

6+

# ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№1 (205) ЯНВАРЬ 2020



## ОТ РЕДАКТОРА



Уважаемые наши коллеги, партнеры журнала!

Заинтересованные, равнодушные его читатели!

Желаю здоровья, мира и умиротворения каждому из вас в новом 2020 году!

В год совершеннолетия (нам 18 лет!) журнала «Здоровья алтайской семьи» мы вступили в принципиально новый период в развитии нашей страны. Нужно отметить - вступили неожиданно для жителей страны и даже большинства осведомленных и занимающихся политикой и социальной сферой людей. Стремительно! Напористо, но не революционно, как бы коррелируя и выверяя уже выбранный курс на независимость, социальную справедливость и единение нации!

Очевидно одно: это, действительно, - время больших перемен в политическом устройстве страны и заявка на особую миссию России в мире. Период интенсивного формирования новых национальных и региональных элит, период переоценки, переосмысления приоритетов развития страны! Изменения отношения к профессионалам, в том числе и в области управления страной, регионами, отдельными направлениями социальной сферы.

Вопросы сохранения здоровья, развития здравоохранения, в том числе первичного звена здравоохранения, - безусловный заявленный приоритет государственной политики. Тема охраны здоровья в самых различных ее аспектах: традиции питания, качество водоснабжения, доступность спортивных объектов для населения, сложившиеся особенности территориального развития системы здравоохранения и даже распространенность среди населения курения табака и употребления алкоголя и т.д. - имеет явно выраженную региональную специфику. И это очевидно. Это же и аргумент важности объединения усилий представителей власти и общественности как на этапе формирования программ по снижению заболеваемости и смертности, профилактике, развитию, реорганизации объектов системы здравоохранения, подготовке кадров, так и в период их выполнения. Общая задача власти, профессионального медицинского сообщества, различных общественных и политических институтов, СМИ. Эта деятельность невозможна и без понимания каждым человеком личной роли и места в достижении цели народосбережения.

И вопросы целенаправленной информированности населения поэтому не второстепенны! В этом мы изначально, с первого выхода нашего журнала в январе 2003 года, видели и видим свою миссию.

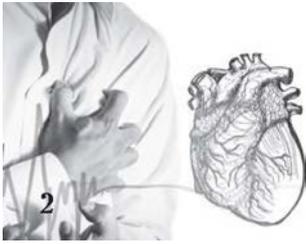
Мы убеждены в необходимости систематического обучения населения умению следовать принципам и формировать стойкие навыки ЗОЖ. В объяснении смысла, важности, а порой жизненной необходимости не только применения той или иной медицинской манипуляции, но и изменения собственных пагубных привычек, корректировки личного образа жизни. В доведении полной информации о территориальном планировании, функционале и взаимосвязи различных медицинских учреждений и в регионе, и с федеральными центрами.

В условиях информационного «перенасыщения» зачастую с выбросом недостоверной и даже «популистской» информации («...не существует истины, а существуют разные мнения!») профессиональная компетентность, гражданская позиция и ответственность публичных экспертов - исключительно важны.

Именно этим руководствуется Редакционный совет журнала, на этих принципах строится его редакционная политика.

Пожелаем нам всем вместе целеустремленности, последовательности, созидательного порыва и, непременно, достижения позитивных результатов в нашем движении к здоровому образу жизни, к здоровью и умиротворению!

**Главный редактор  
Ирина Валентиновна КОЗЛОВА**



**Предотвратить катастрофу**



**Современный подход к оценке композитного состава тела**



**Сложности социализации ребенка с расстройством аутистического спектра**



**Рациональное вскармливание новорожденных детей как профилактика функциональных нарушений пищеварения**

На обложке: Ирина Александровна СУКМАНОВА, д.м.н., заведующая отделением для лечения пациентов с ОКС, КГБУЗ «Алтайский краевой кардиодиспансер».

Национальный проект «Здравоохранение».  
**СЕРДЦЕ ПОД КОНТРОЛЕМ**

И.А. Сукманова. Предотвратить катастрофу ..... 2-6

Национальный проект «Здравоохранение»  
**ЗА СЧАСТЛИВОЕ ЗДОРОВОЕ ДЕТСТВО!**

М.Ю. Дорофеев. Лучший психолог в операционной - анестезиолог ..... 7-9

Новости Алтайского края ..... 10

Новости здравоохранения мира ..... 11

За что гении получали двойки ..... 12-13

Обязательная маркировка лекарств откладывается ..... 14

Неумышленная утрата лекарств - без наказания ..... 14

Л.М. Дранкевич. Быть лучшими в труде и спорте ..... 15

**ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА**

О.А. Бельницкая, П.И. Боева, В.А. Реут.

Гемолитическая болезнь новорожденных: прогнозирование и профилактика ..... 16-17

Национальный проект «Здравоохранение»

**ПОБЕДИМ СВОЙ СТРАХ!**

«Я рисую, я тебя рисую...» ..... 18-19

Новости здравоохранения России ..... 20

**ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ**

Т.И. Александрова. Факторы риска и профилактика острых нарушений мозгового кровообращения ..... 21-22

Т.Ф. Суханова. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы ..... 23-24

Цветотерапия и зрение ..... 25

**СОВЕТЫ ЭНДОКРИНОЛОГА**

С.С. Назарова, И.А. Вейцман. Современный подход к оценке композитного состава тела. Биоимпедансметрия ..... 26-27

Е.В. Хакимова. Мастопатия: диагностика и лечение ..... 28-29

К.А. Мязина. Это пугающее слово «фиброгастроуденоскопия»! ..... 30-31

Друга заказывали? ..... 32-33

Новости здравоохранения мира ..... 34

И.С. Филоненко. Сложности социализации ребенка с расстройством аутистического спектра ..... 35-39

Медпомощь по ОМС - 2020 ..... 40

Национальный проект «Здравоохранение»  
**ЗА СЧАСТЛИВОЕ ЗДОРОВОЕ ДЕТСТВО!**

И.В. Курдеко. Рациональное вскармливание новорожденных детей как профилактика функциональных нарушений пищеварения ..... 41-43

Группа поддержки ..... 44



# Предотвратить катастрофу

**В отделении для лечения пациентов с острым коронарным синдромом Алтайского краевого кардиологического диспансера жизнь буквально вырывают из лап болезни. В режиме 7/24, без выходных и праздников, врачи отделения принимают больных с острым коронарным синдромом со всего региона.**

На то, чтобы предотвратить катастрофу и минимизировать осложнения инфаркта, у кардиологов есть считанные часы, а иногда и минуты. О беспокойной работе, которую невозможно не принимать близко к сердцу, мы поговорили с заведующей отделением, доктором медицинских наук, врачом-кардиологом высшей квалификационной категории **Ириной Александровной СУКМАНОВОЙ**.

**- Профессия кардиолога окутана неким ореолом, особенно для тех, кто никогда прямо или косвенно с ней не сталкивался. Расскажите, как устроено ваше отделение, кто в нем работает?**

- В нашем отделении, рассчитанном на 75 коек, оказывается неотложная кардиологическая помощь жителям города Барнаула и районов Алтайского края. Прежде всего, это пациенты с острым коронарным синдромом (инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия). Прием ведется в круглосуточном режиме. Пациентов чаще всего доставляют скорая помощь Барнаула и транспорт краевого центра медицины катастроф.

На базе отделения организован краевой консультативно-диагностический центр. Штат врачей в центре и в отделении - один. Это важно, поскольку имеется взаимозаменяемость, режим работы врачей периоди-

чески меняется - доктора отделения дежурят в приемном отделении, работают в консультативно-диагностическом центре и ведут палаты непосредственно в отделении.

В центре врачи-кардиологи круглосуточно консультируют пациентов, которым необходимо экспертное мнение при подозрении на острый коронарный синдром либо другие неотложные кардиологические состояния. Наши телефоны есть у медицинских работников на всех этапах оказания медицинской помощи, поэтому, например, нам звонят со скорых по вопросам ведения больного. В сутки проводим до 75-80 консультаций.

**- Допустим, в одном из районов Алтайского края человеку стало «плохо с сердцем». Что происходит дальше? Как пациент попадает к вам?**

- Приказ Министерства здравоохранения №425 прописывает действия медицинских работников в подобной ситуации. Фельдшер скорой помощи или врач, который контактирует с заболевшим, при подозрении на острый коронарный синдром должен на месте записать электрокардиограмму. После этого необходимо позвонить нам, передать кардиограмму (у фельдшера есть такая возможность) и получить консультацию дежурного доктора, который, в



свою очередь, должен определить тактику ведения этого пациента.

Помощь может быть разной, и она также согласовывается с врачом-консультантом. Как вариант, это может быть незамедлительное - «у постели больного» - введение препарата, который «открывает» закрытую тромбом коронарную артерию. После этого пациента везут в краевой кардиодиспансер или в ближайшее медучреждение - всё зависит от места нахождения, транспортной доступности, состояния больного. Если его можно доставить в течение 120 минут от начала возникновения болевого синдрома, то пациента везут напрямую к нам. Если дорога займет большее количество времени, то больной транспортируется в межрайонное кардиоотделение или, если тяжесть пациента не позволяет везти его дальше, - в реанимацию ближайшей ЦРБ. Далее - повторные консультации с нашими специалистами. Мы определяем время и транспортность больного в кардио-



## Национальный проект «Здравоохранение»

центр либо краевую клиническую больницу.

Самая главная цель - сохранение жизни и здоровья пациента. При этом отмечу, что в нашем отделении больным с инфарктом миокарда оказывается вся возможная кардиологическая помощь, которая на сегодняшний день в принципе возможна.

**- Пациент попал к вам. Каков дальнейший план ваших действий?**

- Мы оцениваем его состояние, обследуем и, собственно, лечим в соответствии со всеми имеющимися мировыми стандартами. В основном это - проведение исследований сосудов сердца, выявление анатомических особенностей, которые предшествовали такому событию, как инфаркт миокарда: сужение сосудов, бляшка, которая перекрывает просвет в артерии. И, как правило, самым современным на сегодняшний день способом восстанавливаем кровотоки, то есть убираем эту бляшку или стеноз, - проводим «ангиопластику со стентированием коронарной артерии». Для чего это делается? Если инфаркт уже случился, нужно предотвратить осложнения, чтобы болезнь протекала с меньшими последствиями для пациента. Либо, при диагностированной нестабильной стенокардии, когда еще нет некроза сердечной мышцы, можно вовремя «открыть» пораженную артерию, восстановить или улучшить кровоснабжение сердца, - и в этом случае инфаркт миокарда не успевает развиваться.

**- Раз уж начали говорить о патологиях... Расскажите о пациентах, которые у вас лечатся. Как я понимаю, это не только люди, перенесшие инфаркт?**

- Конечно. Это, прежде всего, пациенты с острым коронарным синдромом (инфаркты и нестабильная стенокардия), с нарушениями сердечного ритма, которые остро возникают, с острой сердечной недостаточностью, с осложненным гипертоническим кризом. Фактически у нас лечатся пациенты с любой острой



кардиопатологией, но на острый коронарный синдром (ОКС) приходится около 70% всех больных.

**- Кто ваши пациенты? Есть ли какая-то статистика, например, по месту проживания, по полу, социальному положению, приверженности вредным привычкам?..**

- Социальный статус - самый разный. Мужчин немного больше. Как правило, это, конечно, возрастные пациенты. Но, что интересно, недавно мы проводили научное исследование как раз по молодым людям, то есть по пациентам до 45 лет. И оказалось, что в нашем отделении за три года их было практически 250 человек, то есть около 30%. Это больные, которые имели инфаркт (в основном) либо нестабильную стенокардию. И с каждым годом их становится всё больше.

**- Иными словами, инфаркт молодеет?**

- Да. Инфаркт миокарда молодеет. Его частота у молодых возрастает. Самый молодой на моей памяти пациент был 25-летний, самый возрастной - 97-летний, кажется.

Еще один факт: среди молодых людей с инфарктом - 90% мужчины и только 10% женщины, у пациентов после 75 лет частота инфарктов у мужчин и женщин сопоставима - 50% на 50%.

**В нашем отделении получают лечение пациенты с острым коронарным синдромом (инфарктами и нестабильной стенокардией), с нарушениями сердечного ритма, которые остро возникают, с острой сердечной недостаточностью, с осложненным гипертоническим кризом.**



К развитию сердечно-сосудистых заболеваний может привести неправильный, малоподвижный образ жизни. Ожирение негативно сказывается на работе сердца. Курение - худшее, что можно сделать для сердца.

**- Сколько пациентов ежегодно проходит через ваше отделение?**

- За 2019 год - 4875 человек, именно с инфарктом было пролечено 2737 человек.

**- Говоря о кардиологии, как правило, обыватели представляют себе сцену из фильмов: операционная, много врачей, раскрытая брюшная клетка пациента и бьющееся сердце. Насколько далека эта картина от реальной жизни? Какие технологии используются сегодня?**

- На самом деле всё не так.

Наше отделение - терапевтическое. Мы работаем в тесной связи с отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения. Это малоинвазивная хирургия, когда сердце не вскрывается и не бьется в открытой грудной клетке. Все манипуляции выполняются через артерии - «сосудистым доступом»: как правило, - через лучевую артерию (на руке) либо бедренную. Доступ через руку сейчас является приоритетным направлением: пунктируется лучевая артерия, вводится контрастное вещество, что дает возможность визуализировать коронарные артерии. Всё это происходит в рентгенологической операционной, что позво-

ляет нам выявить те места, где имеется нарушение коронарного кровотока. Это, прежде всего, - стенозы (сужения) за счет атеросклеротических бляшек либо окклюзии (отсутствие кровотока) коронарных артерий. На основе обнаруженных изменений принимается решение о реваскуляризации - восстановлении кровотока в артерии.

