

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

ЗДОРОВЬЕ



АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№2 (158) ФЕВРАЛЬ 2016



Медицинская профессия и общественное признание...



Мне почему-то ярко запомнился один эпизод еще в период моей работы в Целинной районной больнице. (Тогда была вспышка ОРВИ, и тяжелых детей было много. Детское и инфекционное отделения были заполнены. Чтобы справиться со сложной ситуацией, привлекли краевых специалистов. Дни и ночи были невероятно напряженными... Не всем удалось помочь...).

Учительница, которая находилась в детском отделении вместе с больным ребенком, сказала: *«Мы тут поговорили с мамочками, которые лежат в отделении вместе с тяжелыми детками, и думаем, что только тот может огульно обвинять медиков, кто не видел и не представляет всех сложностей этой работы. Я нисколько не умаляю ответственности и напряжения своего труда - труда учителя... Но как только у вас, медиков, хватает сил на такую самоотдачу!..»*.

И в те дни всему коллективу такое понимание, уважение было очень важными, чтобы не впасть в отчаяние, собраться с силами и снова и снова бороться за здоровье и жизнь детей.

Думаю, медицина - это одна из немногих профессий, которая связана с постоянным риском, напряжением, эмоциональным выгоранием. А отношение к медикам в обществе всегда - некий индикатор состояния самого общества. Часто цитирую Ию Андреевну Егорову - выдающегося врача-хирурга и неравнодушного человека, которая буквально с первого выхода нашего журнала до своего ухода была нашим постоянным автором, участником организуемых журналом мероприятий, дискуссий: «Борьба за бережное отношение врачей к себе и привлечение общественности к охране их здоровья - это не только законное проявление заботы о враче, как о любом человеке, но в конечном счете - это улучшение медицинской помощи населению, это борьба за здоровье и продолжение жизни сотен и тысяч людей».

Какая глубокая мысль...

Безусловно, врач, медицинская сестра часто и заслуженно слышат слова благодарности от своих пациентов. Медиков отмечают ведомственными и государственными наградами. В крае уже несколько лет проводится конкурс на звание «Лучший врач», «Лучшая медицинская сестра». Но согласитесь, что врач, который получил признание не только в профессиональном сообществе, но и в обществе, - имеет признание иного уровня.

Для меня таким примером общественного признания, именно ОБЩЕСТВЕННОГО, стало решение о награждении Попечительским советом краевого Демидовского фонда (как член Попечительского совета, вице-президент фонда, благодарна коллегам за поддержку предложения) - доктора медицинских наук, профессора, члена-корреспондента РАМН, заслуженного деятеля науки РФ, лауреата Государственной премии СССР **Зиновия Соломоновича Баркагана**.

«Прославляющий Алтай» - именно в этой номинации в 2005 году он был отмечен как выдающийся врач, ученый, гражданин. То, что общественная организация «Демидовский фонд», которая вручала гуманитарные Демидовские премии представителям творческих профессий в номинациях: литература, музыка и исполнительское искусство, изобразительное искусство, история и архитектура, - отметила своей самой высокой наградой именно медицинского работника, - лишний раз свидетельствует тому, что медицина - это такая область человеческой деятельности, в которой сочетаются не только специальные навыки, профессионализм, особые человеческие качества, но и искусство, именно искусство врачевания!

Очень показательно, что решение Попечительского совета о присвоении Зиновию Соломоновичу Баркагану гуманитарной Демидовской премии «Прославляющий Алтай» почти 500 человек участников церемонии встретили стоя, продолжительными овациями!!!

Основатель Музея истории медицины у нас в крае врач Иван Генрихович Беккер также отмечен Демидовским фондом в номинации «История» за свою общественную деятельность. Музей в прошлом году переехал из г. Рубцовска в Барнаул и размещен, по инициативе ректора И.П. Салдана, в Алтайском медицинском университете. Убедена, что к этому уникальному музею интерес жителей края только возрастет, а его коллекции пополнятся новыми экспонатами. Медицина является неотъемлемой частью истории развития Человечества. Истории нашей цивилизации.

Разделяю мнение большинства коллег, что по отдельным, случайным в профессии, специалистам нельзя судить о профессиональном сообществе в целом. Но цена таких случаев, конечно, велика - и как частная драма, и как серьезные репутационные издержки для системы здравоохранения в целом. Как один из путей решения вопросов достойного медицинского обеспечения в конкретном населенном пункте, в конкретном лечебном учреждении вижу создание общественных (попечительских) советов при ЛПУ. Возможно, системное, открытое обсуждение проблем охраны здоровья, их осмысление и понимание и медиками, и представителями общественности, выработка совместных путей их решения помогут избежать многих, порой трагических, последствий, наладить так необходимое партнерство медицины и общества, содействовать формированию осознания важности распространения здорового образа жизни, постоянного внимания каждого к собственному здоровью.





3

**Результат
соответствует
мировым
стандартам**



25

**Гигиенические
основы занятий
спортом**



31

**Здесь знают цену
минутам - часто
она стоит жизни**



35

**Можно ли жить
без стресса?**

На обложке: Александр Александрович РУМЯНЦЕВ, заведующий онкологическим отделением Алтайской краевой клинической детской больницы.

Фото Ларисы Юрченко

И.В. Бахарева. Коварная пневмония	2-3
Т.Л. Гонопольская. Не бойтесь обсуждать с врачом свои проблемы... ..	4-5
А.А. Румянцев. Результат соответствует мировым стандартам	6-8
ШКОЛА ОНМК	
С.А. Федянин. Чтобы уберечь себя от катастрофы	9-11
И.Г. Беккер. Учить будущих врачей истории	12-13
ПОБЕДИМ СВОЙ СТРАХ!	
Ю.Н. Димитриади. Как питаться, чтобы не появился рак	14-15
ШКОЛА РЕАБИЛИТАЦИИ ДЦП	
Д.В. Паршин. Подходы к лечению ДЦП	16-17
КОРОНАРНЫЙ КЛУБ	
П.А. Ермолин. Возможности лечения ИБС	18-20
СПОРТ ВО ИМЯ ЖИЗНИ	
Только без рук	20
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ	
Н.А. Вишнякова. Желчекаменная болезнь	21-22
М.А. Добрынина. Грыжи	23-24
СПОРТ ВО ИМЯ ЖИЗНИ	
Е.А. Бойко. Гигиенические основы занятий спортом	25-27
ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА	
Т.М. Черкасова, О.В. Невская. Поддержка грудного вскармливания	28-30
Здесь знают цену минутам - часто она стоит жизни	31-32
Ищем контакт	32-33
Теперь можно лепить десну будто из пластилина	34
Е.С. Сандал. Можно ли жить без стресса?	35-36
СПОРТ ВО ИМЯ ЖИЗНИ	
Упражнения на босу	37
Н.Д. Пругова. Чтобы ваш малыш появился в срок	38-40
Важные открытия в 2015 году	40-41
СПОРТ ВО ИМЯ ЖИЗНИ	
Дыхательные практики против аллергии, усталости и тревожности	42
Шесть упражнений для красивого бюста	43-44



Коварная пневмония

Возвращение к разговору об инфекционных пневмониях связано с сезонным характером этого заболевания и его связью с гриппом и ОРВИ.

Как не дать одной болезни стать осложнением другой, как уберечь от этого своих детей и родителей

- на эти и другие вопросы отвечает Ирина Владимировна БАХАРЕВА, кандидат медицинских наук, главный пульмонолог Алтайского края, консультант-терапевт Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности.



- Ирина Владимировна, какая связь между гриппом и пневмонией? Почему в дни эпидемии гриппа и ОРВИ опасность пневмонии особенно очевидна?

- Напомню, что **пневмония - это острое инфекционное заболевание**. Чаще всего оно имеет бактериальную природу. Может возникать и вирусная пневмония. Но **чаще болезнь начинается как вирусная, затем к ней присоединяется бактериальная составляющая**. Предшествующее заболевание гриппом или ОРВИ может и не быть, но возможно. Верно и обратное: не у каждого переболевшего ими случается пневмония. Поэтому выделяется группа людей, которая имеет большую опасность заболеть, - группа риска. Это - *маленькие дети до трех лет, пожилые люди, страдающие хроническими заболеваниями* (сахарным диабетом, болезнями системы кровообращения, дыхательной системы). Эти люди вообще больше подвержены всевозможным инфекциям. Поэтому в период эпидемии гриппа, если они заболевают, большая вероятность у них переболеть и пневмонией. Сказывается совокупное состояние организма, когда человек особенно уязвим. Очевид-

но, что в зимний период в зону риска по этому заболеванию попадают также *больные ХОБЛ, бронхитами, бронхиальной астмой*.

Что касается гриппа этого года - гриппа группы «А» H1N1, то он имеет большое влияние на лёгочную ткань. И поэтому такое осложнение, как пневмония, для этой категории гриппа более характерно. Учитывая, что опыт встречи с этим гриппом уже был получен в 2009 году, врачи понимали опасность роста заболеваемости пневмонией и постарались быть готовыми к этому.

- Своевременность обращения к врачу и успешность последующего лечения - насколько связаны эти факторы?

- Связь совершенно очевидная. **Своевременное обращение к врачу - это один из главных факторов для успешного лечения любых заболеваний**. Особенно это значимо при острых заболеваниях, когда важную роль играют именно первые часы, - грипп и пневмония. То есть больной должен получить назначения противовирусной или противобактериальной терапии специалистом в первые четыре часа после появления признаков болезни.

- Можно выделить признаки пневмонии, при которых надо буквально бежать к врачу?

- Признаки пневмонии, как и у любой другой болезни, могут варьироваться. Конечно, идеальный вариант диагностики - это **рентгеновское обследование**. Стандарт пневмонии проявляется несколькими признаками: *острое повышение температуры* (свыше 38°C), *кашель с мокротой, одышка, боль в грудной клетке*. Надо понимать, что не всегда симптомы совпадают с классической картиной. Особенно это характерно для пожилых людей, имеющих несколько хронических заболеваний. У таких пациентов пневмония может начинаться с нетипичных признаков: *потливость, нарушение сна, прочие психические симптомы*.

Это местные симптомы, которые свидетельствуют о поражении лёгочной ткани, но при пневмонии существуют еще и общие симптомы, которые характеризуют все инфекционные процессы. Это - *интоксикация, вялость, потливость, отсутствие аппетита, недомогание*.



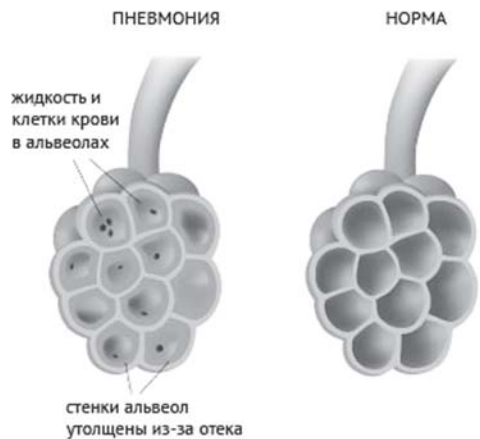
Лечение пневмонии проводится только антибиотиками, которые без рецепта в аптеке не купишь. Если человек откладывает обращение к врачу, значит, затягивает начало лечения, а мы уже выяснили, что успех лечения - раннее назначение антимикробной терапии.

- После выхода из острого периода, выписки из стационара человек должен соблюдать определенные правила жизни или он полностью здоров?

- Если речь идет о маленьком ребенке, то часто пневмония, к сожалению, накладывает отпечаток на всю его оставшуюся жизнь. Так, если ребенок перенес пневмонию в возрасте до года, следствием могут стать сформировавшиеся бронхоэктазы, гнойные заболевания. Если переболел взрослый человек, страдающий ХОБЛ, частота воспалительных процессов вырастет. Что касается последствий пневмонии, решающее значение будет иметь первый год после перенесенной болезни. В течение года будет высоким риск развития сердечных осложнений, инфарктов, инсультов, обострения хронических заболеваний.

Основные правила после перенесенной пневмонии: 2-3 месяца избегать переохлаждения, тяжелого труда на морозном воздухе, глубокого вдыхания холодного воздуха, необходимо следить за пульсом, давлением, предупреждая тем самым развитие тахикардии, миокардита, следить за дыханием, чтобы не пропустить возникновение одышки. Как правило, пневмония разрешается в течение полугода, на такой срок после выписки из стационара, после амбулаторного лечения могут оставаться рентгеновские симптомы. Поэтому через полгода, а потом через год необходимо сделать контрольную рентгенограмму. Учитывая, что возможны осложнения со стороны сердца, системы кровообращения, через полгода надо сделать кардиограмму, анализ крови, чтобы исключить так называемые затяжные пневмонии.

Есть примеры, когда многие системные заболевания, не имеющие отношения к пневмонии, могут про-



текать под ее маркой. Поэтому *дважды обследоваться - через полгода и через год после перенесенного заболевания - важно, чтобы не пропустить другую болезнь.* Если сохраняются одышка или кашель, то желательно сделать дополнительно спирометрию, посмотреть функцию внешнего дыхания.

- Одна эпидемия гриппа прошла. Как прийти к следующей более подготовленным? Как защитить себя и детей от пневмонии?

- Во всем мире принято вакцинирование пневмококковой вакциной. В нашей стране в национальный календарь включены только прививки маленьких детей. Доказательством эффективности вакцинации можно считать то, что дети практически не болеют пневмониями.

В этом году прививки от гриппа попали в цель - ожидался именно грипп H1N1. Чем более иммунная прослойка в обществе, тем меньше масштабы случившейся эпидемии. На сегодня иммунизация достигает 30-35 процентов населения.

Таким образом, если говорить о профилактике гриппа и пневмонии, лучший способ - своевременная иммунизация. ☺

Что касается последствий пневмонии, решающее значение будет иметь первый год после перенесенной болезни. В течение года будет высоким риск развития сердечных осложнений, инфарктов, инсультов, обострения хронических заболеваний.

Не бойтесь обсуждать с врачом свои проблемы...



**Школу здоровья
Диагностического
центра Алтайского
края ведет
заведующая
консультативным
отделом Центра,
врач-акушер-
гинеколог высшей
квалификационной
категории, кандидат
медицинских наук
Татьяна Леонидовна
ГОНОПОЛЬСКАЯ.**

Считаю очень правильным, что в аптеках сейчас не купить антибиотики и анальгетики без рецепта врача. Это стимулирует население в случае неэкстренной помощи обращаться за квалифицированной медицинской помощью, а не лечиться как и чем попало. И если раньше самолечение можно было списать на безграмотность людей, то современные реалии - это мнимая «Интернет-грамотность».

Всё чаще от своих пациентов я слышу: «Посидел в Сети, сопоставил симптомы, сделал выводы и сам себе поставил диагноз...». А дальше социальные медиа и сочувствующие граждане на форумах помогают подобрать лекарства, чтобы избавиться от «недуга». В результате человек нередко попадает к врачу с уже запущенной формой заболевания.

В моей практике был такой случай. На прием пришла молодая женщина. Несколькими годами ранее во время дойки корова ударила ее в грудь. Синяк и гематому она лечила капустным листом, травой крохоблюшкой, всем, что советовали

соседки. Так прошло два года... После обследования выяснилось, что у нее рак молочной железы уже третьей степени. И если первая, вторая степени онкологии молочной железы поддаются успешному лечению в 70% случаев, то третья и четвертая степень - уже приговор.

Интернет - это скопление важной и полезной информации, без него сложно представить жизнь современного человека. Однако **Сеть не сможет заменить общения со специалистом и квалифицированную диагностику.**

Пропаганда и информирование о процессе лечения, здоровом образе жизни, симптоматике опасных заболеваний являются важным направлением работы Диагностического центра Алтайского края. За один только день Центр посещают около четырех тысяч человек. Здесь работают высококлассные специалисты, которых знают, которым доверяют. Они-то и станут ведущими Школы здоровья, девиз которой: «Просто - о сложном!» Наша задача - не только проинформировать, но и напомнить об обязательном правиле: **за консультацией и лечением обязательно обращаться только к специалисту!**

Тема Школы здоровья - маммология

Рак молочной железы у женщин находится на первом месте в перечне онкологических заболеваний. И в Алтайском крае эта печальная статистика выше, чем в среднем по России. Однако меньше всего хочется пугать. Знаю, что многие женщины, почувствовав, что с грудью что-то не так, боятся услышать страшное... Вдумайтесь: по статистике, женщина откладывает визит к врачу после обнаружения первых тревожных



симптомов - целых два года! Но ведь лучше узнать своевременно диагноз и начать процесс лечения, чем жить в неведении и упустить драгоценное, спасительное время.

Не нужно бояться! Из всех случаев заболеваний молочных желез более 90% - это различные формы мастопатии и только 4-5% - онкология.

Рак молочной железы опасен тем, что развивается безболезненно и бессимптомно. Поэтому **после 40 лет женщина должна в обязательном порядке один раз в год проходить маммографию.** Это метод, который позволяет получить наиболее полную и качественную информацию о состоянии молочных желез. Современные маммографы - дорогостоящая техника, поэтому, если вы обращаетесь в клинику, удостоверьтесь, что вам делают именно маммографию, а не УЗИ. Нелишним будет поинтересоваться квалификацией врача, так как расшифровка снимков требует довольно высокого уровня знаний.

Самообследование как часть профилактики

Нужно внимательно прислушиваться к своему организму. **Рекомендуем вам 1 раз в месяц проводить самообследование.** Это займет всего несколько минут.

