

6+

# ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№11 (215) НОЯБРЬ 2020



# 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., профессор, главный  
внештатный кардиолог  
министерства здравоохранения  
Алтайского края, профессор  
кафедры терапии и общей  
врачебной практики  
с курсом ДПО 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  
с курсом ДПО АГМУ,  
председатель комитета АКЗС  
по здравоохранению и науке



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



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



**Плигина  
Лариса Алексеевна**  
Заслуженный работник  
здравоохранения РФ,  
почетный член  
Профессиональной сестринской  
ассоциации Алтайского края



**Ремнева  
Надежда Степановна**  
к.с.н., председатель Алтайского  
краевого Совета женщин -  
отделения Союза женщин России,  
председатель Общественной  
женской палаты при губернаторе  
Алтайского края



**Ремнева  
Ольга Васильевна**  
д.м.н., доцент,  
заведующая кафедрой  
акушерства и гинекологии с курсом  
ДПО АГМУ



**Реуцкая  
Елена Михайловна**  
заместитель главного врача  
по медицинской части КГБУЗ  
«Краевая клиническая больница»



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



**Фадеева  
Наталья Ильинична**  
д.м.н., профессор,  
профессор кафедры  
акушерства и гинекологии  
с курсом ДПО АГМУ



**Яворская  
Светлана Дмитриевна**  
д.м.н., доцент, профессор кафедры  
акушерства и гинекологии с курсом  
ДПО АГМУ,  
президент «Ассоциации  
акушеров-гинекологов»  
Алтайского края

## ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№11 (215) ноябрь, 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., выданное Сибирским  
оружным межрегиональным  
территориальным управлением Министерства  
РФ по делам печати, телерадиовещания и  
средств массовых коммуникаций.

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

Время подписания в печать:  
по графику - 14:00 27.11.2020 г.,  
фактически - 14:00 27.11.2020 г.  
Дата выхода: 03.12.2020 г.

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

Ответственный редактор - Мария Юртайкина.

Компьютерный дизайн и верстка - Ольга Жабина, Оксана Ибель.

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

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

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

Подписной индекс в каталоге АП "Алтай" - 73618  
Подписной индекс в каталоге "Почта России" - ПР893

# COVID-19 в нашей жизни



**Валерий Владимирович ШЕВЧЕНКО,**  
главный внештатный специалист по инфекционным болезням министерства здравоохранения Алтайского края, главный врач КГБУЗ «Алтайский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями», кандидат медицинских наук, врач-инфекционист высшей квалификационной категории, доцент кафедры эпидемиологии, микробиологии и вирусологии АГМУ

## Можно ли говорить о «второй волне» новой коронавирусной инфекции в Алтайском крае?

Появление COVID-19 для человечества является уникальным опытом. опытом выживания в агрессивном мире микроорганизмов. За месяцы исследований новой коронавирусной инфекции многие прикладные вопросы получили ответы: например, определены основные алгоритмы в диагностике и лечении пациентов, перспектива специфической профилактики. Но с некоторыми ее особенностями нам еще предстоит разобраться.

Для многих инфекционных болезней характерна **сезонность**. Вероятнее всего, COVID-19 не станет исключением. Впервые с новым коронавирусом в нашей стране столкнулись в конце января 2020 года - во время развития эпидемии ОРВИ и гриппа. После чего течение инфекции плавно перешло в летний период, который характеризуется активным разобщением коллективов и, соответственно, снижением заболеваемости. Сегодня мы можем наблюдать очередной эпизод резкого прироста числа заболевших, который стал еще интенсивней, чем предыдущий. И он также совпал с периодом развития сезонных инфекционных болезней (ОРВИ). Есть ли в этом определенная эпидемиологическая закономерность COVID-19 или же свою роль сыграло именно разобщение коллективов в летний период - можно пока только предполагать. Очень важно учитывать тот факт, что **COVID-19 существует в нашей жизни достаточно непродолжительный отрезок времени**, поэтому сделать однозначные выводы относительно дальнейшего развития пандемии пока проблематично. Должен пройти еще как минимум год, когда можно будет достоверно обозначить эпидемиологическую особенность течения COVID-19 в популяции.

Если посмотреть на график заболеваемости, то, действительно, можно заметить, что картина второй половины 2020 года напоминает так называемую «вторую волну». Но пока это определение, с точки зрения клас-

сики эпидемиологии, **может считаться лишь гипотетическим**.

Сегодня для COVID-19 остаются **характерными бессимптомные и легкие формы заболевания**, что не позволяет определить реальное число заболевших. До появления этой инфекции мы могли проследить проявление такой особенности на примере ежегодной эпидемии гриппа и ОРВИ. Следовательно, для этих болезней характерен **эпидемиологический «феномен айсберга»** (когда зарегистрированный уровень заболеваемости ниже истинного).

Еще одно очень важное современное явление - многие люди при относительно хорошем самочувствии прибегают к самолечению и самоназначению лекарственных препаратов, в том числе антибиотиков. К сожалению, **ситуация, провоцирующая население к бесконтрольному самостоятельному приему антибактериальных препаратов, может привести к крайне опасному последствию - формированию у бактерий антибиотикорезистентности**, то есть устойчивости к воздействию антибиотиков. Это, в свою очередь, может привести к тому, что возбудитель будет нечувствителен к действию препарата в тот момент, когда наступит время лечиться им обоснованно.

Как и многие вирусы, **COVID-19 изменчив**. Это ожидаемое и закономерное явление, которому не стоит сильно удивляться. Но на сегодня нет объективных данных о том, что выявленные изменения коронавируса определяют более тяжелое течение болезни, о снижении чувствительности вируса к лекарственным препаратам или особенном формировании иммунного ответа. Но это очень важный вопрос, требующий пристального мониторинга и комплексной оценки.

**В период, пока не выработан коллективный иммунитет к возбудителю COVID-19, нам необходимо продолжать соблюдать все необходимые меры профилактики и защиты от заражения COVID-19.** 🌐



# Минздрав: как лечить коронавирус дома

**Большинство заразившихся коронавирусом - около 80% - переносят недуг в лёгкой форме и лечатся дома. Но всем инфицированным необходимо наблюдение специалистов.**

Минздрав в девятой версии временных методических рекомендаций предупреждает, что **инкубационный период COVID-19 составляет от 2 до 14 суток**, в среднем 5-7 дней.

## Если в семье кто-то заболел

Согласно рекомендациям Роспотребнадзора, **если у члена семьи выявлена коронавирусная инфекция, все живущие с ним должны соблюдать самоизоляцию и сдать тесты на COVID-19.**

При уходе за пациентом необходимо использовать маски и перчатки, а также дезинфицирующие средства. Нужно как можно чаще мыть руки и открытые участки кожи. Помещение, где находится инфицированный, каждые два часа проветривать, несколько раз в сутки протирать все поверхности. Заболевшему нужно выделить отдельную посуду, питаться он должен отдельно от других членов семьи.

Постановление главного санитарного врача РФ от 16.11.2020 предписывает, что все, кто контактировал с больными коронавирусом, могут покидать самоизоляцию через 14 дней без теста на COVID-19. **Но если есть соответствующие симптомы, повышение температуры, потеря обоняния, - тест должен быть проведен.**

## Что решит врач

В стационары при коронавирусной инфекции направляют больных в тяжелом состоянии, которым нужна интенсивная терапия.

**Если пациентам она не требуется и факторы риска отсутствуют, то можно лечиться дома.**

Согласно приказу Минздрава от 23.10.2020, медпомощь на дому оказывают при соблюдении ряда условий: больной должен находиться в отдельной комнате и соблюдать врачебные назначения и санитарные предписания. Госпитализация необходима, если больной живет в общежитии, коммунальной квартире, а также с людьми старше 65 лет, имеющими хронические заболевания бронхолегочной, сердечно-сосудистой и эндокринной систем.

Мониторинг здоровья пациента, в том числе и с помощью телемедицины, должен вести врач поликлиники, к которой прикреплен пациент.

## Течение COVID-19

Улучшение при COVID-19 наступает через несколько дней после проявления первых признаков. Общее состояние больного при легкой форме заболевания улучшается на 5-6 день, но потеря обоняния (симптом обычно появляется на 2-3 день) и невысокая температура могут сохраняться. Полное выздоровление наступает на 10-14 день.

При средней тяжести заболевания на 5-6 день вместо улучшения может начаться одышка, появиться сдавленность в груди и сильная слабость, повышение температуры до 38°C и больше. **В этом случае необходимо обратиться к врачам**, так как эти симптомы говорят о поражении лёгких. Улучшение должно наступить на 12-14



день, полное выздоровление - на 21-30 день.

При особо тяжелой форме заболевания развивается **острый респираторный дистресс-синдром**. Это проявление дыхательной недостаточности, сопровождающееся развитием отека лёгких. Воспаление может охватить практически все ключевые органы и даже системы. В этом случае необходимо подключение пациента к ИВЛ. Длительность тяжелой формы составляет примерно 1,5-2 месяца.

## Лечение

Для лечения COVID-19, согласно девятым временным методическим рекомендациям, могут быть использованы пять препаратов (применение одного из них возможно только в стационаре). Симптоматическое лечение включает купирование лихорадки жаропонижающими препаратами, комплексную терапию ринита и бронхита. При появлении признаков бактериальной суперинфекции врач дополнит схему лечения антибиотиком.

**Назначать себе антибиотик самостоятельно ни в коем случае нельзя**, предупреждают специалисты. Коронавирусная инфекция имеет вирусную стадию, а когда вирус ослабляет иммунитет, активизируются бактерии и возникает так называемая вирусно-бактериальная смешанная пневмония - и только в этом случае оправдано применение антибиотика. 🌐



# «Ювелирная работа»

**Алтайские урологи успешно применяют  
микрохирургические методы  
лечения мужского бесплодия.**

*Мы неоднократно подчеркивали, что Алтайский край является одной из территорий, которая последовательно и целенаправленно занимается вопросами мужского здоровья (во всех его аспектах) в рамках семейной и демографической политики. В 2018 году в поддержку принятого в крае уникального для России **регионального приоритетного проекта «Мужское здоровье»** мы опубликовали цикл материалов в рубрике «Энциклопедия мужского здоровья», и в последующем продолжаем освещать эту проблему.*

В 2018 году в рамках регионального приоритетного проекта «Мужское здоровье» на базе КГБУЗ «Краевая клиническая больница» был создан **центр медицинский урологический «Академия мужского здоровья»**, который объединил высококлассных специалистов урологов, детских урологов-андрологов и специалистов Центра ЭКО, в задачи которых входит и лечение мужского бесплодия, в том числе и с помощью микрохирургических вмешательств.

О принципах работы Академии и возможностях такого перспективного направления, как микрохирургия в урологии и андрологии, рассказал руководитель «Академии мужского здоровья» **Роман Тофикович АЛИЕВ**, врач-уролог высшей квалификационной категории, доктор медицинских наук, профессор кафедры урологии и андрологии ФГБУ ГНЦ РФ «Федеральный медицинский биофизический центр имени А.И. Бурназяна» (Москва), президент МОО «Общество специалистов по репродуктивной и сексуальной медицине».

### **Мы вам поможем!**

Центр медицинский урологический «Академия мужского здоровья» - это команда компетентных урологов и андрологов, которые работают в рамках обязательного медицинского страхования (ОМС) на базе краевой клинической больницы.

В «Академии мужского здоровья» занимаются **проблемами эректильной дисфункции и качества половой жизни, решают вопросы возрастного андрогендефицита** (снижение уровня половых гормонов), но основное направление деятельности - это **мужское бесплодие**. В настоящее время оно является одной из серьезнейших проблем современности. Согласно данным открытых источников, примерно каждая пятая пара в России не может иметь детей, и в половине случаев имеется именно мужской фактор бесплодия.

**Мужское бесплодие - это нарушение мужской репродуктивной функции, которое выражается в количественном или качественном изменении сперматозоидов.** То есть либо их слишком мало, либо они слишком слабы, чтобы достигнуть яйцеклетки, но есть тяжелые формы бесплодия у мужчин, когда в эякуляте вообще нет сперматозоидов и оплодотворить яйце-клетку естественным путем невозможно по причине механического препятствия для своего продвижения «к цели». С этой проблемой в Академии стали успешно справляться только после покупки специализированного медицинского оборудования и внедрения современных медицинских вспомогательных ре-



продуктивных технологий на базе Центра ЭКО, в том числе с помощью применения микрохирургических уроандрологических методов лечения.

### **Микрохирургия в уроандрологии**

Стоит отметить, что данное направление широко развивается только в крупных медицинских центрах России. Например, в Национальном медицинском исследовательском центре акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова Министерства здравоохранения РФ (Москва). Теперь же и алтайские врачи-урологи Академии, благодаря заинтересованному и деятельному участию главного врача КГБУЗ «Краевая клиническая больница» **Диане Михайловне РУДАКОВОЙ**, в отделении урологии №2 также проводят микрохирургические уроандрологические операции.

