

6+

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№2 (206) ФЕВРАЛЬ 2020



Мы хотим перемен!.. Но каких?



От вопросов, связанных с изменениями в социальной сфере происходящими вокруг нас, уклониться просто невозможно.

То, что перемены назрели, - очевидно. Курс на перемены в социальной сфере, следовательно, в жизни каждого гражданина страны - не просто объявлен национальным приоритетом. Сформированы программы действий, выделены серьезные ресурсы. Но! На всех уровнях власти общественным сектором констатируется, что программы не выполняются, выделенные на эти цели средства не осваиваются вообще либо зачастую осваиваются неэффективно. Мы действительно хотим перемен? Если да - то каких?..

Почему слово «оптимизация», имеющее исключительно, казалось бы, позитивный контекст, - в социальной сфере, в частности, в здравоохранении, довольно часто является синонимом негативных изменений? Думаю, отчасти потому, что реальное участие, в том числе и широкой профессиональной медицинской общественности в этих процессах, - минимальное, либо сводится к пустому критиканству, а не к серьезному обсуждению, поиску вариантов решения и тем более к соучастию в этих процессах.

Основными способами достижения цели (добиться тотального охвата населения качественной первичной медицинской помощью и повышения к 2024 году ожидаемой продолжительности жизни) определены масштабное строительство недостающих медицинских учреждений, приведение в порядок существующих, решение кадровой проблемы за счет повышения реальной заработной платы и увеличения целевых бюджетных мест в медицинских вузах и колледжах.

Так, в начале текущего года срочно (!) повсеместно в стране должны быть разработаны программы развития первичной медицинской помощи в регионах. Такая программа разработана и в нашем крае, идет ее обсуждение и согласование. Безусловно, успешность ее реализации будет зависеть, в первую очередь, от качества ее проработки, увязки с другими программами отрасли, а также от учета не только «здравоохраненческих», но и других факторов, в том числе и стратегии социально-экономического развития региона, его отдельных территорий. По сути, эта программа носит фундаментальный, долговременный характер. На встрече с представителями общественных формирований, депутатами АКЗС в министерстве здравоохранения края мы высказали свои предложения в части территориального планирования первичной медицинской помощи, изменения взаимодействия в вопросах здравоохранения с муниципальными органами власти, общественным сектором, а также образовательными учреждениями края и надеемся на партнерство.

И еще одна немаловажная сторона оптимизации - это неудачная финансовая реформа в здравоохранении. Большинство экспертов сходятся во мнении, что «негативные тренды в отрасли стали нарастать после внедрения одноканального финансирования отрасли через систему ОМС в 2011 году», что в итоге привело к хроническому недофинансированию первичного звена, закрытию учреждений или существенному снижению оказания в них перечня услуг из-за оттока кадров в частную медицинскую сеть (частная медицина не скрывает, что получила серьезный импульс к развитию из-за оптимизации медучреждений и оптимизации кадров врачей и средних медицинских работников в госсекторе!). Трафик финансовых средств здравоохранения с 2012 года через страховые медицинские организации в условиях уже сложившихся принципов финансирования по видам и уровням медицинской помощи, а также в условиях диспропорции в тарифах: низкого тарифа для «первички», да еще введение «мотивации» медицинских организаций через систему штрафов, исчисляемых в миллиардах (!) по стране, - привело к прогнозируемому результату. Количество и качество (!) медицинских услуг в госсекторе сокращается вслед за уменьшением числа самих медучреждений и врачей в них, особенно в условиях сельской местности, где конкуренция в принципе невозможна! То же самое с подушевым нормативом - и опять больше пострадали сельские территории. Возникшая кредиторская задолженность в медицинских организациях стала предметом особого внимания Президента России В.Путина: так, до 1 марта т.г. должен быть проведен анализ причин просроченной кредиторской задолженности и приняты меры по ее недопущению впредь. Казалось бы, ситуация осмыслена и тема финансирования учреждений здравоохранения, особенно первичного звена, должна быть пересмотрена... Но само понятие конкуренции в здравоохранении - понятие неоднозначное. И здесь позиция профессионального сообщества должна быть также сформулирована и, главное, донесена до тех, от кого зависит принятие решения. Именно поэтому любые публичные заявления по данной теме (независимо от статуса спикера) - должны быть взвешены и не должны носить популистского, а тем более протекционистского характера! Думаю, что вновь появившаяся в конце февраля тема «прекращения медицинского рабства» в пользу «свободного выбора гражданина - куда идти с полисом ОМС: в государственную или частную структуру?» - может иметь для качества медицинской помощи в системе ОМС серьезные негативные последствия. Именно поэтому является ли здравоохранение сферой рыночных отношений, на каких условиях можно соблюсти баланс между государственными и частными клиниками (возможно ли это в принципе в системе ОМС?), - на наш взгляд, требует дополнительной дискуссии, прежде всего, профессионального сообщества и власти.

Полагаю, что Общероссийский народный фронт может стать одной из таких дискуссионных площадок, которые обеспечат диалог по этим и другим социально-значимым темам, содействуя сохранению социального капитала региона, консолидируя социальную энергию на реальные дела и результаты.

*Главный редактор,
сопредседатель Алтайского регионального отделения ОНФ,
И.В. Козлова*



**Наука против
онкопатологий**



**Ранние репродук-
тивные потери:
прогнозирование
и профилактика**



**Современные
методы коррекции
близорукости**



**Как родителям не
потерять контакт
с подростками?**

На обложке: Андрей Владимирович БОЙКО, заведующий детским хирургическим отделением, к.м.н., врач-детский хирург, врач-уролог-андролог высшей квалификационной категории, КГБУЗ «Детская городская клиническая больница №7, г.Барнаул».

ПОБЕДИМ СВОЙ СТРАХ!

Юлия Корчагина. Наука против онкопатологий 2-6

Новообразование в мировом бюджете 7

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ «ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

Ю.В. Тен, Д.А. Елькова.

Проблема, которая не терпит промедления 8-11

Бедные, но умные 12-13

Новости здравоохранения мира 14

ЗА СЧАСТЛИВОЕ ЗДОРОВОЕ ДЕТСТВО!

А.И. Метальников. Травмы копчика у детей 15

ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА

Д.А. Манакова, М.О. Летуновская,
Е.А. Евдошенко, Е.И. Лебедева.

Ранние репродуктивные потери:
прогнозирование и профилактика 16-18

Вирус, охвативший мир 19

Возраст наших желаний 20

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

О.В. Корягина. Если вам предстоит
оперативное вмешательство на сердце 21-24

Новости здравоохранения России 25

ЗРЕНИЕ - ОКНО В МИР

В.А. Бондарь. Современные методы коррекции близорукости 26-27

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ «ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

А.В. Лобанова.

Как принять болезнь и продолжать жить качественно 28-30

Налоговая мера лишнего веса 31

Персональный слух 32-33

ДЕСЯТИЛЕТИЕ ДЕТСТВА

У.А. Ткаленко.

Как родителям не потерять контакт с подростками? 34

Красиво есть не запретишь 35

ЗА СЧАСТЛИВОЕ ЗДОРОВОЕ ДЕТСТВО!

А.В. Бойко. Не упустить важное!

Патологии полового формирования у детей 36-39

10 способов сохранить рабочую энергию 40-41

«Сонная прокрастинация». Как начать высыпаться? 42-43

Санаторий «Сосновый бор». Мы дарим вам здоровье! 44



Наука против онкопатологий

Онкологическая служба Алтайского края имеет огромный опыт в лечении злокачественных патологий, а практическая и научная работа ведущих врачей Алтайского краевого онкологического диспансера во многом является примером для российских и зарубежных коллег.

В феврале проходит Всемирный месячник профилактики и борьбы с раком. Самое время рассказать об авторских методиках диагностики и лечения, которые используют алтайские онкологи в своей работе.

Онкодиагностика

Методика: молекулярная диагностика генных мутаций на основе цитологического материала.

Авторы: **Ольга Григорьевна ГРИГОРУК**, заведующая цитологической лабораторией АКОД, доктор биологических наук; **Елена Эмильевна ПУПКОВА**, заведующая лабораторией молекулярной диагностики АКОД, врач клинической лабораторной диагностики высшей категории; **Лариса Михайловна БАЗУЛИНА**, врач клинической лабораторной диагностики высшей категории.

Суть и значение методики. С появлением новых таргетных и иммунологических препаратов информация о мутационном статусе злокачественной патологии дает возможность подобрать эффективную терапию и на годы продлить жизнь пациентов, которые раньше погибали за считанные месяцы.

Генетики ищут информацию о наследственных или приобретенных мутациях в ДНК раковых клеток. Где ее взять? Из гистологического (операционного или биопсийного) материала пациента, другими словами - из кусочка опухолевой ткани.

Анализ гистологического материала высокоэффективен, однако имеет ряд существенных недостатков. Он занимает очень много времени - окончательного результата приходится ждать от



2 до 4 недель. И главное, что у пациентов с запущенными и метастатическими процессами гистологический материал получить в принципе невозможно - им чаще всего противопоказано любое хирургическое вмешательство, даже, казалось бы, простая биопсия.

Другое дело цитологические препараты: подготовить их, выделить из них ДНК и провести ее анализ - гораздо проще и быстрее. Причем, для получения цитологического материала (соскобы, мокрота, выпоты из серозных полостей и другие) не нужно проводить никаких хирургических операций.

«Ценность нашей работы заключается в том, что в тот период, в 2013 году, практической информации по этой теме было крайне мало, не совсем было понятно значение молекулярно-генетических исследований в лечении рака, а потому и не особо интересовались этим вопросом. Так что мы, по сути, прошли этот путь с нуля и полностью самостоятельно», - рассказала Елена Пупкова.

«Мы начали выделять ДНК клеток опухоли с рака лёгкого и поначалу действовали буквально вслепую: на исследование брали неокрашенную, отцентрифугированную плевральную жидкость, затем окрашенные цитологические пре-



Вручение премии губернатора Алтайского края в области науки и техники Л.М. Базулиной (на фото слева), О.Г. Григорук (в центре) и Е.Э. Пупковой (справа), 2018 год



Победим свой страх!

параты, в которых определяли и подсчитывали опухолевые клетки. Позже сравнили пул молекулярно-генетических экспертиз на основе гистологических препаратов с аналогичными исследованиями ДНК, выделенной из цитологического материала этих же пациентов. Результаты были идентичными! Какое-то время мы еще выполняли наши исследования параллельно в формате гистологии и цитологии, чтобы убедиться в правильности методики, а с 2015 года начали уверенно выполнять их всем пациентам по показаниям, используя уже клеточный материал цитологических препаратов. Это было чистой воды экспериментаторство!», - вспоминает Ольга Григурок.

Работа алтайских онкодиагностов была высоко оценена коллегами из российского и зарубежного медицинского сообщества. В 2017 году выпущена авторская монография по дифференциальной диагностике плевральных выпотов, которая заняла второе место в краевом конкурсе в номинации «Научно-популярное издание». В 2018 году Елена Пупкова, Ольга Григурок и Лариса Базулина за свою методику получили премию губернатора Алтайского края в области науки и техники. «Но вот что было совершенно неожиданно, так это шквал положительных отзывов и приглашения к сотрудничеству от ряда медицинских изданий США и Европы», - вспоминают врачи.

Постепенно Григурок и Пупкова расширяли перечень нозологий для молекулярно-генетических исследований генных мутаций на основе цитологических препаратов. Сегодня помимо рака лёгкого это - опухоли яичников, колоректальный рак и меланома.

«Недавно мы сделали еще один вывод, имеющий значение для генетической экспертизы рака яичников. Врачу очень



важно знать статус мутации: приобретенная она или наследственная - ведь при наличии наследственного фактора в группу высокого риска попадают все кровные родственники пациентки. Наследственную мутацию видно по крови, приобретенную - по цитологическому материалу, поэтому нужно параллельно проводить анализ обоих компонентов, чтобы не пропустить возможности профилактики и ранней диагностики рака яичников у здоровых женщин. Для нас это - перспектива дальнейшего исследования потенциала методики», - говорит Елена Пупкова.

