

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№3 (159) МАРТ 2016



Занимайтесь спортом - будьте здоровы!



8
Репродуктивный потенциал общества - наши дети



26
Спортивная гимнастика: взгляд врача



29
Ортодонт видит на лице последствия того, что происходит в организме



38
Комплексы упражнений для улучшения зрения

На обложке: Сергей Геннадьевич ХОРОХОРДИН, российский спортсмен-гимнаст, мастер спорта международного класса.

Фото предоставлено С.Г. Хорохординым.

С.Г. Хорохордин. На тренировку - всей семьей	2-4
Г.Ю. Стадниченко. О чем говорят результаты диспансеризации	5
Инновации, продлевающие жизнь	6-7
О.В. Булганина. Репродуктивный потенциал общества - наши дети	8-11
СПОРТ ВО ИМЯ ЖИЗНИ	
А.В. Сидоров. Скандинавская ходьба	12-13
«...Ничего нет на свете трудней и прекраснее женской доли!...»	14-15
ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА	
В.О. Левченко. С.Д. Яворская. Кормление грудью - важный период в общении матери с ребенком	16-17
И.П. Салдан. АГМУ. Непростой путь в специальность	18-19
Вторая конференция Медицинской палаты пройдет на Алтае	19
Законотворчество в марте	20
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ	
Говорят делегаты конференции	21-24
Мир и медицина	25
СПОРТ ВО ИМЯ ЖИЗНИ	
В.М. Клоц. Спортивная гимнастика: взгляд врача	26-28
О.Б. Вербицкая. Ортодонт видит на лице последствия того, что происходит в организме	29-30
СПОРТ ВО ИМЯ ЖИЗНИ	
Л.В. Юрченко. Как мы гуляли на Масленицу!	31
Фестиваль собрал друзей	32-33
Проверяем свою гибкость	34
ПОБЕДИМ СВОЙ СТРАХ!	
Е.В. Тарасенко. Факторы риска и профилактика рака кожи и меланомы	35-37
СПОРТ ВО ИМЯ ЖИЗНИ	
Комплексы упражнений для улучшения зрения	38
Как правильно дышать на тренировках	39-40
Живем по циркадным ритмам	41
Свои риски, свои защиты	42
Синдром третьей четверти	43
Подводя итоги, планируем будущее	44



На тренировку - всей семьей

Как оказалось, мало услышать аксиому: гимнасты сначала отработывают элементы, из которых позднее сложится программа.

По-настоящему ее смысл понимаешь, когда смотришь на занятия трехлетних ребятшек. Чтобы правильно выполнить кувырок назад, к примеру, надо особенно прижать ладошки к голове, от чего вся команда становится похожей на стайку зайчат. И еще одно открытие было сделано в гимнастическом зале Сергея Хорохордина, открывшемся в сентябре в Новоалтайске: много раз за время тренировки тренеры поднимают и опускают ребят, прокручивают таким образом на своих руках разучиваемое упражнение, страхуют и поддерживают. А еще они всегда готовы к детскому заявлению: «У меня не получается» или шагу в сторону, потому что настроение сменилось.

Имя **Сергея ХОРОХОРДИНА** хорошо известно не только в Алтайском крае. Спортсмен международного уровня, победитель самых престижных соревнований по спортивной гимнастике, он реализовал потрясающий проект в Новоалтайске - открыл **спортивный зал нового семейного типа**. Девизом работы стал слоган: **«Папа, мама, я - спортивная семья!»**, а родители получили потрясающую возможность привести ребенка на тренировку, а самим отправиться в тренажерный зал или заняться фитнесом.

В спортивном клубе - правильно выстроенный интерьер, найдено интересное цветовое решение, подобраны материалы, современное оборудование гарантирует максимальную безопасность тренировок. А совсем недавно не было не



только этого оборудования, не было и самого здания - трехэтажной пристройки к торгово-офисному центру «Панорама». **Как удалось грандиозную мечту сделать реальностью, что еще предстоит, - об этом наш разговор с Сергеем Хорохординым.**

- Как появилась идея создания такого клуба?

- Родилась эта идея давно, и она принадлежит нашей семье. Вы уже заметили, что бегают здесь заместитель директора, которому три с половиной года, наш сын, поэтому идея первым делом для него - мы думали о своей семье. Скажем, я пришел заниматься в тренажерный зал, Юля проводит занятия по фитнесу, и сын идет на тренировку по спортивной гимнастике. Разумеется, поскольку я с четырех лет занимался этим видом спорта, 15 лет входил в состав сборной страны, я хотел бы, чтобы мой сын первым делом пришел именно в спортивную гимнастику. Мечтаем с женой, чтобы сын в дальнейшем занимался профессионально хоккеем, но надо понимать, что ставить на коньки, не дав ему необходимую физическую подготовку, нельзя. Этот зал и система работы в нем позволяют решить данную задачу.

Начало истории следующее. Я - президент Федерации спортивной гимнастики Алтайского края. Это выборная должность. После нескольких дней, проведенных в данном качестве, на мое имя пришло письмо от родительской общности Новоалтайска с просьбой открыть в городе ДЮСШ по спортивной гимнастике. Не секрет, что спортивная гимнастика становится добрым фундаментом для успехов в других видах спорта. К тому же мы принимаем детей с трех лет. Поэтому многие начинают спортивные тренировки со спортивной гимнастики, а потом распределяются в другие виды.

Родившаяся идея имела два аспекта: мы могли зал строить или арендовать либо идти в бюджетную сферу и доказывать перспективность идеи. Но у нас были возможности и ресурсы на приобретение дорогостоящего современного оборудования, поскольку я мог выйти на Федерацию по спортивной гимнастике России с соответствующей просьбой. Это, в конечном счете, у меня получилось.

А вот найти помещение, отвечающее современным требованиям, не удавалось. Высота потолков, позволяющих тренироваться



Спорт во имя жизни

гимнастам, должна быть от 6 метров. Когда родился бизнес-план, нам подходил стандартный спортзал общеобразовательной школы, я встречался с директорами. Они соглашались предоставить помещение, но при одном условии: нам надо было расстелить снаряды, потренироваться и убрать до следующего дня. Такой вариант невозможен, потому что, например, только гимнастический ковер в зале мы стелили две недели. Было понятно, что снаряды должны устанавливаться стационарно.

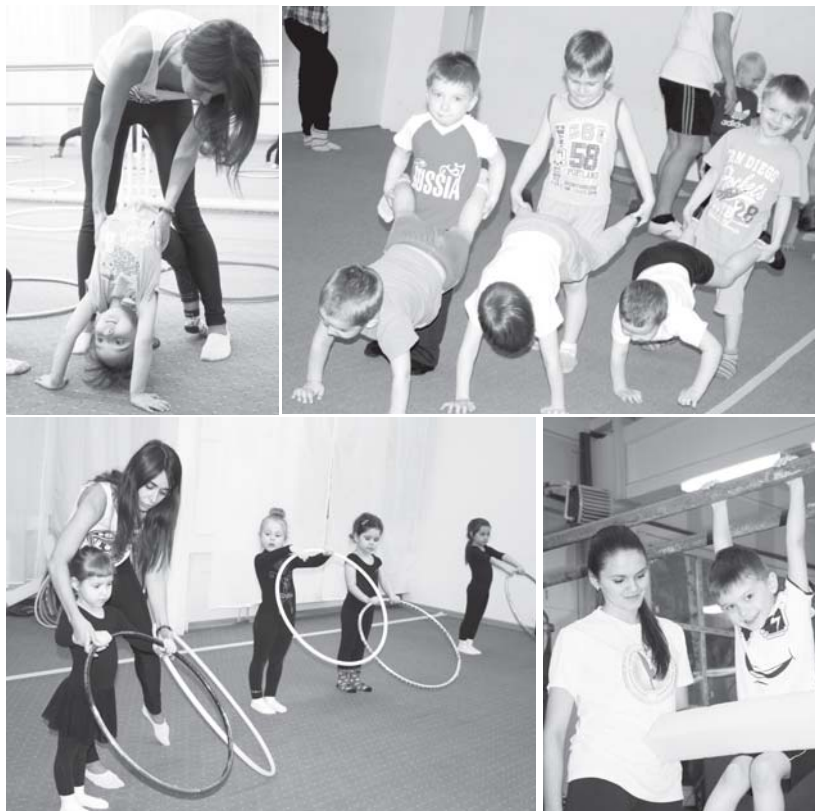
Таким образом, мы подошли к решению о строительстве своего зала. К счастью, нашлись инвесторы, единомышленники, люди, которые живут в этом городе и у которых процветает бизнес. *Нашлись партнеры, увидевшие нас и поверившие, что можно сделать такой глобальный проект с гарантированными мной поставками дорогостоящего оборудования и их участием в строительстве помещения.* Для них это социально значимый проект. Слава Богу, что есть такие люди, которые находят силы, время и верят, что всё должно получиться. Действительно, на сегодняшний день у нас очень много получилось. Я не говорю, что всё. Но так и в спорте нет пределов, можно расти, расти и расти...

Сегодня мы имеем не только гимнастический центр, но и спортивный клуб «Панорама». Сюда входят детские секции спортивной и художественной гимнастики, взрослые тренажерный и фитнесзал. Получилась глобальная машина, требующая постоянной работы администрации, тренеров. Есть еще и третий этаж, который мы отдадим под спортивные кружки. Но прежде чем их открыть, проведем мониторинг, изучим, в чем горожане заинтересованы особенно.

Гордимся тем, что есть спортивный клуб «Панорама». В нем проходят тренировки для трех «единиц» - вся семья задействована. К этому мы и стремились.

- Вы открылись 1 марта 2016 года?

- 1 марта мы открыли тренажерный зал на втором этаже, а 15 сентября 2015 года, практически к началу учебного года, мы открыли зал для спортивной гимнастики, набрали первые группы.



- Зал оборудован полностью?

- Конечно. Он отвечает всем требованиям, полностью аналогичен бюджетному залу в Барнауле. Родители приводят детей в зал, в котором можно готовить олимпийских чемпионов.

- Кадровый вопрос решен?

- Квалифицированные кадры найти всегда непросто. Наши тренеры приезжают из Барнаула: в Новоалтайске, к сожалению, мы найти не смогли. И этому есть объяснение: если ты тренируешь, значит, ты полжизни должен отдать этому виду спорта, сам тренироваться и участвовать в соревнованиях. Наши тренеры, кроме того, получили высшее образование, окончили педагогический университет. Рад, что у них есть стремление приезжать и работать, на самом деле работа с детьми в зале - это титанический труд.

- Позвольте и такой вопрос: что дает гимнастика человеку?

- В этом виде спорта я очень много прошел, много знаю, оправданно считаю себя человеком старой закалки. Тренировался с 90-х годов. Тогда тренеры работали без огромных зарплатных плат, им платили буквально копейки. Для каждого важна была идея: мой спортсмен будет самым лучшим

Сергей Хорохордин
- российский гимнаст, мастер спорта международного класса, чемпион Европы в командных соревнованиях (2006), вице-чемпион мира в команде (2006), абсолютный чемпион России (2006), обладатель Кубка России по спортивной гимнастике (2007), член олимпийской команды России (2008), участник Олимпийских игр в Пекине 2008 года.



Спорт во имя жизни

◀ не только в этом зале, городе, но и в России. А если он сможет представлять страну на международной арене, - это пик тренерского совершенства. Поэтому каждый уважающий себя тренер в те годы набирал огромный коллектив детей и находил в нем самых лучших.

Гимнастика как вид спорта не стоит на месте. Ужесточаются требования, придумываются новые элементы, которые никто никогда не делал. Элементу присваивают фамилию спортсмена. Если после определенного времени более 50 процентов гимнастов научились выполнять элемент, он обесценивается, теряет свои базовую стоимость, силу, сложность. На самом деле нет предела совершенству. Спортсмены такое придумывают, что я, закончивший всего три года назад большой спорт, не смог бы выполнить очень многое.

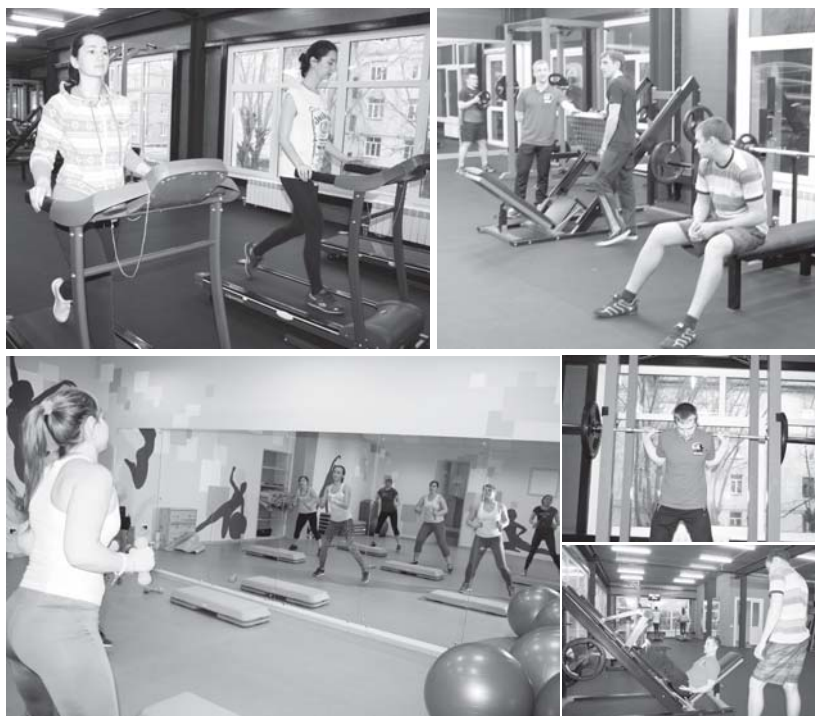
Гимнастика с каждым годом усложняется. Сегодняшние детишки, которые подают надежды, должны быть на две головы выше, чем я в таком же возрасте, чтобы добиться больших успехов в будущем. Требуются годы на отработку каждого элемента, а лишних лет в запасе нет. Олимпиада проходит раз в четыре года, и нужно готовить спортсмена к пику совершенства, что непросто.

Когда человек учится в школе и тренируется, у него есть возможность совмещать два больших дела. Ситуация меняется, когда приходит время выбирать вуз. Встает вопрос: что мне дальше делать - уйти в профессию или полностью отдать себя спорту? И этот момент часто ломает жизнь на две части.

Скажу о пользе тренировок для детей. **Спортивная гимнастика для таких телепузов дает укрепление мышц, костей, дает определенную физическую подготовку.** Юный спортсмен становится маленьким крепышом, у которого не будет серьезных болезней опорно-двигательного аппарата и других проблем со здоровьем.

- В разговоре юная спортсменка сказала, что самое трудное - преодолеть волнение перед стартом. У вас это получалось? Есть свой секрет?

