

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

ЗДОРОВЬЕ



АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№3 (147) МАРТ 2015



**Победитель конкурса Союза педиатров России
ДЕТСКИЙ ВРАЧ 2014 ГОДА**

Читайте в номере:

№3 (147) МАРТ 2015



И.А. Вейцман:

«Если раньше жизнь была в поисках пищи, то сейчас это - жизнь в потреблении пищи»



**Представляем нового члена
Редакционного совета журнала.**

**Н.Г. Веселовская, врач-кардиолог,
доктор медицинских наук, высшая
квалификационная категория:**

«На сегодняшний день доказано, что 30 минут физической активности в день по сравнению с отсутствием активности приводят к снижению риска смертности на 20%»



И.В. Долгова:

«Необходимо, чтобы каждый врач и каждый фельдшер на своем участке обеспечил 100%-ный охват населения профилактическими мероприятиями»



Наша новая постоянная рубрика «Движение - жизнь»:

«Эффект от художественной гимнастики будет виден всю жизнь - по расправленным плечам, гордо поднятому подбородку, красивой осанке и легкой походке»



О.Г. Гладышева:

«Излучение, используемое в соляриях, может спровоцировать любой из видов рака кожи. При этом наибольший риск развития рака отмечается у молодых людей до 35 лет»



5

**Подвели итоги
работы отрасли
здравоохранения
в 2014 году**



15

**Ожирение...
Мысли вслух**



26

**Гиподинамия как
фактор сердечно-
сосудистого риска**



39

**Выбираем
игрушку: первого
друга ребенка**

На обложке: Сергей
Николаевич ЧУЙКОВ,
врач анестезиолог-реанима-
толог КГБУЗ «АККДБ»

Фото: Ларисы Юрченко



С.Н. Чуйков. Немалая ответственность - статья лучшим	2-4
Подвели итоги работы отрасли здравоохранения в 2014 году	5-10
Б.А. Леонтьев. Расти и выздоравливай!..	11
Двуликие витамины	12-14
И.А. Вейцман. Ожирение... Мысли вслух	15-17
ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА И.Г. Брусенцов, В.М. Ремнев. Акушерское дело: от истоков до наших дней	17-19
Законотворчество. Март 2015 года	20
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ Л.А. Плигина. «Не за пределами наших возможностей»	21-22
Т.А. Самойлова. «И этим я горжусь!»	22
Т.Г. Смирнова. Внимание: группа онкологического риска!	23-24
К нам везут всех.....	25
СЕРДЕЧНЫЙ РАЗГОВОР С КАРДИОЛОГОМ Н.Г. Веселовская. Гиподинамия как фактор сердечно-сосудистого риска	26-27
Медицинская палата: приняты важные решения	28
Е.Н. Воробьева. Как сохранить сердце здоровым	29-31
ДВИЖЕНИЕ - ЖИЗНЬ На помосте - гимнастки «Эланса»!	32-33
ДВИЖЕНИЕ - ЖИЗНЬ Физкультминутка на рабочем месте	34
ПОБЕДИМ СВОЙ СТРАХ! О.Г. Гладышева. Меланома	35-37
Праздники марта	38
Т.С. Козлова. Выбираем игрушку: первого друга ребенка	39-41
Диета по рецепту	42-43
Элемент интеллекта	44

Немалая ответственность - стать лучшим

13-15 февраля 2015 года во время церемонии открытия XVIII Конгресса педиатров России с международным участием состоялось подведение итогов и награждение победителей конкурсов Союза педиатров России «Детский врач 2014 года» и «Детская медицинская сестра 2014 года».

Сергей ЧУЙКОВ, врач из краевой клинической детской больницы, победил в номинации «Анестезиология-реаниматология».

- Сергей Николаевич, давайте начнем разговор с самого приятного события - с вашей поездки в Москву. Как прошла церемония награждения? Это первая ваша награда такого уровня?

- Первая. Всё проходило в торжественной обстановке. Награждаемых было несколько человек. В конкурсе были выделены номинации «Участковый педиатр», «Хирург», «За верность профессии»... Перед нами выступили представители Государственной Думы, Совета Федерации РФ. Награды вручал детский врач Леонид Михайлович Рошаль. Присутствовал также известный хирург Лео Антонович Бокерия. Церемония в целом прошла официально, красиво.

- Было ощущение, что получили «Оскар»?

- Да. Кстати, нам так и сказали: это ваш «педиатрический «Оскар»». Шаги, которые я прошел по сцене, запомнятся мне надолго.

- Вашу профессию справедливо можно отнести к разряду экстремальных. Только если альпинист проживает такую ситуацию, скажем, раз в месяц, то у анестезиолога она - каждый день...

- О постоянном нахождении в зоне экстрима мои коллеги слышат часто. Но к этому привыкаешь и уже не воспринимаешь как что-то неординарное. Работа она и есть работа, сказывается сила привычки.

В числе рабочих достижений врача Чуйкова - участие в сложнейших операциях. Так, в 2013 году в отделении анестезиологии-реанимации Алтайской краевой клинической детской больницы прошла операция по разделению сямских близнецов. Бригада врачей состояла из шести человек. Сергей Чуйков обеспечивал анестезиологическое сопровождение при ее проведении. В мире на сегодняшний день зафиксировано менее десяти успешно проведенных операций по разделению сямских близнецов. На территории СНГ таких случаев было не более трех, так как при операциях на печени очень велика опасность кровотечений с летальным исходом. Операция, проводимая в АККДБ, длилась



полтора часа и прошла успешно. За это время хирургам удалось разделить участки сросшихся печени, грудины, участки кишечника, провести пластику передней брюшной стенки, чтобы исключить возможность возникновения грыж, сформировать пупки новорожденным. После операции девочки для дальнейшего лечения поступили в отделение реанимации для проведения курса интенсивной терапии и восстановления жизненно важных функций организма. На пятые сутки они были переведены на дальнейший этап выхаживания и позже были выписаны с выздоровлением.



- Почему решили работать именно с детьми? Взрослые хотя бы могут рассказать о своих проблемах...

- В том и сложность педиатрии, это одна из причин, по которой в профессию идет не каждый. «Взрослые» врачи педиатров уважают, восхищаются их работой, но, по их признанию, ни за что сами бы не стали лечить детей. Как ни странно, боятся таких случаев. Если в силу каких-то причин в Центральную районную больницу поступает ребенок, врачи всегда спешат призвать на помощь педиатров. Буквально вся больница пребывает в шоке: лучше заберите! Вы правильно сказали: маленькие дети еще не умеют общаться, не могут сказать и объяснить, что и как у них болит. Поэтому первыми помощниками педиатра становятся опыт и интуиция.

- Ваш привычный рабочий кабинет - операционная?

- Да, конечно. Назначение кабинета, в котором мы разговариваем, иное - в компьютер вносятся вся информация о больных детях, поступивших в больницы других городов, районных центров. По каждому случаю доктора, работающие на местах, получают от нас исчерпывающую информацию, процесс лечения полностью держим на контроле. При необходимости ребенка берем в нашу больницу или выезжаем на место для оказания конкретной помощи. Если ребенок стабилен, если пошла положительная динамика, то мы снимаем его с нашего учета. Основной контингент нашей больницы - новорожденные, сложные ребята, требующие специализированной помощи. Если ребенок тяжелый, не транспортабельный, выезжаем для оказания помощи на месте: ставим катетеры, корректируем параметры состояния... В районах есть трудности с диагностикой и кадрами - специалистов не хватает, как и везде.

- Сколько лет работаете в АККДБ?

- Врачом - 26 лет. Я пришел сюда медбратом еще будучи студентом и работал в этом качестве два года. Таким образом, общий стаж составляет 28 лет.

В 2013 году краевая детская клиническая больница получила лицензию на оказание высокотехнологичной медицинской помощи по офтальмологии в части проведения лазерной коагуляции при ретинопатии недоношенных детей. В учреждение поступили педиатрическая ретинальная камера для диагностики заболевания и аппарат для лазерной коагуляции сетчатки. Появилась возможность оказывать высокотехнологичную медицинскую помощь недоношенным детям с пороговыми, тяжелыми стадиями ретинопатии на территории Алтайского края, а не направлять их в другие регионы России.

В 2013 году Сергей Николаевич провел анестезию при первой операции по лазерной коагуляции аваскулярного ребенка с ретинопатией. Операция прошла успешно.

- Можно сравнить больницу во времени: когда вы пришли сюда и сейчас?

- Конечно. Прогресс колоссальный. На месте не стоим и в техническом оснащении, и в клиническом опыте. Параллельно идет благоустройство кабинетов, на всех этажах больницы завершен ремонт.

- А какой была прежняя операционная? Что изменилось на сегодня?

- Сегодня значительно больше аппаратуры. Для отделки помещения используются современные антисептические материалы, установлены бестеневые лампы последнего поколения. Используются коагуляторы, аппаратура для эндоскопии, мониторы. Всё это позволяет проводить эффективную функциональную диагностику на месте. Теперь имеем возможность в операционной делать необходимые рентгеновские снимки. Значит, мы, современные врачи, можем лучше работать и намного эффективнее.

- Ваши возможности стали шире?

- Конечно. Методы диагностики дополнены новыми. Когда хирург работает с точным диагнозом, когда предварительно проведено хорошее обследование, ему работать легче, а эффективность значительно выше. Меньше случаев, когда ход оперативного вмешательства только предполагается: «давайте сделаем лапароскопию и там посмотрим, решим, что дальше». Сегодня проводится качественная диагностика на догоспитальном или дооперационном этапах. Но бывают случаи, когда врач сомневается до последнего момента, и окончательный диагноз ставится только в ходе операции. Руководствуясь опытом и интуицией, врач патологию предполагает, но ведь может всё оказаться и по-другому.

Отмечу, что патологические процессы, с которыми мы работаем, изменились - стали заметно сложнее. Но возможно, раньше подобные случаи просто не диагностировались. Патология требует тщательной предоперационной подготовки, более сложными стали и сами операции, и используемые препараты. Ни врачам, ни родителям нельзя надеяться на то, что дали таблеточку ребенку - и всё сразу пройдет. ►



◀ - **Когда вы рассказываете об операционной, привычно говорите: «мы решили». Коллегиальность в принятии решений обязательна в вашем отделении?**

- Обязательна. Хирурги, неонатологи, анестезиологи, реаниматологи - мы собираемся вместе и решаем, как лучше помочь сложному больному. Каждый день обязательен обход больных, при необходимости собираем консилиум, обсуждаем тяжелые случаи и выработываем общее решение. Работа в связке нескольких специалистов, профессиональное общение - совершенно необходимы. Если каждый из врачей будет отстаивать свое мнение, ничего не получится. У нас в отделении работают высококлассные специалисты, поэтому если сравнивать результаты нашей работы и больниц, имеющих аналогичное оборудование, мы окажемся лучшими. Из нашей больницы врачи не уходят - это наш плюс. Хотя диагностику всегда провести непросто, но мы чаще на правильном пути. Конечно, в практике каждого врача бывают случаи патологии, когда никто не сможет помочь - ни мы, ни кто-то другой. И это тоже надо понимать.

С 2000 года С.Н. Чуйков трудится по совместительству в отделении экстренной и консультативной медицинской помощи выездной детской бригады КГКУЗ «Краевой центр медицины катастроф», выезжает в составе реанимационно-консультативной бригады в краевые лечебные учреждения на самые сложнейшие случаи.

- **Есть операция в вашем послужном списке, проведением которой вы особенно гордитесь?**

- Гордость за проведение операции - прерогатива хирургии. Мы, анестезиологи, обеспечиваем другое - обезболивание, при котором хирург спокойно работает, а пациент не получает негативных последствий. Выделить конкретные операции я не могу - проблем всегда хватает. К тому же по собственному опыту знаю: если легче будет в операционной, то тяжелее сложится позднее - на этапе выхаживания, в реанимации. Конечно, это относится к случаям тяжелых патологий.

