому неврологу?

- Современная международная классификация насчитывает около 60 видов нарушений сна. Наиболее распространенной проблемой у детей в возрасте до 5 лет является **инсомния** (бессонница) - трудности вхождения в сон, поддержания сна или ранние утренние пробуждения. Каждый третий ребенок в возрасте до 5 лет продолжает пробуждаться ночью и требуется вмешательство родителей, чтобы вернуть его ко сну. Каждый второй пациент детского невролога до 2 лет имеет нарушения сна, причем родители в первую очередь озвучивают жалобы на сон, что говорит о высокой значимости данной проблемы для ближайшего окружения ребенка.

Наиболее часто встречаются у детей две формы инсомнии: *поведенческая инсомния детского возраста* и *инсомния, обусловленная нарушением гигиены сна*.

Поведенческая инсомния по типу нарушения ассоциаций засыпания характеризуется зависимостью засыпания от определенных условий: укачивания на руках, кормления, присутствия в непосредственной близости родителей, бутылочки со смесью. Встречается у детей второ-

Нередко поведение ребенка является характерной для этого возраста проверкой границ дозволенного, и родителям следует своевременно и четко продемонстрировать, какие правила в отношении сна нарушать нельзя.

го полугодия жизни в 25-30%. Для формирования неправильной ассоциации засыпания достаточно нескольких дней, поскольку она для ребенка приятна, и он не захочет отказываться от нее в дальнейшем. Отсутствие определенных условий при укладывании или ночном пробуждении значительно затрудняет засыпание. При обеспечении привычной ассоциацией ребенок быстро успокаивается и уходит в сон. **Факторы риска:** совместный сон, грудное вскармливание, возрастной период от 9 до 12 месяцев; прохождение определенных этапов двигательного развития (ползание, вставание), тревога отделения.

Поведенческая инсомния по типу неправильных установок сна характеризуется наличием необоснованных условий укладывания, определяемых родителями. Например, ребенку могут периодически разрешать засыпать за просмотром телевизора в общей комнате или в кровати родителей. Результатом является протестное поведение и увеличение времени засыпания, попытки ребенка отстрочить расставание с родителями с помощью уже усвоенных им навыков манипуляции («хочу пить», «в туалет», «мне страшно, посиди со мной»). Распространена у 10-30% детей второго и третьего года жизни. **Факторы риска:** «свободный» стиль воспитания с минимальными ограничениями; конфликтующие стили воспитания родителей; определенные возрастные периоды; «трудный» тип темперамента ребенка; наличие оппо-

зиционного поведения в дневное время; отсутствие отдельной комнаты; хронотип ребенка. Дети постарше стремятся сами принимать участие в выборе места и времени для сна, их желания зачастую не совпадают с мнением родителей. Проблемы часто начинаются после возвращения из поездки или визита в гости, где нарушается ранее установленный режим.

- Всегда ли нарушения сна связаны с патологией нервной системы?

- Существует множество состояний и событий, временно нарушающих сон (колики, инфекционные заболевания, поствакцинальные реакции, начало посещения детского сада, прорезывание зубов). Данные состояния также могут провоцировать установление вредных ассоциаций засыпания как отражение попыток родителей помочь ребенку. Колики встречаются у каждого пятого ребенка в возрасте до 4 месяцев и проявляются беспокойством, плачем, криком, двигательной активностью, чаще в вечерние часы, при этом не влияют на дальнейшее физическое и психическое развитие малыша. **Нарушения сна связаны с поведением родителей,** которые стремятся поскорее успокоить и уложить ребенка, в том числе и при кормлении или укачивании, что приводит к формированию негативных ассоциаций засыпания, сохраняющихся и после того, как колики прекращаются. Младенец старше 4 месяцев, которые продолжает пробуждаться ночью, считается «обученным ночным плакальщиком». Такие младенцы быстро успокаиваются после того, как их берут на руки.

На формирование привычек сна также оказывают влияние темперамент ребенка, родительская тревожность и материнская депрессия.

- Какие способы лечения поведенческой инсомнии существуют?

- В терапии поведенческой инсомнии главную роль играют **нелекарственные методы.** При этом в первую очередь следует учитывать потребности семьи, а не кажущиеся склонности ребенка засыпать в то или иное время. Практика показывает, что дети легко привыкают к любому времени



укладывания, если родители проявляют достаточную настойчивость. *Ритуал укладывания должен быть неизменным, предсказуемым, повторяемым и достаточно коротким.* Цель терапии - формирование у ребенка навыков «самоуспокоения» и самостоятельного засыпания. К возрасту 1 года обычно 70% детей приобретают такую способность и не требуют присутствия родителей при засыпании или при каждом ночном пробуждении.

Помните, что после 6 месяцев между циклами сна (каждые 30-40 минут) возникают кратковременные пробуждения, с которыми малышу желательно научиться справляться без вашей помощи.

- Как самостоятельно «научить» ребенка засыпать?

- Существуют простые правила для улучшения качества сна младенцев.

Делайте перерыв между кормлением и засыпанием для предотвращения ассоциации «сон-еда». Лучше перенести кормления на более раннее «место» в списке вечерних ритуалов. Кормите за 20-30 минут до сна, затем читайте сказку или пойте колыбельную.

Исключите длительные интенсивные укачивания перед сном. При первых признаках усталости и готовности ко сну переложите ребенка в кроватку. Сидите рядом, обнимайте его, пойте песенку, но не берите на руки.

Грудные дети засыпают лучше и крепче, если в комнате для сна *присутствует постоянный и знакомый источник звука*, например, голоса родителей или шум от мытья посуды - так называемый «белый шум». Привыкнув засыпать при среднем уровне шума, малыш сможет чувствовать себя более уверенно и спокойно. Однако важно помнить, что это умение формируется первые 6 недель жизни!

Во время подготовки ко сну *не кормите на кровати*, где и мама, и малыш могут уснуть, перенесите кормление на кресло или в другую комнату.

Малыш должен попадать в кроватку сонным, но не спящим. Ребенку нужно дать возможность найти свой способ успокоиться и научиться засыпать самостоятельно.

При ночных кормлениях можно *включать тусклый ночник*, чтобы за-



Это интересно!

◆ Младенцы способны видеть сны - обрывочные образы - с 8 месяцев внутриутробного развития.

◆ Настоящие сновидения, образные и эмоциональные, заполненные действиями и сюжетными линиями, ребенок сможет увидеть только с возрастом, примерно после трех лет.

◆ Доказано, что до 2-3 лет ребенок визуально не переносит страхи из внешнего мира (злую собаку, большого усатого соседа, пучеглазую куклу или шумную машинку) в свой сон. Поэтому в этом возрасте малыш не может испытать страх от увиденного во сне (так называемые «детские кошмары»).

◆ Дети с нарушением сна в раннем возрасте имеют более высокие показатели умственного развития.

репить ассоциацию «еда при свете, сон в темноте». Свет должен быть минимальным, теплого оттенка. Так он не разбудит полностью малыша и не будет затруднять засыпание мамы.

Если ребенок полностью здоров и хорошо набирает вес, то с возраста 6 месяцев и одобрения педиатра *старайтесь ночью выдерживать и увеличивать паузу между кормлениями.*

Научитесь распознавать быстрый и медленный сон младенца. Во время быстрого сна активно двигаются зрачки, они шевелят ручками и ножками, гримасничают, воспроизводят ртом сосательные движения, издают различные звуки. В этой фазе новорожденный может начать плакать во сне. Если в этот момент ребенка взять на руки и начать успокаивать, то он проснется. Во время быстрого сна ребенка лучше не тревожить - он всхлипнет пару раз и заснет дальше.

Если ребенок начинает плакать, подождите несколько минут прежде, чем подойти к нему. Возможно, малыш успокоится и самостоятельно уснет без вашей активной помощи.