- Волнение перед стартом всегда было, есть и будет. Можно трениро-



ваться с утра до вечера, отрабатывать серьезные элементы, быть асом на сегодняшний день в этом виде спорта, выйти на помост и под рев трибун, под аплодисменты зрителей просто потеряться в толпе, не справиться с волнением. Волнение перед стартом - это частичка того, что заложено в человеке, что никак не изменить. Даже психологи в большинстве случаев не в силах помочь. Я знаю таких людей: тренировался, вышел, руку поднял - и всё, мандраж. Высокие результаты зависят от того, насколько человек может преодолеть себя, представить, что вокруг нет никого, сделать программу и только потом дать волю эмоциям.

- И всё-таки - за что вы любите гимнастику?

- За то, что это мой вид спорта, которому я отдал много лет. Сначала тренировки носили принудительный характер - в четыре года я едва ли выбрал бы сам, а в дальнейшем, когда пошли результаты, мной уже серьезно занимались. Были ответственность и осознание - в тебя вложили силы. И у меня что-то получилось. Хотя это не пик того, чего можно было достичь, но результаты неплохие. ☺

Лариса ЮРЧЕНКО

Фото автора. Спортивный клуб «Панорама», март 2016г.

Юлия ХОРОХОРДИНА, тренер по фитнесу:

- Я занималась спортивными балльными танцами, всегда работала с одним тренером. Побеждала на краевых соревнованиях.

В секцию, как и Сергея, меня привела мама, заставляла ходить на тренировки, сейчас я ей за это благодарна. В нашей семье главные решения принимает Сергей. Мы оба понимаем, что мой сын растет активным, очень похож на папу. Так что без спорта не обойтись.



От редакции

Вопросы диспансеризации взрослого населения, по нашему мнению, - далеко не праздные.

Во-первых, такая государственная программа требует достаточно серьезных ресурсов: и кадровых, и финансовых. Второе: ее проведение требует и ответственного отношения к этой программе со стороны самого населения. Задача - максимально использовать возможности диспансеризации для оценки текущего состояния своего здоровья, оценить возможные последствия для него тех или иных факторов риска, получить рекомендации по их устранению, смягчению последствий их влияния на здоровье. Медикам также важно не только провести такую кампанию, но и обеспечить в последующем работу с теми жителями, которые нуждаются в диспансеризации.

Мы знакомим вас, уважаемые читатели, с итогами диспансеризации в одном из районов края. Обратите внимание на цифры: **более половины осмотренных нуждаются в оздоровлении.** Значит, предстоит большая совместная работа врача и пациента. Важно и то, что системная работа позволяет выявлять такие серьезные заболевания, как, например, онкологические, в ранней стадии, что дает возможность рассчитывать на благоприятный прогноз для пациентов.

И еще один аспект - это информирование жителей об итогах диспансеризации. Как пример, размещение такой информации Рубцовской ЦРБ в районной газете.

Нам кажется, что взаимно ответственное и заинтересованное отношение к этой программе медиков и конкретного человека, проходящего осмотр, обеспечит улучшение здоровья населения. Если же вы сами, уважаемые земляки, относитесь к этой программе как к «собираанию автографов», проигнорируете рекомендации, то будьте готовы и разделить ответственность за последствия такого пренебрежения к своему здоровью!..

О чем говорят результаты диспансеризации

Галина Юрьевна СТАДНИЧЕНКО, заведующая отделением медицинской профилактики, врач-статистик, КГБУЗ «Рубцовская ЦРБ»

В КГБУЗ «Рубцовская ЦРБ» подведены итоги диспансеризации 2015 года. Диспансеризацию определенных групп взрослого населения прошли 5044 человека, что составляет 100% от годового плана, и 23% от всего прикрепленного взрослого населения.

Из них 1474 гражданина (30% осмотренных) по результатам первого этапа диспансеризации **нуждались в дополнительном обследовании, индивидуальном углубленном или групповом (школа пациента) профилактическом консультировании.** Они направлены врачом-терапевтом на второй этап диспансеризации.

По результатам диспансеризации **были определены группы состояния здоровья граждан:**

- 1 группа состояния здоровья (1440чел., 28,5%) - лица, у которых отсутствуют заболевания и факторы риска развития заболеваний, не нуждаются в диспансерном наблюдении;

- 2 группа состояния здоровья (275чел., 5,5%) - лица, у которых отсутствуют заболевания, но имеются факторы риска развития заболеваний, в диспансерном наблюдении не нуждаются;

- 3 группа состояния здоровья (3329чел., 66%) - граждане, имеющие хронические неинфекционные заболевания, нуждающиеся в диспансерном наблюдении и дополнительном обследовании.

При проведении диспансеризации впервые выявлено 976 заболеваний. Наиболее встречающиеся:

- болезни системы кровообращения (461, или 47% от всех выявленных заболеваний): повышенное артериальное давление - 423 (91%); ишемическая болезнь сердца - 15 (3%);

- болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (210, или 22% от всех выявленных заболеваний): сахарный диабет - 22 (10,5%), ожирение - 89 (42,4%), нарушения обмена липопротеидов - 86 (40%);

- болезни органов пищеварения (152, или 16% от всех выявленных заболеваний): язва желудка, 12-перстной кишки - 52 (34%); гастрит и дуоденит - 87 (57%);

- болезни органов дыхания (38, или 4% от всех выявленных заболеваний);

- болезни мочеполовой системы (23, или 2,3% от всех выявленных заболеваний);

- новообразования, в том числе злокачественные (11, или 1,1% от всех выявленных заболеваний). **Все случаи выявлены в незапущенных 1-2-й стадиях.**

Все пациенты взяты под диспансерное наблюдение.

С целью исключения новообразований 1551 женщине проведена маммография.

Преобладающими факторами риска развития хронических неинфекционных заболеваний, являющихся основной причиной развития заболеваний взрослого населения, отмечены: нерациональное питание (90%), повышенный уровень артериального давления (47%), избыточная масса тела (45%), курение табака (29%), недостаточная физическая активность (19%), повышенный уровень глюкозы в крови (5%), риск пагубного потребление алкоголя (3%).

По результатам диспансеризации более чем 2070 пациентам назначено необходимое лечение, 545 граждан направлены на дополнительные диагностические исследования, не входящие в объем диспансеризации, 1 человек направлен для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, 247 гражданам даны рекомендации для санаторно-курортного лечения.

Чтобы жители Рубцовского района смогли пройти диспансеризацию, им нужно обратиться в поликлинику КГБУЗ «Рубцовская районная больница». При себе иметь паспорт, полис и страховое свидетельство.

Внимание! В 2016 году проходят диспансеризацию лица, родившиеся в следующих годах: 1995, 1992, 1989, 1986, 1983, 1980, 1977, 1974, 1968, 1965, 1962, 1959, 1956, 1953, 1950, 1947, 1944, 1941, 1938, 1935, 1932, 1929, 1926, 1923, 1920, 1917. ☺



Инновации, продлевающие жизнь

Методика ранней диагностики заболеваний сердца

Атеросклероз и ишемическая болезнь сердца - самые распространенные причины смертности и инвалидизации населения. Ежегодно в России от сердечнососудистых заболеваний умирают 1,3 млн человек. Сегодня ведущие краевые лечебные учреждения оснащены новейшим оборудованием, методиками, позволяющими реализовывать кластерный подход по сопровождению и лечению пациентов с сердечно - сосудистыми патологиями.

Наше сердце - удивительный орган, но, для того, чтобы постоянно работать, ему, необходимы кровь и кислород. Доставляются они по сосудам. При атеросклерозе на стенках сосудов откладываются липиды (жиры, особенно холестерин) и соли кальция. Бляшки постепенно заполняют пространство «проводника». Как в засоренной трубе, через небольшие просветы проходит меньше крови, меньше кислорода, что, нередко приводит к развитию ишемической болезни сердца.

Важное место в процессе диагностики заболевания занимает мультиспиральная компьютерная

томография (МСКТ). Эта методика позволяет оценить состояние коронарных артерий: выявить атеросклеротические бляшки, определить причину и степень их сужения, уточнить показания для выбора метода профилактики, лечения.

В краевом диагностическом центре компьютерная томография сердца выполняется с 2008 года. За это время были обследованы более 10 000 тысяч пациентов. Одно из преимуществ этой методики - возможность проведения диагностики в амбулаторных условиях (без наркоза). Процедура занимает не более 30 минут и обес-

печивает высокую информативность диагностики коронарных артерий.

«На сегодняшний день МСКТ является одним из самых современных методов диагностики структурных изменений сердца.

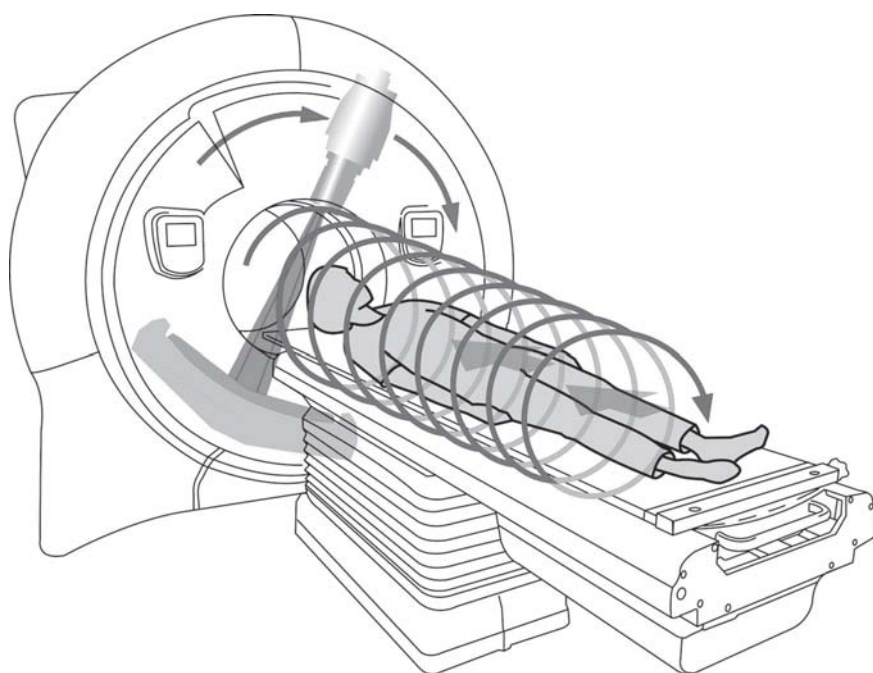
Сканирование грудной зоны занимает несколько секунд. Даже задерживать дыхание при этом не обязательно. Исследования с контрастными веществами позволяет «как на ладони» увидеть состояние стентов коронарных артерий, оценить проходимость шунтов после операций. Этот уникальный метод идеально подходит для комплексной диагностики, становится все более популярным и востребованным. Ведь исследования на таких приборах, где реализованы самые передовые технологии, дают возможность получить точную диагностику различных заболеваний при минимальных лучевых нагрузках на пациентов.

Безопасность и эффективность

МСКТ-кардиография в Диагностическом центре проводится на одном из самых современных томографов премиум-класса - Toshiba Aquilion 64 (Япония). И выполняется в две фазы. Первый этап - оценка степени атеросклеротического поражения коронарных артерий (определяется уровень кальция).

На втором этапе пациенту вводится контрастное вещество. Кстати, в отличие от классической рентгеновской ангиографии, когда контраст вводят в артерию, МСКТ кардиография проходит менее болезненно. Укол ставится в вену, что не только значительно уменьшает риск возникновения осложнений, но и позволяет человеку практически сразу после процедуры вернуться к повседневным делам.

Далее врач рентгенолог обрабатывает результаты обследования с помощью специальных программ. После расшифровки резуль-





таты анализируются совместно с кардиологом.

Сегодня МСКТ сердца превратилась в один из важнейших методов исследования и получила достаточно широкое применение в практической медицине. Наряду с оценкой состояния коронарного русла, мультиспиральная компьютерная томография коронарных артерий (МСКТ КА) позволяет изучить клапанные структуры (кальциноз створок, аномалии развития клапанов, вегетации), выявляет поражения миокарда (рубцы, аневризмы, гипертрофии, разрывы), состояние полостей сердца и перикарда. Дополнительную информацию дает определение систолической функции миокарда с выявлением зон нарушенной сократимости. 3D-модель, получаемая при реконструкции изображений, незаменима в выявлении аномалий развития коронарных артерий, аномалий развития сердца и других крупных сосудов сердца.

Такие высокотехнологичные исследования дают возможность медикам принимать более оперативные решения по прогнозу заболевания, что снижает риск врачебных ошибок и значительно повышает эффективность лечения.

Опасные сердечно - сосудистые заболевания, ранее наблюдавшиеся в первую очередь у людей старших возрастных групп, сегодня значительно «помолодели». Однако, вредным факторам противостоят современные технологии. Мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) коронарных сосудов сердца поможет выявить патологию на ранней стадии, что значительно повышает шансы на успешное лечение и выздоровление. ☺

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



№03 (159) / март 2016

Обнаружить целиакию за 10 минут

Испанские ученые создали тест, который позволит быстро и точно диагностировать целиакию у детей. Выявить заболевание можно будет даже в том случае, если симптомы болезни отсутствуют или практически незаметны.

Ученые предлагают отказаться от анализа крови, взятой у малышей, заменив его малоинвазивной процедурой - для проведения теста достаточно лишь одной капли капиллярной крови. Специальное устройство поможет выявить наличие в крови аутоантител - на их присутствие укажет появление через 10 минут розовой полоски на тесте. Ученые опробовали новый тест на 198 детях в возрасте от 2 до 4 лет, у которых практически отсутствовали симптомы заболевания. У шестерых малышей тест показал положительный результат, что было подтверждено и другими методами.



Сопереживая другим, мы испытываем боль



Многих людей невольно передергивает, когда они видят, если кто-то травмируется. Речь идет об эмоциональном ответе, не подкрепленном реальной болью.

Оказывается, активируются одни и те же мозговые структуры, если человек сам испытывает боль или сопереживает другому. Мозг способен одновременно обрабатывать болевую информацию и другие неприятные события. И здесь неважно, кто участник - хозяин

или другой человек. Это важно для социального взаимодействия, так как эмпатия помогает понять, что ощущают другие. В связи с этим ученые говорят об эмпатической боли. В целом же ощущение боли складывается из сложной цепочки обработанной сенсорной и эмоциональной информации. Кстати, аналогичные механизмы вовлечены и в другие негативные аспекты вроде чувства отвращения или негодования.

Чтобы похудеть, нужно есть в тишине

Человек должен слышать только то, как он жует. Этот звук помогает следить за количеством употребляемой пищи. Так, включать телевизор или громкую музыку во время еды не стоит.

Исследователи из США сравнивали, сколько съедали добровольцы, слушавшие громкую музыку, и те, кто ел в тишине. Ученые установили: музыка заглушала звук жевания, и люди, которые слушали музыку, ели больше.