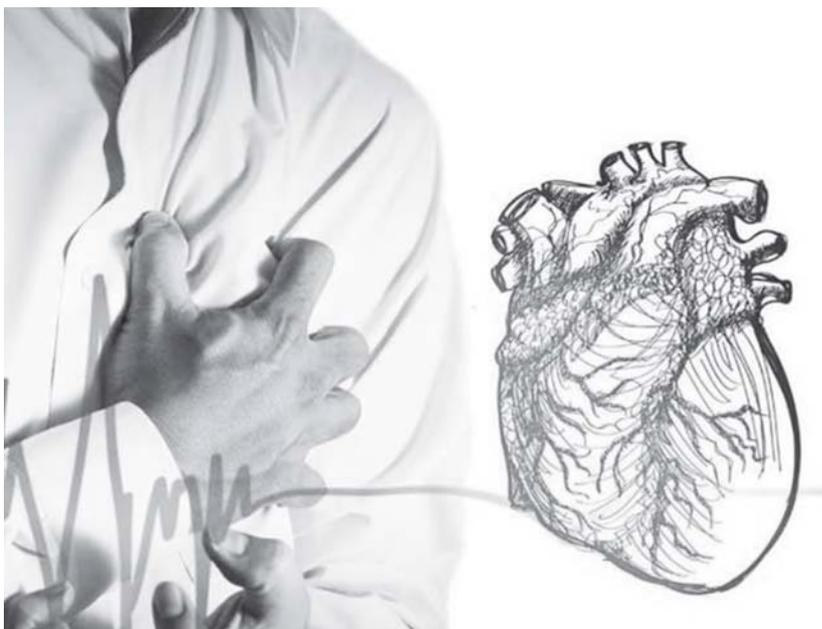
Если таким способом не удастся решить проблему или это невозможно технически, например, когда сужений в артериях слишком много, и стент нельзя даже завести в артерию, то проводятся операции, которые относятся к открытой хирургии, - коронарное шунтирование. Оно проводится в другой операционной и на открытой грудной клетке, используются разные методики: с остановкой сердца или на работающем сердце.

**- Какой процент операций проводится через «проколы», а какой приходится на полостные операции?**

- Приблизительно 5% операций при остром коронарном синдроме делается с помощью коронарного шунтирования (полостные).

**- Всегда ли пациенту с инфарктом проводится операция?**

- В большинстве случаев - да. Иногда вначале вводится лекарственный препарат, который частично «открывает» артерию, растворив при этом тромб. Быстро это можно сделать на этапе скорой помощи. В дальнейшем пациента доставляют к нам, мы выполняем стентирование этой артерии, так как часто при растворении тромба остаются атеросклеротические бляшки, которые не устраняются введением лекарственного препарата. Не надо забывать и о том, что острые коронарные синдромы бывают разные. Например, у нас проходит лечение пациентка, у которой нет атеросклероза в артериях, но есть инфаркт. И причиной его развития стал спазм на фоне стресса. Таким образом ей вмешательство на сосудах не показано.



## Сердце под контролем

### **- Инфаркт можно «заработать» с помощью стресса?**

- Стресс - это мощный фактор. Выброс адреналина в кровь может совершенно здоровые сосуды привести к спазму. Спусковым механизмом может стать сильный страх или эмоциональная встряска - смерть или болезнь близкого человека, ДТП и т.д. Такое случается редко, но всё же случается.

### **- Раз уж мы заговорили о том, что может стать причиной инфаркта, расскажите о факторах риска.**

- К инфаркту с большей долей вероятности приведут именно факторы риска, чем тот же стресс. И эти факторы все мы хорошо знаем.

К развитию сердечно-сосудистых заболеваний может привести неправильный, малоподвижный образ жизни. Ожирение негативно сказывается на работе сердца. Курение - худшее, что можно сделать для сердца. Также к нам попадают и те, кто много лет жил с гипертонией, но при этом цифры своего повышенного давления на память сказать не могут, так как считают, что это не то, на что стоит обращать внимание.

И с повторными инфарктами к нам, как правило, возвращаются люди, которые не изменили привычный неправильный образ жизни. К примеру, после инфаркта человек ничего не поменял в своей жизни, факторы риска сохранились - сохранилась и проблема. Если пациент продолжает, например, курить, нерегулярно принимает препараты, ест всё, что хочет и в любых количествах, то положительной динамики не будет. К сожалению, таких случаев очень много.

### **- Существует мнение, что если случился один инфаркт, то, скорее всего, будет и второй. Насколько это верно?**

- Мнение это не совсем верное. Конечно, если случается инфаркт миокарда, то риск возникновения повторного повышается, но это не значит, что он обязательно случится. Мне известно очень много примеров, когда человек перенес ин-



фаркт пятнадцать, двадцать лет назад, и второй у него не возник. Но вместе с тем скажу, что самый опасный год после инфаркта - первый. Риск возникновения повторного в этот год повышается в 5 раз, и во многом поэтому мы просим пациентов приезжать на проверку, наблюдаться.

Еще мы всегда призываем принимать правильно препараты! Представьте: мы провели операцию, поместили стент, по сути, чужеродный элемент, организм сопротивляется, и закономерно начинается процесс тромбообразования. Для того чтобы стент «прижился» - нужно время. Так вот всё это время (и вообще всю жизнь после этого) нужно строго выполнять указания лечащего врача и принимать жизненно необходимые препараты.

### **- Неужели есть те, кто не принимает?**

- К сожалению, есть. Эти препараты настолько необходимы, что их прием можно сравнить с приемом пищи. Но если мы не поели в обед, организм напомнит о себе и пусть вечером, но мы съедим тарелку супа. С кардиологическими препаратами так нельзя: при пропуске приема таблеток у человека голова не заболит, не возникнет никаких ощущений, но буквально на второй-третий раз пропуска препаратов может случиться уже повторный инфаркт, от которого мы можем его

**Самый опасный год после инфаркта - первый. Риск возникновения повторного в этот год повышается в 5 раз. Поэтому мы просим наших пациентов после выписки приезжать на проверку в краевой кардиодиспансер, наблюдаться.**



◀ не спасти. Почему? Один инфаркт - сам по себе огромный стресс для сердца, а два подряд - это риск развития тяжелых осложнений, часто неуправляемых. Но не все люди понимают это. А это очень, очень важно!

При выписке пациента наша цель сделать так, чтобы его жизнь была продлена, чтобы он жил долго и комфортно. Более того, сейчас многое делается для того, чтобы люди строго принимали необходимые препараты. Мы выписываем «кардиоупаковку», в который входит перечень бесплатных препаратов, пациенты по рецепту его забирают в определенных аптеках. Всё это делается для того, чтобы человек принимал лекарства, сохраняя свое здоровье, не рискуя жизнью.

**- Какие могут возникнуть осложнения инфаркта?**

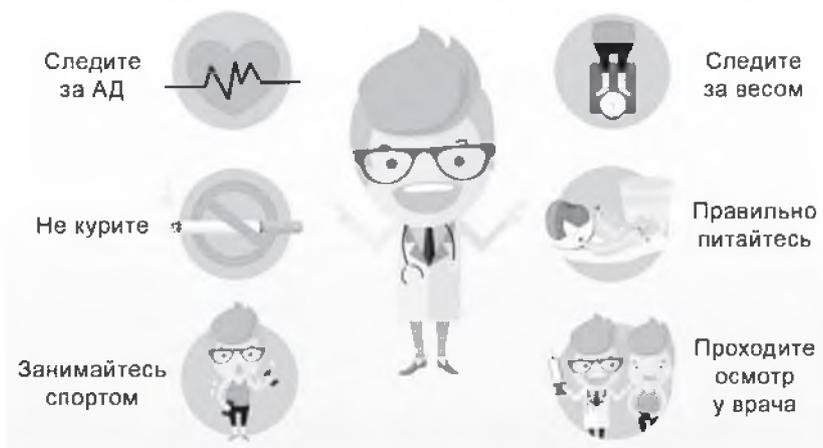
- Осложнения могут быть самые разные. Многие из них случаются в первые часы, и больного могут просто не успеть к нам довести. Миокард по-разному реагирует на закрытие артерии - один приспосабливается, и в ответ на ее открытие начинает восстанавливаться, а может возникнуть кардиогенный шок. Это, пожалуй, самое серьезное осложнение инфаркта, от которого умирают люди во всем мире, и пока радикальных способов борьбы с ним не придумано. Из всех умерших от инфаркта 75% умирают именно от шока.

Повторюсь, мы выполняем все существующие сегодня виды кардиологической помощи. Мы делаем всё то, что выполняют в Европе, Америке. У нас есть опытные врачи, современное оборудование, качественные расходные материалы. В отделении процент выполнения эндоваскулярных вмешательств на сердце достаточно высокий - мы в числе лидеров по этому показателю в СФО.

**- Пациент прошел у вас лечение, выписался. Что дальше?**

- Когда пациент после операции выписывается, он не брошен. В нашей поликлинике есть кабинет восстановительного лечения. Мы назна-

## ПРОФИЛАКТИКА ИНФАРКТА МИОКАРДА



чаем встречи, чтобы можно было контролировать его состояние. Встречи расписаны, как минимум, на год, первый визит - всегда через месяц, далее встречи регулирует лечащий врач. Кроме того, районные жители наблюдаются у кардиологов по месту жительства. После перенесенного инфаркта такое наблюдение - пожизненное.

**- Как сохранить сердце здоровым? Кому и как часто нужно его проверять?**

- За своим здоровьем и самочувствием в принципе нужно следить. Мы, прежде всего, сами ответственны за свое здоровье. В вашей жизни не должно быть места вредным привычкам. Физическая активность должна быть, в идеале - посещение спортзала, бассейна, но и обычная ходьба тоже хорошо. Каждый из нас должен в течение дня пройти минимум 5 километров, поэтому там, где можно, - лучше пройдите, а не передвигайтесь на машине или автобусе. Не можете заниматься в спортзале - занимайтесь фитнесом дома. От лишнего веса нужно избавляться. Помните, что каждый лишний килограмм повышает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний.

И еще. Если вас что-то беспокоит, не откладывайте - оперативно обращайтесь к врачу. Повышение давления? Возникла боль в груди? Появились одышка, слабость? Всё это повод обратиться к врачу. Не пропустите катастрофу! ☹

Надежда Здорнова

**После выписки пациенту назначаются встречи для контроля его состояния. Эти встречи расписаны, как минимум, на год, первый визит - всегда через месяц. Жители из районов края наблюдаются у врача-кардиолога по месту жительства. После перенесенного инфаркта такое наблюдение - пожизненное.**



# Лучший психолог в операционной - анестезиолог

**19 января 1847 года Джеймс Янг Симпсон впервые в мире использовал хлороформ в качестве наркоза в родах. Фактически с этого дня и было положено начало акушерской анестезиологии.**

О том, какие современные методы обезболивания в родах используются в настоящее время, - наш разговор с **Михаилом Юрьевичем ДОРОФЕЕВЫМ**, заведующим отделением анестезиологии-реанимации для женщин с кабинетом экстракорпоральных методов гемокоррекции КГБУЗ «Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства».

**- Михаил Юрьевич, давайте начнем с того, в чем заключается работа вашего отделения?**

- Наши пациентки - женщины в раннем послеоперационном периоде и беременные с тяжелой акушерской или перинатальной патологиями, которые мы диагностировали до или во время беременности. Также под нашим наблюдением находятся пациентки в послеоперационном периоде, после кесарева сечения или тяжелых родов.

В обязанности врачей-анестезиологов отделения входит подготовка к родоразрешению естественным или оперативным путем. Основным видом обезболивания родов являются регионарные медикаментозные методы обезболивания, которые более безопасны для мамы и ребенка.

**- Расскажите подробнее о регионарных методах обезболивания.**

- Сейчас в практике в основном применяются регионарные методы обезболивания, которые минимизируют риски для роженицы и плода. К этим методам относит-

ся эпидуральная анестезия. Она чаще всего используется для операции кесарева сечения и, что очень важно, позволяет на протяжении всех родов до потужного периода успешно обезболить женщину.

Отмечу, что при операции кесарева сечения стало меньше применяться общей анестезии. Да, такой вид используется и проводится женщинам, но при определенных серьезных показаниях.

**- Расскажите о последних трендах в анестезиологии.**

- В последнее время широко используются кровосберегающие технологии при проведении операций кесарева сечения у женщин с высоким риском кровопотери. Как правило, это пациентки с акушерской или тяжелой соматической патологиями. Современная аппаратура позволяет роженице терять меньше крови, использовать меньшее количество плазмы или эритроцитарной массы. При этом мы используем заготовку аутоплазмы самой женщины, а не донорскую плазму. Плазма заранее готовится и сохраняется до момента проведения оперативного родоразрешения и применяется при необходимости ее переливания.

Также в отделении широко используется такой метод, как интраоперационная реинфузия компонентов крови.

**- Что это такое?**

- Специальный аппарат позволяет собирать и очищать кровь пациентки. В результате эритроцитарная масса возвраща-



**Михаил Юрьевич ДОРОФЕЕВ** - заведующий отделением анестезиологии-реанимации для женщин с кабинетом экстракорпоральных методов гемокоррекции, врач-анестезиолог-реаниматолог высшей квалификационной категории, КГБУЗ «Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства». Окончил Алтайский государственный медицинский университет в 1996 году по специальности «Педиатрия». В совершенстве владеет всеми современными методиками обезболивания родов, анестезиологическими пособиями при интраоперационном обеспечении.



Сейчас в практике в основном применяются регионарные методы обезболивания, которые минимизируют риски для роженицы и плода. К этим методам относится эпидуральная анестезия.

ется в организм женщины. Это и называется интраоперационная реинфузия компонентов крови. Этот аппарат мы используем в течение семи лет. Операций (сеансов) на нем проводим около десяти в год, иногда больше - сложно предугадать. Нужно понимать, что в реинфузии нуждаются сами по себе женщины «эксклюзивные». Это - уникальные акушерские ситуации, которые всегда связаны с риском для жизни.

**- Были ли какие-то ситуации, редкие случаи, которые вам запомнились?**

- В первую очередь, на память приходит широко известная история, которая произошла в нашем перинатальном клиническом центре. Редчайший в медицинской практике случай: женщина выносила ребенка в брюшной полости вместо матки. У нее не было большой кровопотери, но использование метода, о котором я говорил выше, позволило значительно сократить использование донорской плазмы и донорской эритроцитарной массы. В том числе и благодаря этому такая уникальная история закончилась счастливо.

**- Все ли роды сопровождаются анестезиологами?**

- Более половины всех родоразрешений. При этом проводятся различные виды анестезиологических пособий. Это не только обезболивание, но также и предродовая и предопераци-

онная подготовка, ведение пациентки после родов и коррекция артериального давления в родах.