**Микрохирургия** - это одно из наиболее сложных и перспектив-





ных направлений медицины. Основное преимущество такого нового направления в уроandroлогии - это **использование современного операционного микроскопа с Full HD - системой визуализации, специальные операционные кресла с «антитреморной» техникой** (исключающей случайное дрожание, неточное движение рук хирурга), **микроинструментов и супертонкого шовного материала** (размером тоньше человеческого волоса). Всё это позволяет проводить буквально «ювелирную» хирургическую работу на очень малых объектах: артериях, нервах, протоках и других анатомических структурных элементов половых органов у мужчин при лечении заболеваний полового члена (преждевременная эякуляция, артериальная недостаточность и патологический венозный сброс крови кавернозных тел полового органа у мужчин), патологий развития репродуктивных органов и семявыводящих протоков и т.д.

Несомненным плюсом является **малая травматичность** таких операций, что позволяет пациентам легче и быстрее восстанавливаться после вмешательства, а также сокращает сроки госпитализации, так как операции проводятся в рамках круглосуточного стационара.

## Преимущества микрохирургических методов лечения

Благодаря микрохирургии в уроandroлогии появилось целое новое направление - **репродуктивная микрохирургия** и **микрохирургические реконструктивно-пластические генитальные операции**.

*Эффективность микрохирургических операций основана на очень важных аспектах:*

- **прецизионность**, то есть выполнение операций с использованием современного операционного микроскопа, дающего многократное увеличение, объемное изображение. Цифровая визуализация позволяет топографически грамотно выполнять микрохирургическую опера-



цию, оценить функциональное состояние (пульсацию артерии, тонус артериальных и венозных микроструктур, сохранность семенных канальцев и т.д.) и максимально деликатно обращаться со всеми сосудисто-нервными, тканевыми структурами;

- **микрохирургическая ауто-трансплантация свободных лоскутов** - за столь сложным названием подразумевается возможность для специалистов проводить хирургические вмешательства на половых органах мужчины, имеющих чрезвычайно выраженное кровоснабжение, при этом избегая риска значительных кровопотерь;

- **микрохирургическое восстановление проходимости семявыносящих путей** - один из методов современной репродуктивной технологии в лечении мужского бесплодия. Представьте: во время такой операции производится микрохирургическая экстракция (извлечение) сперматозоидов из яичка, проходящая под максимальным микроскопическим увеличением. Это позволяет урологам-микрохирургам найти семенные канальцы яичек наибольшего диаметра (более 150мкм), в которых находится наибольшее количество сперматозоидов, пригодных для экстракции, что значительно повышает эффективность оперативного вмешательства и успех последующих проводимых вспомогательных репродуктивных технологий;

- **микрохирургическое лечение варикозного расширения вен семенного канатика слева** (операция Мармара). В данных случаях при-

**Несомненным плюсом является малая травматичность операций, что позволяет пациентам легче и быстрее восстанавливаться после вмешательства, а также сокращает сроки госпитализации, так как операции проводятся в рамках круглосуточного стационара.**



менение микрохирургической операции позволяет не только уменьшить операционное время, снизить частоту болевой симптоматики, сократить сроки пребывания больных в стационаре, но и снизить число рецидивов варикоцеле и других послеоперационных осложнений, что может служить основанием для рекомендации микрохирургической операции как метода выбора для лечения варикоцеле на современном этапе;

● **ангиоандрология и генито-уринарная хирургия** (реваскуляризация полового члена при артериогенной эректильной дисфункции, веноокклюзионные операции на сосудах полового члена, селективная нейротомия полового члена, корпоропластика кавернозных тел, сфинктеропластика и уретропластика). За этими сложными названиями - операции, связанные с поражением сосудов (артерий и вен), иннервации, сфинктеров мочеполовых органов мужчин, приносящих им очень серьезные страдания.

**Поистине уникальные возможности нашего отделения обеспечивают доступность очень высокого уровня медицинских технологий, нуждающимся в такой помощи мужчинам нашего края.**

Но при этом мы видим стратегическую задачу проекта «Мужское здоровье» не только, чтобы выявить, желательнее на более ранних сроках, и вылечить заболевания, но и помочь изменить мужчинам отношение к своему собственному здоровью, взять ответственность за свое здоровье. Именно поэтому специалисты нашего отделения ведут активную просветительскую работу среди населения о влиянии различных поведенческих рисков на мужское здоровье.

Убежден, что не только кадровая, но главное - идеологическая готовность специалистов (причем, специалистов различных направлений), обусловили принятие в 2018 году в Алтайском крае регионального приоритетного проекта «Мужское здоровье». Это открыло дополнительные возможности для разви-



тия этой темы и укрепило лидерские позиции Алтайского края в данном направлении на федеральном уровне.

Мы разделяем мнение, что реализация данного проекта потенциально усиливает результативность целого ряда других региональных проектов, принятых в развитие национальных проектов «Здравоохранение» и «Демографическое развитие», таких, как «Укрепление общественного здоровья», «Спорт - норма жизни», «Борьба с онкологическими заболеваниями», «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», «Развитие экспорта медицинских услуг». Опыт Алтайского края по вопросам сохранения мужского здоровья и активного социального долголетия был изучен и одобрен экспертами ОНФ и использован при формировании предложений по формированию одноименной федеральной программы Президенту РФ В.В. Путину.

**Мы рассчитываем на долголетие и уверены в эффективности проекта «Мужское здоровье» независимо от его статуса - регионального или впоследствии федерального. Эта тема - суперважная! И мы четко понимаем стоящие цели и задачи, и готовы продуктивно работать.** ☺

**Специалисты нашего отделения ведут активную просветительскую работу среди населения о влиянии различных поведенческих рисков на мужское здоровье.**





Продолжение. Начало в №5(209)-№6(210), №9(213)-№10(214) 2020 года

# Медики - всегда на передовой!

Мы продолжаем разговор с руководителем Центра развития детского туризма КГБУ ДО «Алтайский краевой центр детского отдыха, туризма и краеведения «Алтай» Мариной Петровной КИПРИЯНОВОЙ - одним из активных исследователей организации и функционирования эвакогоспиталей в Алтайском крае в 1941-1945 годы.



В прошлом номере мы говорили о том, какие научно-исследовательские работы проводились медработниками в условиях эвакогоспиталей, как выстраивалась логистика движения раненых и работа военно-санитарных поездов, а также об организации работы приемных отделений эвакогоспиталей.

**- Поражает объем и эффективность организационной работы эвакогоспиталей.**

- Слабое гражданское здравоохранение Алтайского края, тяжелые условия труда и неблагоустроенность большей части жилых помещений способствовали развитию массовых заболеваний среди населения. По сравнению с довоенным периодом в крае увеличилось количество заболевших туберкулезом, паратифом, сыпным и брюшным тифами, сифилисом и другими заболеваниями.

Для предупреждения возникновения и распространения инфекционных и массовых неинфекционных заболеваний в эвакогоспиталях проводились санитарно-противоэпидемические мероприятия: санитарная охрана источников питьевой воды и ее обязательные хлорирование и кипячение, обработка поступающих в эвакогоспитали раненых и больных военнослужащих дезосредствами в санпропускниках, а обмундирования - в сухо-жаровых дезокамерах, си-

стематическое проведение медосмотров, профилактических прививок, гигиенического воспитания и обучения граждан. В каждом эвакогоспитале обязательно предусматривался изолятор для лихорадящих больных. Обо всех случаях инфекции в эвакогоспиталях срочно сообщалось в санитарный отдел СибВО и принимались усиленные меры по предотвращению распространения инфекции.

Большое внимание уделялось предупреждению возникновения в эвакогоспиталях паразитарных тифов, желудочно-кишечных инфекционных болезней. Во всех эвакогоспиталях медперсонал, работники пищевого блока и другие, непосредственно взаимодействующие с ранеными и больными военнослужащими, вакцинировались тремя прививками против брюшного тифа, систематически сдавали анализы при гражданских лабораториях и туберкулезном диспансере. Каждый сотрудник перед работой проходил ежедневный осмотр.

Санитарно-эпидемиологическая работа в эвакогоспиталях проводилась специально введенными в штат врачами-эпидемиологами или под контролем врачей-ординаторов, на которых была возложена должность санитарных врачей, в тесном взаимодействии с санитарными инспекциями городских и районных здраводелов, бактериологическими лабораториями, районными амбулаториями.

В годы ВОв массовых вспышек эпидемиологических заболеваний в эвакогоспиталях Алтайского края отмечено не было, за исключением единичных заносных случаев кишечных инфекций.

**- Как свидетельствуют документы, в таких условиях велась даже работа по обучению населения.**

- В годы войны особое значение имело санитарное просвещение, направленное на гигиеническое обучение и воспитание населения для его привлечения к активному участию в охране здоровья. Санитарно-просветительная работа являлась обязательной для всех эвакогоспиталей и проводилась в виде лекций и бесед врачей с ранеными и больными военнослужащими, персоналом на разные темы. Также с пациентами организовывались плановые занятия по санминимуму по специальной программе с последующей проверкой усвоения знаний. Активно участвовали в санпросветработе в эвакогоспиталях края са-







нитарные врачи и общественники.

**- Но на самом деле положительных результатов достигнуть было сложно?**

- Да, имелись недостатки в санитарно-эпидемиологической работе эвакуогоспиталей Алтайского края. Большинство назначенных врачей-эпидемиологов из-за совмещения нескольких должностей и отсутствия опыта не всегда успешно справлялись с обязанностями. Случались и перебои в обслуживании эвакуогоспиталей коммунальными предприятиями, прачечными, электростанциями. В значительной мере санитарное состояние госпиталей снижалось от непригодности зданий. При выявлении недостатков, вызванных недостаточным материально-хозяйственным обеспечением, вопрос об удовлетворительной работе ставился перед исполкомами и партийными органами Алтайского края. При оценивании состояния госпиталя как критического санитарный отдел СибВО ставил вопрос о его закрытии.

**- Можно говорить о том, что переполненность медицинских отделений поступающими с фронта ранеными и больными воинами, непостоянное количество эвакуогоспиталей и неполный штат спе-**

**циалистов препятствовали их специализации и негативно сказывались в целом на состоянии лечебной работы?**

- Инструкции и положения НКЗ СССР и РСФСР о единых методах диагностирования и лечения от полевого госпиталя до тылового только вводились к применению. Система поэтапного лечения была еще не отлажена, так как многие прифронтовые госпитали были либо захвачены, либо уничтожены немецкими войсками, либо эвакуированы вглубь страны. Поэтому были существенные недостатки сортировочной работы раненых и больных военнослужащих. Характер ранений военнослужащих, поступающих в эвакуогоспитали Алтайского края, был в основном тяжелый: переломы конечностей, травмы черепа, сквозные ранения грудной клетки. Раны за дорогу были запущены, с тяжелым запахом, под повязками и гипсом - вши и даже черви.

В условиях массового поступления в край раненых и больных военнослужащих отсутствие должного опыта у большинства медицинских кадров алтайских эвакуогоспиталей, прошедших ускоренное обучение и специальную курсовую подготовку, приводило к врачебным ошибкам, опозданиям с диагнозом и неграмотному ведению лечебной до-

кументации в некоторых эвакуогоспиталях. Для улучшения лечебной работы в эвакуогоспиталях врачи, допуская нарушения, привлекались к ответственности вплоть до снятия с должности и предания суду. По итогам пройденной аттестации врач мог быть рекомендован к повышению или быть командированным на обучение.

В первый период войны отмечалось крайне тяжелое положение с централизованным обеспечением эвакуогоспиталей медицинским имуществом и лечебными препаратами. При этом в довоенное время в СССР через систему мобилизационных складов были созданы резервы медицинского имущества. Но уже в первые дни ВОВ противник захватил или уничтожил большое количество санитарных и медицинских запасов мобилизационных складов вблизи западных границ.

Поэтому, чтобы обеспечить гражданские и военные лечебные учреждения медицинским имуществом и медикаментами и создать мобилизационные запасы, к 1942 году на Урале и в Западной Сибири были созданы и начали успешно работать новые фармзаводы (Анжеро-Судженский, Кемеровский, Новосибирский, Томский, Тюменский и другие). Одновременно каждый регион обязывался развивать производство простых препаратов, оборудования и средств по уходу за больными, используя местные ресурсы. Например, в Алтайском крае к середине 1942 года было налажено производство отдельных видов товаров, некоторые артели занялись ремонтом медаппаратуры и хирургического инструментария, при мясокомбинатах стали изготавливать жидкий гематоген. Широкие слои населения края были привлечены к сбору лекарственных растений для нужд Красной Армии и эвакуогоспиталей. На Алтае заготавливали ревеня, солодку, полынь, чабрец, валериану, донник, бадан и другие. В Барнаульской и Бийской гауленовых лабораториях выпуска-





лись простые медикаменты, мази и кедровое мыло, а в краевой комплексной лаборатории ставились опыты по изготовлению новых препаратов.

