

6+

ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№1 (229) ЯНВАРЬ 2023





О главном. О кадрах!..

Тема медицинских кадров - и врачей, и медицинских работников со средним специальным медицинским образованием, и младшего медицинского персонала - со временем, к сожалению, не становится менее актуальной, а наоборот, только усугубляется.

А новые задачи, стоящие перед государством, перед обществом, возросшие возможности медицины, и, как следствие, требования к качеству и доступности медицинской помощи - требуют и всё большей эффективности работы медицинских организаций, большей компетенции и отдачи медицинского персонала. Сложная кадровая ситуация не приукрашивается, причем на всех уровнях. Мелочей в этом вопросе нет. Деятельность нашего Редакционного совета направлена, в первую очередь, на повышение грамотности населения в вопросах сохранения, укрепления своего здоровья, формирование навыков здорового стиля жизни. Но также своей важнейшей задачей мы видим повышение престижа медицинской профессии в обществе, содействие разрешению насущных социальных проблем медицинского сообщества, популяризацию возможностей российской и региональной медицины. А они - достаточно широкие. Считаем принципиально важной составляющей решения кадрового вопроса в отрасли - профориентационную деятельность среди школьников. Сегодня такая работа проводится и АГМУ, и медицинскими колледжами, и специалистами медицинских организаций края. Но очевидно, что эта деятельность многообразная: от банального ознакомления с профессией на своем «горьком опыте» или специально подготовленных встреч с лучшими представителями медицины до (что принципиально!) возможности получения полноценного образования в школе по профильным предметам для поступления в вуз - биологии и химии.

В следующем, 2024 году наш медицинский университет - кузница врачебных кадров для края, будет отмечать свое 70-летие. В преддверии юбилея уже с январского номера журнала мы начинаем публикации об его «золотом фонде», об Учителях, внесших огромный вклад в развитие целых направлений здравоохранения края, воспитавших замечательную плеяду своих последователей, как в лечебной, так и преподавательской деятельности.

Открывает цикл материал о Соломоне Натановиче Хейфице, возглавлявшем кафедру акушерства и гинекологии АГМИ. Наш край благодаря кропотливой и последовательной работе команды энтузиастов является обладателем уникального для страны музея - музея истории медицины Алтайского края. Начинаясь он ровно 30 лет тому назад в Рубцовске на базе городской больницы №2, благодаря энтузиазму выпускника АГМУ 1977 года Ивана Генриховича Беккера. То, что сегодня музей размещен в одном из корпусов АГМУ, - и символично! И логично! По нашему твердому убеждению, этот музей - достояние края (да и не только его). Не случайно Демидовский фонд края буквально на старте своей деятельности, уже в 1996 году, отметил его создание, как значимое общественное явление, престижной общественной наградой - званием лауреата Демидовской премии. Конечно, его экспозиции - и постоянные, и тематические - интересны прежде всего медикам края (хотя многие или не побывали еще в нем, или не знают о его существовании - есть и такие!). Но мы убеждены, что посетителями этого музея должны стать школьники старших классов школ края (сейчас такая работа ведется АГМУ с учащимися естественно-научных классов школ). Может быть, стоит обсудить возможность такой системной совместной работы министерства здравоохранения и образования края, муниципалитетов, предусмотрев для этого соответствующие ресурсы. Наш вклад в популяризацию этого значимого общественного явления - совместные публикации о музее в журнале.

Важным, на наш взгляд, является и общение медицинских работников со школьниками, стоящими на пороге выбора будущей профессии. Думаем, у многих есть возможность провести такие встречи в школах, которые они когда-то окончили, или в тех населенных пунктах, где сейчас трудятся. Есть и такие, кто мог бы прийти на такие встречи целыми династиями! Надеемся, что такое предложение найдет поддержку у коллег.

Кадры были и остаются главным ресурсом отрасли!



**Почему опасна
корь**



**Особенности
течения гриппа
типа А у детей**



**Диагноз поставят
быстрее**



**Стоит ли роди-
телю стараться
быть другом сво-
им детям?**



**Гречневая каша -
матушка наша...**

К 70-ЛЕТИЮ АГМУ

Н.И. Фадеева, С.Д. Яворская.

Профессор Хейфец: врач, ученый, учитель 2-6

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ "ЗДРАВООХРАНЕНИЕ"

Почему опасна корь 7

Новости здравоохранения России 8

Памяти Кравцовой Людмилы Ивановны 9

Памяти Яковец Ярославы Валерьевны 10

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ "ЗДРАВООХРАНЕНИЕ"

Поддержка семей с детьми с ОВЗ 11

В школах и вузах многое по-новому 12-13

ЗА СЧАСТЛИВОЕ ЗДОРОВОЕ ДЕТСТВО!

М.А. Мельникова.

Особенности течения гриппа типа А у детей 14-15

Е.В. Пархоменко.

Когда голова болит у мужчин 16-18

Достижения российской науки-2022 18-19

Диагноз поставят быстрее 20

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

С.Г. Полосухина. Часто болеющие дети 21-24

Гуляй и не замерзай! 25

Про больничные и другие оплаты 26-27

Прописаны и общение и делегирование обязанностей 28-29

Вредные привычки россиян 29

Правила посещения больных 30-31

КРАЕВОЙ КРИЗИСНЫЙ ЦЕНТР ДЛЯ МУЖЧИН

А.С. Абушенко.

Стоит ли родителю стараться быть другом своим детям? 32-33

Что и как влияет на нашу память 34

Новости здравоохранения России 35

СОВЕТЫ ЭНДОКРИНОЛОГА

И.А. Вейцман, К.А. Медведева.

Вес, сон и синдром мегаполиса - есть ли взаимосвязь? 36-37

В новый год с новыми условиями 38-40

Гречневая каша - матушка наша... 41-43

Что уже открыто и с чем предстоит еще работать 44





Профессор Хейфец: врач, ученый, учитель

К 100-летию со дня рождения

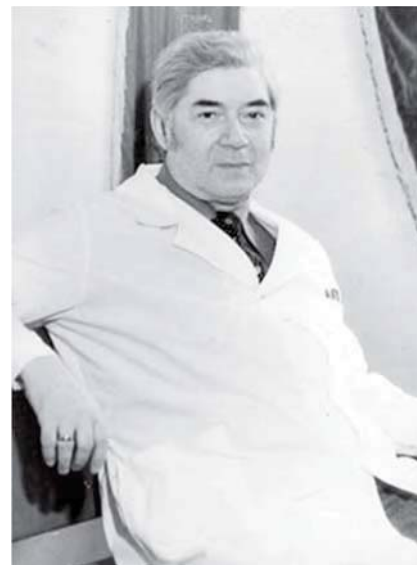
Январь 2023 года - особый месяц для сотрудников кафедры акушерства и гинекологии с курсом ДПО Алтайского государственного медицинского университета и всего акушерско-гинекологического сообщества Алтайского края. В музее истории АГМУ и медицины Алтая 11 января 2023 года открылась экспозиция памяти профессора АГМУ С.Н. Хейфеца, проуроченная к его 100-летию юбилею.

11 января 2023 года исполнилось 100 лет со дня рождения основателя алтайской школы гинекологов-эндокринологов, доктора медицинских наук, профессора ХЕЙФЕЦА Соломона Натановича, а 2 января 2023 года - 20 лет как его нет с нами.