А другие специалисты рекомендуют худеющим изменить мнение о себе. Если считать себя приверженцем здорового питания, то придерживаться диеты будет проще. Исследование доказало, что такой подход работает.

Репродуктивный потенциал общества - наши дети



Олеся Валентиновна БУЛГАНИНА,

главный внештатный специалист гинеколог детского и юношеского возраста Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности, кандидат медицинских наук, заведующая отделением амбулаторной гинекологии детского и подросткового возраста КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая больница»

Улучшение репродуктивного здоровья населения является приоритетным направлением современной медицины. Сохранение репродуктивного здоровья девочек, рождение здорового поколения в условиях имеющейся неблагоприятной демографической ситуации является важной государственной задачей.

Уменьшение числа подростков, вступающих в репродуктивный период, ухудшение их общесоматического и гинекологического здоровья пагубно отражаются на их дальнейшем репродуктивном здоровье. Соответственно снижение исходного уровня здоровья женщин приводит к осложненному течению беременности и родов, рождению больных детей. Высокая заболеваемость в детском и подростковом возрасте ведет к нарушению менструальной, а в дальнейшем и репродуктивной, функции, замыкая порочный круг низкой и некачественной репродукции.

С этих позиций **трудно переоценить значение пубертатного периода в формировании репродуктивной системы, когда она высокочувствительна к неблагоприятным факторам.** К ним относятся: разнообразные соматические, эндокринные и неврологические заболевания, аллергические состояния, неблагоприятные или резко меняющиеся метеорологические условия, особенности климата, экологическое неблагополучие, гиподинамия, высокая физическая и умственная нагрузка, гормональная перестройка пубертатного периода, несоблюдение режима питания, дефицит или избыток массы тела, ранняя половая жизнь.

Своевременная диагностика различного рода нарушений полового созревания и становления менструальной функции, выявление, устранение или коррекция факторов, их вызывающих, играют ведущую роль в сохранении и улучшении репродуктивного потенциала населения. Соблюдение этих ус-

ловий возможно только при полной взаимосвязи и преемственности в деятельности всех разделов педиатрической и гинекологической служб.

Оказание медицинской помощи девочкам (в возрасте до 17 лет включительно) с гинекологическими заболеваниями осуществляется в рамках первичной медико-санитарной, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи (ее порядок утвержден приказом Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012г. №572н).

В Алтайском крае существует трехуровневая система оказания гинекологической помощи детям и подросткам. Первичная медико-санитарная помощь девочкам с целью профилактики, диагностики и лечения гинекологических заболеваний оказывается в детских поликлиниках, женских консультациях, поликлинических отделениях медико-санитарной части, городской больницы, других медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «акушерству и гинекологии» и (или) «педиатрии».

Первичная медико-санитарная помощь девочкам в целях выявления гинекологических заболеваний организуется врачом-акушером-гинекологом, прошедшим тематическое усовершенствование по особенностям формирования репродуктивной системы и течения гинекологической патологии у детей, а в случае отсутствия этого врача-специалиста - любым врачом-акушером-гинекологом, врачом-педи-



За счастливое здоровое детство!

атром, врачом-педиатром участковым, врачом общей практики, фельдшером, акушеркой или медицинской сестрой ФАПа. На этом уровне врачами-акушерами-гинекологами проводятся **профилактические медицинские осмотры в 3, 7, 12, 14, 15, 16 и 17 лет включительно** для предупреждения и ранней диагностики гинекологических заболеваний и патологии молочных желез. В остальные возрастные периоды осмотр девочек проводится врачом-педиатром, врачом общей практики, фельдшером, акушеркой или медицинской сестрой ФАПа, а при выявлении гинекологической патологии пациентка направляется к акушеру-гинекологу. По результатам профилактических осмотров девочек **формируются группы состояния здоровья**. Девочки из I и II групп состояния здоровья подлежат плановым профилактическим осмотрам врачом-акушером-гинекологом или другим медицинским работником. Девочкам, отнесенным к III, IV, V группам состояния здоровья, в зависимости от выявленных заболеваний составляется индивидуальная программа лечения, при необходимости за ними устанавливается диспансерное наблюдение по месту жительства.

При выявлении гинекологической патологии формируются группы диспансерного наблюдения, и девочка направляется на специализированный прием (*второй уровень системы оказания гинекологической помощи детям и подросткам*). Специализированный прием осуществляют врачи-гинекологи детского и подросткового возраста в учреждениях здравоохранения городов Алтайского края. Таких специалистов в крае немного: в Барнауле - 7, Бийске - 3, Рубцовске - 2, по одному в Заринске, Камне-на-Оби, Славгороде и Алейске.

Третий уровень оказания специализированной гинекологической помощи представлен отделением амбулаторной гинекологии детского и подросткового возраста, организованным на базе нашей больницы.

Основная задача врача-акушера-гинеколога при проведении профилактического осмотра в возрасте до 8 лет и в 12 лет - **оценка полового развития девочки**: до 8 лет не должно быть признаков полового развития (уве-



личения молочных желез и/или роста волос на лобке), а в полных 12 лет должно быть наличие вторичных половых признаков (увеличение молочных желез и оволосение лобка). В возрастной период от 14 до 17 лет включительно задачами врача-акушера-гинеколога являются выявление задержки полового развития, нарушений менструальной функции, воспалительных заболеваний женских половых органов, патологии молочных желез.

КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница» - ведущее медицинское учреждение края, оказывающее специализированную гинекологическую помощь девочкам до семнадцати лет включительно. С 1 октября 2015 года здесь функционирует **отделение амбулаторной гинекологии детского и подросткового возраста**. Ежегодно гинеколога детского и подросткового возраста в больнице посещают 2,5 тысячи пациенток, а с открытием отделения доступность этого вида врачебной помощи увеличилась в два раза.

Решение об открытии отделения на базе нашей больницы не случайно: в консультативно-диагностической поликлинике организовано 25 видов специализированных приемов врачей и осуществляется более 30 видов диагностических исследований. При необходимости обследования и лечения в условиях стационара девочки с гинекологической патологией госпитализируются в отделения АККДБ.

Неважно, в каком возрасте ребенка привела мама на осмотр, я обязательно рассказываю о периодичности осмотров, гигиене девочки, о патологических состояниях, при которых надо обращаться к врачу. Потому что укрепление здоровья ребенка зависит от взаимного понимания и ответственности семьи и врача.



▶

Пациенткам с гинекологической патологией оказывается специализированная медицинская помощь с привлечением различных специалистов на амбулаторном и стационарном уровне, а при необходимости оказания высокотехнологичной медицинской помощи они направляются в ведущие клиники Москвы.

Прием ведется в кабинетах, объединенных в секцию. В результате такого решения пациентки ожидают прием не в общем коридоре, что не всегда просто для подростков, а в отдельном блоке. Создание амбулаторного гинекологического отделения в АККДБ должно стать первым шагом к открытию гинекологического центра и, соответственно, увеличению штата врачей - потребность в этом очевидна. Тогда мы сможем увеличить поток пациентов и организовать выездную работу специалистов - это даст хорошие результаты. Мы приступили к формированию регистров пациенток после удаления одного из яичников - эти девочки будут наблюдаться у нас. К их здоровью надо относиться с большим вниманием: у организма есть овариальный резерв, который надо беречь. Нарушения менструальной функции, аборт, воспалительные заболевания половой сферы - это тот сценарий, который в таких случаях может привести к потере репродуктивной функции.

Гинекология детского и подросткового возраста возникла на стыке двух специальностей - акушерства-гинекологии и педиатрии. Мы проводим информационную работу с медицинскими работниками, родителями девочек, подростками. К сожалению, время лекций ушло, значит, максимальную информацию девочка и ее родители должны получать на приеме у врача. И время для этого врач обязан найти.

В Алтайском крае, как и во всей стране, увеличивается количество гинекологической патологии у детей и подростков. Традиционно **первые места занимают нарушения менструальной функции и воспалительные заболевания женских половых органов.** На приеме врач-гинеколог детского и подросткового возраста, собирая анамнез заболевания, выявляет возможные неблагоприятные факторы риска развития нарушений полового созревания и/или нарушений менструальной функции. К основным факторам риска нарушений менструальной функции относятся: осложнения беременности и родов у матери; недоношенность; синдром задержки развития плода; острые респираторные заболевания с тяжелым течением до года; детские инфекции в возрасте до 5 лет; частые простудные заболевания; наличие хронической соматической патологии; повышенные физические и умственные нагрузки; дефицит или избыток массы тела; ранний половой дебют.

Наша задача - разорвать порочный круг низкой и некачественной репродукции, который начинается с патологии беременности и родов мамы, продолжая высокой заболеваемостью в детском и подростковом возрасте, что приводит к нарушению менструальной, а в дальнейшем - и репродуктивной функции. Для решения поставленной задачи должно быть взаимодействие различных специалистов. Собственно, раньше существовал акушерско-терапевтический-педиатрический комплекс оказания медицинской помощи. И как бы хотелось восстановить такой комплексный подход для улучшения эффективности лечения различных гинекологических заболеваний, а что еще лучше - для своевременной профилактики или доклинической диагностики данных нарушений.

С 2000 года стационарная помощь девочкам с гинекологической патологией оказывается в гинекологическом отделении КГБУЗ «Городская больница №12, г.Барнаул». Экстренная хирургическая помощь оказывается в КГБУЗ «Городская детская больница №7, г.Барнаул», а также в гинекологических и хирургических отделениях больниц городов и районов края. В перспективе планируем открытие от-



За счастливое здоровое детство!

деления оперативной гинекологии детского и подросткового возраста, у нас есть замечательные квалифицированные врачи, которые могли бы развивать это направление.

Для меня 2015 год стал первым шагом в профессиональной реализации задуманного - создано отделение амбулаторной гинекологии детского и подросткового возраста. Надеюсь, последующие шаги - организация центра гинекологии детей и подростков и отделения оперативной гинекологии детей и подростков - не заставят себя ждать.



Критериями для направления к врачу-акушеру-гинекологу девочек в возрасте до 17 лет включительно являются следующие жалобы и состояния:

- ▶ выделения из половых путей патологического характера в любом возрасте;
- ▶ кровяные выделения из половых путей различной интенсивности и продолжительности в любом возрасте;
- ▶ травматические (бытовые и насильственные) повреждения наружных половых органов, вульвы и влагалища в любом возрасте;
- ▶ патологические анализы мочи (бактериурия, лейкоцитурия, гематурия) в любом возрасте;
- ▶ боли в животе в любом возрасте;
- ▶ изменение формы и величины живота в любом возрасте;
- ▶ увеличение молочных желез и рост волос на лобке в возрасте до 8 лет;
- ▶ ускоренное физическое и биологическое развитие в возрасте до 8 лет;
- ▶ отсутствие вторичных половых признаков (молочных желез и оволосения лобка) в возрасте 12-13 лет;
- ▶ перерыв в менструациях более чем на 45 дней в пубертатном периоде (с менархе до 17 лет включительно);
- ▶ отсутствие менструации в возрасте 15 лет и старше;
- ▶ указание на наличие множественных кожных складок на шее и лимфатического отека конечностей в периоде новорожденности;
- ▶ наличие стигм дисэмбриогенеза, пигментных пятен, множественных родинок или витилиго, костных дисплазий при низкорослости и высокорослости в любом возрасте;
- ▶ нарушение строения наружных половых органов, в том числе сращение малых половых губ, гипертрофия клитора и малых половых губ, урогенитальный синус, отсутствие входа во влагалище в любом возрасте;
- ▶ аплазия, гипоплазия, гиперплазия, гигантомастия, асимметрия и другие аномалии, фиброзно-кистозная болезнь и узловые образования молочных желез в пубертатном периоде;
- ▶ отклонения от нормальной массы тела в периоде полового созревания более чем на 10%;
- ▶ повышенный рост волос и оволосение по мужскому типу в любом возрасте;
- ▶ задержка физического развития в любом возрасте;
- ▶ низкорослость (150см и менее) в период полового созревания;
- ▶ высокорослость (рост 175см и более) в период полового созревания;
- ▶ 3, 4, 5 группы здоровья с эндокринными, аллергическими, воспалительными и другими хроническими заболеваниями, в том числе дети-инвалиды и дети с ограниченными возможностями в любом возрасте;
- ▶ состояние после хирургических вмешательств на органах брюшной полости в любом возрасте;
- ▶ реконвалесценция после перенесенных детских инфекций и тонзилэктомии в препубертатном возрасте (от 8 лет до менархе) и в первой фазе пубертатного периода (с менархе до 14 лет включительно);
- ▶ указание на патологию матки и яичников по результатам эхографии и томографии внутренних органов, в том числе органов малого таза;
- ▶ начало сексуальных отношений;
- ▶ необходимость консультирования девочек по вопросам интимной гигиены;
- ▶ необходимость консультирования по вопросам риска заражения ИППП, в том числе ВИЧ/СПИД, гепатита В и С;
- ▶ необходимость консультирования для индивидуального подбора контрацепции у сексуально активных девочек, в том числе после аборта. ☹



Скандинавская ходьба



Александр Владимирович СИДОРОВ,

врач по спортивной медицине, КГБУЗ «Алтайский врачебно-физкультурный диспансер»

Скандинавская ходьба, или ходьба с палками, - вид фитнеса, в котором, для того чтобы увеличить нагрузку на мышцы тела и сердце, используются специальные палки, похожие на лыжные.

Известная под названием «скандинавская ходьба», северная ходьба, финская ходьба с палками - это практика прогулок на свежем воздухе с парой модифицированных лыжных палок, которая появилась в 40-х годах XX века в Финляндии благодаря профессиональным лыжникам, стремящимся поддержать себя в форме вне лыжного сезона. Они тренировались без лыж, используя ходьбу с лыжными палками. В 1980-х годах скандинавской ходьбой заинтересовались врачи. В конце 90-х она переросла в самостоятельный вид спорта.

Во многих странах Европы, а также в Северной Америке, были проведены медицинские исследования, которые подтвердили благотворное действие этого вида спорта на организм. Большой вклад в дальнейшее развитие скандинавской ходьбы сделали немцы. Именно они провели ряд медицинских исследований и определили ее преимущество перед другими циклическими видами спорта. Так, было установлено, что **ходьба позволяет добиться разумного сочетания между нагруз-**

кой на сердечно-сосудистую систему и сжиганием калорий, то есть достаточно эффективно сжигать лишние калории, не перегружая при этом сердечно-сосудистую систему.

Одна польза!

◆ Во время ходьбы **нагрузка на сердце уменьшается** благодаря работе «мышечного насоса»: ритмичное и последовательное сокращение мышц голени и бедра помогает выталкивать кровь из вен нижних конечностей вверх к сердцу.