Опухоли головы и шеи

Главный врач регионального онкодиспансера и главный внештатный онколог Алтайского края, доктор медицинских наук **Игорь Владиславович ВИХЛЯНОВ** имеет 8 патентов на авторские способы и методики лечения злокачественных опухолей головы и шеи.

Например, в 2009 году под его руководством был разработан способ реабилитации больных после удаления опухолей дна по-

лости рта и нижней челюсти. Такие онкопациенты нуждаются в особом внимании, ведь подобная операция неизбежно приводит к нарушению дыхания, жевания и глотания, речевой функции и обезображиванию лица. Пред-



лагаемые ранее способы лечения с этой точки зрения были малоэффективны. Восстановительную пластику приходилось откладывать до момента заживления прооперированных костей и тканей, но к этому времени образовавшиеся рубцы не давали возможность получить хороший эстетический эффект и в полной мере ▶



Победим свой страх!

восстановить нарушенные функции. Кроме того, металлические протезы часто приводили к развитию остеомиелита и отторжению имплантата.

Суть и значение методики. Группа врачей под руководством Игоря Вихлянова предложила устанавливать пациенту временный замещающий протез, позволяющий ему нормально дышать, жевать, глотать и говорить. И только после заживления и формирования протезного ложа изготавливать протез для постоянного ношения. *«Эта временная мера на самом деле - ключевое условие, обеспечивающее успех всего процесса лечения. Временный протез, установленный в пробел зубного ряда сразу во время операции, предотвращает появление грубых рубцов и позволяет оптимально подготовить ложе челюсти для последующего протезирования постоянным имплантатом»*, - пояснил Игорь Вихлянов. Этот способ позволяет не только уменьшить риск рецидива опухоли, сократить срок реабилитации, но и значительно улучшить качество жизни больных. Глотательная функция при такой тактике лечения восстанавливается уже на вторые сутки, речевая - на седьмые, а способ-

ность пережевывать пищу в полной мере - через 2-3 недели.

Желудочно-кишечный тракт и органы пищеварения

Методика: комбинированный доступ при кардиоэзофагиальных раках (доступ по Нечунаеву, патент 2006 года).

Автор: Владимир Павлович НЕЧУНАЕВ, заведующий хирургическим отделом АКОД, заведующий торакоабдоминальным отделом Алтайского филиала НМИЦ онкологии им.Н.Н. Блохина, кандидат медицинских наук.

Суть и значение методики. Кардиоэзофагиальный рак - это когда опухоль одновременно расположена и в пищеводе, и в желудке. При традиционном способе хирургического лечения рассекается грудная клетка, раздвигаются ребра, и в такой «диспозиции» проводятся все манипуляции по удалению и пластике пораженных участков органов. Проблема в том, что хирургия грудной полости - это всегда сложные и весьма травматичные операции с тяжелым восстановительным периодом. *«Пациенту тяжело не только двигаться, но даже дышать!»* - признается Владимир Нечунаев.



Поэтому некоторым больным онкологи раньше были вынуждены отказываться в операции по функциональным показателям и отправляли их на паллиативную химиотерапию или лучевое лечение. Ведь ни один хирург не поручится, например, за больного, перенесшего инфаркт или инсульт, что он выдержит подобную операцию и не погибнет от нее раньше, чем от рака.

Хирург Нечунаев предложил выполнять доступ к опухоли не через торакотомию (рассечение грудной клетки), а из брюшной полости с рассечением диафрагмы. Такой способ позволяет проводить операцию менее травматично, но при этом с соблюдением всех принципов онкологической безопасности, в том числе с обязательным удалением пула сторожевых лимфоузлов.

Благодаря доступу по Нечунаеву в Алтайском онкодиспансере больные с тяжелой сопутствующей патологией, пожилые люди, пациенты, ранее перенесшие инфаркт или инсульт, получили возможность продлить жизнь и сохранить ее качество. По статистике, пятилетняя выживаемость с подобным диагнозом выросла на 20%. Примерно треть всех пациентов с кардиоэзофагиальным раком сегодня опери-



руются доступом по Нечунаеву, причем не только на Алтае, но и в ряде онкологических клиник страны. Благодаря успешному развитию эндоскопической хирургии у этого метода появляются дополнительные перспективы, ведь малоинвазивные операции через небольшие проколы еще более снижают травматизм и облегчают восстановительный период для пациентов.

Методика: способ лечения больных колоректальным раком с метастазами в печень (патенты 2005 и 2007 годов).

Автор: Константин Григорьевич МАМОНТОВ, заведующий отделением рентгенхирургических методов лечения АКОД, доктор медицинских наук.

Суть и значение методики. Хирурги-гепатологи знают, что единственный метод, позволяющий добиться длительной выживаемости при метастазах рака толстой кишки в печень, - это операция. Однако почти 2/3 пациентов с таким диагнозом имеют крайне неблагоприятные прогнозы для хирургического лечения. Из-за отсутствия симптоматики на ранних стадиях больные обращаются к врачам уже слишком поздно, когда метастазы достигают большого размера (больше 5см) и выходят



за пределы печени, их много и они поражают обе печеночные доли. В такой ситуации риск тяжелых послеоперационных осложнений или летального исхода очень велик. Однако многие годы в отечественной хирургии печени считалось, что пациента нужно оперировать несмотря и вопреки любым неблагоприятным прогнозам.

С накоплением опыта в лечении печеночных метастазов рака кишечника появилась группа врачей, которые придерживались иного мнения. Они считали, что таким пациентам нужно проводить предоперационную химиотерапию, добиваясь максимального сокращения объема опухоли, и только потом проводить операцию. Более того, для уменьшения токсичности химиопрепарат должен вводиться не традиционным способом, а непосредственно в общую печеночную артерию. Константин Мамонтов входил в эту группу врачей. На основе проведенных исследований были разработаны и запатентованы методики для комбинированного лечения пациентов с метастазами рака толстой кишки в печень.

«Мы подтвердили свою правоту с помощью статистических данных. А еще доказали,

что во всех без исключения случаях, где операция может быть проведена, она и должна проводиться. Операционное лечение в сочетании с последующей химиотерапией всегда дает лучшие показатели по выживаемости», - уверен Константин Мамонтов. Эффективность методики очевидна. С началом ее использования в Алтайском краевом онкологическом диспансере показатели пятилетней выживаемости для пациентов с неблагоприятным прогнозом выросли на 40%. Сегодня эта методика на вооружении у многих хирургов ведущих онкологических центров страны. Константин Мамонтов в 2017 году благодаря этой работе был признан лучшим онкологом России.

Бронхолёгочная система

Методика: способ лечения больных с локализованным мелкоклочечным раком лёгкого (патент 2006 года).

Автор: Алексей Алексеевич МАКСИМЕНКО, торакальный хирург АКОД, кандидат медицинских наук.

Суть и значение методики. Мелкоклеточный рак лёгкого (МРЛ) относится к числу наиболее злокачественных



Победим свой страх!

Опухолей, которые быстро растут и рано дают метастазы в другие органы. В 2006 году, когда была разработана новая методика для локализованного МЛК, в стране не существовало единого стандарта лечения этой нозологии. Способов было много, большинство из них основывались на методах химиотерапии и лучевого лечения, исключая из своего арсенала возможности торакальной хирургии.

Алтайские врачи в своей работе, напротив, в основе комбинированного лечения локализованного МРЛ ориентировались на замену лучевого метода оперативным. Вначале больному проводится несколько курсов химиотерапии. После оценки полученных результатов при уменьшении опухоли до половины и отсутствии метастазов в других органах выполняется операция по удалению первичного очага и лимфоузлов средостения и шеи, а спустя месяц назначаются послеоперационные курсы химиотерапии.

«Наша методика позволила нам уверенно брать на оперативное лечение даже пациентов с третьей стадией МРЛ. По факту, те подходы, которые сегодня есть в клинических рекомендациях Ассоциации онкологов России и Российского общества клинической он-



кологии по лечению этой нозологии, мы начали применять еще в 2006 году», - говорит Алексей Максименко. Благодаря разработанному алгоритму продолжительность жизни пациентов, пролеченных по этой схеме, увеличилась до 25-30% по сравнению с контрольными группами, на которых проводились другие методы лечения согласно рекомендациям тех лет.

Гинекология

Методика: паллиативное и симптоматическое лечение прогрессирующего рака яичников.

Автор: Татьяна Григорьевна НЕЧУНАЕВА, врач-онкогинеколог высшей категории АКОД, кандидат медицинских наук.

Суть и значение методики. Прогрессирующий рак яичников - весьма распространенная ситуация для этой нозологии и большая головная боль онкогинекологов. Несмотря на все усилия врачей, после комбинированного лечения болезнь возвращается вновь и вновь, причем, уже в сопровождении таких мучительных явлений, как асциты и плевриты (скопление жидкости в брюшной полости и лёгких), изматывающего кашля, метастазов и кишечной непроходимости.

Задача любого врача-онколога - продлить жизнь своего па-

циента насколько это возможно и сохранить ее качество. «За продление жизни каждой пациентки мы боремся до последнего», - говорит Татьяна Нечунаева. Основываясь на многолетнем опыте, в 2006 году она разработала и предложила алгоритм комбинированного лечения прогрессирующего рака яичника, в котором подробно представила схемы последовательного сочетания химиотерапии «спасения», лучевой терапии, хирургического лечения и иммунофитотерапии. Эта методика позволила в два раза увеличить продолжительность жизни пациенток с прогрессирующим раком яичника по сравнению с лечением каким-либо одним паллиативным методом. А также позволила уменьшить такие явления, сопровождающие заболевание, как отек лёгких, одышка, болевой синдром, и улучшить качество жизни.



Алгоритм лечения прогрессирующего рака яичников, обобщенный и систематизированный врачом Нечунаевой, подробно описан в авторской монографии и лег в основу курса по онкогинекологии Алтайского государственного медицинского университета. ☺

Юлия Корчагина,
пресс-секретарь КГБУЗ
«Алтайский краевой
онкологический диспансер»



Проблема, которая не терпит промедления

Юрий Васильевич Тен - имя знакомое если не каждому, то очень многим жителям Алтайского края. Оно - фактически синоним выздоровления.

Юрий Васильевич Тен - заместитель главного врача по хирургии Алтайского краевого центра охраны материнства и детства, доктор медицинских наук, профессор, специалист-эксперт детский хирург Алтайского края, заведующий кафедрой детской хирургии АГМУ, опытнейший детский хирург высшей квалификационной категории, заслуженный врач РФ, отличник здравоохранения и автор более 250 научных работ, методических руководств, патентов на изобретения. За свой 46-летний стаж работы он провел тысячи операций, подарив детям здоровье. О нем написано много статей, сняты десятки репортажей. Юрий Васильевич - постоянный автор нашего журнала на протяжении всей его истории.

В сентябре 2019 года Президент России Владимир Путин подписал Указ о награждении Юрия Тена орденом Почета за заслуги в области здравоохранения и многолетнюю добросовестную работу. Губернатор региона Виктор Томенко на торжественной церемонии в День Конституции России вручил Юрию Васильевичу Тену такую высокую государственную награду.



Тема нашего очередного разговора с Юрием Васильевичем Теном и его талантливой ученицей, ассистентом кафедры детской хирургии АГМУ, детским хирургом **Дарьей Алексеевной ЕЛЬКОВОЙ** - паховые грыжи у детей, одна из самых распространенных хирургических проблем.

- Предлагаю начать наш разговор с азов, с определения, что такое «паховые грыжи». Что это за состояние и у кого оно встречается?

Юрий Васильевич (Ю.В.): Паховая грыжа - это патологическое выпячивание грыжевого мешка (вагинального отростка брюшины) вместе с грыжевым содержимым (петлей кишки, прядью сальника или яичником) в паховой области. Заключается оно в том, что у передней брюшной стенки имеются «слабые места» и при любом напряжении (крик, плач ребенка) в них выходит кишечное содержимое: у девочек - в половую губу, у мальчиков опускается ниже, даже до мошонки. Среди патологий, которые требуют хирургического вмешательства, это одно из самых распространенных заболеваний детского возраста.