- **Есть компьютерные программы, которые используются анестезиологом и облегчают его работу?**

- Есть такие программы, делающие стандартные расчеты. Однако стандарты хороши только при плановых нетяжелых операциях. Если больной с иной патологией, стандарты не действуют, тогда анестезиолог решает все вопросы, руководствуясь главным образом своими интуицией и опытом. Стандартов в расчетах нет и быть не может.

Сергей Чуйков проводит юным пациентам по медицинским показаниям гипербарическую оксигенацию (лечение кислородом под повышенным давлением в барокамерах), осуществляет консультации в реанимационно-консультативном центре краевой детской больницы, оказывающем высококвалифицированную реанимационную и анестезиологическую помощь в удаленных пунктах с использованием электронной истории болезни.

- **Не жалеете, что стали врачом?**

- Не жалею. Если бы было три жизни, можно было бы попробовать себя в разных делах. Но в данной ситуации всё хорошо. Много благодарных людей, которым я смог помочь. И осознание этого прибавляет сил.

- **В вашей семье еще есть врачи?**

- Брат работает врачом. Мама в свое время оканчивала курсы медсестер, но работала воспитателем в детской группе. Дед был целителем, особенно успешно работал как костоправ. В деревне фельдшеров тогда не было. С вывихами к нему обращались часто. Я это хорошо помню. Спрашивал тогда деда: «Откуда знаешь, как помочь?». Он отвечал: «Я чувствую так».

- **Можете дать советы родителям больных детей? Каждая такая ситуация для них равносильна катастрофе...**

- Это так. Идеально, конечно, для врача, если такое событие происходит при полном доверии родителей. Они не должны мешать ему работать - навязывать свое мнение. Когда ребенок страдает от болезни, современные родители обязательно выясняют все вопросы с помощью поисковых сайтов Интернета. Изучают информацию - и начинают давать советы врачам. Это неверно уже потому, что болезнь одна, а люди все разные. Пневмонией, например, болеют взрослые и дети, и каждый случай - особенный, индивидуальный. Повторю: главное - не мешать врачу работать. Мы, врачи, ко всем пациентам относимся одинаково, открыты для общения, не утаиваем информацию, готовы ответить на любой вопрос родителей, поскольку в выздоровлении ребенка заинтересованы не меньше, чем они. ☺

Лариса Юрченко



Ожирение... Мысли вслух

Ожирение - бич современности и одна из управляемых причин смерти. Ожирение растет как в высокоцивилизованных странах, так и в странах третьего мира. В настоящее время ожирение приобрело масштабы пандемии и заслуженно получило название «globesity» - глобальное ожирение.

Количество жира в организме можно расценивать как с косметической позиции, так и с позиции здоровья. Но общее тут одно - лишние килограммы, особенно отложенные в проекции живота, здоровья никому не добавляют.

Есть устойчивые русские выражения: «хорошего человека должно быть много», «пока толстый сохнет, худой уже сдохнет», а вот французская поговорка гласит: «толстеешь, значит стареешь». Давайте задумаемся над этим...

Какой негативный груз несет ожирение:

- сахарный диабет второго типа;
- гипертоническая болезнь;
- ишемическая болезнь сердца;
- остеопороз;
- подагра;
- нарушение менструального цикла у женщин;
- бесплодие;
- желчно-каменная болезнь;
- рак молочной железы и толстой кишки.

Почему формируется ожирение?

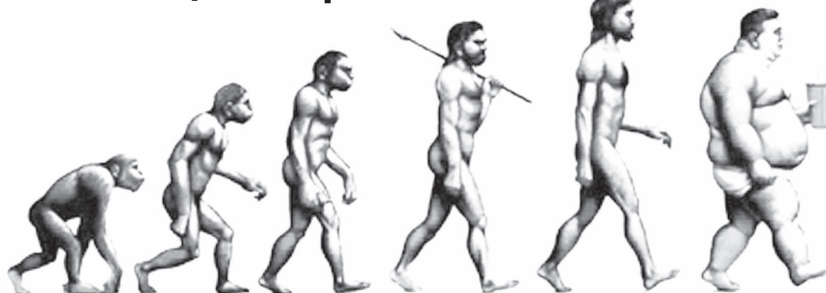
Многие скажут: «виновата генетика - у меня мама-папа, бабушка страдали ожирением, вот и я...». Давайте менять стереотипы! Доказано, что **генетика проявляется только в особых условиях**, в данном случае - **при переизбытке и снижении физической нагрузки**. Приведу наглядный пример. Истории известен случай, как двух однояйцевых близнецов разлучили при рождении и они проживали в разных семьях и даже на разных континентах. Естественно, условия, в

том числе и питания, у них были разные. Они встретились через несколько лет: один из них страдал выраженным ожирением, а другой имел абсолютно нормальный вес.

Обращаясь к медицинским аспектам ожирения, стоит сказать, что только 5% ожирения связаны с нарушением эндокринной системы (гипотиреоз, гипогонадизм, гиперпролактинемия), наследственными генетическими заболеваниями, а 95% - с алиментарным (пищевым) фактором.

Обратимся к эволюции человека в ракурсе ожирения. Если *раньше это была жизнь в поисках пищи, то сейчас это - жизнь в потреблении пищи.*

Эволюция ожирения



Кусочки складываются в килограммы

Еда	ккал	кг / год
1 сушка	25	1,1
0,5 банана	50	2,3
1 кусочек (30г) жирной рыбы	55	2,5
1 кусочек (30г) постной рыбы	20	0,9
1 кусок (30г) сыра	105	5,0
1 столовая ложка майонеза	100	4,8
1 столовая ложка сахара	45	2,0
1 бутылка пива (0,33л)	140	6,6



Инна Александровна ВЕЙЦМАН,

врач-эндокринолог, высшая квалификационная категория, кандидат медицинских наук, КГБУЗ «Краевая клиническая больница»



Основное правило снижения веса - это энергетический дефицит, то есть потреблять нужно меньше, чем тратить. А сколько же требуется энергии в калориях? Это зависит от возраста и физических нагрузок (малая, средняя, высокая).

В настоящее время вокруг человека очень много пищевых соблазнов. Конечно, развивать вкус - это полезно, вкусная пища приводит к выработке эндорфинов - гормонов удовольствия, но лишние калории приводят и к лишним килограммам. В «топке» организма сгорает каждый грамм, давая энергетический выброс, а потратить эту энергию намного труднее.

Основное правило снижения веса - это энергетический дефицит, то есть потреблять нужно меньше, чем тратить. А сколько же требуется энергии в калориях? Это зависит от возраста и физических нагрузок (малая, средняя, высокая). С возрастом снижается скорость обмена веществ: увеличивается процент жира, уменьшаются вес мышечной массы, физическая активность. И с каждым годом количество сжигаемых калорий значительно снижается. После наступления двадцатилетнего возраста ежедневный расход калорий снижается на 150ккал за каждые следующие 10 лет.

Метаболический возраст, а также индивидуальную потребность в калориях, можно определить по калькулятору онлайн в Интернете.

Что же делать, если уже есть избыточная масса тела или ожирение? Самое главное - поставить себе цель. Пусть снижение веса станет для вас настоящей доминантой, а не гонкой за результатом. Все наши усилия принесут пользу, если будут базироваться на позитивных эмоциях. И надо четко осознавать, что **ожирение - это хроническое за-**

болевание, которое требует ПОЖИЗНЕННОГО лечения.

Итак, поставили цель, теперь переходим к действиям.

Пересматриваем пищевой рацион с учетом собственных пристрастий с ограничением до минимума продуктов на сахаре (печенье, вафельные вафли и т.д.), фруктовых соков (даже без сахара), винограда, инжира, манной и рисовой каш, жирных высококалорийных продуктов: свинины, майонеза, масла, сыра, орехов, семечек.

В приоритете - овощи, лучше сырые, не заправленные маслом или майонезом, отварное мясо - курица без кожицы, говядина, крольчатина; каши, не заправленные маслом, отрубной хлеб, цельные фрукты.

Питание должно быть частое, дробное - 5-6 раз в сутки.

Правило тарелки

Если визуально представить тарелку с пищей, которую съедают на завтрак, обед и ужин (основные приемы пищи), то в ней должны быть в основном:

- овощи (50%);
- 1/4 часть (25%) углеводистой пищи (каши, макароны);
- 1/4 часть (25%) пищи, содержащей белок (рыба, мясо).

Помним, что:

- **первое:** питаемся согласно основному инстинкту - голоду;
- **второе:** выходим из-за стола полуголодными, так как чувство насыщения приходит позже, то есть организм уже насытился, а чувство удовлетворения еще не пришло (вспомните праздничный стол: когда едим - всё хорошо, а затем, через какое-то время наступает чувство «переполнения живота»);
- **третье:** стакан воды перед каждым приемом за 15 минут заполнит желудок и не даст возможности съесть большой объем пищи;
- **четвертое:** голодать нельзя.

Физические нагрузки

Пришло время тратить жировые депозиты. Что для вас комфортно, то и делайте: бег, плавание, фитнес, йога... Позволяют финансы - ходите в фитнес-центры, где обстановка настраивает, результаты кол-



лег по залу мобилизуют. Но в целом похудание - это финансово независимый процесс. Просто ходите по 30 минут в день, но каждый день, независимо от погоды, и получайте удовольствие. Главное - мотивация. Помните притчу: в пустыне путник встречает трех мужчин, каждый из которых катит тяжелый камень. Путник спрашивает первого: «Что ты делаешь?», он отвечает: «Мучаюсь, камень качу», на этот же вопрос второй ответил: «Семью надо кормить, вот и работаю», а третий ответил: «Хорошим делом занимаюсь, Храм строю».

Изменение образа жизни - это основа, это то, что вы можете сделать сами. Пробуйте, думайте, активизируйтесь, экспериментируйте, и результат будет!

Если результат не появляется, тогда следующий этап - обратиться к консультанту-эндокринологу для гормонального обследования и выработки индивидуального алгоритма снижения веса.

Иногда инициировать снижение веса и приучить человека к новым объемам потребления пищи позволяет медикаментозный препарат, каждый из которых имеет побочные эффекты. Препараты, применение которых разрешено в России: препараты центрального действия (Редуксин); препараты, снижающие всасывание жиров в кишечнике - орлистат (ксеникал, орсотен). Данные препараты должны быть назначены врачом и применяться под контролем врача.

Самое главное в процессе похудения - не навредить. **Есть хорошее правило снижения веса: 0,5 кг в неделю - ХОРОШО, 1 кг в неделю - ПРЕКРАСНО, более 1 кг в неделю - ПОТЕНЦИАЛЬНО ОПАСНО.**

А если вес очень большой, что делать? Можно обратиться к хирургу после консультации с эндокринологом. В настоящее время выполняются очень эффективные операции, так называемая бариатрическая хирургия.

Ожирение - это не приговор, а триггерный (запускающий) фактор к активным действиям. Помните: «тело - это багаж, и чем он тяжелее, тем короче путешествие». И если этот материал дал вам посыл, значит моя задача, как доктора, выполнена. ☺

Акушерское дело: от истоков до наших дней

Сколько существует человечество, столько существует и акушерство. Но на заре становления человека женщина в родах оказывала помощь себе сама. Ей приходилось перекусывать пуповину, как это делают животные. Первыми «акушерами» можно считать пастухов, именно они оказывали помощь животным во время осложненных родов, а затем их опыт был перенесен и на людей.

Позднее, на фоне общего развития общей медицины, развивается и акушерство, но **познания этой науки у разных народов древнего мира были различны, отсюда различен и характер оказываемой помощи.** У египтян, китайцев и евреев акушерская помощь была в руках женщин (повитух) - более пожилые женщины, умудренные личным опытом, помогали советом и делом своим более молодым, неопытным соплеменницам. У китайцев роды принято было принимать в сидячем положении. В Древней Индии помощь роженицам оказывала каждая опытная в этом деле женщина; в тяжелых случаях родов акушерка обращалась за помощью к врачу - мужчине. В силу этого акушерские познания у врачей Индии были значительно выше, чем у других народов. Врачи Индии первые в истории положили начало изучению акушерства и предложили рациональные приемы помощи при родах. При неправильных положениях плода проводили поворот на ножку или головку, а в необходимых случаях делали плодоразрушающие операции.

