

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

6+

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№2 (182) ФЕВРАЛЬ 2018





Мужское здоровье - комплексный подход

Комплекс мер по изменению демографической ситуации в стране и в крае, принятый ранее, - реализуется, отмечается положительная тенденция по целому ряду контрольных индикаторов программы.

Вместе с тем показатели здоровья населения, в частности характеризующих **мужское здоровье**, вызывает серьезную озабоченность у специалистов. Здоровье мужчин-сибиряков, вопреки бытующему мнению об их особой «богатырской силе», - не существенно лучше, чем в среднем у россиян. Согласно прогнозам, ожидаемая продолжительность жизни мужчин, жителей края, рожденных в 2006-2016 годах, на **13%(!)** меньше, чем у женщин этого же возраста. Так, у женщин, рожденных в 2016 году, она составит **76,3** лет, а у мужчин - только **65,1!** Согласно исследованиям Института демографии ВШЭ (2017), общая смертность мужского населения в целом превышает на **23-25%** смертность женского населения. Что важно - она выше и по основным классам заболеваний, где профилактика и здоровый образ жизни имеют существенное значение: смертность от заболеваний органов дыхания выше у мужчин, чем у женщин, в 5,96 раз, от несчастных случаев, отравлений и травм - в **5,1**, от болезней органов кровообращения - в **4,6**, новообразований - в **2,4** раза.

За последние 20 лет специалисты отмечают и рост патологии органов репродуктивной системы у мальчиков, юношей. В РФ она достигает **46,9%**, в Алтайском крае - **41%**. При этом важно понимать и специалистам, и родителям, что около **60%** патологических состояний, приводящих к репродуктивной несостоятельности взрослых мужчин, имеют «точку отсчета» именно в детском и подростковом возрасте.

Нельзя не учитывать и тот бесспорный факт, что так называемая эректильная дисфункция, которая побуждает мужчин «принимать меры» (к сожалению, не всегда адекватные и не всегда по рекомендации специалистов), является первым предвестником развития таких серьезных состояний, как ИБС и неврологические расстройства, - еще задолго до их клинических появлений. А значит, такие пациенты, помимо наблюдения у врача-уролога-андролога, должны быть в зоне внимания врача-терапевта, кардиолога, невролога, чтобы получать исчерпывающие рекомендации по образу жизни, профилактике развития этих заболеваний и их осложнений.

Высокая распространённость поведенческих рисков, особенно в подростковой среде (отсутствие знаний вопросов гигиены и ЗОЖ, в том числе и в вопросах гигиены семейных отношений), недостаточное внимание к теме мужского здоровья в семье - важное направление приложения совместных сил власти, специалистов, общественных институтов, СМИ.

Предлагаемый региональный проект «Мужское здоровье» мы расцениваем как новое целевое направление демографической политики в крае, который предусматривает принципиальное усовершенствование детской и создание взрослой уроandroлогической службы, повышение доступности и качества амбулаторной и стационарной урологической помощи жителям края. Наверное, ни у кого не вызывает вопроса: почему в структуре системы здравоохранения есть такие учреждения, как женские консультации. И поэтому совершенно логично предложение о поэтапном создании, в рамках проекта, на базе мужских смотровых кабинетов поликлиник и ФАПов - сети кабинетов мужского здоровья (КМЗ), в учреждениях второго этапа - мужских консультаций, а на базе краевых клинических детской и взрослой больниц - уроandroлогического центра. Реализация программы подготовки специалистов по работе в КМЗ, дооснащение современным оборудованием кабинетов и консультаций, партнерство в этом направлении с АГМУ - всё это позволит сформировать трехуровневую систему уроandroлогической службы в Алтайском крае до конца 2020 года.