Дарья Алексеевна (Д.А.): Данная патология требует оперативного лечения. Во-первых, потому, что пациенту больно и беспокойно. Во-вторых, это просто-напросто опасно. Если кишка передавливается, высок риск образования непроходимости, нарушается иннервация, может ущемиться яичник, и в результате наступит некроз. В таком случае могут погибнуть ткани организма.

- Насколько часто паховая грыжа встречается у детей? Какой процент от общего числа операций приходится на грыжи конкретно в Алтайском крае в центре охраны материнства и детства?





Ю.В.: В нашей больнице проводим в год таких операций примерно 100. Всего на паховые грыжи от общего числа приходится минимум 10%. Всё это позволяет нам говорить, что паховые грыжи - одна из самых распространенных хирургических патологий. Интересно, что среди пациентов ЦРБ именно грыжи и аппендицит находятся на первом месте. Более половины их больных - это как раз пациенты с грыжами, а у нас - 10%.

- Действительно, интересная статистика...

Д.А.: Еще очень важно, что при, казалось бы, сравнительно несложной патологии, она дает достаточно много рецидивов. Так, у 5% прооперированных людей вновь появляется паховая грыжа. Как правило, рецидив случается уже у взрослых людей, у детей он также возможен, но этих случаев значительно меньше. Приблизительно на 1000 случаев приходится 1-2 рецидива у детей. Конкретно у нас в Алтайском краевом центре охраны материнства и детства рецидивов давно уже не было.

Замечу, что в дальнейшем, когда наш маленький пациент вырастет и, например, поднимет штангу, то у него может образоваться уже приобретенная грыжа. И даже иногда с той же стороны. Но это не случай рецидива!

Ю.В.: (смеется) В таких случаях пациенты думают, что хирург был невнимательным и не всю удалил грыжу или перепутал право и лево, не там операцию провел. Но это не так, разумеется.

- У кого все-таки чаще случаются грыжи: у взрослых или у детей?

Д.А.: Грыжи бывают врожденные и приобретенные. Так вот у детей, как правило, они врожденные. У взрослых грыжи, если можно так сказать, зарабатываются. Например, «поднял мешок картошки», «снег с крыши скидывал» и так далее. Человек физически надорвался, говоря обывательским языком, и «слабые места» передней брюшной стенки дали о себе знать.

- Как ставится диагноз «врожденная паховая грыжа»? Это еще в младенческом возрасте определяется или позже?

Д.А.: Нужно понимать, что может быть предрасположенность к грыжам, - и тогда болезнь диагностируют сразу (врачи-неонатологи), а может так случиться, что клинические проявления заболевания появятся значительно позднее, в ходе жизни. Например, ближе к году ребенок начинает ходить, паховые грыжи начинают визуально проявляться, когда малыш получает какую-то нагрузку. Возник-



шую грыжу может заметить педиатр во время очередного планового осмотра или же во время купания мама увидела набухание в паху, покраснение, заметила, что есть чувство тяжести, боль.

- Давайте поговорим о симптомах паховой грыжи у детей подробнее. На что стоит маме обратить внимание, а что можно списать на банальные колики?

Ю.В.: Малыш еще утром бегал веселый и здоровый, однако вечером внезапно закричал, заплакал, стал неактивным. Малыш беспокоится, когда касаются большого места. Насторожить должно выпячивание в паховой области, которое увеличивается на глазах и не прячется. В такой ситуации в первую очередь нужно вызвать скорую помощь, затем успокоить малыша: отвлечь игрушками, просмотром любимого мультфильма, набрать ванну теплой воды и усадить ребенка в нее. Как только малыш перестанет беспокоиться, расслабятся мышцы передней брюшной стенки, тем самым ликвидируется ущемляющее кольцо, и грыжевое содержимое беспрепятственно вернется в брюшную полость.

Не пытайтесь самостоятельно насильственно вправить грыжу, это может привести к тяжёлым последствиям!

Ущемление грыжи - это одно из грозных осложнений заболевания, на оказание консервативной помощи отводится всего лишь 12 часов, по истечении этого времени наступает некроз и гибель ущемленного органа.

- Допустим, заподозрил врач патологию. Насколько в таких ситуациях срочно и необходимо проводить операцию?

Ю.В.: Если у ребенка грыжа диагностирована сразу после рождения, то до 1 года необходимо в плановом порядке в условиях хирургического стационара произвести ее ликвидацию. Тут важно, что если ситуация не экстренная, операцию желательно сделать



Любопытные факты

✓ *Встречаемость паховых грыж у детей в России и за рубежом примерно одинаковая и составляет в среднем 1-5%.*

✓ *За год в России выполняется более 200 тысяч операций по поводу грыж.*

✓ *В ведущих клиниках Алтайского края ежегодно ликвидация паховой грыжи выполняется в среднем у 400 детей в возрасте от 3 месяцев до 17 лет.*

✓ *Хирурги Алтайского краевого центра охраны материнства и детства проводили операцию, когда паховая грыжа «объединилась» с аппендиксом, можно сказать, сростлась, и поэтому его тоже пришлось удалять.*



после 6 месяцев жизни ребенка. Почему? Потому что до первого месяца у ребенка есть мамин иммунитет, до 6 месяцев он абсолютно беззащитен, а в 6 месяцев - уже появляется свой.

Если грыжа ущемлялась, но удалось консервативно это устранить, то желательно планово ее удалить не ранее, чем через 3 суток, чтобы спал отек, уменьшилась местная воспалительная реакция в области грыжи, произвести операцию.

Девочкам, если существует экстренность, необходима срочная операция, потому что, как я уже сказал, грыжа может ущемиться и искать выход в яичнике, некроз которого наступает уже через два часа. В таком случае

мы теряем яичник. А что такое для будущей женщины удаление яичника?..

Если же острое состояние возникло у мальчика, то операцию необходимо провести в течение суток.

- Вы говорили о том, что детские грыжи возникают чаще всего из-за предрасположенности у детей. Как это понимать обывателю: виноватаотяженная наследственность, беременность мамы протекала тяжело или какие-то другие причины?..

Д.А.: В настоящее время сложно определить факторы, влияющие на образование паховой грыжи. Доподлинно известно, что для того, чтобы сформировалась грыжа, нужно три элемента: грыжевой мешок, у детей - необлитерированный вагинальный отросток брюшины; грыжевое содержимое, чаще - это салъник, кишка, у девочек - яичник и маточная труба; грыжевые ворота.

- У кого чаще всего возникает патология?

Д.А.: Статистически, среди детей часто грыжи возникают у недоношенных и маловесных детей. Установлено, что мальчики подвержены этому заболеванию больше, чем девочки.

- Чаще всего маленькие пациенты с паховой грыжей в каком возрасте поступают к вам на лечение?

Д.А.: Чаще всего до трех лет. Это связано с тем, что ребенок может уже к этому времени сам пожаловаться на дискомфорт. Но бывают случаи возникновения грыжи и в 12, и в 17 лет.

- Как проходят операции по удалению грыж?

Ю.В.: Современная детская хирургия может предложить два пути хирургического лечения паховых грыж: классическую открытую методику и эндоскопическую посредством видеолапароскопии. В Алтайском крае в большинстве случаев делают выбор в пользу традиционной открытой методики.

Операция проводится под общим обезболиванием, внутривенным или внутримышечным наркозом. Заключается она в небольшом разрезе в паховой области



на стороне патологии, через который выполняется поиск вагинального отростка брюшины (грыжевого мешка) и его перевязка с последующим разобщением проксимальной и дистальной частей. Никаких вшиваний сеточек у детей не производится: последнее необходимо взрослым, так как грыжи у них возникают вследствие слабости стенок пахового канала.

Длительность операции - от 15 до 30 минут в зависимости от размера грыжи и наличия или отсутствия ущемлений в анамнезе, после которых возникает спаечный процесс, что затрудняет мобилизацию вагинального отростка брюшины из окружающих тканей. Через 1 или 2 часа, которые уходят на восстановление после медикаментозного сна, ребенок возвращается к прежней активной деятельности, однако наблюдение в стационаре осуществляется на протяжении 7-9 суток, что позволяет минимизировать послеоперационные осложнения.

Эндоскопическая герниография проводится под эндотрахеальным наркозом. Для адекватного нагнетания воздуха в брюшную полость и создания необходимого давления (пневмоперитонеум) необходимо полное расслабление мышц передней брюшной стенки, что достигается путем введения в венозное русло миорелаксантов - препаратов, которые расслабляют мышцы, в том числе и дыхательные. Во время операции за ребенка будет дышать специальный аппарат (ИВЛ - искусственная вентиляция лёгких). Через разрез над пупком в брюшную полость вводится камера, через дополнительные отверстия на передней брюшной стенке - необходимые инструменты. Основной оперативный прием при эндоскопическом методе заключается в ушивании вагинального отростка брюшины по контурам глубокого пахового кольца со стороны брюшной полости. Преимуществом данного метода большинство авторов указывает малую травматичность тканей, но это утверждение касается только местных тканей в паховой области, однако при открытой методике остальные ткани и вовсе не затрагиваются.

Почему я не сторонник лапароскопических операций, которые сейчас



очень модны? Во-первых, они длятся дольше, чем обычные. Это не очень хорошо, особенно для наших маленьких пациентов. Во-вторых, больший риск возникновения рецидива, а в этих случаях 100% повторная операция будет проведена открытым методом.

Важно еще и тот момент, что в первом случае мы можем наложить такой шов, который не будет виден, когда ребенок вырастет.

- Какие рекомендации вы бы дали родителям?

Ю.В.: В практике приходится встречаться с такими случаями: на профилактическом осмотре в детском саду или в школе у ребенка выявляют паховую грыжу, что приводит родителей в недоумение. Ведь мальчика или девочку ничего не беспокоит, и грыжу сами они не видят. Хочется пояснить, что для этого и проводятся профилактические осмотры специалистами, чтобы выявлять различные заболевания до момента, когда эти болезни активно проявят себя, что позволяет своевременно их лечить и не допускать тяжелых последствий.

Пренебрегая советами специалиста, вы берете на себя полную ответственность за негативные последствия для здоровья и жизни ребенка.

Паховые грыжи лечатся только хирургически, что подтверждает органическая природа их возникновения. Нет способов устранения незаращенного вагинального отростка брюшины, кроме как оперативного лечения. ☺

Надежда Здорнова

Современная детская хирургия может предложить два пути хирургического лечения паховых грыж: классическую открытую методику и эндоскопическую посредством видеолапароскопии.



Травмы копчика у детей

В период гололеда повреждение копчика - одна из самых распространенных травм, с которыми сталкиваются дети. В результате чего у маленьких пациентов довольно часто развивается кокцигодия - изолированная боль в копчиковой области.

О диагностике заболевания, лечении стойкого болевого синдрома у детей и подростков, а также о предупреждении осложнений, рассказывает **Антон Иванович МЕТАЛЬНИКОВ**, врач-травматолог-ортопед высшей квалификационной категории, заведующий травмпунктом КГБУЗ «Детская городская поликлиника №9, г.Барнаул».

Диагностика

Проблема диагностики и лечения переломов копчика кокцигодий у детей на сегодня является достаточно актуальной.

Как правило, **кокцигодия является следствием падения ребенка на ягодицы**. В зимне-весенний период повреждения копчиков возникают во время катания на ледянке, на катках, падения на льду во дворах и т.д.

В момент травмы все дети жалуются родителям на **боли в области копчика**. Интенсивность боли может быть различной. Обычно она настолько умеренная, что ребенок после травмы сам приходит домой. Так, например, в своей практике мы наблюдали лишь двоих пациентов, которые после травмы проявляли резкое двигательное и эмоциональное беспокойство.

Жалобы детей являются ориентиром в диагностике, однако, базироваться только на них нельзя. Особенностью детского возраста является и то, что при незначительном повреждении жалобы могут быть выраженными, а при тяжелых изменениях, наоборот, - неопределенными.