Соломон Натанович Хейфец родился в 1923 году в Риге (Латвия) в семье служащего. В 1941 году окончил среднюю школу с золотой медалью. Началась Великая Отечественная война и в авгу-

сте 1941 года его призвали в армию, что, как оказалось, спасло ему жизнь. Вся семья Соломона Натановича погибла в Рижском гетто. Его же направили учиться в Ленинград, в военно-медицинскую академию имени С.М. Кирова.

Период 1941-1946 годов - это не только годы учебы, это школа мужества и выживания. В годы обучения в академии он совмещает учебу с работой в эвакогоспиталях блокадного Ленинграда. Под руководством члена-корреспондента



АН СССР, профессора К.М. Фигурнова Соломон Хейфец делает первые шаги в науке в рамках научного студенческого кружка кафедры акушерства и гинекологии военно-медицинской академии.



Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова

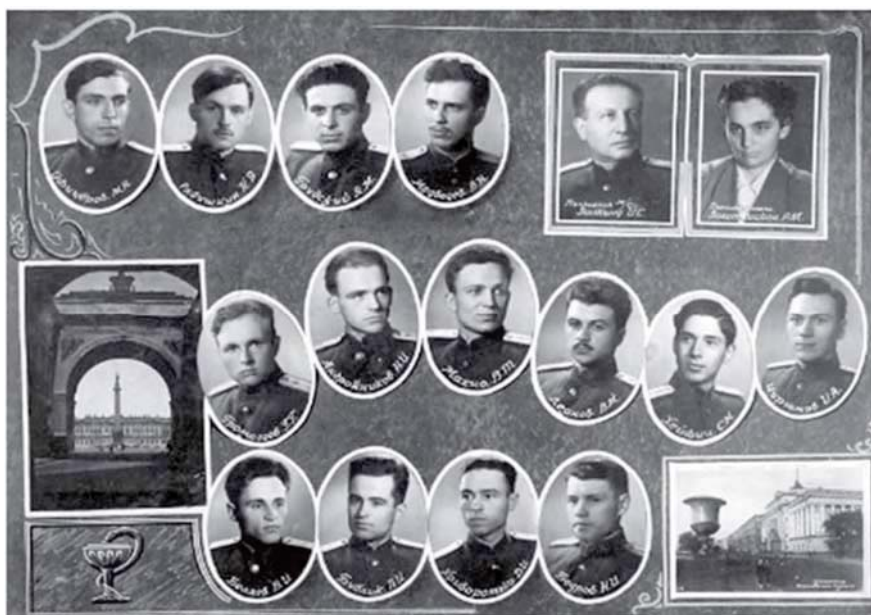


Фото из альбома (выпуск 1941-1946гг.)



Соломон Натанович Хейфец - пионер уникальной школы ювенильной и гинекологической эндокринологии на Алтае. При его содействии была открыта первая эндокринологическая лаборатория, создан центр по лечению женского бесплодия. Он стоял у истоков внедрения в гинекологическую практику методов эндоскопической хирургии.

После окончания академии лейтенант С.Н. Хейфец отправляется на Дальний Восток. Его первая должность - старший врач полка Приморского военного округа, одновременно с этим он исполняет обязанности внештатного гарнизонного врача-акушера-гинеколога (1946-1948гг.). Оказывая помощь женщинам в первые послевоенные годы, Соломон Натанович отчетливо понимает, что война - это не только разрушения и смерть, но и значимый урон здоровью для тех, кто выжил. Тяжелые военные условия жизни, длительный, часто непосильный физический труд, сильнейшее стрессовое состояние - всё это негативно отразилось именно на женском здоровье. Соломон Натанович принимает окончательное решение стать акушером-гинекологом и поступает на обучение в клиническую ординатуру по акушерству и гинекологии в Хабаровском медицинском институте (1948-1949гг.).

В 1949-1958 годы Соломон Натанович Хейфец - начальник родильного отделения Уссурийского военного гос-



питаля, а **в период 1958-1970 годов** - начальник гинекологического отделения военного госпиталя Дальневосточного военного округа.

Все годы военной службы Соломон Натанович активно занимается наукой, темой его научных исследований становится женское бесплодие.

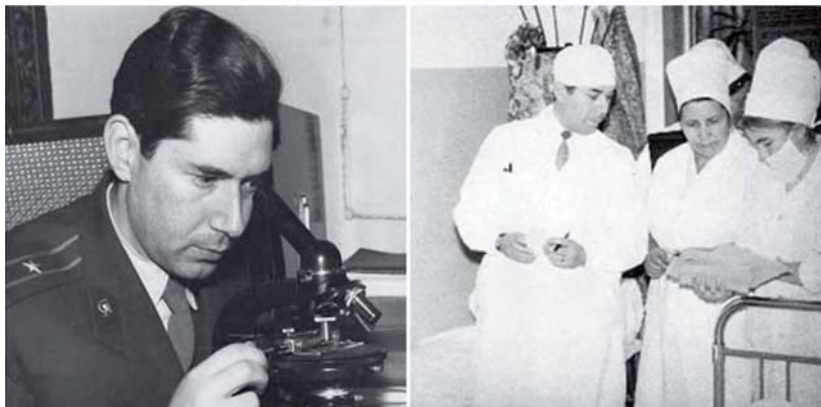
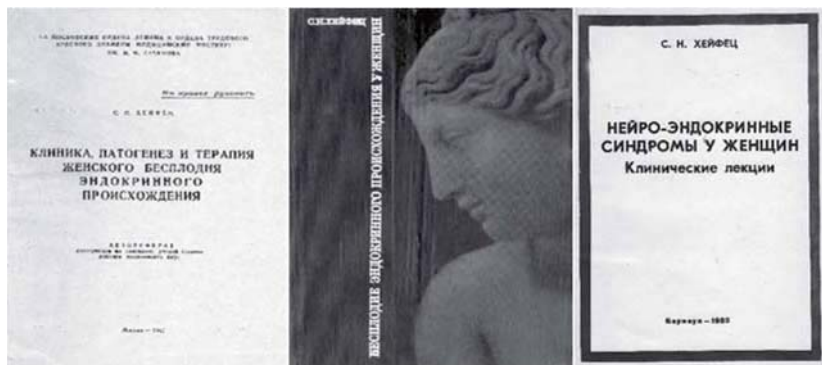
В 1957 году опубликована первая его статья в журнале «Акушерство и гинекология».

В 1961 году Соломон Натанович Хейфец защитил кандидатскую диссертацию «Функциональное бесплодие при нормально проходимых фаллопиевых трубах», а **в 1968 году** - докторскую диссертацию «Клиника, патогенез и терапия женского бесплодия эндокринного происхождения». Диссертационный совет порекомендовал Соломону Натановичу оформить результаты диссертационного исследования в виде монографии. И **в 1970 году** монография «Бесплодие эндокринного происхождения у женщин», изданная в издательстве «Медицина», выходит в свет. На сегодняшний день это библиографическая редкость.

Еще на военной службе Соломон Натанович приобщается к педагогической деятельности. **В период 1961-1964 годов** он преподает акушерство и гинекологию в Уссурийском медицинском училище, а **в 1970 году** - он доцент кафедры акушерства и гинекологии Владивостокского государственного медицинского института.

В 1970 году С.Н. Хейфец демобилизовался в звании подполковника.

В этом же году из «Медицинской газеты» он узнает о конкурсе на должность заведующего кафедрой акушерства и гинекологии Ал-



К 70-летию АГМУ

▲ тайского государственного медицинского института имени Ленинского комсомола, Соломон Натанович подает резюме и проходит конкурс. Прощай, Дальний Восток, здравствуй, Алтай!