**- Сейчас в мире существует тренд на то, что роды - это процесс естественный, а значит, он должен быть комфортным. Что в области анестезиологии делается для того, чтобы роды проходили максимально комфортно?**

- Во-первых, я бы хотел обязательно упомянуть, что у нас сейчас активное участие во время подготовки к родам принимает медицинский психолог. И традиционно мы, анестезиологи, проводим обезболивание с помощью регионарных и медикаментозных методов. Сегодня также широко используется совместное ведение родов, когда с будущей мамой находится кто-то из родственников, чаще всего - муж. Это так называемые партнерские роды.

В послеоперационном периоде мама проводит время совместно с новорожденным в палате. Сразу же после оперативного вмешательства они оба, в случае если всё прошло штатно, переводятся в палату, где созданы особые, более удобные условия для мамы и для ребенка, в том числе и психологически комфортные, что очень важно.

**- Какой будет анестезия во время родов - определяется заранее? Понятно, что в процессе всё может спешно поменяться... Как осуществляется выбор анестезии? Кем он определяется: акушером-гинекологом, анестезиологом, мамой или сообщая?**

- Определением хода родов занимается в первую очередь акушер-гинеколог. И в тот момент, когда возникают показания для определения необходимого вида обезболивания, приглашается анестезиолог. Сообщая специалисты определяют, какой вид анестезии предпочтителен для роженицы. Но это решение, безусловно, принимается совместно с будущей мамой! Обговаривается и то, в какой момент необходима будет анестезия - это очень важный и очень тонкий нюанс. Его важно почувствовать, не пропустить.



**- Какой процент родов проходит с обезболиванием?**

- Более половины. Должен сказать, что сегодня очень многие женщины отказываются от обезбоживания. Достаточно часто встречаются пациентки, которые еще на этапе беременности готовятся к проведению родов без анестезии. Как правило, они меняют свое мнение насчет обезбоживания, когда поступают в родовую зал и начинаются сами роды. В этом случае всегда есть дежурный анестезиолог, который приглашается для экстренных манипуляций и который помогает женщине справиться с болью.

**- Существует стереотип о том, что анестезия, которую получает мать, а тем более наркоз, негативно влияет на ребенка. Так ли это?**

- Использование общей анестезии связано с воздействием на плод, поскольку фармакологические препараты в этом случае попадают в кровь. При проведении регионарных методов обезбоживания препараты не попадают в плацентарный кровоток и, соответственно, в организм ребенка. Во многом и поэтому так широко используются регионарные методики, такие как спинальная анестезия.

**- В чем разница между наркозом и анестезией?**

- Наркоз - это выключение сознания, анестезия - это сохранение сознания и выключение боли. Обезболить можно без введения в вену препарата. Эпидуральная и спинальная анестезия различаются, если говорить достаточно грубо, тем, куда вводится препарат. И если тридцать-сорок лет назад в родах нам нужно было делать наркоз, обеспечить искусственную вентиляцию лёгких, выключать сознание, то сегодня мы в большинстве ситуаций делаем укол, и развивается регионарная анестезия.

Практически 98% операций в нашем центре проводится под регионарной анестезией. При операции кесарева сечения женщина находится в сознании, видит своего ребенка, ей кладут его на грудь. Замечу, что Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства - одно из немногих медицинских родовспомогательных учреждений края, где практикуют прикладывание ребенка к груди матери в ходе операции кесарева сечения.

**- Михаил Юрьевич, что можете посоветовать нашим читательницам, которые планируют стать мамой в ближайшее время?**

- Я рекомендую подружиться с анестезиологом, довериться ему. Не зря говорят, что «лучший психолог в операционной - анестезиолог». Мне эта фраза очень нравится. Мы всегда поможем в таком важном процессе, как рождение ребенка. Сделаем всё, что от нас зависит. Доверьтесь и постарайтесь поменьше переживать, поскольку психологическое состояние мамы всегда отражается на ребенке. ☺

**Надежда Здорнова**

# Засиделись!

**ВОЗ впервые изучило физическую активность подростков. Результат масштабного исследования, охватившего 147 стран мира, удивил всех: физическая активность 85% девочек и 78% мальчиков находится ниже рекомендованного уровня, то есть менее 1 часа в сутки.**



Лидерами по «неподвижности» мальчиков являются **Филиппины (93%)**, а среди девочек - **Южная Корея (97%)**, она же опережает всех по общему показателю для обоих

полов (94%). Самые подвижные живут в **Бангладеш**: показатели для мальчиков, девочек и подростков обоего пола вместе взятых - 63%, 69% и 66%, соответственно. Близки к лидеру по показателю движения среди мальчиков **Индия (72%)** и **США (64%)**.

Для Бангладеш и Индии такие цифры можно объяснить высокой популярностью национальных видов спорта. Лидерство подвижности девочек в этих странах, вероятно, обусловлено социальными особенностями, большом объеме выполняемой девочками работы по дому. Для США характерен высокий уровень преподавания физической культуры в школах, широкая пропаганда спортивных достижений.

В целом ситуация очень тревожная, и, по сравнению с данными 20-летней давности, она только усугубляется. По данным ВОЗ, ведение физически активного образа жизни в подростковом возрасте благоприятно сказывается на развитии, состоянии его сердечно-сосудистой и опорно-двигательной систем, метаболизме сердца и массе тела. Физическая активность также положительно влияет на когнитивное развитие и социализацию подростков. Многие из этих благоприятных результатов сохраняются и во взрослом возрасте.

Чтобы решить проблему физической активности молодежи, правительствам стран потребуется устранить многочисленные причины дефицита движения и факторы неравенства - социальные, экономические, культурные, технические и экологические, которые могут способствовать дисбалансу в физической активности подростков.

**Кстати.** У 23% молодых людей Великобритании выявлена зависимость от смартфонов. Прекращая с ними «общаться», они впадают в депрессию или становятся агрессивными. Эксперты уверены, что для здоровья это может иметь самые тяжкие последствия. Ранее ВОЗ предупредила родителей об опасности гаджетов для детей в возрасте до 5 лет. ☺





**Ольга Александровна БЕЛЬНИЦКАЯ**, кандидат медицинских наук, доцент;



**Полина Игоревна БОЕВА**, клинический ординатор;



**Валерия Анатольевна РЕУТ**, клинический ординатор

- кафедра акушерства и гинекологии с курсом ДПО Алтайского государственного медицинского университета

## Гемолитическая болезнь новорожденных: прогнозирование и профилактика

Несовместимость матери и плода по многим антигенам - неизменный атрибут беременности, поскольку плод для материнского организма является «чужеродным», наследуя 50% своих генов от отца.

Природа предусмотрела механизмы, препятствующие реализации этой несовместимости, однако в клинической практике нередко встречаются ситуации, когда эти защитные механизмы не срабатывают.

Примером такой несовместимости является **резус-конфликтная беременность**, когда резус-отрицательная женщина беременеет резус-положительным плодом и при определенных условиях у плода развивается **гемолитическая болезнь**.

Что же происходит при такой беременности? Антитела матери начинают массовую атаку на эритроциты развивающегося ребенка, на поверхности которых находится «чужой» для материнского организма белок - резус-фактор. В результате эритроциты плода разрушаются и выбрасывают в кровь пигментное вещество - билирубин, окрашивающий в желтый цвет кожу и слизистые, а также ядра головного мозга. У ребенка развивается тяжелое осложнение - **гемолитическая желтуха**, что в последующем может привести к его инвалидизации или гибели. Поскольку эритроциты разрушаются, общее их количество в крови ребенка резко уменьшается (у плода возникает анемия), а способность переносить кислород значительно ухудшается. Как следствие, различные органы и ткани (включая мозг) могут испытывать сильное кислородное голодание, и их развитие может быть нарушено еще во внутриутробном периоде, то есть при беременности. В самых тяжелых случаях из-за сильных повреждений органов и тканей у плода по всему телу и во внутренних органах образуются отеки.

**Факторами риска развития резус-изоиммунизации у женщин с резус-отрицательной принадлежностью являются:**

- ◆ переливание крови без учета резус-принадлежности,
- ◆ предыдущие роды резус-положительным ребенком,
- ◆ медицинские аборт,
- ◆ внематочная беременность,
- ◆ инвазивные диагностические и лечебные вмешательства,
- ◆ кровотечения во время беременности,
- ◆ внутриутробная гибель плода при данной беременности.

**Как предотвратить резус-конфликт?** Профилактика начинается вне беременности и то, что может сделать для рождения здорового ребенка каждая женщина, - это, прежде всего, *избежать прерывания нежеланной беременности*. А это значит, *определить свои группу крови и резус-фактор необходимо до наступления беременности и решить со своим гинекологом вопросы, касающиеся контрацепции*.

Но даже если супружеская пара оказалась «неблагоприятной» по резус-фактору, не стоит бояться беременности или вообще отказываться от нее. Тем более что **при первой беременности риск развития резус-конфликта очень мал**. Ведь для возникновения резус-конфликта необходимо, чтобы эритроциты ребенка попали в кровеносные сосуды матери. Однако природа тщательно позаботилась о том, чтобы смешение крови матери с кровью плода было невозможным. С задачей строгого разграничения кровеносных систем матери и развивающегося плода успешно справляется особый *барьер*, который так и называется - *плацентарный*. Даже если этот барьер и повредится по причине различных заболеваний, вероятность резус-конфликта при первой беременности всё равно

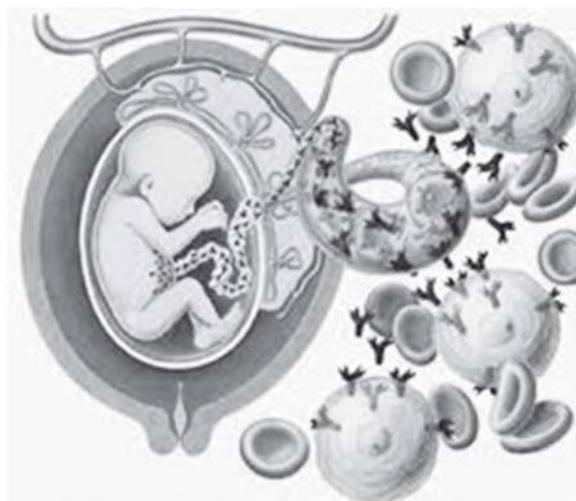
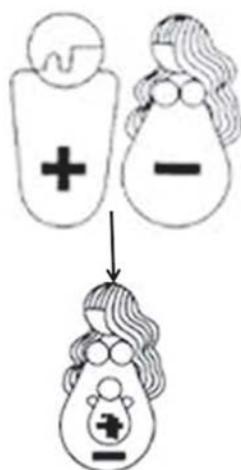


остаётся низкой. Зато **вторая и все последующие беременности требуют максимального внимания и повышенного медицинского контроля**, так как во время первых родов резус-положительные эритроциты новорожденного проникают в резус-отрицательную кровь матери - этого никак не избежать даже при нормальных родах, не говоря уже о кесаревом сечении. И хотя антитела, которые вырабатываются в ответ, уже не способны навредить ребенку (поскольку они появляются уже после родов), сохраняется «иммунная память», из-за которой женщина становится очень восприимчивой к чужеродному для нее резус-фактору. Поэтому при второй «несовместимой» по резусу беременности эти антитела начинают вырабатываться очень быстро и в больших количествах, достаточных для проникновения к плоду. Это и влечет тяжелую патологию у резус-положительных детей, вплоть до внутриутробной смерти. Вероятность такого развития событий с каждой последующей беременностью становится всё выше.

### **Какие профилактические меры предлагает современная медицина?**

Всем беременным при взятии на учет в обязательном порядке **определяют группу крови и резус-фактор**. В том случае, если у беременной выявляют резус-отрицательную кровь, **проводят определение резус-фактора отца будущего ребенка**. Если у мужчины резус-фактор положительный, беременной проводят анализ крови на содержание антител к резус-фактору. Кровь для определения антител к резус-фактору необходимо сдавать на протяжении всей беременности. Если антител нет, значит, всё идет хорошо и резус-конфликт ребенку не угрожает.

Повышение уровня антител свидетельствует о том, что активность иммунной системы по отношению к резус-фактору усиливается. В этом случае дополнительно к стандартным УЗИ при беременности применяют **доплеровское исследование средней мозговой артерии**



*плода и измеряют в ней скорость кровотока*. При помощи УЗИ при беременности можно выявить такие нарушения, как отёк лёгких, сердечную недостаточность, увеличение печени и селезенки, подкожные отёки, жидкость в брюшной полости у плода. До 20 недели признаки гемолитической болезни плода при резус-конфликте на УЗИ не видны. Начиная с 20 недели, УЗИ проводят каждые 2-3 недели, а иногда и чаще.

В некоторых случаях исследования дополняются *анализом околоплодных вод и пуповинной крови*. Если все анализы подтверждают начало развития резус-конфликта, необходимо лечь в специализированный стационар, где будет проведено соответствующее лечение, а мама и ее будущий малыш будут находиться под непрерывным врачебным наблюдением. Для лечения развившейся гемолитической болезни новорожденных применяют **внутриутробное замещение переливание донорской крови**. Внутриматочные переливания могут проводиться многократно, обычно последнее переливание проводят в 33 недели, однако в последние годы имеется тенденция в проведении переливаний в 35-36 недель беременности, что позволяет проводить родоразрешение при сроке 37 недель.

Даже при отсутствии признаков резус-конфликта во время беременности резус-отрицательной женщины необходимо сразу после родов

исследовать кровь на резус-фактор у новорожденного. **Если кровь окажется резус-положительной, то маме в течение 72 часов после родов вводится специальный антирезусный иммуноглобулин**. Он разрушает те эритроциты ребенка, которые попали в кровь матери при его рождении. Причем разрушает очень быстро, еще до того, как иммунитет материнского организма успеет выработать антитела. Благодаря этому опасность резус-конфликта при следующей беременности минимальна. Также иммуноглобулин вводят резус-отрицательной женщине не позднее 72 часов после выкидыша, аборта, внематочной беременности, при проведении инвазивных диагностических и лечебных вмешательств во время беременности.

Сегодня с профилактической целью иммуноглобулин рекомендуют вводить всем беременным женщинам с резус-отрицательной кровью при отсутствии антител к резус-фактору - на 28-й и 34-й неделях беременности. Профилактика является эффективной, если через 6-12 месяцев после родов в крови женщины отсутствуют анти-Rh-антитела.