После 6 месяцев между циклами сна (каждые 30-40 минут) возникают кратковременные пробуждения, с которыми малышу желательно научиться справляться без вашей помощи.



◀ - Что делать, если правила «не работают» и малыш продолжает просыпаться каждые полчаса?

- Разработаны специальные методы поведенческой терапии детской инсомнии, включающие **тактики «проверки и выдержки»** или **«постепенного погашения»**. При использовании первого метода ребенка укладывают спать только в его кроватку, родители игнорируют связанные с этим протесты в течение определенного времени, затем подходят, поправляют постель и снова возвращаются к себе, что способствует изменению неправильных ассоциаций засыпания на правильные (сон в своей кроватке). При другом способе родители оставляют ребенка засыпать в комнате одного, но говорят, что «выйдут и скоро вернуться», предотвращая таким образом протестное поведение, постепенно удлиняют периоды отсутствия. Как правило, эффект появляется уже через несколько дней и стойко закрепляется в течение 1,5 недель.

Несомненным минусом этих методов является чувство вины у родителей и труднопреодолимое желание нарушить правила и успокоить ребенка.

- Помогают ли при инсомнии медикаментозные препараты?

- Лекарственная терапия дает лишь кратковременный эффект, а препараты с доказанной эффективностью при инсомнии имеют возрастные ограничения. Седативные средства назначаются неврологом на период поведенческой терапии. Легкий снотворный эффект позволит ребенку и его семье быстрее и проще перейти к новым установкам и ассоциациям или закрепить эффект при формировании ритуала укладывания.

ГИГИЕНА СНА ДЛЯ ДЕТЕЙ

1. Ложиться спать в одно и то же время.
2. Спать днем в соответствии с возрастной нормой.
3. Установить постоянный порядок отхода ко сну.
4. Сделать спальню ребенка подходящей для сна - прохладной, темной и тихой.
5. Способствовать самостоятельному засыпанию ребенка.
6. Избегать яркого света при отходе ко сну и ночью и увеличивать освещенность утром.
7. Избегать тяжелой пищи и интенсивной физической нагрузки перед сном.
8. Держать все электронные устройства, включая телевизоры, компьютеры и мобильные телефоны, за пределами спальни и ограничивать использование электроники перед сном.
9. Избегать кофеина, включая газированные напитки, кофе и чай (в том числе холодный чай).
10. Строго ограничить любую активность в кровати (чтение, просмотр фильмов, прием пищи), кроме сна: это нарушает ассоциацию между постелью и сном.



- Какие виды бессонницы возникают в более старшем возрасте?

- В старшем школьном возрасте встречается **психологическая инсомния**, характерная для детей с повышенной тревожностью, ответственным отношением к учебе, так называемых «круглых» отличников. Достоверно чаще данное расстройство случается у девочек. Ребенок к вечеру устает, чувствует сонливость, однако как только он ложится в постель, сон «как рукой снимает», присутствует беспокойство, что назавтра, не выспавшись, придется идти в школу, где предстоит контрольная, проверочная, ответственное выступление и т.д. В лечении используют меры по нормализации гигиены сна ребенка, методы поведенческой терапии, различные формы «саморасслабления»: аутотренинг, визуализация образов, глубокое медленное дыхание. Невролог может назначить короткие курсы седативных препаратов.

Дыхательная методика «4-7-8» - простой, но очень эффективный способ успокоиться, расслабиться, снять эмоциональное напряжение и уснуть:

- спокойно вдыхать через нос в течение 4 секунд,
- задержать дыхание на 7 секунд,
- после этого, не торопясь, выдохнуть через рот в течение 8 секунд.

Повтор нескольких циклов, как правило, способствует успокоению и наступлению сна.

В подростковом возрасте в 1-2% встречается **инсомния, обусловленная нарушением гигиены сна**. Возникают трудности засыпания вечером, проблемы с поддержанием сна, частые пробуждения и трудности утреннего подъема в школу. Ее причины: несоблюдение режима сна и отсутствие обеспечения окружения сна (комфортная температура в спальне, низкий уровень шума и освещенности, удобная кровать и белье), стимулирующая умственная или физическая активность перед сном (приготовление уроков, просмотр телевизионных программ, игра на компьютере), употребление перед сном продуктов со стимулирующим действием. *Помогает установление жесткого распорядка и контроль родителями соблюдения правил гигиены сна.* Применения лекарственных препаратов обычно не требуется.



Совместный сон как фактор риска инсомнии у детей

Во многих социокультурных группах совместный сон является абсолютной нормой. По статистике, 33-55% дошкольников и 10-23% школьников спят в одной постели с одним из родителей. Мнение специалистов по данному вопросу далеко не однозначно: психологи и специалисты по грудному вскармливанию - «за», педиатры и неврологи - более сдержаны в оценках.

Плюсы совместного сна: мама спокойна, малыш лучше спит, есть возможность кормить грудью, не прерывая собственного сна, приятно спать рядом с малышом.

Минусы совместного сна: приходится подолгу лежать рядом с малышом, игнорируя другие дела или неудобство; с началом возраста ползания нужно ставить ограничители на кровать либо сторожить момент просыпания, чтобы малыш не упал, поэтому мамы после 6 месяцев высыпаются гораздо хуже, при этом многие папы молчаливо против. Ребенок, привыкая спать с родителями, потом очень тяжело адаптируется к необходимости засыпать в одиночестве.

В США опубликован доклад, в котором описаны 515 смертей детей в одной кровати с родителями, произошедших за 8 последних лет: примерно каждая четвертая смерть была вызвана механическим сдавлением ребенка взрослым.

Пусть ваше решение будет взвешенным и принято обоими родителями! Ощущение, что мама всегда рядом, необходимо младенцу в первые недели жизни, в период установления лактации. Если родители придерживаются стратегии тесного контакта, надежная связь с малышом устанавливается не позднее 3 месяцев. После 3 месяцев тесный контакт и постоянное нахождение мамы рядом уже не являются жизненно необходимыми. У малыша пробуждается интерес к миру вокруг, растут возможности зрения, слуха, возрастает исследовательская активность. Важнее в этот период, чтобы мама умела успокоить ребенка не только грудью, а контакт заключался не только в совместном сне бок о бок. ☺



«Научись спасать жизнь»

- под таким названием прошел обучающий мастер-класс в Алтайском краевом центре охраны материнства и детства. Мероприятие было организовано в рамках Всемирного дня безопасности пациента, который прошел 17 сентября.

В этот день в Алтайском краевом клиническом центре охраны материнства и детства было проведено несколько мероприятий, посвященных важной дате, в том числе обучающий мастер-класс «Научись спасать жизнь».

Школа для родителей детей, страдающих эпилепсией, в Алтайском краевом клиническом центре охраны материнства и детства работает с февраля этого года. На занятия приглашаются все желающие.

Очередное занятие было посвящено оказанию помощи при эпилептическом припадке. Начиная важный разговор, врач-невролог психоневрологического отделения для детей **Наталья Сергеевна ЗАГАЙНОВА** подчеркнула: речь идет о правилах помощи, которую смогут оказать все, кто стал свидетелем грозного проявления болезни и находится ближе к человеку.

Чем проявляется эпилептический припадок? Отстраненный, «стеклянный» взгляд, судороги, падение (оно бывает не всегда, но очень опасно), развитие тонико-клонических судорог, которые и могут привести к падению и прикусыванию языка. В это время ребенок может вдохнуть то, что у него находится во рту, ведь приступ начинается неожиданно.