Изменения в молочной железе визуально лучше видны, если **проводить самообследование в различных положениях:**

- **встаньте перед зеркалом.** Визуально осмотрите внешнюю форму груди, ее состояние: кожу, соски;

- **поднимите руки вверх.** Осмотрите грудь спереди, а затем с обеих сторон;

- **в положении стоя** надавите на грудь;

- **далее** тремя средними пальцами - по часовой стрелке;

- **сожмите каждый сосок**, немного оттянув его, - это необходимо для того, чтобы понять, выделяется ли жидкость.

Далее самообследование проводится *лежа на спине.*



- **Одну руку поднимите вверх,** можете завести ее за голову.

- Мягко, подушечками 2-4 пальцев другой руки **ощупайте наружную часть молочной железы снизу вверх.** Особое внимание обратите на область между молочной железой и подмышечной впадиной - здесь осматриваются лимфоузлы.

Причины развития злокачественной патологии груди пока неизвестны, можно лишь говорить о **факторах риска. Это:**

- травмы молочной железы,
- наследственность,
- неправильный образ жизни,
- стресс,
- аборт,
- отсутствие родов,
- отсутствие процесса кормления ребенка грудью,

- а также ряд других причин.

Поэтому, чтобы сохранить женское здоровье, занимайтесь спортом, ведите здоровый образ жизни и правильно питайтесь. Дорогие женщины, помните, что особенно женская грудь любит период лактации. Так, во время кормления грудью сами собой проходят многие заболевания. Носите правильное белье, не реже 1 раза в год посещайте специалистов - гинеколога, маммолога. ☺

**Не бойтесь
обсудить с врачом
свои проблемы
и будьте здоровы!**

КОНТАКТНЫЕ ТЕЛЕФОНЫ

**КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края»:
(3852) 24-32-90 - справочная,
(3852) 250-400 - единый номер регистратуры.
Адрес: г.Барнаул, пр.Комсомольский, 75а**

На правах рекламы





Результат соответствует мировым стандартам

Встречаясь с болезнью, ребенок становится взрослее, потому что борется за свое здоровье.

Тем более это относится к маленьким пациентам онкологического отделения Алтайской краевой клинической детской больницы, одного из сложнейших отделений не только в структуре этого лечебного учреждения, но в целом в медицине.

Об отделении рассказывает его заведующий **Александр Александрович РУМЯНЦЕВ**, главный внештатный детский онколог-гематолог Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности, кандидат медицинских наук, врач высшей квалификационной категории. Он возглавляет отделение с 2012 года:

- Отделение онкологическое для детей КГБУЗ «АККДБ» - единственное в Алтайском крае и городе Барнауле, где получают лечение дети с онкологическими и гематологическими заболеваниями; развернуто 30 коек. Гематологическое отделение для детей было открыто в 1975 году на базе детской городской больницы №1, с 21 апреля 1984 года работает в составе АККДБ. В 2013 году после капитального ремонта и переоборудования отделения, а также в связи с ростом детской онкологической патологии, отделение

- В отделении онкологическом для детей АККДБ работают четыре врача, имеющие по несколько специализаций (по педиатрии, гематологии, трансфузиологии, детской онкологии, детской хирургии). Все медицинские сестры нашего отделения имеют высочайшую профессиональную квалификацию.

переименовано в отделение онкологическое для детей.

- Можно выделить возраст, в котором дети наиболее уязвимы для этой группы заболеваний?

- Мы говорим об очень разноплановой группе болезней. Поэтому выделять какой-то «критический возраст» у детей будет неправильно. Для одних заболеваний могут выделяться возрастные периоды, в которых они чаще встречаются, для других - таких возрастных рамок не существует, и они могут возникнуть в любом возрасте. Так, например, **железодефицитная анемия** - самая частая у детей до года (70% всех анемий), второй пик заболеваемости - у подростков, чаще - девушек. В то же время **тромбоцитопеническая пурпура** встречается в любом возрасте.

Злокачественные опухоли детского возраста кардинально отличаются от опухолей «взрослых»: примерно половину всех опухолей у детей составляют **гемобласты** (лейкозы, злокачественные лимфомы), среди солидных новообразований большую часть составляют **эмбриональные опухоли** (нейробластома, нефробластома, рабдомиосаркома, ретинобластома и т.д.), закладка которых происходит во время беременности.

Острый лимфобластный лейкоз чаще встречается у детей дошкольного и младшего



школьного возраста, но есть это заболевание и у подростков, и у молодых, и у взрослых людей. В то же время наиболее благоприятный возраст для достижения ремиссии - от 2 до 10 лет. **Эмбриональные опухоли являются врожденными и в основном диагностируются в первые месяцы и годы жизни**, реже - внутриутробно и при неонатальном скрининге. Однако периодически данные опухоли выявляются у подростков и взрослых. Вопрос о том, что стимулирует рост эмбриональной опухоли, особенно у взрослых пациентов, - остается открытым.

Подчеркну, что необходимую терапию наши пациенты получают по современным международным протоколам. Онкология - весьма консервативная специальность, которая не любит метаний и излишних экспериментов. Назначаемые препараты токсичны, и нужно четко соблюдать режим их введения, чтобы достичь положительного результата.

- Можно ли говорить о полном излечении?



- Излечение есть - мы это называем ремиссией: состояние вне заболевания. При этом мы не исключаем, что болезнь может вернуться. Ремиссия может длиться годами. Говорить о полном выздоровлении... Есть мнение, что если через пять лет опухоль не вернулась, значит, пациент полностью излечился. В детской онкологии мы очень осторожно относимся к этому утверждению. **Контроль за состоянием здоровья должен быть постоянным. Дети, находящиеся в стойкой и длительной ремиссии, наблюдаются до 18 лет, а затем эту «эстафету» принимают онкологи взрослой сети.**

- Можно ли предупредить развитие опухоли?

- Предупредить развитие опухоли у родившегося ребенка вряд ли удастся, но снизить риск развития опухоли возможно еще на этапе планирования беременности - это соблюдение здорового образа жизни родителями, теплые (исключающие стресс) отношения в семье. Есть масса работ и рекомендаций по коррекции иммунитета. Но мы слишком мало знаем о работе иммунной системы, чтобы, вмешиваясь в те или иные его звенья, профилактировать развитие опухоли. Наоборот, *бездумное подавление или стимуляция различных звеньев иммунитета может привести к возникновению злокачественного заболевания.* Ежедневно в организме любого человека образуются тысячи и миллионы атипичных клеток, то есть не свойственных нашему организму. Наш иммунитет эти клетки определяет (по принципу «свой-чужой») и уничтожает. Но вдруг по какой-то причине иммунная система начинает считать, что это «свой» клетки - и их не надо уничтожать. Тогда опухоль начинает расти. В поддержку этой теории есть случаи так называемого спонтанного самоизлечения. Пациент с достоверно диагностированной опухолью (какой угодно), который «не ответил» на лечение, уехал домой. Но опухоль позже прошла. Почему? Может быть, иммунитет в какой-то момент начал работать так, как он должен работать. И нашел массу клеток, которые ему чужды, и они были уничтожены. Это - теория, но достоверно механизм развития опухоли мы не знаем.



- Кто в группе риска?

- Четко проследить группы риска у детей, как это делается у взрослых, не удастся. Есть группы с отягощенным семейным опухолевым анамнезом. Есть опухоли, которые передаются по наследству. В этом случае риск развития злокачественного новообразования у ребенка повышается в разы. Большой вред, возможно, оказывают вирусные инфекции, которые могут быть у матери. В частности, вирус герпеса, Эпштейн-Барр вирус, вирус папилломы человека могут стимулировать развитие онкологического заболевания у ребенка. Это вирусная теория развития опухоли.

- Когда мы говорим об онкологических заболеваниях, своевременность их выявления играет особую роль. Какие советы можно дать родителям, чтобы те забили тревогу и пришли на прием к врачу вовремя?

- Обязательно обратиться к детскому онкологу-гематологу стоит в случаях, если вы заметили, что **ребенок без видимых причин стал терять в массе или у него появился некупирующийся кашель, который не связан с банальным воспалением, появились видимые или определяемые рукой в животе опухолевидные образования.** Лучше все вопросы на первом этапе решать с самым главным детским доктором - педиатром. Он подготовлен для решения врачебной задачи - и обязательно направит на нужное обследование. В арсенале современных врачей есть самые разные методы, и

- Мы учимся всю жизнь: столько, сколько работаем. В медицине постоянно появляется что-то новое. Детская онкология развивается очень активно. В нашем отделении процент ремиссии лейкозов составляет порядка 80-85% - это весьма достойно даже на европейском уровне. Достаточно сказать, что в лучших клиниках Германии этот показатель составляет 85-90%.



необходимы ли они ребенку, - должен определять специалист, а не родители.

Родителям надо прийти к врачу и в случае изменения поведения маленького ребенка: **он перестал кушать, стал худеть, его «беспричинно» лихорадит, изменилась походка, утрачиваются приобретенные навыки, появилась беспричинная рвота.** Если у него **увеличены лимфоузлы, увеличился живот,** - надо также спешить к педиатру. При исключении «обычной» патологии необходим осмотр узких специалистов. В крае, к сожалению, нет постоянного амбулаторного приема детского онколога. Врачей нашей специальности катастрофически не хватает.

- Виной всему - большая психологическая нагрузка?

- Да. На врачах, и детских онкологах в том числе, лежит большая ответственность, эта работа тяжелая, но при этом не престижная.

- Как меняется оснащенность отделения, что удалось приобрести в последнее время?

- После капитального ремонта и переоснащения отделения в 2013 году (было затрачено около 15млн.рублей) у нас появилась приточно-вытяжная вентиляция, все палаты в отделении на 2-3 койки, появились ПИТ (палаты интенсивной терапии), которые оснащены гепафилтратми (профилактика инвазивных бактериальных и грибковых инфекций), кислородной подводкой. Закуплено новое медицинское оборудование (мебель, инфузионные насосы различных модификаций, противопролежневые матрасы и т.д.). Большую помощь в закупке инфузوماتов нам оказали благотворители.

- Насколько необходимо для нормального функционирования отделения участие в его жизни благотворительных фондов?

- Для нас это очень важно. Оказывается помощь как в материальном, так и психологическом плане. **Психологический настрой имеет огромное зна-**

чение. Если родители и ребенок позитивны, имеют веру и надежду на выздоровление, то у них лучше проходят курсы химиотерапии, возникает меньшее количество осложнений. От родителей зависит многое. Ребенок отражает реакцию родителей на свою болезнь. Те, кто в себе замыкается, - чаще болеют, чаще дают осложнения и вообще в целом хуже переносят лечение. Мы стараемся детей выписывать на перерывы. Даже три или пять дней нахождения дома - это огромный психологический эффект для ребенка.

Важным фактором нашей успешной работы является **тесное взаимодействие с врачами других отделений нашей клиники.**

Дети, страдающие таким тяжелым недугом, как злокачественная опухоль, всегда имеют нарушение работы различных органов и систем организма, и без участия в процессе диагностики и лечения врачей смежных специальностей (анестезиологи-реаниматологи, детские хирурги, ортопеды, эндокринологи, пульмонологи, нефрологи, гастроэнтерологи, кардиологи, неврологи, неонатологи, врачи диагностических служб, реабилитологи, психологи) многопрофильной больницы мы никогда бы не достигли имеющихся результатов. Таким образом, достижения современной медицины, самоотверженный труд врачей и среднего медицинского персонала позволяют добиться ремиссии у большинства пациентов. Примером успешной борьбы с болезнью является достижение стойкой ремиссии с IV стадией заболевания.

- Есть у вас профессиональная мечта?

- Глобальная профессиональная мечта врачей всех специальностей, которая идет с нами на протяжении тысячелетий, - получить панацею, лекарство от всех болезней. А если более приземленно: мы готовы внедрять все современные достижения медицины, которые позволят нам достичь главные цели - возвращения здоровья детям. ☺

Лариса Юрченко



На заметку

Рак связан с работой по ночам

Согласно результатам исследования из Канады, у мужчин, которые работают по ночам, почти в 3 раза выше шансы развития рака предстательной железы, по сравнению с теми, кто работает в дневную смену. У них существует повышенный риск развития рака кишечника, мочевого пузыря, лёгких.



Предыдущие исследования показали, что женщины также могут стать жертвами ночной работы - у них повышен риск развития рака молочной железы. Специалисты предположили, что ночные смены наносят вред организму из-за подавления мелатонина - гормона, вырабатываемого шишковидной железой мозга, который помогает регулировать режим сна и бодрствования. Исследователи изучили 3137 мужчин с диагнозом «рак» и сравнили их данные с данными 500 здоровых мужчин. Было обнаружено, что у тех, кто работает в ночную смену, риск развития рака простаты почти в 3 раза выше и в 2 раза выше шансы развития рака кишечника. Кроме того, те, кто работает ночью, на 76% чаще страдают от рака легких и на 70% больше подвержены риску развития опухоли в мочевом пузыре. Ученые также отметили, что наибольшей опасности подвергаются люди, которые работали по ночам, по меньшей мере, 10 лет.



Чтобы уберечь себя от катастрофы

Инсульт не только становится поворотным моментом в судьбе перенесшего его человека, но и существенно меняет распорядок жизни его близких. Поэтому естественно желание каждого из нас предотвратить беду заранее и разобраться в том, что можно предпринять, чтобы избежать такого сценария событий.

Инсульт - наиболее распространенное заболевание головного мозга. Частота инсультов колеблется в различных регионах мира от одного до четырех случаев на 1000 человек в год, значительно нарастая с увеличением возраста. Так, инсульты у лиц в возрасте 65-74 лет встречаются почти в шесть раз чаще, чем в возрасте 45-54 лет. В России, как и в странах Европы и Америки, ишемические инсульты составляют 70-85% случаев, кровоизлияния в мозг - 20-25% случаев, САК (субарахноидальные кровоизлияния) - 5% случаев. В возрасте 45-54 лет частота ишемического инсульта и кровоизлияния в мозг у мужчин почти в два раза выше, чем у женщин, однако в возрасте 65 лет уже не отмечается существенных различий. САК наблюдается обычно в возрасте старше 20 лет с небольшим преобладанием в возрастной группе 25-50 лет, женщины болеют в 1,5-2 раза чаще, чем мужчины. В последние годы в России ежегодно регистрируются более 400 тысяч инсультов, в крупных городах заболеваемость инсультом достигает 3,4 случая на 1000 населения в год.

Таким образом, большая медико-социальная значимость проблемы инсультов определяется их широкой распространенностью, высокой частотой смертности и инвалидности. В экономически развитых странах смертность от инсульта занимает 2-3-е место в структуре общей смертности. Инсульт занимает первое место среди всех причин инвалидности. В России заболеваемость инсультом и смертность от

него остаются одними из самых высоких в мире. Летальность в остром периоде инсульта достигает 35%, увеличиваясь на 12-15% к концу первого года после перенесенного инсульта. В стране проживает более 1млн. людей, перенесших инсульт, причем 80% из них - инвалиды.

Начнем разговор с обсуждения **первичной профилактики**. *Это профилактика у категории лиц, попадающих в группу риска по развитию данного заболевания, но у которых инсульт еще не случился.* Здесь можно выделить два направления действий. Первое - это **массовая стратегия**. Здесь большие возможности кроются в развитии пропаганды здорового образа жизни, занятий спортом, сбалансированного питания, отказа от вредных привычек и т.д. Большая роль в этом процессе принадлежит СМИ. И результаты этой работы очевидны: растет число людей, активно проводящих выходные дни, катаясь на коньках, лыжах, увлеченных скандинавской ходьбой. Действительно, если нормализовать питание, усилить физическую активность, можно успешно профилактировать до 50% случаев возникновения инсультов.

Первичная профилактика подразумевает еще и **индивидуальную стратегию**. По данному направлению должна быть налажена целенаправленная работа с теми людьми, которые имеют дополнительные факторы риска. В частности, к этой группе относятся лица, у которых выявлена *артериальная гипертензия (АГ)*. Очевидна распрост-



Сергей Александрович ФЕДЯНИН,

заведующий отделением острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК), КГБУЗ «Краевая клиническая больница», кандидат медицинских наук, доцент кафедры нервных болезней, Алтайский государственный медицинский университет



Региональный сосудистый центр

◀ раненность этого заболевания. Также очевидно и то, что 30-40% людей могут не знать о том, что они страдают повышенным артериальным давлением (АД). Здесь большую помощь врачам оказывают диспансеризация, периодические профилактические осмотры и назначенная по результатам обследования антигипертензивная терапия. АД - наиболее важный корригируемый фактор риска инсульта. Так, снижение диастолического на 8-10мм рт.ст. в условиях длительной гипотензивной терапии уменьшает в 2 раза частоту развития инсульта. Нужно понимать, что целевыми цифрами артериального давления считаются параметры ниже 140 на 90. Существуют определенные аспекты, когда целевое давление можно считать другим (при наличии сахарного диабета, хронической болезни почек, у пожилых пациентов). Даже единичные эпизоды подъема АД выше указанных параметров должны быть поводом для наблюдения врача: скорее всего, у данного пациента будет выявлена артериальная гипертензия. При установке данного заболевания будет необходима медикаментозная и немедикаментозная коррекция: врач дает рекомендации, касающиеся физической активности, диеты, и назначает лекарственные препараты.

К сожалению, признаком современного общества стало большое количество людей, страдающих ожирением или имеющих избыточную массу тела. **Нормализация веса** - также одно из основных направлений первичной профилактики инсультов. Избыточный вес в разы увеличивает риск развития инсульта, инфаркта миокарда, сахарного диабета второго типа. Хорошо известно *правило расчета индекса массы тела (ИМТ): вес (в кг) разделить на квадрат роста (в м)*, и если полученный результат отличается от нормы (ИМТ = 18,5-24,9), то необходимы соответствующие мероприятия для его коррекции. Снижение избыточной массы тела всего на 5-10кг может привести к существенному снижению повышенного АД. Кроме диеты, для снижения массы тела важное значение имеют регулярные физические нагрузки (занятия спортом, пешие прогулки), интенсивность которых индивидуальна и должна быть согласована с врачом.