С ноября 1941 года в Бийске работал эвакуированный из Харькова Украинский институт экспериментальной эндокринологии, которым выпускались важнейшие лечебные препараты: инсулин, адреналин, витамин С, желудочный сок, пантокрин, гематоген, холосас. Внимание уделялось получению концентратов и экстрактов различных витаминов, в том числе из растений Алтайского края. В научных лабораториях института разрабатывались новые лечебные средства для быстрейшего заживления ран, лечения после отморожений и ожогов.

Для формирования заявок на медикаменты в краевое аптекоуправление, хранения и правильного использования медикаментов в каждом эвакуогоспитале края имелись аптеки. Расход медикаментов и перевязочных материалов находился под строгим контролем начальника аптеки эвакуогоспиталя и заместителя начальника эвакуогоспиталя по медицинской части, которыми также велся особый учет сильнодействующих и наркотических препаратов. Существенно затрудняло работу эвакуогоспиталей края слабое оборудование госпитальных лабораторий химикатами, инвентарем, приборами и аппаратами, реагентами.

**- В 1942 году в крае была организована и станция переливания крови.**

- В годы ВОВ в лечебной деятельности госпиталей страны получило развитие применение переливания крови (гемотрансфузия). В крае первое переливание крови было проведено в Барнауле хирургом А.Н. Чеглецовым, а в 1939 году по его инициативе при городской больнице было организовано первое в крае отделение переливания крови. Но требовались специализированные учреждения,



А.Н. Чеглецов во время обхода больных

обеспечивающие сбор и хранение донорской крови. И в 1942 году в Алтайском крае хирургом К.И. Зеровым была организована станция переливания крови (СПК). Это содействовало развитию донорского движения и применению гемотрансфузии в алтайских эвакуогоспиталях: оно применялось при острой кровопотере, шоке, вторичной анемии, подготовке к операции, сепсисе, анаэробной инфекции, инфекции в ране, для усиления процесса обновления крови, повышения свертываемости крови и в ряде других случаев. Благодаря разработке советского академика С.И. Спасокукоцкого методов консервирования крови, упрощению техники ее переливания и транспортировки, консервированная кровь начала поступать и в эвакуогоспитали удаленных районов Алтайского края.

В период организации СПК практически все ее сотрудники стали донорами. Несмотря на тяжелые условия работы и ограниченный рацион питания, кровь сдавали рабочие промышленных и оборонных предприятий. Часто донорами выступали студенты учебных заведений, ФАШ и медкурсов, обязательно - представители и студенты Общества Красного Креста и Красного Полумесяца. Учитывая важность применения

переливания крови, в годы войны широкое распространение получила пропаганда безвозмездного донорства для эвакуогоспиталей.

Но вместе с достигнутыми результатами имелись и недостатки в работе СПК и при применении гемотрансфузии в эвакуогоспиталях Алтайского края. Сказывались отсутствие должного опыта среди медкадров, слабая материально-техническая база лабораторий, осуществляющих контроль над качеством заготавливаемой крови, дефицит оборудования. Занимаемые СПК помещения часто не соответствовали объему их работы. Доноры не всегда своевременно получали продукты питания по разовым талонам и донорским довольственным карточкам.

**- Второй период работы алтайских эвакуогоспиталей приходится на конец 1942 года. Что изменилось?**

- Начало второго периода в лечебно-восстановительной деятельности алтайских эвакуогоспиталей связано с началом контрнаступления советских войск под Сталинградом 19 ноября 1942 года и значительным сокращением количества эвакуогоспиталей (на сентябрь 1943 года в крае их было 12). Это позволило перевести их из большей части непригодных помещений сельских рай-





онов в города и рабочие поселки. Также ужесточился контроль над лечебной деятельностью и отчетностью в эвакуогоспиталях.

Контингенты раненых и больных, поступающих в эвакуогоспитали СибВО и края, с началом второго этапа ВОв утяжелели, увеличился процент хронических больных с осложнениями, малыми перспективами восстановления боеспособности. Во многом это было связано с тем, что в глубокий тыл поступали военнослужащие, требующие длительного лечения, и потенциальные инвалиды. Срочные хирургические вмешательства стали использоваться реже, уступив место вторичной хирургической обработке ран и длительному курсовому восстановительному лечению, что в 1943 году привело к перегрузу коечной сети до 35%. Некоторые госпитали частично переходили на двухярусную систему коек, койками были загружены коридоры большинства госпиталей, клубы и часть врачебных кабинетов. Поэтому в условиях переполненности эвакуогоспиталей особое внимание уделяли своевременной выписке военнослужащих и их комиссованию.

Чтобы увеличить процент возвращения в строй, лечебный отдел УРЭП №62 разрабатывал и направлял в эвакуогоспитали конкретные указания по активизации лечебной работы. Инспекторский состав отдела в эвакуогоспиталях проверял их специализации, контролировал лечение, изучал методы иммобилизации и случаи неправильного ее применения, своевременность проведения методов лечения и выписки из госпиталя. Изучались и контролировались организация и применение в эвакуогоспиталях ЛФК.

#### **- Стали открываться новые специализации эвакуогоспиталей?**

- В 1943 году были сформированы эвакуогоспитали восстановительной хирургии и открыты отделения восстановительной хирургии в общехирургических эвакуогоспиталях. Некоторые хирурги края начали самостоятельно оперировать на нервных стволах, в области грудной клетки, мочеполовой системе, проводились костно-пластические и ряд других восстановительных операций. Число хирургических операций возросло с 6,2% (1941г.) до 45,6% (первое полугодие 1945г.).

С 1944 года в крае стали разворачиваться протезные эвакуогоспитали восстановительной хирур-

гии и ортопедии. В целом особое внимание врачей стало уделяться качеству протеза и адаптации к нему протезируемого.

Распространение получила и комплексная терапия, включающая применение лечебной физкультуры и гимнастики, физиоэлектротерапии, грязи, водо- и парафинолечения, лечебного массажа, трудо- и механотерапии, кварцевого облучения, рентгенотерапии, гальванизации, некрэктомии, секвестротомии, лабораторных исследований, лечение 4-камерной ванной и т.д. Кабинеты физиолечения были оснащены аппаратурой соллюкс, кварцевой лампой, гальваническими досками, дарсонвалем. Кабинеты ЛФК оборудовались аппаратурой, которую часто изготавливали сами госпитали и частично в столярной мастерской крайздрава. В качестве основных методов лечения и восстановления здоровья военнослужащих, например, в барнаульском эвакуогоспитале ВЦСПС №4094 были утренняя гигиеническая гимнастика для ходячих и лежащих больных, для послеоперационных - упражнения дыхательного типа, индивидуальные и групповые занятия активного и активно-пассивного характера. Для подготовки больного к ходьбе применялось растягивание рубцовой ткани и восстановление нормальной дуги в суставах. В летнее время для выздоравливающих в эвакуогоспиталях проводились спортивно-массовые мероприятия.

При некоторых эвакуогоспиталях Алтайского края были созданы неспециализированные отделения для выздоравливающих, в которые переводились раненые и больные за 25-30 дней до полного выздоровления и выписки. Этими отделениями руководили врачи по ЛФК. Для реабилитации выздоравливающих военнослужащих широко использовались эвакуогоспитали ВЦСПС, местные курорты и санатории.

В лечебных целях в эвакуогоспиталях применялась трудотерапия





- задействование раненых и больных, имеющих разрешение и показание лечащего врача, на полевые работы подсобного хозяйства госпиталей, рубку дров, в караульную службу и другое.

Дальнейшее развитие во втором периоде получила санитарно-эпидемиологическая работа в эвакуогоспиталях. Против кишечных инфекций у раненых и больных военнослужащих применялась химическая поливакцина НИИСИ. Для ускорения заживления ран, срастания костных переломов, повышения сопротивляемости организма при раневой инфекции использовалась антиретиккулярная цитотоксическая сыворотка (АЦС) академика А. Богомольца. Барнаульский хирург Г.А. Колпаков разработал способ приготовления стимулирующей сыворотки для лечения раненых с рубцовыми контрактурами и вялозаживающими ранами. При вторичных анемиях, остеомиелите, вялозаживающих ранах, сепсисе и ряде других заболеваний с целью стимулирования проводилось переливание крови.

В эвакуогоспиталях в 1943-1944 годах раненым и больным согласно диагнозу стали назначаться диетотерапия, дополнительное питание и витаминотерапия. Витаминизация в зимнее время осуществлялась приготовлением хвойных настоек и выдачи пивных дрожжей, кислой капусты, зеленого лука. Летом сверх пайка НКЗ с подсобного хозяйства поступали свежие фрукты и овощи, ягоды. Раненым и больным с вялозаживающими ранами и дистрофией назначалось специальное питание за счет дополнительного пайка. Суточный объем калорий пищи в эвакуогоспиталях составлял не ниже 3000-3500ккал.

На 01.01.1943г. в эвакуогоспиталях СибВО на лечении находились 15353 человека. В Алтайском крае в 1943 году общий процент выписки в строй составлял 46%. Общий процент смертности находился в пределах 0,09%. Количе-



ство физиотерапевтических процедур достигло 80000 при общем количестве 6400 коек различной спецификации. Ежедневно проводилось в среднем не менее 150 диагностических исследований.

Среди факторов, оказывающих негативное влияние на качество лечебно-восстановительной работы в эвакуогоспиталях Алтайского края, можно отметить наличие перебоев в снабжении эвакуогоспиталей медицинским имуществом, как в первом, так и во втором периоде. Эвакуогоспитали постоянно испытывали необходимость в пополнении медикаментами, перевязочными материалами, ортопедическими принадлежностями, костылями, хирургическим инструментарием, постельным и нательным бельем.

Во втором периоде на базе эвакуогоспиталя НКЗ №1512 в Славгороде в марте 1943г. был сформирован спецгоспиталь НКВД для лечения военнопленных. Он находился в подчинении УРЭП №62, ответственность за размещение, физическое состояние, лечение и усиленное трудоустройство больных военнопленных возлагалась на крайздрав. В мае 1943г. в славгородский спецгоспиталь НКВД прибыли 821 военнопленный. Спецгоспиталь НКВД размещался на территории Алтайского

края до сентября 1944г., после был переведен в Ворошиловград.

Самоотверженная работа медицинского персонала эвакуогоспиталей Алтайского края находила благодарность и признание у местных органов власти, отделов здравоохранения, окружных и центральных управлений ВЦСПС, НКЗ РСФСР.

С завершением Великой Отечественной войны отдел эвакуогоспиталей Алтайского крайздрава был расформирован. Согласно постановлению СНК СССР от 29 августа 1945 года и приказа НКЗ СССР от 17.09.1945 года. эвакуогоспитали №1511 и №3500 (объединенный с №1509) к началу 1946 года были реорганизованы в госпитали для лечения инвалидов Великой Отечественной войны, где получил свое дальнейшее развитие накопленный в период войны опыт лечебно-восстановительной работы.

14 ноября 1945 года государственная штатная комиссия при СНК СССР утвердила штат отдела госпиталей инвалидов Великой Отечественной войны Алтайского крайздрава. ☺

**Окончание следует.**

*Благодарим за фотографии  
Музей истории медицины  
Алтая и лично его директора  
И.Г. Беккера.*





**Елена Ивановна ХОЛУПКО,**

врач-акушер-гинеколог высшей квалификационной категории, «Городской центр планирования семьи и репродукции, г.Барнаул»;

# Дефицит витамина D и женское здоровье

**Широкое распространение дефицита витамина D в мире и связанное с ним увеличение частоты развития патологии многих органов и систем человека требует пересмотра отношения к этой проблеме.**

Расширение спектра заболеваний, ассоциированных с недостатком витамина D, объясняет научный интерес к проведению исследований в этой области и увеличение популяции обследуемых больных.

## Роль витамина D

В начале прошлого века кальциферол (витамин D) был выделен из рыбьего жира. Он представляет собой жирорастворимый витамин, а также гормон. В обычной жизни его называют «витамином солнца», так как он синтезируется под воздействием ультрафиолетовых лучей в кожных покровах.

**Различают два активных вида витамина D:**

- ◆ **холекальциферол (D3)** - поступает в организм человека вместе с пищей (сырой яичный желток, кисломолочные продукты, лосось, печень трески, скумбрия), также он может синтезироваться под действием ультрафиолетовых лучей;

- ◆ **эргокальциферол (D2)** - синтетический растительный витамин, которым

обогащают продукты, добавляют в БАДы.

Расход витаминов у женщин намного больше, чем у мужчин, - это связано с сильной нагрузкой на организм из-за менструаций, беременности, родов, лактации.

**Витамин D** помогает женскому организму усваивать кальций, фосфор и магний, чтобы кости и зубы формировались правильно и были здоровыми, налаживает метаболизм и улучшает усвоение этих веществ в стенках кишечника. Также он выступает в качестве гормона, который регулирует углеводный обмен, что позволяет женщине контролировать вес. Влияет на кожу, снижая риск развития рака кожи. К тому же витамин D оказывает влияние на сердечно-сосудистую систему, обладает антисклеротическим эффектом. Нужен при планировании и ведении беременности, влияет на состояние иммунной системы.