Первое, что важно сделать, - преодолеть собственный страх, панику, ужас. Паника может больше повлечь неприятные ситуации, чем бездействие. Многие люди, не обладающие медицинскими знаниями, не понимают, что с ребенком происходит. Кому-то кажется, что он задыхается, другим - что он что-то вдохнул и инородный предмет мешает дышать, третьи могут предположить приступ тошноты. ►



За счастливое здоровое детство!

◀ Второй шаг - обязательно засесть время начала приступа и вызвать скорую помощь.

Лечащему врачу важно знать, сколько длился приступ, от этого зависит подход к лечению. Субъективно приступ кажется бесконечным. Также если под рукой есть телефон с видеокамерой, можно снять на видео приступ, чтобы в дальнейшем у врача была полная информация.

Следующее действие - освободите шею, лицо от стесняющей одежды: расстегните воротник и верхнюю одежду, уберите галстук, шарф и очки. Не пытайтесь сделать искусственное дыхание.

Если возможно, положите ребенка там, где произошел приступ, не пытайтесь его перенести в другое место. Если ребенок маленький и у вас достаточно сил, чтобы перевернуть его на бок, обязательно сделайте это. Если положить его таким образом невозможно, важно повернуть на бок голову. Это делается для того, чтобы рвотные массы, слюна в ротовой полости не попали в дыхательные пути, чтобы ребенок не задохнулся.

Важно: нельзя пытаться разжать челюсти, используя собственные руки или посторонние предметы! Этим можно травмировать ребенка или себя. Сила, с которой напрягаются жевательные мышцы человека во время приступа, очень большая, и пациент может так сжать зубы, что палец достать уже не сможете, используемый карандаш сломается и часть останется в ротовой полости, ложка может сломать ребенку передние зубы.

Под голову ребенка во время припадка нужно положить что-то мягкое, например, свернутую куртку или шапку.

Не нужно жестко фиксировать тело, потому что это может привести к травме, не надо удерживать голову в одном положении.

Всевозможные повреждающие предметы рядом с больным обязательно убрать.

Наблюдайте за течением приступа. Вызвав скорую, позвав кого-то на помощь, не отходите



от ребенка, не оставляйте его без внимания. Если возникает рвота, контролируйте положение головы - она должна быть на боку.

Не пытайтесь во время приступа дать питье или лекарство через рот. Если приступ у маленьких детей сопровождается повышением температуры, то можно попробовать ее измерить, если это не опасно для ребенка.

После приступа ребенок, как правило, засыпает, - будить его не нужно, но наблюдение следует продолжить до приезда скорой помощи или родственников. Во время сна нельзя встряхивать ребенка, приближать к нему сильные запахи.

Если ваш ребенок болен эпилепсией, угроза припадков будет сохраняться постоянно. Значит, нужно так организовать пространство в доме, чтобы максимально исключить возможные травмы ребенка, любую опасность для него во время неожиданно начавшегося приступа.

На кухне:

- ▶ предпочтительнее пользоваться микроволновой, духовым шкафом для разогрева пищи;
- ▶ отказаться от открытых источников огня;
- ▶ исключить из доступа для ребенка ножи, вилки, другие острые предметы;
- ▶ использовать небьющуюся посуду;
- ▶ сделать специальные накладки на углы мебели, на острые кромки и т.д.

В ванной:

- ▶ не оставлять ребенка одного, когда он принимает ванну;
- ▶ лучше заменить ванну душем;
- ▶ использовать нескользящие коврики на полу санузла и в ванной.

В квартире:

- ▶ обязательно убрать все провода с пола;
- ▶ оценить расстановку мебели с точки зрения травматизма при падении.

Необходимую информацию о работе школы для родителей детей, страдающих эпилепсией, вы можете получить по телефону (3852)56-98-19. ☎



Наше будущее - синтетические продукты

Может ли наука остановить старение? Существует ли пища, которая делает нас моложе? Перейдет ли человечество на синтетическую еду? Об этом - мнение эксперта в области изучения старения профессора РАН, члена-корреспондента РАН, доктора биологических наук, генетика Алексея Александровича МОСКАЛЕВА.

- Проанализировав состояние здоровья населения в десятках стран мира за прошлый год, авторы ежегодного доклада ВОЗ о качестве питания пришли к выводу, что неправильное питание «представляет собой один из главных факторов риска болезни и смерти, более тяжелых, чем загрязнение воздуха или табакокурение».



Исследования, проведенные в США, показали, что здоровый образ жизни, включающий рациональное питание, добавляет 12-14 лет жизни.

Любой продукт содержит целый комплекс веществ: избыток одних ускоряет старение, восполнение недостатка в организме других замедляет его. Большая группа ученых из Южной Кореи и США проанализировала состав тысячи сырых продуктов и выявила те, где наиболее ценные пищевые вещества сочетаются наиболее удачно (*топ «супер-фудов» - на стр.34*).

Специалистам уже известны десятки генов, активность которых влияет на скорость старения и продолжительность жизни. **Вещества, которые воздействуют на активность этих генов благоприятным образом, можно условно разделить на синтетические и природные.** Синтетические наиболее эффективно влияют на активность генов-мишеней, но многие из них предстоит еще долго исследовать на предмет побочных эффектов, чтобы получить разрешение для клинических исследований. Поскольку речь идет о замедлении старения, испытывать их пришлось бы на практически здоровых людях, ведь старение не признано болезнью. Однако **отдельные природные потенциальные геропротекторы** (вещества, замедляющие старение) **есть и в продуктах питания.** Хотя их эффективность, как правило, небольшая,

но систематическое употребление продуктов, их содержащих (ягоды, зелень, овощи, орехи, бобовые, цельнозерновые, фрукты), способно в отдаленной перспективе влиять на скорость старения.

Продукты здорового питания содержат не только витамины, но и минералы и множество других биологически активных веществ (полифенолы, фенольные кислоты, терпеноиды, полиамины), **которые могут являться потенциальными геропротекторами.**

Лучше говорить о пользе не конкретных продуктов, а о научных принципах здорового питания, которое может отодвинуть наступление старости. Например, **старение, образно говоря, - это хронический воспалительный процесс** (с возрастом иммунитет человека не справляется со своими функциями, и в организме постоянно проходит вялотекущее воспаление). Регулярное употребление некоторых продуктов способствует развитию воспаления, а других - снижает его. Например, уровень воспаления будет повышаться при ежедневном употреблении обработанного красного мяса, то есть колбасы, сосисок, салями, а также чипсов, маргарина, сладкой газировки и соков. А ежедневное употребление зелени, овощей, фруктов, цельнозерновых, чая, кофе, темного шоколада, нежирного сыра и оливкового масла снижает уровень воспаления. Благоприятно действует еженедельное включение в рацион рыбы, бобовых, орехов и льняного семени. Особое внимание стоит уделять ежедневному потреблению свежей зелени, так как она источник витамина K1, полифенолов и минералов.

Профилактика едой

С повышенным риском ранней сердечно-сосудистой смертности связано низкое ежедневное потребление свежих фруктов (менее 300г) и овощей (менее 400г).



В риске возникновения рака диета является вторым по значимости фактором после курения. Так, *риск возникновения рака желудка* был ниже при высоком уровне в крови витамина С, каротиноидов, витаминов А и Е, при значительном потреблении пищевых волокон и стиле питания, близком к средиземноморской диете (в ее основе - оливковое масло, рыба и морепродукты, зерновые, овощи и зелень). Напротив, красное мясо и продукты его переработки несколько повышали риск рака.

Другой пример связан с *колоректальным раком*: его риск уменьшается, если в диете присутствует много пищевых волокон, рыбы, а также продуктов, обеспечивающих высокий уровень кальция и витамина D в плазме крови. Красное и переработанное мясо, потребление алкоголя, высокий индекс массы тела и абдоминальное ожирение связаны с повышенным риском.