Отмечу, что распространенность **сахарного диабета** колоссальна. Даже если такой диагноз не поставлен, у многих людей уже может быть выявлено изменение углеводного обмена в виде нарушения толерантности к глюкозе. В этих случаях, если придерживаться диеты, добиться снижения массы тела, увеличить физические нагрузки, то реально на несколько лет отсрочить появление сахарного диабета и фактически изменить свой жизненный сценарий. А если сахарный диабет - уже ваш диагноз, то коррекция питания и образа жизни обязательны, потому что риск развития инсульта, инфаркта у таких пациентов в несколько раз превышает риск у других людей.

Существенно повышен риск развития инсульта при установленном **атеросклеротическом поражении артерий, повышенном уровне холестерина**. В данной ситуации диета (при изолированной гиперлипидемии) - одно из направлений действий. При отсутствии эффекта от таковой, а также при наличии дополнительных факторов риска, дополнительно рекомендуется медикаментозная терапия в виде назначения статинов, фибратов и других препаратов, корректирующих липидный обмен.

При высоком риске сердечно-сосудистых событий дополнительно назначаются с профилактической целью так называемые *дезагреганты*: это - аспирин и его различные кишечнорастворимые формы или клопидогрель. *Статины* и дезагреганты в большинстве случаев назначаются пожизненно. Несколько сложнее обстоит ситуация с теми людьми, у которых есть нарушение сердечного ритма, поражение сердечных клапанов и т.д. В таких случаях изолированного назначения антиагрегантов, как препаратов, разжижающих кровь, недостаточно, - таким больным рекомендуют *антикоагулянты*. Наиболее часто назначаемым препаратом, в силу своей доступности, является варфарин (антагонист витамина К). Препарат вступает во взаимодействие со многими лекарственными средствами, требует соблюдения диеты. Его дозировка подбирается индивидуально для каждого пациента по лабораторным показателям крови (МНО). В последнее время в распоряжении врача появились препараты из группы новых пероральных антикоагулянтов. Они значительно более удобны в применении: не требуют соблюдения диеты и регулярного контроля показателей свертываемости крови, поэтому их несколько проще принимать, но стоимость этих лекарственных средств значительно выше.

Наличие выраженных стенозов артерий, превышающих более 50% от общего диаметра, может быть поводом для обращения к ангиохирургам и проведения в дальнейшем эндоартерэктомии - оперативной коррекции этого сосудистого русла.

В тех случаях, когда человек уже перенес инсульт, тактика работы врачей иная, но цель остается прежней - избежать повторения острой ситуации. Если



Спорт во имя жизни

пациент попадает в отделение острых нарушений мозгового кровообращения краевой клинической больницы, мы стараемся обязательно выяснить, какая причина привела к инсульту. Так начинается **вторичная профилактика** - выявление причины произошедшего инсульта, ее устранение или максимальное уменьшение.

Следует учитывать, что ишемический инсульт не однороден по своей природе. Так, может быть *атеротромботический инсульт*, причиной которого являются атеросклеротические поражения сонных артерий и/или артерий головного мозга (нестабильные атеросклеротические бляшки, выраженные стенозы). При этом состоянии обязательно назначаются статины и дезагреганты для стабилизации атеросклеротических бляшек и замедления прогрессирования атеросклероза.

Кардиоэмболический инсульт возникает из-за того, что тромб, сформировавшийся в одной из полостей сердца, с током крови переносится в сосуды головного мозга. В данном случае обязательно назначение антикоагулянтов.

В случае *геморрагического инсульта* с точки зрения профилактики имеют значение два направления действий. Первое - это хирургическое вмешательство, потому что кровоизлияние в мозг может быть связано с имеющимися дефектами сосудов (аневризмами). И второе - коррекция артериального давления, полноценная, постоянная антигипертензивная терапия.

Означает ли это, что после перенесенного инсульта качество жизни человека теряется даже при успешном восстановлении основных функций организма? Ведь теперь необходимо регулярно приходить на прием к врачу, принимать препараты пожизненно... Мы, врачи, встречаемся со многими людьми и убеждаемся в том, что после перенесенного острого состояния они начинают смотреть на свое здоровье иначе - более ответственно. И рационально увеличив физические нагрузки, нормализовав питание, они заметно снижают риски по сравнению с другими людьми. Ответственность за состояние своего здоровья обязательно приводит к положительному результату.

Остановлюсь также на **наследственной предрасположенности к инсульту**. В тех семьях, где есть примеры возникновения инсультов и инфарктов у близких родственников, конечно, потомкам следует уделить больше внимания состоянию своего здоровья, профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, выбрать здоровый образ жизни. Врачебной практикой доказана определенная предрасположенность к ишемическому инсульту, гипертонической болезни, гиперкоагуляции (повышенной свертываемости крови).

Женщинам с наличием факторов риска инсульта (АГ, дислипидемия, мигрень, транзиторная ишемическая атака (ТИА)) не рекомендуется использовать **оральные контрацептивы с высоким содержанием эстрогенов**. Им целесообразно употреблять контрацептивы с низким содержанием эстрогенов или перейти на другие способы предупреждения беременности.



К факторам, повышающим риск острых нарушений мозгового кровообращения, относятся также **курение и алкоголизм**. Курение сигарет повышает риск развития инсульта почти на 40% у мужчин и на 60% - у женщин. Отказ от курения сопровождается постепенным существенным снижением риска инсульта, и через почти 5 лет воздержания от курения этот риск у бывшего курильщика мало отличается от риска развития инсульта у никогда не курившего человека. Злоупотребление алкоголем (регулярное употребление более 70г чистого этанола в день, алкогольные запои) повышает риск развития инсульта, и при прекращении употребления алкоголя этот риск постепенно снижается.

Что касается алкоголизма, то с его последствиями в нашем отделении мы сталкиваемся постоянно. Нередко поступают больные с инсультом, как правило, это молодые люди, несколько дней принимавшие алкоголь. К сожалению, у этих лиц с равной вероятностью развивается как ишемический, так и геморрагический инсульт, что приводит к инвалидизации пациентов или их гибели.

Прием многих наркотических средств (героина, кокаина) также сопровождается повышением риска развития инсульта, а прекращение их приема постепенно его снижает.

Отмечу также, что кровеносные сосуды поддаются тренировке. И если вы регулярно занимаетесь на кардиотренажерах, тем самым вы заботитесь и об их состоянии. Имеет значение, что при этом сжигается и избыточное количество адреналина. Физическая нагрузка приводит к тому, что сгорает глюкоза, укрепляются мышцы. Таким образом **можно нормализовать многие показатели жизнедеятельности организма посредством грамотно организованного тренировочного процесса**, если есть резерв. *Физкультурой надо заниматься систематически и лучше - под присмотром спортивного врача*, что вполне возможно в современных спортивных комплексах. ☺



Учить будущих врачей истории

Музей истории медицины на Алтае «осваивается» по третьему новому адресу - в корпусе АГМУ на улице Папанинцев. Иду первый раз, поэтому пытаюсь найти приметы будущего музея. Вижу аккуратно поставленные на лестнице стенды - всё правильно, верная дорога.

А самым первым адресом музея был больничный корпус в Рубцовске. **Иван Генрихович БЕККЕР**, бессменный инициатор и руководитель.

- Переезд - дело непростое. Нам предстояло найти тысячи коробок, упаковать материалы, архивы. Каждый экспонат - не случайный, у каждого - своя история, а значит, с каждым нужно было обращаться не просто бережно - трепетно.

Помещение, выделенное первоначально на пятом этаже главного корпуса медуниверситета, что называется, забито экспонатами, множество их в подвале еще ждет своей очереди.

- Что помогает не растерять энергию и завтра, и послезавтра, и еще много дней работать в одном направлении до достижения поставленной цели?

- Это реальные факты, которые доказывают: музей нужен студентам и не только им. Они уже знают, что в главном корпусе развернута экспозиция, посвященная подвигу медиков в годы Великой Отечественной войны. Об этом гласит вывеска на входе в корпус. Я сегодня иду по лестнице, а в это время на площадке собирается учебная группа, студенты - друг другу: «Директор музея идет!». Я их не знаю, да и экскурсии в музее еще по-настоящему не организованы. И такое узнавание можно объяснить одним: музей нужен и интересен. Параллельно решаются



многие организационные вопросы.

Хлопотное музейное дело постоянно требует внимания. Когда уезжали из Рубцовска, снимали витражи, гипсовые эстампы, старались ничего не повредить. Справились.

И только понимание важности музея для становления будущих врачей дает силы и стремление выполнить эту задачу до конца. Причем при постоянной поддержке администрации вуза важно участие сподвижников, энтузиастов. Сегодня встречался с командиром студенческого отряда «Ватерпас» Кириллом НИКОНОВЫМ. Молодой парень, у которого достаточно учебных забот, так участливо отнесся к проблемам музея.

Договорились о совместной работе. Есть объединение ветеранов стройотрядов, его возглавляет Евгений ИВАНОВ. Это тоже помощники, совершенно неравнодушные люди. Я предложил правило для ветеранов: отдали жизнь медицине - давайте помогайте музею. Готовится положение о музее и о Совете музея. Когда в дальнейшем будет решаться вопрос о приобретении экспонатов, важно, чтобы решение было коллегиальным.

Мне импонирует, что в свое время ректор института В.М. БРЮХАНОВ заказал портреты всех ректоров - и они у нас теперь есть. Был и такой недавний эпизод. Профессор А.В. ФЕДОРОВ приходит: «Вот тебе подарок от Гитлера», - и протягивает осколок снаряда. Его детство прошло на оккупированной фашистами территории, с неба сыпались вражеские снаряды, а потом мальчишки собирали осколки. Один из них Анатолий Васильевич возил с собой на протяжении многих лет и теперь подарил музею.

Всякие есть мнения о музейной деятельности в вузе, но отрицательных откликов я не слышал ни разу. Напротив, многие предлагают по-



мощь, начали приносить документы, книги. Кстати, о книгах. Сейчас мир переходит на электронику. Есть и другая сторона вопроса - книги недешевы. А люди приходят в музей и предлагают: заберите у нас книги, мы дарим их вам. «С удовольствием!» - другого ответа и быть не может. Нельзя показать жизнь медицинского работника XX века без книг. Наше поколение будет всегда любить и лелеять книгу. По моему мнению, врачу важна возможность читать и перечитывать именно книгу. Надо возвращаться к прочитанному, размышлять. Мы же врачи!

- **Остается время на другую деятельность?**

- Недавно был в Москве на специализации по музейному делу. Силы есть и для общественной работы. Я много лет уже помощник депутата Госдумы, и никто этого не отменял. Я молю Бога, чтобы хватило сил довести обустройство музея до конца. А далее готов передать его молодым. Музей должен быть открыт и для людей, далеких от медицины. Он обязательно должен информировать о правилах жизни, быть воспитателем и пропагандистом здорового образа жизни.

И вторая цель, которую я преследую всё время, сколько занимаюсь историей: мы показываем в залах музея всё, что связано с Алтайским краем.

- **Иван Генрихович, вы - лауреат Демидовской премии*. Что значило для вас ее получение?**

- Это было одно из первых вручений - тогда еще были деревянные медали, а портреты Демидова рисовал один из лучших художников края Василий Рублев. Демидовская премия стала первым фактом признания музея, причем инициатором ее вручения выступила интеллектуальная элита края. И тем значимее премия.

Не могу не привести мнение Ивана Генриховича и о профессии врача. Для того чтобы это услышать, не потребовался отдельный вопрос:

- Медицина - единственная гражданская профессия, в которой при-



нимают клятву. К этой профессии всегда с пристальным вниманием относится любая власть. Почему? Это не только сфера деятельности, которая практически касается всех слоев населения, социально значимая. Но это очень дорогостоящая сфера деятельности, затратная для государства, для общества. За медицину всегда платили деньги - во все века. Их никогда не хватало. Но есть еще один аспект: стоимость оказания конкретной медицинской помощи. Медицина болезненна в плане установки этой цены. Вы пошли к парикмахеру, заплатили за стрижку 300 рублей, а тариф на проведение операции по поводу аппендицита 200 рублей! А сколько должна стоить операция аппендицита? Согласитесь, фактически это несравнимые вещи. Кто эти калькуляции придумывает?

Следующее. Медицина всегда болезненно воспринимается, еще и потому, что она касается лично человека - его организма.

И третье: в медицине определяющее значение имеют личные качества самого человека, как ни в одной другой профессии. Не нужно шельмовать всё медицинское сословие за проступки одного человека. А ведь это очень часто делают наши СМИ.

Есть и другая сторона профессии - незащищенность врачей, и не только правовая, но даже

чисто физическая! Например, Губернатор Кемеровской области Аман Тулеев был вынужден «вооружить» «скорую помощь» электрошокерами. Понятно, что это только часть решения вопроса. Врачей должен защищать закон, как он защищает, например, сотрудников полиции.

Совершенно очевидно, и то, что профессия врача требует постоянного обучения, повышения квалификации, усвоения большого объема информации. И это не только обязанность, но и право медицинского работника. Для этого тоже должны создаваться условия. В этом, а также в большом уровне ответственности за дело рук своих, - тоже отличие профессии врача от прочих сфер деятельности человека.

И снова - о музее:

- У нас обязательно будет работать научный кружок. А пока радуют интерес сотрудников университета, их желание помочь и делом, и экспонатами.

Возможно, в этом и кроется главный источник сил и вдохновения Ивана Генриховича Беккера. Когда твой труд нужен людям, не имеешь права на послабление и остановку. ☺

* прим.ред.: Гуманитарные Демидовские премии вручаются по шести номинациям, в том числе по номинации «История», с 1993 года. И.Г. Беккер был отмечен в 1996 году за создание в г.Рубцовске «Музея истории медицины Сибири».



Как питаться, чтобы не появился рак



Юлия Николаевна ДИМИТРИАДИ, врач-онколог, отделение профилактики и индивидуального прогнозирования злокачественных новообразований, КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер» поликлиника «Надежда»

Среди причин, способствующих развитию онкологических заболеваний, нарушение обменных процессов может быть вызвано неправильным питанием.

Установлено, что из-за различных генетических ошибок, под влиянием вредных факторов и неправильного обмена веществ в нашем теле рождается до 10 миллионов мутированных злокачественных клеток, но здоровая иммунная система быстро их уничтожает, так как обладает способностью распознавать и уничтожать раковые клетки, предупреждать метастазирование и рецидивы опухоли.

Российским онкологическим научным центром им.Н.Н. Блохина (Москва) накоплены убедительные и научно-обоснованные данные о том, что **приоритетом в области профилактики рака, признанным современной наукой, является рационализация питания.** Доля злокачественных опухолей, связанных с питанием, составляет 35-50%. Диетическая профилактика злокачественных опухолей является самым эффективным направлением противораковой борьбы.

Современной науке о питании известны 45 необходимых пищевых веществ, которые в разных количествах содержатся в различных пищевых продуктах. Только ежедневное потребление пищевых продуктов из всех групп дает возможность получить с пищей все необходимые вещества и достаточное количество энергии в соответствии с возрастом, полом, степенью физической нагрузки, то есть построить рациональное питание.

Каждое переедание, так или иначе, ослабляет им-

мунитет, и чем больше человек переедает, тем существеннее снижается активность иммунитета. Поэтому **ожирение от переедания считается одной из главных причин рака многих органов** (в том числе рака груди у женщины).

Из-за недостатка в рационе питания овощей, фруктов, рыбы, молочных продуктов формируется дефицит витаминов А, С, К, группы В, железа, кальция, фосфора, селена, клетчатки, что приводит к резкому снижению устойчивости организма к неблагоприятным факторам окружающей среды, нарушению функций антиоксидантной защиты и иммунодефицитным состояниям.

Научными исследованиями института питания РАМН (Москва) установлено, что **многие продукты питания содержат натуральные антиканцерогенные вещества**, препятствующие развитию рака, **но есть и «опасные» продукты, которые могут провоцировать злокачественные новообразования.**

Как питаться, чтобы избежать этой страшной болезни? Есть некоторые рекомендации медиков, которые не советуют увлекаться копченой, соленой пищей, жареным, мя-

сом, сладким, кофе в ущерб фруктам и овощам. В больших количествах они вызывают нарушение обмена веществ, приводят к серьезному дисбалансу.

Диетическая профилактика рака вклю-



4 февраля - Всемирный день борьбы с раковыми заболеваниями

чает в себя **шесть основных принципов**:

- **предупреждение ожирения**, так как избыточный вес является фактором риска развития многих злокачественных опухолей, в том числе рака молочной железы и рака тела матки;

- **уменьшение потребления жира** при обычной двигательной активности не более 50-70г жира в день (для предупреждения развития рака молочной железы, рака толстой кишки и предстательной железы);

- **обязательное присутствие в пище овощей и фруктов**, обеспечивающих организм растительной клетчаткой, витаминами и веществами, обладающими антиканцерогенным действием, к которым относятся: желтые и красные овощи, содержащие каротин (**морковь, помидоры, тыква, редька** и др.); фрукты, содержащие большое количество витамина С (**цитрусовые, киви** и др.); капуста (особенно **брокколи, цветная и брюссельская**); **чеснок, лук, хрен**;

- **регулярное и достаточное употребление растительной клетчатки** (до 35г ежедневно), которая содержится в цельных зернах злаковых культур, отрубях, овощах и фруктах. Растительная клетчатка связывает ряд канцерогенов, сокращает время их контакта с толстой кишкой за счет улучшения моторики;

- **ограничение потребления алкоголя**, так как известно, что алкоголь является одним из факторов риска развития рака полости рта, пищевода, печени и молочной железы;

- **ограничение потребления копченой и нитритсодержащей пищи**, потому что в копченой пище содержится значительное количество канцерогенов. Нитриты содержатся в колбасных изделиях и до сих пор часто используются производителями для подкрашивания с целью придания товарного вида продукции;

- **ежедневное потребление воды в достаточных количествах** (30мл на 1кг веса, является профилактикой развития рака мочевого пузыря).