В настоящее время при соблюдении мер профилактики, прежде всего, самой пациенткой как вне, так и во время беременности, риск развития резус-конфликта у резус-отрицательной женщины не выше, чем риски других осложнений беременности. ☺



# «Я рисую, я тебя рисую...»

Одинаковых онкопатологий не бывает, как не бывает и генетически идентичных людей. Чтобы успешно бороться с опухолью, нужно знать особенности строения и поведения формирующих ее клеток. Об этом может рассказать ее **молекулярно-генетический портрет**. Что это такое и как он помогает врачам-онкологам, разбираемся со специалистами КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер».

### Мутанты среди нас

Мутация клетки - это изменение заданной ей при рождении программы. С точки зрения онкологии это, по большому счету, - любые нарушения генома, приводящие к сбою в алгоритме размножения и гибели. *«Раковая клетка не умирает через определенное число делений, как это должно быть, а делится, делится... И уже никогда не сможет остановиться. Всё ее существование подчиняется одной единственной задаче - жить вечно»,* - рассказывает заведующая лабораторией молекулярной диагностики Алтайского краевого онкодиспансера **Елена Эмильевна ПУПКОВА**.

Приобретая тот или иной дефект в своей структуре, нормальные гены превращаются в один из видов раковых генов со своей уникальной миссией. Например, **онкогены обеспечивают бесконечный рост опухоли**. **Антионкогены**, наоборот, **в условиях мутации становятся неактивными, перестают обеспечивать барьер для этого опухолевого роста**. Третий вид стимулирует дальнейшие мутации уже возникших раковых клеток, повышая их злокачественность и обеспечивая способность к метастазированию.

Мутация - не всегда зло, гены в принципе склонны к изменениям. Это основное условие эволюции, поэтому мутации происходят в каждом из нас с рождения и до конца жизни. Вот только злокачественные клетки настолько самодостаточны, что в попытках спастись от атак иммунитета приобретают новые характеристики, позволяющие им выжить.

### Ахиллесова пята рака

У каждого живого существа есть свое слабое место. И раковые клетки не исключение: хоть они чрезвычайно «умны» и адаптивны, их все-таки можно уничтожить. Для этого нужно знать ключевые признаки, которые обуславливают их индивидуальный характер и линию поведения.

**Молекулярно-генетический портрет опухоли дает возможность онкологам составить индивидуальный план лекарственной терапии для каждого пациента**, еще до начала лечения с большой долей вероятности определять чувствительность опухолевых клеток к препарату и степень его токсического воздействия на организм.



Современные противоопухолевые лекарства влияют на жизненные механизмы, включая или выключая те или иные процессы в злокачественных клетках. Например, таргетные препараты воздействуют на факторы роста клеток, которые составляют абсолютное большинство рецепторов в опухоли, ведь ее задача - жить вечно. А иммунологические препараты делают злокачественные клетки заметными для иммунитета.

### Видеть насквозь

Молекулярно-генетические исследования - это высший пилотаж лабораторной онкологической диагностики. **В зависимости от наличия той или иной мутации медики могут с высокой долей вероятности предсказать поведение опухоли** (низкая степень злокачественности и благоприятный прогноз либо агрессивное поведение, раннее метастазирование и негативный прогноз по продолжительности жизни) **и ее ответ на тот или иной вариант лекарственной терапии**.

В регионе подобные исследования выполняются с 2011 года. Лаборатория Алтайского онкодиспансера является единственным учреждением в крае, где проводится молекулярная диагностика. Здесь определяют чувствительность опухолевой ткани к таргетной терапии у пациентов с немелкоклеточным раком лёгкого (гены *EGFR* и *BRAF*), метастатическим колоректальным раком (гены *KRAS*, *NRAS* и *BRAF*), раком молочной железы и яичников (гены *BRCA1/2* и *CHEK2*), поджелудочной железы (гены *BRCA1/2* и *CHEK2*), простаты (гены *BRCA1/2* и *CHEK2*), меланомой (ген *BRAF*).

*«Тестирование опухолевой ДНК проводится по назначению врачей при уже установленном онкологическом диагнозе. Имея на руках заключение о наличии или отсутствии определенной генной мутации, специалисты могут подбирать эффективные схемы лекарственной терапии индивидуально для каждого пациента, а также контролировать ее эффективность в динамике»,* - поясняет Елена Эмильевна.



# Победим свой страх!

По словам эксперта, применение таргетных препаратов на ранних этапах лекарственной терапии при некоторых опухолях лёгкого позволяет взять недуг под контроль и избежать появления метастазов. А при метастатических формах меланомы и колоректального рака подобное лечение остается единственным вариантом, дает возможность на время стабилизировать процесс и продлить пациентам жизнь.

## Предупрежден, значит, вооружен

Ряд молекулярно-генетических исследований позволяет бороться с онкозаболеваниями еще до момента их возникновения в организме. Как? Очень просто! Молекулярно-генетическая диагностика позволяет выявить высокую степень предрасположенности человека к тем или иным видам рака.

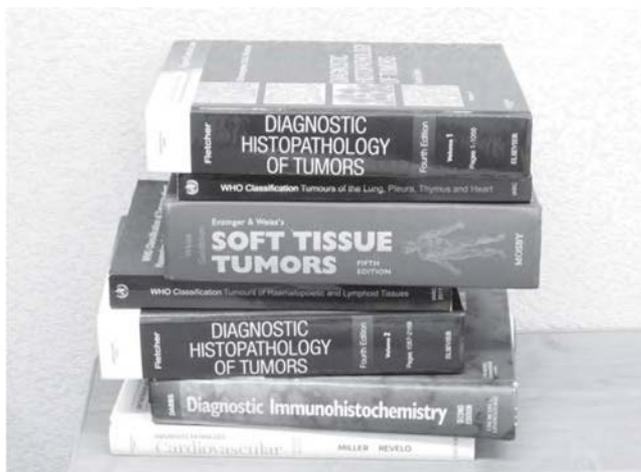
*«В нашей лаборатории мы выявляем генетическую предрасположенность к раку молочной железы, яичников, поджелудочной железы и простаты. В случае обнаружения наследственных мутаций у одного представителя рода, мы можем также обследовать его кровных родственников, чтобы определить и их онкологические риски»,* - уточняет Елена Пупкова.

**Важная цель выявления семейных опухолевых синдромов - активное обследование еще здоровых родственников пациента, у которых, возможно, имеются патогенные мутации.** В итоге можно разработать комплекс мероприятий, направленных на предотвращение заболевания или его раннего выявления.



В Алтайском краевом онкологическом диспансере проводится около 8000 молекулярно-генетических тестов в год.

С июня 2019 года в клинике провели более 100 исследований экспрессии PD-L1 и MSI. Один такой анализ в среднем занимает от 3 до 7 дней. В качестве биоматериала исследуется кровь и клеточный материал пациента, а также фрагменты опухолевой ткани, полученные в результате биопсии или во время операции.



## Армия иммунитета

Еще один важный «штрих» к молекулярно-генетическому «портрету» опухоли дают **иммуногистохимические исследования**. Они помогают определять чувствительность онкологических клеток к иммунопрепаратам.

Иммунотерапию назначают не всем - она будет эффективна, только если конкретная опухоль обладает определенными ключевыми признаками. Их и ищут в опухолевых клетках врачи-морфологи патологоанатомического отделения Алтайского краевого онкологического диспансера.

В июне 2019 года здесь первыми в Алтайском крае и в Сибирском федеральном округе запустили в практику два вида иммуногистохимических исследований: **тестирование экспрессии PD-L1 и определение микросателлитной нестабильности в опухоли (MSI)**.

Первый позволяет определять активность рецепторов, помогающих раковым клеткам «обманывать» собственный иммунитет человека, маскироваться под хорошие структуры и «уходить» от защитных атак лимфоцитов. Показатели микросателлитной нестабильности свидетельствуют о нарушениях в структуре ДНК самих онкоклеток - такие опухоли, как правило, менее агрессивно растут и меньше метастазируют, но не чувствительны для стандартной терапии.

MSI определяется, прежде всего, пациентам с колоректальным раком или опухольассоциированным синдромом Линча, раком эндометрия, желудка и тонкой кишки. Что касается экспрессии PD-L1, в настоящее время это важный доступный биомаркер для оценки перспектив лечения пациентов с распространенным немелкоклеточным раком лёгкого, раком молочной железы, мочевого пузыря и почек специальными иммунологическими препаратами, так называемыми ингибиторами контрольных точек иммунитета.

*«Чем выше уровень PD-L1, тем лучших результатов можно ожидать от подобной терапии»,* - уверен врач-морфолог Алтайского краевого онкологического диспансера **Сергей Юрьевич БАХАРЕВ**.

# Факторы риска и профилактика острых нарушений мозгового кровообращения

*Острые нарушения мозгового кровообращения представляют собой группу синдромов, развивающихся вследствие острого расстройства кровообращения головного мозга. Различают ишемический инсульт (инфаркт мозга) и геморрагический инсульт (внутричерепное кровоизлияние).*

**Ишемический инсульт** возникает в результате критического снижения или прекращения кровоснабжения участка мозга.

**Геморрагический инсульт** - в результате разрыва патологически измененных сосудов мозга с образованием кровоизлияния в ткань мозга.

**К основным факторам возникновения острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) относятся:**

- ▶ возраст (старше 50 лет);
- ▶ наследственная предрасположенность;
- ▶ половая принадлежность;
- ▶ артериальная гипертензия;
- ▶ курение;
- ▶ употребление алкоголя;
- ▶ мерцательная аритмия и другие заболевания сердца;
- ▶ факторы образа жизни: избыточный вес, отсутствие физической активности, нарушение питания и факторы стресса;
- ▶ сахарный диабет;
- ▶ предшествующие транзиторные ишемические атаки (ТИА) и инсульт;
- ▶ применение оральных контрацептивов.

Не секрет, что риск развития инсульта с возрастом увеличивается. Так, с каждым десятилетием после 55 лет риск развития инсульта удваивается. Причем, у мужчин риск раз-

вития инсульта выше, чем у женщин, но при этом смертность от этого заболевания в любой возрастной группе регистрируется выше у женщин.

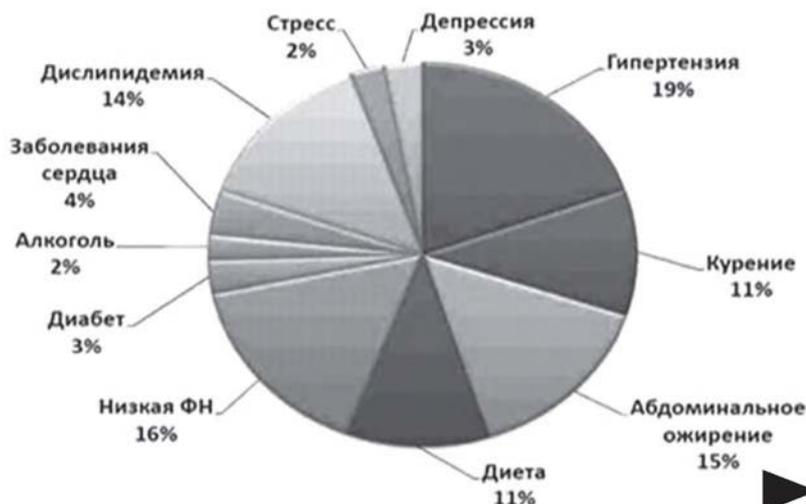
Что касается наследственности, то люди, у ближайших родственников которых был инсульт, имеют более высокий риск его развития.

Осуществляемая сегодня диспансеризация работающего населения позволяет выявлять на ранних этапах и эффективно лечить заболевания, которые являются основной причиной смертности и инвалидизации населения. Профилактика инсульта осуществляется врачами и медицин-



**Татьяна Ивановна  
АЛЕКСАНДРОВА,**  
старшая медицинская  
сестра терапевтического  
отделения,  
КГБУЗ «Городская  
поликлиника №3,  
г.Барнаул»,  
член ПАСМР  
с 2014 года

## Факторы риска инсульта



## Советы медицинской сестры

скими сестрами первичного звена. Именно в поликлиниках у пациентов выявляются и учитываются все имеющиеся факторы риска, что позволяет своевременно взять под контроль граждан. Также в медицинских учреждениях ведутся диспансерные группы и школы здоровья.

**Мероприятия участковой службы по первичной профилактике** направлены на устранение и уменьшение воздействия факторов риска инсульта. В первую очередь, это:

◆ **нормализация давления** (целевой уровень - ниже 140/90 мм рт.ст.). Лечение артериальной гипертензии включает общие мероприятия (диета, изменение образа жизни) и лекарственную терапию, которую врач подбирает индивидуально. Адекватная гипотензивная терапия позволяет снизить риск развития инсульта приблизительно на 40%. Помните, что артериальная гипертензия имеет самое непосредственное отношение к формированию практически всех механизмов развития ишемического инсульта;

◆ **коррекция и поддержание оптимального уровня холестерина и глюкозы в крови** (доказано, что наличие сахарного диабета является фактором риска развития инсульта);

◆ **профилактика инсульта у больных с нарушениями ритма сердца** должна корректироваться медикаментозной терапией;

◆ **профилактика ишемического инсульта у больных с атеросклеротическими изменениями сонных артерий.** Вовремя проведенное ультразвуковое дуплексное сканирование сонных артерий поможет определить не только степень стеноза, но и структуру имеющейся бляшки;

◆ для профилактики ишемического инсульта у больных с нарушениями ритма сердца и ТИА применяют **антиагреганты** (в том числе ацетилсалициловую кислоту).

**Когда необходимо заподозрить инсульт?**

✓ При развитии у человека внезапной слабости или потери чувствительности на лице, руке или ноге, особенно, если это на одной стороне тела.



✓ При внезапном нарушении зрения или слепоте на один или оба глаза.

✓ При развитии затруднений речи или непонимание слов и простых предложений.

✓ При внезапном развитии головокружения, потери равновесия или расстройства координации движений, особенно при сочетании с другими симптомами, такими как нарушенная речь, двоение в глазах, онемение или слабость.

✓ При внезапном развитии у человека угнетения сознания вплоть до комы с ослаблением или отсутствием движений в руке и ноге одной стороны тела.