Древним грекам была знакома операция кесарева сечения, но она проводилась только на мертвых женщинах, с целью извлечения живого ребенка. Древнегреческие акушерки об-



Иван Григорьевич БРУСЕНЦОВ,
врач акушер-гинеколог,
высшая квалификационная категория, ассистент кафедры акушерства и гинекологии АГМУ;



Василий Максимович РЕМНЕВ,
врач акушер-гинеколог,
высшая квалификационная категория, заведующий послеродовым отделением,

- КГБУЗ «Перинатальный центр (клинический) Алтайского края»



Заслугой средневековой медицинской науки является то, что она донесла до наших дней многие научные тексты античности, постулатами которых сама пользовалась.

ладали уже большими знаниями. Для определения беременности они основывались на ряде объективных признаков: отсутствие месячных, изменения аппетита, слюнотечение, тошнота, рвота, появление пятен на лице. Однако у самого **Гиппократ**, реформатора античной медицины, представления о механизме родов были весьма примитивными. Он считал, что плод стремится покинуть утробу матери под влиянием голода, он рождается собственными силами при условии, что идет головкой вперед, а ножками упирается в дно матки. Отсюда вытекала логическая необходимость искусственно восстанавливать головное предлежание, если оно не существовало уже от природы. Если это не удавалось, то родоразрешение казалось невозможным, и тогда прибегали к инструментам, чтобы удалить плод из чрева матери кусками. Эти убеждения вместе с врачами и повитухами проникли в Древний Рим и целые столетия оставались господствующими.

Средние века характеризуются упадком всей медицины, и в частности, акушерства. Средневековая религия в Европе вела беспощадную борьбу против всякой прогрессивной мысли и научного эксперимента. Религия насаждала абсурдные догматы о «непорочном зачатии», религиозные фанатики доказывали, что дети могут рождаться от дьявола и т.д. Любые критические высказывания по поводу этих диких взглядов со стороны ученых и врачей вызывали их преследование, изгнание из родной страны и пытки инквизиции.

Научный подход к акушерству начался только в XVI веке. **Андрей Везалий** (1515-1564) доказал несостоятельность учения о расхождении лона во время родов, которое существовало на протяжении многих веков; описал различия женского и мужского таза, изучил строение мускулатуры матки и ее связь с соседними органами, первым указал на то, что кроме двух зародышевых листков плодного яйца (хориона и амниона), существует еще «первая и самая наружная оболочка», имеющая характерное железистое строение, то есть децидуальная оболочка. **Г.Фаллопий** (1523-1562) впервые описал строение внутренних половых органов женщины и первый применил термин «плацента». Французский акушер **А.Паре** (1517-1590) впервые организовал при парижском госпитале повивальную школу, описал забытый поворот плода на ножку, указал, что для быстрой остановки маточного кровотечения необходимо ее опорожнить.

Родоразрешение абдоминальным путем было известно с древнейших времен, но **научная история кесарева сечения также начинается с XVI века**, когда акушерством стали заниматься врачи, и в 1581 году F.Rousset опубликовал монографию, в которой дал подробное описание техники операции и показания к ней. Но автор не рекомендовал зашивать матку, считая, что ее сократительная сила настолько велика, что шов на матке вреден и края раны сами сростутся. Это ошибочное учение стало догмой, являлось причиной почти 100%-ной материнской смертности, и для его преодоления потребовалось 300 лет.

В истории акушерства особое место занимает **XVII век. Начинает развиваться учение о физиологии беременности.** В этот период был сделан вывод, что «плод в матке живет не душой матери, а своей собственной жизнью». Именно тогда были заложены основы классического оперативного акушерства, которые актуальны до сих пор. Англичанин **П.Чемберлен** изобрел акушерские щипцы и строго засекретил их. В 1723 году нидерландский хирург **И.Пальфин** самостоятельно не только изобрел, но и обнародовал их. Французский акушер **Ф.Морисо** предложил свой метод выделения



Нёмка, рожающая на родильном кресле. Анонимный, гравированный на дереве рисунок 1513 года. (Из сочинения Rösslin'a: «Der schwangeren Frauen und Hebammen Rosengarten». (По Hirth'y).



Голландский акушер XVII века, под простыней принимающий ребенка у роженицы (По Samuel Janson'y).



Школа ответственного родительства

последующей головки во время родов при ягодичном предлежании плода. Операции наложения акушерских щипцов более чем два столетия были основной операцией в акушерстве и не утратили своей значимости и сегодня. Первое достоверное кесарево сечение на живой беременной произведено 21 апреля 1610 года хирургом I. Trautmann из Виттенберга. Ребенок был извлечен живым, а мать умерла через 4 недели. Плачевные результаты порождали многочисленных и яростных противников этого вмешательства, и операция проводилась только в единичных случаях и практически всегда со смертельным исходом для матери. Вот как описывает свое отношение к кесареву сечению нидерландский хирург и акушер Николай Бидлоо, приехавший в Россию в 1702 году по приглашению Петра I и много для нее сделавший: «*Это операция опасная, страшная и жестокая, так как разрез причиняет женщине невыносимые страдания, а операция редко оканчивается успехом. Женщине после такого случая вряд ли суждено жить, она чаще всего умирает.*»

В XVIII веке женский таз по-прежнему привлекал внимание ученых. Досконально изучается матка, как орган «плодовместилища». В Англии в 1774г. **В.Гунтер** создал атлас беременной матки, была предложена конструкция койки для рожениц. В это время в странах Европы повивальное искусство стало выделяться как самостоятельная дисциплина. Начали открываться родильные палаты в клиниках, а затем - и кафедры при университетах.

Исследованиями ранних сроков беременности ознаменовал себя XIX век: оплодотворение, транспорт оплодотворенного яйца, имплантация, дальнейший рост и развитие плодного яйца в матке. Разработаны методы наружного акушерского исследования, в том числе и аускультации плода. Высказана идея о том, что верхняя часть шейки матки в течение беременности, расширяясь, становится частью плодовместилища, то есть появилось учение о нижнем маточном сегменте. Продолжалось изучение анатомии женского таза, установлены размеры нормального таза в различных плоскостях, направление проводной оси таза. Настоящей революцией в акушерстве стало введение в практику антисептики и асептики.



Кесарское сечение на живой женщи́не в томъ видѣ, какъ оно производилось въ серединѣ XVII столѣтія (По Scultetusy).

XX и XXI века стали продолжением динамического развития акушерства. Появление антибиотиков и современного шовного материала вывело на новый уровень кесарево сечение, сегодня мы видим «взрыв» хирургического акушерства. Появились новые эффективные методы борьбы с акушерскими кровотечениями и послеродовыми инфекциями - основными причинами гибели матери и плода в прошлые века. В то же время в основе современных перинатальных технологий мы видим след старых, веками бытовавших в медицине методов защиты матери и ребенка от инфекции: исключительно грудное вскармливание с первых минут жизни, совместное пребывание матери и младенца, кормление «по требованию», а не по часам, максимально ранняя выписка.

Таким образом, настоящее и прошлое всегда идут рядом. И как мудр был классик отечественного акушерства **Эрнст Бумм**, который еще в конце XIX века писал: «*Акушерство еще не исчерпало всех возможностей и не достигло еще полного развития. Вслед за периодами затишья, сведения воедино и пересмотра всего приобретенного появятся новые методы, которые повлекут за собой новое расширение наших знаний и умения. Пусть нашим преемникам суждено будет озираться назад на нас с тем же гордым чувством пройденного, которое испытываем мы, оглядываясь назад на путь, пройденный акушерством в прошлом.*» ☺

Еще одним важным достижением XVII века было изучение анатомического строения таза. Вклад в этот раздел повивального искусства внес нидерландский акушер Х.Девентер, который описал общее равномерно суженный и плоский таз. Французский акушер И.Боделок впервые предложил наружное измерение таза при изучении его строения и размеров.



«Не за пределами НАШИХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ»

Стало традицией по инициативе Ассоциации проводить акцию в рамках «Всемирного дня борьбы против рака», который отмечается мировым сообществом 4 февраля каждый год. И этот год не стал исключением.

Краевой Профессиональной ассоциацией средних медицинских работников было направлено письменное обращение в адрес главных врачей и главных медицинских сестер ЛПО городов и районов Алтайского края с призывом к проведению в этот день различных мероприятий: в форме конференций, бесед, лекций, семинаров, оформления санбюллетеней, рекламных буклетов и листовок - среди медицинских работников, студентов медицинских колледжей, среди населения, в дошкольных и школьных учреждениях.

В этом году тема Всемирного дня борьбы против рака обозначена девизом: «Не за пределами наших возможностей» (Not beyond us). Этот девиз призывает к активному подходу в борьбе с раком и подчеркивает, что решения проблем имеются и что они - в пределах нашей досягаемости. Эта кампания показательна в плане реализации тех направлений, которые уже известны в области профилактики и раннего выявления онкологических заболеваний, лечения и ухода больных. Таким образом, в результате большой профилактической работы открывается перспектива того, что мы способны повлиять на глобальную проблему рака во имя благополучия для всех.



Отчеты о проделанной работе были представлены из 33 краевых лечебно-профилактических организаций: КГБУЗ «Городская больница №3, г.Барнаул», КГБУЗ «Городская больница №4, г.Барнаул», КГБУЗ «Городская больница №6, г.Барнаул», КГБУЗ «Городская больница №8, г.Барнаул», КГБУЗ «Городская больница №10, г.Барнаул», КГБУЗ «Городская клиническая больница №11, г.Барнаул», КГБУЗ «Городская поликлиника №1, г.Барнаул», КГБУЗ «Городская поликлиника №11, г.Барнаул», КГБУЗ «Детская городская поликлиника №2, г.Барнаул», КГБУЗ «Детская стоматологическая поликлиника №2, г.Барнаул», КГБУЗ «Краевая клиническая больница», КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница им. Ю.К. Эрдмана», КГБУЗ «Алтайская краевая офтальмологическая больница», КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер», КГБУЗ «Центральная районная больница, г.Бийск», КГБУЗ «Первая городская поликлиника, г.Бийск», КГБУЗ «Онкологический диспансер, г.Бийск», КГБУЗ «Городская больница №2, г.Рубцовск», КГБУЗ «Детская городская поликлиника, г.Рубцовск», КГБУЗ «Стоматологическая поликлиника, г.Рубцовск», КГБУЗ «Психиатрическая больница, г.Рубцовск», КГБОУ СПО «Благовещенский медицинский техникум», КГБУЗ «Завьяловская ЦРБ», КГБУЗ «Центральная городская больница, г.Заринск», КГБУЗ «Каменская ЦРБ», КГБОУ СПО «Каменский медицинский колледж», КГБУЗ «Косихинская ЦРБ», КГБУЗ «Павловская ЦРБ», КГБУЗ «Панк-



▲ рушихинская ЦРБ», КГБУЗ «Тальменская ЦРБ», КГБУЗ «Топчихинская ЦРБ», КГБУЗ «Троицкая ЦРБ», КГБУЗ «Тюменцевская ЦРБ».



Медицинскими работниками была проделана колоссальная профилактическая работа, которой охвачены стали 8318 человек, что почти вдвое больше в сравнении с 2014 годом. Так, были проведены различные мероприятия:

- 32 конференции с медицинскими работниками,
- 17 лекций,
- 3 семинара,
- 2153 беседы,
- оформлены 97 санбюллетеней,
- подготовлен 41 уголок здоровья,
- подготовлены и распространены 7 тысяч листовок и памяток.

При этом КГБУЗ «Онкологический диспансер, г.Бийск» организовал и провел два выступления по радио, два видеолектория, выступление по телевидению в программе «Будни», а также были подготовлены две статьи в газетах.

Уважаемые коллеги! Примите искренние слова благодарности за ваш тяжелый каждодневный труд и проделанную работу, за ваши терпение и неугасающую надежду, за верность профессии и человеколюбие. Здоровья вам, вашим близким и мира! ☺

**С уважением,
Президент АРОО «ПАСМР»
Л.А. ПЛИГИНА**



«И этим я горжусь!»