◆ Скандинавская ходьба **усиливает обмен веществ**, тем самым омолаживая организм. Доказано, что северная ходьба усиливает иммунитет, предупреждает развитие атеросклероза и онкологических заболеваний.

◆ При правильно дозированной скандинавской ходьбе **происходит гармоничная многоуровневая естественная стимуляция защитных сил организма**. В большей степени она оказывается через мышечную, сердечно-сосудистую, дыхательную системы. Стимулирующим действием обладают углекислый газ и молочная кислота, содержание которых во время ходьбы увеличивается.

◆ **Выделяемые** при северной ходьбе **в большом количестве гормоны удовольствия** (энкефалины, эндорфины) **благоприятно влияют на нервную систему** и способствуют восстановлению адекватной восприимчивости.

◆ **Стимулирующим действием обладают механическая вибрация, встряска**, воспроизводимая при ходьбе. В крупных клиниках Германии скандинавская ходьба обязательно входит в программу реабилитации после операции на суставах. Благодаря этой методике немецкие врачи ставят человека на ноги после замены тазобедренного сустава уже через месяц.

◆ Скандинавская ходьба **поддерживает в тонусе** и, без преувеличения, **возвращает к жизни людей с проблемами опорно-двигательного аппарата**.



Спорт во имя жизни

◆ Это лучшая ходьба для **снижения веса естественным путем** (без утомительных диет). Результат достигается посредством ритмичного движения и правильного гармоничного вдыхания воздуха на природе.

Сейчас врачи многих стран мира рекомендуют северную ходьбу всем категориям населения, независимо от возраста и уровня физической подготовки.

Эффект и преимущества

- ▶ Укрепляет сердечную мышцу.
- ▶ Увеличивает объем легких до 30%.
- ▶ Регулирует деятельность кишечника.
- ▶ Поддерживает тонус мышц одновременно верхних и нижних частей тела.
- ▶ Тренирует около 90% всех мышц тела.
- ▶ Сжигает на 46% калорий больше, чем обычная ходьба.
- ▶ Уменьшает на 30% давление на крупные суставы при ходьбе.
- ▶ Идеальна для исправления осанки и сколиоза.
- ▶ Палки помогают двигаться в более быстром темпе без лишних усилий.
- ▶ Возвращает к полноценной жизни людей с проблемами опорно-двигательного аппарата.
- ▶ Эффективное занятие для спортсменов, которым необходима постоянная тренировка сердечно-сосудистой, дыхательной систем и выносливости.

Техника ходьбы

Скандинавской ходьбой занимаются со специальными палками, чтобы усилить ее эффективность.

Если палки не складные, то их подбирают по росту, согласно формуле: «рост человека умножить на 0,68». Например, при росте человека 168см рекомендуется использовать палки длиной 115-120см (результат умножения - 114,24). Это обеспечит наиболее удобную и эффективную ходьбу.

Начальная позиция

Правая рука вытянута вперед и немного согнута в локте. Рука держит палку под углом 45 градусов.

Левая рука свободно лежит на уровне таза и тянется назад.

Во время каждого шага необходи-



мо вставить сначала на пятку и потом уже на носок (эта техника называется «пятка - носок - колено», как и в обыкновенной ходьбе).

Что имеем в итоге

Недостаток движения современного человека приводит к застою и атрофии большого числа капилляров и нарушению кровоснабжения тканей во всем организме. Правильно же дозированная скандинавская ходьба **открывает спавшиеся капилляры**, а также способствует прорастанию новых капилляров, артериол в вену, участки, поврежденные болезнью, что особенно важно.

Регулярные тренировки с использованием скандинавской ходьбы **положительно влияют на все звенья опорно-двигательного аппарата**, тем самым препятствуя развитию дегенеративных изменений, связанных с гиподинамией и возрастом.

Циклические упражнения **увеличивают приток лимфы к суставным хрящам и межпозвоночным дискам**, что является лучшей профилактикой дорсопатий (заболеваний позвоночника).

Положительное влияние ходьбы на функцию суставов возможно только при условии использования адекватных нагрузок и постепенного их увеличения в процессе занятий. Именно поэтому оздоровительная ходьба имеет столько полезных свойств и ею может заниматься большое число людей, особенно людей сидячих профессий. ☺

Занятия показаны круглый год как подросткам, так и взрослым: при неврозе и бессоннице, при остеохондрозе, сколиозе и остеопорозе, больным с бронхиальной астмой и ожирением. При регулярных занятиях ходьбой снижается риск развития артериальной гипертонии.





Кормление грудью - важный период в общении матери с ребенком



Виктория Олеговна ЛЕВЧЕНКО,
студентка 520-й группы
лечебного факультета,
Алтайский
государственный
медицинский университет;



Светлана Дмитриевна ЯВОРСКАЯ,
доктор медицинских наук,
врач-акушер-гинеколог,
высшая
квалификационная
категория, доцент
кафедры акушерства и
гинекологии, Алтайский
государственный
медицинский университет

Рождение ребенка для женщины - значительное и незабываемое событие в жизни. В этот момент у нее также появляется множество обязанностей, чтобы малыш рос здоровым и развивался правильно. И грудное кормление является одной из обязанностей.

Грудное молоко - это питательная жидкость, вырабатываемая молочными железами незадолго до и сразу после рождения ребенка.

Во время беременности грудь претерпевает значительные изменения. Под влиянием гормонов, которые вырабатываются во время вынашивания ребенка, грудь увеличивается в размерах, возрастает площадь железистых долек и выводящих протоков. Ближе к концу беременности дольки можно прощупать через кожу молочных желез в виде бугристых узлов, а из сосков может начать выделяться молозиво.

В самые первые часы после родов вырабатывается **молозиво**, затем грудная железа вырабатывает **переходное молоко**, и со второй-третьей недели материнское молоко становится **зрелым**. Молозиво богато витаминами, ферментами, минеральными веществами и создает необходимые условия для формирования «правильного» микробного биоценоза кишечника.

С помощью сосания ребенок удовлетворяет не только потребность в пище, но и сосательный рефлекс, формирующийся еще в утробе матери, **и потребность в общении**. В результате у него развиваются челюстной аппарат, мышцы рта и языка. Это особенно важно в дальнейшем: например, при становлении речи. У детей, которых рано стали прикладывать к груди, активнее формируются все системы организма, в том числе и нервная система. Замечено, что такие дети опережают своих сверстников в интеллектуальном и эмоциональном развитии.

В первые 3-5 дней после родов у женщины вырабатывается

молозиво. И после появления на свет новорожденного нужно обязательно прикладывать к груди матери, чтобы он его попробовал. Именно благодаря молозиву ребенок плавно переходит на новые для него физиологические условия, так как в нем содержится гораздо больше антител, белка и питательных веществ, чем в зрелом молоке. А также молозиво снижает вероятность токсического действия билирубина, который повышен у детей с желтухой новорожденных.

Когда же начинает вырабатываться зрелое молоко, матери необходимо воздержаться от потребления халвы, грецких орехов, чая с молоком. На третий день нужно уменьшить количество выпиваемой жидкости, так как прибудет слишком много молока, что может привести к возникновению мастита.

В последние годы всё больше и больше **рекомендуется кормление ребенка по требованию**, то есть давать грудь, когда он голоден. Пищеварительная система малыша еще очень плохо развита, поэтому при больших интервалах между кормлениями он очень жадно сосет, заглатывает воз-



дух, переедает и ему трудно переварить большое количество пищи за один раз. Отчего возникают проблемы с животиком, и ребенок становится беспокойным.

О кормлении грудью нужно позаботиться еще во время беременности. Для этого необходимо **носить бюстгалтеры для беременных**. Чтобы предотвратить появление трещин, **соски смазывать специальными средствами**.

После родов кормящей маме не следует мыть грудь больше одного раза в день, так как смывается естественная защитная пленка, предохраняющая соски от проникновения инфекции. Но **мыть руки с мылом следует перед каждым кормлением**.



Прикладывание ребенка при кормлении

Очень важно, чтобы при кормлении и маме, и малышу было удобно и чтобы они не испытывали неприятные ощущения. **Существует несколько основных правил для успешного грудного вскармливания.**

● *Мама должна принять удобное положение.* Кормление может продолжаться долго: некоторые дети сосут 30-40 минут и дольше. Поэтому надо сесть или лечь. Используйте одеяло, подушки или подставку для ног.

● Главное, чтобы *лицо ребенка было повернуто к груди, а его животик прижимался к вашему животу.*

● *Малышу необходимо свободно двигать головой при кормлении.* Чтобы он правильно захватил сосок, ребенок должен запрокинуть голову, поэтому положите его на сгиб локтя, и не нужно придерживать его головку второй рукой.

● *Носик младенца должен быть плотно прижат к маминой груди.* Не нужно бояться, что он задохнется.

● Чтобы правильно приложить ребенка к груди, нужно ее не вкладывать ему в рот, а *добиться, чтобы он сам потянулся к ней и широко открыл ротик.*

● *Если малыш захватил только кончик соска, не позволяйте ему сосать.* Аккуратно надавите ему на подбородок и заберите грудь, а потом дайте снова, как положено.

● При появлении трещин на сосках следует их смазывать несколько раз в

день специальными защитными кремами. А при возникновении боли можно воспользоваться силиконовыми накладками для груди.

Сцеживание грудного молока

При грудном вскармливании возникают такие случаи, когда сцеживать просто необходимо (переполненная грудь, ребенок не может сосать молоко, болезнь кормящей мамы, налаживание лактации, предотвращение лактостаза и т.д.). Сцеживание молока при кормлении грудью можно осуществлять с помощью молокоотсоса и руками.

Существуют определенные правила сцеживания:

- перед сцеживанием ополосните грудь теплой водой, вымойте руки с мылом;

- емкость для сбора молока необходимо простерилизовать;

- детали молокоотсоса, которые соприкасаются с молоком, желателно хранить в холодильнике;

- сцеженное молоко следует хранить не более 6-8 часов при комнатной температуре и в течение 48 часов в холодильнике при 4°C. Можно молоко заморозить - тогда оно будет храниться дольше: на протяжении трех месяцев при температуре 20°C.

И следует помнить, что кормление грудью пойдет вашему ребенку и вам только на пользу. Не бросайте кормление грудью лишь из-за того, что у вас сразу не пошло всё гладко. ☺

Каждая мама должна знать, что ее молоко - это наиболее полноценная пища для ребенка в первые 6 месяцев и искусственные смеси заменить его в полной мере не могут.



АГМУ. Непростой путь в специальность

14 марта ректор Алтайского медицинского университета И.П. САЛДАН выступил с отчётным докладом о результатах работы за 2015 год перед Учёным советом вуза.

Игорь Петрович также нашел возможность для встречи с журналистами и разговора о сегодняшнем дне университета и перспективах его развития.

- 2015 год стал неординарным уже потому, что вуз проходил две аккредитации - профессионально-общественную и государственную по новым требованиям Рособнадзора по всей укрупненной профильной группе «Здравоохранение». Прошли ее успешно, невзирая на то, что и закрыли непрофильные факультеты, и аккредитации подлежали 19 основных профессиональных образовательных программ, 44 программы ординатуры и 11 аспирантуры - всё, что нужно для полноценного обучения в медицинском университете. На основании Свидетельства о государственной регистрации университет получил право в течение шести лет выдавать дипломы государственного образца.

Следующее событие - впервые по результатам оценки Рейтингового агентства RAEX, которая проводится ежегодно, вуз попал в рейтинг ста лучших вузов РФ всех профилей и занял 82-е место.

Мы стали тринадцатыми из 47 медицинских вузов Российской Федерации, третьими из восьми вузов СФО, третьими - из девяти вузов Алтайского края.

В 2015 году мы впервые набрали достаточное количество студентов на бюджетные и внебюджетные места, выполнили задание министра здравоохранения

Вероники Скворцовой, набрав 73% бюджетников.

Впервые организовали работу выездных приемных комиссий как на территории Алтайского края, так и за его пределами - в Хакасии, Таджикистане, Казахстане.

Увеличив внебюджетный прием, реализовав мероприятия по укреплению финансовой дисциплины, мы смогли упрочить материальную базу университета, поднять заработную плату сотрудникам в среднем на 23 процента. Кроме того, запустили 125 новых мест в общежитии, построили новую спортивную площадку.

О качестве подготовки студентов свидетельствуют победы на российских профессиональных олимпиадах. В десятку лучших вошли команды по хирургии и педиатрии. Мы заняли четвертое место в финале Фестиваля спорта среди медицинских вузов страны. Перечисленные факты доказывают, что у нас действительно учатся активные, хорошие студенты.

Первый раз мы реализовали программу по обмену студентами. 15 резидентов впервые отправили в Казахстан и столько же приняли у себя. У нас разные системы обучения, поэтому каждый из резидентов смог получить дополнительные навыки и знания.

В прошлом году принял первых студентов симуляционный центр. Постепенно он пополняется новым оборудованием, занимает дополнительные площади - после окончания всех работ центр



займет трехэтажную пристройку в учебном корпусе №4. Для реализации планов большое значение имеют понимание и поддержка краевой Администрации, Губернатора Александра Карлина. Рассчитываем, что в мае запустим симуляционный центр полностью.

В результате реформы высшего образования с этого года будет отменена интернатура для стоматологов и фармацевтов, а с 2017 года - для выпускников остальных факультетов. После получения диплома большинство выпускников должны будут отработать в амбулаторно-поликлинической сети три года и «получить» право на обучение в ординатуре по выбранной специальности.

В связи с этим принято решение о внедрении новых форм работы - формировании школ наставничества и мастерства в университете. Идея данных школ получила поддержку учителей - профессоров вуза, так как практиковалась в 80-е годы прошлого века. Это предложение поддержа-



Вторая конференция Медицинской палаты пройдет на Алтае

но также главными врачами больниц. Более того, главные врачи стремятся с вузом заключить договора на этих студентов, чтобы готовить «штучных» специалистов и в дальнейшем принять их на работу.

В этом году получают естественное развитие все направления нашей работы по набору студентов. Так, в апреле делегация вуза едет в Китай для заключения договоров об обучении в АГМУ китайских студентов. Аналогичные переговоры ведутся с Кореей и Монголией. Из Индии недавно принимали делегацию в Барнауле - они заинтересованы в обучении 100-150 человек в нашем вузе. Самое сложное - решить вопрос с обеспечением общежитиями иностранных студентов. Мы также готовы работать в этом направлении.

Инициирована комплексная программа по развитию научной и инновационной деятельности по вопросам применения средств из сырья пантовых оленей, установлены партнерские взаимоотношения со Всероссийским НИИ пантового оленеводства, проведены доклинические исследования активности пяти новых средств. Наши инициативы поддержали бывшие выпускники АГМУ, а сегодня - ведущие сотрудники и руководители научно-исследовательских институтов Сибирского отделения РАН.