✓ При развитии внезапной, необъяснимой, интенсивной головной боли.

**При возникновении у человека одного или нескольких симптомов вышеописанных симптомов необходима срочная госпитализация!**

Уважаемые пациенты, помните, что при вашем непосредственном участии усилия медицинских работников, направленные на снижение частоты инсультов: выявление и лечение групп высокого риска - будет намного эффективней. Займитесь своим телом и духом: ведите активный образ жизни, рационально питайтесь, чаще бывайте на свежем воздухе, соблюдайте режим сна и отдыха. И главное - своевременно проходите в поликлинике диспансеризацию взрослого населения! ☺

**Адекватная гипотензивная терапия позволяет снизить риск развития инсульта приблизительно на 40%. Помните, что артериальная гипертензия имеет самое непосредственное отношение к формированию практически всех механизмов развития ишемического инсульта!**



# Доброкачественная гиперплазия предстательной железы

*Процесс развития аденомы предстательной железы (она же - доброкачественная гиперплазия предстательной железы, ДГПЖ) начинается с формирования в тканях железы небольшого узелка, который постепенно увеличивается. Изменяя размеры, предстательная железа начинает сдавливать мочевыводящий канал, мешая нормальному оттоку мочи.*

### Причины развития болезни

Появление аденомы связано с возрастными изменениями организма. У молодых людей она диагностируется крайне редко. После 50 лет примерно 50% мужчин страдают данным заболеванием, а после 70 лет - уже 75% мужчин.

**Гиперплазию связывают с изменениями гормонального фона, колебаниями уровня половых гормонов,** которые происходят в процессе старения организма.

**Повышают риск возникновения заболевания и вредные привычки** (курение, алкоголь, наркотическая зависимость), **неправильное питание, стрессы, гиподинамия, чрезмерное увеличение массы тела, переохлаждение или чрезмерный перегрев предстательной железы, воспалительные патологии хронического характера.**

### Симптомы

Пациенты жалуются на **частое мочеиспускание**, особенно в ночное время, **ослабление струи мочи**. В запущенных случаях наблюдается и **подтекание мочи**, когда мочевого пузыря значительно переполнен. Может беспокоить **боль при мочеиспускании** за счет присоединения вторичного воспаления.

При отсутствии лечения подобные заболевания предстательной железы могут вызывать осложнения. Многие мужчины отмечают **наличие примесей крови в моче** - это связано с изменениями вен шейки мочевого пузыря, а также повышением кровяного давления в сосудах малого таза. Сильное

увеличение или отечность предстательной железы может привести к полному перекрытию мочевыводящего канала и появлению острой задержки мочеиспускания.

К наиболее распространенным осложнениям аденомы можно отнести и **воспалительные заболевания**, которые поражают любой участок выделительной системы. Пациенты страдают от уретритов, циститов, пиелонефритов, образования камней в мочевом пузыре и т.д.

**Симптомы аденомы простаты не являются следствием нормального процесса старения, а представляют собой проявление заболевания, которое можно и нужно лечить!**

### Методы диагностики

В первую очередь, обязательно проводят **пальцевое исследование**



**Татьяна Фанильевна СУХАНОВА,**

медицинская сестра  
приемного отделения,  
высшая

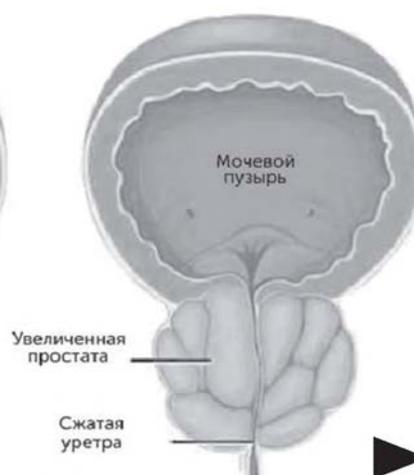
квалификационная  
категория,

КГБУЗ «Городская  
больница №8, г.Барнаул»,  
член ПАСМП с 2001 года

Нормальная простата



Аденома простаты



## Советы медицинской сестры

▶ **предстательной железы.** Оценивают ее размеры, контуры, плотность, чувствительность.

**Ультразвуковое исследование простаты** позволяет оценить размеры железы, ее структуру, а также состояние мочевыводящих путей и количество остаточной мочи в мочевом пузыре.

**Трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ)** позволяет детально изучить структуру простаты, получить точные ее размеры, наличие уплотнений, а также выявить признаки хронического простатита или рака простаты. ТРУЗИ позволяет определить развитие аденомы на очень ранних сроках.

Важной частью диагностики является **анализ крови на простатоспецифический антиген (ПСА):** это вещество, выделяемое простатой, является важным показателем для диагностики рака простаты (онкомаркер).

### Лечение

**Консервативное лечение.** Пациентам назначаются препараты, которые снижают тонус гладкой мускулатуры мочевого пузыря, облегчают процесс мочеотделения и способны снижать частоту посещения туалета. Разрастание ткани стимулируется чрезмерной выработкой тестостерона, поэтому для уменьшения размеров опухоли назначают препараты, блокирующие выработку тестостерона.

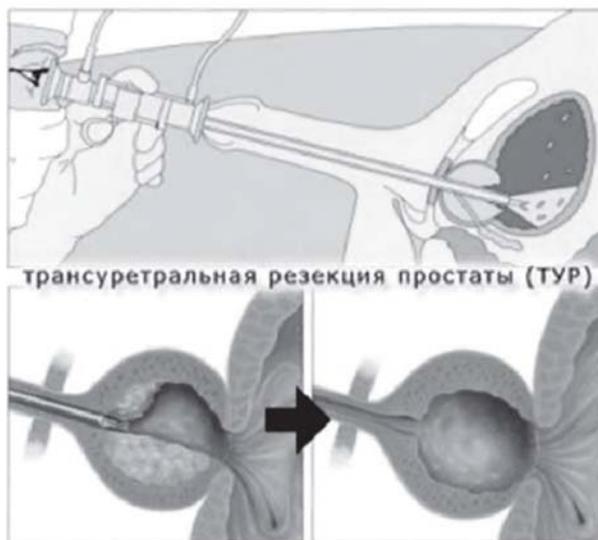
**Оперативное лечение.** Основным показанием является наличие остаточной мочи на фоне приема препаратов из группы альфа-адреноблокаторов. На сегодняшний день «золотым стандартом» хирургического лечения ДГПЖ является:

- **трансуретральная резекция (ТУР).** При помощи эндоскопического оборудования через мочеиспускательный канал производится, по возможности, полное удаление аденоматозных тканей;

- **радикальная аденомэктомия.** Она подразделяется на два вида. При одно-

моментной аденомэктомии аденома полностью удаляется за одну операцию. При наличии выраженной сопутствующей патологии, значительных размеров аденомы, воспалительных изменений со стороны мочевого пузыря операция разделяется на два этапа. **Первый этап** - цистостомия, во время которой

устанавливается дренажная трубка через мочевой пузырь для полного опорожнения мочевого пузыря и снятия воспалительного процесса. Пациент выписывается на амбулаторное лечение в течение 3-4 недель с функционирующим мочепузырным дренажом. Затем производится **второй этап** - аденомэктомия, когда удаляется аденома предстательной железы, закрывается мочепузырный свищ, восстанавливается самостоятельное мочеиспускание.



### Профилактика

Рекомендуется вести **здоровый образ жизни**, тщательно следить за своим питанием. В рационе должны присутствовать свежие овощи и фрукты, а количество животных белков с возрастом нужно уменьшать. Злоупотребление острой и пряной пищей приводит к запорам, что стимулирует процесс роста опухоли. Следует отказаться от жареной пищи, алкоголя и кофеинсодержащих продуктов.

Важной частью профилактики является и **физическая активность:** зарядка, занятия в тренажерном зале, пешие прогулки. Гиподинамия - это тот фактор, который негативно влияет на работу организма, гормональный фон и, соответственно, может стимулировать развитие заболевания. ☺

**Разрастание ткани стимулируется чрезмерной выработкой тестостерона, поэтому для уменьшения размеров опухоли назначают препараты, блокирующие выработку тестостерона.**



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



# Современный подход к оценке композитного состава тела.

## Биоимпедансметрия



**Светлана Сергеевна НАЗАРОВА,**  
студентка 6 курса АГМУ,  
староста научного кружка  
кафедры госпитальной  
терапии и  
эндокринологии;



**Инна Александровна ВЕЙЦМАН,**  
доцент кафедры  
госпитальной терапии  
и эндокринологии,  
руководитель научного  
кружка кафедры  
госпитальной терапии  
и эндокринологии  
  
- Алтайский  
государственный  
медицинский университет

*Прекрасно выглядеть важно всегда, но понятие прекрасного меняется с течением времени.*

Древние греки ценили атлетичность, говоря «в здоровом теле - здоровый дух!», а аристократы XIX века считали идеалом бледность, худобу и горящие глаза (хотя на самом деле эта красота была лишь следствием чахотки). В наше время столкнулись два тренда - мода на худобу и движение боди-позитива, пропагандирующее принятие своего тела таким, какое оно есть.

Как выбрать сторону в этой борьбе: кто из них прав? А главное - как не навредить своему здоровью? Ведь на самом деле тот, кто здоров, уже красив.

Достаточно часто так бывает, что человек внешне строен, но на самом деле у него есть избыток жира или же недостаточная мышечная масса.

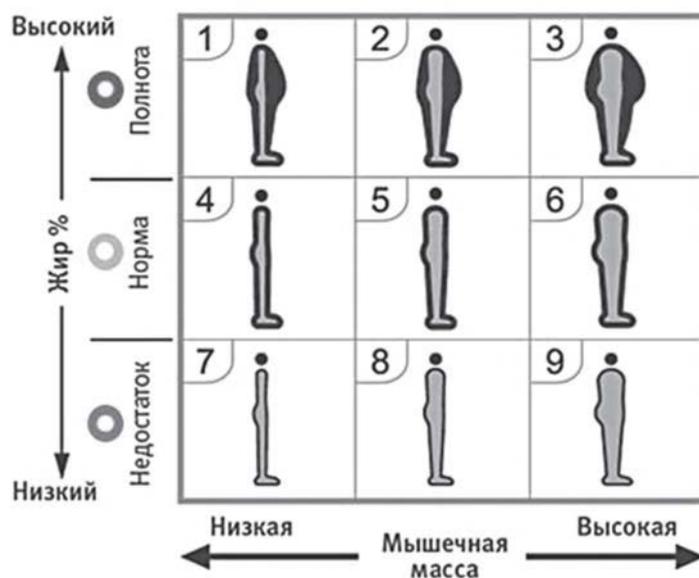
**Узнать, всё ли в порядке с составом тела, можно с помощью биоимпедансметрии.**

В основе биоимпеданса лежит измерение электрического сопротивления биологических тканей организма. Так как разные ткани имеют различное электрическое сопротивление, то с помощью биоимпеданса можно определить содержание в организме воды вне и внутри клетки, жирового и мышечного компонентов.

**Биоимпедансный**

**анализ состава тела позволяет узнать биологический возраст, индивидуальное значение идеального веса и основной обмен веществ.** Таким образом, вместе со специалистом можно рассчитать, сколько килограммов веса надо скинуть за счет уменьшения процента жира в организме, или сколько необходимо набрать, проработав мышечную массу, а также в каком темпе это сделать без вреда для здоровья.

Сама процедура биоимпедансметрии достаточно проста. В настоящий момент даже существуют бытовые напольные весы с анализатором состава тела. Для точного измерения **используются весы с четырехсенсорной технологией**, в которой для проведения измерений используется контакт со стопами и ладонями. Однако стоит заметить, что *данная процедура не рекомендована людям с кардиостимуляторами* - во время





биоимпедансметрии через тело проходит слабый электрический ток. И хоть он практически не ощущается человеком, всё же может повлиять на работу вживленных электронных приборов.

**Для максимально точного результата биоимпедансметрии необходимо соблюдать следующие правила:**

- измерение необходимо проводить через 2-3 часа после приема пищи;
- опорожнить мочевой пузырь за 30 минут до процедуры;
- за сутки до обследования не употреблять алкоголь;
- не стоит проводить измерение после физических нагрузок;
- если перепад между температурой на улице и в помещении большой, то не стоит проводить измерение сразу после того, как вы зашли в помещение.

По результатам проведенного исследования пациенты получают заключение, в котором указано, сколько в организме воды, жировой массы, мышечной массы и других параметров.

Например:

Анализ состава тела					
	Результат	Нормативы	Толстая масса	Безжировая масса	Вес
Общее количество воды в организме (L)	64,6 (46,6-57,0)	64,6	83,0 (59,8-73,2)	88,3 (63,4-77,5)	103,4 (70,5-95,3)
Протеины (kg)	17,3 (12,5-16,3)				
Минералы (kg)	6,36 (4,31-5,27)				
Содержание жира в теле (kg)	15,1 (10,0-19,9)				

Согласно полученным результатам врач совместно с тренером подбирает индивидуальную программу снижения веса. А результат оценивается повторным проведением биоимпедансметрии.

**Биоимпедансметрия - это хороший и доступный способ узнать состав своего тела, понять, что стоит изменить, и вместе со специалистом составить план, как добиться желаемого результата. Меняйтесь к лучшему и будьте здоровы!** 🍷

## Это интересно!

### Толстый и тонкий

Ученые Южно-Уральского государственного университета разработали цифровой «помощника» для врача. При наведении инфракрасной камеры на пациента, «умный» гаджет сразу обозначает риски: есть ли избыточный жир и рядом с какими органами его больше всего. Или же показывает недостаток веса.

Прибор создает виртуального «двойника» человека с помощью, по сути, тепловизора. И уже на основе этой картинки делает выводы. Таким образом были обследованы более 70 женщин. Фиксируя тепловое поле человека, оценивались отклонения от нормы - слишком теплые или слишком холодные зоны. С помощью сложной математической модели установлена связь между температурой в определенных областях тела и количеством жировой ткани.



В итоге получается хороший диагностический критерий различных заболеваний, связанных с обменом веществ и гормональными нарушениями. Технология уже сейчас позволяет прогнозировать состав жировой ткани с точностью до 80%.