Татьяна Александровна САМОЙЛОВА,
студентка
четвертого курса
сестринского
отделения,
КГБОУ СПО
«Барнаульский
базовый медицинский
колледж»



В ноябре 2014 года я проходила производственную практику по направлению КГБОУ СПО «Барнаульский базовый медицинский колледж» в КГБУЗ «Городская клиническая больница №11, г.Барнаул».

С первых дней знакомства с работой медицинского персонала у меня появилось желание поделиться своими впечатлениями. Но всё по порядку...

Я пришла в больницу 5 ноября 2014 года, и первая встреча была с главной медицинской сестрой **Любовью Михайловной МИЛЛЕР**. Она провела со мной первоначальную беседу, ознакомила с правилами поведения в ЛПО, а также рассказала о моих правах и обязанностях. И что немаловажно - дала несколько наставлений и ценных советов!

По распределению я попала в отделение острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК), где меня встретила старшая медицинская сестра **Елена Владимировна ГЕРАСИМОВА**. Она познакомила меня со структурой отделения, с коллективом, оснащением рабочих мест, рассказала о моих функциях на период прохождения практики. И сегодня я хотела бы выразить ей огромную благодарность за ее заботу, доброту, внимательное отношение к пациентам, коллегам, за нелегкий каждодневный, не всегда благодарный, труд, за то, что она передает свои бесценные знания и опыт нам - студентам!

В коллективе отделения создана такая атмосфера, что не чувствуешь себя как в больнице, есть ощущение домашнего очага, теплоты и заботы. Отдельное спасибо медицинским сестрам, которые создают и поддерживают эту атмосферу доброжелательности, что способствует индивидуальному подходу к каждому пациенту.

Хочется отдельно поблагодарить медицинских сестер **Раису Калеевну ТАЛАБАСОВУ** и **Елену Николаевну МАНАТОВУ** за их милосердие, отзывчивость, высокий профессионализм. Они при огромной нагрузке стараются максимально передать свой богатый опыт студентам. К ним всегда можно обратиться с любым вопросом, с любой проблемой и не бояться столкнуться с непониманием или отказом в помощи.

Эта практика дала мне очень много практических знаний, умений и навыков, а главное - уверенность в правильности выбора моей профессии - медицинской сестры, которая предназначена для служения людям. И этим я горжусь! ☺



Внимание: группа онкологического риска!

По прогнозам ВОЗ, за период с 1999 по 2020 годы заболеваемость злокачественными новообразованиями и смертность от них во всем мире возрастет в два раза - с 10 до 20млн. новых случаев в год и с 6 до 12млн. регистрируемых смертей соответственно.

Проблема онкологии остается одной из насущных на сегодня. Диагноз «рак» звучит как приговор. Так считают многие, особенно те, кто потерял близких людей от злокачественных образований. Каждый из них, переживая боль от утраты близких, не раз задавал себе риторические вопросы: «За что?», «Почему так случилось?», «А вдруг и у меня?», «Что делать и как жить с этим дальше?».

Федеральная целевая программа Российской Федерации предупреждения и борьбы с онкологическими заболеваниями до 2020 года и региональная Программа модернизации здравоохранения предусматривают снижение смертности от злокачественных новообразований (на 4% - до 2012г., на 15% - до 2020г.) за счет совершенствования методов профилактики, ранней диагностики, обеспечения качества лечения и реабилитации онкологических больных. **Заниматься профилактикой важно и нужно, а главное - делать это своевременно и под контролем специалистов.**

Несомненно, причин у рака много. Еще академик Н.Н. Петров говорил: «Мы знаем уже так много о причинах рака, что не только возможно, но и совершенно обязательно поставить противораковую борьбу на рельсы профилактики». Поэтому хочу вас познакомить с работой нашего отделения, посетив которое, вы, наверняка, получите ответы на многие из этих вопросов, тем самым продлив и улучшив качество своей жизни!

В структуру поликлиники «Надежда» входит единственное в онкологических учреждениях за Уралом уникальное подразделение - отделение профилактики и индивидуального прогнозирования злокачественных новообразований. Оно расположено на пятом этаже поликлиники «Надежда». Занимает два кабинета приема больных - №516 и №518; кабинет операторов регистра предрака высокого риска - №515; кабинет для анкетирования пациентов - №506. Режим работы отделения профилактики и индивидуального прогнозирования - с 8.00 до 15.00 с понедельника по пятницу.

Целью создания отделения была разработка комплекса профилактических мероприятий, направленных на предупреждение, раннее выявление и, как следствие, снижение смертности от злокачественных новообразований.

Решение каких задач стоит перед нашим отделением профилактики и индивидуального прогнозирования злокачественных новообразований? Это:

- ◆ координирование мероприятий по профилактике злокачественных новообразований в Алтайском крае;
- ◆ контроль над проведением и результатами онкологического скрининга;
- ◆ формирование групп высокого онкологического риска и диспансеризация в них;
- ◆ создание регистра предрака высокого риска;



Татьяна Генюсовна СМЕРНОВА,

медицинская сестра отделения профилактики и прогнозирования злокачественных новообразований, высшая квалификационная категория, КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер», член Ассоциации с 2011 года



Советы медицинской сестры

◆ организация мероприятий по обучению населения и медицинского персонала вопросам профилактики злокачественных новообразований.

Благодаря этой работе мы планируем добиться не только повышения выявления доинвазивных форм (с-г in situ) и ранних стадий рака, но и снижения смертности от злокачественных новообразований.

Кто подлежит учету и наблюдению в нашем отделении? Это - группы высокого онкологического риска:

◆ члены «раковых» семей: пациенты, имеющие в анамнезе двух и более кровных родственников, страдавших злокачественными опухолями;

◆ больные с облигатными предраковыми заболеваниями, то есть с соматическими заболеваниями, которые при отсутствии активного ведения (операция, активная санация) обязательно перейдут в рак. К ним относятся: диффузный семейный полипоз толстого кишечника; папилломатоз мочевого пузыря; эритроплакия Кейра; меланоз Дюбрея; пигментная ксеродерма; тяжелая степень дисплазии слизистых оболочек различных органов; листовидная фиброаденома и внутрипротоковая папиллома молочной железы;

◆ пострадавшие вследствие радиационных катастроф (ликвидаторы аварии на Чернобыльской АЭС, пострадавшие вследствие деятельности Семипалатинского ядерного полигона, получившие дозу облучения более 25сЗв);

◆ онкологические больные, пережившие 5 и более лет после окончания специального лечения или имеющие несколько локализаций рака (первично-множественные опухоли).

На чем строится наша работа с этими категориями?

Во-первых, определяем степень онкологического риска путем многофакторного анализа (не менее 1 раза в год); во-вторых, углубленно обследуем (при высокой степени онкологического риска), при отсут-



ствии жалоб и клинических проявлений осуществляем поорганый поиск злокачественных новообразований в соответствии со структурой злокачественных новообразований в Алтайском крае; в-третьих, санлируем очаги соматической патологии; а также назначаем комплекс индивидуальных реабилитационных мероприятий, направленных на повышение противоопухолевой резистентности организма (коррекция стиля жизни, диетопрофилактика, назначение биоконплексов, антиоксидантов, адаптогенов, иммуномодуляторов и т.п.).

Если вы относитесь к одной из вышеперечисленных категорий, подлежащих учету в нашем отделении, обязательно приходите на обследование по методу многофакторного анализа!

Для этого при себе необходимо иметь следующие документы:

- ◆ паспорт;
- ◆ медицинский страховой полис;
- ◆ пенсионное страховое свидетельство.

Для сдачи анализов:

- ◆ общий анализ мочи - натощак.

Ждем вас! Берегите себя и своих близких! ☺

Если вы относитесь к одной из перечисленных категорий, подлежащих учету в отделении, обращайтесь в поликлинику «Надежда» с 8.15 по адресу: г.Барнаул, Змеиногогорский тракт, 110, кабинеты №№506, 516, 518.



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



К нам везут всех...

Как хочется каждому из нас удержаться в числе здоровых людей! Пусть даже относительно здоровых... Хотя бы обойтись без травм. С такими мыслями стою перед врачом кабинетом в отделении травматологии больницы скорой помощи, или первой городской, хорошо известной не только барнаульцам. И что скрывать: многие из нас попадали сюда с острыми неожиданными приступами, с переломами - и тогда с надеждой вглядывались в лица сестричек и врачей. Какими они тогда казались нам всемогущими и единственными, кто может облегчить страдания!

У Ирины Николаевны ДИМИТРИУК, медицинской сестры травматологического отделения №1 КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи», - добрая улыбка, обещающая выздоровление. Начинает она рассказ об отделении так:

- У нас не бывает легких месяцев. Сейчас - гололед, потом начнется дачный сезон. Давно заметила, что наши бабушки имеют обыкновение мыть пол на вторых этажах дач и падать...

- **Значит, ошибочен расчет на паузу в работе хоть на несколько недель в году? Без дела никогда не остаешься?**

- Нет, не остаемся.

Мы идем по коридору отделения, вдоль стены стоят пустые кушетки.

- Когда не хватает мест в палатах, эти кушетки перемещаются в другую часть коридора - там нет сквозняка, теплее, - поясняет Ирина Николаевна.

- **Расскажите, почему вы стали медицинской сестрой, а не врачом?**

- В институт не поступила, а в училище приняли без экзаменов - аттестат был хороший. О профессии хорошо знала: медицинской сестрой работала моя мама.

- **Вы часто бывали у нее в отделении?**

- Это было исключено - мама работала в туберкулезной больнице. Зато дома разговоры о работе были всегда. Вслух проговаривались самые разные проблемы. В первой городской больнице я проходила практику. И даже когда уехала по распределению в родной район - Поспелихинский, - всегда хотела вернуться в этот коллектив. И это получилось, работаю.

- **А позднее - через годы - поступили в АГМУ опять же на «сестринский» факультет...**

- Поступила в институт, потому что мечтала работать в открывавшемся тогда Федеральном центре ортопедии, травматологии и эндопротезирования. Считала, что возможности оказания помощи там намного выше, а ведь именно это - главная мечта для нас, работающих в травматологии. Ведь сегодня есть такие технологии, которые



позволяют при травмах сокращать сроки лечения и реабилитации в разы. Они с трудом приходят в нашу практику - сдерживает недостаточное финансирование. Потом в Центр ушли работники отделения - врачи, медицинские сестры. А я не смогла оставить свою больницу. Знаете, что самое трудное в нашей работе? Видеть, насколько легко человек получает переломы. Для этого не надо падать, например, с серьезной высоты, достаточно одного неосторожного шага - и всё. Никогда не лечили перелом шейки бедра у сорокалетних, а теперь это становится обычной практикой в отделении... Всею виной наши неправильное питание, неправильный образ жизни, в частности - все пищевые добавки, без которых не выпускаются продукты питания. Об их натуральности мы почти забыли. Уже давно не помогает исправить ситуацию прием препаратов кальция, мумие и прочих. Нужны более существенные меры.

Учиться в университете было непросто - характер такой. Могу принимать решения здесь, на рабочем месте. А в учебной аудитории уверенность отступает...

- **Расскажите, пожалуйста, о вашей семье.**

- У меня двое детей - взрослая дочь-студентка и сын-школьник. Дочь будет экономистом. О медицине речи даже не было: она видела, что меня постоянно нет дома, бесконечные дежурства обязательны и днем, и ночью.

- **Из-за низкой зарплаты?**

- И поэтому тоже. В обществе не дорожат работающими в медицине, к сожалению. Хотя общеизвестно, что есть две самых важных профессии - медик и учитель. Без них общество не сможет развиваться и нормально функционировать.

- **Коллектив отделения - какой он?**

- Он замечательный. Вообще все, кто работал в «горке», сегодня считаются лучшими специалистами в городских больницах. Это общеизвестный факт. К коллективу прирастаешь душой. Тем более к такому, как наш. Много лет отделением руководит Игорь Тимофеевич Деев, хороший организатор и замечательный человек старшая медсестра Валентина Анатольевна Софина.