## Дефицит витамина D

В зависимости от количества витамина D может приносить пользу и вред женскому организму.



**Валерия Викторовна ТИМОФЕЕВА,**

клинический ординатор кафедры акушерства и гинекологии с курсом ДПО АГМУ;



**Ирина Евгеньевна БАРЫШЕВА (Макуха),**

клинический ординатор кафедры акушерства и гинекологии с курсом ДПО АГМУ

## Витамин D в организме

### Ультрафиолетовое излучение

Природный солнечный свет поражает кожу, которая поглощает ультрафиолетовые лучи

### Витамин D

В результате этой реакции создается витамин D

### Ферменты

Ультрафиолетовое излучение реагирует с ферментами на коже, инициируя производство витамина D

### В организме

Витамин D действует на несколько клеток и тканей по всему телу, стимулируя рост и поглощение питательных веществ



Выделяют следующие **возможные причины возникновения дефицита витамина D**: отсутствие воздействия солнечных лучей, беременность и грудное вскармливание, хирургические операции, в том числе и хирургия щитовидной железы, почечная и печеночная недостаточность, ожирение, возраст, менопауза, болезнь Крона, болезнь Уиппла, целиакия, лекарства (для снижения уровня холестерина).

**К основным признакам дефицита витамина D** относятся:

- частые ОРВИ и ОРЗ;
- сильная слабость, болевые ощущения в мускулах, руках и ногах;
- постоянные травмы, особенно переломы, которые трудно заживают;
- повышенная утомляемость, плохое настроение и самочувствие.

**Определить дефицит или, наоборот, повышенное количество витамина D в организме может только врач после проведения специального анализа по уровню 25(OH)D в крови.** При дефиците витамина D необходимо сначала восполнить недостаток, а затем принимать поддерживающую его дозу!

Дневная норма витамина D для здоровой женщины равняется **5мкг**. Для беременных и женщин, которые проживают в районах дефицита солнечных лучей, эта норма увеличивается **еще на 5мкг**.

Доказано, что у женщин, принимающих витамин D во время беременности, снижается риск развития рахита у детей.

**Повышенное количество витамина D** усиливает чувствительность организма женщины к инсулину, что ведет



за собой усиленную выработку эстрогена в яичниках. В результате происходит нарушение овуляции, что грозит наступлением раннего климакса и бесплодия.

### Что принимать?

**Препараты, содержащие витамин D, для лучшего усвоения желательно принимать утром вместе с завтраком, содержащим жиры.**

К таким препаратам относятся: *Аквалетрим* (водный раствор витамина D), *Вигантол* (масляный раствор), *Doctor's Best D3* (в виде капсул), *Кальцитриол* (в виде капсул).

**Витаминно-минеральные комплексы** (Дуовит, Компливит кальций Д3, Кальций-Д3 Никомед, Натекаль Д3) **помогают улучшить общее состояние и красоту женщины.** В качестве вспомогательных веществ они могут содержать магний, витамин С, фолиевую кислоту. ☺

**При дефиците витамина D необходимо сначала восполнить недостаток, а затем принимать поддерживающую его дозу!**

## Оценка статуса витамина D в организме

проводится по уровню 25(OH)D в крови:

Дефицит	<20 нг/мл (50 нмоль/л)
Недостаточность	21-30 нг/мл (51-75 нмоль/л)
Адекватный уровень	>30 нг/мл (75 нмоль/л)

## Рекомендуемый уровень 25 (OH) D:

40-60 нг/мл (100 – 150 нмоль/л)

# Пять причин для мужчин

**Во всем мире в ноябре проходят месячники профилактики и борьбы с раком простаты. Кому стоит провериться на рак предстательной железы, даже если ничего не беспокоит?**

В списке онкологических болезней мужчин Алтайского края рак предстательной железы занимает второе место после рака лёгкого. И, к сожалению, с каждым годом эта патология выявляется всё чаще. Если еще 10-15 лет назад диагноз «рак предстательной железы» (РПЖ) ставили примерно 120-150 мужчинам ежегодно, то в настоящее время эта цифра выросла десятикратно - до 1000 первичных случаев заболевания.

**О том, кто больше других рискует получить злокачественную опухоль простаты, - наш разговор с заведующим онкоурологическим отделением КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер», доктором медицинских наук Сергеем Александровичем ВАРЛАМОВЫМ.**

## Причина первая: возраст

РПЖ может развиваться в любом возрасте, но все-таки традиционно это заболевание считается уделом именно пожилых мужчин. Так, например, если после 70 лет в зоне риска находится примерно 20-30% мужчин, то после 80 лет - уже практически 100%.

**Заболеваемость РПЖ у мужчин африканского происхождения в 1,5-2 раза выше, чем у остальных.**

Ученые связывают это с повышенным уровнем гормона тестостерона в крови представителей негроидной расы. Известно, что этот фактор является природным стимулятором опухолевых процессов в молочной и предстательной железах. Именно поэтому одной из традиционных тактик в лечении РПЖ является медикаментозное поддержание нулевого уровня тестостерона у пациентов.

**Поэтому если среди ваших предков в ближайших поколениях были представители негроидной расы - это тоже веская причина проверить собственное мужское здоровье.**

При этом главное коварство онкологии простаты заключается в **длительном бессимптомном развитии болезни**. Мужчине кажется, что у него всё в порядке, он ведет привычный образ жизни, но когда начинаются очевидные проблемы (как правило, это уже на третьей-четвертой стадии заболевания), полностью излечить болезнь бывает уже практически невозможно.

Поэтому **после 45 лет каждому мужчине - независимо от наличия или отсутствия жалоб - нужно ежегодно посещать смотровой кабинет или проходить осмотр у узких специалистов** (уролога, андролога), **а также сдавать кровь на уровень ПСА** (простатспецифический антиген, PSA). Это такой специфический опухолевый маркер - белок, выделяемый клетками предстательной железы в ответ на развитие различных патологий. *Если рак есть, то уровень ПСА (PSA) будет многократно повышен.* Однако для каждой возрастной группы определены свои нормативы, поэтому только врач может интерпретировать результаты полученного анализа в совокупности с другими методами диагностики.



## Причина вторая: наследственность

Примерно 10% всех выявляемых случаев рака простаты относятся к наследственным видам. Это значит, что **если ваши ближайшие кровные родственники по мужской линии** (отец, родные братья) **сталкивались с онкологическими заболеваниями по поводу простаты - это очень серьезный повод насторожиться.**

- Если РПЖ болел ваш отец, то вероятность обнаружить это заболевание у вас составляет не менее 70%, - поясняет Сергей Варламов. - Если онкология простаты была у родного брата или братьев, то риски увеличиваются до 80-90%.

Наиболее частые варианты - мутирование генов **BRCA1 и BRCA2**. В большей степени они на слуху в связи с женскими онкопатологиями, такими как рак груди и опухоли яичников: все знают историю актрисы Анжелины Джоли, удалившей молочные железы после генетического анализа, выявившего мутации в этих генах. Однако авторитетные исследования подтверждают, что наличие



этих дефектных генов не менее опасно и для мужчин.

Ученые доказали, что риск опухолей простаты при BRCA2 мутации примерно в два раза выше, чем при наличии дефектного гена BRCA1. Также раки, возникшие на фоне BRCA2, протекают, как правило, более агрессивно.

**Узнать о наличии дефектного гена можно с помощью генетического анализа.** В Алтайском крае он проводится в лаборатории молекулярной диагностики Алтайского краевого онкологического диспансера. При направлении врачом-онкологом онкоцентра исследование выполняется бесплатно. В остальных случаях сдать анализ на диагностику двух генов можно платно.

Мужчины, у которых обнаружены наследственные мутации, даже если они в настоящее время здоровы, подвергаются значительному риску развития рака предстательной железы в течение всей жизни. Поэтому **им нужно регулярно проходить диагностику и наблюдаться у специалистов** (онколога, уролога или андролога).

### **Причина третья: проблемы**

#### **с мочеиспусканием**

Простата - это небольшой орган, который находится между мочевым пузырем и задней стенкой толстой кишки. Предстательная железа, как муфта, опоясывает мочеиспускательный канал, поэтому **струя мочи может стать определенным индикатором здоровья.**

Если вы заметили, что струя мочи идет прерывисто, иногда с примесью крови, или при мочеиспускании приходится сильно напрягать мышцы живота и даже испытывать боль, - это тревожный сигнал и повод для консультирования со специалистом.

### **Причина четвертая: снижение либидо**

Простата активно участвует в половой жизни, вырабатывая определенный секрет, который смешивается со спермой во время эякуляции и способствует ее продвижению в нужном направлении. **Поэтому любые неблагоприятные симптомы: слабое сек-**



**суальное влечение, вялая эрекция, а также быстрое семяизвержение - могут являться признаками патологического процесса в предстательной железе.**

### **Причина пятая: питание и образ жизни**

Имя Давида Серван-Шрейбера и его книга «Антирак» известны каждому онкологическому пациенту и всем, кто интересуется вопросами возникновения и развития раковых опухолей. Этому знаменитому американскому врачу и ученому, специалисту по нейронаукам и психиатру в 31 год был поставлен страшный диагноз «глиобластома», рак мозга. Врачи пророчили ему несколько месяцев жизни, но он сумел вырвать у болезни целых 19 лет.

Все эти годы Давид Серван-Шрейбер посвятил исследованию причин возникновения раковых опухолей. Он доказал, что наследственность играет роль примерно в 10-15% случаев, остальное зависит от образа жизни.

*В случае с раком простаты главными провоцирующими факторами образа жизни являются многолетнее курение, частый прием алкоголя в повышенных дозах, избыточный вес, питание с высоким содержанием животных жиров и канцерогенов и недостаток физических упражнений.*

Тяжелые металлы **табачного дыма** (в особенности кадмий) - сильные мутагены для клеток простаты. Они создают благоприятные условия для по-

**В случае с раком простаты главными провоцирующими факторами образа жизни являются многолетнее курение, частый прием алкоголя в повышенных дозах, избыточный вес, питание с высоким содержанием животных жиров и канцерогенов и недостаток физических упражнений.**





## Победим свой страх!

явления и разрастания злокачественных опухолей в предстательной железе. В целом канцерогенное воздействие сигарет негативно влияет на иммунную систему мужчин, снижая способность организма обнаруживать и уничтожать патологические клетки.

«Лучший друг» курения - **алкоголь** - не менее опасен для мужского здоровья. Доказано, что продукты его распада сильно повреждают простату, провоцируя застойные процессы и воспаление в органе. Врачи рекомендуют мужчинам не заблуждаться, деля спиртные напитки на «серьезный» алкоголь (с крепостью от 40°) и слабоалкогольные «поводы для радости». Например, пиво производится на основе хмеля, который содержит фитоэстроген 8-пре-нилларингенина. Это - растительный аналог эстрогенов (женских половых гормонов), которые, накапливаясь в мужском организме, могут провоцировать серьезные гормональные сбои.

Причиной гормонального дисбаланса может стать и **избыточный вес**, ведь лишний жир гормонально активен. Многочисленные исследования подтверждают и тот факт, что у пациентов с РПЖ риск рецидива рака и смертность более высоки при наличии лишних килограммов.

Что касается **питания**, то еда с избыточным содержанием насыщенных (животных) жиров, калорий и холестерина также вредна для мужского здоровья. Известно, что пациенты с более агрессивными видами рака простаты ежедневно употребляют больше калорий и холестерина, чем мужчины с опухолями, протекающими длительно и неактивно.



### Вперед, от рака!

*- Если вы узнали в описании вредного для здоровья простаты образа жизни себя, то не откладывая визит к врачу и начните меняться, - призывает Сергей Варламов.*

Питайтесь полноценно. Добавьте в свой рацион больше рыбы, овощей и фруктов. Старайтесь выбирать молочные продукты с небольшой жирностью и постные части мяса, а от полуфабрикатов (колбасы, сосиски) лучше откажитесь совсем. Уберите из рациона майонез и другие соусы, заменив их богатыми витаминами и микроэлементами растительными маслами (оливковое, льняное, тыквенное, конопляное). Добавляйте в питание побольше томатов - содержащийся в них ликопин способствует улучшению защиты от рака.

Откажитесь от курения, сбросьте лишние килограммы и больше двигайтесь (40-50 минут быстрым шагом ежедневно).

**Помните, что настоящего мужчину отличает взрослое поведение и высокий уровень ответственности - за себя и за других. Не стыдно обсуждать с врачом свое мужское здоровье, стыдно прятаться от проблем, молчанием и бездействием, перекладывая их на плечи родных. Вовремя обнаружить болезнь, принять меры, чтобы ее побороть, оставаться сильной и надежной опорой для близких - это и есть настоящий мужской поступок.** ☺

**Статичная работа в сидячем положении, малоподвижный образ жизни негативно влияют на простату. Недостаток физических нагрузок нарушает необходимую циркуляцию крови и лимфы в области малого таза, тем самым вызывая проблемы с железой.**



# Профилактика пролежней в домашних условиях

**Пролежень - это глубокие поражения кожи и мягких тканей вплоть до их омертвения, возникающие у лежачих больных в результате длительного сдавливания.**

Пролежни могут образоваться везде, где есть костные выступы, соприкасающиеся с поверхностями кровати. Первыми страдают те области, куда приходится наибольший вес, а также те, где минимальна прослойка жира.