С 1970 по 1991 годы Соломон Натанович Хейфец возглавлял кафедру акушерства и гинекологии АГМИ. В 1991 году он передал руководство своей ученице, профессору Наталье Ильиничне ФАДЕЕВОЙ, продолжая до последних дней жизни вести активную работу в должности профессора кафедры (период 1991-2003 годов).

Работая в Алтайском государственном медицинском институте (с 1995 года - университете), Соломон Натанович остается верен себе и лучшим традициям высшей медицинской русской и советской школы: **он - врач, ученый и учитель.**

...Утро начинается с профессорского обхода пациентов, получающих лечение на основных клинических базах кафедры: в гинекологическом отделении железнодорожной больницы и в родильном доме №2 города Барнаула, далее - еженедельные консультативные приемы пациенток с нарушениями менструальной и репродуктивной функции в железнодорожной поликлинике. К нему на прием ехали пациентки со всей Сибири! Запись на прием осуществлялась по почтовой переписке.

Соломон Натанович Хейфец - пионер уникальной школы ювенильной и гинекологической эндокринологии на Алтае, при его содействии была открыта первая в крае эндокринологическая лаборатория, а на базе железнодорожной больницы создан



центр по лечению женского бесплодия. Он стоял у истоков внедрения в гинекологическую практику методов эндоскопической хирургии.

Кроме лечебной деятельности Соломон Натанович Хейфец активно занимается наукой. На кафедре ведется работа в рамках студенческого научного кружка, открывается аспирантура - это будущие преподаватели кафедры. В вузе работает диссертационный совет по защите кандидатских диссертаций по специальности «акушерство и гинекология». Под его руководством подготовлено 12 аспирантов, защищены 1 докторская и 23 кандидатских диссертаций.

Именно при Соломоне Натановиче Хейфеце, при его непосредственной поддержке и помощи отмечается первый научный акушерско-гинекологический прорыв на Алтае, формирование плеяды кандидатов, а затем и докторов медицинских наук (Б.А. АГРАНОВСКАЯ,

Работая в АГМИ, Соломон Натанович остается верен себе и лучшим традициям высшей медицинской русской и советской школы: он - врач, ученый и учитель.





Соломон Натанович Хейфец - автор 180 научных трудов, в том числе трех монографий.

Г.Н. ПЕРФИЛЬЕВА, Л.В. АККЕР, Н.И. ФАДЕЕВА, В.А. ГУРЬЕВА).

Научный поиск направлен на изучение механизмов дисфункциональных маточных кровотечений и гормонального гемостаза, консервативного и хирургического лечения трубного бесплодия, аномалий полового развития, синдрома внутриматочных синехий и поликистозных яичников, невынашивания беременности. Ряд исследований посвящен вопросам планирования семьи и влиянию экологических факторов на репродукцию.

Совместно с кафедрой нормальной физиологии АГМИ проведен цикл исследований, посвященный состоянию калликреин-кининовой системы при различной акушерской патологии.

В 1982 году в АГМИ С.Н. Хейфец читал актовую речь «Проблемы гинекологической эндокринологии».

Соломон Натанович Хейфец - автор 180 научных трудов, в том числе трех монографий.

Научный авторитет профессора Хейфеца был признан в стране и за рубежом. Соломон Натанович неоднократно докладывал результаты научных исследований кафедры на конференциях и конгрессах различного уровня, был членом Правлений Всесоюзного и Всероссийского научного общества акушеров-гинекологов, экспертного научного совета министерства здравоохранения РФ, Европейской ассоциации акушеров-гинекологов, Национальной академии юнеологии.

Практика, наука и обучение - три кита классической медицинской школы. Семидесятые годы XX века характеризовались значительными переменами в стране, крае и в медицинском вузе, не осталась в стороне и кафедра акушерства и гинекологии.

В 1971 году создана субординатура по акушерству и гинекологии, которая просуществовала 25 лет и готовила специалистов для первичного медицинского звена, в котором так нуждался Алтайский край и его жители. Соломон Натанович читает студентам уникальные лекции, на кафедре разрабатываются новые программы обучения, которые включают в себя как теоретический, так и обязательный блок освоения практических навыков, у кафедры появляются новые клинические базы, расширяется педагогический коллектив.

Вчерашние аспиранты и соискатели после защиты диссертаций



К 70-летию АГМУ

▶ становятся ассистентами кафедры.

В 1972 году на кафедре началось обучение в интернатуре, расширен прием в клиническую ординатуру. Все преобразования нацелены на подготовку врачей высокого уровня, в том числе врачей-акушеров-гинекологов, которые смогут оказывать высокоспециализированную помощь женщинам Алтайского края.

Идут года, но и сегодня среди практикующих врачей-акушеров-гинекологов края, России, дальнего и ближнего зарубежья еще немало учеников профессора Соломона Натановича Хейфеца.

Свой земной жизненный путь профессор Соломон Натанович Хейфец закончил в стенах родной железнодорожной больницы 2 января 2003 года, не дожив до 80-летнего юбилея всего 9 дней. Похоронен на Черницком кладбище г. Барнаула.

За заслуги перед Отечеством Соломон Натанович Хейфец награжден орденом «Красная Звезда», «Трудового Красного знамени», 15 медалями.

Память о профессоре Соломоне Натановиче Хейфеце - враче, ученом и учителе, на долгие годы осталась в сердцах его пациентов, коллег и учеников. ☺

*Ι .Ε. Οαααααα, α.ι .ι ., ι δι ο ανηι δ,
 ςαηεοααί ι υ ε αδα+ ΔΟ,
 Ν.Α. Βαί δηεαυ, α.ι .ι ., ι δι ο ανηι δ
 - εαδ ααδα αεοα αδηο αα ε
 αει αει ει αεε η εοδηι ι ΑΙΙ ΑΑΙ Ο
 Οι ο ι ες αδβεαα εαδ ααδυ .*



Коллектив кафедры акушерства и гинекологии АГМИ, 1982 год



После защиты последней аспирантки С.Н. Хейфеца - врача-акушера-гинеколога, онколога Т.А. Максименко (осень 1996г., Барнаул)



Коллектив кафедры акушерства и гинекологии №1 АГМУ, 1997 год



Последний день рождения на кафедре (11 января 2002 года)



Особенности течения гриппа типа А у детей



Мargarита Анатольевна МЕЛЬНИКОВА,
заведующая инфекционным отделением №1, врач-педиатр первой квалификационной категории, КГБУЗ «Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства»

Грипп - это острое инфекционное заболевание, его возбудитель передается воздушно-капельным путем. Заболевание характеризуется высокой контагиозностью с быстрым распространением, протекает с симптомами общей интоксикации, высокой лихорадкой и поражением дыхательных путей.

Возбудителями гриппа являются представители трех родов:

- вирусы гриппа А,
- вирусы гриппа В,
- вирусы гриппа С из семейства Orthomyxoviridae.

Вирусы гриппа А подразделяются на подтипы. В настоящее время циркулируют вирусы гриппа подтипов А (H1N1) и А (H3N2). Вирус типа H1N1 вызвал пандемию в 2009 году и впоследствии сменил вирус сезонного гриппа. Известно, что пандемии вызывали только вирусы гриппа типа А.

С вирусом гриппа H1N1 дети Алтайского края встречались в 2009 году, когда в особенностях патогенеза и клинического течения отмечалось повреждение эндотелия и развитие пневмоний с большей частотой двустороннего поражения и выраженной тяжестью течения.

В настоящее время клиническое течение гриппа А (H1N1) в период подъема заболеваемости острыми респираторными инфекциями (ОРИ) и пандемии новой коронавирусной инфекции (COVID-19) в литературе освещено недостаточно. По всей видимости, сейчас еще идет накопление клинических данных.