Употребление фруктов и овощей в существенных количествах у активных курильщиков уменьшало *риск развития рака лёгких*. *Повышенный риск развития рака молочной железы* связан с высоким потреблением насыщенных жиров и алкоголя. У женщин после менопаузы высокий индекс массы тела увеличивал риск развития рака груди, а физическая активность уменьшала его. Высокое потребление молочного белка и кальция из молочных продуктов, а также высокая концентрация в крови гормона IGF-1 увеличивали вероятность *развития рака простаты*.

Сохраним свой интеллект

Давно подмечено, что избыток или нехватка определенных питательных веществ влияет на когнитивные способности, эмоции, настроение и даже на риски неврологических расстройств. Это связано с воздействием этих соединений, с одной стороны, на функцию нейронов, а с другой - на синаптическую пластичность, то есть на способность нейронов взаимодействовать друг с другом. Это влияние обусловлено как непосредственным действием питательных веществ на нейроны в качестве строительного и энергетического материала, так и опосредованным - через стимуляцию выработки гормонов пищевого поведения, продукты жизнедеятельности кишечной микрофлоры и т.д. При этом механизмы влияния питания на функцию нейронов могут быть очень тонкими и специфическими. Например, в передаче нервного импульса играют исключительно важную роль клеточные мембраны. Известно, что **насыщенные жирные кислоты** (входят в состав животных жиров и маргарина) ухудшают текучесть мембран и активность нейронов, тогда как **омега-3 жирные кислоты** увеличивают текучесть мембран и когнитивные функции. С возрастом у людей в тканях головного мозга уменьшается доля противовоспалительных омега-3 жирных кислот и увеличивается доля воспалительных омега-6. Скорректировать это можно с помощью питания, например, переход на средиземноморскую диету в одном из исследований помог примерно трети добровольцев избавиться от депрессии.



По возможности продукты животного происхождения лучше приобретать свежими. При длительном хранении даже в состоянии заморозки в них накапливаются оксистеролы, которые ускоряют старческие изменения в сосудах. Не стоит также использовать готовую покупную пищу, так как содержащийся в ней маргарин имеет в своем составе трансжиры.

Семь принципов питания долгожителя

На первом месте - **сбалансированность питания**. Например, с учетом регулярных физических нагрузок нужно потреблять примерно 2100ккал в день. Из них 10% калорий приходится на **белки** (большее их количество в рационе ускоряет старение). Отдавайте предпочтение растительным белкам: бобовые два раза в неделю, ежедневно чередуйте цельнозерновые каши из овса, ячменя, гречи, сорго, амаранта, канихуа, киноа, добавляйте семечки в овощные салаты, используйте орехи на перекус. Но и животные белки должны присутствовать понемногу каждый день. Например, раз в неделю - мясо птицы, креветки, гребешки, козий или овечий сыр, пара штук яиц, два раза в неделю - рыба.

Примерно 55% калорий из рациона должно приходиться на **углеводы**. Углеводы - это и перечисленные каши, и отварной батат, а также овощи (свекла, морковь) и фрукты. **Избегайте быстроусвояемые углеводы**, которые очень резко и надолго повышают уровень сахара в крови: хлеба, десертов, сладких напитков, макарон и картофеля.

Остальные 35% калорий приходятся на **жиры**, в основном мононенасыщенные (оливковое масло, миндаль и авокадо), а также полиненасыщенные (рыба, морепродукты, льняное масло, семечки и орехи) и насыщенные - около 1ст.л. сливочного масла в гарнире в день, иногда кусочек сала.

Питание должно содержать пребиотические и метабиотические продукты. **Пребиотики** способствуют развитию полезной микрофлоры кишечника: это - волокнистые овощи, зелень, бобовые, ягоды, фрукты, орехи. **Метабиотики** - это продукты жизнедеятельности полезных бактерий, которые важны другим микроорганизмам, живущим у нас в кишечнике. Его обеспечивают продукты, получающиеся при ферментации бактериями, например сыр, тофу, квашеная капуста. ►



Важно включать в рацион продукты, которые уменьшают риск повреждения ДНК и накопления мутаций. К **антимутагенным веществам** можно отнести *цистеин* (красный перец, лук, чеснок, брюссельская капуста, брокколи, птица, кисломолочные продукты), *галловую кислоту* (цикорий, грейпфрут, морозника, чай, орегано, яблоки, гранаты), *липовую кислоту* (шпинат, брокколи, томаты, горох), *полифенолы* (бобовые, помидоры, различные ягоды, красное вино, какао, шоколад, чай, карри), *органические формы селена* (бразильский орех, кешью, рыба, индейка, курица, бурый рис, бобовые, грибы, овсянка, шпинат).

Важно употреблять **вещества, которые стимулируют защитные механизмы ответа клетки на стресс**. В первую очередь, это *кверцетин* (каперсы, лук, клюква, слива, голубика, смородина, вишня, яблоки), *сульфорафан* (измельченный брокколи), *куркумин* (приправа карри), *ресвератрол* (красный виноград, арахис), *карнозин* (индейка, курица), *N-ацетилглюкозамин* (грибы, хрящи, креветки).

Незаменимые аминокислоты и жирные кислоты, медленные углеводы, растворимые и нерастворимые пищевые волокна, минералы и витамины, биологически активные вещества распределены между разными продуктами питания неравномерно. Поэтому **питание должно быть максимально разнообразным, по принципу «всего по чуть-чуть»**. Стоит избегать максимально очищенных продуктов (белая мука, белый рис, сахар, рафинированное растительное масло), которые обладают низкой пищевой ценностью и избытком калорий.

Еда будущего

Сегодня принципы здорового питания являются общими. В будущем же будет разрабатываться персонализированный подход к диете, учитывающий генетическую предрасположенность, пол, биологический возраст, двигательную и интеллектуальную активность, сопутствующие заболевания, клинические анализы, показывающие избыток или недостаток незаменимых жирных и аминокислот, витаминов, минералов в крови. Регулярный мониторинг этих данных вместе с технологиями синтетических продуктов питания и 3D-принтинга позволит персонально подойти к потребностям организма, исключить вредные влияния, ввести в рацион потенциальные геропротекторы, сделать полезную пищу наиболее эстетичной и вкусной.

Медицина всё больше и больше переходит на доказательные рельсы, большинство лекарств проходит многолетние и многостадийные исследования. В то же время ежедневно мы «закидываем» в себя килограммы еды, которая слабо изучена с точки зрения болезней старости и здорового долголетия. Будущее за такими исследованиями, которые в перспективе вполне смогут вылиться в синтетические продукты питания, ни в чем не уступающие по эстетическим и вкусовым качествам природным, но которые будут учитывать полученные к тому моменту знания о питании для долголетия конкретного человека.

Суперфуды, признанные наиболее полезными продуктами в мире

Миндаль (579ккал) богат мононенасыщенными жирными кислотами, содействует лечению сердечно-сосудистых заболеваний и помогает при диабете.

Черимойя (75ккал) - экзотические плоды с мясистой, сладкой, белой мякотью, богаты сахарами и витаминами А, С, В1, В2 и калием.

Океанский окунь (79ккал) - глубоководная рыба с высоким содержанием белка и низким - насыщенными жирами.

Камбала (70ккал) обычно не содержит ртути, хороший источник витамина В1.

Семена чиа (486ккал) - эти крошечные черные семена содержат большое количество пищевых волокон, белка, а-линоленовой кислоты, фенольной кислоты и витаминов.

Семена тыквы (559ккал) - один из самых богатых растительных источников железа и марганца.

Листья мангольда (подвид свёклы обыкновенной, 19ккал) - очень редкий диетический источник беталаинов (фитохимические вещества, обладающие антиоксидантными и другими полезными свойствами).