- **Что сегодня является самой серьезной проблемой отделения, больницы?**

- Сокращение финансирования. Когда знаешь, что методики лечения, операции могут быть совсем другими - менее травматичными и современными, сокращающими сроки реабилитации и возвращения к привычной жизни, - тогда не можешь не переживать это.

Через наше отделение проходят самые разные больные. Мы лечили участников локальных войн - помогали им возвращаться к мирной жизни. И каждый раз опыт и профессионализм работников отделения, будь то врач или медицинская сестра, помогают верно выбрать тактику лечения, найти единственно верные слова в каждом конкретном случае, чтобы облегчить страдания больного. Одним поможет ласковое слово, другим - даже жесткое общение. Мы давно стали психологами. Немаловажно и то, что каждый пациент получает рекомендации по реабилитации: они сугубо индивидуальны, поскольку не бывает двух одинаковых травм. Но только их выполнение приведет к максимальному восстановлению в дальнейшем. ☺



Уважаемые читатели! 2015 год в России объявлен Годом борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Действительно, несмотря на государственные программы в области медицины и увеличение доступности высокотехнологичной помощи нашим пациентам, сохраняется высокая смертность от болезней сердца и сосудов.

Конечно, велика роль врачей - терапевтов и кардиологов - в борьбе с сердечно-сосудистой патологией, но все же ключевая роль в сохранении здоровья пациента принадлежит самому пациенту и его семье. Ведь от того, как правильно будут соблюдаться рекомендации врача, как сам пациент проникнется факторами риска, которые приводят к развитию артериальной гипертонии и ишемической болезни сердца, и будет зависеть успех в борьбе с этими заболеваниями. Зачастую от информированности пациента, окружающих людей о симптомах и проявлениях болезни, а также методов само- и взаимопомощи в критической ситуации зависит жизнь человека.

В связи с этим на врача-кардиолога возлагаются не только профессиональные обязанности правильно поставить диагноз и назначить терапию, но и объяснить населению важность и необходимость профилактики факторов риска, как предупредить возникновение таких жизнеугрожающих состояний, как инсульт и инфаркт, как распознать сосудистую катастрофу, а самое главное - что нужно в первую очередь сделать пациенту или его родственникам в неотложной ситуации.

В течение 2015 года в журнале «Здоровье алтайской семьи» врачи-кардиологи Алтайского кардиодиспансера, ведущие специалисты в нашем крае в области неотложной кардиологии, аритмологии, реабилитации будут рассказывать нашим пациентам о том, что является важным и нужным для сохранения своего здоровья, здоровья своих детей и близких. Мы постараемся ответить на самые частые вопросы наших читателей и обсудить актуальные проблемы наших пациентов, страдающих заболеваниями сердечно-сосудистой системы и перенесших операцию на сердце.

В ежемесячной рубрике «Разговор с кардиологом» мы расскажем о ведущих модифицируемых (корректируемых) факторах риска сердечно-сосудистых заболеваний, методов их коррекции, а из рубрики «Коронарный клуб» вы сможете узнать о симптомах ишемической болезни сердца, инфаркта миокарда, методах самопомощи при неотложных ситуациях, современных возможностях диагностики и лечения в кардиологии, правилах реабилитации после оперативного вмешательства на коронарных сосудах.

Гиподинамия как



Надежда Григорьевна ВЕСЕЛОВСКАЯ,

доктор медицинских наук,
врач-кардиолог, высшая
квалификационная
категория, старший
научный сотрудник отдела
мультифокального
атеросклероза НИИ
комплексных проблем
сердечно-сосудистых
заболеваний СО РАМН

Отсутствие физической активности, или гиподинамия, считается одним из ключевых факторов сердечно-сосудистого риска, которые являются причинами смерти во всем мире.

Регулярная физическая активность с использованием больших мышечных групп, например, ходьба, бег или плавание, улучшают сердечно-сосудистую адаптацию, повышают толерантность к физической нагрузке, выносливость и мышечную силу.

Существует также доказательство того, что физические упражнения уменьшают риск других хронических заболеваний, включая диабет второго типа, остеопороз, ожирение, депрессию, рак груди и кишечника.

Проявления гиподинамии

Гиподинамия со временем у здорового человека сопровождается уменьшением мышечного тонуса, уча-



фактор сердечно-сосудистого риска

щением сердечных сокращений, пульса, частоты дыхания даже на минимальную нагрузку. Появляются физическая и умственная усталость, снижение работоспособности, ослабление иммунитета, сопровождающиеся частыми простудными заболеваниями.

Правила коррекции гиподинамии

Регулярные физические упражнения могут значительно улучшить состояние организма и нейтрализовать негативные последствия малоподвижного образа жизни. **В некоторых случаях для допуска к занятиям физической культурой некоторым группам людей необходимо пройти обязательный медицинский осмотр и проконсультироваться с врачом:**

- курящим;
- лицам, имеющим сердечно-сосудистые заболевания в настоящее время;
- лицам, имеющим два и более из следующих факторов риска развития ишемической болезни сердца:
 - ▶ артериальная гипертензия;
 - ▶ повышенный уровень холестерина;
 - ▶ семейный анамнез сердечно-сосудистых заболеваний;
 - ▶ сахарный диабет;
 - ▶ ожирение;
 - ▶ мужчинам старше 40 лет;
 - ▶ женщинам старше 50 лет.

Существует понятие **минимального уровня физической активности**, которым необходимо заниматься, чтобы достичь тренированности сердечно-сосудистой системы. Общее время занятий может быть суммировано в течение дня, но длительность одного занятия физической активности должна быть не меньше 10 минут. Для обоих полов порог физической активности, связанный с улучшением здоровья, является **не менее 20 минут в день**.

Варианты физической активности:

- ▶ 45 минут мыть окна или пол;
- ▶ 45 минут играть в волейбол, футбол, баскетбол;
- ▶ 30 минут ездить на велосипеде (проехать 8км);
- ▶ 30 минут танцевать (быстрые танцы);
- ▶ 30 минут ходить пешком (пройти 3км);
- ▶ 20 минут плавать;
- ▶ 20 минут играть в баскетбол;
- ▶ 15 минут бежать (1,5-2км);
- ▶ 15 минут подниматься по лестнице.

Рекомендации должны включать разминку (разогрев), активный период и период остывания.

Рекомендации по занятиям физической активностью в зависимости от возраста:

- дети и молодые люди в возрасте 5-17 лет должны заниматься физической активностью средней и высокой степени интенсивности не менее 60 минут в день;
- взрослые люди в возрасте 18-64 лет должны заниматься физической активностью средней интенсивности не менее 20 минут в день.



Каждый пациент должен начинать занятия с разминки. Медленная ходьба и легкие потягивания составляют превосходную комбинацию для разминки.

Когда пациенты начинают занятия, 5-10-минутная разминка может составлять целое занятие.

Пациенты должны постепенно увеличивать занятия до 30 минут в день. Если до этого они вели малоподвижный образ жизни, этот период должен продолжаться минимум 3 недели.

Самоконтроль при физических занятиях

Это самостоятельное наблюдение за состоянием своего здоровья, физическим развитием, функциональным состоянием организма, физической подготовленностью и их изменениями под влиянием занятий физическими упражнениями и спортом.

К субъективным показателям относят: самочувствие, настроение, наличие или отсутствие болевых ощущений, сон, аппетит, отношения к занятиям. К объективным - частота пульса, вес, сила мышц, артериальное давление.

Самый легкий и доступный каждому человеку самоконтроль - это оценка максимальной частоты пульса, которую нельзя превышать. Наименее ошибочной формулой для определения максимально допустимой частоты сердечных сокращений для здорового человека в мире на сегодняшний день признана следующая формула:

$$\text{ЧСС}_{\text{max}} = 205.8 - (0.685 \times \text{возраст})$$

Так несложные правила физической активности помогут сохранить ваше здоровье на долгие годы и продлить жизнь. На сегодняшний день доказано, что 30 минут в день физической активности по сравнению с отсутствием активности приводят к снижению риска смертности на 20 процентов.

Будьте здоровы! ☺



Медицинская палата: приняты важные решения

17 марта состоялось очередное заседание Совета Палаты общественной организации «Медицинская палата Алтайского края». В повестке дня были обозначены два важных вопроса.

Первый касался формирования списков экспертов и определения тех требований, которым должна соответствовать их работа. Во-первых, это должны быть признанные авторитеты, специалисты высокого уровня в своих областях. По словам выступающих, эксперт не может быть универсалом: выступать в обсуждении качества лечения, скажем, в хирургии и терапии. А именно это характерно для некоторых работающих сегодня экспертов. Возможно, поэтому допускаются ошибки и недочеты в экспертных заключениях, примеры об этом были приведены в выступлении **Я.Н. Шойхета**, председателя Медицинской палаты Алтайского края.

Поэтому предстоит выполнить первостепенную задачу - *привлечь людей, которые имеют опыт профессиональной и экспертной работы*, подчеркнул Яков Наумович. С другой стороны, нужно разумно оценивать право врача на оказание помощи пациенту. Если врач скорой помощи удаляет гнойник у ребенка, он оказывает именно скорую помощь, для которой не требуется специальный сертификат. В подобных случаях выполнения своих профессиональных обязанностей врач не должен попадать в двойственное положение.

Свое выступление **И.В. Молчанова**, главный акушер-гинеколог края, начала с обозначения времени, в котором мы живем и работаем, как эпохи стандартизации медицинских услуг. Так, постепенно уходит в прошлое понятие «койкодень», и главным критерием при оценке труда врачей становится законченность лечения. В этих условиях значение экспертной работы возрастает во много раз. *Ради чего врачом предпринимаются усилия, удалось помочь больному или нет - сегодняшняя экспертиза не оценивает работу врача ни с одной из этих позиций.*

В то же время быть экспертом может далеко не каждый специалист. Сочетание врачебных зна-

ний, навыков, возможность сделать анализы и выводы, умение предложить необходимые мероприятия - вот что необходимо выполнять эксперту день за днем.

В ближайшее время будет сформирован список главных экспертов с учетом всех высказанных пожеланий. Компетентная работа специалистов в этой области позволит не только решить конкретные задачи по оказанию медицинской помощи, но и избежать ряда резонансных публикаций в прессе, упрочит репутацию медицинских работников, нивелирует скепсис населения в их адрес.

Присутствующими было предложено организовать подготовку экспертов на базе АГМУ и с привлечением его специалистов; более четко определить критерии экспертной оценки качества лечения в разных областях медицины.

По второму вопросу - «Обсуждение проекта ведомственного приказа Минздрава РФ «О внесении изменений в приложения к приказу Министерства здравоохранения РФ от 20.12.2012г. №1175н «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения» - слово предоставили заместителю главного врача Краевой клинической больницы скорой медицинской помощи **Т.А. Толстихиной**. Она ознакомила присутствующих с основными изменениями, которые направлены на освобождение получения рецептов и лекарств от излишних бюрократических проволочек. Изменения позволят получать рецепты родственникам, социальным работникам в тех случаях, когда больному оказывается паллиативная помощь. Сроки действия рецептов увеличиваются. Врачи стационаров могут получить право выдавать рецепты больным, выписывающимся из стационара. Также вносимыми изменениями упрощается норма назначения и выдачи наркотических и психотропных препаратов, уточнены формы бланков.

По мнению присутствующих на заседании, предлагаемые изменения разумны. Это мнение будет передано в Национальную медицинскую палату. ☺





Как сохранить сердце здоровым

Здоровье населения и каждого человека в отдельности является самым ценным благом для общества.

Убыль населения, по данным Росстата, за половину 2013 года составила 52852 человека, а общее число умерших россиян - 956026.