С учетом вышеизложенного следует отметить, что не существует



какое-то специальное противораковое питание, не следует выискивать для него особые продукты и готовить из них специальные блюда. **Достаточно следить за своим питанием**, стараться, чтобы оно было рациональным и сбалансированным.

Какие продукты нужно включать в ежедневный рацион? Соль употреблять только йодированную, есть меньше консервов, мяса, больше морской рыбы, зелени, кефира, орехов, салата, морской капусты. Полезны курага, яблоки, которые должны быть на столе ежедневно. *Витамины и пищевые добавки можно принимать только после консультации с врачом.* Тем, кто предпочитает кофе, можно посоветовать пить молотый. Растворимый ударяет по сердечной мышце, ведь это не натуральный, а сублимированный продукт.

Помните, что рациональное и сбалансированное питание не только обеспечит нормальную жизнедеятельность, физическую активность и долголетие, но и поможет вашему организму противостоять многим болезням, в том числе и развитию злокачественных новообразований. ☺

Только ежедневное потребление пищевых продуктов из всех групп дает возможность получить с пищей все необходимые вещества и достаточное количество энергии в соответствии с возрастом, полом, степенью физической нагрузки, то есть построить рациональное питание.



Подходы к лечению ДЦП



Дмитрий Владимирович ПАРШИН,

главный внештатный детский специалист-невролог
Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности

Мы продолжаем говорить о позиционном менеджменте. В этой статье рассмотрим позиционирование в положении стоя.

Дети с GFMCS-I могут самостоятельно ходить к двум годам, со II уровнем - самостоятельно ходить до 4 лет. Дети с III уровнем могут стоять и даже ходить с использованием опорных средств - до 4 лет, но у них имеется более выраженное нарушение позы, что влияет на качество стояния и ходьбы. Дети с IV и V уровнями по GFMCS не могут поддерживать правильную позу, не могут самостоятельно стоять и тем более ходить, но дети с IV уровнем могут перешагивать, используя специальные ходунки с седлом и поддерживающие туловище, либо с поддержкой сопровождающего.

Позиционирование в положении стоя необходимо детям с любым уровнем по GFMCS. **Поза стоя - это вертикальное положение, в котором происходит более правильное восприятие окружающей среды, тем самым стимулируя психоэмоциональное развитие ребенка с любым уровнем по GFMCS.** Стопа является большим рецепторным полем, которое оказывает существенное влияние на регуляцию позы и ходьбы, а также на психоэмоциональное развитие ребенка. Формирование костей скелета и тазобедренных суставов происходит только при наличии нагрузки на них. **Поза стоя профилактирует вторичные ортопедические осложнения со стороны тазобедренного сустава (спастический подвывих, вывих тазобедренного сустава) и остеопороз костей ног.**

Положение стоя (далее - вертикализация) следует рассматривать как важную часть реабилитации детей с ДЦП. **Вертикализация является не целью, а упражнением, позволяющим стимулировать психоэмоциональное развитие ребенка и проводить профилактику вторичных ортопедических осложнений.** Вертикализировать ребенка с ДЦП с любым уровнем по GFMCS необходимо с возраста 9-10 месяцев. Считается, что **вертикализация в положении сидя и стоя должна осуществляться по 20-40 минут** и суммарная продолжительность составлять **6 часов в сутки.** При проведении вертикализации стопы должны стоять на ширине плеч или чуть шире, таким образом, чтобы угол между бедрами ребенка составлял около 30 градусов.

Как было сказано ранее, дети с I уровнем по GFMCS начинают самостоятельно ходить к двум годам, но даже они, как правило, не могут самостоятельно стоять к возрасту 9-10 месяцев. Для проведения вертикализации требуется специальная опора для стояния, или **вертикализатор.** Основное требование к вертикализатору при проведении реабилитации детей с ДЦП - чтобы он был вертикальным. Для ребенка с ДЦП не требуется положение наклона назад или вперед. Более того, при отклонении назад - на 30 градусов и более, у ряда детей с ДЦП могут активироваться позотонические рефлекссы, которые нарушают позу, что будет мешать реабилитации.

Существуют несколько типов вертикализаторов.

Передний вертикализатор - вертикализатор, находясь в котором, пациент опирается на живот (рис. 11). Вертикализаторы переднего типа должны быть оснащены фиксатором для стоп, опорой для ног в области коленных суставов. Если необходимо ребенку, - то и опорой для ног в области бедер, опорой в области живота. Для проведения занятий с ребенком опора должна быть оснащена столи-



рис.11



Школа реабилитации ДЦП

ком. Подобные вертикализаторы могут использоваться у детей с I и II уровнями нарушений по GFMCS, пока они не овладели навыком самостоятельной вертикализации. У детей с III и IV уровнями нарушений GFMCS - постоянно, но для детей с IV уровнем требуется более высокая опора в области живота и даже груди. Для детей с V уровнем нарушений по GFMCS использование вертикализатора переднего типа невозможно, так как у них нарушена способность самостоятельно удерживать голову.

Вертикализатор с обратной опорой (задний) - вертикализатор, находясь в котором, пациент фиксируется на опоре под спину. Назначается пациентам с серьезными нарушениями функций опорно-двигательного аппарата, а также не способным самостоятельно держать голову. Такой вертикализатор может быть укомплектован *головодержателем*. Для проведения занятий с ребенком опора должна быть оснащена *столиком* (рис.12). Осуществлять вертикализацию возможно детям как с лёгкими, так и с тяжёлыми двигательными нарушениями, включая V уровень по GFMCS.

Если у ребенка выражена спастичность в ногах или имеются дистонии, то вертикализацию следует проводить в длинных тутах на ногах: средне-физиологическое положение стопы - средняя треть бедра. Время пассивной вертикализации также учитывается как время ортопедических укладок. Фиксация осуществляется ремнями или лентами на уровне стоп, на уровне коленных суставов, в зависимости от возможностей ребенка, при необходимости - на уровне бедер, живота, груди, головы.

Многоуровневая система вертикализации - система вертикализации, позволяющая пациенту занимать положение сидя, полусостоя, стоя и лежа, оставаясь при этом в одном и том же устройстве.

По возможности передвижения вертикали-



рис.12



рис.13



заторы можно разделить на статичные и мобильные.

Активный вертикализатор - вертикализатор с возможностью тренировать мышцы ног за счет движения руками. В данном случае платформа для стоп соединяется с рычагами, которые пациент двигает самостоятельно или усилиями ухаживающего лица (рис.14).

Вертикализация - это одно из основных упражнений в процессе реабилитации ребенка с ДЦП с любым уровнем двигательных нарушений по GFMCS, позволяющее оптимизировать психоэмоциональное развитие ребенка, проводить профилактику остеопороза и спастического вывиха бедер. Проводится с возраста 9-10 месяцев, ежедневно, по 20-40 минут - суммарная продолжительность вертикализации должна равняться 6 часам в сутки. Вертикализация одновременно является и ортопедическими укладками. Ⓢ



рис.14

Статичный вертикализатор - вертикализатор без возможности самостоятельного в нем передвижения (о них было изложено выше). Мобильный вертикализатор - вертикализатор с возможностью передвигаться в нем в положении стоя (рис.13).



Возможности лечения ИБС



Павел Александрович ЕРМОЛИН,

главный внештатный кардиохирург, кандидат медицинских наук, заведующий кардиохирургическим отделением №1, КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер»

(Продолжение. Начало - в №1(157))

Какие могут возникнуть осложнения после АКШ

На сегодня операция аортокоронарного шунтирования за более чем 40 лет достигла максимального уровня своей безопасности. Тем не менее после АКШ нередко возникают осложнения. Конечно, если пациент будет следовать всем рекомендациям доктора при подготовке к вмешательству и после него, это снизит риск всех возможных осложнений.

Кровотечение может возникнуть в пределах от нескольких часов до нескольких дней после АКШ. Чаще всего это обусловлено особенностями организма пациента, значительным снижением свертываемости крови под действием препаратов, повышением артериального давления в послеоперационном периоде, влиянием искусственного кровообращения на свойства крови во время операции и т.д. Возможно спонтанное возникновение, несмотря на, казалось бы, идеальные условия проведения операции и последующего лечения.

Шунты, которые устанавливаются в сердце при АКШ, представляют собой аутоартерии или аутовены, - собственные сосуды больного, взятые из других частей организма (вены обыч-

но берут с нижних конечностей, артерии - с предплечья). После того, как часть сосуда в конечности удаляют, кровообращение в ней может временно нарушиться. Кроме того, само вмешательство травмирует сосуды в месте операции. На этом фоне может развиваться **тромбоз сосудов**. Чаще всего он возникает в глубоких венах. На 3-4 день после операции пациент жалуется на отечность нижней конечности со стороны операции и боль. Состояние требует активного лечения. В большинстве случаев врачи могут предупредить развитие тромбоза профилактическим введением препаратов, улучшающих текучесть крови.

Описание сути АКШ выглядит довольно просто: хирургам надо вшить один конец шунта в аорту, а второй - в коронарный сосуд ниже места сужения. Однако исполнение этих манипуляций - весьма трудоемкая, многочасовая, ювелирная работа. Организм пациента получает огромный стресс, сходный с тем, что возникает при тяжелом ранении. Хирурги делают всё максимально аккуратно и бережно, однако состояние самого сердца и его проводящей системы всё же могут пострадать от причин, не зависящих от мастерства врачей. В результате в раннем послеоперационном периоде или позже у человека иногда возникают различные **нарушения сердечного ритма**. В зависимости от вида и выраженности они могут потребовать самых разнообразных мер: от приема антиаритмических препаратов до электрической кардиоверсии.

Инфаркт миокарда - это очень тяжелое и крайне нежелательное осложнение АКШ. Обычно может развиваться в первые часы или дни после операции. Но иногда может развиваться и во время операции - из-за неполноценного снабжения миокарда кровью. Почему возникает инфаркт миокарда? Больные, идущие на АКШ, чаще всего имеют проблемы не только в одном сосуде, в котором устанавливаются шунты. Атеросклерозом всегда поражены и другие части коронарного русла. Сразу после проведенного



вмешательства, несмотря на комплексное лечение, круглосуточное мониторингирование состояния пациента и своевременную борьбу с «внеплановыми» симптомами, в его организме творится хаос. Активизируются клетки, вызывающие воспалительную реакцию, формируется склонность к повышенной свертываемости крови... Всё это предрасполагает к атеротромбозу (повреждению атеросклеротических бляшек и росту тромба) в тех коронарных сосудах, где этого «никак не ожидалось». Из-за тех же механизмов возможно развитие и тромбоза недавно установленных шунтов. Так из-за резкого нарушения кровотока в «старых» или «новых» сосудах сердца у человека возможно возникновение инфаркта миокарда.

Последствия инфаркта миокарда для недавно оперированного сердца гораздо более тяжелы, чем для неоперированного. Поэтому пациенту, помимо врачебных манипуляций, стоит самостоятельно прикладывать усилия к снижению возникновения риска инфаркта: до операции регулярно принимать препараты по рекомендации доктора, бросить курить, контролировать давление, двигаться согласно установленному режиму и т.д.

В 38,3% случаев в первые сутки после операции, а в 61,7% - в течение первой недели может возникнуть **инсульт**. Его развитие в большинстве случаев связано с неблагоприятным воздействием на организм человека интраоперационных условий. Например, во время операции у пациента поддерживалось слишком низкое артериальное давление, и мозг в недостаточной степени снабжался кровью. Исходное состояние больного также может стать причиной этого осложнения. У пациентов с атеросклерозом коронарных артерий всегда одновременно существует и атеросклероз мозговых сосудов. В этом случае операция может негативно повлиять на их состояние, а описанные выше изменения в организме после АКШ вызывают тромбоз мозговых артерий и инсульт.

Сужение шунтов, пожалуй, самое частое позднее осложнение из всех возможных. У человека, перенесшего операцию, постепенно развиваются атеросклероз и тромбоз шунтов. Так, у каждого пятого пациента после АКШ кри-



тическое сужение или даже закрытие шунтов происходит уже в течение года после операции, у большинства остальных - на протяжении ближайших 7-10 лет. Таким образом, *«срок годности» этой тяжелой и сложной операции, требующей долгого восстановления, может составить менее 10 лет*. Вероятность развития сужения шунтов большей частью зависит от самого пациента: не столько от текущего состояния его организма, сколько от поведения и правильности выполнения врачебных рекомендаций.

Факторы риска осложнений после АКШ

Существуют факторы, которые увеличивают вероятность развития осложнений после коронарного шунтирования. Принимая решение о том, отправить пациента на АКШ или нет, кардиолог всегда учитывает их наличие:

◆ *недавно перенесенные нестабильная стенокардия или инфаркт миокарда*. Эти состояния указывают на то, что у пациента уже значительно повреждены сердце и его сосуды, что предрасполагает к неблагоприятным исходам операции;

◆ *поражение ствола левой коронарной артерии, дисфункция левого желудочка*. Левый желудочек - это «главная» сердечная камера, от работы которой в основном и зависит функция сердца. При его поражении или ухудшении кровоснабжения риски операции всегда выше;

Среди ранних возможных осложнений АКШ встречаются инфицирование операционной раны, медиастинит, несостоятельность швов и т.д., в числе поздних - перикардит, образование диастаза грудины и т.д.



Только без рук

...сядьте, встаньте, и вы узнаете, долго ли проживете

Попробовать сесть на пол, а затем встать по возможности без помощи коленей и рук исследователи из Бразилии предложили добровольцам на старте масштабного 7-летнего



эксперимента, который охватил 2000 человек в возрасте 51-80 лет. Наблюдая за тем, кто из испытуемых как справляется с задачей, ученые скрупулезно подсчитывали, сколько раз каждый из них, опускаясь на пол и поднимаясь, касался его - ладонью, локтем, коленом. Тест оценивали по 10-балльной шкале. И всякий раз, когда та или иная часть тела использовалась для опоры, один балл вычитался.

Впоследствии медики наблюдали за испытуемыми в течение шести лет. За это время 159 человек ушли из жизни - и в основном те, кто тест практически провалил. У получивших на «экзамене» всего 0-3 балла риск погибнуть в течение означенного шестилетнего периода был в среднем в 5-6 раз выше, чем у тех, кто прошел его с результатом 8-10 баллов. Причем это соотношение сохранялось и при учете всех факторов, влияющих на продолжительность жизни: пол, вес и т.д.

Ученые полагают, что данный тест позволяет судить не только о силе мышц и хорошей/плохой координации, но и о физической форме человека в целом. Так что неудивительно, что это также является прогнозом продолжительности жизни. И показателем того, насколько легко человек справляется с повседневными делами, подчеркивают ученые.

Какие еще физические показатели позволяют сделать прогноз относительно продолжительности жизни? Сила хвата, скорость ходьбы и способность быстро встать со стула. Медики из Лондона пришли к такому выводу, изучив 28 научных работ. 14 из них показали: у добровольцев с сильной хваткой риск смерти в 1,67 раза ниже, чем у тех, чьи руки держат плохо. 5 исследований указывают: у передвигающихся энергично этот риск ниже в 2,87 раза по сравнению с медлительными ходоками. 5 исследований (28036 участников) дают основания полагать: у тех, кто легко встает со стула, риск примерно в 2 раза ниже, чем у тех, кому встать тяжело. ☺

◀ ◆ *выраженная хроническая сердечная недостаточность;*

◆ *наличие у пациента атеросклероза сонных артерий и периферических сосудов (артерий почек, нижних конечностей и т.д.);*

◆ *женский пол. У женщин атеросклероз и ИБС развиваются позже, а значит, на операцию поступают пациентки старшего возраста, имеющие большее количество сопутствующих заболеваний и худшее состояние здоровья в целом;*

◆ *наличие хронических заболеваний легких;*

◆ *сахарный диабет;*

◆ *хроническая почечная недостаточность.*

Снижение риска осложнений при помощи кардиореабилитации

Безусловно, самый лучший вариант избежать операции АКШ и ее осложнений - это предупредить развитие ИБС. Но если пациенту жизненно необходимо АКШ, то не тратьте время: приложите все усилия, чтобы уменьшить риск развития осложнений и добиться наилучших результатов шунтирования.

Важно, чтобы к моменту проведения операции организм человека находился в оптимальном состоянии. Поэтому людям, которым предстоит АКШ, следует выполнять все советы доктора: отказаться от вредных привычек, регулярно принимать назначенные препараты, вести правильный образ жизни и т.д. Обязательно заранее сообщите врачу о наличии сопутствующих заболеваний, аллергий и других проблем со здоровьем.