Нам импонирует стратегическая задача проекта «Мужское здоровье»: **не только выявить и лечить заболевания, но помочь изменить отношение мужчин к себе, одолеть косность их мышления - приучить к ответственности за свое здоровье.**

Журнал «Здоровье алтайской семьи» планирует в новой рубрике «Энциклопедия мужского здоровья» подробно информировать наших читателей о региональном краевом проекте «Мужское здоровье», публиковать материалы об особенностях проявления, течения хронических неинфекционных заболеваний, их профилактики у лиц мужского пола. Ведущие специалисты края: терапевты, кардиологи, неврологи, эндокринологи и другие - уже поддержали эту идею.

Символично, что рассмотрение и принятие регионального проекта «Мужское здоровье» состоялось в Правительстве Алтайского края накануне Дня защитника Отечества.

23 февраля по традиции в России отмечают как праздник мальчика, мужчины, воина. Мы по-прежнему убеждены, что одним из проявлений гражданской позиции, даже патриотизма, - это личное стремление быть здоровым. Активное, целенаправленное движение в этом направлении.

С праздником вас, уважаемые защитники Отечества! Здоровья вам и воли к победе, в том числе и над своими «слабостями»!



15

**Эксперты
проверяют качество
лечения**



16

**Гестационный
сахарный диабет:
риски для
матери и плода**



18

У вас родился сын...



35

**Мам приглашают
учиться**



42

Принять форму

На обложке: Юрий Григорьевич СУББОТИН, заведующий отделением сосудистой хирургии, КГБУЗ «Крайняя клиническая больница».

Фото Ларисы Юрченко.

Ю.Г. Субботин.

Спаси жизнь сейчас и сохранить результат надолго 2-6

Универсальная тренировка 7

А.В. Лобанова. «Моя главная задача - повышение значимости семейных ценностей» 8-10

Мир и медицина 11

Молодые, да поздние 12-13

Заслуженная кислота 14

Эксперты проверят качество лечения 15

ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННО РОДИТЕЛЬСТВА

О.В. Рожкова. Гестационный сахарный диабет: риски для матери и плода 16-17

Алтайская краевая клиническая детская больница

И.С. Попов. У вас родился сын... 18-19

От вируса папилломы человека до рака шейки матки 20

Рынок труда будущего: народный прогноз 20

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

В.Н. Казанцева. Профилактика зубочелюстных аномалий 21-22

Т.Ю. Смолина. ВИЧ-инфекция 23-24

Мир и медицина 25

ЖИЗНЬ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

О.Д. Заплавнова, Т.В. Ларкина.

Диабетическая стопа: как избежать ампутации 26-27

Т.Л. Гонопольская. О проблемах «эlegantного возраста» 28-29

Квашеная капуста: схватка микробов 30

Рядовые запаса 31

Картина с маслом 32-34

Алтайская краевая клиническая детская больница

Ю.В. Миллер. Мам приглашают учиться 35-37

ШКОЛА ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Е.Л. Теренюк. Неотложная помощь в экстренных ситуациях в состоянии ребенка, рожденного раньше срока 38-39

Показания к госпитализации в структурные подразделения КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница» 40-41

НИ ДНЯ БЕЗ ДИЕТЫ

Принять форму 42-43

Мир и медицина 44



Спасти жизнь сейчас и сохранить результат надолго

Нередко поражения сосудов протекают бессимптомно, что грозит поздним обращением к врачу и, вследствие этого, потерей конечности, а иногда - и жизни человека.

Заболевания сосудов - обширная группа часто встречающихся заболеваний, которые оказывают большое влияние на трудоспособность населения, являющаяся основной причиной преждевременной смерти при поражении сердечных или мозговых сосудов, причиной потери конечности при поражении сосудов ног.

О том, как избежать катастрофы, - наш разговор с заведующим отделением сосудистой хирургии, сердечно-сосудистым хирургом высшей квалификационной категории, КГБУЗ «Краевая клиническая больница», Юрием Григорьевичем СУББОТИНЫМ.