Свиное сало (632ккал) - хороший источник витаминов группы В и минералов. Свиной жир - более ненасыщенный и здоровый, чем бараний или говяжий жир.

Свёкла (22ккал) - ее листья содержат много кальция, железа, витаминов группы К и группы В, особенно рибофлавин.

Морской окунь (100ккал) - питательный, но может нести опасные токсины, регулирует сахар в крови, полезен для щитовидной железы.

Петрушка (292ккал) - наиболее питательна сушеная и молотая в качестве специи. Содержит большое количество бора, фтора, кальция.

Сельдерей (319ккал) - полезнее считается сушеный в качестве приправы, важный источник витаминов, минералов и аминокислот.

Водяной кресс-салат (жеруха обыкновенная, 11ккал) - уникальный экземпляр среди овощей, растет в проточной воде как дикое растение, его традиционно едят для лечения минерального дефицита.

Мандарины, апельсины (53ккал) - полезен свежесжатый сок, обладает высоким содержанием сахара и каротиноида криптоксантина, предшественника витамина А.

Зеленый горошек (77ккал) содержит большое количество фосфора, магния, цинка, меди и пищевых волокон. ☺



Болезнь кожи - рожистое воспаление



**Владимир Викторович
ЧЕРНЕНКО,**

врач-хирург, высшая квалификационная категория, кандидат медицинских наук, заведующий отделением гнойной хирургии, КГБУЗ «Городская больница №8, г.Барнаул».

Под рожей или рожистым воспалением кожи понимают острое серозное и серозно-геморрагическое инфекционное заболевание. Возбудителем является бета-гемолитический стрептококк группы А.

Это достаточно распространенное заболевание: по некоторым данным оно занимает четвертое место после ОРЗ, инфекций желудочно-кишечного тракта и гепатитов. Возбудитель заболевания малоконтагиозен. Поэтому рожистое воспаление кожи лечится в отделениях гнойной хирургии стационаров.

Рожистое воспаление кожи часто является следствием других тяжелых хронических заболеваний: сахарного диабета, варикозного расширения вен, тромбоза, трофических язв, грибковой инфекции, алкоголизма, ожирения.

Как правило, **заболевание возникает бурно.** Причем, симптомы интоксикации проявляются раньше местных проявлений: человек внезапно почувствовал себя плохо, появился озноб, стремительно поднялась температура до +41°C. И только через некоторое время появляются **местные признаки рожистого воспаления:** отёк, яркое покраснение того участка тела, в котором развивается заболевание. Почти всегда участок покраснения четко очерчен, иногда контуры напоминают языки пламени. При прикосновении ощущается повышенная температура воспаленного участка кожи, при этом пациент испытывает резкую боль. Участок гиперемии может несколько возвышаться над остальными участками тела.

Различают несколько форм заболевания, но чаще развивается их комбинация. При **эритематозно-геморрагической форме** на пораженном участке на фоне покраснения возникают множественные точечные кровоизлияния - признак поражения капилляров. Выделяют также **эритематозно-буллезную форму:** примерно на третьи сутки от начала заболевания происходит расслоение верхних слоев кожи с образованием пузырей и

дальнейшем выделении экссудата. При **буллезно-геморрагической форме** в пузырях скапливается непрозрачная кровянистая жидкость.

В чем суть болезни? Происходит образование и пропитывание экссудата, содержащего большое количество стрептококков, через все слои кожи. При этом верхний слой кожи отслаивается, возникают так называемые буллезные пузыри. В некоторых случаях возникает пропотевание элементов крови, разрушение микроциркуляторного русла, которое выглядит как геморрагические пятна.

Различают следующие стадии развития болезни:

- ▶ **начало,**
- ▶ **разгар,**
- ▶ **регресс.**

Нередко пациенты остаются в недоумении: «Перед тем, как попасть в стационар, мы и красную тряпку привязывали, и мел сыпали на покрасневший участок кожи, - вроде помогало, но температура не падала». Помните, что **рожистое воспаление кожи - серьезное заболевание, требующее серьезного системного лечения антибиотиками!** Даже если достигли облегчения симптомов, это не значит, что болезнь побеждена. **Площадь поражения очень большая** - и на коже только видимая ее часть. Когда продукты воспаления всасываются, в организме развивается интоксикация, возникает лихорадка, которая определяет состояние пациента. **Практически всегда рожистое воспаление кожи - это полное развитие болезни независимо от времени начала лечения. И оно не имеет ничего общего с «советами» народной медицины.**

По степеням тяжести выделяют **лёгкое течение** (чего мы, врачи, практически не видим в своей практике), **среднее** и **тяжелое** (эти ста-



дии встречаются одинаково часто).

В 60% течение заболевания имеет осложненный характер. Учитывая, что к пораженной коже прилегают венозные и лимфатические сосуды и узлы, поражение этих структур в той или иной степени предотвратить невозможно. **Степень поражения определяет характер развивающихся впоследствии осложнений.** Если поражаются лимфатические сосуды, возникает лимфастаз, при поражении лимфатических узлов - лимфаденит, при поражении небольших вен - тромбоз. Также возможно их сочетание.

Примерно в 15-30% случаев заболевания, когда формируется большое количество инфицированного экссудата, к нему может присоединиться другая микрофлора. И тогда возникают болезненные флегмоны (острое гнойное воспаление). Иногда развитие заболевания может привести к абсцессу.

Болезнь, как правило, развивается на уровне сосочкового слоя кожи, там, где происходит микроциркуляция лимфы. Когда воспалительный процесс переходит на мелкие лимфатические сосуды, возникает четкое нарушение венозного и лимфатического оттока, что ведет к стойкому инвалидизирующему осложнению - формированию **лимфедемы**. Несколько перенесенных рожистых воспалений приводят к мощному склерозу подкожной клетчатки с возникновением тотального рубца. Причем, чем больше он выражен, тем хуже последствия для человека.

Выделяют **дермасклероз** - состояние, при котором отток лимфы затруднен, а ее приток остается нормальным. Вследствие этого лимфа не уходит, а перерождается в новую ткань. В результате происходит внешнее изменение ног человека: они становятся огромными. Описаны случаи, когда вес ноги в несколько раз может превышать собственную массу тела человека. Данное состояние в народе называют «слоновостью».

Поскольку при рожистом воспалении кожи имеем дело с генерализованной инфекцией, **возможно развитие сепсиса.** Опасность этого состояния



возрастает при большом по площади рожистом воспалении, сопровождающемся формированием флегмон.

Кто находится в зоне риска по данному заболеванию?

Как попадает стрептококк в организм человека? Возбудитель болезни постоянно присутствует на коже. С наступлением сезона работ на дачных участках в нашем отделении гнойной хирургии городской больницы №8 Барнаула отмечается рост числа пациентов с рожистым воспалением. При обработке кустарников, деревьев легко получить микротравмы. **Небольшие порезы, уколы, потертости, не обработанные своевременно, - легкий путь для инфекции, что и приводит с большой вероятностью к развитию рожистого воспаления.** Чистой должна быть и одежда. Работая на участке, лучше защитить руки, выбрав одежду с длинными рукавами. После работы надо осмотреть себя, вымыть руки, порезы обработать элементарными антисептическими растворами - хлоргексидином, раствором бриллиантовой зелени. **Следует также избегать переохлаждения, купания в загрязненных водоемах, соблюдать правила личной гигиены.**

В группу риска попадают также **люди, имеющие системные заболевания.** У них снижен иммунитет, происходят изменения физиологии кожи: она становится более ломкой, более подверженной проникновению различных инфекций. К системным

Примерно в 15-30% случаев заболевания, когда формируется большое количество инфицированного экссудата, к нему может присоединиться другая микрофлора. И тогда возникают болезненные флегмоны (острое гнойное воспаление). Иногда развитие заболевания может привести к абсцессу.