Выписка из стационара не означает, что отныне пациент полностью здоров. Нужно по-прежнему принимать препараты, придерживаться диеты, заниматься физкультурой в рекомендованном режиме. Кроме того, в период сразу после окончания стационарного лечения очень важно пройти кардиореабилитацию в санатории, где больному будет предложен перечень восстановительных лечебных методик, коррекция терапии, обучение образу жизни после перенесенного АКШ. Это всё поможет добиться следующих эффектов:

◆ *объективное улучшение состояния здоровья:* восстановление нормальной работы миокарда и оптимального кровообращения, стабилизация артериального давления, нормализация уровня холестерина, заживление послеоперационной раны и т.д.;

◆ *улучшение самочувствия и психологического состояния человека,* появление уверенности в своих силах;

◆ *увеличение переносимости нагрузок,* расширение физических возможностей;

◆ *снижение риска осложнений* (в том числе сужения шунтов), что позволит человеку вести полноценную жизнь и отменит необходимость проведения повторного коронарного шунтирования.

После перенесенной операции АКШ можно прожить несколько десятилетий, имея хорошее качество жизни. Главное - постоянно следить за своим здоровьем и выполнять врачебные рекомендации. ☺



Желчекаменная болезнь

Желчекаменная болезнь (ЖКБ) - это обменное заболевание, характеризующееся образованием желчных камней в печеночных желчных протоках, общем желчном протоке или желчном пузыре.

ЖКБ начинается с застоя желчи. Желчь сгущается, накапливается, оседает и постепенно в ней образуются камни. Чаще камни формируются в желчном пузыре и гораздо реже - в желчных протоках и желчном пузыре одновременно. В основе заболевания лежат нарушения общего обмена веществ, инфекционные болезни и застой желчи.

Заболеваемость ЖКБ в последнее десятилетие резко повысилась и продолжает возрастать. Каждый десятый житель планеты носит камни в желчном пузыре. Камни могут находиться в желчном пузыре в течение долгого времени, не причиняя никаких болезненных ощущений, можно даже и не знать, что они там есть. Величина камней бывает микроскопической, а может достигать размеров голубинового яйца. Иногда в пузыре - один камень, но чаще их много - различной формы и размеров. Довольно часто их обнаруживают случайно во время УЗИ: сюрприз особенно неприятен для тех, кого в принципе ничего не беспокоит. Как правило, **ЖКБ протекает безболезненно, боль возникает, когда сокращения желчного пузыря перемещают камни в желчный проток.**

Основными признаками являются чувство тяжести и дискомфорта в области печени и подложечной области, которое сопровождается отрыжкой, изжогой и неприятным ощущением горечи во рту. Иногда болезнь характеризуется тупыми болями в лопатку и усиливается при физической нагрузке. Если камень двинулся и закрыл желчный проток, то возникает **желчная колика**: боль при этом внезапная и очень быстро принимает интенсивный характер. Длительная печеночная колика приводит к желтухе.

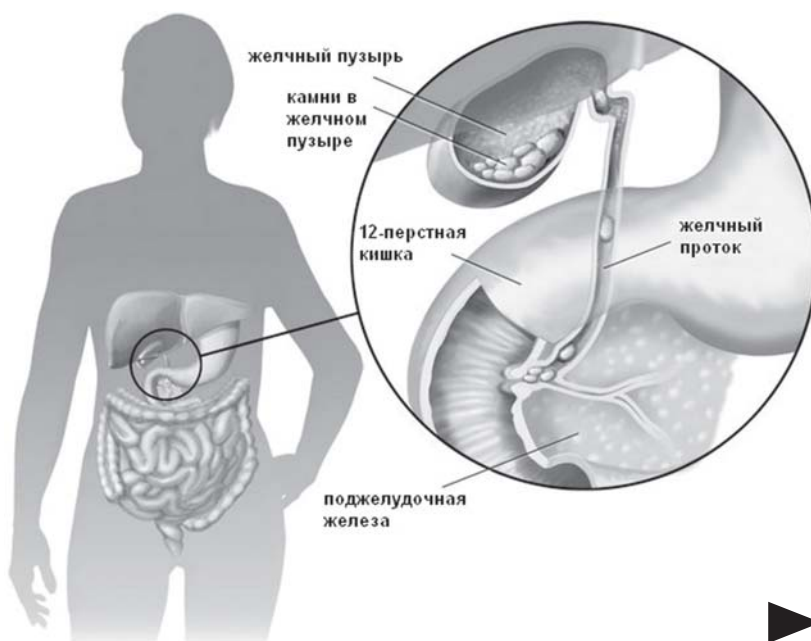
Обычно при ЖКБ показана операция по удалению желчного пузы-

ря. Многие люди беспокоятся за свое дальнейшее здоровье. Однако, как показывает практика, без желчного пузыря организм прекрасно справляется. Если вышеперечисленные симптомы вас не беспокоят и камни не «бушуют», то лучше оставить их в покое и сфокусироваться на консервативном лечении, проходить регулярное обследование и консультироваться у хирурга. Самое главное здесь - **соблюдение диеты.**

Соблюдение правил лечебного питания при ЖКБ - основа излечения. Правильно сказать, что **без правильного питания нельзя вылечиться.** На начальных этапах заболевания ЖКБ можно полностью излечиться и не допустить развитие камней, только следуя строгой диете. К тому же диета, используемая при ЖКБ, настолько хороша, что ее можно соблюдать без особого труда, и она станет хорошей профилактикой против развития таких болезней, как сахарный диабет 2 типа,



Наталья Александровна ВИШНЯКОВА,
 медицинская сестра
 процедурной
 хирургического отделения,
 первая квалификационная
 категория,
 КГБУЗ «Городская
 больница №8, г.Барнаул»,
 член ПАСМП с 2010 года



Советы медицинской сестры

▲ атеросклероз сосудов, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, заболевания печени и желудочно-кишечного тракта. Поскольку ЖКБ развивается во многом из-за нарушения пищевого режима (обычно это употребление большого количества жареной, жирной, острой пищи), следует помнить, что **соблюдение основных правил такого здорового питания должно войти в жизнь больного навсегда, стать образом его жизни.** Нельзя, скажем, «посидеть» на диете какое-то время, а потом вернуться к обычному питанию - пользы от этого не будет.

Во-первых, *питание должно быть частым и необильным.* Больной должен регулярно, не менее 6 раз в день, принимать пищу небольшими порциями, при этом перерывы должны быть одинаковыми, последний прием пищи - не менее чем за 2 часа до сна.

Необходимо выпивать жидкости 2-3 литра в сутки.

Во-вторых, следует навсегда забыть о продуктах, само упоминание которых сразу вызывает обильное слюноотделение, - это *копченые, острые, жирные блюда и закуски.*

Из мясных продуктов разрешены: крольчатина, говядина и телятина без жира. *Из птицы* можно употреблять индейку, курицу. *Очень полезна морская рыба,* богатая полиненасыщенными жирными кислотами, употребление которых нормализует нарушенный жировой обмен и препятствует чрезмерному отложению холестерина, как в желчном пузыре - в виде камней, так и в кровеносных сосудах - в виде атеросклеротических бляшек.

Из первых блюд *под запретом* оказываются *все бульоны* (кроме овощных отваров). Супы, щи, борщи должны быть только вегетарианскими, из процесса приготовления исключена пассеровка (жарка).

Из гарниров *полезны крупы, содержащие большое количество клетчатки:* овсяная, гречневая, перловая крупы. *Из овощей* - капуста, кабачки, свекла, морковь (она содержит много витамина А, который необходим больному ЖКБ). *Макаронные изделия нежелательны,* так как это высококалорийная пища. *Молочные продукты разрешены,* кроме сливок, сметаны и жирных сортов сыра. Из хлебобулоч-



ных изделий полезны *хлеб с отрубями и сухари.*

В качестве десерта следует использовать *фрукты и ягоды.* Сахар можно заменить *медом.* Из напитков лучше всего *отвары из сушеных фруктов и ягод.* Очень полезен на ночь *отвар из шиповника.* *Противопоказаны крепкий алкоголь и пиво.*

Рекомендую всем без исключения заниматься своим здоровьем, регулярно проходить обследования, вести здоровый образ жизни. И при появлении признаков заболевания не оттягивать посещение врача.

В КГБУЗ «Городская больница №8, г.Барнаул» ведут прием квалифицированные врачи-хирурги, все желающие могут получить консультацию в рабочие дни, кроме пятницы, - с 14.00 до 15.00. ☺

Если вышеперечисленные симптомы вас не беспокоят и камни не «бушуют», то лучше оставить их в покое и сфокусироваться на консервативном лечении, проходить регулярное обследование и консультироваться у хирурга. Самое главное здесь - соблюдение диеты.

11 февраля в конференц-зале Барнаульского базового медицинского колледжа состоялась Краевая научно-практическая конференция «Новые направления в развитии сестринского дела на современном этапе», которую подготовила и провела АРОО «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников» при организационной поддержке Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности и участия Барнаульского базового медицинского колледжа.

В работе конференции приняли участие 212 специалистов сестринского дела из медицинских организаций края, преподаватели медицинских колледжей Алтайского края.

В рамках конференции состоялось награждение победителей краевого профессионального конкурса «Лучший специалист со средним медицинским и фармацевтическим образованием - 2015 год».

Подробная информация о работе конференции и отзывы участников будут представлены в следующем номере журнала.



Грыжи

«Грыжа» происходит от слова «грызть» - из-за неприятных «грызущих» болей или же уже имеющегося «прогрызенного» отверстия в брюшной стенке. Люди, имеющие грыжи, составляют 3-4% от всего населения планеты, причем, 71,5% из них - это носители паховых грыж.

Грыжа - это выпадение, выпячивание внутренностей, покрытых пристеночным листком брюшины, через дефект полости, в которой они расположены. Крайя дефекта в мышечно-апоневротическом слое брюшной стенки называют *воротами грыжи*, часть пристеночного листка брюшины, которая покрывает выпавшие внутренности, - *грыжевым мешком*, выпавшая часть внутренностей - *грыжевым содержимым*.

По месту образования грыжи делятся на наружные и внутренние. К **наружным** относятся *паховые, бедренные, пупочные, белой линии живота, поясничные* и другие, ко **внутренним** - *грыжи естественных отверстий диафрагмы, а также грыжи с локализацией в многочисленных брюшных карманах и дивертикулах*. Также грыжи разделяют на **врожденные** и **приобретенные**, **вправимые** и **невправимые**, **неосложненные** и **осложненные**.

По частоте первое место занимают паховые грыжи, затем - грыжи белой линии живота, далее - бедренные, пупочные и другие, одним словом - всё это слабые места брюшной полости. Паховые грыжи встречаются у мужчин чаще, чем у женщин (соотношение 10:1).

В этиологии грыж большую роль играют **повышение внутрибрюшного давления** в результате кашля, запоров, подъема тяжести, а также **местные изменения**, обусловленные слабостью сухожильных элементов в области потенциальных грыжевых ворот. В образовании грыжи огромное значение имеет **врожденная недостаточность соединительной ткани**. В результате повышения внутрибрюшного давления происходит постепенное образование грыжевого мешка. Со временем грыжа имеет тенденцию к увеличению, достигая иногда больших раз-

меров. У пожилых людей в результате возрастной инволюции соединительной ткани создаются благоприятные условия для возникновения грыжи.

Паховая грыжа может возникнуть в любом возрасте, пик заболеваемости - третье-четвертое десятилетие. В детском возрасте чаще встречаются врожденные паховые грыжи, в среднем и молодом возрасте - приобретенные косые паховые грыжи, у пожилых людей - как прямые, так и косые паховые грыжи. При косой паховой грыже выпячивание брюшинного мешка происходит через латеральную ямку, то есть глубокое кольцо пахового канала. Грыжевой мешок оказывается тесно связанным с элементами семенного канатика и покрыт общей оболочкой семенного канатика и яичка. Прямая грыжа входит через внутреннее (медиальное) отверстие и сразу же выходит в поверхностное кольцо. Она имеет прямой и короткий ход, не связана с семенным канатиком, покрыта предбрюшинной клетчаткой и растянутой поперечной фасцией.

Различают следующие **формы косых паховых грыж**:

◆ **начальная форма** (мешок определяется только в паховом канале);

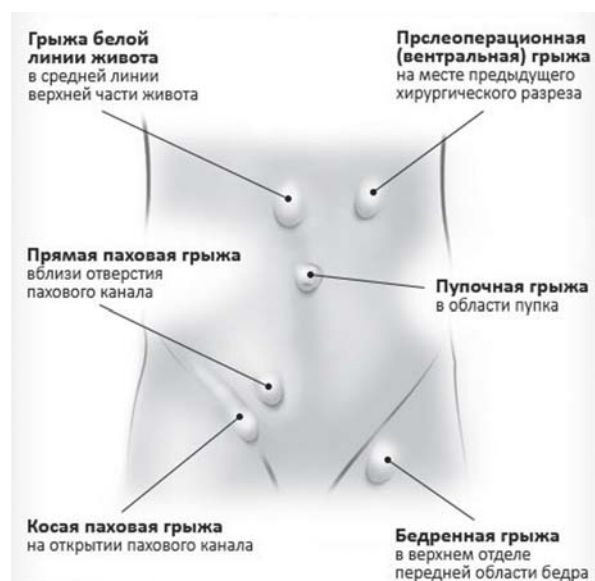
◆ **канальная форма** (дно мешка доходит до наружного отверстия пахового канала);



Марина Анатольевна ДОБРЫЛИНА,

старшая медицинская сестра хирургического отделения, высшая квалификационная категория,

КГБУЗ «Городская больница №8, г.Барнаул», член ПАСМП с 2012 года



Советы медицинской сестры

◆ *канатиковая грыжа* (мешок спускается по ходу семенного канатика);

◆ *мошоночная грыжа* (грыжевой мешок с содержимым опускается в мошонку, растягивая ее).

Больной отмечает образование опухоли в паховой области, боль при кашле, физической нагрузке. Постепенно опухолевидное образование увеличивается, спускается в мошонку, вызывая ее деформацию. В положении лежа содержимое грыжевого мешка обычно легко вправляется. При работе, движении грыжа причиняет неудобство, при больших пахово-мошоночных грыжах - затрудненное ношение обычной одежды.

Обнаружение паховой грыжи является показанием к **хирургическому лечению**. Чем раньше произведена операция, тем меньше вероятность рецидива. *Плановое грыжесечение избавляет больного от опасности ущемления и экстренной операции.* Летальность при операции неосложненной грыжи практически равна нулю.

Одно из серьезных и опасных осложнений - ущемление грыжи. Оно может быть *эластичным*, если через узкое внутреннее отверстие в грыжевой мешок внезапно внедряются петли кишечника или другой орган. При *каловом ущемлении* петли кишечника, находящиеся в грыжевом мешке, постепенно заполняются содержимым, растягиваются, в результате нарушается пассаж содержимого по просвету кишки, а также кровоснабжение кишки. Резекция ущемленной кишки значительно ухудшает прогноз заболевания.

При благоприятном течении послеоперационного периода больной выписывается из стационара, получает освобождение от работы сроком на месяц и более, в зависимости от характера труда. Физическая нагрузка увеличивается постепенно. Больному рекомендуется после операции заниматься лечебной физкультурой, особенно упражнениями на укрепление мышц брюшной полости и связочного аппарата паховой области.

Большое значение нужно уделять **профилактике**, которая заключается в физической активности и ведении здорового образа жизни. Физическая



активность положительно влияет на организм, делает его внешне привлекательным, оздоравливает изнутри, позитивно влияет на качество жизни.

Коллектив нашей больницы стремится обеспечить пациентов качественной диагностикой и лечением, комфортным и удобным пребыванием в стационаре. В хирургическом отделении проводятся оперативные лечения по поводу: послеоперационной вентральной грыжи; грыжи других локализаций; грыжесечение при ущемлении; грыжесечение с использованием эндопротезов.

Госпитализация пациентов в КГБУЗ «Городская больница №8, г.Барнаул» осуществляется:

◆ *в экстренном порядке:* по направлению станции скорой помощи в дежурные дни; вне зависимости от наличия направления - при обращении в связи с жизнеугрожающим состоянием;

◆ *в плановом порядке:* по направлению хирургов поликлиник города и края.

Направлению в отделение подлежат: паховые грыжи, бедренные грыжи, пупочные грыжи, послеоперационные вентральные грыжи, рецидивные грыжи различной локализации, грыжи редких локализаций. ☺

Консультативный приём больных проводится заведующим отделением с 14.00 до 15.00 (кроме пятницы), кабинет №5, приёмное отделение «нового корпуса» (г.Барнаул, ул.П.Сухова, 13), тел.: (3852) 77-64-85; 77-66-95.



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



Гигиенические основы занятий спортом

В последнее время отдавать детей раннего возраста на занятия спортом стало очень популярным.

Вместе с тем физическая нагрузка спортивного характера требует от человека огромных физических затрат, хорошей подготовленности, выдержки и, главное, здоровья.

Чтобы спорт не стал фактором, который ухудшает здоровье, **необходимо следовать гигиеническим правилам**, которые подразумевают не только **правильное питание и рациональный режим тренировок**, но и **контроль за общим самочувствием, гигиену одежды, обуви, закаливание, режим дня и профилактику инфекционных заболеваний**. В этой статье мы поговорим о контроле над общим самочувствием, о ведении дневника самоконтроля и гигиенических основах обуви, одежды.

Физическая культура не должна исчерпываться одними лишь физическими упражнениями (спорт, гимнастика, подвижные игры и прочее), но должна включать и общественную, и личную гигиену труда и быта, использование естественных сил природы, правильный режим труда и отдыха.

Гигиена - наука о здоровье, создании условий, благоприятных для сохранения человеком здоровья, правильной организации труда и отдыха, предупреждении болезней. К основным задачам гигиены относятся: изучение влияния внешней среды на состояние здоровья и работоспособность людей; научное обоснование и разработка гигиенических норм, правил и мероприятий по оздоровлению внешней среды и устранению вредно действующих факторов; научное обоснование и разработка гигиенических нормативов, правил и мероприятий по повышению сопротивляемости организма возможным вредным влияниям окружающей среды в целях улучшения здоровья и физического развития, повышения работоспособности.