Популярность вуза, успех его деятельности складываются из решения нескольких задач: профориентационной работы со школьниками, обучения в современных оборудованных аудиториях и лабораториях, гарантированного последующего трудоустройства. Итоги работы 2015 года доказывают - все эти задачи успешно решаются в АГМУ. ☺

В следующем номере журнала читайте развернутое интервью с ректором Алтайского государственного медицинского университета И.П. САЛДАНОМ.

Такое решение принял на очередном заседании Совет Палаты. Планируется, что в работе конференции примут участие делегаты первичных организаций лечебных учреждений со всего региона.

В повестке дня грядущего мероприятия: отчет о работе Общественной организации «Медицинская Палата Алтайского края», отчет о деятельности Совета Палаты, Ревизионной комиссии, Президента и исполнительного секретаря, определение приоритетных направлений для дальнейшей работы, другое.

На конференции также будет озвучен ряд предложений, которые, по мнению Президента МедПАК, имеет принципиальное значение для функционирования общественной организации.

Совет Палаты рассмотрел и другие актуальные вопросы: в частности, обращение РОО «Ассоциация врачей Республики Алтай» о целесообразности перехода России на новые критерии живорожденности, рекомендованные с 2011 года ВОЗ и Министерством здравоохранения и социального развития РФ. В Республике Алтай сочли, что соблюдение данного приказа стало поводом для необоснованных обвинений в адрес врачей.

С докладом на данную тему перед Советом Палаты выступила главный акушер-гинеколог Алтайского края Ирина МОЛЧАНОВА. Она рассказала, что в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ живорожденными считаются дети, которые родились в сроке беременности от 22 недель и весом от 500 граммов.

- В Алтайском крае ежегодно рождается около 100 таких детей, - продолжила Ирина Владимировна. - По статистике, пример-

но одна треть новорожденных - это младенцы весом от 500 до 750 граммов, две трети - от 750 граммов до 1 килограмма. Бронхолегочная реанимация для глубоко недоношенных детей обязательна только в двух странах: России и Турции, в остальных данная процедура производится с согласия родителей. И это один из наиболее принципиальных вопросов, который требует обсуждения и оценки со стороны врачебного сообщества.

Президент Медицинской палаты Яков ШОЙХЕТ предложил вместе с краевым Главным управлением по здравоохранению и фармацевтической деятельности выработать общую позицию и внести изменения в существующий приказ, для того, чтобы учесть интересы рожениц, детей, врачей: «У нас нередко при принятии столь важных решений страдают дефиниции. Понятие «живорожденный» означает, что ребенок имеет шанс на выхаживание. Современная медицина дает такой шанс, и он должен быть использован. Однако необходимо понять, каким образом можно защитить врачей от необоснованных обвинений».

Собравшиеся также рассмотрели Проект соглашения между МедПАК и Территориальным фондом обязательного медицинского страхования. Это еще один важный документ, который позволит Палате эффективно реализовывать свои полномочия. ☺

Пресс-служба Медицинской палаты Алтайского края



Говорят делегаты конференции

11 февраля 2016 года в конференц-зале КГБ ПОУ «Барнаульский базовый медицинский колледж» состоялась Краевая научно-практическая конференция «Новые направления в развитии сестринского дела на современном этапе».

Ее подготовила АРОО «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников» при организационной поддержке Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности и участия КГБ ПОУ «ББМК».

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

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



Галина Юрьевна ПОДУЗОВА, главная медицинская сестра, КГБУЗ «Онкологический диспансер, г.Бийск», член АРОО «ПАСМР» с 2009 года:

- На мой взгляд, программа конференции была составлена профессионально и грамотно. Торжественное открытие и награждение придало особую торжественную атмосферу в зале, который был заполнен специалистами со всех районов Алтайского края.

Хочу отметить, что победители профессионального конкурса 2015 года - практически все являются членами АРОО «ПАСМР», и Ассоциация самостоятельно определила им премиальный фонд. Считаю, что поощрение - очень важно в оценке труда медицинского работника

со средним образованием и дает дополнительную мотивацию для участия в других проектах.

Я более 15 лет принимаю участие в различных семинарах, конференциях с разнообразными тематикой и уровнем проведения. Но эту конференцию отмечу как особенно позитивную, когда и программа усвоилась легко. Отмечали высокий уровень подготовки у докладчиков. Помню немного робкие доклады медицинских сестер прошлых лет, а теперь выступления актуальны, последовательны, сопровождаются презентациями, обсуждением в зале, комментариями. И с каждым разом, на мой взгляд, этой актуальной на сегодняшний день информацией всё больше хочется поделиться в своем коллективе. Так, 25 февраля мы организовали в онкодиспансере сестринскую конференцию с использованием ее материалов, размещенных на сайте Ассоциации.

Отдельно хотелось бы выразить благодарность нашим коллегам: заместителю директора по учебной работе КГБ ПОЭ «ББМК» **Г.М. Малиновской**, главному внештатному специалисту по сестринскому делу, г.Рубцовск, **Т.В. Царевой**, главной медицинской сестре КГБУЗ «Краевая детская стоматологическая поликлиника» **Е.В. Кожевниковой**, клиническому консультанту **Д.Г. Смирнову**.

Еще немного лирики: глядя на коллег - участников конференции - я искренне радовалась! Несмотря на небольшую зарплату, напряженность профессии, - мы хорошо выглядим. Почти по Чехову, всё гармонично: и деловая одежда, и прическа, и макияж. Очень приятно быть вместе и с умницами, и с красавицами одновременно! ▶



Хотела бы выразить огромную благодарность организаторам в лице президента АРОО «ПАСМР» Л.А. Плигиной, заместителя директора КГБ ПОУ «ББМК» Г.М. Малиновской и участникам конференции за полученные новые знания, хорошее настроение и веру в то, что наше общее дело - правое.



Юлия Витальевна ЧЕРЕПОВСКАЯ, главная медицинская сестра, КГБУЗ «Шипуновская ЦРБ», член АРОО «ПАСМР» с 2008 года:

- На конференции от КГБУЗ «Шипуновская ЦРБ» приняли участие три делегата: главная медицинская сестра **Юлия Витальевна Череповская**, старшая акушерка **Елена Ивановна Решетникова** и акушерка женской консультации **Лариса Сергеевна**

Кащеева.

Открытие конференции началось с Гимна медицинских сестёр. С приветствием выступила президент АРОО «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников» **Лариса Алексеевна Плигина**, обратившись со словами признательности и благодарности за преданность профессии, также была отмечена первостепенная роль специалистов сестринского дела.

В работе конференции приняли участие консультант по сестринскому делу Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтичности **Ирина Николаевна Донских**, заместитель директора по КГБ ПОУ «ББМК» **Галина Матвеевна Малиновская**.

Началась конференция с награждения победителей конкурса «Лучший специалист со средним медицинским и фармацевтическим образованием - 2015». Особенно было приятно, что наша коллега - акушер-



ка женской консультации **Л.С. Кащеева** заняла **первое место в номинации «Лучший акушер»**.

Все программные выступления были актуальными, содержательными, полезными в плане пополнения знаний и применения их на рабочих местах.

Выступления докладчиков были насыщены информацией и примерами по таким блокам, как инновационные технологии в сестринском деле, в том числе аккредитация специалистов, дефекты качества в работе сестринского персонала, управление рисками, самоуправление в деятельности сестринских коллективов и т.д.

Клинический консультант компании Бектон, Дикинсон энд Компани **Д.Г. Смирнов** предоставил новейшие разработки в области защиты медицинского работника от инфицирования гемоконтактными инфекциями при работе с кровью. Этот доклад был очень важен, так как защита от инфицирования кровью - одна из главных задач в деятельности медицинских работников.

Хочется выразить благодарность в адрес Ассоциации и всех специалистов, принимавших участие в проведении столь нужной и значимой конференции.



Наталья Викторовна РАВДИНА, главная медицинская сестра, КГБУЗ «Городская больница №8, г.Барнаул», член АРОО «ПАСМР» с 2006 года:

- Как всегда, поражает и завораживает торжественное традиционное открытие мероприятия - звучание Гимна медицинских сестёр Алтайского края.

К сожалению, директор КГБ ПОУ «ББМК»

В.А. Лещенко не смог присутствовать на конференции, но лично адресовал слова приветствия президенту Ассоциации **Л.А. Плигиной**, в которых прозвучал призыв к тесному сотрудничеству и переменам в системе профессионального образования. Тепло поприветствовала участников конференции и консультант по сестринскому делу Главного управления Алтайского края и фармацевтичности **И.Н. Донских**.

В начале конференции прошло чествование победителей краевого конкурса «Лучший специалист со средним медицинским и фармацевтическим образованием - 2015». Победители конкурса, которые являются членами Ассоциации, были награждены дополнительными денежными премиями.

Пленарное заседание было посвящено работе и совершенствованию деятельности специалистов со средним медицинским образованием, предупреждению и исключению рисков и дефектов в оказании медицинской помощи пациентам, а также совершенство-



ванию деятельности сестринских коллективов и самоуправлению, как основе эффективного управления сестринским коллективом.

Несколько слов о значимости информации, прозвучавшей в докладах.

В докладе **И.Н. Донских «Структура сестринской службы по итогам 2015 года»** был представлен обзор качественного и количественного состава медицинских сестер в городах и районах Алтайского края. Было отмечено, что работающих специалистов старше 55 лет - 17% от общего количества. По результатам выездов в районы Алтайского края с целью контроля деятельности главных медицинских сестер ЦРБ по работе с сестринскими коллективами отмечено, что работа в районах проводится слабо: это касается и документации, и форм обучения, и работы советов по сестринскому делу.

В докладе **И.Н. Донских «Управление рисками в работе сестринского персонала»** прозвучало, что в СМИ муссируется много информации о врачебных ошибках, что при этом нет понятия «медсестринская ошибка». Были приведены конкретные примеры.

В докладе **Л.А. Плигиной «Сестринское движение - как система совершенствования деятельности сестринских коллективов медицинских организаций Алтайского края»** прозвучало, что главным и старшим медицинским сестрам необходимо активизировать работу со своими кадрами, с советами по сестринскому делу. Активно помогать в работе по получению квалификационной категории: ввести в практику предаттестационную подготовку специалистов приказом главного врача. Очень приятно осознавать, что в нашей больнице эта работа проводится по рекомендации Ассоциации и очевидны положительные результаты. Таким образом подготовленный специалист в медицинской организации более уверенно проходит процедуру аттестации.

В выступлении **Г.М. Малиновской «Современные проблемы и перспективы развития профес-**



сионального образования в сестринском деле» был представлен материал по модернизации среднего медицинского и фармацевтического образования, что в себя включает развитие системы непрерывного медицинского образования, соответствующий пересмотр сроков подготовки, оптимизацию номенклатуры СПО, развитие симуляционных центров, внедрение профессиональных стандартов и аккредитацию специалистов.

В докладе **Т.В. Царёвой «Дефекты качества в деятельности специалистов сестринского дела»** прозвучала информация о безопасной больничной среде, в которой недопустимы ошибки медицинских работников, в том числе этического плана. Также прозвучало, что необходимо нести ответственность за ошибки совершенные на любом уровне. Разбирать любое нарушение и коллективно принимать решения, тем самым повышать ответственность.

Считаю, что конференции такой высокой организации нужны специалистам сестринского дела, чтобы ориентироваться в своей профессии, быть грамотными и достойными ее!

Хочется повторить слова «золотого правила нравственности», которые прозвучали в докладе президента АРОО «ПАСМР» Л.А. Плигиной: «Не делай другим того, чего себе не желаешь». ►





Марина Анатольевна ДОБРЫНИНА, старшая медицинская сестра, высшая квалификационная категория, хирургическое отделение, КГБУЗ «Городская больница №8, г.Барнаул», член АРОО «ПАСМР» с 2012 года:

- Стратегия развития сестринской профессии, проблемы, приоритетные задачи, перспективы развития профессионального образования в сестринском деле - это звучало в

докладах ведущих специалистов. Доклады, представленные на конференции, были заслуженно оценены аудиторией медицинских сестер. К сожалению, с этими проблемами живут все медицинские работники, а самое главное - и пациенты, которые обращаются за помощью к специалистам самой гуманной в мире профессии.

Соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья, профилактика здорового образа жизни, доступность и качество медицинской помощи, инновационное развитие, постоянное обучение специалистов - это стратегия развития здравоохранения в целом.

Огорчают статистические данные: укомплектованность кадрами со средним медицинским образованием - всего на 62,8%, их них работающие пенсионеры составляют 16%, общий процент аттестованных (а значит, тех специалистов, которые все-таки стремятся повысить свой профессиональный уровень путем обучения) - всего 45%.

К большому сожалению, молодые люди, поступающие в медицинские колледжи, не имеют представления о будущей профессии, о базовых ценностях и этических принципах в здравоохранении, какая ответственность на них возлагается с началом трудовой деятельности. Входной контроль знаний, создание постоянно действующих рабочих групп, наставничество, проведение тренингов для поступающих на работу специалистов, формирование корпоративной культуры. Считаю, что это должно быть обязательным условием в работе медицинских учреждений.

Ведь на самом деле причины сестринских ошибок - это дефекты образования, в том числе дополнитель-



ного, а также низкая правовая и этическая культура. В этом заключается огромная работа главных и старших медицинских сестер.

Предложена и планируется новая программа обучения, где увеличивается количество часов, вводятся ежегодный контроль знаний, дистанционное обучение на рабочем месте, внедрение симуляционных центров и профессиональных стандартов.

Залогом эффективной деятельности медицинских работников являются самообразование и грамотная организация работы. Научить медицинскую сестру правильному поведению, общению возможно только при наличии мотивации и психологических знаний и умений у самого руководителя коллектива.

Очень интересная информация по обмену опытом в организации работы в КГБУЗ «Городская поликлиника №5, г.Тюмень». Считаю, что есть чему поучиться и что применить на практике в своих медицинских учреждениях.

Что не задокументировано, то не сделано. Интересное предложение по ведению листа наблюдения за периферическим катетером.

И самое главное: от внедрения инновационных технологий медицинская сестра в результате получит высвобождение времени на работу с пациентами, пересмотр нагрузки на медицинскую сестру, повышение потребности в непрерывном профессиональном развитии, повышение качества медицинской помощи и престижа сестринской профессии.

Выражаю огромную благодарность организаторам конференции за насыщенную и плодотворную программу, ее высокий профессиональный уровень и актуальность предложенных тем. Проведение конференции свидетельствовало о тесных связях и активном взаимодействии АРОО «ПАСМР» с Главным управлением Алтайского края по здравоохранению и фармацевтике и КГБ ПОУ «ББМК».

Хочется поблагодарить Правление Ассоциации за равнодушие, поддержку, добрые и важные дела, содействие в повышении престижа и авторитета сестринской профессии! ☺



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



Спортивная гимнастика: Взгляд врача



**Вера Михайловна
КЛОЦ,**

врач по спортивной медицине, высшая квалификационная категория, отделение спортивной медицины, КГБУЗ «Алтайский врачебно-физкультурный диспансер»

Работа спортивных школ, готовящих юных спортсменов, регламентируется Федеральным приказом от 10.08.2013 года №691, г.Москва. Согласно этому документу, устанавливаются этапы подготовки, задачи каждого этапа и соответствующий возраст спортсменов.