В этом году исполнится ровно двадцать лет как он возглавил коллектив отделения. Юрий Григорьевич - действительный член Европейского общества сосудистых хирургов и Российского общества ангиологов и сосудистых хирургов, главный внештатный сосудистый хирург министерства здравоохранения Алтайского края. Стаж его работы как сосудистого хирурга - более 30 лет.

- Юрий Григорьевич, какую медицинскую помощь может получить пациент в вашем отделении?

- В отделении сосудистой хирургии мы занимаемся преимущественно заболеваниями магистральных артерий и аорты, непосредственно угрожающими либо жизни пациента, либо приводящими к потере органов. Также лечатся пациенты с острыми и хроническими заболеваниями вен.

По данным ежегодного рейтингового отчета главного сосудис-

того хирурга Минздравсоцразвития России академика А.В. Покровского «Состояние сосудистой хирургии в России», наше отделение в течение последних 10 лет по количеству выполненных операций на артериях входит в первую десятку из практически 200 отделений страны. За год мы проводим более 1000 операций на артериях, оказываем больше оперативной помощи, чем некоторые отделения столичных городов. Объяснение простое: есть понимание руководства, есть возможности больницы и есть желание коллектива работать.

Надо отметить, что **наше отделение - одно из немногих в России, в котором все болезни сосудов лечат двумя способами. Первый объединяет методы традиционной хирургии**, когда разрезаются ткани, обнажается пораженный сосуд, и с ним производятся манипуляции. Эта технология достаточно отработана за полвека. В то же время такая операция связана с дополнительными рисками для человека. Сегодня бурное развитие получила **внутрисосудистая хирургия**: когда закупорка, сужение либо расширение сосуда корректируется с помощью специальных устройств, которые вводятся в просвет сосуда через прокол кожи. В результате снижается общий риск для пациентов, сокращаются время пребывания в стационаре и сроки реабилитационного периода.

Сегодня 60-70% операций должны выполняться внутрисосудистым способом, а 40% - традиционным открытым. Это не закон, я



бы сказал, что это хороший сосудистый вкус. Развитие внутрисосудистых способов оперативного вмешательства привело к тому, что родилась еще одна специальность в медицине - **рентгенэндоваскулярная хирургия**. Нередко пациенту нужно делать две операции одновременно либо последовательно двумя способами. И в связи с этим возможность их проведения в одном отделении имеет большое значение. Замечу, что в России не более 20 таких отделений.

Мы не только проводим лечение, но и каждому пациенту объясняем, что **атеросклероз сосудов неизлечим, поэтому нужно постоянно наблюдаться у врача, желательно у одного и того же**. Рецидивом заболевания может стать повторная закупорка сосудов, их сужение или расширение. Но рецидива можно избежать. Формально мы своих больных никуда не отпускаем, но и не можем «привязать» к отделению, всё зависит от осознания человеком необходимости регулярно контролировать состояние своего здоровья. Есть пациенты, ко-



Здоровье сосудов - под контролем

которые наблюдаются у наших специалистов в течение 18-20 лет.

С моей точки зрения, сегодня отделение сосудистой хирургии краевой больницы - мотивированное отделение, которое работает на хорошем уровне.

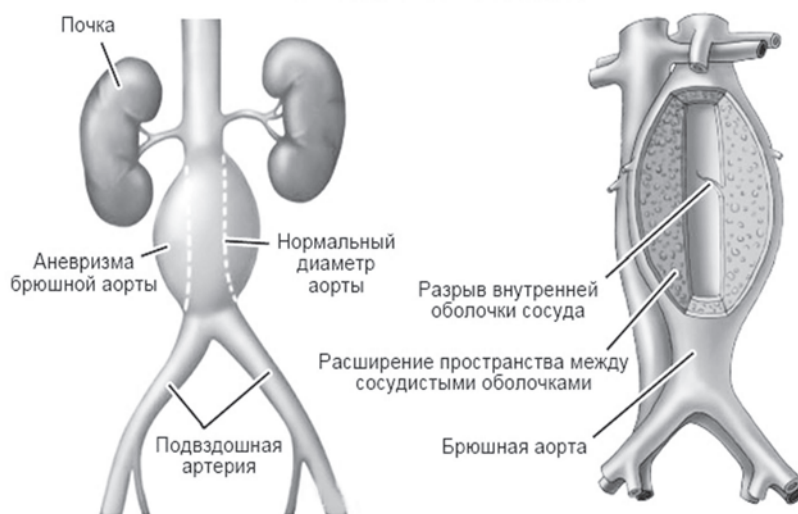
Наши пациенты - в основном люди старше 50-60 лет. С учетом роста продолжительности жизни возраст пациентов всё чаще - 80-85 лет. Объяснение этому простое: у людей, переступивших 40-летний рубеж, начинает развиваться атеросклероз, который приводит к сужению и закупорке сосудов и который у каждого человека проявляется по-разному. Здесь можно выделить несколько групп пациентов.