### Пролежни могут возникнуть:

► *если лежать на спине:* на локтях, пятках, крестце, лопатках, затылке;

► *если лежать на боку:* в верхней части уха, на нижележащем плечевом суставе, локте, лодыжке, нижней части колена, бедре;

► *если сидеть:* на лопаточных областях, седалищных буграх, крестце, пятках, плюсневых костях.

Первым признаком пролежней является **покраснение кожи с последующим покраснением, отеком и отслаиванием эпидермиса**. В дальнейшем появляются **пузыри и некроз кожи**. В тяжелых случаях омертвлению могут подвергаться не только мягкие ткани, но и хрящевая и костная ткани.

ном случае оптимально использовать простыни на резинках.

**Использование специальных противопролежневых валиков или надувных кругов.**

Если из-за болезни человек прикован надолго к кровати, то имеет смысл приобрести **функциональную кровать**, в которой имеется несколько секций, благодаря управлению которыми больной сможет принимать полусидячее положение (двухсекционная кровать) или даже согнуть ноги в коленях (трехсекционная кровать).

Оптимально, если лежачий человек будет лежать на специальном **противопролежневом матрасе**, высота которого должна быть около 15см. Выбор матраса должен исходить от веса больного (с какой силой будет основная масса тела давить на кости, опирающиеся о горизонтальную поверхность) и его проблем с кожей. Так, при весе лежачего больного более 150кг лучше выбрать жесткий матрас, средняя жесткость матраса подойдет



**Ольга Ивановна  
КРЫЛОВА,**

медицинская сестра  
палатная,  
нейрохирургическое  
отделение,

КГБУЗ «Краевая  
клиническая больница»,  
член ПАСМР с 2016 года

## Профилактика пролежней

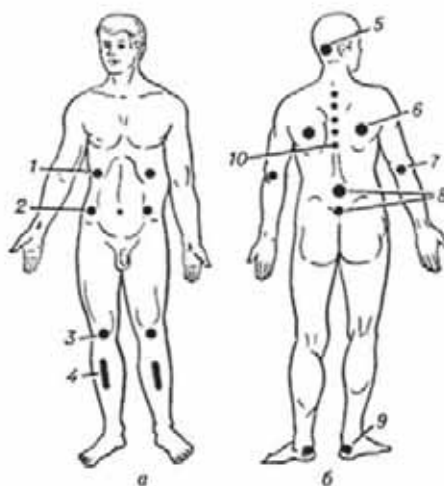
**Во избежание пролежней следует правильно осуществлять их профилактику.**

**Обязательно изменение положения тела больного**, если позволяет его состояние, **через каждые 1,5-2 часа**. Если он сам может поворачиваться, необходимо об этом ему напоминать, а после того, как он повернется, расправлять под ним простынь.

**Ежедневное** - по несколько раз в день - **стряхивание простыни**, чтобы на ней не было крошек.

**Отсутствие на постельном и налетном белье больного складок**. После каждого поворота больного простынь под ним необходимо расправлять, а если она мокрая (от пота или мочи) - обязательно ее сменить. В дан-

## Локализация пролежней при длительном положении больного на животе (а) и спине (б)



**1** - край реберной дуги; **2** - верхняя передняя ось подвздошной кости; **3** - надколенники; **4** - передняя поверхность большеберцовой кости; **5** - наружный затылочный выступ; **6** - лопатка; **7** - локтевой отросток; **8** - крестец и копчик; **9** - бугор пяточной кости; **10** - остистый отросток грудного позвонка.



## Советы медицинской сестры

◀ при весе 120-150кг, мягкий - при весе менее 100кг. Не стоит выбирать большую жесткость, если больному не противопоказано лежать на боку: тогда бедра и плечи смогут погрузиться внутрь, поясница будет лежать сверху.

Если заболевание вынуждает человека находиться в лежачем положении длительное время (больше 1-2 месяцев), можно приобрести **баллонный матрас**. Он состоит из множества секций, которые попеременно наполняются воздухом и сдуваются. Есть матрасы, которые параллельно могут обдувать само тело.

Если матрас приобрести невозможно, в крайнем случае, можно применять **самоделанные подушки, наполненные мелкой крупой или лузгой**, но во избежание накопления микробов их нужно периодически менять. Такие противопролежневые подушки подкладывают под ту часть тела, которая опирается на кровать. Если человек поворачивается на бок, ему нужно согнуть ноги в коленях и проложить между ногами или небольшой надувной матрас, или подушку.

### Уход за лежачим больным

**Помещение**, где находится лежачий больной, должно хорошо проветриваться и кварцеваться. Летом можно включать кондиционер, чтобы он обеспечивал в комнате нормальную температуру, но при этом больного не должно обдувать холодным воздухом. Зимой, если в комнате холодно, нужно включать дополнительные обогреватели и укрывать больного.

**Ежедневно (2-3 раза в день) протирайте кожу лежачего больного одним из дезинфицирующих растворов:** камфорной смесью, камфорным спиртом, 40% раствором этилового спирта, одеколоном, раствором уксуса (1ст.л. на 300мл воды), а при их отсутствии - теплой водой с последующим вытиранием насухо.

**При появлении гиперемии кожи** нужно растирать ее сухим полотенцем или кварцевать для улучшения местного кровообращения.

**Кожу больного в местах мацерации** обмывайте холодной водой с мылом, протирайте спиртом с последующим припудриванием.

**Лежачего больного обязательно каждый день необходимо мыть в кровати.** Под омываемую часть тела подстелите клеенку или влаговпитывающую салфетку. На стул или тумбочку возле кровати поставьте таз с теплой водой, мягкой губкой мойте попеременно, меняя воду, - гениталии, нижние конечности, тело, верхние конечности. Для мытья лучше всего использовать жидкое мыло или особые пенки, которые можно приобрести в аптеке. **Сильно тереть кожу нельзя!** После того, как мыло смыто, промакивающими движениями высушите кожу и нанесите на нее увлажняющие или защитные крема (крем с цинком Menalind, крем с аргинином или с цинком Seni Care).

При недержании мочи или кала больной должен находиться в подгузнике, подобранном по его весу. **Подгузник** расправляйте, чтобы под ним не образовывалось складок. Вовремя его меняйте, чтобы кожа не раздражалась мочой или каловыми массами. Для устранения в подгузнике парникового эффекта необходимо раз в 3-4 часа его снимать, а под область таза подстеливать влаговпитывающую салфетку.



Пролежень в области крестца 1-2 стадии

**Обязательно выполняйте массаж** для улучшения кровообращения кожи. Перед началом нанесите массажное масло или крем. Далее выполните поглаживание, разминание, растирание рук, ног и тела. Если нет противопоказаний к высаживанию, дополнительно в области спины сделайте вибрационный массаж: на кожу поставьте одну руку и по ее тылу постукивать кулаком другой руки. Массаж затылочных областей выполняется легкими движениями без предварительного нанесения масла или крема.

### Питание лежачего больного

**Принципы составления рациона для вынужденно-обездвиженных людей:**

- ♦ он должен быть невысококалорийным - в пределах 2000 ккал/сутки, чтобы поступающая пища не превышала показатели основного обмена;

- ♦ богатый белками: вареным мясом, рыбой, молочными продуктами, яйцами - за счет белков осуществляется регенерация тканей;

- ♦ не содержать продукты, вызывающие повышенное газообразование: капуста, простые углеводы, черный хлеб, бобовые;

- ♦ не содержать продукты, вызывающие аллергию;

- ♦ не включать копченые, жареные, острые блюда.

**Обязательно выпивать 1,5л жидкости** (включая жидкость из супа, чая, компота). Если нет противопоказаний со стороны мочевыделительной и сердечно-сосудистой систем, в сутки нужно выпивать из расчета не менее 30мл жидкости на 1кг веса.

**Помните, что пролежни лучше предотвратить, чем лечить! Поэтому обращайте внимание при осмотре тела лежачего больного на предмет покраснения и всевозможные кожные изменения.** ☺

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



# Спасти спасителя

## В России создан уникальный информационный ресурс - «Карта антимикробной резистентности России».

В последние несколько лет медики мира ищут решение от антимикробной резистентности (АМР), то есть привыкания бактерий к антибиотикам, вследствие чего многих больных становится нечем лечить. Проблема приобрела новое звучание во время пандемии COVID-19.

С 2000 по 2015 год мировое потребление антибиотиков в медицине увеличилось на 65%. К тому же эти препараты чрезвычайно широко применяются в сельском хозяйстве: более 70% антибиотиков, потребляемых в мире, используются в животноводстве, в основном для более быстрого набора массы домашним скотом. Всё это способствует развитию устойчивости микроорганизмов к антибиотикам. От таких инфекций в мире умирает ежегодно около 700 тысяч человек.

### Карта резистентности

Открытие пенициллина в середине прошлого века дало человечеству уверенность в полной победе над всеми инфекционными болезнями. Ведь благодаря применению антибиотиков не только значительно снизилась смертность во всем мире, но и в среднем на десять лет увеличилась продолжительность жизни. Антибиотики стали использоваться очень широко. В результате по прошествии менее ста лет мир вынужден искать решение очень серьезной проблемы - антибиотикорезистентности, то есть невосприимчивости бактерий к применяемым против них препаратам, вследствие чего многих больных становится нечем лечить.

**В 2017 году принято распоряжение Правительства РФ №2045-р, в котором определен ряд важных направлений работы по препятствованию развития устойчивости к антибиотикам.** Среди них - информирование населения по вопросам примене-



ния противомикробных препаратов и опасности самолечения (согласно результатам опросов, треть населения считает, что антибиотики помогают при вирусных инфекциях, и потребляет их неумеренно). С этой целью, в частности, создан интернет-портал *antibiotic-save.ru*. Важно также повышение уровня подготовки специалистов по вопросам, связанным с антибиотикорезистентностью. Внимание должно уделяться и профилактике распространения инфекций, особенно в стационарах. Свою лепту способна внести и вакцинация, например против пневмококка, которая введена в российский национальный календарь профилактических прививок и снижает частоту пневмококковых инфекций. Ведь чем меньше инфекций, тем меньше применение антибиотиков, следовательно, меньше возможностей для развития резистентности.

В целом большое внимание должно уделяться изучению механизмов возникновения устойчивости к антибиотикам, разработке противомикробных препаратов, средств профилактики, диагностики и лечения инфекционных заболеваний, а также совершенствованию мер контроля оборота противомикробных препаратов. Поскольку явление носит глобальный характер, необходимо межведомственное взаимодействие, развитие международного сотрудничества в области предупреждения и ограничения распространения антибиотикорезистентности.

Сегодня в России создан крупнейший в стране и один из самых крупных в Европе **банк бактериальных штаммов**. Кроме того, благодаря в том числе поддержке Российского научного фонда, мы ищем перспективные мишени для новых препаратов. Работает комиссия по включению лекарств в список жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (и исключению из него) и производству критически важных препаратов. ▶



Межрегиональная ассоциация по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии (МАКМАХ, Россия) разработала профессиональный стандарт для новой медицинской специальности - «медицинская микробиология». Эта специальность официально внесена в Номенклатуру специальностей медицинских работников и фармацевтических работников приказом Минздрава РФ №939-н от 4 сентября 2020 года. На базе МАКМАХ совместно со Смоленским государственным медицинским университетом и МЗ РФ создан уникальный ресурс - «Карта антимикробной резистентности России».

## Риски смертности

Специалисты отмечают, что *сопротивляемость инфекций антибиотикам особенно опасна для пациентов с онкологическими заболеваниями*: у них настолько снижен иммунитет, что проникновение устойчивых микроорганизмов даже при успешно выполненном хирургическом вмешательстве или эффективной химиотерапии может привести к летальному исходу.

Большие риски существуют и для *пациентов, которым проводится трансплантация суставов и органов*. Если после замены сустава возникает инфекция, очень часто его приходится удалить. Это приводит к серьезным осложнениям и дополнительным немалым расходам. Менее безопасной становится и достаточно рутинная *операция кесарева сечения* - из-за антибиотикорезистентности могут вырасти показатели материнской смертности.

Согласно исследованию ЭРГИНИ, проведенному Альянсом клинических химиотерапевтов и микробиологов при поддержке компании Pfizer, число *внутрибольничных инфекций* в России составляет около 2,3млн в год. Среди их возбудителей преобладают микроорганизмы с множественной устойчивостью к антибиотикам. Пациенты с такими инфекциями имеют более высокую (в пять с лишним раз) летальность и в среднем на восемь дней дольше находятся в стационаре.