Начальный этап подготовки занимает два года. В эти группы принимаются мальчики с семи лет, девочки - с шести. Далее следует **этап специализации**, он длится пять лет. Следующий - **этап спортивного совершенствования**. Его длительность не ограничивается, как и длительность **этапа спортивного мастерства**. Последний этап завершается с окончанием выступления спортсмена на соревнованиях.

По каким причинам приходят дети заниматься спортом в раннем возрасте? Понятно, что главенствующую роль в этом играют родители. Они понимают, что ребенка надо развивать гармонично, мечтают о том, чтобы он в дальнейшей жизни был успешным, перспективным. В обществе складывается тенденция создания портфолио, своеобразного рассказа о достижениях ребенка. В таком случае родители будут искать способы, чтобы начать развивать ребенка как можно раньше, дать ему дополнительное образование и успешнее социализировать.

Почему родители выбирают определенный вид спорта? Свою роль играют несколько факторов. Во-первых, близость места занятий к дому. Во-вторых, состояние спортивного зала, наличие современного инвентаря, квалификация тренеров, состав тренерско-преподавательского состава. Кроме того, видят они будущее ребенка через призму своих успехов или успехов знакомых. Например, ребенок в семье друзей занимался в этой спортивной секции и добился отличных результатов. Почему бы тоже не попробовать? Некоторые родители рассматривают выбор конкретного вида спорта как этап в формировании характера ребенка, рассуждая: ребенок сейчас может заниматься гимнастикой, а потом уйдет в другой вид спорта, если не будет мотивации. Так чаще всего и происходит: переводят в борьбу, игровые виды спорта в зависимости от того, как меняется ребенок по мере взросления.

Уже в этот период начинается отбор будущих спортсменов. Он быва-

ет естественный и профессиональный. Одни родители понимают, что занятия не подходят ни по характеру, ни по конституции ребенка. Другие просто не имеют времени приводить ребенка на тренировки и т.д.

Назову требования, которые обязательны при приеме ребенка в группу по спортивной гимнастике. Ребенок должен иметь первую или вторую группу здоровья, должен быть отнесен к основной медицинской группе по физкультуре. Только в этом случае он может получать дополнительное образование в спортивной школе. Если он отнесен к подготовительной или специальной медицинской группе, то есть имеет ограничения по здоровью, то ни о каких занятиях в спортивной школе речи быть не может. Таким образом, при приеме в спортивную школу обязательна справка от педиатра с указанием вышеназванных сведений.

Дальше играют заметную роль несколько факторов. Со стороны самого ребенка главным является **решение, хочет ли он заниматься спортивной гимнастикой**. Результаты будут зависеть и от того, есть ли у него **способность к дисциплинированности, к точному выполнению упражнений**: он может слышать пояснения тренера, но не сумеет их реализовать. У ребенка должны быть **хорошие волевые качества**, поскольку на каждом этапе спорт - это серьезная работа, в том числе и с падениями, и с ушибами.

На результатах сказываются и **особенности конституции ребенка**. Если он начнет быстро расти, наберет вес, разумеется, спортивная гимнастика будет не для него. У юного гимнаста должен быть хороший опорно-двигательный аппарат. По сути, это набор рычагов - опора, к которой прикрепляются мышцы. Чем лучше эти рычаги будут работать, тем лучше он сможет овладеть двигательными навыками. Значит, будет выполнять упражнения без вреда для себя.



Спорт во имя жизни

Ученые определили идеальную конституцию гимнаста. Это ребенок с *хорошо развитым плечевым поясом, узкой талией, плоским тазом, с прямыми длинными ногами, коротким туловищем, длинными руками и короткой шеей. Суставы не должны переразгибаться и не должны быть в полусогнутом состоянии. Ноги должны быть прямыми.* При выполнении упражнений идет силовая, толчковая нагрузка на все суставы. При их повышенной подвижности, например, у ребенка не будет устойчивости, легко возникнут растяжения связок и ушибы при выполнении упражнений. Такой ребенок сам не сможет заниматься спортивной гимнастикой: у него все время будет что-нибудь болеть. Если у ребенка не будут хорошо разгибаться суставы, он может получить травму при овладении самыми обычными упражнениями. На х-образные ноги хорошо не приземлишься, при коротких - не оттолкнешься. Если ребенок имеет короткие ноги и длинное туловище, - это идеальное телосложение для занятий борьбой. Борцы должны быть устойчивыми, в гимнастике же пропорции должны быть иными.

В названном выше федеральном приказе прописано, какими упражнениями за каждый год занятий должен овладевать юный спортсмен. И это тоже важный критерий отбора и его перехода на следующий уровень подготовки. Кроме того, с детьми постоянно работают спортивные врачи, и они на каждом этапе оценивают состояние сердечно-сосудистой, нервной систем, опорно-двигательной системы и дают соответствующие рекомендации. К примеру, нарушенную осанку можно изменить, укрепив мышцы, а вот со сколиозом не следует заниматься гимнастикой. Поэтому **в любой вид спорта обязательно дети должны приходить обследованными.**

Соревнования в течение года, с одной стороны, мотивируют ребенка на достижение результатов, с другой - позволяют тренеру оценить, насколько ребенок одарен и может выполнить программу. Но при этом важно исключить опасность ранней перегрузки одаренных детей. Допустим, ребенок достигает замечательных результатов за короткий срок, показывает, что он многому научился, побеждает на соревнованиях. Если спортсмена перетрудить,



перенапрячь, могут возникнуть проблемы - сбои в работе любого органа.

Бытует мнение, что занятия спортивной гимнастикой замедляют рост ребенка и развитие его половой функции. В Греции провели специальное исследование и пришли к выводу: характеристики групп спортсменов и неспортсменов одного возраста отличаются незначительно. Но верно и другое: в результате постоянного отбора в школах спортивной гимнастики остаются дети, имеющие особенности конституции, - они дольше формируются, имеют невысокий рост. Другие просто переходят в иные виды спорта.

По мере подготовки количество детей в группе у тренера уменьшается. Совершенно очевидно, что **чем выше спортивный разряд, тем точнее тренер должен доводить до каждого ребенка технику выполнения сложных упражнений.** Во время всего учебно-тренировочного процесса постоянно проводится профилактика спортивного травматизма, поэтому тренер постоянно находится рядом со спортсменом, на котором спортсмен отработывает упражнение. На соревнованиях тренеры также несут ответственность за то, чтобы ребенок отработал программу без травм.

Многое зависит и от родителей. Понятно, что они во всем поддерживают и организуют ребенка. Но бывает и так: ребенок переболел простудой, и его поспешили привести на тренировку, не учитывая, что восстановление еще не завершилось, что способность концентрировать силы и внимание совсем не та, что была до болезни. В

С 6-7 лет ребенок может заниматься в группах начальной подготовки. Но детей приводят в спортивные секции и раньше - начиная с пяти лет. Такие малыши занимаются в группах общефизической подготовки (ОФП). На этих занятиях с помощью упражнений у детей развивают выносливость кардиореспираторной системы, координацию, вестибулярную устойчивость, гибкость, растяжимость мышц, то есть идет многоплановая подготовка к следующему этапу занятий.



Спорт во имя жизни

◀ этом случае возрастает вероятность получения травмы на тренировке.

Главный принцип подготовки спортсменов - идти от простых элементов к сложным. Их изучают, доводят выполнение до автоматизма, а потом складывают в композицию. Например, чтобы научиться выполнять прыжок через «козла», сначала будут отрабатывать запрыгивание, затем - отставку на снаряде и спрыгивание. Только после серьезной работы эти элементы соединят. Существует также правило: если ребенок пропустил тренировку, тогда следующая будет проведена с меньшей нагрузкой, произойдет возвращение на предыдущий этап.

Хочу напомнить: **спорт - это тяжелый труд.** И на пути к спортивным достижениям ребенку необходимо понимание со стороны взрослых. Замечено, что лучше детей понимают родители, которые сами серьезно занимались спортом в детстве. Часто бывает и так, что тренер становится ближе родителей, к нему приходят советоваться, в том числе и по житейским вопросам. Это нормальный процесс - тренера и ребенка объединяет спорт.

Остановимся на вероятности травм в спортивной гимнастике. Она не выше, чем в других видах спорта. Более того, если ребенок сложен так, как было сказано выше, вероятность получения травмы минимальная. *Переизгиб в поясничном отделе* приводит к тому, что у ребенка вперед выдается живот, а сзади выступают ягодичные области таза. В этом случае тренировки приведут к перенапряжению поясничного отдела позвоночника, что впоследствии может стать причиной травмы. При прыжке ребенок приземляется сначала на пальчики, затем - на стопу и пятку. Все три этапа приземления должны быть выполнены правильно. При *плоскостопии* стопа не пружинит, нет мягкости приземления, что опять становится причиной травмы. Мы также говорили, что у спортсмена должны быть прямые ноги. Если это не так, получим проблемы с коленным и тазобедренным суставами, голеностопом. При выполнении упраж-



нений большая нагрузка идет на верхние конечности: выполняется хват брусьев, колец, руки становятся опорой при кувырках, при разгибаниях. Возможно *травмирование лучезапястного сустава*. Даже накладывание на руки могут травмировать кисть. Гимнасты при выполнении упражнений используют магнезию - она уменьшает скольжение на снарядах, но одновременно высушивает кожу, удаляет с ее поверхности жир. В результате кожа становится более хрупкой. *Плечевой сустав* также должен быть подготовлен к большим нагрузкам. Шейный и грудной отделы позвоночника, как правило, не травмируются.

Наши тренеры талантливо работают со спортсменами. **Чем раньше ребенок овладевает правильным двигательным навыком, тем лучше.** Это будет звеном, важной составляющей следующих упражнений. Если все эти факторы учтены, можно говорить об оздоровительном эффекте спортивной гимнастики и почти не опасаться травм.

«Плюсов» в занятиях гимнастикой много больше. За упорство и работу на тренировках гимнаст получает в награду *хорошее состояние опорно-двигательного аппарата, мышечной системы*. Все тренировки направлены на то, чтобы мышцы были эластичными и сильными. Выполняемые нагрузки обеспечивают здоровье кардиореспираторной системы, хороший обмен веществ, потому что физическая нагрузка меняет минераль-

ный, жировой, углеводный обмен в организме. *Происходят тканевые изменения:* вырабатываемая молочная кислота запускает цепочку биохимических реакций в организме, в результате чего формируются новые сосуды в тканях, увеличивается мышечное волокно, укрепляется мышечная сумка. Костная структура в результате регулярного выполнения двигательной нагрузки только выигрывает: в нее больше приходит кальция и витаминов. Вообще скелет у детей-гимнастов гораздо крепче, чем у их сверстников, не занимающихся данным видом спорта.

Другие «плюсы» занятий гимнастикой - *изменения в характере: ребенок становится дисциплинированным, формируются воля к победе, трудолюбие, присутствуют хорошая координация тела в пространстве, вестибулярная устойчивость.* У таких детей всегда есть идеал для подражания - спортсмен, более успешно выступивший на соревнованиях. Наконец, тренировки проходят в хороших условиях - в спортивных залах тепло, светло, работают квалифицированные тренеры. Ребенок учится жить в обществе, социализируется, понимает свое место в команде и стремится к его улучшению.

Физическое развитие всегда влечет и умственное, это взаимосвязано. Значит, взрослея, ребенок сможет стать успешным в разных сферах деятельности. А ведь именно об этом мечтают родители! ☺



Ортодонт видит на лице последствия того, что происходит в организме

Как правило, на прием к ортодонту приходят мамы с детьми, когда видят, что новый зуб растет неровно. Реже обращаются в тех случаях, когда формируется неправильный прикус.

Этому есть объяснение: первыми проблему должны обозначить специалисты - педиатры, стоматологи или логопеды. Но так происходит не всегда. В результате такого отношения коллег чаще дети попадают на прием к ортодонту уже с глобально неправильным прикусом. Понимая серьезность проблемы, родители удивляются: «Почему нам раньше этого никто не сказал?». К сожалению, последней инстанцией становимся мы и они, не скрывающие возмущения происшедшим.

Гинеколог начинает свою работу с определения причины формирования патологии. **Причины, приводящие позднее к неправильному прикусу, могут проявиться еще в период беременности матери.** В частности, к этому приводит маловодье, в результате которого возникают перетяжки - и дети рождаются с серьезной патологией. Очень часто формируется дистальный прикус - верхняя челюсть больше нижней. В этом **виновата методика извлечения детей при кесаревом сечении.** Такие случаи подробно описаны в классических учебниках медицины.

В идеале: после того, как ребенок родился, его должен осмотреть остеопат. Это новое направление в медицине, данная врачебная специальность родственна мануальным терапевтам. Осмотр ребенка остеопатом должен быть обязательным после кесарева сечения непосредственно в родильном зале. Такая практика позволила бы сразу поправить ребенку все отклонения на раннем этапе, когда это сделать легче всего. К сожалению, такой порядок в наших лечебных учреждениях не сложился. Будь иначе, мы бы не

имели многих примеров формирования неправильного прикуса. Раньше такую функцию на Руси выполняли бабки-повитухи. Они помогали мамочке при родах и сразу правили ребенка. Сейчас, к сожалению, такая практика исчезла.

Следующий круг проблем связан с неправильным кормлением ребенка. В этом виновны мамы, а еще больше - бабушки. Ребенка любят, жалеют и постоянно пытаются накормить мягким, жидким, чтобы ему не надо было жевать: в рот положили - остается только проглотить. Следствие этого: не развиты челюсти у ребенка, растущим зубам не хватает места, они скученные, нарушается прикус. Такие дети - первые наши пациенты с неровными зубами. Если на консультацию с ребенком приходит бабушка, мы даем очевидный совет: кормите тем, что вы ели сами в детстве. Наши бабушки грызли кочерыжки и морковки. А у их внуков теперь йогурты и протертые пюре в баночках. Когда мы говорим родителям: давайте ребенку жесткую пищу, - некоторые из них обижаются. Нам говорят: мы пришли за лечением, за помощью, а вы нас отправляете кушать. Мы, ортодонты, делаем это для того, чтобы дать **адекватную нагрузку на жевательный аппарат ребенка, чтобы начали нормально работать мышцы, соответственно - расти челюсти.** С раннего возраста ребенка педиатры должны консультировать родителей, объяснять, что детям нужна жесткая пища. А на это очень часто не обращают внимания. Прикорм дали до года в положенные сроки - и всё: пустили в самостоятельное плавание и забыли.