Есть два поражения сосудов, которые я называю «молчаливыми, или немыми, убийцами».

К первой группе относятся те, у кого развивается преимущественно патология сосудов шеи (сужение сонных артерий), и ее следствием становится инсульт. Являясь структурным подразделением регионального нейрососудистого центра (одного из первых, созданных в России), отделение ежегодно выполняет более 200 операций на сонных артериях, внося весомый вклад в снижение смертности от инсульта в Алтайском крае. Стратегия профилактики инсультов в последние годы существенно изменилась. При диагностировании сужения сонных артерий в остром периоде инсульта, а это всегда неожиданная ситуация, еще 5-7 лет назад ждали 1,5-2 месяца и только потом оперировали. Сейчас же срок выполнения операции сократился до нескольких дней, что позволяет более эффективно предотвратить повторный инсульт.

Что касается доинсультной профилактики у больных с выявленным сужением сонной артерии, то на сегодня во всем мире принята достаточно агрессивная тактика оказания помощи: при определенной степени сужения операция более эффективна в профилактике инсульта, чем таблетки. И здесь работает принцип - **проще и лучше предотвратить, чем лечить**. К сожалению, в силу различных причин россияне не склонны к диспансеризации, не занимаются своим здоровьем и всегда находят этому оправдания, среди которых - отсутствие времени, загруженность работой, собственная лень.

Аневризма брюшной аорты



Между тем, *существует программа ранней профилактики инсультов, в рамках которой все люди старше 60 лет обязательно должны проходить УЗИ сонной артерии*. Это исследование абсолютно доступно в Алтайском крае. По его результатам назначаются методы профилактики инсульта: при показаниях для операции пациента направляют к сосудистому хирургу, если их нет - достаточно наблюдения терапевта с последующими УЗИ сонных артерий в динамике. Ведь атеросклероз живет и растет вместе с нами.

Второй «немой убийца» - аневризма брюшной аорты. Атеросклероз может приводить не только к сужению, но и к расширению сосудов. При этом невозможно спрогнозировать течение болезни. Уязвимыми становятся брюшная и грудная аорта, подколенная артерия. Человек об этом не подозревает - заболевание проходит бессимптомно. *Иногда худые пациенты находят в животе «второе сердце» - обращают внимание на биение*. Причем, они ходят с этим ощущением годами, не понимая, какому риску себя подвергают - ведь *это единственное проявление аневризмы брюшной аорты*. К сожалению, это заболевание без своевременной помощи неминуемо приводит к фатальному исходу. Чтобы выявить аневризму брюшной аорты, достаточно пройти УЗИ брюшной полости на аппарате любого класса. **Если вам старше 50 лет, обязательно пройдите УЗИ аорты на предмет выявления аневризмы.** При подозрении на этот диагноз пациента из лю-

Подчеркну, что без оказания помощи мы никого не оставляем. К примеру, в прошедшем году оперировали двух пациентов, которым отказали все федеральные центры. И эти операции прошли успешно.