Пациенты отмечают **чувство неудобства, боль в области копчика при ходьбе, во время сидения**. При осмотре выявляются симптомы общего и местного характера. Общая реакция на травму проявляется **возбудимостью, бледностью кожных покровов, учащением пульса**. **Ходьба, как правило, медленная, шаги осторожные, туловище ребенок держит прямо. Характерно усиление боли при и после акта дефекации.**

После специальной подготовки врач проводит **рентгенологическое обследование с максимальным приведением бедер к животу**. Рентгенологическая диагностика трудна, так как положение и форма копчика варьируются и иногда не могут служить критерием для точного заключения. В этой ситуации необходимо назначать дополнительные методы обследования - **МСКТ, МРТ**.

Лечение

Комплексная терапия переломов копчика и кокцигодий у детей должна быть направлена на купирование болевого синдрома, ускорение репаративных (восстановительных) процессов, консолидацию (сращение) переломов, минимизацию осложнений.

В основу лечения положен этап разгрузки, укрепления мышечного корсета.

Длительная разгрузка осуществляется в условиях стационара или домашних условиях (продолжительность от 10 до 30 суток).

Из физиотерапевтических процедур применяются лекарственный электрофорез с новокаином, карипаином, йодидом калия



(через две недели после травмы), кальция хлоридом (до 10 сеансов), магнитотерапия, лазеротерапия, парафино-озокеритовые аппликации, грязелечение.

При выраженном болевом синдроме показан **прием нестероидных противовоспалительных препаратов**, обезболивающие свечи, гели, мази в возрастных дозировках, согласно инструкции к лекарственным средствам. **Лекарственные препараты должен назначать только врач!**

При стойких болевых синдромах рекомендовано **наблюдение невролога, травматолога, физиотерапевта**, а в ряде случаев - психолога.

На ранних этапах назначается **лечебная физкультура**.

Эффективность лечения оценивается по срокам купирования болевого синдрома. В целом улучшение отмечается через 14 дней с момента начала лечения.

Уважаемые родители, напомним, что обращение за медицинской помощью при подозрении на данное повреждение является обязательным условием! Не нужно использовать «выжидательную» тактику - в дальнейшем это может привести к ряду осложнений, длительности лечения, реабилитации ребенка. ☹



Диана Александровна МАНАКОВА, ординатор первого года обучения;



Маргарита Олеговна ЛЕГУНОВСКАЯ, ординатор первого года обучения;



Екатерина Александровна ЕВДОШЕНКО, ординатор первого года обучения;

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

Ранние репродуктивные потери: прогнозирование и профилактика

Понятие «ранние репродуктивные потери» включает потери продуктов зачатия до 12 недель беременности в результате самопроизвольного прерывания маточной беременности (выкидыш) или при локализации плодного яйца вне полости матки.

Ежегодно в России практически каждая пятая желанная беременность завершается самопроизвольным абортом, причем 75-80% из них приходится на ранние сроки беременности.

Выкидыш подразделяется на спорадический и привычный. **Спорадическое прерывание беременности** обусловлено воздействием преходящего причинного фактора. **Привычное невынашивание** характеризуется как три и более последовательных самопроизвольных выкидыша. Частота привычного невынашивания в общей популяции составляет 2-5%. Такие пациентки непременно должны проходить углубленное обследование перед следующей беременностью и находиться на диспансерном учете у специалиста по невынашиванию.

В структуре ранних репродуктивных потерь также выделяют так называемый **«несостоявшийся выкидыш» без изгнания из полости матки продуктов зачатия** - неразвивающаяся (замершая) беременность по типу гибели эмбриона при отсутствии сердцебиения или по типу анэмбрионии, когда в плодном яйце эмбрион отсутствует. Заключение о наличии неразвивающейся беременности выносят врачи УЗД. Однако имеются определенные критерии для постановки такого диагноза, и зачастую определить неразвивающуюся беременность только по одному ультразвуковому исследованию не представляется возможным, - необходимо динамическое наблюдение через 11-14 дней. Важным практическим аспектом является тот факт, что отсутствие сердцебиения плода - не единственный и не обяза-

тельный признак неразвивающейся беременности: при малом сроке беременности (5 недель) сердцебиения ещё не наблюдают.

Главной причиной ранних репродуктивных потерь в 80% случаев является **хромосомная патология плодного яйца**. Учитывая этот факт, при впервые возникшей угрозе прерывания беременности, прежде всего, следует рассматривать целесообразность выжидательной тактики и отказа от «сохраняющей» терапии, поскольку большинство случаев спонтанного прерывания беременности происходит на ранних сроках, и чаще всего причиной тому так называемый «генетический сброс», при котором эмбрион нежизнеспособен.

На остальные 20% случаев приходится **нарушение нормальной анатомии половых органов**, как врожденные (аномалии развития матки), так и приобретенные дефекты (миома матки, внутриматочные синехии), **хронический эндометрит, нарушения свертывающей системы крови и фибринолиза**, прежде всего антифосфолипидный синдром, **врожденный дефицит некоторых антикоагулянтов**, а также **носительство аномальных генов системы гемостаза** (протромбина FII, фактора Лейдена FV, MTHFR).

Однако, необходимо понимать, что **в 30% случаев причину невынашивания беременности выявить не представляется возможным.**

По данным мировых сообществ акушеров-гинекологов (ACOG), **наиболее достоверно доказана связь ранней потери беременности с двумя факторами риска:**



Школа ответственного родительства

▶ старший и поздний репродуктивный возраст матери (более 35 лет);

▶ большое число предыдущих выкидышей. Чем больше эпизодов невынашивания беременности, тем хуже прогноз для последующего зачатия: риск повторного выкидыша после однократной потери беременности сопоставим с общепопуляционным, однако после двух потерь он достигает 29%, после трех - 33%.

Кроме того, **репродуктивные возможности снижают хронические заболевания матери**, как гинекологические, так и экстрагенитальные:

- синдром поликистозных яичников;
- плохо компенсированный сахарный диабет;
- хронические болезни почек;
- аутоиммунные заболевания (системная красная волчанка, антифосфолипидный синдром, другие системные заболевания соединительной ткани);
- инфекции у матери (сифилис, хламидии, токсоплазмоз и т.д.);
- некомпенсированные заболевания щитовидной железы (гипотиреоз);
- тяжелая артериальная гипертензия;
- мутагенные и тератогенные факторы: табакокурение (более 10 сигарет в день), кофеин (4-5 чашек кофе в день или более 100мг кофеина), алкогольная и кокаиновая зависимости, прием некоторых лекарственных препаратов.

Еще один фактор риска - **нарушения репродуктивного здоровья полового партнера**, поскольку эмбрион получает 50% генетического материала от отцовского генома. Многие годы подготовка к беременности была прерогативой женщин, однако, в последнее десятилетие специалисты стали включать мужчин в программы подготовки к зачатию с вовлечением врача-уролога-андролога.

Оптимальными способами опорожнения полости матки при неразвивающейся беременности или самопроизвольном выкидыше являются медикаментозный метод (до 9 недель) или вакуум-аспирация содержимого полости матки (до 12 недель). Медикаментозное прерывание беременности проводится без общего обезболивания и без инструментального вмешательства, определяющие его преимущества перед другим методом. Однако, по эффективности и дальнейшей реализации репродуктивной функции

эти два способа прерывания беременности сопоставимы между собой.

Реабилитационные мероприятия, как первый этап подготовки к следующей беременности, **необходимо проводить безотлагательно в течение первых трех месяцев после репродуктивной потери.** В дальнейшем их эффективность снижается по мере увеличения промежутка времени от гибели плодного яйца до старта лечебно-профилактических мероприятий. Своевременная реабилитация, включающая физиотерапевтические мероприятия и гормональную поддержку эндометрия, позволяет сохранить последующую беременность у 67% женщин, тогда как без терапии благополучный исход ожидает лишь 18%. К сожалению, только менее 7% россиянок после опорожнения матки проходят комплексные реабилитационные мероприятия.

Наступление следующей беременности рекомендовано не ранее чем через три месяца, поэтому необходима контрацепция на протяжении трех менструальных циклов. Женщины, желающие использовать гормональную контрацепцию, могут начать ее сразу же после завершения выкидыша. Внутриматочный контрацептив может быть введен сразу после хирургического лечения ранней потери беременности, если нет инфекционных осложнений выкидыша и противопоказаний к этому методу контрацепции.

Среди факторов, приводящих к нарушению репродуктивного здоровья женщин, особое место в структуре репродуктивных потерь занимает **внематочная беременность**, когда имплан-



Екатерина Игоревна ЛЕБЕДЕВА,

врач-акушер-гинеколог,
первая квалификационная категория,
гинекологическое отделение,
КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи»



тация плодного яйца вне полости матки. В России в 2014 году смертность от внематочной беременности составила 1%, а в 2015 году возросла до 3,6%. Чаще всего среди всех локализаций внематочной беременности встречается *трубная* (98-99%). К редким формам относятся *яичниковая* (0,1-0,7%), *шеечная* (0,1-0,4%), *брюшная* (0,3-0,4%), *гетеротопическая* (сочетание маточной локализации одного плодного яйца и внематочной локализации другого - чаще после ЭКО) и *беременность в рубце после кесарева сечения*.

Повышение риска наступления внематочной беременности зависит от многих факторов: операции на маточных трубах в анамнезе, стерилизация, эктопические беременности в анамнезе, внутриматочная контрацепция, воспалительные заболевания органов малого таза, возраст матери, никотиновая зависимость, программы вспомогательных репродуктивных технологий. На фоне перечисленных состояний нарушается физиологическое продвижение оплодотворенной яйцеклетки в сторону матки.

Диагностика внематочной беременности основывается на ультразвуковых данных при отсутствии плодного яйца в полости матки в сочетании с высоким уровнем хорионического гонадотропина (гормона беременности).

Лечение внематочной беременности - не всегда оперативное, возможны случаи консервативного ведения (введение метотрексата, вызывающий гибель и дальнейший лизис плодного яйца, и другое). Пациентка должна находиться под круглосуточным наблюдением в стационаре, при этом дальнейшие перспективы для наступления следующей маточной беременности остаются спорными.

Не подвергается сомнению тот факт, что использование современных методов диагностики и лечения данной нозологии, прогнозирование вероятности возникновения повторной внематочной беременности, профилактика возникновения нередко возникающих послеоперационных спаечных процессов, разработка эффективных методов реабилитации в состоянии существенно повлиять на частоту данного заболевания, уменьшить степень неблагоприятного влияния на репродуктивное здоровье женщин.



Подготовка супружеской пары к следующей беременности после репродуктивной потери является одной из важнейших задач врача-акушера-гинеколога и врача-андролога. Могут быть полезны психологическое консультирование и группы поддержки женщин, перенесших потерю беременности. Важно разъяснить женщине выявленные причины остановки предыдущей гестации, тем самым мотивируя ее к соблюдению врачебных рекомендаций в программах прегравидарной подготовки. Эти мероприятия направлены на нормализацию образа жизни, устранение вредных привычек, выявление и лечение экстрагенитальных заболеваний, гинекологической патологии.

По действующим клиническим рекомендациям не менее, чем за три месяца до планируемого зачатия необходим прием активных форм фолиевой кислоты в дозе 400мкг в сутки для профилактики пороков развития плода и предотвращения осложнений будущей беременности. При наличии семейного риска врожденных аномалий развития, привычного невынашивания беременности рекомендуется медико-генетическое консультирование.

Специфических методов профилактики репродуктивных потерь на сегодня, к сожалению, не существует. Однако в наших руках есть единственный действенный способ минимизировать последствия «крушения поезда» беременности, тем самым вывести репродуктивное здоровье наших пациенток на качественно новый уровень, - это прегравидарная подготовка. ☺

Наступление следующей беременности рекомендовано не ранее чем через три месяца, поэтому необходима контрацепция на протяжении трех менструальных циклов. Гормональную контрацепцию можно начать использовать сразу же после завершения выкидыша.



