

6+

# ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№8 (212) АВГУСТ 2020



## Брюханов Валерий Михайлович

(01.01.1945 - 02.08.2020)



Доктор медицинских наук, профессор, академик РАН Высшей школы, академик Польской Академии медицины (2000г.), член Ученого Совета СО РАМН, Заслуженный работник Высшей школы (2001г.), Почетный гражданин г.Барнаула.

**2 августа 2020 года в возрасте 75 лет не стало Брюханова Валерия Михайловича.**

Он выпускник Алтайского государственного медицинского института 1968 года, и вся его трудовая деятельность связана с вузом: заместитель декана лечебного факультета (1972-1975гг.), первый декан фармацевтического факультета (1975-1981гг.), проректор по научной работе АГМИ (1986-1988гг.).

В один из самых непростых периодов в жизни страны - в 1988 году - он возглавил alma mater и руководил вузом более 25 лет. С периодом его работы первым руководителем вуза связывают целый ряд значимых преобразований. Открыты стоматологический (1990г.) и медико-профилактический (2001г.) факультеты, факультеты высшего сестринского образования (2004г.), экономики и управления в здравоохранении (2007г.), факультет обучения иностранных студентов, установлены связи с иностранными вузами в рамках Международной программы студенческих обменов, создан центр профориентационной работы. В 1994 году вузу присвоен статус университета.

При участии Валерия Михайловича завершено строительство учебно-лабораторного корпуса, создан Центр информационных технологий (1997г.), на базе фармацевтического факультета (1998г.), высшего сестринского (2005г.) и управления здравоохранением факультетов (2007г.) открыты заочные отделения, сдана в эксплуатацию университетская стоматологическая поликлиника (2000г.), консультативно-диагностический центр, центр восстановительной медицины и реабилитации, поликлиника восстановительной медицины. А также построены спортивно-оздоровительный лагерь «Спарта» в селе Бобровка и учебно-тренировочная база Аскат в Горном Алтае.

С 2001 года на кафедре общественного здоровья и здравоохранения начал функционировать ФУВ для руководителей здравоохранения края. АГМУ получил право принимать к защите диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук (1995г.). Большая работа проводилась университетом по внедрению в практику здравоохранения края АСУ, комплексной краевой программы «Экология», раздел «Окружающая среда и здоровье человека».

АГМУ - координатор республиканской программы «Семипалатинский полигон», «Космос».

Под руководством Валерия Михайловича Брюханова выполнено и защищено пять докторских и шестнадцать кандидатских диссертаций. Он автор более 350 научных работ, в том числе пяти монографий и 15 патентов на изобретение.

За свою деятельность Валерий Михайлович отмечен государственными и общественными наградами: орден Дружбы народов, польский орден Альберта Швейцера, знак «Отличник здравоохранения», почетная грамота Министерства образования РФ (2004г.), почетная грамота администрации Алтайского края (2004г.), почетная грамота городской думы (2004г.), почетная грамота Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию (2004г.), почетная грамота Алтайского краевого законодательного собрания (2009г.) и другими.

Коллеги и его ученики искренне сожалеют об утрате. Валерий Михайлович был отзывчивым, доброжелательным человеком, внимательным к людям и их проблемам. Он немало сделал для сохранения и развития родного вуза. Значима роль Валерия Михайловича и в развитии практического здравоохранения Алтайского края.

**Добрая память о Валерии Михайловиче Брюханове сохранится в памяти его коллег, учеников и последователей!**

*С уважением, члены Редакционного совета журнала:*

*Н.Г. Арсеньевна, Т.А. Асанова, И.А. Вейцман, И.В. Вихлянов, А.А. Ефремушкина, И.В. Козлова, М.В. Костромицкая, Л.И. Кравцова, А.Ф. Лазарев, В.Э. Миллер, С.В. Насонов, Л.А. Плигина, Н.С. Ремнева, О.В. Ремнева, Е.М. Реуцкая, И.П. Салдан, Н.И. Фадеева, С.Д. Яворская.*



**Таблетка от рака:**  
лекарственная  
терапия в лечении  
злокачественных  
опухолей



**Грудное  
вскармливание:**  
где правда, а где нет



**Об этом  
нужно знать:**  
ядовитые растения



**Как сформировать у  
подростка гендерную  
идентичность**

На обложке: Олеся Валентиновна БУЛГАНИНА, главный внештатный специалист гинеколог детского и юношеского возраста министерства здравоохранения Алтайского края.

#### НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ "ЗДРАВООХРАНЕНИЕ"

В.А. Апаньев.

Решение деликатной проблемы в три прокола ..... 2-5

#### НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ "ЗДРАВООХРАНЕНИЕ"

Е.И. Россоха.

Таблетка от рака: лекарственная терапия  
в лечении злокачественных опухолей ..... 6-9

Градус сник ..... 10

Новости здравоохранения мира ..... 11

#### ЖИЗНЬ БЕЗ ТАБАКА

Да бросьте вы! ..... 12-13

Правдивая ложь ..... 14

#### ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА

М.А. Ломакина, С.Д. Яворская.

Грудное вскармливание: где правда, а где нет ..... 15-17

Ю.А. Иванова. Грибковые заболевания кожи ..... 18-19

Чтобы не забыть посетить врачей ..... 20

#### ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

Н.А. Полухина. Защитим себя от летних инфекций ..... 21-22

Н.А. Вишнякова. Руки - наше второе лицо ..... 23-24

Не больше, а меньше ..... 25-27

#### НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ "ЗДРАВООХРАНЕНИЕ"

Как гипотермия помогает выхаживать детей ..... 28-29

Кальций - не только в твороге ..... 30

Об этом нужно знать: ядовитые растения ..... 31-33

Выбираем зубную щетку ..... 34

Новости здравоохранения России ..... 35

#### НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ "ЗДРАВООХРАНЕНИЕ"

О.В. Булганина.

Дисменорея у девочек ..... 36-38

#### ДЕСЯТИЛЕТИЕ ДЕТСТВА

Т.В. Крайнова.

Как сформировать у подростка гендерную идентичность ..... 39-41

Цып-цып-цыпки ..... 42-43

Вопрос-ответ ..... 44



# Решение деликатной проблемы в три прокола

*Мочеполовая система у мужчин выполняет множество важных функций, и при этом является одной из наиболее хрупких, подверженных различным патологиям. В Алтайском крае заболевания мочеполовой системы, к сожалению, встречаются достаточно часто, и так же часто несут реальную угрозу здоровью мужчины.*

О том, как с помощью использования лапароскопических технологий в краевой клинической больнице пациентам возвращают здоровье, рассказал **Владимир Александрович АНАНЬЕВ**, заведующий урологическим отделением №2, кандидат медицинских наук, врач-уролог высшей квалификационной категории.

**- В краевой клинической больнице, как известно, два урологических отделения. Каков их профиль и, так скажем, в чем разница?**

- С 1 сентября 2018 года, то есть уже почти два года, в краевой клинической больнице функционируют два отделения урологии. Оба «родились» из отделения общей урологии, в котором раньше было 60 коек, теперь в каждом из подразделений - по 30 коек. Почему разделили? Потому что вместе со мной во второе отделение перешли урологи, умеющие и желающие оперировать именно малоинвазивными, малотравматичными методами. В нашем отделении мы развиваем такое направление, как лапароскопическая урология, а первое урологическое отделение осталось на классических методиках - оперируют с помощью разрезов. Но наши коллеги также используют в своей работе высокотехнологичные современные методы лечения, делают много интересных вещей.

Уже сейчас наш коллектив можно назвать уникальным в Алтай-

ском крае: такого нет ни в каком другом медицинском учреждении, чтобы специалисты такого уровня сошлись в одном отделении. Доктора наши постоянно учатся. Базой по лапароскопической урологии мы выбрали Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени И.П. Павлова.

**- Чем конкретно занимается ваше отделение?**

- Мы делаем все те же операции, что и в общей урологии, но выполняем их с помощью проколов. В нашем отделении была освоена пластика и реконструкция мочеочника на всех уровнях с помощью лапароскопического доступа. Некоторые такие операции мы делаем единственные в крае.

С Алтайским краевым онкологическим диспансером «Надежда» и Алтайским краевым госпиталем для ветеранов войн урологическое отделение №2 краевой клинической больницы входит в онкоурологический кластер. Главный онкоуролог Алтайского края профессор, доктор медицинских наук **Сергей Александрович ВАРЛАМОВ** «передает» на лечение в наше отделение №2 часть пациентов из краевого онкологического диспансера. Для чего это делается? Раковая патология требует быстрого хирургического вмешательства, а с каждым годом выявленных онкологических больных всё больше и больше, поэтому часть высокотех-



нологичных урологических операций проводится именно в нашем отделении, чтобы больные не страдали от долгой очередности.

Например, мы лапароскопическим способом, с помощью проколов, проводим резекцию почки - это удаление части почки с опухолью до 5см и сохранением работоспособности органа. Иногда лапароскопически приходится удалять почку полностью.

**- Удалять почку целиком через проколы?**

- Да, всё так и происходит. Почка специальным образом разрушается внутри организма и выводится через прокол. На теле человека остается всего три или четыре прокола. Такая методика лечения сегодня является не какой-то революционной, а вполне уже обычной.

**- Можно буквально на пальцах рассказать, как выглядит лапароскопическая операция?**

- Пациенту дается наркоз, такой же, как при обычной операции. Потом вводятся троакары - это



трубочки специальные, затем - лапароскоп. Всё изображение с оборудования передается на огромные мониторы. Доктор вводит внутрь полости инструменты: рук хирурга в рапе нет - они лежат на инструменте и управляют им. Конечно, это не только большой труд со стороны врача, но и наличие серьезных навыков.

Хочу подчеркнуть, что в лапароскопических операциях очень важно, чтобы было серьезное современное оборудование, на котором могли бы и уметь работать специалисты. Процент успешных операций прямо пропорционален качеству медицинской техники. Нам повезло: главный врач краевой клинической больницы **Диана Михайловна РУДАКОВА** занимается развитием урологической службы. За два года приобретено много необходимого оборудования. Расходники у нас очень качественные - немецкого производства, недешевые: одна «ручка» для лапароскопии стоит 56 тысяч рублей.

**- Многие из того, что вы называете, связано с онкологическими патологиями. Это ваше основное направление?**

- Не совсем так. Двадцать шесть лет назад, когда я приходил в профессию, не было системы онкологических диспансеров. То есть любое урологическое отделение больницы автоматически работало еще и с онкобольными. Позже появились специализированные диспансеры и т.д. И сейчас раковыми больными занимаются врачи-онкологи. Они, безусловно, знают и владеют радиологическими технологиями, технологиями химиотерапии и т.д., но урологическая онкопатология - это проблема на стыке, поэтому она должна решаться при совместной работе онкологов и урологов. Для пациента это, безусловно, лучше, поскольку им занимаются сразу два специалиста.

Раковых пациентов сейчас выявляется много. Онкология в урологии встречается всё чаще, само это заболевание молодеет. И врачи-урологи способны помочь коллегам-онкологам, разгрузить их: потому что мы знаем и понимаем, как помочь пациенту. Результат плодотворной совместной работы с онкодиспансером позволяет сохранить жизнь и здоровье пациента. И это главное!