Сегодня наше отделение сосудистой хирургии - самое мощное подразделение данного профиля уже потому, что мы расположены на базе краевой клинической больницы, имеющей современный комплекс оборудования, позволяющий осуществлять практически любую помощь пациентам с заболеваниями сосудов.

бой поликлиники обязательно направят в наше отделение, чтобы подтвердить или исключить этот диагноз. Диагностическая программа достаточно хорошо отработана. Своевременное выявление аневризмы аорты позволяет при наличии показаний вовремя выполнить операцию (а ее в настоящее время лечат только операцией) и сохранить жизнь пациента. В нашем отделении операции при аневризме аорты выполняются не только традиционным открытым способом, но и щадящим, с небольшими разрезами и установкой внутрисосудистого (эндоваскулярного) стент-графта.

Наибольшая группа пациентов, проходящих лечение в нашем отделении, - это **пациенты с поражением сосудов ног**. Наиболее частым проявлением закупорки артерий ног является боль в мышцах при ходьбе, заставляющая останавливаться. Это так называемая *«перемежающаяся хромота»*. Это первый и самый ранний признак закупорки сосудов ног. К сожалению, чаще всего поводом обращения к сосудистому хирургу является уже наличие запущенной гангрены. Наши пациенты «идут» к сосудистому хирургу по 2-3 месяца. На вопрос «Почему не пришли раньше?» отвечают, что не знали, куда и к кому обратиться. Но чаще срывает русский авось: пронесет и само всё заживет. И самое печальное, что даже пациенты, уже прошедшие успешное лечение в нашем отделении, при рецидиве заболевания снова наде-

ются на авось. Причина этого мне до сих пор непонятна. Мы всех оперируем абсолютно бесплатно, никому не отказываем. Пациент вправе обратиться туда, где, как он уверен, ему могут реально помочь. К нам приезжают и из соседних регионов, мы никому не отказываем.

В отделении занимаемся также варикозной болезнью. Это в большей степени эстетическая проблема. Сегодня во всем мире, и в России в том числе, складывается тенденция увода этих пациентов в стационар одного дня с применением стационарзамещающих технологий. И это абсолютно правильно. Известно много методик, которые позволяют сделать операции без разреза, уже на следующий день больной возвращается к привычной жизни. Мы тоже этим занимаемся, но чаще лечим пациентов с варикозной болезнью в крайне запущенных ситуациях с очень тяжелыми формами, либо пациентов по общему состоянию отягощенных различными хроническими заболеваниями, которым достаточно сложно оказать помощь амбулаторно.

- А как обстоят дела с сосудистой хирургией в крае?

- Профильных отделений в Алтайском крае всего три: отделение сосудистой хирургии в КГБУЗ «Городская больница №5, г.Барнаул», отделение сосудистой хирургии в ведомственной железнодорожной больнице (Барнаул) и наше отделение. Первые два ориентированы преимущественно на оказание экстренной и плановой помощи жителям города Барнаула, в большей степени оказывают помощь пациентам с заболеваниями вен. Мы, как самое мощное отделение, оказываем плановую и экстренную помощь пациентам Алтайского края при любой патологии, берем наиболее тяжелых пациентов. В других городах Алтайского края отделений сосудистой хирургии нет. Но это не значит, что жители региона остаются без специализированной помощи. **Плановая консультативная помощь осуществляется выездными бригадами.** Экстренную помощь жителям Алтайского края оказывают сосудистые хирурги нашего отделения через КГБУЗ «Краевой центр медицины катастроф» в круглосуточном режиме. А вот диагностические возможности в разных районах края различны и зависят от наличия аппаратуры и квалификации кадров.



- Традиционный вопрос касается профилактики заболеваний. Что важно сделать для этого?

- Скажу сразу: профилактика сосудистых заболеваний невозможна. Но возможна ранняя диагностика и профилактика осложнений! Формально атеросклероз можно считать проявлением старения организма. С атеросклерозом надо учиться жить: наблюдать у специалиста, лучше - у одного и того же, проходить диспансерные осмотры, которые инициируются государством. После 40 лет жизни занимайтесь своим здоровьем, чтобы вторая половина вашей жизни не омрачалась тяжелыми заболеваниями.