В инфекционное отделение №1 КГБУЗ «Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства» за период с 1 декабря 2022 года по 23 января 2023 года было госпитализировано 30 пациентов, имеющих подтверждение инфицированности вышеупомянутым вариантом вируса гриппа. Поэтому есть возможность обозначить несколько характеристик и особенностей его течения у детей.

Грипп А (H1N1) всегда **начинается остро**. По нашим наблюдениям, дети старше трех лет обычно жалуются на *повышение температуры до 39-40°C, насморк со скудным слизистым отделяемым, иногда малопродуктивный или сухой кашель, снижение аппетита, слабость, вялость, головную боль, боль в глазных яблоках, бледность кожных покровов, боли в нижних конечностях*, отмечается *цианоз вокруг глаз и губ*.

У пациентов до трех лет основной симптоматикой являются: *гипертермический синдром* (лихорадка чаще «бледного типа»), *инъецированность склер, бледность кожных покровов, мраморность кожи конечностей*. На второй-третий день заболевания присоединяются *катаральные симптомы*:



это - насморк, кашель. У некоторых пациентов отмечалась симптоматика в виде *поражения желудочно-кишечного тракта*: тошнота, рвота, жидкий стул.

Диагноз «грипп типа А» основывается на совокупности клинических данных и комплекса лабораторных методов. **Для подтверждения диагноза нами использовался один из самых распространенных иммунобиологических методов для обнаружения специфических антител к указанному вирусу, а также метод полимеразной цепной реакции (ПЦР)**, чувствительность которого составляет 99%, а специфичность - 95%. *Результаты клинического анализа крови*, по нашим данным, не специфичны, как и при многих других вирусных инфекциях, но все-таки чаще отмечается лейкопения, лимфоцитоз, при этом уровень С-реактивного белка (СРБ) не превышает норму.

При тяжелых формах заболевания, сопряженных с присоединением бактериальной инфекции, характерны такие изменения, как лейкоцитоз, нейтрофилез, повышение СРБ, скорости оседания эритроцитов (СОЭ), уровень прокальцитонина (ПКТ) - более 2,0, в клиническом анализе мочи - следы белка, кетоновые тела.

На наш взгляд, **особенность течения вируса гриппа типа А** в рассматриваемый период подъема заболеваемости ОРИ **заключается в развитии сопутствующего поражения центральной нервной системы (ЦНС)**. Таких пациентов в нашем отделении было трое. В их клинической картине отмечены такие *симптомы*, как судороги, высокая лихорадка, вялость, нарушение сознания, гипотония, астенический синдром. Известно, что судороги, кроме прочего, являются типичным клиническим проявлением нейроинфекции. У детей на фоне вирусной инфекции фебрильные судороги могут служить дебютом развития эпилепсии, стойкого интеллектуального и неврологического дефицита. Кроме того, заподозрить поражение ЦНС всегда помогает *характерная клиническая картина*, известная опытному педиатру, неврологу.

Безусловно, неоспорим и тот факт, что одной из методик верификации



диагноза нейроинфекции, локализованной в коре головного мозга, является *проведение спинномозговой пункции*. Однако, данная манипуляция может быть сопряжена с рядом осложнений, особенно если она проводится в острый период заболевания. Поэтому для уточнения диагноза предлагается использование менее инвазивного метода - **МРТ головного мозга**. Наш стационар располагает возможностью проведения данной процедуры собственными силами и имеет соответствующее оборудование и высококвалифицированных врачей-специалистов. Нашим трем пациентам было проведено МРТ головного мозга. Изменения на МРТ отчетливо указывают на *двусторонний симметричный вазогенный отек в корковом, подкорковом и глубоком белом веществе*. Еще стоит добавить, что в клинической картине пациентов наблюдались *признаки развития полиорганной недостаточности* (острая сердечно-сосудистая недостаточность, инфекционный миокардит, острый гепатит, двусторонняя полисегментарная пневмония, реактивный артрит).

Таким образом, **учитывая коварность вируса гриппа**, заключающуюся в способности вызывать тяжелые формы заболевания, в том числе с поражением ЦНС в короткие сроки, **родителям маленьких пациентов не рекомендуется заниматься самолечением, необходимо своевременно обращаться за медицинской помощью!** ☺

Нужно избегать необоснованного применения жаропонижающих средств, антибактериальных препаратов, препаратов, разжижающих мокроту, которые могут привести к ухудшению состояния ребенка, а также к развитию пневмонии, особенно у детей раннего возраста!



Когда голова болит у мужчин



Екатерина Васильевна ПАРХОМЕНКО,

кандидат медицинских наук, доцент кафедры неврологии и нейрохирургии с курсом ДПО ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет», врач-невролог высшей квалификационной категории, руководитель специализированного приема по головной и лицевой боли в Алтайском крае

Кластерная головная боль - один из самых сильных болевых синдромов, известных человечеству. Почему эта боль мучает в основном мужчин? Почему возникает только в определенное время в году? Почему приступы чаще в ночное время? Почему приступы такие короткие? И таких «почему» про кластерную головную боль немало.

Наряду с головной болью напряжения, мигренью, **кластерная головная боль (КГБ) относится к первичным формам головной боли**, которые не связаны с органической патологией головного мозга, церебральных сосудов, любых структур головы и шеи или системными заболеваниями.

Кластерная головная боль встречается редко: ее распространенность составляет менее 1%, но все-таки это не экзотически редкая форма головной боли. КГБ относится к рубрике тригеминальных вегетативных цефалгий.

Особенности кластерной головной боли

Кластерной головную боль называют в связи с чередованием болевых периодов и периодов ремиссии.

Для понимания КГБ необходимо обозначить основные понятия:

- **«приступ»** - это единичный приступ головной боли,
- **«пучок»** или кластерный период - период времени, в течение которого у

пациента возникают повторные приступы боли,

● **«ремиссия»** - период, когда нет приступов головной боли.

Во время кластерного периода пациенты могут испытывать от 1 до 8 приступов в сутки, а сам кластерный период может длиться от 7 дней до 12 месяцев.

Этой формой головной боли чаще страдают мужчины (в 3-4 раза чаще, чем женщины, но женщин с данной цефалгией тоже немало). Пик заболеваемости у мужчин, как правило, приходится на второе десятилетие жизни. Клинические проявления КГБ у мужчин и у женщин схожи.

Важной отличительной особенностью КГБ является околосуточное распределение приступов. Характерны как дневные, так и ночные приступы. Без ночных атак нужно усомниться в диагнозе «кластерная головная боль». Интересно, что **большинство приступов головной боли возникают в течение 90 минут после засыпания.** Этот период соответствует фазе сна с быстрым движением глаз (быстрый сон). Поэтому пациенты боятся

ложиться спать, добровольно лишают себя ночного сна, чтобы избежать возникновения приступов. Но приступы неизбежно накрывают после сна в дневное время. Предполагают, что *пусковым фактором ночных атак КГБ могут являться нарушения дыхания во сне*, а именно сонные апноэ, сопровождающиеся де-



сатурацией (снижением насыщения крови кислородом ниже 94%).

Для большинства пациентов характерно возникновение обострений в определенное время года (зима, весна, лето, осень). Замечено, что кластерные периоды имеют временную связь с датами с наиболее длинной и, наоборот, короткой продолжительностью светового дня и с днями высокого солнцестояния.