Если вам предстоит оперативное вмешательство на сердце

Операция на сердце - серьезное психологическое и моральное испытание для человека, поэтому нет ничего удивительного в том, что возникает страх.

Но страх можно избежать, если пациент осознает необходимость проведения для своего здоровья операции и тех процедур, которые необходимо пройти. Необходимо доверять специалистам и выполнять их рекомендации.

Общая подготовка к плановой операции

Прекратите курить, как минимум, за 1 месяц до предполагаемой операции. Сложности в функционировании лёгких, а также увеличение выделений в них, после оперативного вмешательства мешают выздоровлению. Также бросить курить рекомендуется и членам семьи больного.

Научитесь специальному дыханию (дыханию животом), которое рекомендуется для подготовки лёгких к операции. Один из наиболее простых способов - выполнять его лежа на спине, лучше на коврике, согнув для удобства ноги в коленях, положив одну руку на живот, другую - на грудь. Рука на животе будет при вдохе подниматься, но вторая рука должна оставаться неподвижной. Делать вдох необходимо через нос - вдыхать спокойно и легко, не создавая никакого слышимого шума. При вдохе следует надувать живот, при этом грудь и плечи остаются неподвижными и не поднимаются. На выдохе живот несколько втягивается в себя. Выдох должен быть чуть длиннее, чем вдох. Самое главное - необходимо выполнять эту гимнастику не менее пяти минут в течение каждого часа.

Вес и диета. Рекомендуется пройти операцию без дополнительного веса. Если же у вас есть избы-

точный вес, проконсультируйтесь с диетологом.

Лекарства. За две недели до госпитализации прекратите принимать аспирин и другие лекарства, его содержащие, так как их прием может повлиять на ход операции. Остальные лекарства продолжайте принимать как обычно.

Необходимо пролечить зубы - во избежание возникновения источника инфекции в организме.

Госпитализация

Процесс госпитализации состоит из нескольких стадий.

Первая - это *консультация перед госпитализацией в поликлинике*. Далее - *госпитализационный день*, обозначенный в вашем направлении. Этот день предназначен для знакомства с персоналом отделения, в которое вы госпитализируетесь, для различных проверок, которые позволят выяснить полную картину состояния вашего здоровья. Если вы принимаете лекарства, примите их как обычно (кроме содержащих аспирин). Если вы не проходили предварительное обследование в поликлинике, то в день госпитализации вам необходимо явиться натошак до сдачи первых анализов крови.

В приемном покое больницы вас встретит медсестра и проведет в палату отделения. Период с момента госпитализации и до операции предназначен для отдыха и подготовки к ней (проведение анализов, беседы, вспомогательный инструктаж).

Есть и дополнительные важные моменты:

► на предварительное обследование пациенты вызываются по телефону;



Оксана Валерьевна КОРЯГИНА,

старшая медицинская сестра, высшая квалификационная категория, кардиохирургическое отделение, КГБУЗ «Краевая клиническая больница», член ПАСМР с 2000 года

Исходя из сообщенных вами данных, данных лабораторного контроля, объема предстоящей операции, врач-анестезиолог предложит вам наиболее оптимальный для вас вид обезболивания (наркоза) во время операции.

► по решению врача прошедшие обследование пациенты могут быть приглашены повторно для сдачи анализов;

► медицинская сестра из отделения поможет вам во время госпитализации, а также в решении организационных вопросов;

► врач отделения примет вас для беседы и медицинского осмотра, запишет историю вашей болезни. Можно предварительно составить список вопросов, которые вы бы хотели ему задать;

► совместная встреча больных и их семей со специалистами отделения (анестезиологом, диетологом, медицинским психологом) проводится в первые и последующие дни госпитализации;

► желательно, чтобы кто-то из вашей семьи или другой близкий вам человек сопровождали вас в госпитализационный день (им позже можно передать ценные вещи, они помогут вам в сопровождении от приемного покоя до палаты);

► при необходимости вас могут госпитализировать в отделение до срока операции или направить на дополнительное обследование;

► дата операции уточняется на врачебном консилиуме и будет дополнительно сообщена вместе с указаниями.

Подготовка к операции

Врач и медицинская сестра объяснят процесс операции и госпи-

тализации, ответят на возникшие вопросы. На этой беседе желательно и присутствие членов семьи, сопровождающих вас. После вы подпишете документ, выражающий ваше согласие на проводимую операцию.

Анестезиолог обеспечивает обезболивание и контроль за работой жизненно важных органов и систем, а также несет ответственность за сохранение вашей жизни во время операции и в ближайшем послеоперационном периоде. Во время ознакомительной беседы он даст предоперационные назначения (подготовка перед наркозом). Исходя из сообщенных вами данных, данных лабораторного контроля, объема предстоящей операции, врач-анестезиолог предложит вам наиболее оптимальный для вас вид обезболивания (наркоза) во время операции.

Вечером накануне операции необходимо провести ряд подготовительных процедур:

◆ медицинская сестра поможет сбрить волосы с участков тела, занятых в операции, для того, чтобы свести к минимуму опасность заражения во время и после операции;

◆ позже вам сделают очистительную клизму;

◆ с полуночи перед операцией вы должны отказаться от приема пищи и воды;

◆ перед сном примите успокоительное лекарство и снотворное, согласно указаниям анестезиолога.

Перед оперативным вмешательством

Необходимо снять все украшения, вынуть искусственные зубы и другие протезы (слуховой аппарат, контактные линзы и т.д.).

Необходимо стереть лак с ногтей.

Вам сделают укол, который слегка усыпит вас, с этого момента вы лежите в кровати, не вставая. Поэтому все вышеописанные приготовления желательно закончить до укола.

Оперативное вмешательство

Начало последующих операций зависит от времени окончания пре-



Советы медицинской сестры

дыдущей, поэтому нет возможности определить точное время вашего перевода в операционную. Во время операции также нет возможности получать информацию о состоянии больного и ходе самой операции.

Сколько времени продлится операция - определить заранее также нет возможности.

По окончании операции вас, подключенного к различной аппаратуре, в сопровождении анестезиолога переведут в реанимационную комнату, где под надзором специально обученных врачей-реаниматологов и медсестер-анестезисток вы пройдёте первый период пробуждения после операции. Возможно, вы будете слышать голоса, шум, звонки, что является неотъемлемой частью нормального функционирования аппарата. Свет в реанимационном отделении включен постоянно. Всё это предназначено и необходимо для обеспечения полного контроля над вашим состоянием, несмотря на некоторый для вас дискомфорт. Врач оценит ваше состояние и передаст информацию вашим близким по телефону, номер которого один из них получит после вашего перехода из операционной в реанимационное отделение.

После реанимационного периода вас переведут из реанимации в общее отделение для последующего ухода. Здесь вы станете активным участником процесса выздоровления с помощью указаний персонала. Прием болеутоляющих лекарств поможет вам вернуться к нормальной активности.

Важно следить за выполнением дыхательных упражнений. Они выполняются с помощью прибора, который вам выдадут с переходом в общее отделение. Необходимо часто откашливаться! Это важно для очищения лёгких и предотвращения осложнений.

Информация для близких пациента

1. Важно прийти к пониманию необходимости и значения операции для больного.

2. На разъяснительных беседах перед госпитализацией и операцией



вы получите информацию, уменьшающую опасения и неосведомленность об особенностях ухода дома за выздоравливающим.

3. В привычной семейной обстановке ведите себя соответствующим образом, составьте временную программу действий по изменению функций в рамках семьи: кто делает покупки, кто моет посуду, кто гуляет с детьми, собакой и т.д.

4. Важно проговаривать то, что беспокоит и пугает, разделяя душевную нагрузку во время напряжения, что поможет вам действовать правильно в состоянии стресса. Это относится и к детям, и к дальним родственникам. Душевный разговор гораздо полезнее, чем напряженное молчание!

5. При необходимости обращайтесь за помощью, например, к дальним родственникам, друзьям, коллегам, в различные службы по месту жительства, к семейному врачу и т.д.

6. Выражайте понимание и любовь, сохраняя равновесие между развитием зависимости и самостоятельностью больного.

7. Поддерживайте близкого человека и убедите его выполнять указания врача. Будьте готовы к чувственным реакциям: к смене настроения, неконтрольному выражению чувств и т.п. Процесс выздоровления индивидуален и включает в себя периоды подъема и спада.

Важно следить за выполнением дыхательных упражнений. Они выполняются с помощью прибора, который вам выдадут с переходом в общее отделение. Необходимо часто откашливаться! Это важно для очищения лёгких и предотвращения осложнений.



Что тревожит многих до и после операции

<i>Меня тревожит, что...</i>	<i>На самом деле...</i>
Я не уверен, что мне необходимо пройти операцию.	Решение пройти операцию исходит от вас самого на основании заключения врачей. Вам нужна операция.
<i>Мне рекомендовали сделать операцию, хотя у меня нет никаких симптомов болезни.</i>	Иногда нужно пройти операцию, даже если болезнь не проявилась в данный момент.
Операция опасна для моей жизни? Кто будет за мной ухаживать?	Цель операции - продлить жизнь. Персонал врачей и медсестер в больнице опытен и профессионален.
<i>Это сложная операция.</i>	Больница оснащена высококачественной аппаратурой, позволяющей осуществлять контроль и максимальный уход.
Кто ответит на мои вопросы?	Обслуживающий персонал ответит на все вопросы.
<i>Скажут ли мне, что с моим здоровьем?</i>	Вы получите полную информацию о состоянии своего здоровья.
Мне трудно заснуть.	Вы можете послушать музыку, чем-нибудь заняться. Борьба с бессонницей - хуже ее самой, лучше проведите это время с пользой для себя.
<i>Никто мне не поможет.</i>	У вас есть семья и друзья, которые вам помогут.
Смогу ли я поделиться с членами своей семьи?	Близкие люди смогут принять участие в том, что происходит с вами.
<i>Дети работают и заняты.</i>	Вы можете попросить детей найти для вас немного свободного времени.
Вся ответственность за дом на мне.	На время выздоровления можно изменить функции домашней деятельности и передать ответственность другим членам семьи.
<i>Я буду далеко и отстранен от людей, которые волнуются за меня.</i>	Близкие могут навестить вас в больнице и узнать о вашем состоянии.
Друзья захотят посетить меня.	Друзья смогут посещать вас постепенно, по истечении некоторого времени.
<i>Я не могу отклонить посещение друзей.</i>	Друзья поймут и войдут в ваше положение, ведь они хотят вам только добра.
Изменюсь на работе.	Вы будете как все. У каждого иногда случаются проблемы.
<i>Не смогу жить как раньше.</i>	С течением времени вы вернете себе прежнюю силу.

Выписка производится в утренние часы, поэтому позаботьтесь о том, чтобы кто-нибудь из родственников или близких принес вам необходимую одежду. Сопровождающий вас родственник или близкий получит рецепты для получения в аптеке лекарства на первое время. В отделении медицинская сестра даст вам и вашему сопровождающему все необходимые инструкции на ближайший период, а также ответит на все вопросы. ☺

Продолжение следует



КОНТАКТНЫЙ ТЕЛЕФОН

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





Современные методы коррекции близорукости



Валентина Андреевна БОНДАРЬ,
заведующая лабораторией контактной коррекции, врач-офтальмолог первой квалификационной категории, КГБУЗ «Алтайская краевая офтальмологическая больница», ассистент кафедры урологии и андрологии с курсами специализированной хирургии АГМУ

Такая патология зрения, как близорукость, значительно снижает качество жизни человека.

Искажение зрительного восприятия, при котором далеко расположенные объекты кажутся нечеткими, размытыми и без явных контуров, называется **близорукостью** (миопией). Это происходит в результате того, что лучи света по каким-либо причинам не могут сфокусироваться на сетчатке, а располагаются перед ней.

Несмотря на огромный клинический опыт, лечение миопии продолжает оставаться одним из самых сложных направлений в офтальмологии. Современная медицина предлагает широкий спектр возможностей и методов для коррекции зрения при близорукости: от известных с XIII века очков до современных технологий. Но для наиболее эффективного их применения важно сначала определить причины близорукости, а также учесть множество других сопутствующих факторов.