Атеросклероз может развиваться быстро или медленно. Что может повлиять на его ускорение? **Курение - самый негативный фактор.** Если в отделение поступают молодые женщины с гангреной ног, которым нередко уже невозможно сохранить ногу, выясняется, что они либо курят, либо страдают сахарным диабетом. И связь этих двух причин с тяжелым заболеванием - абсолютная. Курение, с моей точки зрения, - самая плохая человеческая привычка с колоссальным вредом. Горжусь тем, что в нашем отделении врачи не курят, я сам никогда не курил. **Бросить курить - это первая рекомендация нашим пациентам.** Человеку и в 50, и даже в 60 лет отказ от курения просто необходим. Кроме сосудов головы и ног, есть еще третья точка «приложения» атеросклероза - сосуды сердца, как следствие - развитие инфаркта.

Замедлить развитие атеросклероза поможет **физическая активность.** Организовать ее просто. Когда в мой кабинет приходят семейная пара, я обязательно обращаюсь к женщине: «Сделайте так, придумайте предлог, чтобы муж ходил в магазин два раза в день». Физическая нагрузка в виде банальной ходьбы не спасет от атеросклероза, но позволит укрепить сердечную мышцу, которая будет работать дольше и лучше, позволит укрепить сосуды ног и сохранит надолго хорошее кровообращение в ногах.

Отдельно остановлюсь на варикозной болезни. В основном она присуща женскому полу, что связано с особенностями организма, беременностью,



Мнение эксперта

Анна Александровна ЕФРЕМУШКИНА, член Редакционного совета журнала, главный внештатный кардиолог Алтайского края, доктор медицинских наук, профессор:

- Пациенты с заболеваниями периферических артерий должны лечиться у многих специалистов, включая специальности за пределами сердечно-сосудистой медицины и хирургии. К этой группе заболеваний относятся: атеросклероз внечерепных сонных и вертебральных артерий, брыжеечных и почечных, верхних и нижних конечностей - ими страдают около 40 миллионов жителей Европы, что дает повышенный риск смертельных и несмертельных цереброваскулярных событий, инфаркта миокарда и сердечной смерти.

У пациентов с атеросклеротическими заболеваниями периферических артерий имеются сердечная недостаточность, фибрилляция предсердий, поражение клапанов сердца. То есть очень часто возникает необходимость в привлечении специальностей вне сердечно-сосудистой медицины и хирургии: при поражении сонных артерий нужен невролог, поражении артерий почек - нефролог.

Один хирург не может лечить таких пациентов, потому что хирургическое вмешательство - это начало другой истории, это долгосрочное управление и оценка коронарного риска у таких пациентов. Поэтому управление этими пациентами - это работа мультидисциплинарной команды.

И будем работать все вместе для блага наших больных!

гормональными перестройками в течение жизни. Влиять на развитие варикозной болезни невозможно. На первом этапе она является эстетическим заболеванием и требует своевременного лечения. На ее прогрессирование влияет повышенный вес, поэтому важно привести его в норму. Важно также исключить длительные статические нагрузки на ноги, свойственные учителям, продавцам, некоторым рабочим специальностям.

Не менее важно каждому человеку быть образованным в плане относительно здоровья, представлять принципы здорового образа жизни, понимать, что до 18 лет его должен наблюдать педиатр, а после 18 лет - терапевт. Если до глубокой старости вы будете под наблюдением хорошего терапевта, то вам обеспечена длинная жизнь. И статистика доказывает верность этого правила. Другие обязательные врачи - это стоматолог и гинеколог для женщин. Лет десять назад я оперировал своего коллегу. Он - немец по национальности, приехал из Германии, заболел экстренно. Спрашиваю: «У тебя есть личный доктор?», он без лишних слов достает из кармана пиджака его визитку. Вот к такому мы все должны прийти!