**Олег Олегович БАХАРЕВ**

**- Какие еще виды операций выполняются в отделении?**

- На базе урологического отделения №2 впервые в Алтайском крае освоили методику удаления аденомы больших размеров лапароскопическим доступом.

Буквально перед встречей с вами «подшивали почку» при нефроптозе. Нефроптоз (опущение почки) - заболевание, которое характеризуется подвижностью почки и смещением ее за пределы своего анатомического ложа. Почка может сместиться в сторону полости живота или таза и под действием веса опускаться вниз. «Подшиваем» - значит, фиксируем на место с помощью импланта. Это необходимо делать потому, что при положении лежа пациент, как правило, чувствует себя хорошо, а в вертикальном положении, как только встает на ноги, у него возникает много неприятностей: нарушаются отток мочи и кровоснабжение внутренних органов.

Также при мочекаменной болезни с помощью проколов достаточно часто убираем камни, кисты почек, которые являются одной из самых частых патологий. Например, кисты могут нарушать отток мочи, атрофируют части почек.

**- Сколько в год проводится операций?**

- В 2019 году в урологическом отделении №2 проведено около 150 лапароскопических операций по разным направлениям.

Смело могу сказать, что лапароскопические операции в нашем отделении

**Алтайский краевой онкодиспансер «Надежда», Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн и урологическое отделение №2 краевой клинической больницы составляют онкоурологический кластер.**



Лапароскопические операции в уроотделении №2 краевой клинической больницы проводятся каждый день. И год от года их количество растет.

проводятся каждый день. Причем, год от года их количество растет. Спектр патологий увеличивается в сторону тяжелых случаев, таких, как, например, простатэктомия (хирургическая операция, заключающаяся в удалении всей или части предстательной железы).

**- Почему лапароскопических операций по серьезным патологиям становится больше? Больше запущенных случаев?**

- Во-первых, наши специалисты готовы делать более серьезные вещи, поэтому в практике таких случаев и много. Во-вторых, краевая клиническая больница является медучреждением третьего уровня - высокотехнологичным звеном на этапах оказания медицинской помощи, поэтому к нам и попадают тяжелые пациенты. В-третьих, хирургические разрезы предполагают серьезный восстановительный период, а лапароскопические проколы - это менее травмирующая операция: период реабилитации меньше по времени, сами проколы небольшие, по диаметру примерно с карандаш - часто даже зашивать их не требуется. Люди это знают, поэтому, если при необходимости оперативного лечения они стараются попасть именно на лапароскопию, а не на классическую операцию с разрезами. И их можно понять. Ну и, в-четвертых, есть еще такой момент, что пациенты просто затягивают с обращением к врачу.

**- Это, наверное, мужчины ...**

- Среди наших пациентов, которые лежат в отделении, мужчин и женщин

примерно поровну. Но, согласен, мужчина сложнее идет на разговор, особенно если он в возрасте. И, как правило, первые симптомы своих заболеваний скрывает до тех пор, пока не прижмет окончательно, строго говоря. На самом же деле терпеть никогда не нужно. Само не пройдет! Любые симптомы - это тревожный знак, который подает нам организм, говоря о том, что не всё в порядке. И здесь у первичного звена сложная задача: им нужно заметить неладное, чтобы своевременно направить пациента на прохождения УЗИ, на сдачу крови из вены на онкомаркеры. Но пациент на приеме не озвучил, что у него есть проблема, может, постеснялся, а врач первичного звена, в свою очередь, не направил такого «бессимптомника» на дообследование. В итоге проблема только усугубляется. Когда, наконец, пациент обращается за медицинской помощью, часто бывает уже всё очень и очень драматично. Больной направляется к нам, мы проводим сложные и тяжелые операции, тогда как всё могло решиться на уровне межрайонных урологических центров, менее глобально.

**- Наверное, у вас есть примеры из практики, доказывающие, почему не стоит игнорировать первые звоночки своего организма и сразу обращаться к врачу.**

- Допустим, аденома простаты. Нелеченная первая стадия этого заболевания, казалось бы, не очень и страшная вещь, но когда она переходит во вторую, мужчина при отсутствии всякого лечения начинает страдать. Пока он терпит боль, игнорирует симптомы, происходит серьезный рост опухоли. В определенный момент она достигнет таких размеров, когда удалить ее эндоскопически будет нельзя. Грубо говоря, пациент ее «проспал», «простеснялся». Так вот когда он придет, наконец, на прием к врачу, выявится, что у него опухоль выше среднего размера, и провести ему, например, трансуретральную резекцию простаты (безразрезная методика) будет затруднительно. Таких случаев в моей практике было немало. И пациенты, которые вот так вот затянули, позже очень сожалеют об этом.

Обыкновенная, казалось бы, мочекаменная болезнь. Допустим, имеются



Руслан Ильич КОКАШВИЛИ



камни мочеточника. Если запустить лечение, то почка элементарно может погибнуть. Случается, что человек приезжает, планируя, что ему проведут операцию и уберут камень, а на деле убирать приходится целиком орган, потому что почка уже не работает.

С гнойными пиелонефритами (это опасное и тяжелое заболевание, которое сопровождается воспалением почечных структур) та же история. Иногда удаляют почки, которые буквально расплавились в результате сепсиса. А всего-то надо было вовремя обратиться за медицинской помощью - не терпеть и не бояться!

Что касается онкологии, то тут даже нечего обсуждать! Каждый человек, наверное, знает, что с раковыми опухолями каждый день на счету и промедление может стоить жизни. Но нет, люди всё равно тянут с визитом к врачу. Зачастую мы видим такие вещи, что сделать хоть что-то уже поздно - опухоль дает распространенные метастазы и т.д. Как хирурги, мы, конечно, делаем, что можем, но прогноз у таких пациентов нередко неблагоприятный.

**- Какие патологии сейчас встречаются чаще? Может быть, каких-то патологий стало больше или меньше в последнее время?**

- Мочекаменная болезнь традиционно была и остается самой распространенной в Алтайском крае урологической патологией. Причем, мы сталкиваемся с крайними ее проявлениями. Аденома простаты (гиперплазия предстательной железы) также очень распространена в России, не только в нашем регионе. Хочу отметить, что, возможно, так много стало больных с урологическими заболеваниями, потому что их выявляемость улучшилась. Стали значительно чаще выявлять болезнь, что называется, в зародыше, на начальном этапе ее развития.

**- Что можно сказать об оказании в вашем отделении консервативной помощи пациентам?**

- Когда я только начинал работать, консервативно лечили больше пациентов, чем сейчас. Примерно 10-15% больных в отделении проходили медикаментозное лечение, то есть проведение операций им не требовалось. Сейчас, как правило, всем пациентам нашего



Сергей Сергеевич ВАСИЛЬЕВ

отделения необходимы операции, есть буквально единичные случаи, когда можно обойтись без них.

Есть такой показатель в отделениях - «оперативная активность», так вот у нас он достигает показателя 97%. Это связано с тем, что население уже знает, что, например, почку «подшить» можно не через разрезы, а проколы, а потому стремятся попасть к нам. Они едут именно на методичку, поэтому есть даже очередь порядка 20 пациентов на проведение таких операций. К тому же, наркотическое обезболивающее не требуется. К вечеру после лапароскопии пациенты уже ходят и сами кушают. Их выписка возможна уже через 6-7 дней.

**- Что вы хотели бы сказать нашим читателям?**

- Очень хочется, чтобы мужчины и женщины берегли себя и обращались за медицинской помощью вовремя, когда легко и быстро можно помочь. Ни в коем случае не нужно затягивать. Еще мы просим пациентов, которые уезжают от нас с благодарностью, чтобы они на местах общались с людьми, рассказывали о том, что в Барнауле, в красной клинической больнице есть такое урологическое отделение №2, где могут помочь больным. Наши пациенты - наши вестники. Хотелось бы, чтобы все жители края знали о медицинском учреждении, где им обязательно помогут. Чтобы они не терпели боль, а шли к врачу, без страха и стеснений. ☺

Надежда Здорнова

**Мужчина сложнее идет на разговор, особенно если он в возрасте. Первые симптомы своих заболеваний он может скрывать, пока не прижмет окончательно. Но терпеть никогда не нужно. Само не пройдет! Любые симптомы - это тревожный знак, который подает нам организм, говоря о том, что не всё в порядке.**



# Таблетка от рака: лекарственная терапия в лечении злокачественных опухолей

*Сегодня, спустя почти восемь десятилетий, лекарственная терапия не просто признана одним из ключевых методов лечения онкологических заболеваний - ученые и врачи убеждены, что именно в этой области в ближайшее время человечество ждет множество поистине революционных открытий.*

О том, как яд становится лекарством, почему «что русскому хорошо, то немцу - смерть», - мы побеседовали с **Еленой Ивановной РОССОХОЙ**, врачом-химиотерапевтом, кандидатом медицинских наук, заведующей дневным стационаром №3 КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер».

**- В существующей триаде ключевых методов лечения злокачественных новообразований «хирургия, радиотерапия и лекарственная терапия» - какое место занимает последняя?**

- Хирургия и лучевая терапия подразумевают непосредственное воздействие на опухоль - это все-таки локальные методы лечения. Они хорошо работают в тех случаях, когда опухоль еще не дала метастазов - то есть далеко не всегда. В отличие от них, лекарственная терапия - это системное воздействие на все раковые клетки в организме. **Лекарственная терапия позволяет уменьшить размер опухоли перед операцией** (лучевой терапией), **уничтожить раковые клетки, которые могли остаться после хирургического вмешательства, помогает бороться с метастазами и рецидивами опухоли.** Но очень часто, для улучшения результатов терапии, пациент получает комп-

лексное лечение с использованием всех трех методов.

**- Как работает химиотерапия?**

- Если мы говорим о традиционной химиотерапии, то все противоопухолевые химиотерапевтические препараты по своему принципу действия являются мощнейшими клеточными ядами или токсинами.

Но понятие лекарственной терапии в онкологии шире: помимо химиотерапевтических препаратов к ней относятся также **таргетная терапия, иммунотерапия и эндокринотерапия.** Это все - варианты лекарственного лечения с разными механизмами действия на опухоль и определенной токсичностью.

Так, **таргетные препараты** действуют прицельно только на раковые клетки, потому что мутации в соответствующих генах есть только у них. У здоровых клеток таких мутаций нет, и на них препараты не действуют. Чтобы назначить таргетную терапию и чтобы эта терапия работала, требуется наличие того или иного молекулярного нарушения, и значит нужен молекулярно-генетический анализ.

**Эндокринотерапия рака** - это вид лечения тех злокачественных опухолей, рост и распространение которых зависит от уровня опре-



деленных гормонов в организме, а также опухолей, самостоятельно выделяющих большие дозы гормонов в кровь. Это некоторые подтипы рака молочной, предстательной, щитовидной желез. Основная задача эндокринотерапии - подавить образование определенных гормонов.

Наконец, еще одно направление лекарственного лечения, которое активно развивается в последние годы во всем мире, - это **иммунотерапия.** В основе этого метода лежат уже совершенно иные механизмы. Иммунные препараты сами не уничтожают опухолевые клетки, они перепрограммируют иммунную систему, запускают собственные защитные силы организма для борьбы с раком, помогают иммунным клеткам снова «видеть» опухоль и атаковать ее. Иммунные препараты дают более длительный период ремиссии.