Ольга Борисовна ВЕРБИЦКАЯ,
врач-ортодонт, высшая квалификационная категория, КГБУЗ «Детская стоматологическая поликлиника №2, г.Барнаул»



◀ **Следующая проблема - аденоиды у детей.** В результате воспаления ребенок дышит не носом, а ртом. Когда это видит ортодонт, обязательно отправляет маму с ребенком к лор-врачам. Те же, как правило, ограничиваются консервативным лечением, каплями в нос, утверждая, что всё пройдет, не желая видеть, что у ребенка уже жуткая ортодонтическая патология!

Недавний прием 11-летнего ребенка буквально вызвал шок: аденоиды второй степени, а лор говорит, что достаточно капелек. Процесс уже настолько серьезный, что даже брекеты не помогут, уже, по хорошему, показана операция. Закапывать нос, наверное, хорошо, когда ребенку 3-4 года, а не 11 лет. Нередки случаи, когда именно ортодонт направляет ребенка к лору для удаления аденоидов. И опять родители недоумевают: почему нам никто об этом не говорил? Мы не знаем, почему.

Механизм развития патологии следующий. Когда ребенок не дышит носом, язык при открывании рта опускается вниз, и в результате верхнюю челюсть ничто не держит. Щеки постоянно давят на челюсти, со временем нижняя челюсть изменяет свое положение, а верхняя остается узкой, зубки на ней скученные, нижняя челюсть хоть и больше, но и на ней зубы растут неправильно. Хотелось бы, чтобы лор-врачи учитывали такие последствия не пролеченных вовремя аденоидов. И внимательнее должны относиться к детям педиатры.

Со старшими дошкольниками при нарушении произношения звуков работают логопеды. Эти функции чаще всего выполняют педагоги и психологи, клинических логопедов очень мало. Родители обычно обращаются к логопедам, работающим в школах, садиках, частным образом. **Ортодонт также может направить ребенка к логопеду**, а те, в свою очередь, нередко удивляются: зачем это сделано, если все звуки ребенок произносит верно? **Всё дело - в неправильном механизме произношения.** Когда ребенок разговаривает, у него язык опущен и толчок идет от нижних зубов. Тем самым он постепен-



но формирует и потом усугубляет неправильный прикус. Вот с этим боремся, объясняем родителям наших пациентов, что им необходимо требовать от логопеда. Когда язык поднят при разговоре, при глотании, он еще и массирует верхнюю челюсть. Соответственно идет давление на черепную коробку снизу. И это очень важно.

Таким образом, мы, ортодонты, работаем не только над тем, чтобы исправить неровные зубы. Наша задача намного шире. Как оказалось, мы представляем одну из самых думающих специальностей в стоматологии, связанную со многими аспектами здоровья и нездоровья в организме.

Когда по какой-то причине **неправильно работает мышечная система ног, позвоночника, это тоже может сильно влиять на прикус.** Простой пример: наличие плоскостопия у ребенка, при ходьбе «заваливается» одна нога, вторая двигается нормально. Это влечет за собой искривление таза, под это начинают подстраиваться позвоночник, шейный отдел, голова. В результате - неправильный, так называемый кривой, прикус. Пациенты удивляются, когда на первом приеме я прошу прийти в обуви, в которой они постоянно ходят, и смотрю, как стаптываются подошвы. А это необходимо!

Как правило, мы видим на лице последствия того, что происходит в организме, и поэтому просим коллег других специальностей помогать нам. ☺

**Мышечная система
зубочелюстного от-
дела может непра-
вильно сформиро-
ваться по разным
причинам.
И важно вовремя
их установить.**



Как мы гуляли на Масленицу!

Март - месяц, богатый на праздники. Масленица в их ряду - особенная. Возникновением обязана православному календарю, потому и сценарии праздника, где бы он ни отмечался, тактично и красиво объединяют традиции прошлого и веяния современности, русские забавы и сжигание костра, яркие рубашки-косоворотки и платки с цветами...

В этом году 12 марта почти повсеместно отмечали Масленицу. Но всё-таки главной праздничной площадкой края стало село Новотырышкино, что в Смоленском районе. Второй раз здесь проходит Масленица, и она уже полюбилась многим: гости приехали не только со всех уголков края, но и из Новосибирской области. Гости - тысячи, но и площадок, развлечений, выставочных экспозиций и просто

уголков отдыха столько, что места хватило всем. Именно в Новотырышкино был разыгран самый дорогой в России зимний приз на конноспортивных соревнованиях - он составил свыше полумиллиона рублей. На ипподроме «Алтай» соревновались более ста скакунов из Новосибирска, Красноярска, Омска, Алтайского края и Республики Алтай. Приз Губернатора Алтайского края взяла мастер-наездник **Любовь**



ГРОЗА на сером жеребце **Балаболе** Алтайского конного завода.

Не менее напряженно проходили собачьи бега и традиционная русская забава - «покорение» масленичного столба. Не были нарушены правила: смельчаки пробовали забраться на высоту, раздевшись до пояса. Но приз удалось выиграть далеко не всем.

Не менее замечательным получился конкурс чучел Масленицы. И каждая из шестидесяти поделок являлась шедевром. В ярких одеждах эти «девушки» украшали праздник с самого начала. И до последней минуты не верилось, что им предстоит стать частью костра. Но и эта традиция не была нарушена. Три лучших чучела, по мнению компетентного жюри, отправились в музей.

Призы, хорошее настроение, желтые блины на угощение и фыркание лошадей, породистых скакунов - всем этим запомнился праздник на «Сибирском подворье». Интересно было и взрослым, и детям. Значит, такие формы активного отдыха нужны и востребованы, и они будут еще не раз реализованы организаторами. ☺

Лариса ЮРЧЕНКО



Фестиваль собрал друзей

26-28 февраля 2016 года на базе Алтайского государственного медицинского университета состоялся региональный этап Всероссийского фестиваля спорта «Физкультура и спорт - вторая профессия врача». Его участниками стали студенты медицинских вузов Сибирского федерального округа.

Кемерово, Чита, Новосибирск, Томск, Омск, Иркутск - представители этих городов прибыли в Барнаул, чтобы помериться силами в самых различных видах спорта. Команды восьми медицинских вузов в течение трех дней боролись за победу на спортивных площадках. Несмотря на то, что были задействованы несколько залов, удаленных друг от друга, без поддержки болельщиков не осталась ни одна команда. Особая динамика отличала и работу в эти дни ректора АГМУ **Игоря Петровича САЛДАНА**. Он не только побывал на всех площадках, но и почти всегда становился первым среди поздравлявших с победой студентов алтайского вуза.

Игорь Петрович в своем обращении к участникам соревнований подчеркнул, что Алтайскому медицинскому университету есть чем гордиться:

- Среди студентов-медиков АГМУ немало мастеров спорта, кандидатов в мастера спорта и перворазрядников. Есть в нашем вузе и сотрудники, которые являют собой образец сохранения физической активности и спортивного долголетия, побеждающие на соревнованиях международного уровня вопреки возрасту. Наши студенты первенствовали в командном зачете на Фестивале спорта среди медицинских вузов СФО в прошлом году, а в финале соревнований завоевали «золото» в женском волейболе, были третьими в настольном теннисе, четвертыми - в мужском стритболе и гиревом спорте. В общекомандном зачете стали четвертыми из 38 медицинских вузов-участников фестиваля. Не менее значимым является и тот



факт, что во время соревнований возникает доброе общение между представителями разных команд, обсуждение не только спортивных успехов, но и профессиональных планов.

Мое знакомство с Фестивалем спорта началось с соревнований гиревиков. Если честно, не все парни выглядели атлетами, но когда выходили на помост, показывали пример настоящей стойкости и воли к победе, отстаивали честь своего вуза до последнего.

Четыре весовые категории, достойное оформление зала - соревнования шли без просчетов со стороны организаторов. Этот день мне запомнился встречей с семьей **ЕФИМЕНКО**. Глава семьи - мастер спорта по боксу, сын **Вячеслав** серьезно занимается гиревым спортом, имеет спортивный разряд.

- В нашей семье есть правило: быть рядом с сыном на всех соревнованиях. После окончания Барнаульской кадетской школы встал вопрос о выборе специальности. Решил стать врачом-хирургом. Сейчас Слава учится на третьем курсе, работает санитаром в операционном блоке. Прямо сейчас стал заниматься, будучи кадетом. Победы пришли не сразу. И мы всегда говорили, что главное - участвовать, хотели, чтобы он рос здоровым и выносливым, - рассказала мама Славы Ольга Александровна.



Спорт во имя жизни

Выход на помост спортсмена с гирями в руках - зрелище серьезное для присутствующих. Когда заканчиваются силы, когда на последнем дыхании делается последний рывок, когда при вынужденной паузе замирает табло, - всё это становится причиной шквала эмоций зрителей.

Так же трудно было объяснить переживания команды волейболистов, уступившей победу в финале соперникам из Красноярска. Алтайские спортсмены были не менее техничны, но после нескольких пропущенных мячей оказались сломленными психологически, упустили инициативу. Но ведь и второе место - это тоже достижение!

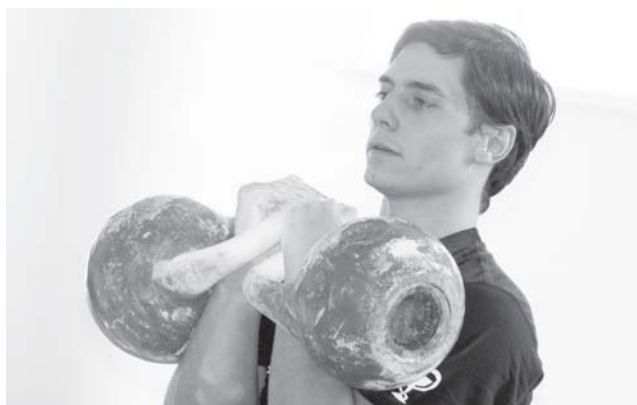
Необычайная для спортивных состязаний тишина царила в аудитории, где медики-шахматисты сражались за победу. За ними наблюдали давние знакомые, а когда-то - соперники по игре: преподаватель кафедры физической культуры АГМУ **Виктор ЭРТЕЛЬ** и проректор АГМУ по научной работе **Евгений ЦЕЙМАХ**. Евгений Александрович комментирует соревнования:

- Уровень участников очень высок. Приятно наблюдать за игрой, ведь на большинстве досок у алтайских спортсменов - явное преимущество и большие шансы на победу. Шахматы не только помогают развивать память и характер, но и учат быть целеустремленными и достигать успеха. Это прекрасный вид спорта, который совмещает в себе и азарт, и искусство, и науку. Своими достижениями я во многом обязан шахматам.

Кстати, на всех площадках команды АГМУ отличалась прекрасная экипировка, что тоже работало на успех.

Два дня соревнований - и вот долгожданное награждение победителей. В зале - флаги вузов, на почетном месте - коллекция спортивных наград АГМУ, доказывающая, что в университете сложились и поддерживаются настоящие спортивные традиции.

Среди почетных гостей - **Юрий Ильич САВЕНКОВ**, доцент кафедры госпитальной терапии, кандидат медицинских наук, заслуженный врач РФ, один из организаторов эндокринологической службы на Алтае. Спортивных успехов у Юрия Ильича не меньше, чем медицинских: он - многократный чемпион России, Европы и мира среди ветеранов по легкой атлетике. На торжественном открытии Фестиваля



Юрий Ильич рассказал участникам соревнований, зачем врачу быть здоровым:

- Мы - врачи, а значит, обладатели самой благородной профессии. Чтобы помочь другим сохранить здоровье, нужно соответствовать самому тем рекомендациям, которые даешь. Я желаю, чтобы вы соответствовали профессии врача не только сейчас, будучи молодыми и здоровыми, но и через 20-30 лет.

Юрию Ильичу вручили лучшую награду за долголетие в спорте - именную спортивную куртку. Мы уверены, что у ветерана спорта и медицины главные старты еще впереди.

Баскетбол и волейбол, настольный теннис и бадминтон, гиревой спорт и плавание, шахматы и дартс - в самых разных видах сражались участники регионального этапа Фестиваля спорта на пяти площадках Барнаула. По две лучшие команды в каждом виде спорта завоевали путевки на финальный этап соревнований, который пройдет в конце апреля в Санкт-Петербурге.

По итогам трехдневных состязаний сборная АГМУ заняла первое место. На втором месте в общекомандном зачете - ребята из Красноярска. Фотография на память с ректором АГМУ, доктором медицинских наук И.П. Салданом - тоже хороший бонус как в спортивном, так и в профессиональном плане.

Совершенно очевидно, что покорение спортивных высот формирует характер будущих врачей, необходимый для побед над серьезными недугами, излечения больных. ☺



Факторы риска и профилактика рака кожи и меланомы

Рак кожи - одно из самых частых онкологических заболеваний. В последние 20 лет во всем мире диагностируется всё больше случаев рака кожи. Только в России в период с 1990 года частота этого заболевания возросла на 12-16%, уступая лишь раку щитовидной и предстательной желез.

В то же время онкологи считают, что этот вид рака - самый предотвратимый. Он относится к так называемым визуальным локализациям. Это означает, что даже самые первые проявления заболевания можно заметить без специального оборудования и сложных анализов. Чтобы избежать развития рака кожи, достаточно соблюдать правила пребывания на солнце и внимательно следить за состоянием кожных покровов.

Факторы возникновения рака кожи

- внешней среды: физическая травма, тепловое воздействие, инсоляция, рентгеновские лучи и другие канцерогенные факторы;

- хронические воспалительные процессы специфической и неспецифической природы с явлениями патологической регенерации: в первую очередь, хронические воспалительные явления при длительно незаживающих язвах, рубцах и свищах;

- патологические состояния кожи: облигатные предраки: пигментная ксеродерма, болезнь Боуэна, эритроплазия Кейра.



Среди кожных карцином наиболее часто встречается **базально-клеточная** (около 75% случаев рака кожи). У базально-клеточной карциномы существует несколько синонимов: *базалиома, канкроид кожи, карциноид кожи, кориум-карцинома* и т.д. Она может развиваться из эпидермиса или железистых придатков кожи. Наиболее часто базалиома располагается **на лице, характеризуется бляшкой с интенсивной розовой окраской и наличием чешуек**, впоследствии **изъязвляется с характерным зловонным запахом**.



Плоскоклеточная, или сквамозно-клеточная, **карцинома** развивается из клеток, лежащих над базальным слоем эпителия. Встречается реже базалиомы.

Нередко на приеме врача-онколога можно услышать, что у пациента то или иное новообразование существует на коже уже длительное время и, несмотря на мазевое лечение, не проходит, а наоборот, растёт и сопровождается зудом. Существуют новообразования кожи,

Елена Владимировна ТАРАСЕНКО,
врач-онколог
амбулаторного приема,
КГБУЗ «Алтайский
краевой
онкологический
диспансер»

Меланома - это наиболее злокачественная опухоль кожи, развивающаяся из меланоцитов - пигментных клеток, вырабатывающих меланин.