Особенную актуальность эта проблема приобрела сегодня: *вирус SARS-CoV-2* провоцирует вторичные бактериальные осложнения, например пневмонию. В



этом случае нужно назначение антибиотика, и здесь многое зависит от выбора препарата. У пациентов на ИВЛ часто развивается сепсис, который является вторичной бактериальной инфекцией.

## Убыточный препарат

Антибиотикорезистентность - проблема не только для здравоохранения и экономики в целом. В условиях, когда применение новых антибиотиков существенно ограничивается, разработка новых препаратов становится убыточной для фармацевтических компаний. Выход их на рынок сокращается каждый год.

Часть фармкомпаний-разработчиков антибиотиков обанкротилась, соответственно, **число разрабатываемых препаратов снижается. Существующие же антибиотики становятся менее эффективными**, поэтому тяжелые бактериальные инфекции, вызванные панрезистентными патогенами, всё чаще приводят к смерти больных, находящихся в отделениях интенсивной терапии.

Среди возможных вариантов минимизации как медицинских, так и экономических последствий устойчивости бактерий к антибиотикам - **разработка и имплементация push- и pull-инициатив для фармпроизводителей, внедрение новых экономических моделей для вывода на рынок и реализации антибиотиков** (закупки «по подписке», разделение рисков между плательщиками и производителями) **на уровне стран и внедрение в практику работы медицинских организаций программ рационального применения антибиотиков и сдерживания резистентности.**

По мнению специалистов, борьба с АМР возможна только при тесном взаимодействии между разными организациями: органами исполнительной и законодательной власти, фармкомпаниями, ведомственными и академическими институтами. **Полностью сделать так, чтобы устойчивости к антибиотикам не было, - невозможно. Но можно снизить скорость ее развития.** Если в стационарах будет меньше инфекций, если появятся хорошие вакцины и они будут чаще применяться, появится шанс снизить распространение устойчивых микроорганизмов и бросить ресурсы здравоохранения на важнейшие проблемы, в том числе на онкологию, кардиологию и детское здравоохранение. ☺





**Наталья Валерьевна ЖУКОВА,**

врач-детский эндокринолог, высшая квалификационная категория, отделение эндокринологии для детей, КГБУЗ «Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства»

**Рост - один из наиболее важных показателей здоровья ребенка. Все дети хотят поскорей вырасти: остаться маленьким - это что-то из страшных сказок, например «Маленький Мук» или «Карлик Нос». Если в сказках появляется добрый волшебник, то благодаря ему всё заканчивается благополучно. Но и в жизни есть добрый волшебник - врач-эндокринолог, и тогда карлик начинает расти и превращается в прекрасного юношу.**

# Задержка роста у детей

Детские эндокринологи и педиатры используют специальные оценочные таблицы, где рост ребенка сравнивается со средними показателями для данного пола и возраста. И в случае существенного отставания от средних показателей, врач сообщит об этом и предложит необходимое обследование для выяснения причины такого отставания.

Задержка роста у ребенка вызывает у родителей тревогу и беспокойство, в том числе и у самого ребенка - из-за психологических конфликтов во взаимоотношениях со сверстниками.

## Причины задержки роста у детей

Чаще всего задержка роста связана с *наследственными причинами*. При невысоком росте одного либо обоих родителей дети также имеют невысокий конечный рост и отстают от средневозрастных показателей как по росту, так и зачастую в половом развитии (так называемая конституционная задержка роста и пубертата). При этом половое развитие начинается позже средневозрастных показателей, и рост ребенка может не успеть «допрыгнуть» до максимальных значений, запрограммированных генетически.

**Чтобы определить, каким примерно будет рост ребенка во взрослом возрасте, надо сумму роста матери и роста отца разделить на два, а затем прибавить 6,5см для мальчика или отнять 6,5см для девочки.**

**К отставанию в росте приводят:** заболевания костей (хондродистрофия, гаргоилизм), длительное кислородное голодание, тяжелые хронические болезни желудочно-кишечного тракта, печени, почек, сердечно-сосудистой и дыхательной систем. При них на первый план выступают симптомы основного заболевания, что позволяет без труда установить причину задержки роста. Поэтому для нор-

мализации темпов роста ребенка необходимо заниматься лечением основного заболевания, компенсировать его.

Кроме того, низкий рост может наблюдаться при *генетических заболеваниях*, в этом случае у ребенка имеются множественные пороки развития.

*«Психологическая карликовость»* наблюдается у детей из неблагополучных семей. Но после их изоляции из неблагоприятных условий уровень гормонов самостоятельно восстанавливается, и дети начинают расти.

Еще одна из основных причин низкорослости - *болезни эндокринной системы*, которыми занимаются детские эндокринологи. Эти заболевания могут проявляться задержкой роста и иметь разные причины развития: дефицит гормона роста при заболеваниях гипофиза и гипоталамуса, снижение функции щитовидной железы. Во всех случаях развивается дефицит гормонов: при поражении гипофиза (гипофизарный нанизм) - дефицит гормона роста, при поражении щитовидной железы (гипотиреоз) - дефицит тиреоидных гормонов. Во всех этих случаях лечение заключается в правильно подобранной заместительной терапии недостающими гормонами, что позволит ребенку нормально расти и развиваться, не отставая от сверстников.

Но вероятность такого развития событий невелика. Выраженную задержку роста имеют около 3% детей. При этом дефицит гормона роста, как причина низкорослости (нанизма), выявляется не более чем у 8,5% из них.

## Как лечится

**Таким детям особенно важно высыпаться**, так как гормон роста является ночным гормоном и вырабатывается ночью, также необходимо **правильно и рационально питаться** (употреблять достаточно белка, витаминов и микроэлементов), важно **регулярно заниматься спортом**.



## ПРАВИЛЬНЫЙ СОН

Организм ребенка активно растет и развивается. Процесс роста зависит от взаимодействия нескольких гормонов, главный из которых вырабатывается в гипофизе. В течение дня гормон роста не вырабатывается, но во время ночного сна у детей в крови содержится наибольшее его количество. Ученые установили, что гормон роста (соматотропный гормон) в наиболее значительных количествах (80%) секретируется в первые два часа сна. Поэтому недостаток сна в детском возрасте может повлечь за собой отставание в росте и замедление физического развития, также он снижает работоспособность, нарушает работу нервной системы.

### Какой должна быть продолжительность сна:

- в норме новорожденный бодрствует в сутки не более 2-3 часов;
- до трех месяцев ребенок должен спать 10 часов ночью и четыре раза по 1,5 часа днем;
- после третьего месяца ребенок может спать три раза днем с сохранением 10-часового ночного сна;
- с десяти месяцев до двух лет ребенок должен спать два раза днем по 2 часа и с трех лет - один раз днем в течение 2-3 часов;
- с пяти лет ребенок должен спать не меньше 12 часов в сутки с обязательным дневным отдыхом в течение 1,5 часов;
- сон в семилетнем возрасте должен быть 12 часов (без дневного сна), в 10 лет - 11 часов, в 12 лет - 10,5 часов, в 13 лет - 10 часов, для подростков 14-15 лет - 9,5 часов.

## ПИТАНИЕ

Ребенок должен употреблять много *молочных продуктов*, так как кальций является строительным материалом для растущего организма.

Каждый день малыш должен кушать *овощи и фрукты*, ведь ему необходимы витамины.

Также для нормального роста полезны *белковые продукты*: мясо, рыба.

## ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ

Лучше растут те дети, которые много времени проводят на свежем воздухе, играют в подвижные игры, занимаются спортом.



Научные данные говорят о том, что занятия спортом положительно влияют на выносливость, физическую силу и развитие реакции. В основном рост ребенка определяется генетическими факторами, но некоторые виды физической активности способствуют и росту ребенка.

Среди таких видов спорта можно выделить **плавание**. В воде нагрузка меньше, поэтому межпозвоночным дискам и костям скелета работать легче. Суставы становятся более подвижными, развиваются все группы мышц, позвоночник распрямляется, улучшается дыхание, растяжка тела и осанка. Всё это способствует росту человека в высоту.

Ускорению роста также содействуют: **утренняя зарядка, занятия легкой атлетикой, метания, прыжки в длину и высоту, занятия на турнике**. Ходите с ребенком на детскую площадку, где есть турники: дети любят висеть на них, свесив ноги. Такая, казалось бы, «забава» полезна для роста, так как она позволяет вытянуть и распрямить позвоночник. Можно установить турник дома и заниматься на нем по 10 минут в день: подтягиваться, поднимать согнутые колени к груди, висеть с дополнительным грузом. Эти упражнения помогают побороть низкорослость. Прыжки в длину и высоту, махи ногами также развивают зону роста костей.

Полезно заниматься **спортивными подвижными играми**: футбол, хоккей, баскетбол, волейбол, теннис, бадминтон. Эти виды спорта дают возможность вытянуть руки и ноги, распрямить по-

**Установлено, что гормон роста в наиболее значительных количествах секретируется в первые два часа сна. Поэтому недостаток сна в детском возрасте может повлечь за собой отставание в росте и замедление физического развития, снижение работоспособности, нарушение работы нервной системы.**



Когда ребенку не хватает настоящей любви, тепла, его рост замедляется. Психологи подсчитали: чтобы в семье была благоприятная психоэмоциональная атмосфера, надо не меньше восьми раз в сутки обнимать и целовать близких.

звоночник, что способствует правильному росту костей. Чтобы добиться положительного эффекта, заниматься нужно не менее 45 минут в день. Особенно хорошо, если занятия будут проходить на открытом воздухе.

**Растяжка** также полезна для роста ребенка. Выполняйте упражнения, направленные на разработку мышц: это - наклоны из стороны в сторону, махи ногами, подача корпуса вперед из положения сидя.

Но не любой спорт полезен для роста. **Есть виды спорта, затормаживающие рост тела человека:** гимнастика, спортивная борьба, бег на длинные дистанции. Проблема низкого роста среди профессиональных спортсменов - не редкость, что связано с чрезмерной нагрузкой на суставы и кости.

Занятия *единоборствами* способствуют выработке гормона тестостерона, который фиксирует кальций в костях. В связи с этим подростки, которые интенсивно занимаются борьбой и участвуют в турнирах, могут быть ниже своих сверстников. Поэтому в занятиях единоборствами, как и в гимнастике, важно не переусердствовать и сохранять умеренный режим тренировок.

Из-за того, что *бег* - энергозатратный вид спорта, вероятность того, что организм не сможет реализовать свой потенциал в полной мере, если начать заниматься бегом в раннем возрасте, - высока.

Причина замедления роста у детей, профессионально занимающихся *бале-*

*том*, - небольшая плотность костей и недостаточный вес тела. Профессиональные балерины нередко сталкиваются с теми же проблемами, что и гимнастки, так как вынуждены тренироваться по пять раз в неделю и соблюдать ограничения в употреблении еды. Поэтому может возникнуть задержка в физическом развитии организма и, как следствие, - небольшой рост.

Чтобы занятия спортом пошли только на пользу, важно компенсировать затраченную энергию, правильно питаться и отдыхать. Замедляет рост не сам спорт, а *неправильные режим и подход*. Интенсивно занимаясь спортом, нужно обязательно соблюдать баланс питания. То есть, если ребенок занимается физической активностью в течение продолжительного времени, следите за тем, чтобы потерянные им калории попадали обратно в организм. Иначе - большая вероятность того, что ребенок будет отставать в росте.

### СЕМЬЯ

Очень важна для роста ребенка и общая атмосфера в семье. Выше мы уже говорили об «психоэмоциональной низкорослости». Но возникает она у детей не только в неблагополучных семьях. Можно ребенка хорошо кормить, одевать, покупать ему отличные игрушки и при этом не любить по-настоящему, а откупаться дорогими подарками, чтобы загладить свое чувство вины. Когда ребенку не хватает настоящей любви, тепла, его рост замедляется. Недавно психологи подсчитали: чтобы в семье была благоприятная психоэмоциональная атмосфера, **надо не меньше восьми раз в сутки обнимать и целовать близких.**

При своевременном обращении к детскому эндокринологу можно грамотно скорректировать ситуацию, когда ребенок отстает в росте. Для лечения применяются разнообразные метаболические препараты, комплексы витаминов и другое.

Наиболее выраженным ростовым эффектом при карликовости обладает соматотропный гормон роста. Сегодня любой ребенок с диагнозом «гипофизарный нанизм» получает бесплатно необходимый ему гормон. И обреченный природой на 110см, он вырастает до «приличных» 175см.





Поэтому вид карликовости, регулируемый гормоном роста, нужно определить у малыша как можно раньше, чтобы было время на лечение. При обращении, например, в 15 лет к врачу-эндокринологу подходящие для роста годы могут оказаться упущенными.

### Когда бить тревогу

Быстрее всего ребенок растет в первый год: его рост увеличивается примерно на 25см. Потом эти темпы снижаются: за второй год малыш вырастает на 8-12см, далее - на 4-6см ежегодно.