Конечно, и иммунотерапия - это тоже не панацея. Работа иммун-





ной системы у каждого человека индивидуальна. Есть определенные показания и противопоказания для назначения этого вида лечения, и у таких препаратов также есть определенный профиль токсичности. Благодаря иммуногистохимическим исследованиям генных маркеров, врачи могут выделять пациентов, для которых этот вид лечения будет оптимальным.

**Вообще, акцент на сегодняшний день делается на персонализированную лекарственную терапию и без гистологических и молекулярно-генетических лабораторий на современном этапе не обойтись.** Биологический профиль каждой опухоли индивидуален, даже в одной опухоли могут одновременно присутствовать разные типы клеток, соответственно для каждого пациента подбирается разная тактика лечения.

**- Вы упомянули, что в случаях с лейкозами и лимфомами, лекарственная терапия является единственно возможным методом лечения. Существуют ли другие аналогичные ситуации?**

- Безусловно. Все метастатические опухоли, а это наиболее сложные случаи, направляются на лечение к химиотерапевтам, и это повод для назначения лекарственной терапии.

Если еще пять лет назад метастатический рак считался приговором, то сегодня появились лекарства, благодаря которым люди живут с этим диагнозом достаточно долго. В первую очередь, это таргетные и иммунные препараты.

Так, например, один из первых таргетных препаратов Герцептин спас жизни многим женщинам с агрессивной формой рака молочной железы. Еще больший эффект дает комбинация иммунных препаратов с привычными методами лечения (лучевой, таргетной и химиотерапией) при достаточно агрессивных видах рака. Например, при метастатической меланоме есть опыт уже десятилетних наблюдений!

**- Почему лечить лекарствами слишком дорого? Современные препараты, о которых вы рассказываете, - это ведь сот-**



**ни тысяч рублей на одно введение препарата.**

- Дорого для кого? Пациенты нашего диспансера всё лечение получают абсолютно бесплатно.

Создание лекарственного препарата - это длительный и дорогостоящий процесс, связанный с большими рисками. И когда мы покупаем упаковку таблеток, мы платим вовсе не за химическую формулу и расходы на производство. Мы платим за те годы поисков и ошибок (а средний срок разработки препарата - 10-15 лет!), которые потребовались, чтобы появление этого лекарства стало возможным. Если ученые нашли новое вещество, которое потенциально может стать лекарством, это еще не значит, что оно им действительно станет. Испытания могут окончиться неудачей на любом этапе, и вложенные деньги уже никто не вернет.

К сожалению, ни одно государство не может выделить огромные суммы, которые покрыли бы эти расходы. А частные компании обанкротятся, если не смогут возвращать свои инвестиции. В таких условиях новые противоопухолевые препараты просто не могут стоить дешево. Правительства разных стран работают над этой проблемой, но пока ситуация не меняется.

**- Сейчас интернет пестрит предложениями купить то или иное лекарство от рака, в том числе и аналоги известных пре-**

**Понятие лекарственной терапии в онкологии шире: помимо химиотерапевтических препаратов к ней относятся также таргетная терапия, иммунотерапия и эндокринотерапия.**



Любое самолечение недопустимо. Любые лекарственные средства должны назначаться квалифицированным врачом, который должен учесть массу нюансов. Крайне важно соблюдать рекомендованные дозировки и сроки лечения.

**паратов. Как вы к этому относитесь?**

- Крайне отрицательно отношусь. Я еще раз повторю: жители Алтайского края в рамках программы ОМС получают лекарственную терапию в нашем онкодиспансере совершенно бесплатно.

Любое самолечение недопустимо. Любые лекарственные средства должны назначаться квалифицированным врачом, который должен учесть массу нюансов: от имеющейся симптоматики основного заболевания до степени тяжести сопутствующих патологий. Крайне важно соблюдать и рекомендованные дозировки, сроки лечения. Ну и, конечно же, не стоит забывать, что препараты, участвующие в централизованных закупках, имеют высокую степень доверия. Если же пациент сам покупает где-то лекарство, он берет на себя всю ответственность за последствия его применения. К сожалению, нередко эти последствия бывают весьма печальными.

**- Участвуют ли пациенты в выборе тактики лечения, обсуждаете ли вы с ними возможные варианты терапии?**

- Да, я всегда стараюсь обсуждать с пациентом его клиническую ситуацию и варианты лечения. Другое дело, что есть больные, которые не хотят этого обсуждения. Они предпочитают,

чтобы ответственность за выбор легла на кого-то другого. Как бы то ни было, но *результат лечения, в не меньшей степени, чем от действий врача, зависит от самого пациента, от его настроения и желания лечиться и выздороветь.* Это большой совместный труд. Я стараюсь найти в любой клинической ситуации позитивные моменты и донести их. Благодаря современным лекарственным препаратам мы научились переводить сложное онкологическое заболевание в длительно текущий хронический процесс, и поэтому пациенты живут долго и в хорошем качестве.

**- Бывает, что пациент отказывается от лечения? Что делает лечащий врач в таком случае?**

- К сожалению, такое тоже бывает. Работа с такими пациентами требует чуть больше терпения и настойчивости. Вместе обсуждаем возможности современного лечения, находим варианты терапии, приемлемые для каждого конкретного человека. Если нужно, подключаем к работе и психолога. В большинстве случаев пациенты всё же соглашаются на предложенную терапию.

**- Врач-химиотерапевт работает на стыке специальностей. Какими навыками должен обладать такой специалист?**

- Вообще, такой специальности как химиотерапевт не существует в принципе. Мы все - врачи-онкологи. И это не правильно. В онкологическом сообществе давно обсуждаются вопросы подготовки узких специалистов по лекарственной терапии злокачественных опухолей. Такие врачи должны хорошо знать не только вопросы общей онкологии, в том числе понимать генетику, разбираться в вопросах канцерогенеза, но главное знать лекарственную терапию злокачественных опухолей. Особенно на современном этапе, когда постоянно появляется не только огромное количество новых лекарственных препаратов, но и целые новые направления в лекарственном лечении онкологических больных. Врачу необходимо знать механизм действия препаратов, их эффективность, токсичность.



*Токсичность онкологических препаратов* - это вообще особая тема. Необходимо четкое понимание, какая токсичность есть у конкретного препарата, меры ее профилактики и борьбы с ней. В онкологии решение по лечению пациента обсуждается обязательно на междисциплинарном консилиуме с участием разных специалистов. Но все-таки специалисты по лекарственной терапии являются идеологами в этих решениях. В профессиональной среде часто шутят, что «хирурги - это руки онкологов, а химиотерапевты - ее мозги».

### **- Каким вам видится будущее лекарственной терапии?**

- Прежде всего, не стоит ожидать, что в ближайшем будущем появится волшебная таблетка: выпил - и вылез из любой злокачественной опухоли. Слово «рак» объединяет огромное количество заболеваний. По сути, каждая опухоль имеет свои особенности и отличия по биологическим свойствам.

Сегодня мы вступаем в эпоху персонализированной медицины, когда для каждого онкобольного подбирается индивидуальная программа лечения. Эволюционные подходы для персонализированной онкологии, такие как геномный анализ, производство таргетных препаратов, геновая терапия рака и молекулярная диагностика с использованием биомаркеров уже приносят свои плоды.

Уже сегодня у онкологов есть всё необходимое, чтобы помочь большей части пациентов. Если сравнить возможности медицины по лечению рака лет 15 назад и сейчас, - разница будет впечатляющей. Новые лекарства от рака подарили пациентам годы жизни. С диагнозами, с которыми в начале нулевых годов онкобольные жили лишь несколько месяцев, теперь можно смело рассчитывать на 5-10 лет. А в отношении некоторых типов рака врачи, пока осторожно, но заговорили о полном выздоровлении.

Дальнейшие исследования в области онкологии необходимы, и они активно проводятся во всем мире. Только за последний год было зарегистрировано более 50 новых препаратов и показаний для лечения различных видов опухолей. В этой ситуации **зада-**



**ча пациента - не просто прийти к врачу, а сделать это как можно раньше.** И хотя сегодня мы не можем сказать точно, насколько улучшится лекарственная терапия через несколько лет, - непрерывное развитие лекарственной индустрии и внедрение новых эффективных препаратов внушает хоть и осторожный, но оптимизм относительно онкологии будущего. ☺

**27 августа 1942 года впервые в истории мировой медицины пациенту с раковой опухолью ввели «химию».**

### **Как всё начиналось...**

Химиотерапия, как принципиально новый метод лечения раковых больных, была открыта совершенно случайно.

2 июля 1917 года около бельгийского городка Ипр немецкая армия впервые пустила в ход отравляющее вещество, которое было названо по месту сражения, - иприт. Изучая последствия применения этого страшного яда, врачи обнаружили, что его можно обратить против злокачественных опухолей, ведь иприт останавливал деление клеток.

*Сначала опыты проводились на животных. 27 августа 1942 года в Америке иприт был введен безнадежному пациенту с лимфосаркомой, оставшемуся в истории под инициалами «J.D.». Удивительно, но результат проявился уже на четвертый день! Больной, чья опухоль на шее до этого мешала открывать рот и нормально дышать, смог есть ложкой и спать, не сидя в кресле, а лежа в постели. За неделю внешние симптомы исчезли полностью, а через месяц анализ крови показал отсутствие раковых клеток. К сожалению, через некоторое время опухоль всё же вернулась, и новые инъекции иприта больше не помогли. Спустя 96 дней после начала химиотерапии «J.D.» умер от побочных эффектов лечения. Но полученный результат произвел глубокое впечатление на врачей и положил начало новому направлению в лечении злокачественных опухолей - лекарственной терапии.*





# Грудное вскармливание: где правда, а где нет

По инициативе Всемирной организации здравоохранения ежегодно первая неделя августа (1-7 августа) объявляется **Всемирной неделей грудного вскармливания.**

Поводом для ее учреждения стало принятие в 1990 году Инноцентийской декларации ВОЗ и ЮНИСЕФ, направленной на охрану, поощрение и поддержку грудного вскармливания. Сегодня Всемирная неделя грудного вскармливания проводится более чем в 170 странах мира. Мы тоже решили внести свой вклад в это благое дело и поговорить на тему грудного вскармливания.

## ВОЗ рекомендует

В мировой и отечественной научной литературе достаточно много данных, которые свидетельствуют о важности рационального вскармливания ребенка в период младенчества и детства для его соматического здоровья и интеллектуального развития.

Научно доказано, что полноценное грудное вскармливание в равной степени влияет как на здоровье ребенка, так и на благополучие психического и физического состояния матери. **ВОЗ рекомендует в течение первых шести месяцев жизни исключительно грудное вскармливание для здоровья матери и ребенка.** Оно должно продолжаться до двух лет и более, наряду с другими соответствующими продуктами питания.

В то же время существует множество заблуждений о вреде грудного вскармливания. И сегодня даже в странах с низким уровнем дохода, где показатели грудного вскармливания значительно выше, чем в странах с высоким уровнем дохода, только в 47% случаев дети в течение первых шести месяцев жизни находятся на исключительно грудном вскармливании.