От чего в основном умирают в России? На первом месте стоит смертность от заболеваний сердца и сосудов. Сердечно-сосудистые заболевания относятся к хроническим неинфекционным заболеваниям (ХНИЗ). ХНИЗ - это ряд хронических заболеваний, включающий сердечно-сосудистые, онкологические, бронхолегочные заболевания, психические расстройства, сахарный диабет. Они характеризуются длительным периодом предболезни, продолжительным течением и проявлениями, ведущими к ухудшению состояния здоровья. Хронические неинфекционные заболевания обычно имеют длительный скрытый период, их симптомы проявляются через 5-30 лет после воздействия факторов риска, связанных с образом жизни и состоянием окружающей среды.

Ежегодно в мире от ХНИЗ умирает более 36 миллионов человек. В России ХНИЗ являются причиной 75% всех причин смерти населения. Наибольший вклад в смертность от хронических неинфекционных заболеваний вносят сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), смертность от которых характеризуется ежегодной потерей примерно 1200 тысяч человек, что составляет около 55% общей смертности. Именно это обстоятельство делает проблему ХНИЗ для нашей страны особенно актуальной.

В профилактику, как комплекс мероприятий, которые направлены на сохранение и укрепление здоровья, включаются: формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения заболеваний, их раннее выявление и выявление причин и условий их

возникновения и развития. Важно устранить причины, которые вызывают заболевания (факторы риска) и вредно влияют на здоровье.

Распространенность в России факторов риска среди населения находится на высоком уровне. **К этим факторам риска относятся:**

- ◆ повышенное артериальное давление,
- ◆ курение,
- ◆ избыточная масса тела,
- ◆ неправильное питание,
- ◆ гиподинамия,
- ◆ повышение уровня общего холестерина крови,
- ◆ избыточное потребление алкоголя и другое.

Недостаточная физическая активность отмечается у 22,9% мужчин и 22,4% женщин. Артериальная гипертензия (артериальное давление равно 140/90мм рт.ст. или имеется прием антигипертензивных препаратов) диагностируется у 46,6% мужчин и 48,4% женщин.



Елена Николаевна ВОРОБЬЕВА,

профессор, доктор медицинских наук; научный консультант КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края»; член Правления Национального общества по изучению атеросклероза (НОА)



Общий холестерин крови выше 5,0ммоль/л выявлялся у 47,8% мужчин и 56,4% женщин. Избыточную массу тела (индекс массы тела (ИМТ) более 25кг/м²) имели 56,2% мужчин и 62,8% женщин, а ожирение (когда индекс массы тела более 30кг/м²) - 18,6% мужчин и 32,9% женщин. Алкоголем злоупотребляют 17-21% мужчин и 3-4% женщин.

Для всех людей существуют 10 простых практических советов, как сохранить свое здоровье:

1. достигните оптимальной массы тела;
2. употребляйте в пищу постное мясо (не более 100-150г/день), срежьте видимый жир; сократите потребление колбас и субпродуктов;
3. употребляйте молоко и молочные продукты с низким содержанием жира;
4. используйте «мягкие» маргарины вместо масла;
5. исключите жирные сорта сыра, предпочитая им сыры с низким содержанием жира;
6. при жарке используйте жидкие растительные масла. При приготовлении пищи чаще используйте тушение, варение, запекание, гриль, применяйте микроволновую печь, посуду со специальным покрытием, не требующим применения жира;
7. употребляйте рыбу (морскую жирную) не менее двух раз в неделю;
8. увеличьте потребление фруктов и овощей (до 500 граммов в день);
9. ограничьте прием кофе, крепкого чая;
10. разумно подходите к употреблению алкоголя: не более 30г чистого спирта в день (это 70г крепких напитков или бокал вина).

По данным ВОЗ, в России курят 65,5% мужчин и 19,7% женщин. Широко известно, что табакокурение сокращает среднюю ожидаемую продолжительность жизни на 15-20 лет, повышает риск возникновения рака легких у курильщиков в 20-30 раз, при этом 50% в структуре смертности при табакокурении составляют болезни системы кровообращения, 25% - злокачественные новообразования, 15% - болезни органов дыхания, 10% - другие заболевания.

Чрезвычайно важной проблемой является пассивное курение. Почти 700 миллионов детей в мире ежедневно вдыхают загрязненный табачным дымом воздух. Свыше 200 тысяч работающих умирают от вдыхания вторичного табачного дыма на работе. Табачный дым содержит больше 100 токсических веществ, больше 70 канцерогенов. **Не существует безопасного уровня вдыхания табачного дыма.** Ни вентиляция, ни фильтры не могут снизить воздействие табачного дыма до безопасных уровней. Лишь зоны, на 100% свободные от табачного дыма, могут обеспечить надежную защиту.

Кроме того, **важна физическая нагрузка.** Посильная физическая нагрузка тренирует сердце и сосуды, отодвигает наступление старости. Ежедневно занимайтесь утренней гимнастикой. Начните регулярные занятия физкультурой: плавание, велосипед, лыжи, ходьба, медленный бег и т.п. Полезна ходьба в течение 30-40 минут в день, на воздухе больше ходите пешком, заменяйте ходьбой подъем на лифте и поездку в автобусе. Занимайтесь физическим трудом: работа на приусадебном участке и прочее. Играйте в подвижные игры: волейбол, бадминтон, теннис и т.д.

Помните! Положительных результатов можно достичь только при условии регулярности физических нагрузок!

Лицам с повышенным артериальным давлением необходимо ограничивать такие виды нагрузок, как бег, прыжки, упражнения с подъемом тяжестей, длительной задержкой дыхания, с резкими движениями, вращениями головой, длительными наклонами вниз.



Анализ 17 исследований влияния диеты на выживаемость показал, что среди людей, соблюдающих диету, относительный риск развития сердечно-сосудистых осложнений ниже на 13%, общей смертности - на 6% по сравнению с теми, кто не придерживается вышеперечисленных правил.

Только комплексное воздействие с применением специальной диеты, адекватной физической нагрузки и разнообразного лечения замедляет наступление старости и различных заболеваний. А коррекция факторов риска позволит вам сохранить здоровье на долгие годы.

Первым этапом профилактики ССЗ является выявление факторов риска, а затем, с их учетом, - прогнозирование развития осложнений этой патологии, что позволяет выбирать профилактические мероприятия.

В КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края» разработаны и внедрены компьютерные программы определения риска сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета. Каждый желающий может пройти тестирование, обследование и получить профилактические рекомендации.

Для этого нужно: сдать кровь для исследования - «общий холестерин» и «глюкоза» (направление через регистратуру). Затем обратиться к терапевту или липидологу (запись в регистратуре Центра). В дальнейшем в зависимости от уровня риска будут выбраны различные дополнительные обследования, не медикаментозные методы профилактики. Все желающие могут находиться под наблюдением и контролем специалистов Диагностического центра Алтайского края длительное время.

Рекомендации по диете Европейского атеросклеротического общества

Принцип	Количество от общего рациона	Источники
Уменьшение потребления жира и насыщенных жиров	< 30%	Сливочное масло, твердый маргарин, цельное молоко, твердые и мягкие сыры, (видимый) жир мяса, утка, гусь, колбаса, пирожные, сливки, кокосовые орехи и кокосовое масло, продукты, содержащие гидрогенизированные жиры.
Увеличение потребления высокобелковых продуктов с низким содержанием насыщенных жиров	10-20%	Рыба, курица, индейка, дичь, телятина.
Увеличение потребления сложных углеводов и фруктов, овощных, злаковых волокон	Около 35г / день клетчатки, половина на клетчатку фруктов и овощей	Все свежие и замороженные овощи, все свежие фрукты, все неполированные зерновые, чечевица, бобовые, рис, злаковые смеси.
Увеличение потребления поли- и мононенасыщенных жиров	10-15%	Подсолнечное, кукурузное, соевое, оливковое масло.
Уменьшение холестерина в питании	7-10%	Рекомендуется: яйца (не более 1-2 желтков в неделю), печень (не более 2 раз в мес), мозги, почки исключаются.
Умеренное потребление натрия	< 300 мг / сут.	Соль, глутамат натрия, сыр, консервированные овощи и мясо, соленые продукты (ветчина, бекон, копченая рыба), минеральная вода с высоким содержанием соли, многие из «быстрых блюд» (готовых к употреблению).

КОНТАКТНЫЕ ТЕЛЕФОНЫ
КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края»:
(3852) 36-47-16 - справочная,
(3852) 24-32-90 - регистратура.
Адрес: г.Барнаул, пр.Комсомольский, 75а

На правах рекламы



Меланома

Меланома (ее синонимы: меланобластома, меланоцитома, невокарцинома) - одна из самых злокачественных опухолей. Она развивается из меланоцитов - пигментных клеток, которые располагаются преимущественно в базальном слое эпидермиса и продуцируют специфический полипептид меланин.

По различным данным, заболеваемость меланомой кожи составляет от 1 до 30 и более на 100000 населения в год, а частота - 1-4% среди всех злокачественных образований кожи. В последние годы отмечается значительный рост заболеваемости меланомой кожи в различных регионах мира: показатель ежегодной заболеваемости увеличивается в разных странах на 2,6-11,7%. Частота заболеваемости - одинакова для мужчин и женщин.

Преимущественная локализация меланом у женщин - нижние конечности (голень), у мужчин - туловище (чаще спина); у обоих полов старшей возрастной группы (65 лет и старше) меланома локализуется преимущественно на коже лица. Однако меланома может возникнуть на любом участке кожи: на концевых фалангах пальцев, вульве, прямой кишке и других.

Факторы риска

◆ **Солнечная радиация, особенно для лиц, имеющих врожденные или приобретенные невусы или другие новообразования и поражения кожи.** Оказалось, что наибольший ущерб от солнца получают ДНК меланоцитов - клеток кожи, содержащих меланин, который в ответ на воздействие ультрафиолетового излучения вызывает защитную реакцию организма - изменение пигментации кожи. Меланоциты гораздо более других клеток кожи подвержены негативному влиянию излучения, поскольку не обладают способностью полностью восстанавливаться. По мнению ученых, причиной возникновения меланомы являются окислительные процессы, которые являются следствием повреждения ДНК меланоцитов кислородом. Исследователи отмечают, что из-за ограниченной способности меланоцитов к восстановлению, меланома

может появиться даже в тех областях кожи, которая не подвергается ультрафиолетовому излучению. Малейшее повреждение ДНК в меланоцитах может стать причиной их мутации и развития злокачественной опухоли.

◆ **Ионизирующее излучение.**

◆ **Хронические раздражения.**

◆ **Ожоги** (особенно солнечные, полученные в детском и юношеском возрасте). У людей, к которым загар «пристает» быстро, риск заболеть меланомой расценивается как умеренный. В то время как людей, кожа которых не покрывается загаром после пребывания на солнце, а «обгорает», сильно краснеет и шелушится, относят к группе высокого риска. При этом, чем больше на протяжении жизни было таких ожогов, тем выше риск развития меланомы. Важно, что солнечный ожог в детстве даже более опасен, чем такой же ожог, полученный взрослым человеком.

◆ **Отморожения.**

◆ **Химические, температурные или механические травмы невусов**, в том числе самолечение их и неадекватные косметические вмешательства.

◆ **Генетические факторы этнического порядка, эндогенные конституциональные особенности и характер пигментации:** цвет кожи, волос, глаз, наличие веснушек на лице и руках, число, размер и форма родинок на разных частях тела. Так, меланома чаще встречается и имеет худший прогноз у блондинов и рыжеволосых. Меланома редко встречается у чернокожего населения, причем у этого контингента больных поражается обычно кожа пальцев рук и ног или ладоней и подошв.

◆ **Состояние эндокринной функции, гормональные изменения.** Половое созревание, беременность, климактерические перестройки в организме являются критическими периодами, ко-



Ольга Геннадьевна ГЛАДЫШЕВА,

врач ультразвуковой диагностики, первая квалификационная категория, отдел радионуклидной и УЗ-диагностики, КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер»

Преимущественная локализация меланом у женщин - нижние конечности, у мужчин - туловище; у обоих полов старшей возрастной группы меланома локализуется преимущественно на коже лица.



Победим свой страх!

► которые расцениваются как фазы риска по активизации и малигнизации пигментных невусов.