Современные способы коррекции близорукости успешно освоены и применяются в Алтайской краевой офтальмологической больнице.

Ортокератология (ОК-терапия) - это современный метод временной коррекции аномалий рефракции при помощи планового применения газопроницаемых контактных линз. Они используются во время сна и посредством запрограммированной перестройки эпителия роговицы улучшают остроту зрения. Это единственный метод коррекции зрения, благодаря которому не нужно использовать очки или контактные линзы днем.

В последние годы появились многочисленные данные о стабилизирующем влиянии ортокератологических линз (линз ночного ношения) на прогрессирование миопии у детей. Мировой опыт показал, что у детей, применяющих ортокератологические линзы, прогрессирование близорукости замедляется, а в 40% случаев полностью останавливается. Дизайн ортолинз предполагает полную коррекцию и точ-

ную фокусировку изображения в центральной зоне сетчатки. И этот эффект длится весь день.

ОК-терапия является безопасной при строгом следовании всем советам специалиста по использованию линз и уходу за ними. Ночные линзы подходят детям с 6 лет и взрослым любого возраста. Замечу, что ортокератология является идеальным методом для коррекции зрения у детей и подростков: она дает им свободу движений и играет профилактическую роль.



Что касается коррекции миопии у взрослых, то в настоящее время успешно используются лазерные методы коррекции зрения.

Эксимерлазерная коррекция зрения - это хирургический метод восстановления зрения. После оперативного вмешательства человек получает максимально возможную при его состоянии остроту зрения. Современным рефракционным операциям присуща высокая точность, минимальная травматичность, прогнозируемость рефракционного эффекта, безопасность и эффективность.

Решение вопроса о возможности проведения этой процедуры принимает врач и только после проведения комплексного обследования. Навсегда избавиться от близорукости возможно только лишь после 18 лет и только в том случае, если зрение стабильно в течение нескольких лет, то есть миопия не прогрессирует. До 18 лет коррекция не рекомендуется, так как в этом возрасте с ростом всего организма, в том числе и глазного яб-



лока, может измениться и рефракция зрения. Важно, чтобы в период, когда операция станет возможной, к ней не было противопоказаний, поэтому родителям близоруких детей нужно ответственно относиться к лечению детской близорукости.

Существующие методики коррекции зрения с использованием эксимерного лазера позволяют сформировать профиль роговицы с нормальной преломляющей силой, что обеспечивает длительный и стабильный эффект. К наиболее популярным методам лазерной коррекции относятся ЛАСИК и Фемто-ЛАСИК. В зависимости от особенностей имеющихся нарушений у пациента врач рекомендует более подходящую операцию.

Коррекция зрения по методам ЛАСИК и Фемто-ЛАСИК включает два основных этапа.

В начале операции ЛАСИК при помощи специального режущего инструмента (микрокератома) срезается тонкий клапан (крышечка) на поверхностном слое роговицы. Хирург укладывает этот лоскут в сторону, затем испаряет внутренние слои роговицы, используя эксимерный лазер. Ультрафиолетовый луч лазера при наведении на вещество роговицы избирательно и очень точно удаляет с нее тонкий слой ткани для того, чтобы изменить ее форму. При правильном изменении формы роговицы лучи света фокусируются на сетчатке, обуславливая высокую остроту зрения. После работы лазера лоскут возвращается на прежнее место, закрывая участок, с которого удалась роговичная ткань.

При Фемто-ЛАСИК первый этап выполняется фемтосекундным лазером, в основном это положительно сказывается на зрении в сумеречное время суток из-за уменьшения количества нежелательных бликов и aberrаций (искажений), естественно присутствующих роговице человеческого глаза. Пациент сразу ощущает существенное улучшение зрения, которое продолжает самостоятельно улучшаться в течение последующих нескольких дней.

На сегодня оба этих метода зарекомендовали себя в офтальмологической практике как безопасные и эффективные методы коррекции зрения. 🌐



Это интересно!

Синяя угроза

Национальное агентство по контролю за безопасностью продуктов, окружающей среды и труда (Франция) предупреждает: синий свет - это угроза для зрения.

Светодиоды излучают синий свет на коротких волнах, что делает освещение более интенсивным, но вызывает усталость глаз, а со временем - старение сетчатки и риск возрастной макулярной дегенерации (поражается центральная зона сетчатки и сосудистой оболочки). Особо опасны мощные светодиоды фар и уличных фонарей, но Агентство советует не забывать и о самом мощном источнике такого излучения - солнце, а заодно воздерживаться от злоупотребления лампами холодного света, предпочитая им теплые, с оттенком в желтые тона. Даже слабый синий свет (например, мерцание экрана) ночью нарушает циркадные биоритмы и грозит проблемами со сном и нарушением метаболических процессов.



«Умный» пластырь для лечения диабета

Группа ученых из США разработала интеллектуальный пластырь для доставки инсулина больным сахарным диабетом первого типа.

Он поможет автоматически управлять уровнем глюкозы в крови и при необходимости тут же доставлять необходимый инсулин. Пластырь имитирует регуляторную функцию поджелудочной железы. Новый «умный» пластырь очень удобен и прост в применении. Размером всего с монету, он крепится на теле пациента. Дозы инсулина предварительно загружены в крошечные микроиглы, менее 1мм в длину. Они быстро доставляют лекарство, как только уровень сахара в крови достигает определенного порога. Причем укол такой микроиглы менее болезненный, чем от шприца. Когда уровень сахара в крови возвращается к норме, доставка инсулина пластырем также замедляется.

Авторы разработки говорят, что преимущество нового пластыря в том, что он может предотвратить передозировку инсулина, которая может привести к гипогликемии, судорогам, коме или даже смерти. Доклинические испытания нового пластыря на подопытных животных прошли успешно.



Как принять болезнь и продолжать жить качественно



Алла Владимировна ЛОБАНОВА,
медицинский психолог,
КГБУЗ «Алтайский
краевой онкологический
диспансер»

В 1969 году американский психолог швейцарского происхождения Элизабет Кюблер-Росс в своей книге «О смерти и умирании» описала пять стадий горя. Она очень точно объяснила, что это - нормальные реакции человека на трагические новости. И назвала их «защитным механизмом».

То есть, получив подтвержденный диагноз серьезного заболевания, человек в той или иной форме проходит пять стадий принятия диагноза. В его голове роятся сотни вопросов без ответа. Будущее буквально нависает черной тучей. Ведь страх возникает, когда что-то неизвестно. Причем, эти же стадии принятия диагноза проходят и родственники больного человека! В подобной ситуации естественно и даже необходимо пройти определенный период горя, оплакать те изменения, которые произошли в судьбе. Главное - ни в одной из этих стадий не застрять!

Сейчас эту теорию активно используют, и я хочу познакомить вас с ней, а также дать некоторые рекомендации по преодолению этих стадий без ущерба для психического здоровья.

Стадия первая: шок и (или) отрицание

Получив подтвержденный диагноз серьезного заболевания, первые часы или даже дни человек испытывает состояние шока. Он живет и действует «на автомате» и внешне может выглядеть совершенно спокойным и здоровым.

Вслед за шоком приходит паника («такого не может быть», «это происходит не со мной», «я к этому не готов»), когда человек начинает метаться в прямом и переносном смысле. Чтобы защититься, психика вырабатывает «рефлекс отрицания»: пациент не верит в свой диагноз, нередко старается вести обычную жизнь, избегая любых напоминаний о заболевании. Такое кратковременное состояние отрицания - естественная защитная реакция, однако если человек слишком долго остается в этом состоянии, то, в первых, он испытывает сильнейший

стресс, а во-вторых, подвергает свою жизнь огромному риску, так как не обращается к врачу и не заботится о своем здоровье.

Как справиться. Заняться самообразованием, общаясь с врачами, собирая полнейшую информацию о своем недуге или болезни близкого человека.

От знакомства с болезнью постепенно следует переходить к знакомству с больными - то есть с теми людьми, кто страдает тем же заболеванием. Ведь у них уже есть опыт проживания этой ситуации. Как показывают наблюдения, общение больных между собой повышает эффективность лечения и качество жизни.

Стадия вторая: гнев

Как только человек проходит первую стадию, он начинает смотреть в лицо реальности и понимает: тяжелое заболевание теперь является частью его жизни. И нередко начинает испытывать гнев: на Бога, на себя, что делал что-то не так, на врачей, которые не могут его вылечить, на окружающих - за невежество и непонимание. И за то, что они... пока здоровы. «Почему я? Это несправедливо!», «За что это мне? В чем я виноват? А может, виноват не я? А кто?»

И хотя гнев - нормальная реакция человеческой психики на любой жизненный кризис, но когда он длится слишком долго, резко повышается уровень стресса. И нередко ухудшается здоровье: ведь эмоциональное состояние находится в прямой связи с физиологическим. Получается, что, испытывая гнев, человек действует на руку болезни. К тому же излишняя злость может лишить возможных союзников - людей, которые в дальнейшем могли бы оказывать помощь и поддержку.



Как справиться. Не стоит «пережигать» бесценную энергию попусту. *Злиться нужно на болезнь.* Недаром тибетские ламы говорили, что «*нужно по-настоящему возненавидеть свой недуг, чтобы победить его*».

Ищите примеры среди знаменитых людей, которые достойно вели бой с подобной болезнью, жили долго и качественно и оставили свой след в истории.

Также можно выполнять **упражнение на избавления от гнева**. Например, из арт-терапии: нарисуйте предмет своего гнева на любом листе бумаги, то есть материализуйте его (качество рисунка совершенно не важно), а потом сделайте с этим листом то, что хочется - можно порвать его, сжечь, искалякать, утопить, смять.

Или **упражнение на проговаривание или даже выкрикивание своего гнева**: отследите контрольное слово (то слово, фразу, которые постоянно и навязчиво сидят в голове), наберите полную грудь воздуха и на выдохе, порциями отпуская воздух, начните прокрикивать это слово, пока оно не «выплюнется» из вас. Можно проделать так несколько раз.

Стадия третья: сделка

На этой стадии человек пытается смириться с ситуацией, заключая своего рода сделку со своим подсознанием по принципу: «если я буду хорошо себя вести, всё станет, как раньше». *Именно сейчас больной готов ходить к знахарям, колдунам, использовать непроверенные методы лечения, изобретать свои собственные, отказываясь от курса, предписанного официальной медициной.* Многие обращаются к вере, причем очень быстро могут доходить до нездорового фанатизма. Другие, невзирая на тяжесть состояния, отправляются в дальние паломничества.

Фактически - это стремление убежать от болезни, а на самом деле - от самого себя. Эта стадия очень опасна, так как, увлекаясь нетрадиционными методами и зачастую «клянувшись на жизвку» недобросовестных «горе-лекарей», человек теряет драгоценное время. В это вре-



мя волевые возможности человека становятся ослабленными, и он может стать ведомым, и этим, конечно, пользуются мошенники.

Как справиться. Важно понять, что заболевание не является возмездием или наказанием за что-то, и оно никуда не исчезнет ни магическим, ни чудо-лекарственным, ни каким-либо другим способом. Ваше конкретное заболевание - это лишь одно из десятков хронических заболеваний. Поймите, что миллионы людей живут с подобным вашему недугом всю свою жизнь.

При этом не нужно ничего себе запрещать. Нравится ходить к целителю - ходите, только поставьте об этом в известность своего лечащего врача. Посещения храмов и святынь тоже оказывают свое благотворное действие на психику пациентов.

Лучше будет, если вы найдете себе хобби, в котором сможете достигнуть успеха и признания, занятие, которое увлечет вас по-настоящему. Достаточно вспомнить опыт Дарьи Донцовой, начавшей писать свои детективы на больничной койке и сумевшей не только победить тяжелую болезнь, но и прославиться.

Задавайте себе вопрос не «Почему это всё происходит со мной?», а «*Зачем это всё происходит? Чему жизнь хочет меня научить? Что подсказать?*». Такие вопросы ориентированы на будущее.