При разборе научной и общей популярной литературы понятно, что чаще всего заблуждения касаются со-

става грудного молока, длительности лактации, получения полезных веществ ребенком через грудное молоко, а также образа жизни и эстетики тела лактирующей женщины.

В связи с разночтениями, мешающими адекватно оценивать роль грудного вскармливания, мы решили разобраться, что является ошибочным, а что - реальным фактом, относящимся к грудному вскармливанию.

## Искусственное против грудного

**Первое и самое частое заблуждение** - это то, что **искусственное вскармливание** (кормление ребенка заменителями женского молока) **не отличается от естественного по составу молока** и не может негативно отразиться на здоровье ребенка, если с рождения ввести исключительно искусственное вскармливание.

Однако, согласно научным данным, установлено, что **риск смертности** от любых причин в течение первых пяти месяцев жизни ребенка **в 4,8 раз выше при частичном грудном вскармливании** (вскармливание грудным молоком в сочетании с его искусственными заменителями) и **в 14,4 раза выше при только искусственном вскармливании** в сравнении с детьми, которые находятся на эксклюзивном грудном вскармливании.

Основную роль здесь играет роль **первая иммунологическая защита грудного молока**, которая обеспечивается поступлением в организм ребенка интерферонов и иммуноглобулинов матери через молоко (с молозивом сразу после рождения). Кроме того, молозиво имеет малый объем и способствует мягкой адаптации почек к



**Мария Алексеевна  
ЛОМАКИНА,**  
ординатор;



**Светлана Дмитриевна  
ЯВОРСКАЯ,**  
член Редакционного  
совета журнала, доктор  
медицинских наук,  
профессор

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



нагрузке в первую неделю жизни ребенка. Известно, что дети на грудном вскармливании реже болеют простудными инфекционными заболеваниями.

Еще один доказанный факт - при введении искусственного вскармливания у детей до 4 месяцев жизни риск возникновения целиакии оценивается в 3 раза выше, чем у детей на грудном вскармливании. Это объясняется содержанием глютена в составе искусственных смесей. Детский диатез, как правило, - удел детей, которые находятся на искусственном вскармливании, что еще раз подтверждает факт, что грудное молоко и молочная смесь (какая бы дорогая и усовершенствованная она не была) далеко не «близнецы-братья».

И, наконец, есть сведения, касающиеся формирования соматического здоровья ребенка. Установлено различие в составе микрофлоры кишечника ребенка, находящегося на грудном вскармливании, и ребенка на искусственном вскармливании. При грудном вскармливании микрофлору дополняют лактобациллы и стрептококки, способствующие подавлению воспалительных процессов в желудочно-кишечном тракте. При искусственном вскармливании микрофлора кишечника несет в себе стафилококки, клостридии и кишечную палочку, которые в свою очередь повышают риск развития воспалительных изменений кишечника.

В наше время остро стоит вопрос об избыточной массе тела у детей, которая влечет за собой множество негативных последствий для общего состояния здоровья. Доказано, что дети, находящиеся на грудном вскармливании менее 6 месяцев жизни или получающие исключительно искусственное питание, более подвержены избыточной массе тела и передаче в дальнейшем. Это доказывает роль питания в формировании пищевого поведения.

**Психическое развитие ребенка.** В Бразилии более 30 лет (с

1982 по 2013 годы) продолжалось исследование, в котором приняли участие 6000 родильниц. Его суть заключалась в наблюдении за развитием нервной системы и интеллекта детей, получавших эксклюзивно естественное вскармливание, а также детей, находящихся на искусственном вскармливании. По окончании исследования было выявлено, что **молодые люди, которые были вскормлены грудным молоком, в течение одного года, оказались умнее в среднем на 4 пункта IQ, к тому же они лучше учились, а также были лучше адаптированы и развиты, чем их сверстники, вскормленные искусственным питанием.** Этот феномен вполне объясняется наличием в грудном молоке длинноцепочечных жирных кислот, которые, в свою очередь, необходимы для полноценного развития нервной системы ребенка.

### Эстетическая красота

Второе довольно частое заблуждение о грудном вскармливании касается самой матери. Согласно ему лактация якобы приводит к ухудшению состояния молочных желез.

На самом деле эволюцией отработаны основные функции всех органов и тканей у животных и человека. **Основная функция молочных желез у млекопитающих, к которым относится и Homo sapiens (человек), - продукция молока и кормление ребенка.** Изменения в структуре молочных желез начинаются еще задолго до введения грудного вскармливания - во время беременности. Именно в этот период происходит активное увеличение альвеолярных мешочков, они покрываются ацинарными клетками, которые и будут после родов продуцировать молоко. Молочная железа, таким образом, увеличивается в объеме, на ее поверхности можно заметить четко вырисовывающуюся сосудистую сеть. Особенности строения молочных желез и их изменения во время беременности во многом зависят от наследственности, особен-

ностей строения кожи и жировых отложений.

На сегодня есть научные доказательства того, что **период лактации и естественного вскармливания ребенка - один из важнейших для завершения этапа дифференциации тканей молочной железы.** Постепенно, при плавном и физиологичном завершении кормления к полутора-двум годам жизни ребенка молочная железа приобретает прежнюю форму за счет обратного замещения жировой тканью железистой. В случае отказа от естественного вскармливания или резкого бросания кормления грудью жировая ткань просто не успевает заменить железистую ткань, и молочная железа становится более мягкой и, чего больше всего боятся женщины, обвислой.

### Всё вернется

Третье заблуждение, встречающееся также часто, как и предыдущие два, касается **ухудшения состояния волос, ногтей и зубов у матери** при естественном вскармливании.

Начнем с того, что процесс грудного вскармливания, заложенный самой природой, никак не может привести к чему-то плохому. С начала беременности под действием стероидных гормонов матери и плаценты программа естественной замены волос приостанавливается, их рост и толщина увеличиваются (если у мамы нет других проблем со здоровьем: например, дисфункции щитовидной железы, анемии или авитаминоза).

После родов все процессы в организме восстанавливаются, в том числе и физиологическое обновление волос, что женщина фиксирует в виде повышенного выпадения волос в первые месяцы после родов. Если мы говорим о зубах, то проблема возникает там, где либо уже есть кариес (беременная каждый триместр должна обязательно проходить осмотр у стоматолога и вовремя проводить лечебные мероприятия), либо присутствует дефицит кальция.



## Кормить грудью = диета?

Четвертое заблуждение - грудное вскармливание требует изнуряющей диеты.

Начнем с того, что **лактация - это очень энергозатратный процесс**. Лактирующая женщина расходует до 700 ккал ежедневно, что закономерно сказывается на ее метаболизме. Грудное молоко синтезируется из плазмы крови матери - из этого следует, что калорийность пищи на процентное содержание жира не влияет, и у всех лактирующих женщин оно одинаковое.

Другая сторона: соблюдение сбалансированной диеты для нормализации метаболизма после родов и соблюдение правильного питания, в первую очередь, полезно для самой лактирующей женщины. Доказано, что **женщины, никогда не кормившие грудью, заболевают сахарным диабетом второго типа в 1,5 раза чаще**, чем когда-либо кормившие.

Это то, что касается эстетики. А если говорить о здоровье женщины?

С грудным вскармливанием связано реальное решение проблемы женского здоровья и межгестационного перерыва.

Одним из важных положительных моментов лактации является факт о том, что **при кормлении грудью в организме женщины вырабатывается окситоцин** - гормон, способствующий естественному сокращению матки в послеродовом периоде, что, в свою очередь, приводит к снижению риска возникновения послеродовых инфекций, влечет за собой более быстрое и активное восстановление организма матери. Кроме того, окситоцин - это гормон радости. Его выброс при грудном вскармливании снижает риск возникновения послеродовой меланхолии, психоза и депрессии, у кормящей матери реже возникают рецидивы рассеянного склероза, что благотворно влияет на ее психическое состояние.



При правильно налаженном грудном вскармливании (не менее 8 раз в сутки, ночной перерыв составляет не более 6 часов) **лактационная аменорея в течение первых 6 месяцев после родов является надежным методом естественной контрацепции**. Это время, когда мама полностью посвящает себя ребенку, это время установления между ребенком и матерью эмоциональной близости, которая потом будет длиться всю жизнь, это время пробуждения и укрепления материнского инстинкта.

### Что еще важно знать

В структуре женской онкологии в России и в странах Запада устойчиво лидирует рак молочной железы. В Алтайском крае в 2019 году выявлены 1129 новых случаев рака молочной железы, что составило 53% от всех видов злокачественных опухолей репродуктивной сферы наших женщин.

Во всем мире **значимым фактором риска развития рака молочных желез считается отсутствие или непродолжительное грудное вскармливание**. Действительно ли грудное вскармливание снижает риск рака молочной железы? Ответ - да! Грудное вскармливание - важный фактор снижения риска развития как доброкачественных форм дисплазии молочных желез, так и рака молочных желез. И этому есть научное обоснование.

Основной механизм, посредством которого лактация может влиять на риск развития рака молочной железы, заключается в гормональном влиянии сопутствующего периода - отсутствие менструации в течение 6 месяцев. Это уменьшает количество менструальных циклов на протяжении всей жизни и изменяет совокупное воздействие определенных гормонов, способствующих риску развития рака молочной железы. Длительная эксфолиация тканей молочной железы во время лактации и выраженный эпителиальный апоптоз в конце лактации также могут снизить риск развития рака молочной железы за счет устранения клеток с повреждениями ДНК и мутациями. На сегодня изучается положительное влияние грудного вскармливания на снижение риска развития рака яичников.

Таким образом, **научно доказано только положительное влияние грудного вскармливания на здоровье и матери, и ребенка**. И это не случайно: ведь процесс лактации является самым естественным! Главное, чтобы как можно больше современных женщин обратились к многолетнему опыту и изменили свое отношение к естественному вскармливанию в положительную сторону. Именно от того, какое решение будет выбрано, и будет зависеть здоровье и благополучие последующих поколений, качество и продолжительность жизни самих матерей. ☺



# Грибковые заболевания кожи



**Юлия Александровна ИВАНОВА,**  
кандидат медицинских наук, доцент,  
врач-дерматовенеролог высшей квалификационной категории, главный врач КГБУЗ «Алтайский кожно-венерологический диспансер»

**Микозы - это заболевания, вызываемые грибами, инфицирующими человека, животных и растения.**

Различают **системные микозы**, распространяющиеся на весь организм, и **поверхностные микозы**, при которых поражаются видимые слизистые оболочки, кожа, волосы или ногти.

Большинство поверхностных грибковых инфекций кожи распространено повсеместно, многие из них обладают высокой способностью передаваться от больных людей к здоровым.

Широкое распространение новых медицинских технологий, увеличение числа ВИЧ-инфицированных, увеличение количества эндокринологических больных, а также успехи в лечении бактериальных и вирусных инфекций привели к увеличению количества людей с низким уровнем иммунной защиты и высоким риском развития грибковых заболеваний.

## Виды микозов

Источниками заражения при грибковых заболеваниях могут быть **больной человек или животное**, а также, в некоторых случаях, **почва**. Болезнь передается при непосредственном контакте больных, инфицированных ими вещей, предметов гигиены, поверхностей с кожей, волосами и ногтями здорового человека.