Гигиена физической культуры и спорта изучает взаимодействие с внешней средой организма людей, занимающихся физкультурой и спортом, и немаловажна в процессе физического воспитания. Гигиенические положения, нормы и прави-

ла широко используются в физкультурном движении.

При регулярных занятиях физическими упражнениями и спортом очень важно систематически следить за своим самочувствием и общим состоянием здоровья. **Наиболее удобная форма самоконтроля - это ведение специального дневника.** Показатели самоконтроля условно можно разделить на две группы: субъективные и объективные. *К субъективным показателям* можно отнести самочувствие, сон, аппетит, умственную и физическую работоспособность, положительные и отрицательные эмоции. **Самочувствие после занятий физическими упражнениями должно быть бодрым, настроение - хорошим, занимающийся не должен чувствовать головной боли, разбитости и иметь ощущения переутомления.** При наличии сильного дискомфорта следует прекратить занятия.

Общепризнанно, что достоверным показателем тренированности является **пульс**. Оценку реакции пульса на физическую нагрузку можно провести методом сопоставления данных частоты сердечных сокращений в покое (до нагрузки) и после нагрузки, то есть определить процент учащения пульса. *Частоту пульса в покое принимают за 100%, разницу в частоте до и после нагрузки - за X.* Например, пульс до начала нагрузки был равен 12 ударам за 10 секунд, а после - 20 ударам, то есть пульс участился на 67%.

Также желательно **измерять артериальное давление до и после нагрузки.** В начале нагрузок максимальное давление повышается, потом стабилизируется на определенном уровне. После прекращения работы (первые 10-15 минут) становится ниже исходного уровня, а потом приходит в начальное состояние. Минимальное же давление при легкой или умеренной нагрузке не изменяется, а при напряженной тяжелой работе немного повышается.



Елена Александровна БОЙКО,

кандидат медицинских наук, спортивный врач, высшая

квалификационная категория, доцент

кафедры

восстановительной

медицины АГМУ,

заведующая отделением

спортивной медицины №1,

КГБУЗ «Алтайский

краевой врачебно-

физкультурный диспансер»



Известно, что *величины пульса и минимального артериального давления в норме численно совпадают*. Венгерский врач И. Кердо предложил высчитывать индекс по формуле: $ИК = Д/П$, где Д - минимальное давление, П - пульс. У здоровых людей этот индекс близок к единице. При нарушении нервной регуляции сердечно-сосудистой системы он становится большим или меньшим единицы.

Оценка реакции сердечно-сосудистой системы проводится по измерению частоты сердечных сокращений (пульса), которая в покое у взрослых людей составляет от 60 до 80 ударов в минуту. У детей, начиная с 7-8 лет, возможно и до 80-90 ударов в минуту. У физически тренированных людей частота пульса значительно реже - 60 и менее ударов в минуту, а у тренированных спортсменов - 40-50 ударов, что говорит об экономичной работе сердца. Пульс можно подсчитывать на лучевой, височной, сонной артериях, в области сердца. В состоянии покоя частота сердечных сокращений зависит от возраста, пола, позы, совершаемой деятельности. С возрастом она уменьшается. *Нормальный пульс находящегося в покое здорового человека ритмичен, без перебоев, хорошего наполнения и напряжения*. Ритмичным пульс считается, если количество ударов за 10 секунд не будет отличаться более, чем на один удар от предыдущего подсчета за тот же период времени. Выраженные колебания числа сердечных сокращений указывают на аритмичность.

Научными исследованиями установлена прямая зависимость между частотой пульса и величиной физической нагрузки. При одинаковой частоте сердечных сокращений потребление кислорода у мужчин выше, чем у женщин, у физически подготовленных людей также выше, чем у лиц с малой физической подвижностью. После физических нагрузок пульс здорового человека приходит в исходное состояние через 5-10 минут, замедленное восстановление пульса говорит о чрезмерности нагрузки.

Для определения состояния сердечно-сосудистой системы можно использовать **ортостатическую пробу**. Физкультурник лежит на кушетке в течение 5 минут, затем подсчитывает частоту сердечных сокращений. В норме при переходе из положения лежа в положение стоя отмечается учащение пульса на 10-12 ударов в минуту. Считается, что учащение его до 18 ударов в минуту - удовлетворительная реакция, более 20 - неудовлетворительная. Такое увеличение пульса указывает на недостаточную нервную регуляцию сердечно-сосудистой системы.

Также очень важно произвести **оценку функций органов дыхания**. При выполнении физических нагрузок резко возрастает потребление кислорода работающими мышцами и мозгом, в связи с чем возрастает функция органов дыхания. По частоте дыхания можно судить о величине физической нагрузки. *В норме частота дыхания взрослого человека составляет 16-18 раз в минуту*. Важным показателем функции дыхания является жизненная емкость легких - объем воздуха, полученный при максимальном выдохе, сделанном после максимального вдоха. Его величина, измеряемая в литрах, зависит от пола, возраста, размера тела и физической подготовленности. В среднем *у мужчин он составляет 3,5-5 литров, у женщин - 2,5-4 литра*.

Еще есть один довольно простой метод самоконтроля «с помощью дыхания» - так называемая **проба Штанге** (по имени русского медика, представившего этот способ



в 1913 году). Сделать вдох, затем глубокий выдох, снова вдох, задержать дыхание, по секундомеру фиксируя время задержки дыхания. По мере увеличения тренированности время задержки дыхания увеличивается. Хорошо натренированные люди могут задержать дыхание на 60-120 секунд. Но если вы только что тренировались, то задержать надолго дыхание вы не сможете. Поэтому важно проводить периодический контроль в процессе занятий спортом.

Конечно, когда в процессе самоконтроля вы обращаете внимание на происходящие изменения, занятия нужно прекратить и обратиться за консультацией к специалистам.

Личная гигиена включает в себя: рациональныйточный режим, уход за телом и полостью рта, гигиену одежды и обуви, отказ от вредных привычек (курение, употребление алкоголя, наркотиков и т.д.). Знание правил личной гигиены необходимо каждому человеку, так как строгое их соблюдение способствует укреплению здоровья, повышению умственной и физической работоспособности и служит залогом высоких достижений в любом виде деятельности.

Гигиена одежды и обуви. С гигиенической точки зрения одежда должна помогать приспосабливаться к различным условиям внешней среды, способствовать созданию необходимого микроклимата, быть легкой и удобной. Важны теплозащитные ее свойства, а также воздухопроницаемость, гигроскопичность и другие качества одежды.

Спортивная одежда должна отвечать требованиям, предъявляемым спецификой занятий и правилами соревнований различных видов спорта. Она должна быть по возможности легкой и не стеснять движений. Как правило, спортивная одежда изготавливается из эластичных тканей с высокой воздухопроницаемостью, хорошо впитывающих пот и способствующих его быстрому испарению. Различные виды спортивной одежды из синтетических тканей рекомендуется применять лишь для защиты от ветра, дождя, снега и т.п. *Негигиенично пользоваться спортивной одеждой в повседневной жизни*.

Обувь должна быть легкой, эластичной и хорошо вентилируемой. Необходимо, чтобы ее теплозащитные и водоупорные свойства соответствовали погодным условиям. Лучше всего этим требованиям отвечает *обувь из натуральной кожи*, имеющая малую теплопроводность, хорошую эластичность и прочность, а также обладающая способностью сохранять форму после намочения.



Спорт во имя жизни

Применяемые в настоящее время различные кожзаменители по своим гигиеническим качествам приближаются к ней, но неравнозначны. Резиновая обувь и обувь на резиновой подошве обладает одним существенным недостатком: не пропуская воздуха, она вызывает потливость. Для занятий зимой рекомендуется непромокаемая обувь, обладающая высокими теплозащитными свойствами. Ее размер должен быть чуть больше обычного, что дает возможность использовать теплую стельку, а при необходимости - две пары носков.

Важна и так называемая «внутренняя обувь» - **носки, гольфы**. Они должны хорошо пропускать воздух, впитывать пот. Носки всегда должны быть чистыми, эластичными и мягкими. В теплое время года следует носить обувь, обеспечивающую хороший воздухообмен: туфли, имеющие прорези и отверстия или верх из матерчатой ткани. Во время туристских походов следует пользоваться только хорошо разношенной и прочной обувью. Спортивная обувь и носки должны быть чистыми и сухими, в противном случае могут возникнуть потертости, а при низкой температуре воздуха - и обморожения.

Личная гигиена - это уход за кожей, закаливание и другие моменты повседневного быта. Личную гигиену необходимо соблюдать всегда и везде: в быту, на производстве и отдыхе. Особенно она важна для занимающихся физкультурой и спортом. Ведь спортсмен выполняет большой объем физических упражнений.

Уход за кожей имеет большое значение для сохранения здоровья. Кожа - не только орган осязания, она защищает тело от внешних вредных воздействий, участвует в терморегуляции организма, процессе дыхания. Поэтому кожу необходимо содержать в чистоте и хорошо за ней ухаживать: регулярно мыть тело горячей водой с мылом, ежедневно обтирать его прохладной водой с последующим растиранием кожи мохнатым полотенцем. Лицо, шею, руки следует мыть не реже двух раз в день - утром и вечером. Утром лучше умываться холодной водой, она придает бодрость, создает хорошее настроение, а также способствует закаливанию. Ежедневный массаж головы специальной щеткой усиливает приток крови к корням волос, что укрепляет их и улучшает питание. Особенно тщательным должен быть уход за кожей при занятиях различными видами борьбы и боксом, требующими непосредственного соприкосновения полуобнаженных спортсменов.

Регулярного ухода требуют **ногти**. Под длинными ногтями скапливается грязь, в которой могут быть различные микробы.



Мозоли во время тренировок могут быть сорваны, нередко они осложняются трещинами или воспаляются. Для профилактики этих осложнений необходимо следить, чтобы руки перед началом тренировки были чистыми. После окончания занятий надо тщательно вымыть их теплой водой с мылом, насухо вытереть и смазать питательным кремом или глицерином. Один раз в месяц необходимо стирать пемзой поверхностные слои мозолей или срезать после местной горячей ванны.

В целях более радикальной борьбы с мозолями рук рекомендуется применять 3%-ную салициловую мазь, которую наносят тонким слоем на поверхность мозоли на один-два часа. Затем ее удалить ватным тампоном или марлевой салфеткой, а руки насухо вытереть. Употреблять мазь достаточно один раз в неделю.

Серьезного внимания требует **профилактика повышенной потливости**. Она нередко возникает из-за нарушения деятельности нервной системы и требует укрепления общего состояния организма с помощью закаливания и соблюдения правильного режима жизни.

Потливость стоп способствует образованию болезненных трещин. Ежедневно обмывайте ноги на ночь прохладной водой.

Необходимо обратить внимание на **профилактику грибковых заболеваний**, особенно тем, кто занимается плаванием. Из грибковых заболеваний наиболее распространена эпидермофития, особенно межпальцевая. Начальные стадии этой болезни часто незаметны, выражаются в отторжении поверхностного рогового слоя кожи в глубине межпальцевых складок, обычно между третьим, четвертым и пятым пальцами. Некоторое время спустя ощущаются зуд, боль, покраснение. В дальнейшем могут появляться трещины, образовываться мокнущие пузыри, поражаться ногти. Личная профилактика эпидермофитии сводится к тщательному уходу за кожей стоп. После душа или купания необходимо хорошо осушить кожу, тщательно вытереть межпальцевые промежутки. В помещениях бассейна, душевых не следует ходить босиком; не рекомендуется систематическое ношение резиновой обуви. При малейшем подозрении на грибковое заболевание кожи необходимо начать лечение, обратившись на консультацию к специалисту. ☺





Поддержка грудного вскармливания



**Татьяна Михайловна
ЧЕРКАСОВА,**

врач-неонатолог, высшая квалификационная категория, кандидат медицинских наук, доцент;



**Ольга Вячеславовна
НЕВСКАЯ,**

врач-неонатолог, первая квалификационная категория, кандидат медицинских наук, доцент - кафедра педиатрии с курсом ФПК и ППС, Алтайский государственный медицинский университет

Грудное молоко - это лучшее, адаптированное самой природой питание для ребенка, обеспечивающее его всеми питательными веществами, необходимыми в течение первых шести месяцев жизни.

Состав грудного молока меняется не только в течение суток, но и в течение первого года жизни ребенка, вслед за его меняющимися потребностями. В первые дни после рождения ребенка молочные железы роженицы вырабатывают **молозиво** - густое желтоватое молоко. В молозиве содержится больше белка, антител и других факторов защиты, чем в зрелом молоке. Молозиво обладает мягким послабляющим эффектом, способствует своевременному очищению кишечника новорожденного от мекония. Молозиво также способствует развитию и нормальному становлению функций кишечника ребенка после рождения, предупреждает развитие в дальнейшем аллергических реакций и непереносимость другой пищи. По своему витаминному составу молозиво отличается от зрелого молока. Особенно много в нем витамина А. **Учитывая уникальный состав молозива, очень важно, чтобы ребенок получал его с первых часов жизни.** Молозиво содержит все необходимые питательные компоненты и полностью обеспечивает потребности ребенка в питательных веществах до появления зрелого молока у матери.

Зрелое молоко появляется в течение нескольких дней после рождения ребенка в гораздо большем количестве, чем молозиво. Различают «переднее» и «заднее» молоко. «Переднее» ребенок получает в начале кормления, оно имеет голубоватый цвет. Вырабатывается оно в большом количестве и содержит много сахара (лактозы), белка. «Заднее» молоко выделяется в кон-

це кормления, имеет насыщенный белый, иногда желтоватый цвет. В нем содержится больше жира, чем в переднем. Большое количество жира делает «заднее» молоко высокоэнергетическим, поэтому нельзя отнимать ребенка от груди преждевременно, необходимо позволить ему высосать всё «заднее» молоко, иначе он будет голодным.

Грудное вскармливание способствует формированию между матерью и ребенком близких, нежных взаимоотношений, привязанности, формирует глубокую эмоциональную связь, сохраняющуюся на всю жизнь. Дети, находящиеся на грудном вскармливании, более спокойные, меньше плачут, они чувствуют большую защищенность, и это сказывается на поведении ребенка.

Основные условия успешного грудного вскармливания в раннем неонатальном периоде:

- нет необходимости перед каждым кормлением мыть грудь, обрабатывать соски, особенно с мылом;
- частое прикладывание ребенка к груди способствует «прибыванию» молока;
- в течение первой недели после родов грудь выглядит набухшей, женщина может испытывать чувство «распирания» в груди. Это проходит достаточно быстро, если часто прикладывать ребенка к груди;
- здоровому ребенку достаточно только грудного молока, и нет необходимости давать ему воду;
- частота и продолжительность кормлений должны определяться желанием ребенка, и ему необходимо дать возможность сосать, пока сам не отпустит грудь;



Школа ответственного родительства

● необходимо дать возможность ребенку высосать одну грудь перед тем, как дать вторую, для того, чтобы он получил достаточно «заднего» молока, содержащего жиры в высокой концентрации.

В период становления лактации матери необходимы психологическая поддержка и практическая помощь. Нужно показать матери несколько основных приемов, которые способствуют тому, чтобы ребенок правильно взял грудь и эффективно сосал.

Потребности детей в пище индивидуальны. Состав молока в течение дня и всей лактации меняется вслед за потребностями ребенка. Большинство детей способно регулировать количество потребляемого грудного молока. Рекомендуется прикладывать ребенка к груди, как только он проявляет признаки голода или беспокойства, днем и ночью, с первого дня и до конца грудного вскармливания. Иногда придется кормить 10-12 раз в день, иногда - 6-8 раз. Не стоит ждать, пока ребенок начнет плакать от голода. Если ребенку дают соску или туго пеленают, очень трудно распознать признаки голода. **Голодные дети двигают головой, ручками, подносят их ко рту, у них появляется слюна, они причмокивают языком, делают сосательные движения ртом и языком. У детей есть множество способов показать свой голод; крик и плач - последний, самый отчаянный метод.** Грудное молоко легче и быстрее переваривается, чем искусственное детское питание, поэтому и кормить ребенка следует чаще, чем при искусственном вскармливании. Большинство детей нуждаются в кормлении по ночам. Ради удобства матери можно поставить кроватку ребенка рядом с постелью матери. Но не рекомендуется спать матери в одной постели с ребенком. Иногда дети наедаются быстро, иногда - медленно. Ребенок может требовать кормления в несколько приемов, отдыхая в промежутках между сосанием, иногда он предпочитает непрерывное кормление. Мать научится понимать по звукам: продолжает ли ребенок сосать или просто дремлет у груди. Если ребенку комфортно, он не повредит сосок даже при час-



том и длительном кормлении. **Если ребенок самопроизвольно бросает грудь, следует сделать перерыв, затем попробовать предложить ему ту же самую грудь, чтобы убедиться, что ребенок получил «заднее» молоко. Если он отказывается, предложите вторую грудь; если он снова откажется, то он сыт. При следующем кормлении лучше предлагать грудь, «отдыхавшую» при предыдущем кормлении.** Если у ребенка заметна склонность к «любимой» груди, - это не проблема. Практически молока одной груди достаточно, чтобы насытить ребенка; есть женщины, с успехом выкормившие только грудью близнецов и даже тройню.