Особенности приступов

Для кластерной головной боли характерна **чрезвычайно интенсивная боль**, поэтому ее еще называют суицидальной головной болью. **Это ВСЕГДА СТРОГО односторонняя боль**, локализуемая вокруг глаза, над бровью и (или) в виске.

Продолжительность приступа - от 15 до 180 минут, типично возникновение приступов в ночное время. Боль нарастает и **достигает максимума** в течение 10-15 минут, **сохраняется** на протяжении в среднем 30-45 минут, но продолжительность приступа может быть и до 180 минут.

Из-за невыносимой боли пациенты не могут находиться в состоянии покоя, у них отмечается двигательное беспокойство, они возбуждены, агрессивны, кричат, мечутся, бегают или ходят по кругу. Кто-то для отвлечения от мучительной боли бьет себя по голове или лицу руками, кто-то бьется головой об стену или же поливает на голову ледяную или горячую воду.

Для кластерной головной боли характерно **уникальное сопровождение приступов в виде односторонних вегетативных симптомов на стороне боли**. Это - слезотечение, покраснение глаза, заложенность носа или выделения из носа, отек века, потливость кожи лба, сужение зрачка, опущение века. Поэтому врачу для понимания приступов КГБ необходимо фото лица пациента во время приступа, а лучше всего видеозапись приступа. Часть пациенты сообщают о мигренозных симптомах (тошнота, рвота, непереносимость света и звуков), что не отменяет диагноза «КГБ», но требует проведения дифференциальной диагностики с мигренью. У некоторых пациентов сужение зрачка и опущение века сохраняются даже после того, как боль прошла. Важно



отметить, что **около 3% всех пациентов могут не иметь вегетативных симптомов**. Что также затрудняет диагностику данной цефалгии.

Диагностика КГБ

Впервые возникшая кластероподобная головная боль всегда требует проведения **нейровизуализации** (МРТ или КТ головного мозга с контрастированием). Так как под маской КГБ могут скрываться вторичные формы головной боли, связанные со структурными поражениями, такими как аневризма интракраниальных артерий, артериовенозная мальформация, менигиома, аденома гипофиза, опухоль задней черепной ямки.

В исследованиях с использованием функциональной магнитно-резонансной томографии продемонстрировано, что *во время атаки КГБ происходит активация задненижнего отдела гипоталамуса* (и происходит это на стороне головной боли). С гипоталамической дисфункцией связана суточная периодичность приступов (возникновение приступов в фазу быстрого сна), сезонность обострений, своеобразное поведение пациентов во время атак. Во время приступа КГБ происходит расширение краниальных артерий за счет высвобождения вазодилататоров. *Но до настоящего времени патогенез КГБ и механизмы трансформации эпизодической формы в хроническую остаются предметом дискуссии и активно изучаются.*

Важной отличительной особенностью КГБ является околосуточное распределение приступов.

Характерны как дневные, так и ночные приступы. Без ночных атак нужно усомниться в диагнозе «кластерная головная боль».



Лечение КГБ и ее профилактика

Диагноз КГБ, после исключения вторичного характера КГБ с использованием нейровизуализации, устанавливается врачом-неврологом. Дальнейшим ведением пациентов с КГБ должен заниматься врач-цефалголог (невролог, специализирующийся на диагностике и лечении головных болей и имеющий опыт ведения пациентов с кластерной головной болью).

Лечение складывается из купирования приступа и назначения профилактического лечения, чтобы как можно скорее избавить пациента от невыносимых страданий. Для купирования приступов используются ингаляции 100%-ного кислорода или прием триптанов. Глюкокортикостероиды используются в качестве краткосрочной профилактической терапии, что позволяет быстрее «оборвать» кластерный «пучок».

Новые перспективы в лечении КГБ открываются с применением моноклональных антител к болевым медиаторам или их рецепторам.

Во время болевого «пучка» пациенты должны избегать возможных провокаторов приступов: полный отказ от алкоголя, строго соблюдать режим сна и бодрствования (исключить работу в ночную смену), уменьшить физическую активность.

Несмотря на яркую клиническую картину, с характерным сочетанием крайне интенсивной, повторяющейся головной боли с лицевыми вегетативными симптомами на стороне боли, кластерная головная боль недостаточно диагностируется. **До постановки диагноза и назначения адекватного лечения с начала заболевания обычно проходит несколько лет. Поэтому осведомленность о КГБ среди специалистов различных специальностей может существенно изменить диагностику одного из самых сильных болевых синдромов, известных человечеству.** Ⓜ

Ускорительный источник нейтронов

Созданную 50 лет назад методику избирательного уничтожения раковых клеток адаптировали для лечения крупных животных.



Сотрудники Института ядерной физики им Г.И. Будкера СО РАН и Новосибирского государственного университета излечили от рака группу кошек и собак с помощью бор-нейтронозахватной терапии. В отличие от широко применяющейся методики лечения рака протонами, новосибирцы использовали нейтроны. Животным с опухолями ввели препарат с изотопом бор-10 и облучили пучком нейтронов. Поглощение нейтрона бором порождает ядерную реакцию, которая уничтожает раковые клетки и не затрагивает здоровые.

Это первое в мире исследование лечебного действия нейтронов на крупных млекопитающих стало серьезным шагом к клиническим испытаниям на людях.

Кардиопротектор на основе морской губки

Ученые Тихоокеанского института биоорганической химии ДВО РАН выделили

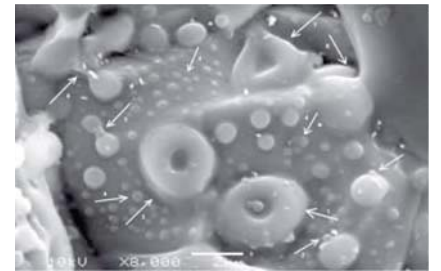


из одного из видов морской губки соединение, названное неопетрозид А.

Команда изучила его биологические свойства, провела начальные доклинические испытания, в том числе на грызунах, установила механизм действия соединения для создания лекарства, которое способно предотвращать ишемическую болезнь сердца.

Исследования на мышах показали, что неопетрозид А стабилизирует циркуляцию крови в сердце и дыхательную способность митохондрий после ишемического повреждения.

Методы синтеза веществ, разработанные российскими учеными, легли в основу создания вакцин и диагностических систем, которые уже вошли или скоро войдут в систему здравоохранения России.



Микросхема для работы нейросетей

Инженеры НПК «Технологический центр» и Зеленоградского нанотехнологического центра создали фотонные микросхемы, обеспечивающие оптическое переключение между множеством состояний и поддерживающие их без затрат энергии.

Микросхемы можно использовать как искусственный синапс для разработки российской оптической нейроморфной вычислительной системы. Эти системы приведут к повышению скорости передачи и обработки массивов данных и позволят быстрее и точнее решать сложные задачи, которые сегодня берут на себя нейросети, работающие на обычной электронике.





Часто болеющие дети

По-прежнему актуальна проблема часто болеющих детей.

С наступлением осенне-зимнего периода и началом обучения у школьников возникают перегрузки, нарастает утомление, увеличивается количество контактов в коллективах, и дети начинают чаще болеть острыми респираторными инфекциями.

В структуре заболеваемости вирусные инфекции (вирусы гриппа, парагриппа, аденовирусы, респираторно-синцициальный вирус) составляют 65-90%. Вирусная моноинфекция выявляется в 52% случаев, ассоциация из двух вирусов и более - в 36% случаев.