**Если за третий год жизни ребенок вырос меньше чем на 4см, надо показать его врачу - детскому эндокринологу.** Иногда родители не обращают внимания на то, что их малыш отстает в росте от сверстников, и спохватываются только в его подростковом возрасте, когда что-либо исправить уже сложно, а обратиться они к специалистам вовремя, то ребенку помогли бы подрасти.

К счастью, у большинства низкорослых детей выявляется так называемая конституциональная задержка роста. Оказывается, что и родители их росли примерно так же: долго ходили на уроках физкультуры замыкающими, а потом вдруг вымахали и очутились в первой пятерке. Это мальчики и девочки с поздним пубертатным периодом. Никакого лечения им не требуется: они догонят, а то и перегонят сверстников к 16-18 годам.

### «Волшебное лекарство»

В некоторых случаях специальное обследование, которое проводят только в стационаре, выявляет дефицит гормона роста в организме. Гормон роста, как я говорила выше, продуцируется гипофизом под контролем структур гипоталамуса. Его дефицит может быть обусловлен генетически или связан с нарушениями в эндокринной системе. Раньше такие дети были обречены на карликовый рост: мальчик не вырастал выше 140см, а девочка - 130см. Сегодня же им можно помочь.

Таким детям необходимо лечение гормоном роста. Гормон роста, который синтезируется генно-инженерным методом, идентичен натуральному, прак-



тически не имеет побочных эффектов. Назначить его может только специалист после проведенного обследования. Лечение длится несколько лет - до закрытия зон роста (это определяется с помощью рентгеновского снимка кистей рук) и прекращения ростового эффекта. Гормон роста вводится ежедневно с помощью специальной шприц-ручки, устройство которой позволяет не потерять ни единой капли драгоценного препарата.

Дефицит гормона роста часто сочетается с другой эндокринной патологией: нарушениями функции щитовидной железы, надпочечников, половых желез, - поэтому **лечение должно проводиться под постоянным контролем врача-эндокринолога.**

Препараты гормона роста очень дороги: курсе лечения на месяц обходится примерно в \$1000, но российские дети получают эти препараты бесплатно.

В первые два года организм насыщается гормоном, потом темпы роста становятся такими же, как у здоровых детей. **Чем раньше начато лечение, тем оно более эффективно.**

Если вы замечаете, что ребенок отстает в росте от сверстников, необходимо вовремя обратиться за квалифицированной медицинской помощью к детскому эндокринологу, чтобы определить причины отставания, пройдя необходимые обследования. **Вовремя начатое лечение поможет улучшить ростовые возможности организма вашего ребенка при разных вариантах низкорослости!** 🍀

**У большинства низкорослых детей выявляется так называемая конституциональная задержка роста. Это мальчики и девочки с поздним пубертатным периодом. Никакого лечения им не требуется: они догонят, а то и перегонят сверстников к 16-18 годам.**



# Как скорректировать свой уровень ответственности



**Алла Владимировна ЛОБАНОВА,**  
клинический, семейный, перинатальный психолог, психонколог, КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер»

**Ответственность - это способность человека анализировать информацию, прогнозировать последствия и готовность эти последствия принимать как совершившийся неизбежный факт.**

Ответственный человек понимает, что от его действий зависит результат. Но есть две крайности ответственности у человека - это гиперответственность и безответственность. Чем они характеризуются и как можно избавиться от них, скорректировав свое поведение и жизненные установки?

## Гиперответственность

Сейчас, когда жизнь требует от людей успешности и продуктивности, гиперответственность стала большей проблемой, чем безответственность.

**Главная причина гиперответственности - непонимание своих границ:** где я, где мое «я», а где начинается другой человек и его границы. То есть схема поведения человека с гиперответственностью такова: *«Мое эмоциональное состояние влияет на мое поведение, а мое поведение влияет на эмоциональное состояние других, их эмоциональное состояние влияет на их поведение, - таким образом я несу колоссальную ответственность за всех, не имею права ошибаться, должен быть всегда начеку».*

Такому человеку «продавливать» границы помогают:

- **страх** (последствия страшны, нужно сделать всё, чтобы избежать страшного события);
- **вина** («всё из-за меня», «надо быть везде и всегда хорошим»);
- **отсутствие опыта и знаний** в каком-то вопросе (незнание будущего порождает попытки его контролировать).

Живя в таком гиперответственном ритме, человек загоняет сам себя в угол, ведь он не имеет права расслабиться, иначе «всем будет плохо». Такая чрезмерная нагрузка приводит к ослаблению его иммунитета. И вроде бы организм говорит человеку: *«Расслабься, выдохни, отпусти ситуацию. Перестань всё контролировать и пытайся быть всегда хорошим».* Но, нет, - включается порочный круг: человек с

гиперответственностью считает, что от его эмоционального состояния зависит поведение других людей, поэтому останавливаться он не вправе, - тем самым загоняет себя дальше и дальше, в том числе и в болезни.

**Как избавиться от гиперответственности?** Нужно сломать привычную схему, стереотип. Научиться разделять ответственность, признать, что другой человек - личность, и он имеет право сам принимать за себя решения, перестать выпячивать и всем доказывать свою «хорошесть». Нужно адекватно себя оценивать. Воспринимать жизненные проблемы как ступеньку к росту, а не как крах жизни.

Естественно, над этим надо работать, надо изменять себя, понемногу, но каждый день. Помните, что только сам человек может себя изменить.

## Безответственность

Безответственность - это неспособность и нежелание отвечать за последствия собственных действий, также она предполагает отсутствие задач и обязательств у человека.

**Типичные варианты безответственности:**

- **привычка полагаться на авось,**
- **прокрастинация** (откладывать всё на потом, не думать о будущем).

Безответственный человек привыкает всё время врать и изворачиваться, оправдывать себя. Так, отвечая на вопрос «Ты это сделал?», ответственный человек ответит честно «Да, я», а безответственный придумает много выворотов, просто потому, что не готов нести ответственность.

**Откуда берется безответственность?** Ответственность в человеке воспитывается. Изначально, до 5-6 лет, когда ребенок еще не осознает себя и лишь отражает действия и поступки значимых взрослых, родители его обучают собственным примером и закладывают моральные принципы через воспитание. Детей надо обучать всему



с детства: труду в доме, пунктуальности, уважению к людям, к семье, - это всё не берется из ниоткуда.

Поведение безответственного человека ведет к тому, что он выжидает или отпускает ситуацию в надежде на то, что она разрешится сама собой. Это приводит к увиливанию от обязанностей и оборачивается неприятными последствиями.

Психологи считают, что **безответственное поведение появляется у детей при авторитарной маме**, ведь именно она проводит с ребенком большую часть времени и формирует его базу и сознание. К этому приводят следующие **модели поведения мамы**:

► **мама-наседка** не дает и шагу сделать ребенку самостоятельно. Она знает, с кем ему дружить, куда поступать учиться, кого выбирать в спутники жизни и т.д. В результате мальчик вырастает безвольным человеком или маменькиным сыночком, а девочка либо живет одна, либо несчастна в браке, поскольку неспособна делать осознанный выбор;

► **мама-следователь или мама-диктатор** воспитывает ребенка в излишней строгости. За малейший проступок следует наказание. В результате ребенок принимает решение, что лучше вообще ничего не делать, чем быть наказанным. Мама контролирует ребенка, требует выполнения поставленных задач, а он смиряется и привыкает жить и действовать только по родительской указке;

► **мама-попуститель** не уделяет внимания воспитанию ребенка, не объясняя и не анализируя поступки. Подобное отношение переходит из поколения в поколение. Ребенок, видя такую бестолковость родителей, копирует и переносит наплевательское поведение в свою жизнь.

Также есть и **собственное «приобретение» безответственности человеком**: он подвергается внешним обстоятельствам и внутренним переживаниям, по их итогам делает вывод, что лучше оставаться в тени, чем принимать сложные решения.

**К причинам безответственности относят:**

◆ **отсутствие осознанности.** Человек не видит связи между поступками и последствиями. Таким образом, со-



вершая какие-либо действия, он не видит в дальнейшем в случившемся своей вины. Такие люди невнимательные и беспечные;

◆ **потеря смысла жизни.** Тяжелые обстоятельства, утрата близкого человека, проблемы со здоровьем приводят к апатии. Человек разочаровывается, устает бороться за жизнь, теряет интерес к окружающим и событиям. Решает плыть по течению и ни о чем не заботиться. Подобные ощущения возникают в результате злоупотребления алкоголем или наркотиками;

◆ **наличие психотравмы, страха.** Если в прошлом человеку довелось пережить нечто ужасное, естественно, что он начинает проецировать негативное отношение на всё, что его окружает. Наличие негативного, страшного опыта словно заключает личность в темницу, из которой он никак не может выбраться самостоятельно. Человек находится в плену собственного страха и уверен, что ничего не может сделать для своего внутреннего освобождения. И безответственное поведение часто выступает в качестве защитной реакции. Нужно обязательно пересмотреть свое прошлое, стремиться сделать правильные выводы;

◆ **потребительское отношение.** Это отголоски проблем в семье. Если человека используют и он в какой-то момент это понимает, то он и сам начинает поступать похожим образом, - срывает закон отражения. Потребительское отношение способствует появлению безответственности;

**Собственное «приобретение» безответственности человеком: он подвергается внешним обстоятельствам и внутренним переживаниям, по их итогам делает вывод, что лучше оставаться в тени, чем принимать сложные решения.**



### ◆ особенности характера.

Если человек не хочет принимать на себя ответственность, ему будет очень трудно жить среди людей. Если же человек неуверенный в себе, он перестает верить в себя и начинает жить так, чтобы никто не мог его в чем-либо обвинить;

### ◆ ущемление прав и свободы.

Многие люди выросли в семьях, где было принято относиться с пренебрежением к ним, как индивидууму. Когда человек постоянно сталкивается с проявлением неуважения к себе, то неизбежно разочаровывается в собственных возможностях. Он начинает бояться совершить ошибку, каким-то образом разочаровать окружающих. Он отвыкает прислушиваться к собственным желаниям, подчас даже оказывается не в силах четко определить их. Ущемление прав и свободы личности приводит к полной потере чувства собственной значимости. И безответственность в данном случае формируется как ответная реакция на происходящее.

### Как избавиться от безответственности?

**1.** Первым делом определите, откуда появилась безответственность в вашей жизни, что повлияло на ее формирование: родительское воспитание, отсутствие цели в жизни, низкая самооценка или проблемы со здоровьем?

**2.** Осознайте, что такое ответственность. Это - принятие возложенных обязательств, реализация целей, анализ выполненных действий.

**3.** Формируйте в себе новое качество. Доводите начатое дело до конца. Разбейте большие задачи на небольшие. Выполняйте по маленькому шагу в день.

**4.** Если через неделю захочется бросить начатое, то *посмотрите, сколько уже было сделано*. Появится гордость за себя и уверенность, что всё получится.

**5.** Планируйте день, подводите итоги.

**6.** Проищите, какие цели необходимо выполнить за день, неделю, месяц, год.

**7.** Анализируйте события минувшего дня, отмечайте выполненные задачи.



**8.** Боритесь со страхами. Принимать решение сложно, но только так вы делаете шаг вперед. Стояние на месте не делает человека успешнее, счастливее.

**9.** Думайте, действуйте и несите ответственность за принятые решения.

**10.** Воспользуйтесь приемом от простого к сложному.

**11.** Выстраивайте испытания по степени сложности. На первое место поставьте дела, которые ранее не выполняли из-за лени. Это мелкие задачи, которые решаются при минимальных усилиях или затратах: выбрасывайте вовремя мусор, отводите ребенка в садик, звоните по вечерам родителям.

**12.** Ставьте задачи, которые для достижения результата требуют выполнения ряда действий. Заручитесь поддержкой. Попросите близкого человека мягко указывать на ваши ошибки, давать знать, когда вы неосознанно начнете уваливать от ответственности. Замечания должны быть корректными и по существу.

Решение бороться с безответственностью - это первый шаг на пути к взрослению. Для достижения результата приобретите развивающую литературу. Ознакомьтесь с книгами по психологии, прочтите труды по мотивации, поинтересуйтесь литературой о социальном взрослении. И тогда результат не заставит долго ждать. ☺

**Поведение безответственного человека ведет к тому, что он выжидает или отпускает ситуацию в надежде на то, что она разрешится сама собой. Это приводит к уваливанию от обязанностей и оборачивается неприятными последствиями.**



# Обучение ребенка с кохлеарным имплантом

**Очень долгое время люди, страдавшие глухотой,  
были обречены на жизнь в мире тишины.  
Но теперь они могут слышать и даже самые тихие звуки,  
благодаря кохлеарной имплантации.**

Кохлеарная имплантация дает возможность детям, прооперированным до двух лет, развиваться как нормально слышащие дети, а затем полностью интегрироваться в общество слышащих людей. Кохлеарный имплант (КИ) обеспечивает принципиально новые возможности слухового восприятия благодаря тому, что дает возможность услышать те звуковые частоты, которые не могут быть услышаны с помощью обычного слухового аппарата. При выборе образовательной организации для ребенка с КИ родители могут решить, в какой именно будет учиться их ребенок.