Факторы, влияющие на лактацию

Масса тела матери не влияет на успешность лактации. Требования к рациону питания кормящей матери варьируют в достаточно широком диапазоне. Потребность женщины в этот период в белках, жирах, углеводах, витаминах и минеральных веществах повышена, но если эти потребности в дополнитель-

По своему витаминному составу молоко от зрелого молока. Особенно много в нем витамина А. Учитывая уникальный состав молозива, очень важно, чтобы ребенок получал его с первых часов жизни.



Школа ответственного родительства

ной энергии и питательных веществах не удовлетворять, синтез грудного молока будет происходить за счет ресурсов матери. Нормально питающаяся женщина накапливает во время беременности необходимые запасы, используемые для компенсации возросших потребностей в первые месяцы лактации.

Распространенное мнение о том, что для нормальной лактации необходимо значительное увеличение потребления жидкости, не подтверждено научными исследованиями. Когда матери не хватает жидкости, моча становится концентрированной, женщина испытывает жажду. Поэтому обычно женщина сама регулирует поступление жидкости.

Форма и размер груди также не влияют на количество молока и возможности грудного вскармливания.

Часто причину неудачного прикладывания ребенка к груди объясняют формой сосков. **В большинстве случаев плоские соски не препятствуют грудному вскармливанию.** Причину неудачного кормления следует искать в неправильном прикладывании ребенка к груди. Необходимо помочь матери правильно приложить ребенка к груди как можно раньше, лучше всего в первый день после родов, до того, как «прибудет молоко» и грудь станет полной. **Если по каким-то причинам ребенок не может сосать грудь, следует рекомендовать матери сцеживать молоко и кормить его из чашки. Не следует кормить ребенка из бутылочки, так как это затрудняет в дальнейшем прикладывание ребенка к груди.**

Уход за пуповинным остатком в раннем неонатальном периоде

Пуповинный остаток высыхает и мумифицируется при воздействии воздуха, затем отпадает в течение первой недели жизни. Согласно международным рекомендациям, для ухода за пуповинным остатком не требуется создания стерильных условий.



Не рекомендуется обрабатывать пуповинный остаток какими-либо антисептиками (растворы анилиновых красителей, спирт, раствор калия перманганата и т.п.), достаточно содержать его сухим и чистым, предохранять от загрязнения мочой, калом, а также от травмирования при тугом пеленании или использовании одноразовых подгузников с тугой фиксацией. Доказано, что местное использование антисептиков не только не уменьшает частоту инфекций, но и способствует задержке спонтанного отпадения пуповинного остатка.

В случае загрязнения пуповинный остаток и кожу вокруг пупочного кольца можно промыть водой и осушить чистой ватой или марлей. Не рекомендуется пользоваться повязками и дополнительным подвязыванием пуповины для ускорения процесса мумификации. Значительно снижает частоту гнойно-воспалительных заболеваний пупочной ранки ранняя выписка из родильного дома (на 2-4-е сутки после родов), в том числе до отпадения пуповины. Насильственное удаление (отсечение) пуповинного остатка не рекомендуется, так как подобная процедура опасна и может осложниться кровотечением, ранением стенки кишки при недиагностированной грыже пупочного канатика, а также инфицированием. Эффективность процедуры не доказана; насильственное удаление пуповинного остатка следует признать необоснованным инвазивным вмешательством, потенциально опасным для жизни новорожденного. Выписка новорожденного домой ранее отпадения пуповинного остатка возможна. ☺

Необходимо помочь матери правильно приложить ребенка к груди как можно раньше, лучше всего в первый день после родов, до того как «прибудет молоко» и грудь станет полной.



Здесь знают цену минутам - Часто она стоит жизни

Городской токсикологический центр открылся в феврале в Барнауле по новому адресу - в городской клинической больнице №11.

Все помещения нового Центра капитально отремонтированы - на это выделили 22,6млн. рублей. **Создана дополнительная система водоподготовки, выполнены отдельная линия подачи кислорода в барозал и особая система раздельной вентиляции, обеспечивающая комфортное и безопасное нахождение больных в отделении.** Кроме того, **оборудовали приемный покой** с возможностью санитарной и дезинтоксикационной обработки пациентов, **токсикологическую лабораторию, палату интенсивной терапии, палаты дезинтоксикации и кабинет хирургических методов дезинтоксикации, реанимационный зал, кабинет гемодиализа, барозал.** Все сотрудники



Центра прошли требуемое обучение, имеют сертификаты и допуск к работе по профилю.

Сегодня токсикологический центр обслуживает жителей Барнаула, Новоалтайска и Первомайского района. **Сюда попадают люди с алкогольным и наркотическим опьянениями, с отравлениями медикаментами, кислотами и щелочами,**

угарным газом, в летний период - **с укусами пауков и змей.** Отделение работает 365 дней в году, помощь оказывается круглосуточно: за год - около 1800 пациентам. Причем, более двухсот из них получают высокотехнологичную медицинскую помощь. Ежедневно в Центр поступает до 15 человек в алкогольном и наркотическом опьянении. Кроме того, почти полторы тысячи человек в год просто трезвеют в изоляторе Центра после осмотра, если отравление у них не выявлено. И эта статистика не меняется уже несколько лет.

В то же время врачи отмечают происходящее в последнее время снижение числа фактов суицида с помощью медикаментов. Сезонной зависимости в статистике суицидов нет. Главной причиной этих трагедий остается несчастная любовь. Однако очевидно, что большую склонность к таким решениям имеют женщины, мужчины чаще страдают от отравления угарным газом - в гараже, алкоголем, подростки поступают после «встречи» с курительными смесями и спайсами. По словам заведующего отделением, главного токсиколога Барнаула **Г.Г. БАЛАГАНСКОГО,** *самыми непростыми случаями в медицинской практике остаются случаи, связанные с приемом так называемых обжигающих веществ:* уксусной, серной, соляной кислот. Среди этой категории больных самый большой процент смертности. Кстати, в 2015 году смертность по отделению составила 2,6% при российском показателе в 4,5%. Такой результат достигнут благодаря применению хорошего оборудования, современных методов интоксикации, размещению больных в палатах, снабженных специальной аппаратурой, и главное - благодаря профессионализму сотрудников. Так, в Западной Сибири это единственное отделение токсикологии, где есть две барокамеры. Одна перевезена из городской больницы №3 (где ранее располагался Центр), вто-



рая приобретена и установлена уже на новом месте.

Барокамеры - это серьезное оборудование, работающее при подаче кислорода под повышенным давлением, а значит, требующее выполнения жестких правил эксплуатации. Барокамеры и лечение с их помощью остаются дорогостоящим делом. Этим можно объяснить, что в Барнауле в государственных клиниках и сегодня это оборудование встречается достаточно редко. И их наличие расширяет возможности врача в оказании результативной помощи при отравлении выхлопными и угарными газами, что является самым распространенным диагнозом в регионе: барокамера купирует отравление, насыщает организм кислородом, тем самым сводя к минимуму последующие органические изменения в организме. Помимо этого, любые воспалительные заболевания после сеансов в барокамере оказываются побежденными, в ряде случаев успешно снимается угроза невынашивания беременности, побеждаются токсикозы. После лечения в барокамере удается избежать у пациентов, испытавших острое отравление, так называемого неврологического дефицита - нарушения двигательной функции, памяти, которое корректируется весьма не просто. ▶



В современной барокамере поддерживается непрерывно связь с больным посредством телефона, постоянно ведется мониторинг состояния человека. Сеанс длится 40 минут, обязательно начальное плавное повышение давления и заключительное снижение его до нормального уровня. Барокамера позволяет следить за средой, температурой, влажностью внутри, можно даже измерять давление пациента.



Есть в арсенале Центра еще один метод: **портативный прибор позволяет проводить ультрафиолетовое облучение крови**. Процедура занимает 15-20 минут, а результат замечательный. При воспалительных заболеваниях возможно снижение количества принимаемых антибиотиков, в ряде случаев - отказ от них. Метод хорошо себя зарекомендовал и при гинекологических заболеваниях.

При отравлениях проводится также очищение крови. После обработки на центрифуге она делится на две субстанции: в одной содержатся эритроциты, в другой - в плазме - отравляющие вещества, которые убирают, а первую субстанцию возвращают в организм. Так можно обработать до 1,5 литров крови пациента.

В отделении работает **химическая лаборатория**. Ее главная задача - оперативное (в течение часа) определение токсиканта. Ведь только после этого можно рассчитывать на правильную помощь пациенту. База данных приборов насчитывает более 500 лекарственных веществ, трудности возникают сегодня лишь при работе с курительными смесями и спайсами. Поэтому при оказании помощи таким пациентам, чаще подросткам, огромную роль играет опыт врачей.

У коллектива Центра есть планы и приобретения современного оборудования для лаборатории, постоянного совершенствования методов оказания помощи людям. Здесь понимают - очень часто на раздумья времени нет, когда счет времени идет на минуты. ☺

ИЩЕМ КОНТАКТ

Понимание психологии общения помогает руководителям учреждений улучшить атмосферу взаимоотношений в коллективе и более эффективно организовать рабочий процесс.

Изучение психологии общения обязательно входит во все курсы менеджмента и управления персоналом. Какие можно раскрыть секреты успешного общения сотрудников медицинских учреждений?

Открываемся

Главным в общении людей независимо от их профессии является умение правильно понимать других людей. **Недопонимание собеседника или неправильное понимание того, что он хочет сказать, делает контакт невозможным.** Но зачастую человек, сам того не ведая, доносит до других совсем не то, что он хочет сказать на самом деле. В этом случае он рискует быть неслышанным и непонятым: непонимание может привести к неприятностям, конфликтам или спровоцировать грубость оппонента. **Таинство успешного общения заключается в умении сделать свои мысли и идеи доступными для собеседника и способности настроиться на волну настроения другого человека.**

Как же нужно общаться, чтобы собеседник правильно понимал наши мысли и идеи? Проблема современных людей состоит в том, что мы стали слишком закрытыми для общения. Это специфика человека: отгораживаясь от других, мы тем самым защищаем свою индивидуальность. Такая закрытость мешает нам доходчиво выражать свои мысли и не позволяет нам понимать других людей. В результате на слова собеседника накладывается наша собственная проекция, которая возводит между нами стену непонимания.

Правильно проецируем

Проекция на слова собеседника - это когда другой человек говорит нам о чём-то нейтральном, а мы зачастую проецируем на эту тему свои собственные взгляды и видим в этом собственный смысл, хотя собеседник имел в виду совсем другое. Например: нейтральная фраза «наконец-то выпал снег» может выз-



вать у собеседника совсем не ту реакцию, которую ожидал сказавший. Если для него выпавший снег - это символ радостного ожидания Нового года, то собеседник может подхватить её и продолжить: «Да, теперь дороги посыплют солью, начнётся слякоть...». Первый, пытаясь настроить собеседника на позитив, продолжает: «Скоро Новый год» (думая о том, как будет весело собираться за праздничным столом, дарить и получать подарки). А второй продолжает «свою» мысль: «Да, это ужас - понаедут родственники, которых я не хочу видеть...». В этом случае мысли двух людей расходятся в разные стороны: первого собеседника не поняли, и он замолчал - какой интерес разговаривать с человеком, который не может разделить радость? А если он попытается возразить, то за этим последуют стенания оппонента. Конечно, такое общение нельзя назвать успешным.

Успешное общение предполагает максимальное прояснение позиции оппонента и понимание его точки зрения. Для этого нужно детально выяснить, что именно хочет сказать собеседник. В коммуникации с другими людьми мы все хотим, чтобы нас поняли и приняли нашу позицию, потому что только тогда мы



Теперь можно лепить десну будто из пластилина

**Коллектив стоматологической поликлиники №3
г.Барнаула принимал журналистов в день своего
профессионального праздника - 9 февраля.**

От **Романа Викторовича ТОЛМАЧЕВА**, заведующего поликлиникой, мы услышали о розовой эстетике ротовой полости, без чего здоровая улыбка просто невозможна. Состояние десен, особенно видных при улыбке, может испортить успешное протезирование, если десны далеки от идеала. Чтобы этого избежать, в арсенале современных стоматологов есть ряд новейших методов работы. Например, на помощь пришел **лазер**. Он помогает без кровотечений, с минимальной травматичностью работать на мягких тканях, а заживление после вмешательства требует не более двух дней. Миниатюрный аппарат из Германии используется во всех отраслях стоматологии, в том числе и в терапевтическом лечении и отбеливании зубов. После того, как один из журналистов сделал разрез микронным огоньком на обычном курином окорочке, всем осталось только отметить: «Это же ювелирная работа!».

Такую работу стоматологи выполняют ежедневно, правда, мы, пациенты, ее не видим - сидим с открытым ртом, а многие по привычке продолжают бороться со страхом... Напрасно - **анестезия тоже сделала настоящий прорыв**, в результате чего поход к стоматологу превращается в

обычную процедуру, не имеющую ничего общего со стрессом.

Постепенно рентгеновские снимки становятся менее востребованными, тем более в сложных случаях, когда врачу необходима полная информация о состоянии твердых и мягких тканей ротовой полости. Поэтому ежедневно выполняется более 20 обследований на томографе. **Трехмерное изображение** передается на монитор компьютера и позволяет максимально точно выстроить стратегию предстоящего лечения и протезирования. В частности, это максимально важно при установке имплантатов, ведь искажения картины ротовой полости на плоских рентгеновских снимках влекли погрешности. **По имеющейся томограмме специальная программа позволяет точно рассчитать положение имплантатов и даже изготовить шаблон, который впоследствии при работе стоматолога будет накладываться на десну и направлять движение инструмента, полностью исключив ошибки.** Сейчас шаблоны печатаются на 3D-принтере в Москве. Шаблон позволяет ограничиться проколом в ткани десны всего в несколько миллиметров при установке имплантата. И уже в день имплантации устанавливается временный протез, позволяющий полностью исключить для человека эстетические проблемы до установки протеза постоянного.

Олег Викторович НАГОРНЫЙ, зубной техник высшей категории, познакомил нас со своим оборудованием. Сегодня появились новые технологии и материалы, но специальность техника всё равно напоминает труд литейщика. Правда, другие объемы, филигранная точность на каждой единице изделия. А их ежедневно одним



специалистом изготавливается до ста штук. Протезы выполняются из сплавов и материалов, которые широко используются стоматологами во всем мире.

Сделан большой шаг вперед в решении вопросов **устранения дефектов мягких и твердых тканей**. Совсем недавно для этого требовался набор дорогостоящих препаратов (около 40т.р.). Прорывом в стоматологии можно считать **открытие способа приготовления тромбоцитарной массы из крови пациента**. Для этого требуется специальная пробирка с действующим веществом и обработка крови на центрифуге с точным выдерживанием требуемого режима. Получаемая субстанция может успешно использоваться для регенерации мягкой и костной тканей, а стоит пробирка порядка 200 рублей!

Задали мы вопрос и о качестве зубов. К сожалению, оно ухудшается. Свою лепту вносят ухудшающаяся экология, низкое качество продуктов, воздуха, питьевой воды, генетика.

Примечательно, что каждый случай из практики стоматолога индивидуален, приходится лечить, бороться с осложнениями, чтобы вернуть пациенту уверенность в себе и дать право на красивую улыбку. ☺



Можно ли жить без стресса?

Людам свойственно стремиться к упорядочиванию своего жизненного пространства, распорядка дня, недели. Это - подсознательное стремление, усугубляющееся с возрастом, с одной стороны, позволяет защититься от ненужных потрясений.

Но, с другой стороны, оно может приводить к неоправданно затянувшимся переживаниям, стрессовому состоянию. Причем, сам человек не всегда дает себе отчет в том, что происходит. Когда в отделении психолог начинает работать с пациентом, перенесшим инфаркт миокарда, и старается выяснить причины возникновения заболевания, то, как правило, лишь в это время для пациента становится явным, насколько сильным у него было переживание по поводу, например, потери работы или возникшего в семье конфликта. Именно в этот момент пациенты только осознают, что у них есть чувства, которые они долгое время подавляли, боялись откровенно признаться в переживаниях даже себе.

Затянувшаяся стрессовая ситуация может обернуться серьезной бедой для человека. Я не устаю повторять о том, что **нельзя загонять переживания внутрь**. Очень важно произнести свои сомнения и переживания вслух, найти того единственного собеседника, с кем вы готовы поговорить, или же просто написать на бумаге.

Чаще всего инфарктами страдают мужчины, потому что они, по общему мнению, должны быть сдержанными, мужественными, немногословными. Для них недопустимо плакать или жаловаться на свои проблемы. Но такие «молчаливые» переживания очень разрушительны для организма. Психологами доказано, что **озвученная проблема помогает сформировать правильное к ней отношение, от переживаний и сомнений перейти к действиям**. В данном случае неверно говорить о правильном или неправильном мнении - бывает ваше личное мнение, и оно определяющее. Когда переживание «загнано» внутрь, в таком состоянии можно оставаться очень дол-

го. Когда вы начинаете об этом разговаривать, вы начинаете со стороны оценивать ситуацию, в результате вам легче понять, какое у вас мнение о происходящем. Вы со стороны видите больше, тем более, если вам начинают задавать вопросы.

Ещё в большей степени эти позитивные изменения происходят после разговора с психологом. После такой встречи заканчивается туннельное (ограниченное) мышление и начинается более широкое, разноплановое. Пациент начинает понимать, что мир многогранен и выход очевиден, он есть, вы просто его не видели.

Не заверяю, что после встречи с психологом в отделении реабилитации АККД жизнь людей меняется, но они понимают, что к психологам ходить не страшно, что это нормальный шаг цивилизованного человека, находящегося в стрессовой ситуации. И это - важный шаг к выздоровлению.