Прибор работает дистанционно и никак не воздействует на человека. Поэтому к исследованию можно заранее не готовиться. Не нужны ни специальная диета, ни контрастные вещества, вводимые в организм. Такой пассивный метод диагностики считается очень перспективным направлением. Планируется, что термография станет частью целого аппаратно-программного комплекса. Он будет включать сам прибор с инфракрасной камерой внутри и цифрового «двойника» человека. Эту работу российские ученые делают вместе с французскими коллегами.

### Не спешите на покой

**Не торопитесь выходить на пенсию, советуют американские ученые, так как это самый быстрый путь к деменции.**

Были исследованы более 17 тысяч жителей Китая старше 60 лет, среди которых были как вышедшие на пенсию, так и продолжающие трудиться. Оказалось, что первая группа демонстрировала стремительное снижение умственных функций по сравнению со второй группой, представители которой продолжали работать. Больше всего страдала память - у находящихся на заслуженном отдыхе она была на 20% хуже. Так что польза от социальной активности в пожилом возрасте даже перевешивает пользу, которую человеку на пенсии дают правильное питание и полноценный сон.



# Мастопатия: диагностика и лечение



**Евгения Вадимовна ХАКИМОВА,**  
врач-онколог-маммолог,  
КГБУЗ «Диагностический  
центр Алтайского края»

**Красивая женская грудь - это предмет гордости прекрасной половины человечества. Однако внешняя красота может сопровождаться внутренними патологиями, которые часто скрыты от глаз и обнаруживают себя, когда проблема уже стоит серьезно.**

К таким скрытым заболеваниям женщин можно отнести мастопатию, которая требует к себе внимания, а иначе грозит перерасти из безобидного образования в угрожающее.

**Мастопатия - это патологическое, гормонозависимое состояние, которое сопровождается разрастание железистой ткани.** Несмотря на удалённость от репродуктивных органов, молочные железы зависимы от процессов, происходящих в матке и яичниках. Поэтому мастопатия также может проявляться как признак плохой работы печени, почек и даже гипопифиза.

**Выделяют следующие виды мастопатии:**

- *диффузная* (проявляется болями, увеличением, нагрубением молочной железы в менструальный период),

- *узловая* (грудь болезненна вне зависимости от месячного цикла),

- *фиброзно-кистозная* (отмечается острая болезненность даже при незначительных движениях, выделения секрета из груди).

**При диагностике заболеваний молочных желёз используются такие методы, как:**

- ◆ осмотр,
- ◆ пальпаторное исследование молочных желёз,

- ◆ УЗИ молочных желёз (проводится в первую фазу цикла 5-10 день после начала месячного цикла),

- ◆ маммография (проводится женщина после 35 лет),

- ◆ пункционная биопсия молочной железы (проводится при наличии узловых образований).

**Важно отметить, что все эти перечисленные методы абсолютно безопасны для женщины!**

Рассмотрим **основные принципы лечения мастопатии:**

- ▶ *иммунокорректоры* - адаптогены, повышают иммунитет и общую сопротивляемость организма,

- ▶ *гомеопатия* - растительные препараты, улучшающие состояние женщины как в предменструальный, так и в менструальный период,

- ▶ *витамиотерапия* помогает в уменьшении «болезненности» самого цикла, назначается также в дополнение к гормонам,

- ▶ *нестероидные противовоспалительные препараты* направлены для уменьшения чувствительности молочных желёз, более внизу живота, поясничной области,

- ▶ *препараты, нормализующие психоэмоциональное состояние женщины*, - седативные, позволяющие уменьшить нервозность и раздражительность,

- ▶ *гормонотерапия* - препараты, направленные на лечение проблем женских органов, назначаются врачом-гинекологом и в совокупности корректируют мастопатию,

- ▶ *хирургическое лечение* при узловых формах мастопатии, фиброаденомах.

Важно отметить, что именно врач-онколог-маммолог может максимально скорректировать проявления мастопатии, улучшить качество жизни пациентки! К сожалению, единого стандарта лечения не существует, и **каждой женщине индивидуально назначаются подходящие именно ей препараты.**

Мастопатия сама по себе является фактором риска рака молочной железы, но это ни в коем случае не повод для паники. Многие женщины вне зависимости от возраста пугаются, когда им выставляют диагноз «мастопатия», переживают, что со временем образование «переродится» в злокачественное. Это миф! Тот

факт, что мастопатия является фактором риска рака молочной железы, не означает, что через какой-либо период времени можно будет говорить уже об онкологии. **Мастопатию можно считать ВЮ-маркером гормонального неблагополучия на уровне организма и локально - в ткани молочной железы.** Наличие наследственного рака молочной железы может повышать риск развития онкопатологии, но не включает всех женщин, страдающих мастопатией.

Кроме того, **своевременное лечение мастопатии снижает риск возникновения рака молочной железы.** Для контроля над состоянием пациентки назначаются систематические осмотры и регулярно проводятся дополнительные методы исследования (УЗИ молочных желёз, маммография).

Если у пациентки имеется отягощенная наследственность рака молочной железы (от трех и более кровных родственников), ей рекомендуется встать на диспансерный учет в отделение профилактики и индивидуального прогнозирования злокачественных образований Алтайского краевого онкологического диспансера. Направление можно взять в поликлинике по месту жительства у терапевта или гинеколога.

**Появление малейших жалоб является сигналом для посещения врача-онколога-маммолога, у которого нужно также получить консультацию при планировании беременности, в том числе ЭКО, и плановых оперативных вмешательствах.**

### Как самостоятельно выполнить обследование груди?

**В душевой.** Поднимите одну руку. Держа пальцы плоскими, прощупайте каждый участок каждой молочной железы: нет ли выпуклостей или уплотнений. Правой рукой исследуйте левую грудь, а левой рукой - правую.

**Перед зеркалом.** Опустите руки по бокам, затем поднимите над го-



ловой, внимательно понаблюдайте: нет ли изменений в размере, форме и очертаниях каждой молочной железы. Проверьте, нет ли сморщенных участков кожи, углублений на коже и изменений в ее структуре. Осторожно сжимая соски, посмотрите, нет ли выделений.

**Лежа на спине.** Это наиболее важная часть самопроверки, потому что только в таком положении можно хорошо прощупать все ткани. Уложите под левое плечо сложенное в несколько раз полотенце или подушечку, левую руку положите под голову. Правой рукой, соединив пальцы вместе и удерживая их плоскими, осторожно прощупывайте левую грудь, не слишком сильно надавливая. Совершайте пальцами круговые движения, начиная от верхнего края молочной железы и по спирали перемещаясь в направлении соска. Исследуйте каждый участок груди. Повторите всю процедуру на правой груди. Исследуйте и области ниже подмышечных впадин, которые также содержат ткань молочной железы. ☺

**Появление малейших жалоб является сигналом для посещения врача-онколога-маммолога, у которого нужно также получить консультацию при планировании беременности, в том числе ЭКО, и плановых оперативных вмешательствах.**

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

На правах рекламы



# Это пугающее слово «фиброгастродуоденоскопия»!



**Ксения Алексеевна МЯЗИНА,**  
врач-эндоскопист,  
эндоскопическое  
отделение,  
КГБУЗ «Краевая  
клиническая больница»

**Фиброгастродуоденоскопия - это методика эндоскопического обследования верхнего отдела пищеварительной системы (желудка, двенадцатиперстной кишки, пищевода). Для ее проведения используется специальный инструмент - гастроскоп, который оснащен миниатюрной камерой и манипулятором.**

## Как проводится исследование?

В современной эндоскопии изображение выводится на специальный экран. Для прохождения процедуры пациент ложится на левый бок. Во время проведения фиброгастродуоденоскопии (ФГДС) тубус гастроскопа проходит через ротовую полость, ротоглотку, гортань, пищевод и попадает в просвет желудка. Врач осматривает состояние слизистой. Обычно ФГДС включает проведение теста на наличие хеликабактерной инфекции. При необходимости (например, при длительном существовании язвы, обнаружении новообразований, хронических воспалительных процессах) обследование дополняется биопсией тканей (говоря проще, производится забор небольшого фрагмента ткани) с цито-

логическим исследованием в специализированной лаборатории.

Общая длительность процедуры не превышает 10-15 минут. В отдельных ситуациях и сложных случаях время обследования может увеличиться.

**ФГДС является основой диагностики заболеваний желудка, двенадцатиперстной кишки и пищевода.** Она позволяет визуализировать изменения слизистой оболочки, которые плохо видны на компьютерной томографии (КТ) или магнитно-резонансной томографии (МРТ). Именно по результатам ФГДС можно различить гастрит, язвенную болезнь или злокачественный процесс. Особую важность исследование имеет для высокоспецифической экспресс-диагностики хеликобактерной инфекции.

## Когда пациенту назначается исследование?

**ФГДС проводится при наличии у пациентов следующих симптомов:**

- ▶ *ноющей боли* в верхней половине живота, которая усиливается после приема пищи и напитков (особенно алкогольных и газированных);
- ▶ *ощущение дискомфорта* в эпигастрии (верхняя часть живота);
- ▶ *возникновение тошноты*, однократной рвоты;
- ▶ *жжение* за грудиной или изжоги;
- ▶ *снижение аппетита* и последующего уменьшения массы тела;
- ▶ *склонности к запорам или поносам.*



## Больно ли делать ФГДС?

Для уменьшения выраженности неприятных ощущений при проглатывании тубуса гастроскопа используется местный анестетик, который наносят на заднюю поверхность ротоглотки. Процедуру трудно назвать приятной, но вместе с тем она не болезненна. **Болевой синдром при проведении процедуры встречается редко.** Например, он возможен при наличии острой патологии (обострение язвенной болезни, перфорации стенки желудка или двенадцатиперстной кишки).

## Как облегчить процедуру?

**Очень важен психологический настрой.** Важен контакт между пациентом и врачом. Врач должен быть готов ответить на все возникшие вопросы, а также дать информацию о том, зачем и как проводят ФГДС.

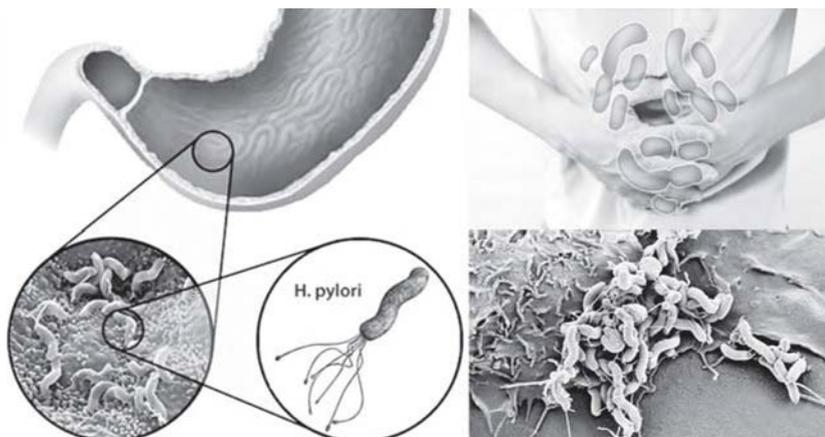
**Пациенту не нужно бояться или стыдиться, если во время процедуры возникает отрыжка, повышенное слюноотделение или приступ тошноты.** Эти симптомы являются вариантом нормы. Они в разной степени беспокоят большинство пациентов, но не являются признаками осложнений и быстро проходят после завершения диагностики.

**Крайне важна правильная подготовка.** Последний прием пищи накануне исследования должен состояться не позднее 18 часов, позднее вечером возможен только прием жидкости. Перед исследованием запрещается курить. Перед началом процедуры врач должен объяснить пациенту, как правильно дышать во время процедуры. Дыхание должно быть через нос глубоким и плавным.

## Helicobacter pylori - что это такое?

Многие случаи язв желудка и двенадцатиперстной кишки, гастритов, дуоденитов, рака желудка и, возможно, некоторые случаи лимфом желудка этиологически связаны с инфекцией *Helicobacter pylori*.

*Helicobacter pylori* - это спиралевидная грамотрицательная бактерия,



которая инфицирует различные области желудка. Хеликобактериоз - заболевание, вызванное данной бактерией. Попадая в среду желудка, бактерия вызывает воспалительный процесс в слизистой оболочке, что сопровождается нарушением ее структуры и образованием небольших язв, которые без лечения могут проникать в более глубокие ткани и затем диагностироваться как язва.

Во время ФГДС проводится биопсия слизистой желудка и измененных участков. Для выявления во фрагменте ткани уреазы (фермента, вырабатываемого бактерией *Helicobacter pylori*) необходимо поместить материал в специальную среду, которая содержит мочевины и индикатор. При наличии хеликобактерного фермента мочевины расщепится на углекислый газ и ионы аммония, pH среды отклонится в щелочную сторону, и индикатор отобразит это сменой цвета.

**Результат уреазного теста ставится на основании интенсивности окраски индикатора.** Врач-эндоскопист оценивает окраску плюсами: + (1 степень уреазной активности, низкий уровень хеликобактер), ++ (2 степень уреазной активности), +++ (3 степень уреазной активности, высокий уровень инфицирования).

В заключение стоит отметить, что ФГДС была и остается «золотым стандартом» диагностики заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки. **Относительно простая и безболезненная процедура позволяет диагностировать заболевание на начальных этапах, что влияет на эффективность дальнейшего лечения и прогноз.** ☺

**Обычно ФГДС проводят после консультации и осмотра пациента лечащим врачом, а также после сдачи основных лабораторных анализов.**



# Сложности социализации ребенка с расстройством аутистического спектра

**Именно взрослые обучают ребенка с расстройством аутистического спектра базовым социальным навыкам. Помочь им в этом призвано применение доступных методов альтернативной коммуникации, которые способствуют снижению дезадаптивного поведения детей с расстройством аутистического спектра и дают возможность продвижения в социальном и личностном развитии.**

Расстройства аутистического спектра (РАС) - это название большой группы расстройств развития, которая характеризуется дефицитом способности поддерживать социальное взаимодействие и общественные связи, а также ограниченными интересами и часто повторяющимися поведенческими действиями. Причина возникновения такого состояния и в настоящее время полностью не изучена.

По статистическим данным на 2019 год, аутизмом страдает каждый сотый житель планеты. Среди мальчиков РАС встречается в пять раз чаще, чем среди девочек. И ежегодно детей с РАС становится на 11-17% больше.