Нарисуйте предмет своего гнева на листе бумаги, то есть материализуйте его (качество рисунка совершенно не важно), а потом сделайте с этим листом то, что хочется - можно порвать его, сжечь, искалякать, утопить, смять.





◀ Стадия четвертая: депрессия

Когда реальность, наконец, осознается, практически все пациенты переживают ту или иную степень депрессии. Остаются огромные неразрешенные вопросы о планах на будущее, об отношениях с окружающими, об изменении статуса в семье и на работе. Необходимость постоянного лечения нередко коренным образом меняет привычный образ жизни, начиная с распорядка дня. Многим людям на этой стадии хочется просто залезть с головой под одеяло и спрятаться от всего мира. **Многие изолируют себя от общества и еще больше уходят в депрессию.**

Как справиться. В первую очередь нужно понять, что это - временный период. Ощущение безнадежности и мрачные картины будущего - химеры, которые, по сути своей, являются не более чем симптомами депрессии. Пережив ее, вы увидите свою жизнь совершенно по-другому. **Диагноз - не повод отказываться от планов и надежд.** Наоборот, надо строить планы и мечты на ближайшее будущее, это будет своеобразным ресурсом, который поможет оставаться вам на плаву. Тем более что по каждому тяжелому заболеванию постоянно разрабатываются новые методы ле-

чения, которые помогают сохранять дееспособность на долгое время.

Стадия пятая: принятие и переоценка

Принять и смириться - это не одно и то же. **Принятие означает, что человеку пришло понимание того, что он может жить со своим недугом,** что у него выработались четкие позитивные цели и устремления, реализации которых не сможет помешать даже болезнь. На этой стадии приходит время для того, чтобы заново оценить свою жизнь, свои планы и цели. Часто только после постановки тяжелого диагноза **люди понимают, что для них действительно важно и ценно,** на что стоит тратить время и энергию, фокусируют внимание на главном для себя и отказываются от ненужного. Ведь наша жизнь - это не то, что мы думаем, а то, что мы чувствуем.

Если вы чувствуете, что одному вам справиться очень сложно, всегда можно обратиться к психологу! Он поможет посмотреть на ситуацию с другой стороны. В стрессе сознание человека сужается, он обычно видит только один выход из сложившейся ситуации, психолог же поможет расширить сознание, раздвинуть возможности, найти ресурсы, определить приоритеты и ценности. ☺

Где в Барнауле можно получить бесплатную психологическую помощь:

● *краевой кризисный центр для женщин* (ул. Смирнова, 79г, тел.8-800-200-0122, 34-28-26);

● *краевой кризисный центр для мужчин* (ул. Георгия Исакова, 113е, тел.55-12-88);

● *Алтайский краевой центр психолого-педагогической и медико-социальной помощи* (пр. Ленина, 54а, тел.36-75-43, 50-04-72, 50-41-25);

● *краевой центр медико-психологической и социальной помощи беременным женщинам* (ул. Фомина, 154, тел.56-93-37);

● *комплексный центр социального обслуживания населения г. Барнаула* (ул. Телефонная, 50, тел. 55-05-47);

● *филиал по Железнодорожному району г. Барнаула* (ул. Телефонная, 50а, тел. 55-07-82);

● *филиал по Индустриальному району г. Барнаула* (ул. 50 лет СССР, 15, тел. 47-52-95);

● *филиал по Ленинскому району г. Барнаула* (ул. Малахова, 55, тел. 49-12-88);

● *филиал по Октябрьскому району г. Барнаула* (ул. Эмилии Алексеевой, 34а, тел. 34-00-73);

● *филиал по Центральному району г. Барнаула* (Змеиногорский тракт, 108а, тел. 26-81-30).



Как родителям не потерять контакт с подростками?



Ульяна Александровна ТКАЛЕНКО,

психолог, гештальт-консультант, арт-терапевт, КГБУСО «Краевой кризисный центр для женщин»

Легко ли быть подростком? Думаю, что найдется немало людей, которые считают, что подростком быть нелегко. Но, с другой стороны, как же не просто и взрослым в период взросления своего подростка!

Взрослым очень полезно вспомнить себя в этот непростой подростковый период. Подростковый возраст - самый нежный: это уже не ребенок, но еще и не взрослый. Он готов совершать поступки, но не готов нести за них ответственность. Он нуждается в маминной ласке, одновременно с этим отчаянно желает показать, что это не так...

Для подростка большую роль играет собственный статус среди сверстников. И ради этого статуса он готов на многое: от банального прогуливания уроков до совершения асоциальных поступков. Так начинаются конфликты и трудности в отношениях взрослого и подростка.

Зачастую взрослые сохраняют свое отношение к подростку как к ребенку. Но именно такое отношение противоположно представлениям подростка о степени собственной взрослости, поэтому он начинает претендовать на новые права. Если взрослые не изменяют отношения к нему, то подросток сам становится инициатором перехода к новому типу отношений.



Соппротивление взрослого вызывает ответное сопротивление у подростка в виде разных форм непослушания и протеста. И в этот момент родители начинают паниковать: они действительно не узнают своего покладистого ранее ребенка. Бьют тревогу, обращаются к психологу с просьбой «усмирить протестанта». Они упорно продолжают настаивать на отношениях, которые были между ними раньше. Но этот путь - тупиковый, он не приводит к успеху. **Задача родителей на данном этапе - найти и на-**

ладить новый нормальный контакт с ребенком, не потерять его и остаться для него авторитетом.

Как же это сделать, как построить новые нормальные отношения со своим ребенком-подростком? **Очень важно установить с ним доверительные отношения.** Ведь ему очень нужно, чтобы его принимали. Если подросток не находит этого в семье, то будет искать в виртуальной реальности или в асоциальных компаниях.

Будьте с подростком «на одной волне». Разговаривайте на темы, интересные ему. Не про школу, учителей и уроки, а про то, что интересно именно вашему ребенку. Важно, чтобы при обсуждении это был **диалог:** и выслушивание мнения собеседника, и ваши собственные реплики. Если в ходе обсуждения возникают разногласия, **ребенок должен видеть, что вы уважаете его мнение,** хотя и не согласны с ним. Расскажите, как бы вы поступили в данной ситуации, но при этом дайте ребенку самому не только сделать выбор, но и разрешите действовать в соответствии с этим выбором.

Почему вы должны ему это разрешить? При запрете подросток, наверняка, сделает по-своему. И в следующий раз вряд ли уже будет спрашивать вашего совета, а сразу сделает по своему разумению. А после придется разбираться вам и уже без доверительных отношений. Поэтому **позвольте своему ребенку быть самостоятельным,** обсудите вместе с ним, какие обязанности он бы хотел и смог взять на себя, а какие бы вы сами хотели ему поручить. Очень важно достигнуть компромисса в этих вопросах.

Если вы будете бдительны по отношению к своему ребенку, будете принимать его взрослость, принимать его чувства, если захотите и сможете меняться и развиваться вместе с ним, то тогда подростковый возраст не будет казаться сложным ни для вас, ни для вашего ребенка-подростка. ☺



Не упустить важное! Патологии полового формирования у детей

Формирование пола проходит целый ряд последовательных этапов: формирование гонад, внутренних гениталий, наружных и, наконец, вторичных половых признаков. Регулирование этого процесса определяется генетическими и гормональными факторами. Иногда на каком-либо из этапов происходит сбой, и возникают нарушения формирования пола.

Подробнее об этом наш разговор с Андреем Владимировичем БОЙКО, заведующим детским хирургическим отделением, кандидатом медицинских наук, врачом-детским хирургом, врачом-урологом-андрологом высшей квалификационной категории, КГБУЗ «Детская городская клиническая больница №7, г.Барнаул»:

- После рождения ребенку предстоит пройти еще один очень важный этап полового формирования - пубертатный период. И лишь к его окончанию полностью заканчивается формирование полового аппарата. С этого времени человек способен к выполнению основной биологической функции - к воспроизведению себе подобных.

Основная причина патологии полового формирования - хромосомные или более тонкие генетические аномалии. Значительно реже пороки развития могут быть обусловлены **нарушением гормонального баланса беременной женщины** (прием гормональных препаратов, опухоли) и (или) **гормональной функции плаценты**. Воздействие этих неблагоприятных патологических факторов может быть двояким: либо патологические факторы препятствуют формированию полноценной гона-

ды, что нарушает процессы формирования гениталий, либо ее формирование не нарушается.

Агенезия гонад

Воздействие неблагоприятных факторов на ранних этапах эмбриогенеза (процесса образования и развития эмбриона) может препятствовать формированию гонады. **Вместо яичников у больных находятся образования, которые представляют собой белесоватые полоски соединительной ткани («streak»).** Подобная «гонада» формируется раньше, чем начинается определение половой закладки в яичко или яичник. Разумеется, **такая «гонада», не содержащая фактически функциональных элементов половой железы, не способна выделять половые гормоны** ни в период внутриутробной жизни, ни в последующие годы.

У всех таких больных определяется атрофичная матка с трубами, узкое влагалище, наружные гениталии всегда женского типа, лишь малые половые губы могут быть недоразвитыми. При рождении никогда не возникают сомнения в принадлежности ребенка к женскому полу. В детском возрасте у таких «девочек» нет очевидных симптомов заболевания. Патология полового аппарата проявится значительно позже - в от-



сутствии вторичных половых признаков: не развиваются молочные железы, не начинается менструация, нет полового оволосения.

Дисгенезия яичников

Это редкое патологическое заболевание: по статистике один случай на 10000 новорожденных.

Наиболее частой причиной дисгенезии яичников является **мозаичный кариотип 45X0/46XX**. Клеточный клон с нормальным для женщины набором половых хромосом обеспечивает производство половой закладки в яичник, а **наличие патологического мешает формированию полноценной гонады**. Степень ее недоразвития зависит от процентного соотношения нормальных и патологических клеточных клонов, и их распределения в организме.

Фенотип больных всегда правильный женский. В детском возрасте очевидных симптомов патологии полового формирования нет и лишь впоследствии, на фоне пубертатного периода, патология выявляется.



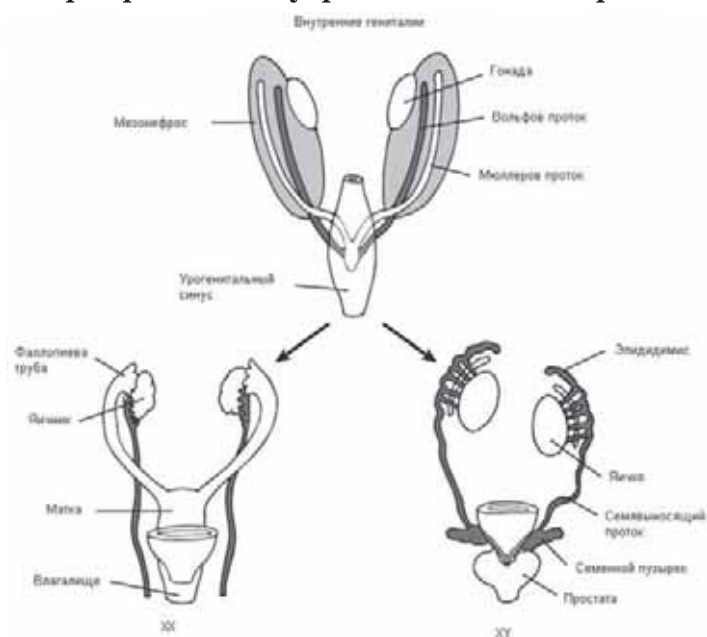
Дисгенезия яичек

Это нарушение полового формирования характеризуется смешанным строением гениталий. Причиной внутриутробного повреждения (недоразвития) яичка является **нарушение числа половых хромосом**.