заболеваниям относятся сахарный диабет, болезни сосудов нижних конечностей: варикозное расширение вен, перенесенные тромбозы и т.д.

При диагностике рожистого воспаления обязательно проводится оценка его площади. Правило следующее: площадь ладони равна 1% площади тела человека, соответственно, площадь руки - 9%, ноги - 18%.

При невыраженной у пациента интоксикации, при субфебрильной температуре, при площади поражения до 2,5% назначается **амбулаторное лечение**. В чем оно заключается? Обязателен прием антибиотиков широкого спектра действия, противовоспалительных средств, антисептиков, мазей для обработки поверхности кожи, а также жаропонижающие препараты. Предписывается полный покой воспаленной конечности. Больному человеку рекомендуется обильное питье, преимущественно жидкие малокалорийные блюда.

Если интоксикация имеет выраженные признаки, сохраняется высокая температура тела, в этом случае необходима **госпитализация**. В таких случаях назначаются уже системные антибиотики широкого спектра действия, при необходимости проводится иммунотерапия, также назначаются препараты - антикоагулянты - для профилактики нарушений и улучшения микроциркуляции лимфы, предупреждения тромбозов в пораженных тканях. Параллельно проводится диффузионная терапия, вскрываются пузыри, поверхность кожи обрабатывается антисептиками - при буллезной форме заболевания. Обработка проводится до двух раз в сутки с накладыванием повязки до тех пор, пока не завершится выделение экссудата.

При развитии гнойных осложнений пациентам назначается **оперативное лечение** - вскрываются гнояники, обрабатывается участок кожи, накладывается повязка. При большой поверхности поражения в отдельных случаях возникают некротические явления. Тогда оперативным путем проводится удаление этих участков с обязательной кожной пластикой.

При осложнениях после заболевания и для их профилактики назначается магнитотерапия, ручной или аппаратный лимфодренаж. Цель процедур - максимально убрать отеки на пораженном участке и улучшить кровообращение.

Рожистое воспаление опасно рецидивом - возвращением болезни на тот же участок кожи, либо повторным ее развитием на новом участке. Чтобы этого не произошло, после лечения необходимо назначение инъекций пролонгированных пенициллинов, которые непосредственно воздействуют на стрептококк. Это не обязательно для пациента: одна инъекция проводится раз в месяц. Назначается от шести до двенадцати инъекций. ☺

Репродуктивное

В ЗОНЕ



Олеся Валентиновна БУЛГАНИНА,
главный внештатный специалист гинеколог детского и юношеского возраста министерства здравоохранения Алтайского края, кандидат медицинских наук, врач-акушер-гинеколог, высшая квалификационная категория, детский консультативно-диагностический центр, КГБУЗ «Алтайский краевой клинический центр защиты материнства и детства»

В последние годы существенно модернизирована служба охраны репродуктивного здоровья, тем не менее сохраняется тенденция увеличения числа заболеваний органов репродуктивной системы девочек.

По статистике, у российских девочек в возрасте от 0 до 18 лет выявляются такие гинекологические заболевания, как *нарушения менструальной функции* (34-42%), *воспалительные гинекологические заболевания* (15-25,2%), *отклонения полового созревания* (2-16,4%). В Алтайском крае нарушения полового созревания выявлены в 4,5% случаях.

Исследователи выделяют группу подростков с *абсолютной формой бесплодия* в будущем: они имеют аплазию влагалища и матки, дисгенезию гонад, тестикулярную феминизацию, а также перенесли гистерэктомию и двустороннюю овариэктомию. В группу с *относительной формой бесплодия* входят подростки с задержкой полового созревания, аденогенитальным синдромом, перенесшие удаление более одного яичника, с нарушениями менструальной функции и стойкой ановуляцией, эндометриозом.

Нарушения полового созревания представлены преждевременным половым созреванием, задержкой полового созревания и отсутствием полового созревания.

Преждевременным половым созреванием (ППС) у девочек - это симптомокомплекс, который характеризуется появлением вторичных половых признаков



здоровье девочек - внимания врачей

до 8 лет и (или) менархе до 10 лет. Среди всей гинекологической патологии детского возраста ППС составляет 2,5-3,0%.

По характеру клинических симптомов различают ППС по **изосексуальному** (симптомы полового созревания соответствуют полу ребенка) и **гетеросексуальному типу** (у девочки симптомы полового созревания соответствуют мужскому полу).

По степени выраженности клинических симптомов различают **полную** (у девочки имеются все вторичные половые признаки и менструация) и **неполную** (изолированную) **формы** - наличие хотя бы одного из вторичных половых признаков при отсутствии менструации: изолированное телархе (развитие молочных желез); изолированное пубархе (появление полового оволосения); изолированное менархе (появление маточных кровотечений при отсутствии развития других вторичных половых признаков).

По особенностям патогенеза и гетерогенности заболевания выделяют **гонадотропинзависимое** (ГТ-зависимое) и **гонадотропиннезависимое** (ГТ-независимое) ППС.

ГТ-зависимое ППС - это развитие вторичных половых признаков, обусловленное гипоталамо-гипофизарной секрецией гонадотропинов и половых гормонов, с повреждением ЦНС и преждевременным растормаживанием системы гипоталамус-гипофиз. Оно представлено всеми признаками половой зрелости и ускоренным закрытием зон роста у девочек до 8 лет, при этом развитие других органов и систем находится в физиологической норме.

Причинами ГТ-зависимого ППС могут быть: семейная предрасположенность (идиопатический вариант), опухоли или другие патологические процессы в гипоталамо-гипофизарной области (церебральный вариант). У 90% девочек полная форма ППС обуслов-



лена имеющейся патологией центральной нервной системы, в том числе на фоне объемных образований мозга (45%), реже - синдромом врожденных аномалий, проявляющийся карликовостью (синдром Рассела-Сильвера, характеризующийся низкорослостью, ППС, костными аномалиями).

ГТ-независимое ППС чаще представлено неполной формой. Оно связано с заболеванием половых желез и надпочечников, реже - с поражением других тканей, продуцирующих соответствующие гормоны. Развивается на фоне фолликулярных кист, опухолей, секретирующих эстрогены, ХГ, андрогены, АКТГ; синдромов Ван-Вика-Грумбах и МакКьюна-Олбрайта-Брайцева; на фоне нелеченной врожденной дисфункции коры надпочечников. Возможно как изосексуальное, так и гетеросексуальное клиническое проявление.

Тактика ведения пациентки при ППС заключается в определении формы заболевания (полная, неполная), выявлении характера активации половой системы (ГТ-зависимое, ГТ-независимое), определении источника повышенного уровня гормонов. Принципы терапии ППС заключаются в лечении патологии, вызвавшей ускоренное развитие и торможение процесса преждевременного развития, тем самым добиться регресса вторичных половых признаков, подавить ускорение темпов костного созревания и улучшить ростовой прогноз.

Задержка полового развития (ЗПР) у девочек - это симптомокомплекс, который характеризуется отсутствием вторичных половых признаков (роста молочных желез, лобкового или подмышечного оволосения) у девочек старше 13 лет или отсутствием менструаций при отсутствии или недоразвитии вторичных половых признаков у девочек старше 15 лет. Полное отсутствие вторичных половых при-



Десятилетие детства

знаков и менструальной функции после 16 лет называют отсутствием полового развития (ОПС).

Причинами ЗПС могут быть гонадная недостаточность (48,5%), гипоталамическая недостаточность (29%), ферментативный дефект синтеза гормонов (15%), изолированная недостаточность передней доли гипофиза (4%), опухоли гипофиза (0,5%), из которых 85% составляют пролактиномы и другие.