◆ **Излучение, используемое в соляриях, может спровоцировать любой из видов рака кожи**, в том числе меланому, что подтверждается многочисленными исследованиями. Анализ исследований, проведенный в 2007 году, показал, что рак кожи значительно чаще регистрируется именно у людей, регулярно посещавших солярии. При этом наибольший риск развития рака отмечается у молодых людей до 35 лет.

Симптомы меланомы кожи

Клинические проявления и течение меланомы очень многообразны. Наиболее важный тревожный признак - это **любое изменение размера, формы или цвета родинки или другого кожного нароста**, такого, как родимое пятно. Следите за изменениями, которые происходят в течение нескольких недель - месяца.

Поскольку связь меланомы с родинками, пигментными невусами довольно высока, *обращают особое внимание на следующие начальные симптомы их активизации:*

► быстрый рост невуса, ранее остававшегося неизменным или увеличивавшегося медленно;

► уплотнение невуса, асимметричное увеличение одного из его участков;

► изменение пигментации (усиление или уменьшение);

► появление красноты в виде венчика вокруг невуса;

► выпадение волос с его поверхности;

► появление ощущения наличия невуса, возникновение зуда, чувства жжения, напряжения, покалывания;

► появление папилломатозных выростов, трещин, изъязвления, кровоточивости.

Типичные черты для подозрения или установления диагноза:

► возникновение новых или наличие прежних, но растущих и изменившихся пигментированных поражений на коже;

► при несколько более развитой меланоме очертания поражения становятся неровными,

► пигментация его варьирует в таких оттенках, как коричневый, черный, серый.

Клинические проявления меланомы:

► *размеры* опухоли чаще не превышают 1-3см в наибольшем диаметре, но могут быть и больше. Она, как правило, возвышается над уровнем кожи;

► *форма* новообразования может быть плоской, бугристой, узловой, полусферической или даже грибовидной;

► *консистенция* - эластичная, напряженно-эластичная, но чаще всего плотная;

► *поверхность* - блестящая, зеркально-блестящая, мокнущая, легко кровоточащая или покрытая корочками и изъязвившаяся;

► *пигментация* бывает равномерной или пятнистой, цвет - коричневый, черный, синий, серый, розовый, красно-розовый, фиолетовый или фиолетово-розовый, причем в пределах одной и той же опухоли может быть несколько цветовых сочетаний.

Весьма достоверные признаки меланомы:

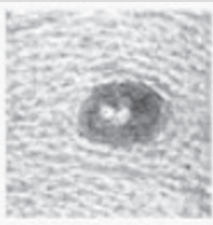
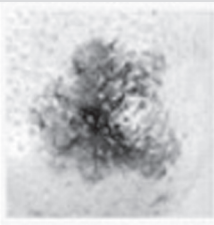

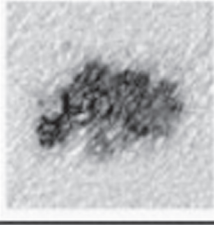
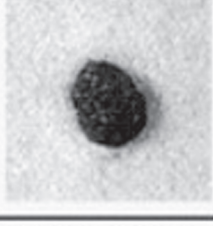
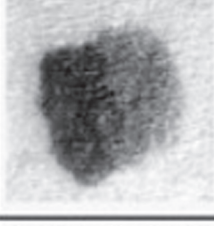
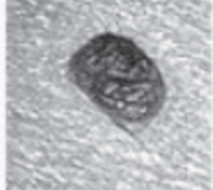
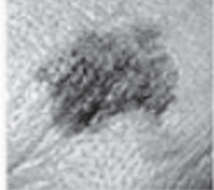
► появление новых «дочерних» узелковых или пигментных включений в окружности опухоли, лучистых разрастаний из-за распространения меланомы по лимфатическим щелям;

► увеличение регионарных лимфатических узлов. Регионарные метастазы выявляют в виде одиночных плотных узлов или пакета их.

Диагностика меланом

Ранняя диагностика имеет решающее значение и увеличивает шансы победить болезнь. Поэтому рекомендуется всем людям с повышенным риском возникновения меланомы **регулярно проверять любые пигментные образования у специалистов** дерматологов и онкологов.

Диагностика меланомы предусматривает **внимательное исследование образования на коже**, выявленного пациентом, родственниками или медицинскими работниками при профилактическом осмотре, и всей кожи **рутинным физикальным методом** при хорошем освещении и использовании увеличительно-

Родинка	Меланома	Признак
		Асимметрия
		Граница
		Цвет
		Диаметр



Победим свой страх!

го стекла; пальпаторному обследованию должны быть подвергнуты также соответствующие зоны расположения регионарных лимфатических узлов.

Прибегают к таким вспомогательным методам клинической диагностики, как **поверхностная микроскопия** (дерматоскопия, эпилюминесценция). Принцип этого метода выявления пигментированных образований состоит в использовании 10-40-кратного увеличения (операционный микроскоп, ручной дерматоскоп) с просвечиванием эпидермиса. В образованиях могут быть обнаружены пигментные точки, пигментные штрихи, «молочная вуаль» и другие признаки, характерные для меланомы.

Лечение меланомы

В настоящее время раннее распознавание меланомы на клиническом уровне заслуживает пристального внимания, исследования. *Выбор рациональных методов лечения зависит от стадии опухолевого процесса и особенностей его течения в каждом конкретном случае.*

Выбор метода лечения зависит от гистологического строения опухоли, стадии, клинической формы и локализации опухоли.

В связи с особенностями биологии опухолевого роста и развития меланом, характеризующимися склонностью к быстрому распространению процесса, наиболее патогенетическими представляются методы, включающие общие воздействия. Применяется **комплексное лечение** - это такой вид терапии, в который входят два или несколько разнородных воздействий на опухолевый процесс, но при этом обязателен хотя бы один метод лечения, направленный на уничтожение опухолевых клеток, циркулирующих в кровяном русле или осевших в тканях за пределами местнорегионарной зоны поражения (химиотерапия, гормонотерапия и т.д.). В план комплексного лечения меланом входят: хирургическое, электрохирургическое, лазерное удаление опухолевых образований, системная и регионарная, моно- и полихимиотерапия, лучевая терапия, в том числе паллиативная, иммунотерапия, гормонотерапия и т.д. С появлением новых лекарственных препаратов, разработкой наиболее рациональных их комбинаций и условий использования расширяются возможности комплексной терапии меланом.

Профилактика меланомы кожи

Профилактика включает в себя своевременную диагностику и лечение предраковых состояний, постоянное наблюдение за изменениями на коже и профилактические осмотры дерматолога.

● При работе с опасными веществами следует уделять внимание защите кожи от попадания этих продуктов.

● Важную роль в профилактике отводится защите от солнечного излучения.

● Для предупреждения отрицательного влияния ультрафиолетовых лучей используют следующие методы:



► защита тела с помощью одежды, а лица и шеи - широкополой шляпой;

► применение солнцезащитных кремов с высоким уровнем защиты и нанесение их не только на лицо, но и на всё тело и кисти. Защиту следует наносить тонким слоем не менее чем за 15 минут до выхода на улицу, не допуская пропусков участков кожи. После купания в море или водоеме нужно повторять нанесение крема, даже если он представлен как водоотталкивающий;

► избегать нахождения под палящим солнцем с 11 часов утра до 16 часов дня.

► регулярное самообследование на наличие перерождающихся родинок. Родинка не должна кровоточить, изъязвляться, покрываться корочкой.

► рекомендуется воздержаться от чрезмерного использования соляриев, особенно в зимний период, когда функционирование пигментообразующей системы организма снижено.

Вторичная профилактика меланомы кожи должна предусматривать, прежде всего, своевременное выявление и удаление, в первую очередь, меланомоопасных, а в ряде случаев - и меланомонеопасных невусов и предраковых заболеваний кожи.

Профилактическому удалению подлежат:

► невусы кожи, которые клинически расцениваются как меланомоопасные;

► предпочтительно производить удаление пигментных невусов в детском возрасте до наступления периода полового созревания;

► удалению подлежат невусы, расположенные в тех анатомических областях тела, где они могут подвергаться постоянному травмированию;

► при наличии единичных невусов размером более 1,5см в диаметре, имеющих черную или коричневую окраску;

► пигментные невусы должны быть удалены у лиц с меланомой кожи в анамнезе и при неблагоприятном семейном анамнезе - наличии меланомы кожи у родственников.

Всегда следует внимательно осматривать тело даже в самых труднодоступных местах.

При обнаружении каких-либо изменений на коже необходимо сразу же обратиться к онкодерматологу. Только внимательное отношение к собственному здоровью, соблюдение мер профилактики помогут вам защититься от рака кожи. ☺



Выбираем игрушку: первого друга ребенка

Для маленького человечка игрушка - нечто большее, чем просто забава. Это самый первый настоящий друг, который знакомит его с окружающим миром. Поэтому выбор игрушки требует от взрослых внимательности и ответственности.

Выбирая игрушку, важно учитывать не только ее привлекательный внешний вид и санитарно-гигиенические свойства, но и возможный психологический эффект, ее значение для развития малыша. Важно помнить, что развитие ребенка происходит в разных видах деятельности, в его самостоятельной и осмысленной активности. И главная функция игрушки заключается в активизации детской деятельности и становлении ее новых форм.

Игра и игрушка неотделимы друг от друга: игрушка может вызывать игру, а игра иногда требует для развития новую игрушку. Поэтому важно, чтобы в играх детей участвовали не только купленные игрушки, но и сделанные взрослыми или самими детьми. *Желательно, чтобы игрушки в игру вносил взрослый.* Он заинтересовывает ребенка сюжетом совместной игры, задает ему вопросы, побуждает его к «общению» с новой игрушкой.

Безусловно, при выборе игрушки стоит учитывать возрастные особенности ребенка.

Для детей первого полугодия жизни они должны обладать сенсорной яркостью (зрительной, осязательной, слуховой привлекательностью), не превышать размеров головы ребенка и быть ярких

теплых цветов. Крайне нежелательно, чтобы в поле зрения младенца постоянно попадали предметы слишком больших размеров.

На третьем месяце ребенок начинает следить за игрушками в руках взрослых. Необходимо, чтобы малыш следил за движениями игрушки влево и вправо, поворачивал головку, учился смотреть и видеть. Ориентировочное прослушивание развивает восприятие ребенка и доставляет ему огромное удовольствие, поэтому лучше всего, если игрушка будет звучать. Например, мобиль, благодаря которому над кроваткой движутся веселые и разноцветные персонажи под спокойную мелодию.

К 4-6 месяцам стоит приучить малыша к цветам радуги: сначала желтый, потом - оранжевый и красный, синий и зеленый; холодные цвета появляются позднее, в последнюю очередь появляется фиолетовый. Для самых маленьких выбирайте игрушки с ровными гладкими краями, без выступающих острых углов и легко отделяемых мелких деталей. Окраска должна быть стойкой к слюне, поту, влажной обработке.

До первого года жизни с помощью взрослого ребенок учится манипулировать предметами. Поэтому необходимо, чтобы мама и члены семьи обращались с младенцем так, будто



Татьяна Сергеевна КОЗЛОВА,
психолог,
КГБУСО «Краевой
кризисный центр
для женщин»

Игра, как самостоятельная детская деятельность, формируется в ходе воспитания и обучения ребенка. Как форма организации детской жизни, игра важна тем, что служит становлению психики ребенка и его личности.



◀ он должен включиться в игру. Взрослые втягивают ребенка в общение с помощью игрушки, и малыш, реагируя на звук, поворачивает на него головку, находя игрушку взглядом.

Чтобы ребенок активно развивался, когда он бодрствует, рядом с ним всегда должна находиться игрушка. **В три месяца** ребенок начинает смотреть на подвешенные игрушки, хватать и тянуться к ним, что формирует его координацию. Главное, чтобы в этом возрасте у него были легкие разноцветные пластмассовые звучащие погремушки, которые нужно постоянно мыть.

Книжки-игрушки понравятся малышу в 4-5 месяцев, их можно раскладывать, вместе со взрослым разглядывать рисунки. Малыш может и попробовать книжку на вкус - в этом случае переключите его внимание на что-нибудь другое.