**Поверхностные грибковые инфекции не передаются воздушно-капельным путем.** Ими невозможно заболеть при контакте с кровью больного человека. Большинство поверхностных микозов, локализованных на коже и ее придатках, не могут быть причиной и источником развития системных грибковых заболеваний.

**Проявления данных заболеваний разнообразны.** Клиническая картина, в первую очередь, зависит от локализации патологического процесса.

**Клинические проявления микозов волосистой части головы определяются видом возбудителя.** Течение микоза может быть различным: от острых инфильтративно-нагноительных форм с выраженным болевым синдромом и повышением температуры до хронического, бессимптомного, медленно прогрессирующего варианта инфекции. Почти у всех пациентов при этом заболевании наблюдаются очаги выпадения волос на голове.

**Микоз гладкой кожи** имеет свои клинические особенности. Как правило, на коже появляются резко очерченные розовые или красновато-синюшные пятна округлой формы. Часто поражаются крупные складки кожи, особенно пахово-бедренные, ягодицы и голени, также возможно поражение кожи лица.

Под обобщающим термином «микозы стоп» понимают грибковое поражение кожи и ногтей стоп любой природы.

**Межпальцевая форма** является наиболее характерной для спортсменов, людей, предпочитающих носить закрытую обувь. «Стопа атлета» характеризуется покраснением, отелоснением и разбуханием поверхностного слоя кожи, трещинами и шелушением. Наиболее часто поражения встречаются между четвертым и пятым пальцами. Этот тип часто сопровождается зудом. Иногда возможно и бессимптомное течение.

Существует форма микоза стоп, которая называется «**мокасиновая стопа**». Клинически она проявляется чешуйками и утолщением кожи на подошвенной и боковых поверхностях стоп. По локализации поражение напоминает тапочки. «Мокасиновая стопа» часто сочетается с поражением ногтей пластинок на ногах, которые имеют тусклый, беловато-желтый оттенок, крошатся, распадаются фрагментарно, в результате чего остается лишь ногтевое ложе с ороговевшими массами.

## Лечение

Терапия микозов подразумевает **назначение противогрибковых препаратов**, общим свойством которых является специфическое действие на патогенные грибы. При этом эффективность лечения повышается при коррекции патологических состояний, способствовавших развитию заболевания.

Лекарственные препараты для лечения микозов с поражением волосистой части головы, гладкой кожи, стоп, кистей и ногтей в настоящее время подразделяются на группы - **системного и местного действия**. Препараты местного действия назначаются абсолютно всем пациентам с этой группой заболеваний. Вопрос о необходимости



дополнительного использования системных противогрибковых препаратов решает только врач-дерматолог в зависимости от распространенности, тяжести и локализации патологического процесса, а также **только врач (!!!) определяет, какой именно препарат и в какой дозе необходим каждому конкретному больному!**

Процессы, связанные с поражением волосистой части головы и гладкой кожи, при правильно подобранной терапии разрешаются довольно быстро - в течение 2-5 недель. Лечение ногтей - более длительное и может занимать от нескольких месяцев до одного года.

### **Опасность самолечения**

Грибковая инфекция - не просто косметический дефект. Она негативно влияет на иммунную систему человека. При игнорировании лечения грибковых заболеваний кожи процесс поражения на незаметном участке тела распространяется, приобретая в ряде случаев хронический характер. К тому же больной человек является источником инфекции для окружающих.

Самолечение грибковых инфекций влечет за собой ряд серьезных последствий.

Самое опасное в данном случае - **токсическое действие на организм противогрибковых препаратов при их некорректном назначении и приеме.** В этой ситуации серьезно страдают печеночные клетки и весь организм в целом.

Также самолечение часто неэффективно: получается, что зря потрачены деньги на широко рекламируемые препараты, упущено время, а «воз и ныне там».

Использование народных рецептов и средств не только не дает положительного результата, но и дополнительно вызывает воспаление на коже.

**Обязательно следите за состоянием собственного здоровья, придерживайтесь правил соблюдения личной гигиены, укрепляйте иммунитет и правильно питайтесь.** ☺



Городской госпиталь в Барнауле, 1819 - 1910 гг.

В 1924 году, в эпидемию сифилиса, в Барнауле был открыт Алтайский краевой кожно-венерологический диспансер. Здесь лечились взрослые и дети, 75 коек размещались в четырех палатах.

В 2016 году главным врачом диспансера назначена кандидат медицинских наук, доцент, врач-дерматовенеролог высшей квалификационной категории **Юлия Александровна ИВАНОВА**: *«От своих сотрудников, в первую очередь, я требую человечности и понимания. Люди приходят к нам за помощью, и мы, врачи, должны эту помощь оказать. Наша служба непростая, но в ней не должно быть места страху или брезгливости. В ежедневной практике мы сталкиваемся с социально неблагополучными пациентами, инфекционными заболеваниями, тяжелыми кожными поражениями. Опасения всегда должны быть. Выполнение всех санитарных норм обязательно, а на страх мы просто не имеем права. Всегда рады слышать теплые слова благодарности пациентов, чья жизнь стала лучше, а здоровье крепче».*

КГБУЗ «Краевой кожно-венерологический диспансер» ведет прием по направлениям: дерматология, клиническая микология, венерология, клиническая лабораторная диагностика, централизованная серологическая лаборатория. В трех кабинетах дерматологического профиля осуществляется прием и амбулаторное лечение пациентов с заболеваниями кожи неинфекционной этиологии, с заразными и хроническими заболеваниями кожи. Проводятся профилактические осмотры взрослого и детского населения. В кабинете клинического миколога проводится забор материала для исследования на грибковые заболевания кожи, амбулаторное лечение острозаразных микозов, микозов кожи и ее придатков, а также обследование контактных лиц и контроль излеченности. В двух кабинетах венерологов проводится обследование и амбулаторное лечение пациентов с ИППП. На территории края количество пациентов с грибковыми инфекциями ежегодно растет. Поэтому в 2014 году было открыто микологическое отделение консультативно-диагностической лаборатории диспансера. Здесь проводятся исследования на грибковые заболевания кожи и ее придатков, успешно осуществляется культуральная диагностика грибковых инфекций.





# Защитим себя от летних инфекций

*Лето - это не только солнце, свежие овощи и фрукты, отпуск, но и инфекции. Некоторые микроорганизмы прекрасно чувствуют себя именно в летний период, активизируются в жару и, попадая в организм, могут вызвать у человека ряд заболеваний.*

## Простудные заболевания

Простуда считается болезнью зимнего периода. Однако это не так: в этом виновато наше желание охладиться в жаркую погоду.

Многие люди летом увлекаются ледяными напитками, которые вызывают переохлаждение слизистой горла, в результате чего она теряет способность сопротивляться вирусам и бактериям и становится входными воротами для проникновения различных инфекций. Стоит отметить, что **молочные продукты воздействуют на горло сильнее, чем чай или минеральная вода.**

Мы привыкли спасаться от жары с помощью кондиционера, хотя он является одним из главных виновников возникновения простудных заболеваний. **Постоянно циркулирующий воздух высушивает слизистую оболочку носа**, которая служит защитным барьером от инфекции, и вирусы легко проникают в организм. Кроме того, **кондиционированный воздух - не только сухой, но еще и холодный**, а низкая температура создает прекрасные условия для размножения различных вирусов.

## Кишечные инфекции

Летом стоит опасаться и острых кишечных инфекций. **Жаркая погода является благоприятной для ускоренного размножения патогенных бактерий в продуктах и воде.** Они быстро достигают критической массы и проникают через барьеры желудочно-кишечного тракта.

Причинами развития бактериальной кишечной инфекции могут стать как обед вчерашним салатом, так и перекус на ходу немытыми руками, а также лакомство недозрелыми ягодами и фруктами.

В отпуске при перемене привычной территории на жаркие экзотические страны **непривычная еда может привести к сбоям пищеварительной системы.** Также стоит обратить внимание на низкую санитарно-придорожных кафе и ресторанов.

**Ротавирус является классической болезнью грязных рук и протекает как тяжелое отравление, сопровождаемое очень высокой температурой.** Лишь по результатам анализов можно отличить ротавирус от «обычной» кишечной инфекции. Ротавирус необыкновенно живуч и легко передается через грязные овощи и фрукты, контактным путем, а также через воду. Вот почему на массовых курортах в отелях с бассейнами периодически фиксируют вспышки ротавирусной инфекции.

## «Зуд купальщика»

**Церкариоз** является заболеванием, известным в народе как «зуд купальщика». Вызывают инфекцию церкарии - личинки, паразитирующие в крови у водоплавающих птиц и мелких грызунов, и которые выделяются в воду вместе с их испражнениями. Эти микроорганизмы в воде прикрепляются к человеческой коже и проникают в нее, выделяя особый секрет, что и вызывает токсико-аллергическую реакцию. Кожа краснеет, покры-



**Наталья Александровна ПОЛУХИНА,**  
 медицинская сестра  
 отделения профилактики,  
 КГБУЗ «Городская поликлиника №3,  
 г.Барнаул», член ПАСМР  
 с 2016 года



## Советы медицинской сестры

важется сыпью, начинается сильный зуд.

Обиталищем церкариев является стоячая вода прудов, карьеров или озер. Реже церкарии обитают в море, если только оно сильно загрязнено бытовыми стоками, либо в него впадает речка.

Обезопасить себя от церкариоза несложно - **достаточно тщательно выбирать место для купания.**

### Грибковые инфекции кожи

Многие уверены, что грибковую инфекцию можно подхватить только в бане или закрытом бассейне. Однако заразиться грибом можно и на общественном пляже.

**Идеальными условиями для развития грибковой инфекции является наличие тепла и влажности.** Факторами проникновения инфекции являются трещинки и ссадины на коже, а также неудобная и жаркая обувь, в которой нога потеет.

**Основными симптомами грибка кожи стопы являются зуд, покраснение и шелушение.** В дальнейшем пораженный грибом погонь желтеет и деформируется.

### Профилактика летних инфекций

При использовании кондиционеров необходимо поддерживать комнатную температуру не ниже 21°C. Рекомендуемая разница между комнатной и уличной температурой воздуха летом должна составлять не больше 5-7 градусов.

Необходимо **избегать употребления напитков из холодильника**, не нужно добавлять в них кусочки льда.

**Мороженое** в жару лучше есть слегка подтаявшим.

**Пить и есть холодное** нужно маленькими глоточками-кусочками, чтобы они успевали согреться во рту.

**К основным мерам профилактики острых кишечных инфекций относятся следующие правила:**

◆ соблюдение личной гигиены, тщательное мытье рук мылом перед едой и после пользования туалетом;



◆ не употребляйте для питья воду из открытых источников или продаваемую в розлив на улице. Для питья используйте только кипяченую или бутилированную воду;

◆ перед употреблением свежие овощи необходимо тщательно мыть и обдавать кипятком;

◆ для питания выбирайте продукты, которые были подвергнуты термической обработке;

◆ перед употреблением тщательно прожаривайте (проваривайте) продукты, особенно это касается мяса, птицы, яиц и «даров моря»;

◆ не храните пищу долгое время, даже в холодильнике.