Победим свой страх!

так называемые невусы кожи, которые под воздействием определенных факторов рано или по-



здно могут малигнизироваться, то есть перейти в рак.



Виды пигментных невусов

Наиболее частой локализацией эпидермо-дермальных невусов являются голова, шея, ладони, стопы. Эти невусы обладают наибольшей склонностью к малигнизации. Обычно это небольшой, плоский и слегка выступающий над поверхностью кожи узелок, от светло-коричневого цвета до черного; его поверхность гладкая, почти всегда без оволосения.

Комбинированные, смешанные невусы. В настоящее время как доброкачественная рассматривается ювенильная меланома, возникающая как у детей, так и у взрослых, чаще всего в период полового созревания. Новообразование может быть розовато-красного цвета и напоминает гематому или ангиокератому. Обычно его поверхность гладкая, но может быть папилломатозной. Диагнозы окончательно устанавливают только на основании результатов гистологического исследования после оперативного вмешательства.

Наиболее часто встречающимся представителем дермальных невусов является синий (голубой) невус. Он обычно представляет собой гладкий округлый, четко ограниченный узелок размером от 4мм до 2см. Его классическая синяя окраска может иметь серо-синий или угольно-черный оттенок. Голубой невус располагается на коже лица и верхней конечности. Характерной его чертой является раннее прекращение развития и роста. Отличить голубой невус от злокачественной меланомы по внешнему виду опухоли довольно трудно. Часто только с помощью гистологического исследования можно решить вопрос о характере заболевания, хотя многолетнее существование опухоли свидетельствует в пользу невуса.

Меланома - это наиболее злокачественная опухоль кожи, развивающаяся из меланоцитов - пигментных клеток, вырабатывающих меланин (коричневый пигмент, который появляется на коже вследствие загара). Меланома часто рецидивирует и метастазирует почти во все органы.



В группу риска заболеваемости меланомой входят люди:

- получившие в детстве солнечный ожог;
- подвергнувшиеся длительному нахождению на солнце;
- с многочисленными родимыми пятнами или родинками;
- светлокожие, светловолосые, румяные, голубоглазые;
- у которых родные (первая степень родства) болели меланомой.

В связи с увеличением количества больных меланомой было уделено много внимания раннему



выявлению этой опухоли и тенденции диагностирования пациентов на начальных стадиях заболевания. **Ранняя диагностика меланомы имеет первостепенное значение в определении прогноза.** Диагностика требует профессионального осмотра, во время которого изучается изменение размера, формы (геометрии), цвета, границ, высоты опухоли.

Профилактика и защита кожи

Солнце необходимо для синтеза витамина D, происходящего в организме только под воздействием солнечного света. Кроме того, исследования показывают, что пребывание на солнце улучшает психологическое состояние человека - особенно при смене времен года.

Ультрафиолетовые лучи воздействуют на клетки кожи, вызывая их разрушение. Если излучения слишком много и имеющиеся средства защиты с ним не справляются, происходит ожог глубоких слоев кожи. Первые внешние проявления солнечного ожога, они же симптомы воспаления: покраснение кожи и болезненность при прикосновении. Покраснение вызывается расширением капилляров. Затем поврежденная кожа темнеет. Так образуется загар, вызванный скоплением пигмента меланина. Его количество увеличивается при попадании на кожу ультрафиолетового света. Основная задача меланина - поглощать излучение и предохранять глубокие слои кожи от поражения ультрафиолетом. Поэтому **загар - это признак повреждения кожи и**



Победим свой страх!

того, что она нуждается в защите. Каждая доза ультрафиолетового облучения приплюсовывается к уже полученной.

Наиболее опасно появляться на солнце в дневные часы - с 11 до 15 - во время наиболее активного солнечного излучения.

Выбор солнцезащитного средства

Солнцезащитные средства различаются по значению SPF (сокращение английского словосочетания Sun Protect Factor). Это характеристика солнцезащитных косметических средств, показывающая, насколько сильно один слой средства поглощает ультрафиолет. **Средства с SPF**, которые называют санскринами (sunscreen), **защищают в основном от ультрафиолетовых лучей диапазона В (UVB)** и не защищают от лучей диапазона А (UVA), вызывающих меланому. **Чтобы защитить кожу от обоих типов излучения, используйте так называемые санблоки (sunblock).** Они задерживают оба типа лучей, о чем указывается на упаковке средства. Чтобы полностью защитить кожу от поражения, помните, что 35% солнечного излучения приходит в виде инфракрасного (теплого) излучения, к которому тоже может быть чувствительна кожа.

Сейчас уже существуют средства, защищающие и от UVA, и от UVB, и от IRA (инфракрасного) излучения.

Защитные средства подбираются в зависимости не только от типа кожи, но от местности, в которой человек находится. **Чем светлее кожа или ярче и активнее солнце, - тем выше SPF.**

Метод защиты

Определите свой тип кожи. Различают шесть различных типов с точки зрения ее чувствительности к солнечным ожогам. Люди с первым типом имеют самую светлую кожу, которая может остаться абсолютно не загоревшей даже после неоднократного использования оборудования для загара. Как



правило, на такой коже быстро возникают солнечные ожоги. *Этим людям нужен максимально высокий уровень SPF (50+).*

Обычно кожа лица выдерживает больше излучения, поскольку привычна к нахождению на солнце. Соответственно, теоретически она требует средства с меньшим SPF. Однако *лучше использовать для лица и тела одинаковые средства с максимальным SPF для вашего типа кожи.*

Губы тоже защищайте, для этого существуют помады с SPF.

Правила нанесения

При нанесении солнцезащитного крема действует **правило ладони.** На площадь кожи, равную ладони, наносится количество солнцезащитного средства, уместающегося на ногтевой фаланге пальца.

Однократное нанесение большого количества крема защиту не усилит - **лучше его почаще обновлять.**

Втирание улучшает проникновение средства в клетки кожи. Спрей действует более поверхностно, крем - глубже.

Обновляйте солнцезащитное средство каждые два часа. А если вы купаетесь и потеете, - еще чаще.

Самый универсальный и наиболее действенный способ защитить кожу от солнечного излучения -

одежда, закрывающая тело. Первые дни на юге защищайте кожу именно ею, и только потом раздевайтесь и используйте солнцезащитные средства. Загорать начинайте под тентом.

Проверьте себя

Начать беречь свою кожу прямо сейчас недостаточно для сохранения ее здоровья. **Проанализируйте, как вы загорали в прошлом.** Риск побочных явлений существенно увеличивается, если у человека уже были серьезные солнечные ожоги.

Появление пигментных пятен на коже - очень тревожный признак. Возможно, это свидетельствует о начале образования меланом - злокачественных образований кожи.

Рассмотрите свои пигментные пятна и родинки. Изменение их окраски и очертаний - повод обратиться к врачу.

С 2007 года в России ежегодно проводится **День меланомы,** когда любой желающий может бесплатно пройти скрининг своих пигментных образований и получить консультацию специалиста.

В случае травмы родинок, изменения их цвета и формы или кровоточивости необходимо своевременно обратиться за консультацией к онкологу. ☺



Подводя итоги, планируем будущее

Общественный Редакционный совет краевого медико-социального журнала «Здоровье алтайской семьи», формируя программу на 2016 год, отметил ряд тем, которые должны быть дополнительно освещены в журнале.



Так, наряду с уже запланированными материалами по вопросам первичной, популяционной профилактики, профилактике ряда хронических неинфекционных заболеваний, таких как сердечно-сосудистые заболевания, болезни органов дыхания, сахарный диабет и другие, было предложено, например, в рубрике «Официально» системно размещать информацию о возможностях, объеме, сроках, условиях получения первичной, специализированной и высоко-

технологичной помощи жителями края. Положительным примером такого информационного сопровождения была постоянная рубрика Диагностического центра Алтайского края. Такого рода информации для жителей края, по мнению членов Редакционного совета, - недостаточно.

Особо была поднята проблема, обозначенная как «социальная педиатрия», включающая и проблемы межсекторального сотрудничества по оказанию медико-социальной помощи семьям с детьми из «группы риска». Озабоченность педиатров за судьбу детей, которые, получив сложное лечение в стационаре, на этапе дальнейшей реабилитации не получают должного ухода и внимания, даже в некоторых семьях со «здоровым» социальным статусом. Не только научить, помочь родителям уяснить, освоить методики по поддер-



жке здоровья детей, но и рассказать об их степени ответственности за своего ребенка - так видят миссию нашего издания педиатры.

Журнал вносит свою лепту в повышение престижа медицинской профессии в обществе. Постоянная рубрика сестринской профессиональной ассоциации, по общему мнению, совершенно по ино-



му раскрыла роль и профессионализм представителей сестринской профессии: медицинских сестер, акушерок, фельдшеров... Складывающееся партнерство с Медицинской палатой Алтайского края, традиционное освещение событий АГМУ и активное участие его профессорско-преподавательского коллектива в подготовке материалов журнала, также играет свою роль в профессиональной ориентации молодежи, более осознанному выбору будущей профессии. Предложено ввести такие рубрики, как «Династия», «Моя профессия - врач», рассказывающие о специфике отдельных медицинских специальностей.

По инициативе Общественного совета при Главном управлении были высказаны предложения об использовании авторитета журнала среди населения для организации «обратной связи», оценки удовлетворенности населением качеством оказания медицинской помощи. Для чего в частности рекомендовано **возродить институт представителей (координаторов) журнала в ЛПУ края, организовать оформление Углов здоровья** (в том числе «почтовых ящиков журнала) в ЛПУ, **аптечных учреждениях с последующей совместной работой по рассмотрению и обобщению обращений граждан.** Проект, несомненно,



важный, и мог бы объединить усилия и других общественных организаций. Это могло бы стать предметом совместных усилий, например, с Советами ветеранов медицинских организаций.

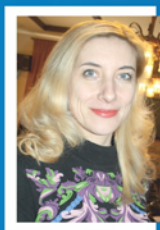
Была отмечена **системная и последовательная работа по участию в подготовке материалов для печати, по планированию, подбору компетентных экспертов по темам, их редактированию целого ряда специалистов ЛПУ и АГМУ**, осуществляемой на безвозмездной основе. Совет обратился в Главное управление по здравоохранению и фармацевтической деятельности и ректорат АГМУ с просьбой о поощрении со своей стороны наиболее активных авторов и членов Общественного редакционного совета журнала. ☺



Общественный Редакционный совет журнала



**Арсеньева
Нина Григорьевна**
главный врач
КГБУЗ «Детская городская
поликлиника, г. Рубцовск»



**Вейцман
Инна Александровна**
врач-эндокринолог высшей
категории, к.м.н., доцент
кафедры госпитальной и
поликлинической терапии
с курсом эндокринологии
Алтайского государственного
медицинского университета



**Вeselovskaya
Надежда Григорьевна**
д.м.н., ассистент кафедры
терапии и общей врачебной
практики ФПК и ППС
Алтайского государственного
медицинского университета



**Козлова
Ирина Валентиновна**
к.м.н., главный редактор
краевого медико-
социального журнала
«Здоровье алтайской
семьи»



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



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



**Лазарев
Александр Федорович**
д.м.н., профессор, заведующий
кафедрой онкологии, лучевой
терапии и лучевой диагностики
Алтайского государственного
медицинского университета,
главный врач КГБУЗ
«Алтайский краевой
онкологический диспансер»



**Лещенко
Владимир Алексеевич**
к.м.н., исполнительный
секретарь Медицинской палаты
Алтайского края, директор
КГБПОУ "Барнаульский базовый
медицинский колледж",
директор, заместитель предсе-
дателя комитета по здравоохра-
нению и науке АКЗС



**Миллер
Виталий Эдмундович**
к.м.н., доцент кафедры
пропедевтики детских болезней
Алтайского государственного
медицинского университета,
заместитель главного врача
по поликлинической работе
КГБУЗ «Алтайская краевая
клиническая детская больница»



**Насонов
Сергей Викторович**
к.м.н., заместитель начальника
Главного управления
по здравоохранению и
фармацевтической
деятельности Алтайского края



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



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



**Ремнева
Ольга Васильевна**
д.м.н., заместитель главного
врача по лечебной работе
(по поликлинической
помощи) КГБУЗ
"Перинатальный центр
(клинический)
Алтайского края"



**Салдан
Игорь Петрович**
д.м.н., профессор,
ректор Алтайского
государственного
медицинского университета



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



**Шубенкова
Наталья Михайловна,**
мастер спорта СССР
международного класса,
начальник отдела по работе
с трудящейся и учащейся
молодежью управления
Алтайского края по физи-
ческой культуре и спорту



**Шульц
Татьяна Эргартовна**
заместитель главного врача
по экспертизе временной
нетрудоспособности
КГБУЗ «Алтайская краевая
клиническая детская
больница»



**Яворская
Светлана Дмитриевна**
д.м.н., доцент кафедры
акушерства и гинекологии
Алтайского государственного
медицинского университета

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№03 (159) март 2016 г.



Лауреат Губернаторской премии
среди СМИ по итогам 2003 года

Свидетельство о регистрации СМИ №ПИ-12-1644 от
04.02.2003 г., выданное Сибирским окружным
межрегиональным территориальным управлением
Министерства РФ по делам печати, телерадиовещания и
средств массовых коммуникаций.

Время подписания в печать: по графику - 14:00 24.03.2016 г.
фактически - 14:00 24.03.2016 г. Дата выхода: 31.03.2016 г.

Главный редактор -
Ирина Валентиновна Козлова.
Тел. 8-960-939-6899.

Ответственный редактор -
Мария Юртайкина.

Креативный редактор -
Лариса Юрченко.

**Компьютерный дизайн
и верстка -** Ольга Жабина,
Оксана Ибель.

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

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

Адрес редакции: 658080, Алтайский край,
г. Новоалтайск, ул. Обская, 3. Тел. 8(385-32) 2-11-19.

**Адрес работы с общественными
представителями:** 656038, Алтайский край,
г. Барнаул, пр. Ленина, 56, тел. 8-902-141-79-83,
E-mail: nebolen@mail.ru

Группа ВКонтакте: <https://vk.com/nebolen>

Отпечатано в типографии ИП Смирнов Е.В.
г. Барнаул, ул. Чкалова, 228.
Тел. (3852) 38-33-59.

Печать офсетная. Тираж - 5000 экз.
Цена свободная.

Подписной индекс - 31039



Торжественное заседание Общественной женской палаты при Губернаторе Алтайского края



А.Б. Карлин: «Нашими базовыми направлениями в совместной работе были и надолго остаются укрепление института семьи, детствосбережение и ответственное родительство. Именно на сохранение семьи, сбережение детей и направлены в последние десять лет наши социально значимые программы и акции, нередко инициируемые Общественной женской палатой и, как правило, поддержанные органами власти края».



Малый зал Администрации Алтайского края, 04.03.2016 года