Кроме погремушек, младенцу часто дарят мягкие и металлические игрушки. Но помните, что **металлическая игрушка может нанести ребенку травму, а мягкую игрушку нужно постоянно держать в санитарном состоянии.**

Мягкие игрушки рекомендовано дарить к году и научить нежному с ними обращению: погладьте вместе с ребенком мягкого мишку, обнимите его, уложите спать. Ребенку также понравятся разные резиновые пищачие игрушки, с ними можно устраивать простые игры, например, прятки. Взрослый спрашивает у малыша, где находится та или иная игрушка, а тот ищет глазами предмет, находит его, тянется или может просто смотреть.

Для детей от полугода необходимо развитие двигательного взаимодействия с игрушкой, возможность произвести действие и получить результат. Поэтому ему будут интересны развивающие центры, части которых можно покрутить, потереть, извлекая при этом разные заманчивые звуки.

В 1,5-3 года у ребенка ведущей становится предметная деятельность. Он начинает осваивать соотносящие действия, то есть придает предметам пространственное положение, например, ребенок с удовольствием будет собирать пирамид-

ки и матрешки, строить домики из кубиков, закрывать коробки крышками, играть с игрушками, которые разбираются и собираются. В то же время, такие действия требуют от малыша еще и учитывать свойства предметов. Например, чтобы правильно построить пирамидку, он должен учитывать размер колец пирамидки, а иногда и их цвет. Детям очень нравятся такие операции с предметами, но на первых этапах им нужно помогать, ведь они еще не могут сами сложить сложный предмет из его частей. При этом такие операции развивают мелкую моторику, и ребенок, в свою очередь, может выполнять движения, требующие развитой координации движений пальцев. В этом отношении очень полезны игры с пластиковыми блоками «Лего» или с мозаикой.

Для развития малыша очень важны любые перечисленные игры, игры-вкладыши, пирамидки, кубики и конструкторы с большими деталями. Приблизительно с **двух лет** ребенок начинает интересоваться игрушечными животными, куклами. На этом этапе появляются любимые, значащие для ребенка, вещи, любимые игрушки, которые помогают преодолеть трудные моменты для ребенка, например, разлуку с мамой или поступление в детский сад. Научите ребенка качать куклу, возить ее в коляске, укладывать и кормить. Все эти процессы научат его покровительству, проявлению заботы, сопереживанию. Поскольку такая игрушка может стать лучшим другом для ребенка на многие годы, то просто необходимо, чтобы она была сделана из хорошего материала, была красива и прочна.

В этом же возрасте ребенок осваивает орудийные предметы: ложки, чашки, совочки, лопатки, карандаши. Для их использования от ребенка требуется коренная перестройка движений рук, что имеет большое значение для психического развития. При этом важен не так результат, как усвоение принципа употребления какого-то предмета. Например, если ребенок зачерпнул совочком песок, то неважно, что в ведерко попала лишь малая часть, важно, что он усвоил технику употребления нового орудия. В раннем возрасте ребенок собирает и хранит различные природные материалы: шишки, семена, палочки, камешки и другое. Эти материалы могут быть наделены различным значением, кроме эстетического, они могут быть гладкими, шершавыми, мохнатыми. С этого же возраста дети начинают интересоваться водой, песком, крупой, снегом, пластилином, фасолью, пуговицами. Ведь именно в это время ребенок осознает, что может создавать творения карандашами, мелками, красками.

Большое значение и широкое распространение получили **развивающие игры и игрушки:** конструкторы, разные шнуровки, пазлы. Такие игрушки сделаны специально для того, чтобы развивать различные психические функции: память, вни-



мание, восприятие, моторику. Взрослым необходимо предлагать свою помощь в случае возникновения трудностей, иначе ребенок потеряет интерес, сталкиваясь с одними и теми же сложностями. Эти развивающие игрушки не должны замещать куклы и машинки для сюжетных игр.

В 3-4 года и мальчики, и девочки начинают *играть в ролевые игры*. В качестве игрушек подойдут игры-вкладыши, когда нужно в дощечку с контурами вложить фигурки, подходящие по контурам. Понравятся детям и мячи, кольца, набрасываемые на штырек, простые конструкторы. Использование при строительстве деревянных кубиков требует моторных навыков и планирования, ведь иначе конструкция развалится.

В возрасте 4-5 лет самое время для *разнообразных конструкторов, мозаик, которые развивают фантазию и творческий потенциал ребенка*. Он все еще интересуется играми со зверюшками и человечками, поэтому важно, чтобы таких игрушек было много, ребенок будет играть с ними в школу, зоопарк, город. В этом случае ребенку необходимы наборы для сюжетных игр (скотный двор, ремонтная мастерская, причем что-то можно купить, а что-то сделать своими руками из подручных материалов). *Постарайтесь выбирать универсальные игрушки* (сложно играть с лошадкой, застывшей в беге, - такие игрушки имеют свой собственный сценарий и ограничивают возможности игры).

После 6 лет игрушки и игры становятся очень реалистичными. Ребенка интересует сходство модели и оригинала, функциональность игрушки. Очень нравятся детям сложные мелкие конструкторы, особенно с использованием батареек и электричества. Девочки стремятся точно моделировать взаимоотношения взрослых с помощью кукол и аксессуаров к ним. Выбирая куклу или мягкую игрушку, обратите внимание на материал, из которого она сделана. Мягкие, пушистые материалы вызывают положительные эмоции у детей, а шершавые, холодящие материалы - чувство отторжения. Важное значение имеет также соотношение размеров головы и тела игрушки. Укороченный овал лица куклы или мордочки зверюшки, пухлые щеки, маленький нос и большие глаза вызывают у ребенка покровительственное отношение. Желательно, чтобы кукла могла сгибаться, чтобы ее можно было раздеть, она не должна быть слишком роскошной и дорогой. Для кукол также потребуются посуда, мебель и т.д.

Покупая детям игрушки, помните, что их не должно быть много. Целый скоп игрушек будет притуплять интерес ребенка, а также не позволит его мышлению активно развиваться. Когда у ребенка в распоряжении ограниченный выбор игрушек, он начинает подключать фантазию и придумывать новые игры со «старыми персонажами», разыгрывать сценки, переодевать игрушки.



Игрушка должна благотворно влиять на психику малыша - не покупайте устрашающих игрушек, «злых» героев мультфильмов. Игрушки должны приносить эстетическое удовольствие, радовать и «согревать» ребенка.

Обязательно выделите специальное место для детских игрушек. Малыш будет учиться складывать игрушки в одно место, переставлять их местами, тем самым участь организованности. Кроме того, с набором «доктор», например, у вас дома будет собственный медпункт, «пациентами» которого будут мама и папа, а заботливым лечащим доктором - малыш. «Кукольный дом» для девочек - особое место, где живут, дружат, ходят в школу и влюбляются куклолки. Подобные наборы являются зачатками развития юной хозяйки семейного очага и приучают девочку к домашним обязанностям.

Если ребенку надоела игрушка, спрячьте ее на некоторое время, а потом сделайте ребенку сюрприз, напомнив о потерявшемся друге, придумайте новую игру или роль для игрушки. Таким образом вы научите ребенка не бросать «старых друзей» и поможете его воображению развиваться.

Выбирая игрушку, не забывайте, что она должна вызывать положительные эмоции у ребенка, способствовать формированию верного представления об окружающем мире и хорошего вкуса. Именно поэтому не рекомендуется покупать зеленого слона или ужасное чудовище из мультфильма. Обращайте внимание и на развивающие игрушки. Игрушка должна способствовать закреплению уже освоенных навыков у ребенка и развитию новых навыков и умений. Помните, что умный выбор игрушки - это умный ребенок!

Обратите внимание, что возрастные рекомендации не всегда могут соответствовать уровню развития ребенка. Все детки развиваются по-разному и, соответственно, будучи одного возраста, могут иметь совершенно разные интересы в играх. Следите за своим ребенком, прислушивайтесь и присматривайтесь к тому, что ему нравится, чем он интересуется. Растите, играйте, развивайтесь и радуйтесь жизни вместе со своим ребенком! ☺





ТИПЫ ОЖИРЕНИЯ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЯ

ЭПИДЕМИЯ ОЖИРЕНИЯ

Одно из самых часто встречаемых хронических заболеваний в мире - ожирение. Его распространённость настолько велика, что приобрела характер неинфекционной эпидемии.



По сведениям ВОЗ, опубликованным в 2003 г., около 1,7 млрд человек на планете имеют избыточную массу тела или ожирение. Чаще всего оно встречается в США, Германии и Канаде; лидирующее положение занимают США: 34% взрослого населения в этой стране имеют избыточную массу тела и 27% - ожирение.

СИТУАЦИЯ В РОССИИ:

Результаты эпидемиологических исследований, проведённых в России, позволяют предположить, что в настоящее время не менее 50% трудоспособного населения нашей страны имеет избыточную массу тела и 30% - ожирение.

ЧТО ТАКОЕ ОЖИРЕНИЕ? ОСЛОЖНЕНИЯ на системы и органы человека

Ожирение - это избыточное отложение жира в подкожной клетчатке и других тканях организма.

1

Сердечно-сосудистая система

Сердечно-сосудистая система страдает в первую очередь. Происходит отложение жира вокруг сердца и в стенках кровеносных сосудов. Постепенно снижается способность сердечной мышцы выталкивать кровь в крупные сосуды, развивается жировая дистрофия главного «мотора» нашего организма. У тучных больных в 2-3 раза чаще возникают артериальная гипертония и ишемическая болезнь сердца.

2

Дыхательная система

Жировая клетчатка «подпирает» диафрагму изнутри, в результате чего больные ожирением не могут дышать полной грудью, их дыхание поверхностное. Это, в свою очередь, является фактором риска развития бронхитов и пневмоний. Тяжелее всего они протекают у курильщиков. Сниженное поступление кислорода в кровь приводит к кислородному голоданию мозга, развивается патологическая сонливость (синдром Пиквика).

3

Желудочно-кишечный тракт

Возникают проблемы на всей протяжённости ЖКТ - от стоматитов до геморроя. Из-за растянутости и слабости передней брюшной стенки все органы живота, в основном, желудок, опускаются вниз и растягиваются. Страдает моторика кишечника, отсюда метеоризм и запоры.

Происходит жировое перерождение печени и поджелудочной железы. Почти у половины тучных людей диагностируется холецистит, иногда с образованием камней. Желчекаменная болезнь у таких пациентов возникает в 6 раз чаще, чем у людей с нормальным весом.

4

Выделительная система

Почки страдают вследствие нарушения водно-солевого обмена. Происходит задержка воды, а с мочой выводится большое количество кристаллов уратов и оксалатов (солей мочевой и щавелевой кислоты).

Может развиваться мочекаменная болезнь.



5

Костно-мышечная система

Скелет, связки и мышцы испытывают дополнительную, иногда даже двойную, нагрузку. Развиваются заболевания, связанные с нарушением питания костей и хрящей, - остеохондроз, артриты. Из-за растягивания кожи и увеличения объёма подкожной клетчатки в поверхностных капиллярах развиваются застойные явления. Нарушается отток лимфы.

Формируется варикозное расширение подкожных вен нижних конечностей.



6

Эндокринная система

В первую очередь страдает поджелудочная железа. Из-за метаболических нарушений клетки организма постепенно перестают «слышать» сигналы инсулина. А ведь для того, чтобы в клетку вошла глюкоза, необходимо, чтобы инсулин соединился со специальным рецептором. Создается парадоксальная ситуация - в крови высокий уровень и глюкозы, и инсулина, а клетки «голодают». Сахарный диабет II типа (инсулин-независимый) не зря называют «диабетом тучных». Он развивается примерно у 25% пациентов с избыточным весом.

Нарушается гормональный баланс организма, страдает щитовидная железа, а также яички и яичники.



УЗНАЙ БОЛЬШЕ
КАК БЫТЬ ЗДОРОВЫМ
www.takzdorovo.ru
8 800 200 0 200

Дать шанс здоровью!
Можешь только ты!