Наиболее высокая заболеваемость респираторными инфекциями отмечается в детских организованных коллективах у детей дошкольного и младшего школьного возраста, и пик заболеваемости приходится на первые годы посещения детских дошкольных учреждений. Так, в ясельных и младших группах детских дошкольных учреждений доля часто болеющих детей может превышать 50%, тогда как среди школьников их примерно 10% и этот показатель постепенно снижается (до 3-5%) в старших классах.

Часто болеющими считают детей, которые болеют чаще четырех-пяти раз в год.

От чего зависит иммунитет? Ребенок рождается с иммунитетом, полученным от матери. Грудное вскармливание до года - важный фактор формирования крепкого здоровья у младенца. В составе материнского молока также присутствует широкий спектр антимикробных, противовоспалительных и иммунорегуляторных биомолекул и живых клеток, которые поддерживают развитие иммунной системы малыша. На втором году жизни ребенка нужно постепенно переводить на продукты общего стола.

Начало посещения детского сада (2-3 года) - самый большой пик заболеваемости. Следующий этап - **школьный возраст**. Организму снова приходится приспособляться к новым

условиям. Во время полового созревания (11-16 лет) изменяется гормональный фон, организм не в состоянии адекватно отвечать на внешнюю микробную агрессию и стрессовые факторы. И мы получаем примерно такую же картину, как и в начале посещения детского сада.

Время

на выздоровление

В течение какого времени ребенок должен выздоравливать?

Выздоровление зависит от многих факторов. В первую очередь, от того, чем болеет ребенок и от способности организма противостоять атакам. Как правило, **сроки следующие:**

- ОРВИ - 5-7 дней;
- насморк - около семи дней;
- бронхит - две недели;
- пневмония - дольше двух недель

и так далее.

Болезни - это ни хорошо, ни плохо, это - закономерно. Все люди болеют.



Светлана Геннадьевна ПОЛОСУХИНА,

старшая медицинская сестра детской консультации, высшая квалификационная категория, КГБУЗ «Бийская ЦРБ», член ПАСМР с 2010 года





У подростка температура 37,1-37,3°C - это, как правило, синдром вегетативной дисфункции, который считается нормальным явлением и обычно не требует пристального внимания. Хотя исключить болезнь всё равно нужно!

Кто-то больше, кто-то меньше. Иммуни-тет формируется при встрече с микробами. Но у этого процесса есть своя периодичность. Так, период адаптации к детскому саду должен длиться от 6 месяцев до 1,5 года. Причем, чем дольше ребенок находится в конкретном коллективе, тем реже он, как правило, болеет.

Важный момент: если малыш переболел, то у него есть иммунитет, но он не пожизненный (исключая болезни, от которых проводится вакцинация: корь, краснуха, паротитная инфекция, коклюш, дифтерия, столбняк). Поэтому, если при переходе из коллектива в коллектив ребенок начинает болеть - это нормально. Но если ребенок, уже адаптированный к конкретному коллективу, без видимых причин болеет и болеет - значит, произошло нечто, что изменило работу защитной системы. И нужно понять, почему так происходит. **Здоровье - это наследственность** (этот пункт изменить нельзя), **образ жизни и воздействие окружающей среды.** Соответственно, нужно определить, какие изменения в последних двух пунктах произошли.

Бывают ситуации, когда явных симптомов болезни у ребенка нет, но постоянно поднимается температура. В любом случае нужно обратиться к педиатру, который найдет причину. Но стоит отметить, что температура 37,1-37,3°C у

подростка - это, как правило, *синдром вегетативной дисфункции*, который считается нормальным явлением и обычно не требует пристального внимания. Хотя исключить болезнь всё равно нужно! Также температура может подняться после физических нагрузок, переутомления, стресса или даже после плотного обеда. Но **если температура часто поднимается до 38-39°C - это, конечно, тревожный признак и необходимо искать причину вместе со специалистом.**

Питание и иммунитет

Какую роль в формировании иммунитета играет сбалансированное питание?

Сбалансированное питание - это возможность получить в достатке строительный материал для формирования всех структур организма, в том числе и для иммунных клеток. Каждую секунду какие-то элементы в нашем теле разрушаются, какие-то - строятся. У ребенка этот процесс очень быстрый, очень напряженный и очень сложный. В течение первого года малыш утраивает свою массу, и представьте, какую степень нагрузки несет его организм. *Если питание будет неполноценным, что-то обязательно пострадает в организме.* Разные продукты содержат разные вещества - и по степени значимости для организма, и по необходимости. Нельзя делать акцент на чем-то одном. Главная ошибка родителей - выбирать для детей ограниченный набор продуктов, делать перекося в сторону растительной или мясной пищи.

Сбалансированное питание - в первую очередь, **это разнообразное питание.** Поэтому просто соблюдайте меру во всем, без перегибов. И это будет самым правильным решением.

Режим ребенка и его иммунитет

Неправильным режимом дня можно погубить даже самый хороший иммунитет. Если вы недосыпаете, то вы не отдыхаете. Если вы не отдыхаете, то и организму труднее правильно реагировать на стресс и эффективно справляться с ним.



Сколько в норме ребенку нужно спать? Всё зависит от возраста. Например, младенец спит практически постоянно, с перерывами на еду. Чем старше он становится, тем меньше спит и больше бодрствует.

Всё в нашем теле подчинено определенным ритмам, плюс в темноте выделяется достаточное количество гормона мелатонина, который участвует в большинстве процессов работы организма. Поэтому **задача родителей - обеспечить ребенку именно ночной сон**, при этом желательно, чтобы он ложился в 21:00-22:00 - это лучшее время для засыпания. А вот вставать при таком раскладе можно довольно рано. Накопленных ресурсов будет вполне достаточно, чтобы быстро проснуться и бодро собраться в детский сад или школу.

Вакцинация на страже иммунитета

Родители часто спрашивают: «Если ребенок часто болеет, можно ли ему делать прививки?». Не только можно, но и нужно.

Как мы уже выяснили, до полугода ребенок защищен материнским иммунитетом, далее иммунитет формируется благодаря встрече с микробами и благодаря вакцинации. **Прививки - единственный относительно безопасный способ формирования антител к различным вредоносным вирусам и микроорганизмам.** Если ребенок часто болеет, он всё равно нуждается в этих антителах.

Но помните и о важном условии: **малыш в момент вакцинации должен быть абсолютно здоров.**

Какими еще способами можно предостеречь ребенка от болезней? Ничего более разумного, чем солнце, воздух и вода - для профилактики не изобретено. Природа - самый мудрый врач. **Чем больше двигательной активности** (не спорт, а физкультура) **и природы в жизни ребенка - тем лучше!**

Также важно и **соблюдение теплового режима.** Воздействие тепловых факторов на рецепторы тренирует организм: солнце, прохладная вода в бассейне или реке, свежий воздух рабо-



тают при правильном подходе. Не стоит слишком утеплять детей. Но и с вариантами закаливания нужно быть осторожными. Во всем придерживайтесь золотой середины.

Витамины для детей

Нужно ли детям пропивать курс витаминов? Современная медицина утверждает, что принимать витамины «на всякий случай» не следует, так как они не имеют доказанного клинического эффекта. Но никто не доказал и их абсолютной бесполезности. Правда, наверное, где-то посередине.

Помните, что витаминка - это не конфетка. Как и любая таблетка, она может спровоцировать аллергическую реакцию, у всех витаминов есть свой курс и дозировка. А если говорить о детях, к витаминным комплексам нужно относиться еще внимательнее и перед их употреблением обязательно посоветоваться с врачом.

Ошибки при лечении сезонных заболеваний

Существует наиболее частые ошибки в лечении сезонных заболеваний.