**Симптомы РАС объединяют две большие группы.**

**Первая** - это *отсутствие интереса к общению, способности говорить или понимать другого* (например, ребенок тянет взрослого за руку, но не делает попыток установить зрительный контакт, приносит игрушки, но с ними не играет, знает все буквы, но не реагирует на зов собственного имени, и т.д.).

Ко **второй группе** симптомов относятся:

- *повторяющиеся движения тела* (качания, наклоны, хлопки, скручивание);

- *последовательные действия и ритуалы, несоблюдение которых огорчает ребенка* (например, ежедневное долгое выстраивание объектов в одинаковой последовательности или мно-

гократный просмотр одного и того же видео);

- *ограниченность или узкая направленность интересов;*

- *слишком чуткое или притупленное восприятие* (звуков, запахов, прикосновений).

Поведенческие признаки РАС впервые проявляются у детей в возрасте 12-24 месяцев, но могут быть заметны и раньше. **Дети с РАС очень хотят общаться, но не всегда знают, как это делать.** Им сложно обратиться к другим детям или за помощью, сложно соблюдать социальную дистанцию, понять правила игры и правила поведения в обществе. Мысли, чувства и поведение других людей кажутся им непонятными и непредсказуемыми. Такой ребенок добивается желаемого или отказывается от неприятного при помощи нежелательного поведения: кричит, убегает, бросает предметы и т.п.

Дети с РАС проявляют себя по-разному, они отличаются друг от друга поведением, особенностями коммуникации, уровнем познавательного развития, но большинство экспертов сходятся в едином мнении, что **обучение ребенка с РАС социальным навыкам возможно и начинать делать это необходимо как можно раньше.**

## Ребенок с РАС и другие люди

К общению с другими людьми ребенка надо готовить.



**Ирина Сергеевна ФИЛОНЕНКО,**  
педагог-психолог,  
КГБУ «Алтайский краевой  
центр психолого-  
педагогической и медико-  
социальной помощи»

**Метод социальных кругов**, разработанный в США, позволяет ребенку с аутизмом узнать о личном пространстве, понять и запомнить, к какому из кругов относятся разные люди и какие приемлемы формы поведения с ними.

Ребенку объясняют, какие люди включены в разные круги (для этого можно использовать фотографии, таблички с именами других детей, членов семьи и педагогов), и почему каждый круг предполагает определенные формы общения. Постепенно ребенок



**Круги разного цвета обозначают людей из разных социальных сред:**

- ▶ **центральный круг фиолетового цвета** - «я и мое личное пространство»;
- ▶ **голубой круг** - «моя семья»;
- ▶ **зеленый круг** - «мои друзья»;
- ▶ **желтый круг** - «мои знакомые люди»;
- ▶ **оранжевый круг** - «педагоги, врачи, социальные работники и другие люди, которые мне оказывают помощь»;
- ▶ **красный круг** - «незнакомые мне люди».

обучается правилам поведения с людьми из разных кругов (например, как здороваются с друзьями, членами семьи и другими людьми, у кого можно просить помощи, кто может прикасаться к ребенку, кого можно пригласить к себе в гости и т.д.).

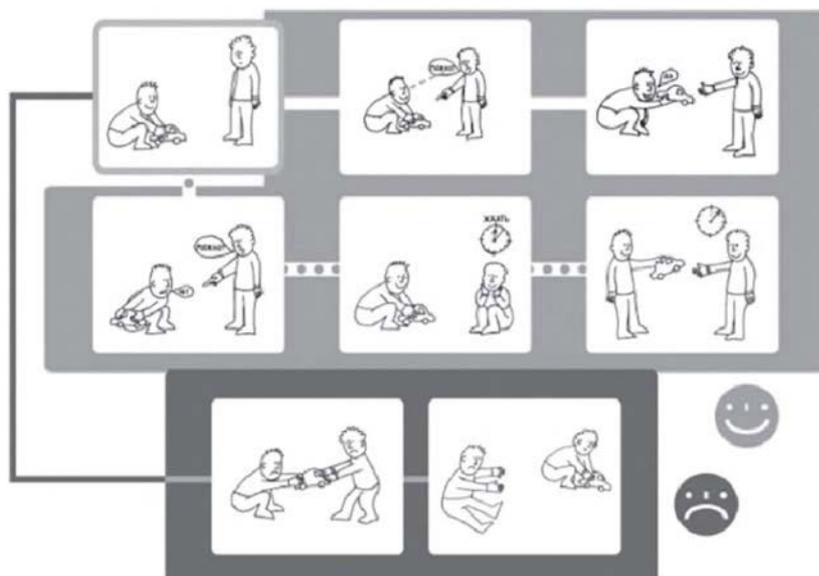
Общество других детей для ребенка с РАС является самым тяжелым. И поэтому близкие должны обучить ребенка с РАС, как вступать в диалог с другими, играть с соблюдением правил, следовать общепринятым нормам поведения и одновременно предоставлять возможность выражать свои желания и потребности эффективным способом.

**Важной задачей взрослых является обучение ребенка с РАС базовым социальным навыкам:**

- **делиться игрушками.** Ребенку бывает трудно понять, почему он должен делиться с другими детьми, а также осознать то, что он может получить свою игрушку обратно.

**Необходимо обучать игровым действиям с различными предметами:** куклами, машинами, мячом, фигурками животных. В игре взрослый использует соответствующие комментарии для обучения их применению: «Давай играть», «У меня есть...», «Моя очередь, теперь - твоя...». Можно по очереди использовать визуальную поддержку: какой-либо предмет использовать как символ передачи хода другому участнику. *Обязательно подчер-*

### Общение (игры) со сверстниками



кивайте и закрепляйте с помощью поощрения правильное поведение. Также необходимо подкреплять и само участие ребенка в игре, так как он не всегда получает удовольствие от процесса игры;

- **здороваться и прощаться.** Ребенку не только важно научиться употреблять приветствия, но и понять, что с разными людьми, например, взрослыми и детьми - здороваются по-разному. Некоторым детям сложно привыкнуть к тому, что с человеком здороваются только один раз в день;

- **использовать адекватную громкость голоса во время общения.** Некоторые дети говорят слишком громко или слишком тихо, что может затруднять их общение со сверстниками. Поэтому нужно обучать ребенка регулировать громкость своего голоса;

- **соблюдать социальную дистанцию.** Этот навык имеет также отношение к чувству безопасности (неожиданное приближение другого человека и его вторжение в личное пространство могут восприниматься ребенком как проявление агрессии). Некоторым детям трудно соблюдать социальную дистанцию: они либо подходят слишком близко и вторгаются в личное пространство другого, либо общаются с максимально далекого расстояния. Ребенку нужно научиться понимать, что люди во время общения поворачиваются лицом к собеседнику. В этом случае визуальные подсказки могут помочь понять, что такое приемлемая социальная дистанция: ее можно обозначить при помощи линии на полу (от собеседника нас разделяет расстояние вытянутой руки).

Особенностью обучения социальным навыкам является то, что практиковать их применение необходимо в реальной жизни с другими людьми. Помочь в некоторых случаях может **дополнительная альтернативная коммуникация**: системы изображений, электронные устройства, системы голосового вывода, общение с помощью общепринятых жестов, трехмерных символов.

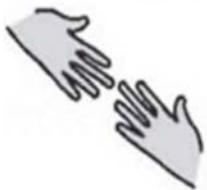
Ребенок с РАС способен использовать **визуальные символы или пиктограммы**, поэтому взрослые могут применять их в различных ситуациях общения. Важно учесть, что



обсуждение происходящих действий с визуальной подсказкой необходимо вести с разных точек зрения, например, сопоставляя, «что делаешь ты, что делаю я» и т.п., потому что в восприятии ребенка с РАС символы статично фиксируются и не переносятся в другую, реальную ситуацию. Можно завести альбом с фотографиями, изображающими, как ребенок ест, одевается, играет, отдыхает, занимается и т.д.

Участие ребенка с РАС в праздничных мероприятиях может иметь

**Что ты делаешь?**

 Я	 РИСУЮ	 ДЕРЕВО
Я хочу это 	Нужно побыть одному 	
Мне нужна помощь 	Мне нужен перерыв 	

**Ребенку нужно научиться понимать, что люди во время общения поворачиваются лицом к собеседнику. В этом случае визуальные подсказки могут помочь понять, что такое приемлемая социальная дистанция: ее можно обозначить при помощи линии на полу (от собеседника нас разделяет расстояние вытянутой руки).**





**Возможно, в первое посещение праздника ребенок только издали заглянет, как веселятся другие дети, и этого впечатления ему будет вполне достаточно. Позвольте ребенку дозировать свои впечатления.**

особую значимость в его жизни, доставить ему такие же несравнимые впечатления и радость, как и сверстникам. Но необходимо предварительно подготовить ребенка, обдуманно, постепенно, с учетом индивидуальных особенностей.

**Задолго до праздника родители объясняют:** где и почему дети соберутся вместе, что и в какой последовательности будет происходить, будут ли гости, выступления других детей и чем закончится праздник. Объяснение лучше сопровождать последовательными визуальными подсказками-образами.

На празднике сопровождающий ребенка взрослый помогает сориентироваться, понять происходящее и выполнить нужные действия: куда идти, кого слушать, когда аплодировать.

Хорошим способом обучения социальным навыкам может послужить **метод социальных историй**. Это короткие рассказы о том, как следует вести себя в определенной ситуации. Они составляются индивидуально для ребенка с учетом его интересов. Примеры тем для создания социальных историй могут быть такими: «Я умею здороваться», «Как я знакомлюсь с ребятами», «Как разговаривать с людьми», «Я умею быть вежливым с другими людьми», «Я умею играть с другими детьми», «Я умею делиться иг-

рушками», «Что я делаю, когда сержусь на ребят».

Рассказывать социальную историю ребенку необходимо заранее в течение 1-2 недель до мероприятия. При создании социальной истории обращайте внимание на то, что особенно может привлечь внимание ребенка (объекты, люди, предметы, цвета); что издает громкие звуки или неожиданно начинает двигаться; какие «опасности» нужно предупредить; в каких ситуациях ребенку придется ждать.

Еще один из методов, зарекомендовавший себя в обучении детей с РАС как весьма эффективный, - **видеомоделирование**. Это создание специально для конкретного ребенка видеозаписи, которая демонстрирует модель желательного поведения (на примере сверстника). Просмотр видеоролика сопровождается чтением короткой социальной истории. Например, «Когда мы играем с ребятами, сначала я слушаю правила. Я сижу тихо и ожидаю свой ход...».

## Ребенок с РАС в обычной школе

**Обучение ребенка в образовательном учреждении - лучшая возможность для развития и тренировки социальных навыков.** Так ребенок с РАС не остаётся в обедненной речевой среде, имеет возможность научиться жить

вместе с другими людьми, участвовать в общении детей между собой, слышать развернутую инструкцию педагога, обращенную к группе детей.

К школьному возрасту многие дети с аутизмом хотят идти в школу, хотя бы быть учениками и даже имеют школьные навыки: знают буквы и цифры, порядковый счет, умеют читать, считать, многие имеют обширные знания в области своих интересов. Тем не менее, **обучение ребенка в классе, в группе детей сначала может складываться тяжело, так как его самые простые бытовые навыки еще недостаточно сформированы.** Он не умеет пользоваться общим туале-

 приходим в стоматологическую клинику	 разговариваем с регистратором	 ждем своей очереди	<b>Как мне успокоиться</b>  Когда я расстроен, сердит или недоволен, я могу использовать следующие способы, чтобы успокоиться...	
 нас приглашают в кабинет	 заходим внутрь	 стоматологическое кресло	 Закрывать глаза и посчитать до десяти 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	 Попросить перерыв и отдохнуть
 сесть в кресло	 надеть очки надеть нагрудник	 кресло отъедет назад и опустится	 Глубоко подышать и посчитать до пяти 5 4 3 2 1	 Прогуляться
			 Попрыгать на батуте или покачаться на качелях	 Попросить помощи у взрослого





том, завтракать вместе со всеми, медленно одевается, ему трудно сориентироваться, достать из портфеля и разложить нужные для урока пособия. Ребенок с трудом может сидеть некоторое время за партой, он может вставать, ходить по классу во время урока, играть во что-то свое, выполнять задания медленно и неловко. перевозбуждение, немотивированный смех или плач ребенка, как правило, связаны с его перегруженностью новыми впечатлениями.

**Ребенку с аутизмом в школе в основном требуется всё то же, что и обычным детям**, - он очень нуждается в эмоциональном контакте, для него важны доброжелательность и симпатия, которые позволяют довериться и привязаться к своему учителю. Ему нужна четкая и подробно разработанная организация жизни в школе, на уроке, на перемене.

Незаменимым помощником в школе становится **визуальное расписание** - наглядное изображение последовательности действий, оно предупреждает ребенка о предстоящих изменениях и облегчает переход от одного вида деятельности к другому. Визуальное расписание обозначает разные этапы занятия: «читаем, пишем, перерыв, рисуем...». Для его составления лучше использовать доску с возможностью крепления карточек-пиктограмм по схеме «сначала-потом».

**Интенсивность общения с другими детьми сначала должна быть строго дозированной.** В предварительную подготовку и от-

работку визуальных подсказок, социальной истории, видеомоделирования должны включаться моменты общения с педагогом и с детьми. Это позволит ребенку осознать порядок происходящего и использовать сложившиеся ритуалы в своем поведении.

Неговорящий ребенок вместо речи может использовать систему дополнительной коммуникации - **коммуникативную доску или устройство с голосовым выходом**, тогда в них включают необходимые для деятельности слова. Визуальная поддержка поможет соблюдать игровые правила, например, выслушать другого, играть по очереди, использовать соответствующие слова по ситуации.

Если ребенок с РАС не справляется с учебными трудностями, то изучение наиболее сложных предметов организуется в специальном классе, а на уроках полегче (музыка, ИЗО, физкультура и другие) он может обучаться вместе с одноклассниками.

**Для такого ребенка должна быть больше чем обычно продумана организация перемены.** Присутствие близких людей на перемене поможет ребенку успокоиться, даст возможность отдохнуть и расслабиться. Ему можно предложить успокаивающее занятие или игрушку, поиграть с конструктором, мозаикой, заняться чем-то приятным. У взрослого должен быть заготовлен «набор» или «сенсорная коробка» для такого отвлекающего и переключающего успокоения.