У части пациентов причину развития патологии выявить не удастся: набор половых хромосом у них - нормальный для здоровых мужчин. У части больных **гонада более дифференцирована и визуально представляет собой гипоплазированное (уменьшенное) яичко с признаками внутриутробного повреждения**. Фенотип таких больных практически всегда ближе к женскому. Женское строение внутренних гениталий (наличие матки, труб и верхней части влагалища) у них обусловлено недоразвитием клеток Сертоли и дефицитом антимюллера вещества. **Отсутствие семявыносящего протока и женское строение наружных гениталий** у них обусловлено дефицитом тестостерона в период внутриутробной жизни. Небольшие количества тестостерона, которые синтезируют эти «гонады», способны лишь сформировать вирилизированный клитор (резко недоразвитый половой член), так как половой бугорок в период внутриутробной жизни наиболее чувствителен к действию андрогенов. В постнатальный период жизни такие яички оказываются абсолютно несостоятельными. Подобный характер повреждения гонад наблюдается при синдроме Шерешевского-Тернера с гермафродитными гениталиями, чистой дисгенезии яичек, синдроме рудиментарных яичек.

Редким вариантом внутриутробной патологии яичек является состояние, когда **повреждается лишь морфогенетическая функция эмбриональных тестикул**. При этом чаще имеет место дефицит лишь антимюллера вещества. Половой аппарат мальчика, а именно - половые протоки и наружные гениталии, формируются по мужскому типу, но при этом имеет место хорошо развитая матка и трубы. Обычно подобный порок развития выявляется случайно. Вторичные половые признаки хорошо развиты, часть больных фертильна. Клиническим вариантом подобной патологии является синдром Рейера.

Формирование внутренних половых органов



Внутриутробная атрофия яичек

У плода на разных стадиях внутриутробного развития происходит атрофия яичек. **Формируются разные варианты патологии пола**. Так, при повреждении яичек на ранних этапах (до 12 недель) формируется клиника гермафродитизма. При повреждении яичек вскоре после 12 недель - микрофалус. В остальном гениталии (внутренние и наружные) сформированы правильно по мужскому типу. Атрофия гонад в более поздние сроки развития плода не оказывает влияние на дифференцировку пола.

При всех вариантах внутриутробной атрофии яичек на фоне пубертатного периода имеется **выраженный гипогонадизм**. Обычно при дисгенезии яичек гонады с обеих сторон недоразвиты в одинаковой степени. Однако довольно часто наблюдается **асимметричное развитие гонад**. В таком случае при наличии матки со стороны рудиментарной гонады имеется труба, а со стороны семенника может быть развит только семявыносящий проток или мужские и женские протоки одновременно.

Формирование смешанной гонады

У части больных патология формирования пола проявляется в том, что **обе зоны половой закладки разви-**

Окончательное формирование гениталий происходит в конце I триместра беременности, начинается оно только на 10-й неделе беременности. К моменту рождения половой аппарат полностью сформирован. У здоровых детей пол гонад (первичные органы репродуктивной системы у мужчин и женщин), строение внутренних и наружных органов (фенотип, или морфологический пол) полностью соответствует кариотипу (генетическому полу).





Дисгенезия гонад возникает в тот момент, когда из половой закладки начинает формироваться мужская или женская гонада. Однако воздействие неблагоприятных факторов препятствует окончательному формированию полноценной половой железы.

ваются в гонады, то есть из половой закладки одновременно формируются элементы и мужской, и женской гонады. Чаще выявляют правильный женский кариотип, значительно реже - правильный мужской. Иногда имеет место мозаичный.

У части больных с нормальным мужским кариотипом и мужскими гонадами патология формирования пола может быть обусловлена **дефицитом тестостерона в период внутриутробной жизни из-за врожденного дефекта стероидогенеза тестостерона или врожденного дефицита гонадотропных гормонов (ГТГ)**. Дефект синтеза тестостерона у большинства больных является результатом дефицита одной из пяти ферментных систем, участвующих в синтезе гормона в надпочечниках и гонадах. Гонады таких больных, как правило, нормально развиты и не имеют морфологических признаков повреждения.

Дефицит тестостерона в период внутриутробной жизни является причиной формирования смешанных гениталий и гипогонадизма. У большинства больных фенотип приближается к женскому: половой член недоразвит, мошонка расщеплена, имеется слепозаканчивающееся влагалище, которое открывается в гипоспадированную

уретру. На фоне пубертата вторичные половые признаки не формируются.

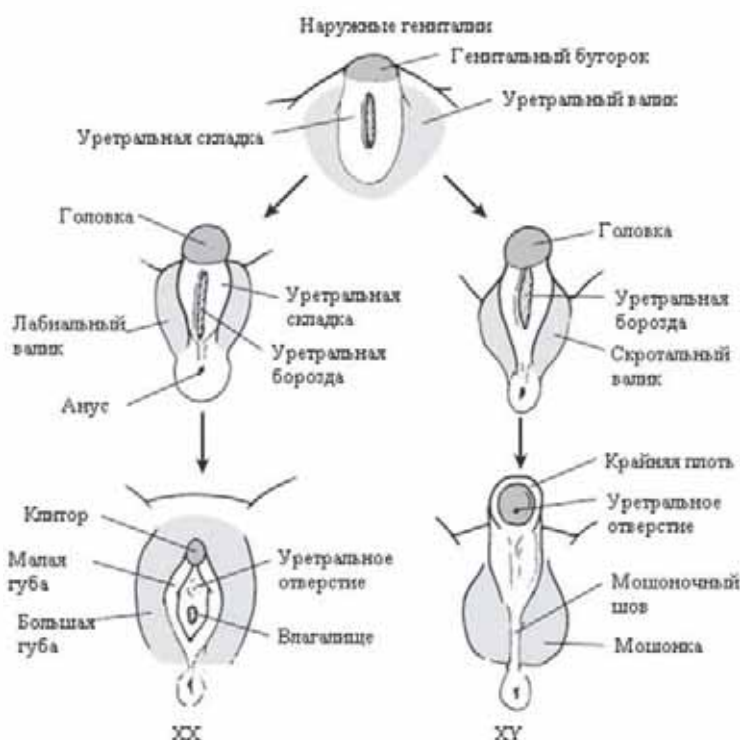
Значительно реже фенотип больных приближается к мужскому. На фоне пубертата у таких пациентов может быть спонтанное развитие вторичных половых признаков мужского типа. Также у большинства больных с врожденным дефектом синтеза тестостерона на фоне пубертата формируется гинекомастия неясной этиологии.

Врожденный дефицит лютеинизирующего гормона или нарушения чувствительности гонад к его действию могут быть причиной дефицита тестостерона на более поздних этапах внутриутробной жизни, когда дифференцировка пола закончена и формируются кавернозные тела, увеличивается в размерах половой член. Данное патологическое состояние характеризуется наличием микрофалуса, в остальном наружные гениталии сформированы по мужскому типу. Впоследствии у больного выявляются симптомы гипогонадизма. Внутренние гениталии сформированы по мужскому типу. Таким образом, врожденный дефицит тестостерона способствует формированию клиники ложного мужского гермафродитизма или микрофалуса.

Нарушение действия тестостерона на уровне тканей

Характерно нормальное функционирование яичек, достаточный уровень тестостерона в период внутриутробной жизни и в последующие годы. Однако тестостерон на уровне андрогензависимых тканей не оказывает маскулинизирующий эффект из-за **нарушения чувствительности рецепторов андрогензависимых тканей к тестостерону и из-за дефицита фермента 5-альфа-редуктазы**, превращающей тестостерон в его активную форму (дигидротестостерон). Эти причины препятствуют формированию мужского фенотипа.

Нарушение чувствительности к андрогенам является причиной достаточно распространенного варианта ложного мужского гермафродитизма - синдрома тестикулярной феминизации. **При полной потере чувствительности к андрогенам** формируется



Формирование наружных гениталий



женский фенотип. На фоне пубертатного периода формируются вторичные половые признаки женского типа, которые можно объяснить тем, что на уровне тканей снимается конкурирующее действие андрогенов, и небольшие количества эстрогенов оказывают хороший феминизирующий эффект.

При частичной потере чувствительности к андрогенам формируются смешанные гениталии. На фоне пубертатного периода у таких больных наблюдается в разной степени выраженная андрогенизация.

При любом строении наружных гениталий внутренние гениталии у таких больных сформированы по мужскому типу.

Нарушение чувствительности к андрогенам - генетически обусловленное состояние. Наблюдается большой процент семейных случаев. Заболевания всегда передают женщины, носительницы патологического гена, но болеют только мужчины.

Дефицит 5-альфа-редуктазы также является причиной формирования смешанных гениталий. В результате **дефицита активной формы тестостерона (ДГТ)** наружные гениталии плода формируются под влиянием автономной тенденции к феминизации. Фенотип таких больных ближе к женскому. Однако в подростковом возрасте имеет место спонтанное развитие вторичных половых признаков.

Высокий уровень тестостерона в период внутриутробной жизни внегонадного происхождения

Подобные патологические состояния являются причиной формирования распространенной формы гермафродитизма - **ложного женского гермафродитизма**. Наиболее частый его вариант - **врожденная дисфункция коры надпочечников**, которая обусловлена патологией аутосом, заведующих ферментативным синтезом стероидных гормонов коры надпочечников. При этом заболевании имеет место **дефицит ферментных систем**, принимающих участие в синтезе глюко- и минералокортикоидов.



Клиническая симптоматика этого заболевания обусловлена **дефицитом жизненно важных гормонов и избыточным содержанием андрогенов**.

У плода женского пола избыточное содержание андрогенов способствует вирилизации наружных гениталий. При этом формируются наружные гениталии полностью мужского типа или смешанные гениталии.

Высокий уровень андрогенов в период внутриутробной жизни может быть результатом **приема матерью мужских половых гормонов или результатом наличия у нее андрогенпродуцирующих опухолей яичников или надпочечников**.

Прием матерью во время беременности прогестиновых препаратов и эстрогенов

Прием подобных препаратов во время беременности может вызвать вирилизацию женского пола или феминизацию мужского пола. Таким образом, у генетического мужского плода смешанное строение гениталий может быть результатом **формирования неполноценного яичка, нарушения гормональной функции эмбриональных яичек или нарушения чувствительности к действию андрогенов**. При этом происходит формирование смешанных гениталий. У части больных формируется смешанная гонада и как результат - смешанное строение гениталий. ☺

Продолжение следует

При частичной потере чувствительности к андрогенам формируются смешанные гениталии. На фоне пубертатного периода у таких больных наблюдается в разной степени выраженная андрогенизация.



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
профилактики 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

Алтайский край

№2 (206) февраль 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 28.02.2020 г.,
фактически - 14:00 28.02.2020 г.
Дата выхода: 06.03.2020 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. 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

ЧТО НАДО ЗНАТЬ О КОРОНАВИРУСЕ



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

КОРОНАВИРУС – это возбудитель ОРВИ, при котором отмечается выраженная интоксикация организма и проблемы с дыхательной и пищеварительной системами.

Вирус передается



Воздушно-капельным путем при чихании и кашле



Контактным путем

Как не допустить



Не выезжать в очаг заболевания



Избегать посещения массовых мероприятий



Чаще мыть руки



Использовать медицинские маски

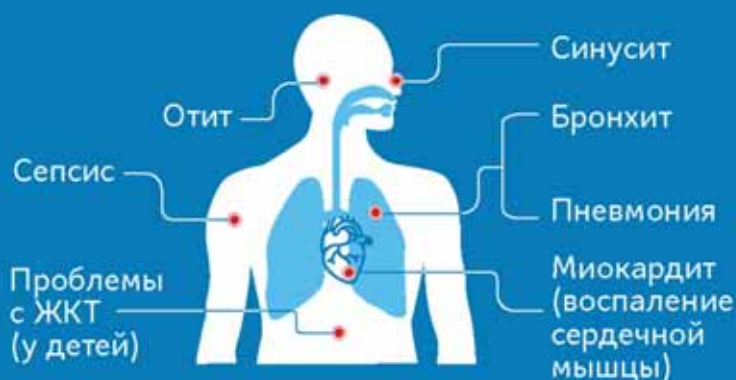


Избегать близкого контакта с людьми, у которых имеются симптомы заболевания

Симптомы



Осложнения



Что делать, если...



Обратиться к врачу



Не заниматься самолечением