Чрезмерное увлечение антибиотиками. Напоминаю, что антибиотики воздействуют только на бактерии и никак не влияют на вирусы. Они имеют определенный спектр действия (то есть подавляют лишь конкретные бактерии), и вместе с вредоносными бактериями убивают полезные бактерии,

Сбалансированное питание - в первую очередь, это разнообразное питание.

Поэтому просто соблюдайте меру во всем, без перегибов. И это будет самым правильным решением.



Советы медицинской сестры

◀ которые необходимы организму.

Отличить одно от другого родители самостоятельно не могут. Поэтому прием антибиотиков должен прописывать только лечащий врач! Также антибиотики не оказывают профилактического действия. Нельзя принимать их заранее, чтобы не заразиться бактериями, или чтобы к вирусной инфекции не присоединилась бактериальная.

Жаропонижающие препараты имеет смысл принимать лишь при температуре 38,5°C и выше, если до этого у ребенка не было черепно-мозговой травмы, судорог при повышенной температуре или специфической реакции на нее (в таких случаях уже отметка в 38° градусов - действительно повод для приема жаропонижающего средства). Повышенная температура - не проявление болезни, это проявление защиты. Во время данного процесса в организме вырабатываются определенные вещества, которые борются с опасными микроорганизмами. И мы просто мешаем этой работе.

Когда вести ребенка на прием?

Нужно ли болезненных детей регулярно показывать врачу, даже если они не болеют?

Детская диспансеризация - это плановое мероприятие, которое следует проводить регулярно, особенно часто болеющим детям. Основные задачи диспансеризации: выявление возможных заболеваний и патологий, оценка физического и нервно-психического развития ребенка, профилактика болезней, выявление предрасположенности к заболеваниям. То есть, даже если кажется, что болезнь отступила и ваш ребенок здоров, именно врач-педиатр должен удостовериться, что всё действительно хорошо, или же при необходимости назначить комплекс медицинских вмешательств для укрепления организма.

Прогноз и профилактика

Полностью предотвратить заболеваемость детей острыми респиратор-



ными заболеваниями невозможно, однако в силах взрослых снизить частоту и тяжесть протекания этих заболеваний.

С момента планирования беременности необходимо вести здоровый образ жизни, избегать воздействия неблагоприятных факторов во время вынашивания плода. После рождения ребенка наладить грудное вскармливание. В отношении часто болеющих детей не следует пренебрегать иммунопрофилактикой и неспецифической профилактикой острых респираторных заболеваний, а также своевременным лечением сопутствующих инфекций.

Число повторных эпизодов острых респираторных заболеваний в год у часто болеющих детей зависит не только от правильности лечения, но и в большей степени от образа жизни в периоды клинического благополучия. Планирование и соблюдение реабилитационно-восстановительных мероприятий способствует продлению срока ремиссии, снижению частоты и тяжести эпизодов острых респираторных заболеваний. ☺

Даже если кажется, что болезнь отступила и ребенок здоров, именно врач-педиатр должен удостовериться, что всё действительно хорошо, или же при необходимости назначить комплекс медицинских вмешательств для укрепления организма.

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

На правах рекламы

ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ



Стоит ли родителю стараться быть другом своим детям?



Арина Станиславовна АБУШЕНКО,
психолог КГБУСО
«Краевой кризисный
центр для мужчин»

Сегодня всё больше людей приходит к осознанному родительству. Современное общество начинает понимать, что ребенок - это большая ответственность.

Женщины задумываются о том, что рождение и воспитание детей не является их единственной целью в жизни, а у мужчин прослеживается готовность участвовать в воспитании детей с большей эмоциональной включенностью и вовлеченностью.

В связи с осознанностью многие родители стремятся к созданию более близких и дружеских взаимоотношений со своим ребенком. **Всё больше распространяется стереотип «родитель должен быть другом для своего ребенка»**, что заменяет привычную модель «родитель и ребенок». Однако такая модель поведения может негативно отразиться на здоровом формировании семейных ролей.

Дружба или родительство?

Стоит отметить важную разницу между дружескими отношениями и детско-родительскими. Дружба

основана на взаимовыгоде - каждая сторона одинаково зависит от другой, это равноправные отношения, в которые и первый, и второй друг вкладывают усилия в равной мере. При этом же **отношения родителя и ребенка априори не могут быть равными**. Родитель всегда выступает в качестве доминирующей единицы, обеспечивающей своему ребенку безопасность и стабильность. Основная задача родителей - заботиться о своих детях и их выживании. Эмоциональное и интеллектуальное развитие тоже лежит на взрослых, которые должны подумать о том, с помощью чего и как будут развиваться дети.

Чем может быть обусловлено желание родителя перейти в другую модель отношений?

Во-первых, это можно рассматривать как намерение контролировать его личную жизнь, не позволяя ребенку постепенно стремиться к независимости от родителей, сепарации. Родитель в такой ситуации создает мнимую картину дружеских отношений, негативно влияя на представления ребенка о дружбе со сверстниками и лишая ребенка права на тайну.

Во-вторых, стремление родителей к созданию дружеских отношений с ребенком может быть связано с желанием отказаться от внутрисемейной иерархии, в которой ребенок оказывается ведомым звеном.



В попытке создать атмосферу доверия и любви в семье родители не замечают, как теряют контроль над собственным ребенком. Их попытки отойти от устоявшихся ролей могут повлечь за собой потерю родительской авторитетности в глазах ребенка. Искреннее стремление родителей стать ближе к своим детям, оказывать им всеобъемлющую поддержку, налаживать качественную коммуникацию, принимать и понимать их - очень важный и непростой шаг. Но, несмотря на всё вышперечисленное, **необходимо уметь выстраивать прочные границы, а также учить ребенка уважать и соблюдать их.** Консультирующий психотерапевт из Ирландии Эмер Лафрей говорит: *«Смысл воспитания заключается в том, чтобы устанавливать нормы, договариваться о новых и анализировать изменения, когда ребенок становится подростком».*

Границы для всех

Для органичного развития детской психики **нужно, чтобы границы были ясны тому, для кого они установлены.** Дети должны понимать, с чем они могут столкнуться, выйдя за рамки заданных правил. Так они смогут безопасно ориентироваться в мире, постепенно дополняя представление о приемлемом и неприемлемом поведении. Когда дети становятся старше, их отношения с родителями меняются. Расширяются и границы того, что можно, а что нельзя делать ребенку в присутствии старших. Это процесс взросления, который невозможно избежать.

Несмотря на то, что мы говорим про границы, устанавливаемые для детей, важно отметить, что **и родители, в свою очередь, тоже должны соблюдать личные границы ребенка.** Даже если ребенок, подросток уже кажется достаточно взрослым, то это не означает, что теперь его можно посвящать во «взрослые» проблемы и конфликты. Дети не обязаны вникать и понимать трудности взрослых, и более того - это им не по силам.



Дружба со сверстниками

Сверстники играют другую, не менее важную роль в жизни ребенка. Друзья из детского сада или школы становятся проводниками новой точки зрения - их собственного детского взгляда. **Сверстники создают чувство принадлежности и признания.** Родителям и самим нужно, чтобы то, чего они не могут понять в собственном ребенке, было принято и разгадано кем-то другим.

По мнению российской психолога Елены Кравцовой, *«в общении со сверстниками у ребенка развиваются важнейшие черты личности - он становится более уверенным в своих силах, приобретает навыки самостоятельной деятельности, учится сознательно управлять своими поступками и поведением и т.д. Ребенок учится у сверстника совершенно иначе, чем у взрослого. Если взрослый для малыша является, прежде всего, эталоном, которому он стремится во всем подражать, то сверстника можно поправить, дополнить и т.д.»* Благодаря общению со сверстниками, ребенок накапливает опыт саморегулирования поведения, считается с общественным мнением, приобретает навыки коллективности.