**Подкрепление** является важным инструментом при обучении ребенка с РАС - с его помощью фиксируется нужное поведение. Каждый раз, когда ребенок правильно выполняет инструкции, ведет себя адекватно ситуации, ему выдается подкрепление, в качестве которого используются предпочтения ребенка. Например, некоторым детям нравится крутить в руках определенные предметы, играть с ленточками, веревочками, для кого-то это возможность поиграть в компьютерную игру, заняться любимым делом или съесть любимое лакомство. Подкреплениями могут быть штампики, наклейки, стикеры, жетоны или части разрезанной картинки, которую постепенно складывают целиком и, в итоге, предоставляют желаемое.

Помните, что нетерпеливость взрослых, излишний нажим могут привести ребенка с РАС к росту напряжения и ввести в привычную стереотипную активность. **Для преодоления трудностей необходимо давать ребенку опыт успешности в сфере общения и обучения.** Сглаживайте неприятные впечатления и подкрепляйте даже малейшие признаки положительного продвижения.

**Использование методов альтернативной коммуникации для постепенного формирования социальных навыков ребенка с РАС позволяет снизить его дезадаптивное поведение, не только дает возможность общаться с окружающими, но и возможность повысить освоение образовательных программ.** 🌀

# Рациональное вскармливание новорожденных детей как профилактика функциональных нарушений пищеварения

**Результаты научных исследований, проведенных в последние годы, показывают, что питание ребенка оказывает влияние не только на его рост, развитие и состояние здоровья.**

Стало очевидным, что вскармливание на первом году жизни «программирует» метаболизм таким образом, что те или иные нарушения питания могут увеличить риск развития целого ряда заболеваний, таких как аллергические болезни, аутоиммунные заболевания, ожирение, метаболический синдром, остеопороз и некоторые другие. Грудное вскармливание с первого дня жизни снижает риск развития аллергии не только на первом году жизни, но и в дальнейшем.

В настоящее время питание детей первого года жизни в России характеризуется недостаточной распространенностью грудного вскармливания, ранним введением в питание неадаптированных молочных смесей, неоптимальными сроками назначения и ассортиментом продуктов прикорма.

О пользе грудного молока сказано и написано уже много. Хочу поговорить о тех проблемах, с которыми могут столкнуться родители малыша, находящегося на грудном вскармливании.

Анатомо-физиологические особенности пищеварительного тракта, характерные для детей первого года жизни, могут способствовать развитию состояний, которые получили название «**функциональные нарушения пищеварения**».

Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) связаны с изменением моторной функции, иногда сопровождаются нарушениями секреции и всасывания. К наиболее распространенным функциональным нарушениям ЖКТ у детей первого года жизни относятся **синдром срыгиваний и кишечные колики**.

**Срыгивания** - самопроизвольный заброс желудочного или желудочно-кишечного содержимого в ротовую полость. У детей первого года жизни они могут быть вызваны различными причинами:

● **срыгивания без органических изменений со стороны ЖКТ:**

- ▶ быстрое сосание,
- ▶ аэрофагия,
- ▶ перекорм,
- ▶ нарушение режима кормления,
- ▶ неадекватный подбор смесей,
- ▶ синдром вегето-висцеральных нарушений при церебральной ишемии,
- ▶ дискинезия ЖКТ,
- ▶ ранний переход к густой пище,
- ▶ наследственные заболевания, связанные с нарушением обмена веществ;

● **срыгивания и рвота вследствие органических нарушений ЖКТ:**

- ▶ врожденные пороки развития ЖКТ,
- ▶ пилоростеноз,
- ▶ воспалительные заболевания органов пищеварения.

Часто срыгивания не расцениваются как заболевание, поскольку они не вызывают выраженных изменений в состоянии здоровья детей. *Необходимость коррекции синдрома срыгиваний обусловлена возможными осложнениями этого состояния.* У детей с упорными срыгиваниями (более пяти срыгиваний в сутки, объемом до 1/2 количества смеси, введенного за одно кормление) нередко отмечается не только отставание в физическом развитии, но и диагностируется железодефицитная анемия, а также выявляется высокая частота патологии пищеварительного тракта, заболеваний



**Ирина Валерьевна КУРДЕКО,**

заведующая отделением патологии новорожденных и недоношенных детей (II этап выживания) №1, кандидат медицинских наук, врач-неонатолог, высшая квалификационная категория, КГБУЗ «Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства»

Срыгивания нередко обусловлены неврологическими нарушениями вследствие перенесенного перинатального поражения ЦНС, в этом случае диетологическая коррекция должна сочетаться с терапией данной патологии.

лор-органов и респираторных заболеваний в возрасте до трех лет.

**Надо ли лечить?** Лечение синдрома упорных срыгиваний (функциональных) включает ряд этапов.

*Необходимо проводить разъяснительную работу с родителями, оказывать им психологическую поддержку, объяснять, что срыгивание является возрастной особенностью маленьких детей и не представляет опасности для их развития. Постуральная терапия (изменение положения тела ребенка) направлена на уменьшение степени рефлюкса и способствует очищению пищевода от желудочного содержимого, снижая риск возникновения эзофагита и аспирационной пневмонии. Кормить ребенка мать должна сидя, удерживая тело ребенка под углом 45-60 градусов. В вертикальном положении после кормления держать ребенка следует не менее 20-30 минут.*

Постуральное лечение должно осуществляться не только на протяжении всего дня, но и ночью. Важная роль в лечении срыгиваний принадлежит *диетотерапии*, которая зависит от вида вскармливания ребенка. При естественном вскармливании необходимо нормализовать режим кормления ребенка, исключая перекорм, и контролировать правильное прикладывание к груди для профилактики аэрофагии. Поскольку срыгивания могут быть проявлением пищевой непереносимости, то матери назначается гипоаллергенная диета. Срыгивания нередко обусловлены неврологическими нарушениями вследствие перенесенного пе-

ринатального поражения ЦНС, в этом случае диетологическая коррекция должна сочетаться с терапией данной патологии.

Важно помнить, что **даже упорные срыгивания не являются показанием для перевода ребенка на смешанное или искусственное вскармливание.** Обычно к трем месяцам число эпизодов срыгиваний значительно уменьшается, а если упорные срыгивания сохраняются, то ребенок нуждается в дополнительном обследовании и сочетании диетического лечения с патогенетической терапией.

*При искусственном вскармливании необходимо обратить внимание на режим кормления ребенка, на адекватность выбора молочных смесей, на их объем, который должен соответствовать возрасту и массе тела ребенка. Дети должны получать современные адаптированные молочные смеси.*

При отсутствии положительной клинической динамики ребенка целесообразно перевести на один из специализированных продуктов питания - **антирефлюксную молочную смесь**, вязкость которой повышается за счет введения в состав загустителей. Антирефлюксные смеси обладают хорошей переносимостью и обеспечивают потребность детей во всех основных пищевых веществах и энергии. Их следует применять дифференцированно, учитывая содержание в них загустителей и ориентируясь на состояние здоровья ребенка. Несмотря на высокую клиническую эффективность антирефлюксных смесей, они не должны использоваться бесконтрольно, как альтернатива обычным адаптированным молочным формулам. **Эти смеси применяются на определенном этапе лечения синдрома срыгиваний, при конкретных показаниях и назначать их должен врач!** Продолжительность применения антирефлюксных смесей индивидуальна, иногда достаточно длительная (до 2-3 месяцев), и только после достижения стойкого терапевтического эффекта ребенок переводится на адаптированную молочную смесь.

**Кишечные колики** - это эпизоды беспокойства, болезненного плача, которые занимают не менее трех



**часов в день.** Обычно они начинаются в первые недели жизни, достигают кульминации в возрасте 2-3 месяцев и постепенно уменьшаются, обычно исчезая в 4 или 5 месяц. Вечерние часы - наиболее типичное время для кишечных коликов. Встречаются они довольно часто. Это состояние может быть обусловлено следующими **причинами:**

- ▶ физиологическая незрелость,
- ▶ изменение нормальной моторики кишечника,
- ▶ избыточное газообразование,
- ▶ непереносимость лактозы или аллергия к белкам коровьего молока.

**Симптомы кишечных коликов** - резкий болезненный плач, сопровождающийся покраснением лица, ноги ребенка согнуты и приведены к животу, возникают трудности с отхождением газов и стула. Это вызывает серьезное беспокойство родителей, даже если ребенок выглядит вполне здоровым, нормально растет и развивается и имеет хороший аппетит. При обследовании ребенка патологические нарушения не выявляются. Важно исключить такие заболевания, сопровождающиеся коликами, как частичная лактазная недостаточность или гастроинтестинальная форма пищевой аллергии.

Первым шагом в лечении коликов обычно является психологическая поддержка и разъяснительная работа с родителями: им объясняют и основные причины кишечных коликов, и что их тенденция уменьшается с возрастом.

**Колики и диета.** Диетотерапия коликов должна быть дифференцированной, в зависимости от вида вскармливания.

*При естественном вскармливании* из питания матери исключают продукты, повышающие газообразование в кишечнике (сахар и кондитерские изделия, сладкий чай с молоком, виноград, сладкие творожные пасты и сырки, безалкогольные сладкие напитки), а также продукты, богатые экстрактивными веществами (мясные и рыбные бульоны, лук, чеснок, консервы, маринады, соленья, колбасные изделия), и продукты с высоким аллергизирующим потенциалом. Цельное молоко следует заменить кисломолочными продуктами. Необходимо исключить перекорм ре-



бенка, особенно при свободном режиме вскармливания.

*Если ребенок находится на искусственном вскармливании,* то врач подбирает адекватную современную молочную смесь, соответствующую особенностям его пищеварительной системы, матери важно не допускать перекорма. Возможно введение в рацион адаптированных кисломолочных смесей. При отсутствии эффекта целесообразно использование продуктов, предназначенных для детей с функциональными нарушениями ЖКТ (формулы «Комфорт», «Антиколики»). Если колики связаны с лактазной недостаточностью, ребенку назначают низколактозные, а при более тяжелых случаях - безлактозные смеси. При пищевой аллергии могут быть рекомендованы специализированные смеси на основе гидролизатов молочного белка. Для медикаментозной терапии кишечных коликов используются препараты, содержащие симетикон.

**Помните, что все лекарственные назначения, подбор смеси должен производить только врач-педиатр!**

В заключение хотелось бы процитировать профессора, врача-педиатра-гастроэнтеролога Ю.Г. Мухину: *«Естественным биологическим продуктом, обеспечивающим физиологически адекватное питание младенцев, является только материнское молоко. Оно является золотым стандартом диетологии раннего возраста».* ☺

**Важно исключить такие заболевания, сопровождающиеся коликами, как частичная лактазная недостаточность или гастроинтестинальная форма пищевой аллергии.**



# 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



**Вихлянов  
Игорь Владиславович**  
д.м.н., профессор,  
главный внештатный  
онколог министерства  
здравоохранения Алтайского  
края, главный врач  
КГБУЗ "Алтайский краевой  
онкологический диспансер"



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



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



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



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



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



**Миллер  
Виталий Эдмундович**  
к.м.н., доцент кафедры  
пропедтики 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



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



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

## ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№1 (205) январь 2020 г.



Лауреат Губернаторской премии  
среди СМИ по итогам 2003 года



Почетная грамота  
Союза журналистов России



Благодарность от Управления  
Алтайского края  
по физической культуре и спорту



Почетная грамота Правительства  
Алтайского края, 2017 год

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

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

Время подписания в печать:  
по графику - 14:00 31.01.2020 г.,  
фактически - 14:00 31.01.2019 г.  
Дата выхода: 05.02.2020 г.

**Главный редактор** - Ирина Валентиновна Козлова  
(тел. 8-960-939-6899).

**Ответственный редактор** - Мария Юртайкина.

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

**Учредитель-Издатель ООО «Издательство «Вечерний Новоалтайск - Добрый день»:** 658080, Алтайский край, г. Новоалтайск, ул. Обская, 3.  
Тел. 8(385-32) 2-11-19. **Адрес редакции:** 658080, Алтайский край,  
г. Новоалтайск, ул. Обская, 3. Тел. 8(385-32) 2-11-19.

**Адрес работы с общественными представителями:**  
656038, Алтайский край, г. Барнаул, пр. Ленина, 56, тел. 8-902-141-79-83.  
**E-mail:** [nebolen@mail.ru](mailto:nebolen@mail.ru). Группа ВКонтакте: <https://vk.com/nebolen>

Отпечатано в типографии ИП Назаров А.В.:  
656049, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Чкалова, 228. Тел. (3852) 38-33-59. Печать  
офсетная. Тираж - 4120 экз. Цена свободная.

**Подписной индекс в каталоге АП «Алтай» - 73618**  
**Подписной индекс в каталоге «Почта России» - ПР893**

# ИНФАРКТ МИОКАРДА

Инфаркт миокарда - заболевание, обусловленное резким перемещением кровотока в одной или нескольких артериях, приводящим к омертвлению (некрозу) части сердца.



## Симптомы инфаркта миокарда

- Боль за грудиной продолжительностью более 20 минут
- Боль может отдавать в левую руку, в обе руки, в нижнюю челюсть, в спину, в верхнюю часть живота
- Боль может сопровождаться слабостью, холодным потом

## Первая помощь при инфаркте миокарда

1. Необходимо принять положение "сидя"
2. Расстегнуть ворот рубашки, обеспечить доступ воздуха
3. Положить под язык таблетку нитроглицерина или разбрызгать 1 дозу спрея нитроглицерина в ротовой полости. Повторять прием нитроглицерина через каждые 5 минут до 3-х раз
4. Немедленно вызвать "скорую помощь"



**Осложнения,  
в том числе  
смертельные,  
появляются в первые  
минуты и часы после  
возникновения  
симптомов**

### Дома или в больнице?

**В БОЛЬНИЦЕ!** — чем раньше придёт к Вам помощь, тем больше вероятность эффективно устранить формирующийся в сосудах Вашего сердца тромб и избежать обширного поражения сердечной мышцы.

**МЕДЛИТЬ И ЖДАТЬ НЕЛЬЗЯ**



**ВЫЗОВ С МОБ.:  
103 и 112**