**Для профилактики церкариоза** необходимо ответственно подойти к выбору места для пляжного отдыха. Следует избегать мелких водоемов со стоячей водой и заболоченными участками, где много растительности, моллюсков и водоплавающих птиц. Лучше всего купаться на специально оборудованных пляжах, где следят за состоянием воды. При купании в водоемах и бассейнах не следует допускать попадания воды в рот.

**Для исключения грибковой инфекции** необходимо носить удобную, правильно подобранную обувь. Каждый день меняйте носки, чулки или колготки. После мытья ног хорошо их высушивайте, особенно межпальцевые пространства. Обязательно используйте сменную обувь в общественных душевых, саунах, банях и бассейнах.

Будьте здоровы! ☺

**Следует избегать мелких водоемов со стоячей водой и заболоченными участками, где много растительности, моллюсков и водоплавающих птиц. Купайтесь на специально оборудованных пляжах, где следят за состоянием воды.**



# Руки - наше второе лицо

*Руки могут многое рассказать о человеке.*

*Они - наше второе лицо, всегда на виду.*

*Руки подвергаются вредному влиянию окружающей среды чаще, чем остальные части нашего тела.*

Красивые руки с ухоженными ногтями никогда не останутся незамеченными. Вот только «навести» и сохранить такую красоту иногда бывает довольно сложно.

Кожа рук лишена самозащиты (такой, какая есть, например, у кожи лица) из-за отсутствия сальных желез, поэтому, не получая питания извне, она быстрее травмируется, начинает шелушиться, стареет.

### Особенности работы медика

Труд медицинского работника относится к наиболее сложным и ответственным видам деятельности. Он характеризуется значительной психической нагрузкой, повышенной ответственностью за результат проводимого лечения. К тому же требуется большая физическая и психологическая выносливость при уходе за больными.

В процессе трудовой деятельности кожа рук медицинских работников подвергается воздействию различных химических веществ, лекарственных средств, биологических агентов. К тому же нужно учитывать и влияние факторов трудового процесса, которые при несоблюдении гигиенических требований могут привести к возникновению у специалиста профессиональных заболеваний.

Руки - это «медицинский инструмент», которым мы пользуемся чаще всего. Но в отличие от обычных медицинских инструментов, руки не могут быть полностью лишены микробов. Поэтому их постоянная дезинфекция необходима во время работы. Особенно это касается усиленного дезинфекционного режима в период пандемии.

Медицинские работники должны часто мыть руки, причем, редко когда

можно обойтись только обычным мылом - во многих ситуациях необходимо использовать именно дезинфицирующие средства. Воздействие воды и этих агрессивных веществ приводит к повреждению кожи наших рук. Так, если вы моете руки больше 20 раз в день, то риск развития у вас контактного дерматита значительно повышается. При этом заболевании кожа воспаляется, приобретает красный цвет, шелушится, а поврежденное место болит или зудит. Частое воздействие воды на кожу рук только способствует тому, чтобы возникло воспаление.

### Уход за руками - это несложно!

Ошибочным является мнение о том, что уход за руками состоит не только из одной лишь манипуляции - нанесения какого-нибудь увлажняющего крема на ночь. Свои руки нужно любить и стараться ухаживать за ними



**Наталья Александровна ВИШНЯКОВА,**

старшая медицинская сестра урологического отделения, высшая квалификационная категория, КГБУЗ «Городская больница №8, г.Барнаул», член ПАСМР с 2010 года



## Советы медицинской сестры

◀ в полном объеме даже в рабочее время.

Кроме этого, сама больничная среда представляет собой комплекс неблагоприятных факторов, который воздействует на кожу рук медицинского персонала: это - дискомфортный микроклимат, воздействие химических, биологических и физических факторов.

### Рекомендации в уходе за кожей рук

● **Следует подобрать размер перчаток по вашей руке.** Слишком маленькие перчатки сжимают руку и при этом легко рвутся, а в слишком больших будет неудобно работать. При постоянном пользовании перчатками уход за руками становится задачей нетрудной.

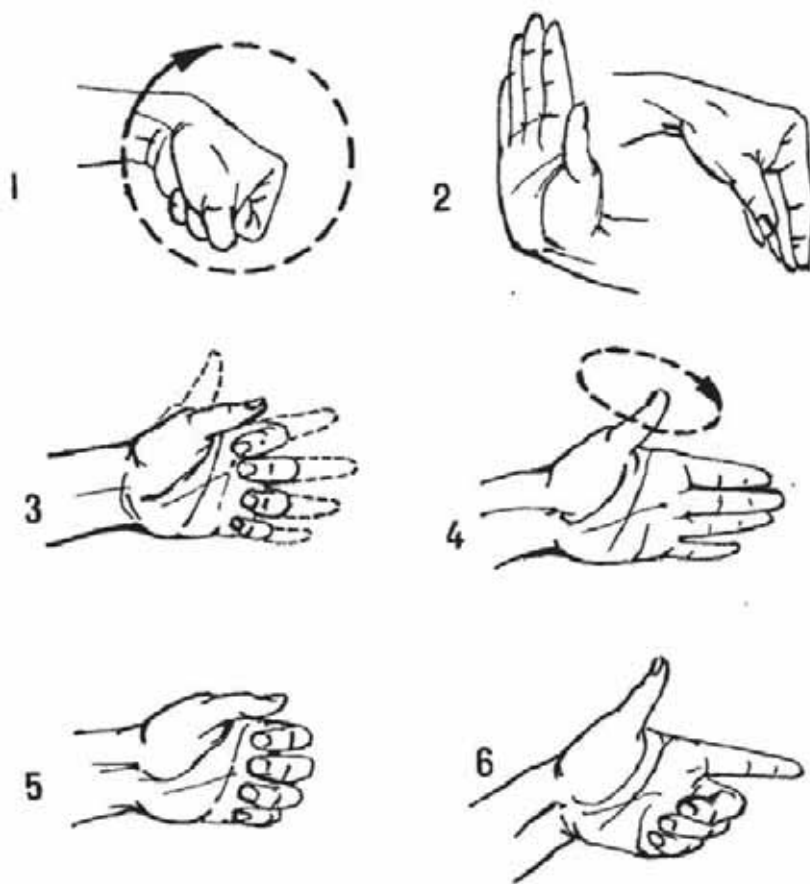
● **Гимнастика**, буквально несколько несложных движений (см. рисунок), поможет восстановить кровообращение, если оно было сдержано сжатием перчаток.

● **Систематическое регулярное применение кремов** сделает кожу рук мягкой и упругой. Применяйте крема как можно чаще - желательнее после каждого мытья рук. Руки следует мыть только в теплой воде, тщательно и с применением мыла. Крем в кожу рук втирайте движениями, напоминающими натягивание перчаток: сначала - от кончиков пальцев к их основанию, затем - по тыльной стороне ладони к запястью. Крем втирайте в кожу поочередно то одной, то другой рукой.

● **Отдых** - хорошее время не только дать расслабиться всему организму, но и дать передохнуть рукам. После рабочего дня можно устроить несложные SPA-процедуры в домашних условиях:

▶ если кожа рук стала грубой, сухой, потрескалась, в этом случае помогут **масляные обертывания**;

▶ **маска с картофелем** поможет при расширенных порах. Отварите в кожуре картофель и разомните его толкушкой. Смешайте пюре с соком одного огурца, разведите получившуюся смесь теплым молоком. Состав должен быть довольно горячим (но терпимым для кожи), чтобы его Ingredi-



енты проникли в расширенные поры. Маску держите на руках 15 минут, затем смойте теплой водой;

▶ морщинистая кожа рук станет эластичной и мягкой, если в нее втереть на ночь **смесь из яичного желтка и одной столовой ложки мёда**;

▶ хорошо смягчают кожу рук **ванночки**: на 2 литра теплой воды добавить столовую ложку глицерина и чайную ложку нашатырного спирта.

Неотъемлемой частью красоты человека является красивая здоровая кожа его рук. Следовательно, необходимо постоянно ухаживать и оберегать свои руки от воздействия неблагоприятных условий окружающей среды, использовать доступные средства защиты, соблюдать правила гигиены рук.

**Пусть ваша кожа всегда будет красивой и здоровой! ☺**



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

На правах рекламы

**ЗДОРОВЬЕ** АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ



# Как гипотермия помогает выхаживать детей

**Врачи краевого перинатального центра «ДАР» выхаживают новорожденных малышей, которые рождены в состоянии асфиксии, - резкого кислородного голодания клеток головного мозга.**

В краевом клиническом перинатальном центре «ДАР» впервые два года назад применили принципиально новый метод лечения.

## Суть метода

Метод терапевтической гипотермии, суть которого в воздействии низкой температуры на мозг ребенка, сегодня считают прорывом в лечении новорожденных, которые появились на свет в состоянии асфиксии (удушья). Эти дети получили при рождении низкую оценку по шкале Апгар (3 балла и менее) и не восстановили к десятой минуте рефлексы, мышечный тонус, сердцебиение и самостоятельное дыхание. При условии, что малыш весит не менее 1800 граммов, врачи принимают решение о сеансе гипотермии.

На малыша надевают специальный многослойный костюм либо используют систему охлаждения. В полость подается вода, охлаждаемая специальным аппаратом. В течение нескольких часов после рождения происходит охлаждение до 33,5-34 градусов. Длится сеанс ги-

потермии 72 часа. Таким образом *врачи снижают интенсивность метаболических процессов в головном мозге и предотвращают гибель клеток центральной нервной системы на фоне перенесенной гипоксии.* Губительный эффект кислородного голодания нивелируется.

Еще недавно специфического лечения такого поражения ЦНС не существовало. Это вызывало целый каскад необратимых патологических процессов, а стандартная помощь крохе предусматривала только поддержку функционирования жизненно важных органов - ребенок с большой долей вероятности оставался с тяжелыми нарушениями ЦНС.

## С чего всё начиналось

Впервые данную методику применил советский акушер-гинеколог Сергей КОПШЕВ. В 1985 году он опубликовал исследования, результаты которых тогда никто не принял всерьез. Его методика краниоцеребральной гипотермии была довольно примитивной (малышам надевалась только охлаждающая шапочка), но и она показала, что рациональное зерно в этой идее есть. Ученый исследовал 197 детей, из них 168 прошли процедуру - и только треть из них в итоге имели неврологические аномалии. В то время как у непрошедших эту процедуру были зафиксированы отклонения в 70% случаев.

**Малыши, которые сразу же после рождения были направлены в центр «ДАР» на процедуру гипотермии, сейчас ничем не отличаются от своих сверстников.** Из перинатального центра эти дети были выписаны в удовлетворительном состоянии.

Сложнее ситуация с малышами, которых привезли в «ДАР» из районов края. Чтобы не допустить не-



## За счастливое и здоровое детство!

обратимые процессы в ЦНС, важно начать сеанс в первые 6 часов после рождения - время, которое врачи называют «золотым часом». Сейчас за малышом выезжает бригада дистанционно-консультативного центра с мобильным аппаратом для гипотермии и начинает охлаждать малыша уже во время транспортировки в «ДАР». Врачей из перинатального центра на местах уже ждут коллеги, которые начинают охлаждать кроху налитой в резиновые перчатки холодной водой. Самой дальней точкой края, откуда был доставлен маленький пациент, был Славгород - туда был направлен вертолет, чтобы не терять 6 часов на дорогу.