Современный мужчина привычно заботится день за днем о детях, семье, работе. **Перенесенный инфаркт - это**

Елена Сергеевна САНДАЛ,
психолог, первая
квалификационная
категория, гештальт-
терапевт, КГБУСО
«Краевой кризисный
центр для мужчин»

На наших встречах от психолога требуется терпеливое разъяснение, с тем чтобы человек начал говорить откровенно о главном - волнующем его.



Сердце под контролем

◀ **сигнал, требующий задуматься о себе, своем здоровье и понять, что пора изменить приоритеты в жизни.** Я, как психолог, поясню, насколько опасно оставаться со своими проблемами один на один.

Нужно отметить, что в разумных пределах стрессы полезны организму. Без стресса вряд ли возможно развитие, движение вперед. Стресс выбивает нас из зоны спокойствия, с головой окунает в дискомфорт, чтобы затем привести к успеху.

Способы снятия стресса

Время, проведенное с другом, в приятной компании, поможет забыть о переживаниях и расширить кругозор. Люди, у которых есть близкие друзья, меньше подвержены сердечно-сосудистым заболеваниям.

Домашние животные развеселят и улучшат психологическое состояние, понижают повышенное из-за стресса давление.

Прослушивание легкой музыки уменьшает тревожность. Она должна быть спокойной, гармоничной. Пение тоже хорошо снимает стресс и психологическое напряжение.

Чаепитие. Доказано, что зеленый чай содержит в себе полезные вещества, помогающие успокоиться. Подумайте о чем-то приятном и хотя бы на пару минут погрузитесь в состояние абсолютного покоя.

Регулярные физические упражнения. Полезны нагрузки, связанные с движением, а не с усилием. Виды физических нагрузок, их продолжительность и интенсивность подбираются врачом индивидуально.

Прогулки на свежем воздухе приносят физическую, умственную и эмоциональную разрядку.

Водные процедуры. Можно предложить несколько вариантов: контрастный душ, купание в водоеме, бассейн, теплая расслабляющая ванна.

Массаж и самомассаж. Для сохранения энергии массируйте по 30 секунд точки под носом, между бровями, под нижней губой и в центре ладони.

Раскладывание вещей по местам помогает упорядочить мысли, сосредоточиться.

Ведение дневника. Вас что-то беспокоит? Попробуйте писать об этом в



течение 15 минут каждый вечер. Это поможет поднять иммунитет и улучшить общее состояние.

Расслабление. Сделайте несколько глубоких вдохов. Глубокое дыхание помогает снизить сердцебиение и уровень стресса.

Хобби: рыбалка, творчество, рукоделие.

Также помогут сон и пассивный отдых; секс и общение с противоположным полом; отдых на природе; просмотр любимого кино, телепередачи; уединение; путешествия или смена обстановки; проведение досуга с детьми; юмор и смех.

Если вы не умеете снимать стресс, - не надевайте его! Данные рекомендации - как таблетка анальгина: боль снимает, а причину - нет.

Когда вы ощутите жизненные силы и энергию, у вас появится возможность по-новому взглянуть на трудную ситуацию. Поэтому, успокоившись, проанализируйте свое состояние: как вы себя чувствуете? при каких обстоятельствах вы чаще всего в стрессе? В процессе обдумывания вы найдете решение, поймете, что выход находится всегда. Обязательно действуйте! Не бойтесь неудач. Вы имеете право совершать ошибки в поисках правильного пути.

Помните: «Что нельзя изменить, нужно принять. Что нельзя принять, нужно пережить». ☺

Когда мы попадаем в неоправданно большое количество стрессовых ситуаций, важно уметь преодолевать эти состояния.

Для того чтобы стресс не перешел в недуг, необходимо вовремя снимать напряжение.



Чтобы ваш малыш появился в срок

Родильный дом - особое учреждение, через призму которого видны не только проблемы общества, но и его будущее. От чего зависит здоровье нового поколения, в чем ошибки женщин, становящихся мамами, и, наоборот, их мудрость по сравнению со старшим поколением, - об этом мы поговорили с заведующей отделением патологии беременности родильного дома барнаульской городской больницы №11 Н.Д. ПРУГОВОЙ.

- Наталья Дмитриевна, ваш опыт работы позволяет говорить о тенденциях в состоянии здоровья современной женщины. Отношение к беременности и родам изменилось за последние годы?

- Могу сказать со всей ответственностью: здоровье нации ухудшилось. Это серьезная проблема, и она касается не только женщин детородного возраста - это проблема населения в целом.

Выросло число людей с ожирением: поступление в отделение женщин с массой тела 100-120кг стало нормальным явлением. Изменилось питание современного человека: много едим сладкого, мучного, жирного. Эти привычки становятся особенно пагубными во время беременности: у женщин часто диагностируется сахар-

ный диабет. Совсем недавно считалось, что это болезнь бабушек и дедушек. Всё изменилось: сейчас сахарный диабет встречается в молодом возрасте и во время беременности проявляется в полной мере. Если женщина фруктам, овощам, белковой пище предпочитает сладкое, жирное, мучное, то это не проходит бесследно и для ребенка. Рождаются крупные дети, что означает риск травматизации в родах, рост числа оперативных вмешательств - выполнения кесарева сечения. Гиподинамия, высококалорийное питание приводят к тому, что женщина не в состоянии родить самостоятельно. Сегодня в родах оперируется каждая 3-4-я женщина.

Следующая группа риска - курящие женщины. Курят более 30% женщин, невзирая на беременность. В результате у них происходит преждевременное старение плаценты, дети рождаются маловесными, появляются на свет раньше срока. Врачи отмечают: нет сегодня средней категории детей по весу, рождаются либо крупные дети, либо совсем маленькие. Если недавно считалось золотым стандартом рождение ребенка весом 3-3,5кг, сейчас подобный средний показатель определить невозможно.

Очевидно правило: будет здорова женщина - родится здоровый ребенок. Нам, врачам, стыдно говорить беременным женщинам о том, что им противопоказаны алкоголь, курение, - ведь это же очевидные факты. В то же время, если женщина выполняет все рекомендации врача, то и шансы родить здорового ребенка у нее вырастают даже при имеющихся серьезных хронических заболеваниях. Тогда и роды с большой вероятностью пройдут в нормальном режиме, без оперативной медицинской помощи.

В питании беременная женщина должна отдавать предпочтение белковым продуктам, к которым относятся мясо, рыба, творог, кисломолочные продукты. Конфеты, булочки, прочие сладости должны употребляться в минимальном количестве.

- Может, тогда современные женщины ответственнее готовятся к беременности и становятся не менее ответственными мамами?



- Трудно сказать, сколько мы работаем уже на последнем этапе - родах. Нам часто об этом говорят родственники. И мы, врачи, радуемся тому, что приходит понимание личной ответственности за своего ребенка, на этапе вынашивания беременности, на этапе родов и далее - в послеродовом периоде. На этапе вынашивания беременности это проявляется в регулярном посещении женской консультации, соблюдении режима труда и отдыха, правильном питании и т.д. На этапе родов - в доверии к персоналу, участвующему в родовом процессе, в осознании, что роды длятся не 1-2 часа, что это болезненный процесс, и правильное поведение женщины в родах очень важно для благоприятного исхода. В послеродовом периоде



очень важна мотивация к грудному вскармливанию ребенка.

С другой стороны, сейчас растет число бесплодных женщин, вынужденных прибегать к помощи вспомогательных репродуктивных технологий - для нас это особая группа рожениц: очень часто беременность у таких женщин протекает с различными



осложнениями (угроза прерывания беременности, плацентарная недостаточность и т.д.). А так как в основном это женщины более позднего репродуктивного возраста, имеющие различную экстрагенитальную патологию и психологические проблемы (например, боязнь потерять долгожданную беременность), то врачам приходится очень нелегко с данным контингентом женщин.

Растет также группа женщин, страдающих различными хроническими заболеваниями, для которых совсем недавно исключалась возможность материнства, а сейчас мы должны «выносить» эту беременность и получить здорового ребенка.



- Наталья Дмитриевна, на каком сроке беременности к вам попадают женщины?

- После 22 недель протекания беременности - согласно приказу. До этого вся помощь оказывается в гинекологическом отделении.

- Труднее работать сейчас, когда дети с массой тела от 500г?

- С такими малышами, конечно, непросто. Но мы пришли подготовленными к этим изменениям: в детском отделении есть необходимая аппаратура, специалисты прошли соответствующее обучение. Повторю, что сейчас, с определенным развитием



медицины, беременность становится возможной для тех женщин, кто еще несколько лет назад не мог об этом даже мечтать. В частности, дает эту возможность выполнение ЭКО. Но у таких женщин не просто протекают беременность, роды, по существу, они постоянно находятся в зоне повышенного риска.



- Можно ли в таком случае говорить о последствиях ЭКО в плане здоровья рожденных детей?

- Официальных данных пока нет. В любом случае каждый врач выступит за естественное ведение беременности и родов. И только в том случае, если это невозможно, должны применяться

другие технологии. С их внедрением многое изменилось - современные женщины сейчас рожают первый раз и в 35, и в 40 лет, для многих из них это последний шанс стать мамой. Использование ЭКО, других технологий в этих случаях оправданно.

- Помню, раньше утверждалось, что с помощью определенных упражнений можно изменить предлежание плода, что актуально при тазовом предлежании...

- Совершенно определенно - предлежание нельзя поправить гимнастикой. Если суждено ребенку повернуться до родов, изменить свое положение - он и сам это сделает.

- А сегодня есть понятие «старородящая»?

- Оно весьма условно, служит скорее для обозначения акушерами особенностей роженицы и ожидаемых родов. В первых родах



◀ этим термином обозначается женщина после 28 лет, во вторых - после 35. Для акушеров особенно важно, чтобы женщина могла родить самостоятельно, и это не всегда связано с возрастом. Сейчас немало примеров из акушерской практики, когда и двадцатилетние не могут родить сами.

Отмечу следующую тенденцию. Сегодня для молодежи характерно потребительское отношение к жизни. Поступила в отделение, первые схватки - требует выполнить кесарево сечение. А нужно совсем иное поведение, нужно волевое усилие над собой, важен настрой женщины на самостоятельные роды - и все будет хорошо. Родовая деятельность - непростой труд, в первую очередь, будущей мамы.

Разрешаем на родах присутствовать будущим бабушкам, сестрам роженицы, мужьям, если они готовы взять на себя психологическую составляющую этого процесса. Если, например, женщина не слышит, не выполняет требования акушерки, ей говорим: «Зови маму, чтобы помогала». Усилия со стороны женщин в родовой деятельности должны быть обязательно. Она проходит непростой путь, который обозначен природой, а врачи должны быть помощниками, должны вовремя суметь предупредить неправильный ход родов.

- Расскажите об оснащении вашего роддома.

- Родильный дом №11 рассчитан на 110 коек. Он нахо-



дится в составе многопрофильной больницы, поэтому мы имеем возможность практически полного обследования и консультирования женщин с различными заболеваниями.

В послеродовом отделении мамочка имеет возможность находиться вместе с ребенком в палате «Мать и дитя». В эти дни они привыкают друг к другу, у мамы налаживается лактация, медицинский персонал обучает элементарным навыкам ухода за новорожденным. Родильный дом полностью оснащен всем необходимым медицинским оборудованием, всеми необходимыми медикаментами.

- Каков он - коллектив вашего отделения?

- Коллектив у нас сплоченный, дружный, давно все вместе работаем. Замечено: если уходят из нашего отделения сотрудники, то только на повышение.

В коллективе работают и ветераны службы, и молодежь, только пришедшая в профессию после окончания обучения. Опыт и знания рядом, молодость как дополнение мудрости - что может быть важнее для нашего отделения? Штаты укомплектованы полностью, значит, есть все условия для плодотворной работы. ☺



Важные

Интересные и неоднозначные события в мировых науке и медицине, которые произошли в прошлом году.

Нобелевскую премию дали за паразитов

Американца Уильяма Кэмпбелла, японца Сатоши Омуре и китайку Ту Юю наградили «За открытие революционных способов лечения паразитических заболеваний». Интересно, что лекарственные вещества были найдены учеными в природе, а только после этого синтезированы в лаборатории.



Сатоши Омуре на поле для гольфа обнаружил бактерий, выделяющих вещество авермектин, токсичное для круглых червей. Эти паразиты вызывают слоновую болезнь и охноцеркоз (речную слепоту). Если зараженного человека не лечить, то он, может, и не умрет, но останется инвалидом. Уильям Кэмпбелл выделил это вещество в лаборатории и очистил его от примесей. В результате появилось новое лекарство от паразитов, которое уже доказало свою эффективность. Фармаколог Ту Юю в 1960-х годах искала средство против малярии. Она выделила из полыни вещество артемизин, которое по всем признакам подходило на роль лекарства от малярийного плазмодия. Однако экстракты не давали никакого эффекта - до тех пор, пока Ту не нашла в трактате по древней китайской медицине сведения, позволяющие ей усовершенствовать свою методику. Оказалось, вытяж-



Знания и навыки, проверенные временем

В марте 2016 года КГБУЗ "Городская детская больница №2, г. Барнаул" исполняется 30 лет. Любовь к детям и к медицине, способность принимать ответственные решения, способность к самообразованию, терпение, доброжелательность и общительность являются профессиональными качествами коллектива.

У истоков основания городской детской инфекционной больницы №2 был главный врач **Михаил Васильевич ДУДКО**.



С 1990 года больницу возглавил **Иван Иосифович ЛЕЕР**, врач высшей квалификационной категории, Отличник здравоохранения, ветеран труда, неоднократно отмеченный за многолетний и добросовестный труд почетными грамотами. Главными его чертами являются инициативность, высокая требовательность к себе и к своим сотрудникам, профессионализм.

Заместитель главного врача по медицинской части и один из главных помощников - **Ирина Александровна ЕФРЕМОВА**, молодой и перспективный специалист, врач-педиатр.



Главная медицинская сестра **Надежда Александровна ПОЛОТНЯНКО** отвечает за слаженную работу большого коллектива среднего и младшего медперсонала.

На базе больницы развернуты 120 коек педиатрического профиля с круглосуточным режимом работы для оказания экстренной, неотложной, консультативной, диагностической, профилактической и лечебной медицинской помощи детскому населению Барнаула и Алтайского края с однемесячного возраста.



Городское детское отделение реанимации и интенсивной терапии мощностью на 12 коек оказывает круглосуточную специализированную медицинскую помощь пациентам детского возраста по всем видам соматической патологии, при инфекционно-воспалительных заболеваниях системы органов дыхания, шоковых состояниях, утоплениях, электротравмах, а так же острых отравлениях. Заведующий отделением **Андрей Викторович ДЯДИГУРОВ**, врач-анестезиолог-реаниматолог высшей квалификационной категории, старшая медицинская сестра **Оксана Валерьевна САВИНОВА**.



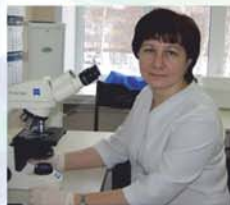
Первое инфекционное отделение (боксованное, на 48 коек) осуществляет лечение детей первого года жизни. Заведующая отделением - **Асмик Робертовна АКОПЯН**, старшая медицинская сестра - **Наталья Андреевна ОВЧИННИКОВА**.



Во второе инфекционное отделение (на 60 коек) поступают больные дети с одного года до трех лет с инфекционной и соматической патологией, стенозами гортани, обструктивными бронхитами, пневмониями. Заведующая отделением - **Марина Владимировна КРотова**, старшая медицинская сестра - **Марина Анатольевна ЛЕСНИКОВА**.



Для обеспечения своевременной диагностикой на базе стационара имеется клиничко-диагностическая лаборатория, ее заведующая - **Надежда Александровна СОЧИЛОВИЧ**, старший лаборант - **Ирина Гавриловна ПАПРУГА**.



В помощь докторам в диагностике заболеваний в больнице имеется рентгенологический кабинет с современным оборудованием. В кабинете физиотера-



пии проводятся все ингаляции, УФО, магнитотерапия. Диетсестра **Лариса Викторовна ЧЕРНЫШЕВА** составляет меню по основным диетам и проверяет ежедневные меню.



Поликлиническое подразделение КГБУЗ "Городская детская больница №2, г. Барнаул" оказывает первичную медико-санитарную помощь, в том числе доврачебную, первичную врачебную и первичную специализированную помощь детям и подросткам. Руководит им заместитель главного врача по поликлинической работе **Марина Петровна КОПЫЛОВА**, врач-педиатр высшей квалификационной категории.



Заведующая педиатрическим отделением №1 - **Ирина Юрьевна МАЛЫШЕВА**, старшая медицинская сестра - **Светлана Константиновна ЭНДЕРС**.

Заведующая педиатрическим отделением №2 - **Лариса Алексеевна ЛИНКИНА**, старшая медицинская сестра - **Ирина Васильевна ГУСЕВА**.

Кроме медицинских работников, в ЛПО есть профессионалы, без которых невозможно представить жизнедеятельность учреждения. Это: бухгалтеры (главный бухгалтер - **Татьяна Николаевна АСТАХОВА**); экономическая служба (руководитель - **Наталья Николаевна ШУРАШОВА**); заместитель главного врача по хозяйственной части - **Георгий Петрович АНДРЮНЬКИН**.



*С юбилеем поздравляем
Мы вашу больницу.
Пусть влетит
в палаты ваши
Только счастья птица.
Коллективу -
благодарность
За работу важную.
Выбрали стезю по жизни
Сложную, отважную.*

"Новые направления в развитии сестринского дела на современном этапе"



В рамках конференции состоялось награждение победителей краевого профессионального конкурса "Лучший специалист со средним медицинским и фармацевтическим образованием 2015 года"