В настоящее время принято выделять три формы ЗПС:

◆ *конституциональная форма ЗПС* - задержка увеличения молочных желез и отсутствие менархе у соматически здоровой девочки в возрасте 13 лет, имеющей равнозначное отставание физического (длины тела и массы тела) и биологического развития (костного возраста);

◆ *гипогонадотропный гипогонадизм* - задержка полового созревания на фоне выраженного дефицита синтеза гонадотропных гормонов вследствие алазии или гипоплазии, повреждения либо наследственной, sporадической или функциональной недостаточности гипоталамуса и/или гипофиза;

◆ *гипергонадотропный гипогонадизм* - задержка полового созревания, обусловленная врожденным или приобретенным отсутствием секреции гормонов половых желез (яичников).

Конституциональная форма ЗПС чаще носит наследственный характер и обусловлена запоздалой активацией гипоталамо-гипофизарной системы. Все девочки с этой формой ЗПС включаются в группу риска по развитию дефицита минеральной плотности костной ткани и нуждаются в динамическом наблюдении до завершения периода полового созревания и раннего репродуктивного периода.

ЗПС при гипогонадотропном гипогонадизме связана с дефицитом секреции гонадотропинов вследствие врожденной или приобретенной патологии центральной нервной системы. Отмечается у пациентов с кистами и опухолями ЦНС, аномалиями развития мозговых сосудов, гипоплазией септооптической области и передней доли гипофиза, постинфекционными и пострадиационными поражениями ЦНС, травмами головы. Сопровождает синдромы Прадера-Вилли, Лоренса-Муна-Барде-Бидля, Рассела-Сильвера, Хенда-Шюллера-Крисчена, Кальмана. Развивается при тяжелых хронических системных заболеваниях: некомпенсированных пороках сердца, бронхолегочной, почечной и печеночной недостаточности, заболеваниях пищеварительного тракта (целиакия, панкреатиты, колиты с признаками мальабсорбции, болезнь Крона, муковисцидоз и другие), некомпенсированных эндокринных заболеваниях (гипотиреоз, сахарный диабет, болезнь и синдром Кушинга, гиперпролактинемия и другие), хронических инфекциях, включая СПИД. Может возникнуть при неполноценном питании или нарушении пищевого поведения (вынужденное или искусственное голодание, нервная или психогенная булимия,



избыточное питание), при повышенных физических нагрузках (балет, гимнастика, легкая и тяжелая атлетика, фигурное катание и т.д.), при длительном применении в лечебных целях глюкокортикоидов, злоупотреблении наркотическими и токсическими психотропными веществами.

Наиболее частая причина развития ЗПС при **гипергонадотропном гипогонадизме** - агенезия или дисгенезия гонад, чаще всего вследствие хромосомных и генетических аномалий (синдром Тернера и его варианты), семейных и sporадических дефектов эмбриогенеза половых желез (чистая форма дисгенезии гонад при кариотипах 46XX и 46XY). *Первичная недостаточность яичников* может быть результатом аутоиммунных нарушений. *Недостаточность половых желез* может возникнуть при развитии резистентности нормально развитых яичников к гонадотропным стимулам и при преждевременном истощении яичников. К *наследственно обусловленным ферментативным дефектам*, которые сопровождаются задержкой полового и физического развития, относится галактоземия. ЗПС может быть обусловлена приобретенной яичниковой недостаточностью (удаление яичников в раннем детстве, повреждение фолликулярного аппарата в процессе лучевой или цитотоксической химиотерапии, после двустороннего перекрута яичников, аутоиммунных оофоритов, инфекционных и гнойных воспалительных процессов).

Больные с гипо- и гипергонадотропным гипогонадизмом нуждаются в пожизненной заместительной терапии половыми стероидами (до периода естественной менопаузы), а также в постоянном динамическом наблюдении.

Как видим, репродуктивное здоровье вышло за рамки интересов только врачей-гинекологов. Его охрана становится междисциплинарной задачей, в решении которой должны участвовать врачи разных специальностей. ☺



Как прийти в фитнес-центр и остаться здоровым



**Елена Александровна
БОЙКО,**

кандидат медицинских наук, доцент кафедры поликлинической терапии и медицинской реабилитологии АГМУ, врач спортивной медицины, высшая квалификационная категория, КГБУЗ «Алтайский врачебно-физкультурный диспансер»

Решив начать ходить в фитнес-клуб, важно для себя определить, какую целью вы преследуете и какого оптимального результата хотите достичь. И только тогда можно приступить к знакомству с программой занятий в клубе, тренерским составом и т.д.

Многое определит и то, занимался ли человек прежде физкультурой, на каком уровне, насколько длительным был перерыв в занятиях и т.д. Предположим, 20 лет назад человек завершил спортивный тренировочный процесс и сейчас решил вернуться к нему вновь. Конечно, организм не потянет прежних нагрузок, но тем не менее нагрузки ему знакомы, значит, старт будет более продуктивным. Иная ситуация с человеком, закрывшим для себя дверь в спортзал с окончанием школы. Понятно, что в первом варианте человек быстрее войдет в систему занятий, чем во втором.

Ставя перед собой конкретные цели, важно понимать, что спорт и физическая культура - разные вещи. Спорт - это профессиональная деятельность, которой занимается достаточно узкий круг людей. Развитие физкультурного же движения рассчитано на массовость, приверженность активному образу жизни большей части населения.

Итак, цель определена. Следующий шаг - **подготовка к занятиям.** Конечно, можно приступить к ним «с понедельника», как многие и планируют, но тогда не удастся избежать стресса для организма, поскольку меняется привычный уклад жизни. Поэтому к планируемым изменениям лучше подготовиться. Подготовительный период может занимать всего несколько дней, но в эти дни важно осознанно увеличить свою физическую активность. Это может быть ежедневная энергичная ходьба, езда на велосипеде. Можно разработать уличный маршрут, а можно ограничиться ходьбой на тренажере, но важно делать это каждый день 5-10 минут. Не путайте такие занятия с ежедневной привычной ходьбой «по делам» - к такой нагрузке организм привык. Надо приучить его к пониманию физической нагрузки, то есть в ней должна выработаться потребность такая же, как ежедневно чистить зубы или умываться.

Организм надо уметь слушать и слышать. Поэтому в фитнес-клубе вы вправе выбрать тот вид занятий, который соответствует вашей цели, темпераменту и имеющемуся уровню подготовки. **На занятии вам должно быть интересно и достаточно комфортно.** В современном фитнесе много различных направлений: пилатес, шейпинг, стрейчинг, аэробика и т.д. Что бы вы ни выбрали, начинайте всегда с минимального уровня нагрузок. Когда придет их понимание, можно перейти на следующий уровень сложности. На занятиях важен и создаваемый эмоциональный фон, ведь тренировка - не экзаме́н, но возможность активного отдыха. Должна появиться потребность регулярно приходить в фитнес-клуб.

Иногда человек может заниматься самостоятельно - ему так лучше. Это правильно. Вариантов организации занятий может быть много, важно от них не отказываться.

Следующий шаг - **необходимо определить уровень своего здоровья.** Поможет в этом врачебный прием. У каждого человека есть сегодня возможность найти «своего» врача, которому доверяет, который четко и ясно



объяснит, по каким заболеваниям вы находитесь в зоне риска, значит лечение по выявленным заболеваниям, порекомендует уровень и вид физической активности. Есть хроническое заболевание и вы ежедневно принимаете медикаментозные средства? Запомните: *ни одно заболевание только физическими нагрузками не лечится*. Грамотно организовав физические нагрузки, можно улучшить состояние, но при этом прием таблеток остается обязательным.

Остановимся подробнее на рекомендациях тем, кто страдает артериальной гипертонией. У каждого организма есть свой лимит «средств», которые сдерживают рост артериального давления, но в определенном возрасте этот запас заканчивается. Выполняя физические нагрузки, особенно с переносом тяжести, и игнорируя медикаментозные препараты, вы рискуете получить инсульт. Таким образом, выполнять физические нагрузки можно только на фоне приема назначенных вам препаратов.