### Почему возникает асфиксия

**Асфиксия**, сравнимая с кратковременным удушением, **во время родов может возникнуть в силу разных причин.** В первую очередь, это *затяжной второй период родов*, когда акушер-гинеколог имеет минимум возможностей вмешаться в процесс: родовая деятельность приостановилась - проводить стимуляцию поздно, и избежать асфиксию может только своевременная вакуум-экстракция. Также причиной асфиксии может стать *короткая пуповина*, которая, натягиваясь, нарушает кровоснабжение малыша в родах.

Кроме того, серьезным фактором риска могут стать *хронические заболевания матери*: сахарный диабет, артериальная гипертензия, нарушение маточно-плацентарного кровотока, инфекции. Рождение малыша в тяжелом состоянии прогнозируется (женщины объясняют необходимость рожать в учреждении



родовспоможения третьего уровня), поэтому реанимационная бригада готова к оказанию неотложной помощи новорожденному сразу после рождения.

После того, как малыш проведет три дня в «скафандре», дальнейшую тактику определяется в зависимости от его состояния: если ребенок требует респираторной поддержки, он подключается к аппарату ИВЛ. Когда малыш начинает дышать самостоятельно, из отделения реанимации он переводится в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей. Если же драгоценное время упущено и уже произошли необратимые изменения в ЦНС, малыш еще долго будет требовать замещающей респираторной поддержки.

**Метод терапевтической гипотермии применяется и во взрослой медицине**, к примеру, в нейрохирургии: два таких аппарата есть в краевой клинической больнице скорой медицинской помощи.

Современные технологии доступны теперь и для самых маленьких пациентов. До трех лет они состоят на учете в кабинете катamnестического наблюдения краевого клинического перинатального центра «ДАР». Если такие малыши вовремя прошли сеанс гипотермии, никто впоследствии и не догадается, что они испытали в момент рождения, появившись на свет в состоянии тяжелой асфиксии. ☺

**Асфиксия, сравнимая с кратковременным удушением, во время родов у ребенка может возникнуть в силу разных причин.**



# Дисменорея у девочек



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

**Дисменорея - это одна из наиболее частых причин обращения к врачу у подростков и молодых женщин (примерно в 30-59% случаев). Тяжелое течение дисменореи у 15% женщин каждый месяц приводит к нетрудоспособности в течение 1-3 дней.**

Сильная боль истощает нервную систему женщины, способствует развитию астенического состояния, снижает память и работоспособность, нарушает эмоционально-психическую сферу.

**Дисменорея - это циклически повторяющийся болевой синдром,** обусловленный нейровегетативными, обменными, эндокринными и поведенческими нарушениями процесса менструального отторжения эндометрия.

По международной классификации болезней (МКБ-10) различают **первичную, вторичную и неуточненную дисменорею.**

**Первичная дисменорея** возникает, как правило, спустя 1-4 года с менархе с появлением регулярных овуляторных циклов. При первичной дисменорее отсутствуют органические причины.

**Вторичная дисменорея** чаще возникает у женщин в возрасте старше 30 лет и проявляется хронической тазовой болью, которая возникает на

фоне хронических воспалительных заболеваний внутренних половых органов или же на фоне эндометриоза.

Для гинекологов очень актуальна оценка тяжести дисменореи, так как это определяет дальнейшую тактику лечения.

## Особенности формирования боли

**Характер боли** обусловлен преобладанием в организме рецепторов боли (ноцицепторов): механорецепторов, реагирующих на растяжение и сжатие тканей, и хеморецепторов, реагирующих на тканевые аллогены (серотонин, гистамин и другие), плазменные аллогены (брадикинин, простагландины) и тахикинины (вещества P). **Локализация боли** обусловлена путями афферентации болевых импульсов. Длительность и эмоциональная окраска зависят от резервных возможностей центральной ноцицептивной и антиноцицептивной систем.

## Система оценки степени тяжести дисменореи

Степень тяжести	Работоспособность	Системные симптомы	Эффективность назначения анальгетиков
<b>0</b> - менструация безболезненная, не влияет на повседневную активность.	Не снижается	Отсутствуют	Не требуется
<b>I</b> - менструация сопровождается слабо выраженной болью и лишь изредка приводит к снижению нормальной повседневной активности.	Снижается редко	Отсутствуют	НПВП (нестероидные противовоспалительные препараты) и анальгетики требуются редко
<b>II</b> - повседневная активность снижена, пропуск занятий в школе или невыход на работу отмечается редко.	Умеренно снижена	Единичные	НПВП и анальгетики дают хороший эффект, однако прием их необходим
<b>III</b> - повседневная активность резко снижена, НПВП и анальгетики малоэффективны, наличие вегетативных симптомов (головная боль, быстрая утомляемость, тошнота, рвота, диарея и т.д.).	Резко снижена	Возникают часто	НПВП и анальгетики малоэффективны



Болевая и противоболевая эндогенные системы постоянно находятся в равновесном взаимодействии, формируя функционально подвижный, биологически целесообразный **порог болевой чувствительности**, обеспечивающий оптимальное состояние организма.

## Структура противоболевой системы

● **Универсальный компонент:** эндогенные опиоидные пептиды повышают порог болевой чувствительности, тормозят пре- и постсинаптическое высвобождение нейротрансмиттеров.

### ● Синергические компоненты:

- *эндогенные пептиды неопиоидного ряда* блокируют и рассеивают болевую импульсацию по нейронам,

- *серотонин* блокирует боль, вызванную длительной активацией ферментов метаболизма арахидоновой кислоты,

- *катехоламины* (норадреналин, адреналин) обеспечивают анальгезию при сочетании острого воздействия ноцицептивного и стрессогенного факторов, вовлекая эмоциогенные зоны мозга.

## Физиология менструального отторжения эндометрия

Предменструальное изменение соотношений половых стероидов приводит к изменению проницаемости клеточных мембран и накоплению в маточных сосудах биологически активных субстратов. Это, в свою очередь, увеличивает выработку вазопрессина и эйкозаноидов, которые приводят к спазму и тромбозу спиральных артерий и дилатации (расширению) шейки матки, что сопровождается ишемией и отторжением эндометрия, афферентацией аноксической боли.

**Как влияют женские половые гормоны на вегетативную нервную систему?** Эстрадиол активирует парасимпатическую нервную систему, повышает уровень ацетилхолина и чувствительность рецепторов клеток к нейротрансмиттерам. Прогестерон активирует симпатическую нервную систему, повышает уровень норадреналина и адреналина, снижает чувствительность рецепторов клеток к нейротрансмиттерам.

## Нейровегетативные проявления дисменореи (по типам)

Проявления	Симпатический тип	Парасимпатический тип	Смешанный тип
Головная боль	++	+	+
Чувство жара	+	-	-
Повышенная зябкость	-	+	-
Тошнота	+	+	+
Рвота	+	+++	-
Температура тела	↑	↔	↓
Головокружение, обмороки	-	+	+
Понос	-	+	-
Одышка, приступы удушья, аэрофобия	-	-	+
Тахикардия	+	-	+
Брадикардия	-	+	-
Пассивно-оборонительное состояние		+	
Астено-ипохондрическое настроение, пессимизм, страхи	+		
Лабильность настроения, раздражительность, обидчивость			+
Сонливость	-	+	-
Бессонница	+	-	+

В основе дисменорей лежат **функциональные нарушения**, под которыми иногда скрываются наследственные нарушения соединительной ткани, спаечный или воспалительный процесс внутренних половых органов, эндометриоз.

## Этиология дисменорей

**1. Наследственные нарушения соединительной ткани:** матки и ее связочного аппарата (пороки, перегиб матки, перепончатая дисменорея, синдром Аллена-Мастерса); сосудистой системы органов малого таза (несостоятельность





- 1. клапанного аппарата тазовых вен, синдром яичниковой вены);
- 2. фиксированное нарушение топографии половых органов;
- 3. воспалительный процесс внутренних половых органов (неспецифической и специфической этиологии);
- 4. эндометриоз гениталий;
- 5. кисты яичников;
- 6. психопатические особенности личности.

## Алгоритм обследования подростков с дисменореей

Сначала определяется **этиология дисменореи**. Для этого анализируются *клинико-анамнестические данные* (семейная предрасположенность, время и причины появления болей, особенности клинических проявлений заболевания), проводится *диагностическая проба с ингибиторами простагландинов* (НПВП: нимесулид, диклофенак), дается *оценка выраженности дисплазии соединительной ткани и оценка электролитного состава крови* (магний, железо, кальций), онкомаркер СА-125, *С-реактивный белок* (отражает острые воспалительные процессы), для выявления органической патологии выполняется *УЗИ гениталий* (на 5-7 и 20-23 дни цикла), в сложных и сомнительных случаях ультразвуковое исследование дополняют томографическим (МРТ внутренних половых органов или гистероскопия и лапароскопия).

Для определения типа дисменореи необходимо *оценить субъективную выраженность боли по данным визуально-аналоговой шкалы, оценить вегетативный тонус и уточнить соотношение эстрадиола и прогестерона* (за 3-5 дней до ожидаемой менструации).

## Лечение дисменореи у подростков

Выбор терапевтической схемы определяется причинами, вызвавшими заболевание, и выраженностью клинических симптомов. В первую очередь, лечение направлено на купирование болевых ощущений, коррекцию вегетативного тонуса и психического статуса, а также на устранение или облегчение симптомов основных органических причин дисменореи.

Наряду с медикаментозным лечением рекомендуется и **немедикаментозное лечение функциональной дисменореи у девушек**, в которое входит:

- соблюдение режима труда и бодрствования;
- регуляция пищевого рациона с увеличением потребления в предменструальные дни легкоусвояемых и богатых витаминами продуктов с исключением продуктов на основе молока и кофе;
- повышение общего тонуса занятиями лечебно-оздоровительной гимнастикой;
- применение индивидуальной или групповой психотерапии, акупунктуры, иглорефлексотерапии,

магнитотерапии, диадинамотерапии, флюктуоризации, амплипульстерапии.

**Медикаментозное лечение функциональной дисменореи.** При отсутствии отклонений гормонального статуса, смешанном тоне вегетативной нервной системы и легкой степени дисменореи назначают *селективные нестероидные противовоспалительные препараты*.

Пациенткам с недостаточностью лютеиновой фазы, с симпатическим тоном вегетативной нервной системы и со средней степенью тяжести дисменореи рекомендуют *гестагены* во вторую фазу цикла.

При тяжелой форме дисменореи, повышенном уровне эстрадиола и парасимпатическом тоне вегетативной нервной системы эффективны *комбинированные монофазные оральные контрацептивы (КОК)*. При их назначении необходимо ориентироваться на такие факторы, как необходимость контрацепции, наличие проявлений предменструального синдрома, гиперандрогенной дерматит, наличие перепончатой формы дисменореи, эндометриоза гениталий. Механизм действия КОК при дисменорее заключается в подавлении пролиферации эндометрия и, как следствие, снижении секреции простагландина. Снижается порог возбудимости мышечной клетки, тем самым уменьшается ее сократимость. КОК уменьшают большинство проявлений, связанных с вегетативным симптомокомплексом, при преобладании парасимпатического вегетативного тонуса: обморочные состояния, тошноту, диарею, головокружение, общую слабость, нехватку воздуха, усиление сухости кожи и другие.