И пусть отношения ребенка и родителей всё же нельзя назвать дружбой, они все равно могут быть доверительными, теплыми и крепкими. ☺

Отношения родителя и ребенка априори не могут быть равными. Родитель всегда выступает в качестве доминирующей единицы, обеспечивающей своему ребенку безопасность и стабильность. Основная задача родителей - заботиться о своих детях, их выживании.



Вес, сон и синдром мегаполиса - есть ли взаимосвязь?



**Инна Александровна
ВЕЙЦМАН,**

кандидат медицинских наук, врач-эндокринолог высшей квалификационной категории, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней имени профессора З.С. Баркагана ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России;



**Кристина Александровна
МЕДВЕДЕВА,**

студентка института клинической медицины ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России, член научного кружка «Эндокринная рапсодия»

Доказано, что каждые сто лет люди нашей планеты прибавляют в весе в среднем десять килограммов. С другой стороны, сокращение продолжительности сна у взрослых и детей в современном урбанизированном мире происходит практически синхронно с увеличением темпов распространенности ожирения.

В 1960 году длительность сна у взрослых американцев составляла от 8,0 до 8,9 часов, а в 1995 году - уже лишь около 7 часов. **Сегодня более трети людей в возрасте от 30 до 64 лет спят менее 6 часов в сутки.**



Мы опросили студентов Алтайского государственного медицинского университета (50 человек). И выяснилось, что в учебный период в ночное время **в среднем студенты спят 5 часов**. При этом **отмечается нарушение хронологии сна и времени засыпания**: только 5% засыпают ранее 23 часов, 10% засыпают в период с 23 до 24 часов, 20% - с 24 часов до часу ночи, основная же часть студентов (55%) засыпает в период с часу ночи до двух, а оставшиеся 10% засыпают и того позже - после двух часов ночи.

Каковы основные причины сокращения ночного сна и нарушения времени засыпания? Это - общение в социальных сетях, подготовка домашнего задания, просмотр кинофильмов. Уменьшение коли-

чества часов ночного сна, а также смещение времени засыпания **ведет к нарушению циркадности выделения гормонов**, в первую очередь мелатонина, кортизола и соматотропного гормона, то есть **происходит нарушение гормонального тайм-менеджмента**. Кроме того, взаимосвязь нарушения сна и развития ожирения прослеживается в виде учащения ночных перекусов, развитие синдрома хронической усталости вследствие недосыпания и последующее снижение физической активности, а также нарушения центральных механизмов регуляции энергообмена: уменьшением содержания лептина и возрастанием уровня грелина. Уточняется также роль орексина, в норме регулирующего как процесс сна, так и регуляцию аппетита.



**ПРИНЯТЬ РЕШЕНИЕ
ИЗМЕНИТЬ СВОЮ ЖИЗНЬ**

Безусловно, **в сокращении времени сна современного человека основную роль сыграл технический прогресс**, позволивший продлить время «светового» дня. И если ранее люди жили по принципу «уснул с закатом, встал с рассветом», то в настоящее время всё



чаще встречается ситуация «уснул перед рассветом».

Кроме того, доказано, что жители городов спят меньше, чем жители сельской местности, и они же подвержены большему социальному стрессу, вынуждены жить в условиях дедлайнов (крайние сроки выполнения поставленных задач). В настоящее время эксперты ВОЗ предлагают использовать термин **«синдром мегаполиса»**, который включает чувство одиночества, агрессивность, хроническую усталость и депрессию, что также повышает вероятность набора массы тела.



В условиях нарушения сна и «синдрома мегаполиса» у женщин



репродуктивного возраста чаще формируется еще и болезнь цивилизации - **предменструальный синдром (ПМС)** и **нарушение менструального цикла**, которые также способствуют прибавке массы тела.

Таким образом, на основании литературных и собственных данных можно сделать вывод о взаимотяготеющем влиянии нарушения сна, «синдрома мегаполиса» и прибавки веса.

Помните, что правильный ночной сон незаменим, как незаменимы воздух, вода, любовь! ☺

Взаимосвязь нарушения сна и развития ожирения прослеживается в виде учащения ночных перекусов, развитие синдрома хронической усталости вследствие недосыпания и последующее снижение физической активности, а также нарушения центральных механизмов регуляции энергообмена.



ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

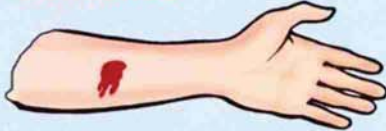
Виды кровотечений

Артериальное



Кровь ярко-красного цвета. Изливается пульсирующей струей

Венозное

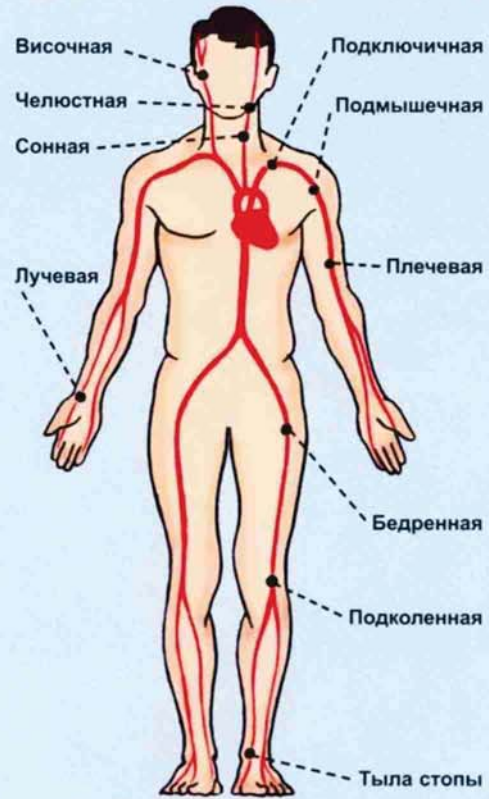


Кровь темно-красного цвета. Изливается медленной струей

Капиллярное



Точки пальцевого прижатия артерий



Способы остановки кровотечений



Сгибанием конечности

Большое артериальное кровотечение останавливают пальцевым прижатием артерии, а затем накладывают жгут (закрутку).

В качестве закрутки можно использовать подручный материал (галстук, косынку, носовой платок и т.п.)



Наложение резинового жгута



Венозное и капиллярное кровотечение останавливают наложением давящей стерильной повязки



Наложение закрутки

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№1 (229) январь 2023 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



Регистрационный номер ПИ-12-1644 от 04.02.2003 г., выданный Сибирским окружным межрегиональным территориальным управлением Министерства РФ по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.

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

Время подписания в печать: по графику - 14:00 27.01.2023 г., фактически - 14:00 27.01.2023 г. Дата выхода: 31.01.2023 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»: 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. E-mail: nebolen@mail.ru. Группа ВКонтакте: <https://vk.com/nebolen>

Отпечатано в типографии ИП Назаров А.В. Адрес типографии: 656049, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Чкалова, 228. Тел. (3852) 38-33-59. Печать офсетная. Тираж - 2500 экз. Цена свободная.

К 70-летию юбилею АГМУ



Открытие экспозиции памяти профессора АГМУ С.Н. Хейфеца, приуроченной к его 100-летию юбилею, музей истории АГМУ и медицины Алтая, 11.01.2023г.