Когда противопоказаны любые физические нагрузки? Когда есть острая боль, высокое артериальное давление, которое не коррегируется; когда есть ухудшенные состояния, которое требует вмешательства врача.

Крайне редко человеку не показана **ходьба**. Выберите свой темп движения, измените количество подходов - ходите, например, утром и вечером. В ходьбе тренируются все мышцы, сердечно-сосудистая система. Ходьба для человека естественна!

Помните, что правильному выполнению упражнений любого направления, которое предлагает фитнес-центр, надо научиться. К тому же все новые фитнес-программы рождаются в странах, где уровень физической активности совсем другой. Соответственно, они рассчитаны на другой начальный уровень подготовки занимающегося человека. К примеру, кто сказал, что занятия йогой полезны для европейца? **Йога** - это не просто физическая активность, а образ жизни, включающий философию, систему питания. Этому учению индусы посвящают всю жизнь. А мы начинаем заниматься

йогой спонтанно и мечтаем о быстрых результатах.

Во время тренировок важно контролировать свой пульс, или частоту сердечных сокращений (ЧСС). По его изменению можно понять, как организм реагирует на нагрузку. Любую тренировку начинайте с подсчета исходного пульса. Исходным считается пульс человека, находящегося в состоянии покоя при условии хорошего самочувствия. Если принимаете таблетки, значит, измерение пульса проводится после их приема. Значение пульса человека индивидуально. У взрослых людей он колеблется от 55 до 85 ударов в минуту. Если пульс выходит за эти рамки, надо отдохнуть либо уменьшить физическую нагрузку. После нормализации пульса можно продолжить тренировку.

Максимальная частота сердечных сокращений (**ЧССмакс**), допустимая на тренировке, зависит от возраста. После 20 лет ЧССмакс начинает постепенно снижаться - примерно на 1 удар в год. Поэтому иногда ЧССмакс высчитывают по следующей формуле:

$$\text{ЧССмакс} = 220 \text{ минус возраст}$$

Возраст	Частота сердечных сокращений при максимальной нагрузке
30-39 лет	181-190
40-49 лет	171-180
50-59 лет	161-170
60-69 лет	151-160

Значение ЧССмакс корректируется в зависимости от состояния организма человека и его целей:

- ◆ ЧССмакс для физкультурников = 170 минус возраст;
- ◆ ЧССмакс для больных ИБС, перенесших ОИМ, = 80-85% от 170 минус возраст;
- ◆ ЧССмакс для «сжигания жира» = 65-70% от 170 минус возраст.

Допустимую нагрузку важно определить на первой тренировке. Если пик работы соответствует росту пульса на 25%, это говорит о том, что человек хорошо трени-

рован, если на 50% - его тренированность средняя, если на 75% от исходного - нагрузку надо убавить. Если пульс увеличивается на 100% к исходному значению, значит, нагрузка выбрана неправильно, сердце с ней не справляется, начинает часто, но малоэффективно сокращаться.

Второй важный индивидуальный показатель - **время возвращения пульса к исходному уровню**. Если уровень нагрузки выбран верно, через три минуты полного покоя пульс должен восстанавливаться. Если пульс не восстанавливается в течение 3-5 минут, значит, нагрузка была выбрана неверно, организм работает на пределе возможностей.

Каждое занятие обязательно начинается с **разминки** - подготовки организма к основным движениям. Если занятие проводит тренер, он обязательно планирует разминку на первые пять минут работы. Но она нужна и перед занятиями в тренажерном зале, где вы работаете самостоятельно. Можно ограничиться беговой дорожкой - в режиме быстрой ходьбы. Так активизируется сердечно-сосудистая и мышечная системы. Можно выполнить несколько упражнений из комплекса привычной утренней гимнастики: движения руками, наклоны, приседания и т.д.

В последние пять минут занятия проводится **заминка**. Если вы уйдете в раздевалку и проигнорируете заминку, не исключен так называемый «инсульт раздевалок». Цель заминки - восстановить пульс до исходного значения. Вариантов ее выполнения много: дыхательные упражнения, аутогенные подходы и т.д.

Помните, что на тренировке важно не ставить организм в ситуации, когда требуется работа на пределе возможностей. Иначе легко сделать шаг к болезни, и возврат будет невозможен. Есть хорошая латинская поговорка по этому поводу: «капля точит камень не силой, а частотой падения». В любом тренировочном процессе важна регулярность занятий.

И не забудьте поинтересоваться квалификацией тренера. Я склонна доверять специалисту, имеющему не только спортивный опыт, но и медицинское образование. ☺



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 по организационно-
методической работе,
КГБУЗ "Алтайский краевой
клинический центр охраны
материнства и детства"



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



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



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



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



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



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



**Миллер
Виталий Эдмундович**
к.м.н., доцент кафедры
пропедевтики детских болезней
АГМУ, заведующий детским
консультативно-диагностическим
центром КГБУЗ "Алтайский
краевой клинический центр
охраны материнства и детства"



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



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



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



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



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



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



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



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



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

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№9 (201) сентябрь 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

Выпуск издания (рубрика "Движение к цели 78+") осуществляется при финансовой поддержке Федерального агентства по печати и массовым коммуникациям.

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

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

Время подписания в печать:
по графику - 14:00 01.10.2019 г.,
фактически - 14:00 01.10.2019 г.
Дата выхода: 07.10.2019 г.

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

Ответственный редактор - Мария Юртайкина.

Креативный редактор - Лариса Юрченко.

Компьютерный дизайн и верстка - Ольга Жабина, Оксана Ибель.

Учредитель-Издатель ООО «Издательство «Вечерний Новоалтайск - Добрый

день»: 658080, Алтайский край, г. Новоалтайск, ул. Обская, 3.
Тел. 8(385-32) 2-11-19. Адрес редакции: 658080, Алтайский край,
г. Новоалтайск, ул. Обская, 3. Тел. 8(385-32) 2-11-19.

Адрес работы с общественными представителями:
656038, Алтайский край, г. Барнаул, пр. Ленина, 56. Тел. 8-902-141-79-83.

E-mail: nebolen@mail.ru. Группа ВКонтакте: <https://vk.com/nebolen>

Отпечатано в типографии ИП Смирнов Е.В.:
656049, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Чкалова, 228. Тел. (3852) 38-33-59. Печать
офсетная. Тираж - 4100 экз. Цена свободная.

Подписной индекс - 73618

ДЕФИЦИТ ЙОДА

ЙОДОДЕФИЦИТНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
МОГУТ БЫТЬ ПРЕДОТВРАЩЕНЫ
ПРИ НОРМАЛЬНОМ ПОТРЕБЛЕНИИ ЙОДА

ПРИЧИНОЙ 65% СЛУЧАЕВ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ
ЖЕЛЕЗЫ У ВЗРОСЛЫХ И 95% У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
НЕДОСТАТОЧНОЕ ПОСТУПЛЕНИЕ ЙОДА С ПИТАНИЕМ

ЧЕМ МЕНЬШЕ ЙОДА В ОРГАНИЗМЕ,
ТЕМ ЧАЩЕ РАЗВИВАЮТСЯ

ЙОД



У БЕРЕМЕННЫХ:

выкидыши, врожденные
аномалии плода, смерть
плода



У НОВОРОЖДЕННЫХ:

множественные пороки
развития в т.ч. умственная
отсталость, глухонмота,
косоглазие и др.



У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ:

нарушение умственного
и физического развития



ВО ВСЕХ ВОЗРАСТАХ:

увеличение щитовидной
железы и нарушение
ее функции