Стойкая, не поддающаяся консервативному лечению дисменорея, наружный генитальный эндометриоз и имеющиеся пороки развития матки и влагалища являются показаниями для **хирургического лечения**.

Дальнейшее ведение подростка с дисменореей состоит в **наблюдении врача-гинеколога**: в первый год после установления диагноза - 1 раз в 3 месяца, затем контрольные обследования - 1 раз в 6 месяцев до 18 лет. ☺



# Как сформировать у подростка гендерную идентичность

**Семья и родители играют решающую роль в формировании гендерной принадлежности. Именно родители с детства влияют на создание половой идентичности ребенка, которая заключается в единстве поведения и самосознания, причислении себя к определенному полу, ориентации на требования соответствующей половой роли.**

Осознание ребенком своей половой роли (идентичности) - это не только полоролевая ориентация, представления ребенка о том, насколько его качества соответствуют ожиданиям и требованиям мужской или женской роли, но и его полоролевые предпочтения. Половая роль рассматривается как система предписаний модели поведения, которые должен усвоить человек, чтобы его признали мужчиной или женщиной (мальчиком, девочкой).

**Основной период формирования гендерной идентичности - от рождения и до 7 лет.** Первичная гендерная идентичность формируется в 1,5-2 года. От 2 до 3 лет ребенок должен узнать и полюбить свой пол. В 3 года дети уверенно себя относят к мужскому или женскому полу. После 4 лет осваивается модель полоролевого поведения, к 5-6 годам дети осознают неизменность и постоянство пола и гендерную идентичность как единство сознания и поведения. С 4 до 7 лет формируется умение реализации гендерных ролей в совместной деятельности.

В младшем школьном возрасте сексуальность «спит», но идет активное формирование половой роли ребенка. В это время усваиваются представления о том, как следует вести себя мальчику и девочке, юноше и девушке, какими личностными качествами должны обладать мужчины и женщины. Младшие школьники разных полов, усваивая цели и смысл общения в различных социальных контекстах, учатся по-разному использовать язык (мужской и женский коммуникативные

стили, гендерный коммуникативный стиль):

- девочки привыкают с помощью слов создавать и поддерживать отношения близости и равенства, критиковать других в приемлемой (непрямой) форме, тонко и чутко интерпретировать речь;

- мальчики учатся утверждать позиции превосходства, привлекать и удерживать внимание других, быть напористым (защищать свои права) в разговоре. При разных моделях общения каждый собеседник исходит из своих мотивов и ожиданий.

**В подростковом возрасте гендерная идентификация является центральной частью самосознания.** Подросток воспринимает себя и сверстников как представителей определенного пола посредством знаков и знаковых систем, сформированных в подростковой субкультуре. Он стремится использовать вещи, которые служат повышению его статуса как представителя пола в среде сверстников, то есть носят знаковый характер.

### Семья - основа всего

Процесс полового созревания воздействует на поведение подростков опосредованно - через социальные условия жизни ребенка, его положение в коллективе сверстников, через его взаимоотношения со взрослыми, особенности семейного воспитания. **Семья - самый важный и влиятельный фактор социализации.** Родители дают ребенку первые образцы поведения. Поэтому формирование отношения ре-



**Татьяна Витальевна  
КРАЙНОВА,**

методист отдела развития замещающего семейного устройства, КГБУ «Алтайский краевой центр психолого-педагогической и медико-социальной помощи»



Гендерная социализация - это процесс усвоения норм, правил поведения, социальных установок в соответствии с культурными представлениями о роли, положении и предназначении мужчины и женщины в обществе.

бенка к миру, представление у него ценности различных явлений обусловлено культурными ценностями членов семьи. Родители формируют интересы ребенка, влияют на создание его социальной позиции.

На освоение половых ролей подростком влияют такие факторы, как принятие со стороны отца и матери, уровень строгости, согласия и последовательности обоих родителей (или одного из них в неполной семье), характер сотрудничества и близость поколений, в том числе степень контроля, требовательности по отношению к детям в семье.

**Отцовское и материнское влияние в этом процессе должно быть сбалансированным.** На ранних этапах жизни для всех детей более важен психологический контакт с матерью, а в подростковом возрасте (особенно для юношей) - отцовское воспитание. У мальчиков-подростков должна формироваться маскулинность (традиционно ожидаемое обществом поведение мужчины), а у девочек-подростков - фемининность (женственность). У мальчиков - это активность, настойчивость, сообразительность, уверенность в себе, у девочек - уступчивость, пассивность, зависимость. Безусловно, в чистом виде эти качества не встречаются, особенно в современном обществе.

Для формирования нравственности у детей важны уклад, тон семейной жизни, стиль взаимоотношений между взрослыми и детьми. Пренебрежение к интересам ребенка, отчужденность,

равнодушие, бесконтрольность со стороны матери и отсутствие отцовского примера приводят к агрессивности подростка, его погруженности в собственный мир.

*Повышенные требования со стороны родителей* стимулируют подростка к определенному уровню ответственности перед старшими членами семьи, педагогами. Подросток в поведении, обучении, отношении с друзьями старается во всем соответствовать уровню требований взрослого. *Семейная гиперопека и гиперпротекция* (чрезмерная забота о детях) вырабатывают у подростка определенные привилегии относительно других: он считает себя более важным и недостижимым. Тем самым родители бессознательно предоставляют подростку больше возможностей для проявления им фемининных черт личности.

### О роли отца

**Главный эталон гендерного поведения - отец.** Он открывает ребенку мир закона, порядка и дисциплины. При этом отец для подростка - источник безопасности. Роль отца, который активно общается с детьми и является для них авторитетом, - незаменима: при близком контакте с таким родителем ребенок лучше социализируется, исчезает опасность возникновения акцентуаций (чрезмерно выраженных черт характера) и психопатологий.

Таким образом, **отец является авторитетным социальным образцом, примером поведения**, его присутствие в семье придает подростку уверенность и самостоятельность в принятии решений. Лишь отец может сформировать способность к инициативе и противостоянию групповому давлению, что важно при нахождении в значимых для подростка группах сверстников. При всей строгости отца его никто не боится: наоборот, его уважают, ощущают себя под руководством сильного мужчины, на которого хотят быть похожим. Папино «нет» всегда более объемное и твердое, чем мамино. Его авторитет не подлежит сомнению. Он, как генерал, которому сын не может не подчиняться. Таковы правила! Но, конечно, для того, чтобы это всё работало, мама должна быть первым человеком в доме, кто признает лидерство отца и



не оспаривает, кто уважает его, ценит и доверяет ему самое дорогое - сыновей!

Чем больше подросток привязан к матери (по сравнению с отцом), тем он менее активен, может хуже противостоять чужой агрессии. При меньшей привязанности к отцу у ребенка вероятны сниженная самооценка, тем меньше значения он придает духовным и социальным ценностям в сравнении с материальными и индивидуалистическими ценностями.

**Отец важен и в развитии девочки-подростка.** Его черты, особенности поведения, нюансы взаимоотношений с ним запоминаются (временами бессознательно) и становятся образцом, своего рода полюсом (положительным или отрицательным), к которому будут со временем притягиваться (или же отталкиваться) все типы и формы поведения будущей женщины с мужчинами.

Такая модель отношений оказывает содействие девочке-подростку в принятии себя как женщины и помогает в гетеросексуальной адаптации. Это же касается и мальчиков-подростков. Если мальчик идентифицируется со своим отцом и сохраняет при этом теплые отношения с матерью, то его дальнейшие отношения с женщинами, вероятно, будут благоприятными. Самооценка мальчиков зависит от степени поддержки их родителями.

### Если мама одна...

Безусловно, жизнь и условия воспитания ребенка без отца существенно отличаются от жизни ребенка в полной семье. Даже если мать старается заполнить отсутствие второго родителя и соединить в себе роли обоих родителей, она в принципе не может реализовать одновременно обе родительские позиции. У нее два варианта. Или подавить мужское начало сына своими криками, наказаниями (то есть тем, что для подростка противостоит естественной и губительной - подчиняться женщине, особенно если она использует силу!). Или же мама может отпустить всё на самотек и вырастить «вечного мальчика» без границ и ответственности. Это, конечно, крайние варианты - в большинстве случаев вырастает нечто среднее, но мужского обычно в нем мало. Такие условия жизни под-



ростка будут отражены в особенностях его личностного развития: его эмоциональном самочувствии, самооценке, отношении с окружающими, в гендерном поведении.

**Мама, которая растит сына одна, должна всё делать для того, чтобы не подавить сына и не расслабить его. А мальчикам нужны мужчины. Примеры. Ориентиры. Найдите таких для своего сына.** Если мама в разводе с отцом и отец хочет общаться с сыном, - не мешайте их общению. Если родственники готовы помочь, привлекайте их активнее. Может быть, у его друзей очень хорошие папы - поощряйте такое общение. Спортивные секции с харизматичными тренерами-мужчинами, преподаватели-мужчины в школе. **Пусть вокруг вашего сына будет много хороших мужчин.** Не бойтесь, не держитесь за подростка, дайте ему стать сильным, чтобы вы сами могли гордиться им. Воспитывать мальчиков не так легко, как может показаться, но если с вами рядом есть их отец - цените это и давайте ему как можно больше возможностей проявить свои лучшие качества рядом с сыновьями. Уважайте мужчин в своих сыновьях. И всё обязательно получится!

**Необязательно неполная семья приводит к деструктивным последствиям для личности ребенка,** ведь дисфункциональные детско-родительские отношения могут быть и в полной семье. К факторам, провоцирующим нарушения в процессе гендерной социализации мальчика, относятся симбиотическая связь с матерью, сниженный авторитет отца, авторитарность матери и эмоционально обедненные отношения с отцом. ☺

**Чтобы у подростка сложилась гармоничная, адаптивная, функциональная гендерная идентичность, ему необходимы близкие, эмоционально насыщенные отношения и с матерью, и с отцом.**



# 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»



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



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



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



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



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



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



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



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



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



**Салдан  
Игорь Петрович**  
д.м.н., профессор



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



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

**ЗДОРОВЬЕ**

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№8 (212) август 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

Выпуск издания (рубрика  
"Национальный проект  
"Здравоохранение") осуществляется  
при финансовой поддержке  
Федерального агентства по печати и  
массовым коммуникациям.

Свидетельство о регистрации СМИ №ПМ-12-  
1644 от 04.02.2003 г., выдано в Сибирском  
окружном межрегиональном  
территориальном управлении 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 28.08.2020 г.,  
фактически - 14:00 28.08.2020 г.  
Дата выхода: 04.09.2020 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: [neboln@mail.ru](mailto:neboln@mail.ru). Группа ВКонтакте: <https://vk.com/neboln>

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



# **ВАКЦИНАЦИЯ**

## **ПРОТИВ ГРИППА**

Прививка – доступная защита от гриппа!

- Это надежно. Единственное эффективное средство предупреждения гриппа во всем мире - своевременная вакцинация.
- Это доступно. Вакцинация проводится бесплатно.
- Это безопасно. Вакцины от гриппа не содержат живых вирусных частиц и не могут вызвать заболевание.