## Как сделать правильный выбор?

Существуют два возможных варианта обучения: в коррекционных и массовых школах. Сначала нужно посетить Центральную психолого-медико-педагогическую комиссию (*г. Барнаул, пр. Ленина, 54а, cptrk@ppms22.ru*). **Уважаемые родители, на сайте Алтайского краевого центра психолого-педагогической и медико-социальной помощи вы можете предварительно записаться на обследование ребенка!** После получения заключения психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК) о необходимости обучения вашего ребенка по специальным программам, можно определяться со школой. Родители имеют право выбирать образовательное учреждение для своего ребенка, а решение ПМПК об образовательном учреждении имеет рекомендательный характер.

**В Алтайском крае есть специальные образовательные организации для детей с нарушениями слуха:**

МБОУ «Средняя общеобразовательная школа №31, г. Барнаул» (г. Барнаул, <http://mbou31barn.ucoz.ru>), КГБОУ «Алтайская общеобразовательная школа №1» (г. Барнаул, [www.altai-school.ru](http://www.altai-school.ru)), КГБОУ «Озерская общеобразовательная школа-интернат» (Тальменский район, село Озерки, <http://vinternate.ru>), КГБОУ «Новоалтайская общеобразовательная школа-интернат (для детей с нарушением слуха)» (г. Новоалтайск, <http://novoaltayskvid1.ucoz.ru>).

**Если вы решили вести своего ребенка в обычную школу, то необходимо уточнить условия обучения:**

- реализуется ли в школе *адаптированная образовательная программа* (АОП) для детей с нарушениями слуха;
- есть ли в школе *сетевые формы реализации образовательных программ*, благодаря которым можно привлекать специалистов (педагогов, медицинских работников) других организаций к работе с детьми с нарушениями слуха (глухими, слабослышащими, позднооглохшими);
- проводятся ли в рамках сетевого взаимодействия *консультации специалистов медицинских и других организаций, которые не включены в штатное расписание организации* (сурдолог, психиатр, невропатолог, офтальмолог, психолог, ортопед и другие) для проведения дополнительного обследования обучающихся и получения медицинских заключений о состоянии их здоровья, возможностях лечения;
- при наличии соответствующих показаний *осуществляется ли техническое сопровождение обучающихся*;
- *какие созданы условия для перемещения ребенка по школе*, есть ли у него возможность безбарьерно перемещаться внутри помещения, а именно:



**Ирина Ивановна КОДОЧИГОВА,**  
методист КГБУ «Алтайский  
краевой центр психолого-  
педагогической и медико-  
социальной помощи»



Помните, что нельзя внезапно появляться перед плохо слышащим ребенком! Тем самым вы можете сильно испугать его. Поэтому старайтесь подходить к нему осторожно, издавая при этом шум или звуки.

- ▶ наличие текстовой информации (печатные таблицы на стендах или электронных носителях), предупреждающей об опасностях, изменениях в режиме обучения и обозначающей названия приборов, кабинетов и учебных классов,

- ▶ есть ли учебные помещения, оборудованные звукоусиливающей аппаратурой, а также оборудованные специальными местами для хранения зарядных устройств, батареек,

- ▶ есть ли приборы для исследования слуха: тональный и речевой аудиометры,

- ▶ есть ли спортивные сооружения, оснащенные игровым, спортивным оборудованием и инвентарем, соответствующим особым образовательным потребностям глухих обучающихся,

- ▶ есть ли помещения медицинского назначения,

- ▶ есть ли специализированные помещения: кабинеты индивидуальных занятий для проведения коррекционной работы, кабинеты музыкально-ритмических занятий и занятий по развитию слухового восприятия и технике речи, которые оснащаются индукционной петлей или аппаратурой, использующей радиопринцип или инфракрасное излучение,

- ▶ каким образом будет осуществляться внеурочная деятельность ребенка.

*Если школа, в которую вы планируете привести своего ребенка, соответствует требованиям с учетом особенностей обучения и воспитания, то можно смело записывать его в такую образовательную организацию.*

### В какую школу идем?

**Выбирая для ребенка с нарушениями слуха обучение в массовой школе, родители ориентируются на определенные моменты:** отдаленность коррекционных школ от места проживания семьи; нежелание отправлять ребенка в интернатное учреждение; стремление, чтобы он чувствовал себя обычным ребенком; боязнь, что он будет общаться жестами; отсутствие достаточной информации о системе специального обучения детей с нарушениями слуха.

**Рассмотрим плюсы и минусы обучения в коррекционных и массовых школах.**

В коррекционных школах работают специалисты по адаптированным программам слухового восприятия и языка. Созданы хорошие акустические условия. Проводятся специальные занятия по развитию слуха и речи.

В массовых школах ребенок с КИ имеет возможность слушать речь и общаться речью, то есть высока его социализация. Статистика подтверждает, что уровень понимания речи у такого ребенка выше в массовой школе. Важна и близость ее расположения к дому.

Но в массовой школе у ребенка может возникнуть ряд проблем, связанных с пониманием речи педагога и одноклассников, могут появиться трудности в освоении программы. Ему будет необходима коррекционная помощь сурдопедагога, который поможет организовать эффективную речевую среду. Важна и роль родителей в работе по развитию слуха и речи ребенка во время ежедневных дел.

### Как помочь ребенку с КИ в обучении

Родителям в обучении ребенка помогут специальные пособия профессора И.В. Королевой (Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи) «Учусь слушать и говорить».

**Во внеурочное время родители должны следить, чтобы ребенок носил КИ.** Он должен быть хорошо настроен и надежно прикреплен на голове или одежде. Поощряйте внимание ребенка к окружающим звукам и головам, учите узнавать звуки, а также помогайте в решении эстетических про-



блем (девочкам, например, КИ можно украсить лентой или ободком для волос). Научите ребенка контролировать КИ, менять его батареи и бережливо к нему относиться.

**Детям с КИ не стоит отказываться от активных занятий спортом**, в том числе и плавания. Для других видов спорта рекомендуется надевать шлем. Избегайте виды спорта, связанные с возможными ударами по голове.

Родителям необходимо соблюдать условия для развития и обучения ребенка с КИ, помогать ему участвовать в жизни класса, школы.

**Переход ребенка из начальной в среднюю школу требует от родителей дополнительного внимания.** Ребенок должен осваивать новые знания, и успешность зависит от того, насколько у него сформирована языковая система и понимание речи на слух. Дополнительные трудности представляют и меняющиеся условия обучения: ребенок переходит из одного кабинета в другой, где разная акустическая обстановка, разная и речь педагогов, ее разборчивость, что требует от школьника постоянной адаптации, а также большого внимания со стороны педагогов и родителей.

Помните, что при выборе школы для детей, имплантированных в дошкольном возрасте, родителям необходимо учитывать свою возможность оказывать и организовать ребенку сурдопедагогическую поддержку в течение следующих 4-5 лет, помогать им овладевать школьной программой. Выбирая коррекционную школу, учитывайте отсутствие условий для мотивации у ребенка к речевому общению, развитию его слухоречевого восприятия.

## Советы психолога для родителей детей с КИ

**Помните о полном принятии ребенка таким, какой он есть.**

**Относитесь к ребенку с любовью и теплотой**, это будет способствовать формированию у него высокой самооценки и адекватной личности.

**Ребенок должен развиваться как обычный ребенок**, и не чувствовать своего отличия, ущемленности.

**Приучайте ребенка к аппарату без насилия**, поощряйте игрой и общением со взрослым.



**Слуховой аппарат - сложное техническое устройство, которое необходимо приобретать и настраивать индивидуально!** Он необходим для ориентации в пространстве (вовремя услышать сигнал опасности), общения со слышащими (в учреждениях, транспорте, магазине), получения полноценного образования. Поэтому правильно настроенный слуховой аппарат позволит ребенку ощутить мир звуков, научиться различать речь окружающих людей и даст возможность полноценного и гармоничного развития.

**Ребенка с нарушением слуха необходимо обучать чтению с губ, уделять много внимания развитию его речи.** Старайтесь говорить с ним на доступном его слуху расстоянии, членораздельно и четко произнося обращенные к нему слова. Чтобы он не утомлялся и не избегал занятий, давайте им вид игры. Ребенок всегда должен смотреть в лицо говорящего и следить за движениями его губ. Он будет слышать, но не на всех расстояниях одинаково: часто низкие частоты слышны на более дальних расстояниях (стук, шорох, бас), чем выше частоты - тем они должны быть ближе.

**Главная задача: говорить всё на ушко не один раз, а минимум десять (поочередно в правое и левое ухо), в промежутках показывая, как при произношении двигаются губы.** На ушко - это чисто слуховое восприятие, губы - это слухо-зрительное восприятие. Ни в коем случае не нужно кричать - лучше сказать много раз своим обычным голосом на самое ушко. ☺

**Дома необходимы резиновые игрушки-пищалки, свистульки, бубен, игрушечные музыкальные инструменты. Ребенка необходимо знакомить со всеми окружающими предметами, издающим звук: игрушки, бытовые приборы (холодильник, музыкальный центр, автомобиль и т.д.).**



## КАК РАСПОЗНАТЬ ПЕРВЫЕ ПРИЗНАКИ ДИАБЕТА



У детей до 14 лет

**3,33-5,55** ммоль/л



У взрослых

**3,89-5,83** ммоль/л



После 60 лет

**6,38** ммоль/л



При беременности

**3,3-6,6** ммоль/л

### НОРМА ГЛЮКОЗЫ

### СИМПТОМЫ



#### 01 Жажда

У диабетиков в крови увеличено количество глюкозы, кровь становится более густой, а чем больше человек пьет, тем больше раздражается кровь

#### 02 Уровень глюкозы повышен

Измерить уровень глюкозы в крови можно с помощью глюкометра — они свободно продаются в аптеке

#### 03 Быстрая утомляемость и повышенная слабость

Сахар остается в крови и не поступает в клетки. Клетки испытывают недостаток в энергии (т.н. «энергетическое голодание»)

#### 04 Учащенное мочеиспускание

Почки не могут фильтровать сахар в крови и пытаются из крови получить дополнительную жидкость, необходимую для растворения накопившегося сахара, что и приводит к постоянному наполнению мочевого пузыря

#### 05 Кожный зуд

Возможен — из-за повышенного развития грибов

#### 06 Быстрая потеря веса

При диабете 1-й степени

#### 07 Лишний вес

При диабете 2-й степени

#### 08 Покалывание и онемение кончиков пальцев

Появляется со временем, если уровень сахара в крови постоянно остается высоким и разрушает нервную систему



Диабет может протекать бессимптомно, выявить болезнь можно только при исследовании крови или мочи на содержание сахара. Иногда рост уровня глюкозы происходит после сильных эмоций, стресса и курения, при неправильном питании

### ПРИЧИНЫ, КОТОРЫЕ ПРИВОДЯТ К ДИАБЕТУ:



#### Наследственность

Диабет I типа наследуется с вероятностью 3–7% по линии матери и с вероятностью 10% по линии отца



#### Ожирение

Опасно, если тело принимает форму яблока, а окружность талии у мужчин больше 102 см, у женщин больше 88 см



#### Заболевания поджелудочной

Панкреатит, рак поджелудочной железы, заболевания других желез внутренней секреции — могут спровоцировать дисфункцию поджелудочной железы



#### Вирусные инфекции

Краснуха, ветряная оспа, эпидемический гепатит и грипп могут спровоцировать диабет у тучных людей



#### «Городские» факторы:

стресс, сидячий образ жизни, неправильное питание и загрязненный воздух



# 18-24 ноября - Всемирная неделя правильного использования противомикробных препаратов

## Каждый может внести свой вклад!

Чтобы сократить риск инфекции, вы можете:



...тщательно мыть руки



...соблюдать правила гигиены при приготовлении пищи



...во время болезни воздерживаться от тесного контакта с окружающими



...соблюдать правила безопасного секса



...придерживаться схемы календарных прививок



...использовать воду только из безопасных источников

**Вы можете помочь борьбе с развитием устойчивости к антибиотикам!**

**Профилактика инфекций снижает необходимость в приеме антибиотиков и сдерживает рост антибиотико-резистентности. Самый эффективный способ предотвращения инфекции - соблюдение правил гигиены.**



## Подумай дважды. Совет врача - важно!



Неоправданный прием антибиотиков ускоряет развитие устойчивости к противомикробным препаратам - крупнейшей угрозе здоровью людей во всем мире.



Нерациональное использование антибиотиков может привести к развитию у бактерий устойчивости, а это означает, что сегодняшние лекарства окажутся неэффективными.



Не все инфекции можно вылечить антибиотиками, они не эффективны против вирусных инфекций, таких как простуда или грипп



Принимайте только те антибиотики, которые были вам прописаны врачом, не делитесь своими лекарствами с членами семьи или друзьями



Антибиотики не всегда являются подходящим лекарством, не просите назначить вам антибиотики, если ваш врач говорит, что вам они не нужны.

**Принимайте антибиотики только по назначению врача!**