В работе мы руководствуемся принципом: нет неоперабельных больных.

Пытаемся помочь любому человеку. Но сложно лечить пациента, если он не мотивирован на успех. Как правило, это относится к тем людям, которые откладывают визит к врачу и поступают в отделение уже в очень тяжелом состоянии, когда им ничего не надо, кроме избавления от боли, от которой они так устали...



Здоровье сосудов - под контролем

Рынок неплохо расставляет всё на свои места. Появляются хорошие магазины, хорошие продукты, право выбора. Другой вопрос - умеем ли мы этим пользоваться? Сегодня в здравоохранении, с моей точки зрения, спроса на медицинские услуги нет: люди не понимают, что им нужно, просто пользуются тем, что им дают. Когда человек поймет, что ему нужны хороший терапевт, определенные обследования - спрос обязательно родит предложение.

В одном из зарубежных исследований сравнили продолжительность жизни двух групп пациентов с гангреной ног. В одну входили те, кому удалось избежать ампутации, в другую - те, кому ногу сохранить не удалось. Через три года продолжительность жизни в обеих группах была одинаковой, через 5 лет в первой группе остались в живых 70% пациентов, а в другой - только 30%. То есть у человека, которому сохранили ногу, есть мотивация бороться за жизнь, он понимает, что рецидив возможен, но если выполнять рекомендации врача, вероятность обострения заболевания снижается. И он начинает заниматься своим здоровьем.

Но иногда налицо парадоксальная ситуация: мы, врачи, заинтересованы в положительном результате больше, чем сами пациенты. Это меня поражает! Хирургам отделения важно спасти каждую жизнь. А затем неминуемо один не будет приходить вовремя на обследования, другой «забудет» рекомендации врача... Сейчас в отделении лежит пациент, которого прооперировали, избежали ампутацию, всё ему рассказали, объяснили. Заболел повторно, пять дней не обращался к врачу - думал, что пройдет само... Каждому надо заниматься своим здоровьем - других вариантов быть не может.

- Расскажите о ваших коллегах - хирургах отделения.

- Хирургия - это ремесло. Я всегда много оперировал, и сейчас не отхожу от этого правила, как и все доктора отделения. За 30 лет по разным причинам поменялось несколько поколений врачей. Уходят ветераны, часть докторов ушли в другие специальности, часть - на повышение. Это нормальный процесс. Два непосредствен-



ных моих помощника: **Илья Викторович МИНАКОВ** и **Денис Юрьевич СУББОТИН** - работают в отделении более пяти лет, выполняют до 40% общего числа операций. Остальное выполняют молодые хирурги: **Дарья Алексеевна ЗАБУДЬКО**, **Константин Александрович МИШУРОВ**, **Антон Николаевич НЕКРЮКОВ**, **Яков Сергеевич ЛЕБЕДЕВ**, **Зафар Муйдинович КАСЫМОВ**.

Подготовка кадров такова, что после медицинского университета стать сосудистым хирургом официально нельзя: нужно два года учиться в ординатуре. Но за счет большого объема проводимых операций молодежь быстро растет профессионально. В нашем отделении есть чему учиться и что делать. При таком объеме работы через 5-7 лет молодые хирурги становятся маститыми «зубрами» в профессии.

В отделении работают два замечательных кардиолога - **Наталья Сергеевна ГОРБАЧЕВА** и **Татьяна Николаевна ШТАРК**. Все наши пациенты имеют, как правило, два и более сопутствующих терапевтических заболевания: повышенное давление, сахарный диабет, болезнь почек, болезни лёгких и сердца. И врачи-кардиологи проводят предоперационную подготовку для более безопасного проведения операций, и, конечно же, ведут их после операции: назначают препараты, подбирают дозировку - и пациенты выздоравливают!

В отделение поступают такие запущенные больные, с такой серьезной патологией, что, если бы не совместные усилия хирургов и кардиологов, едва ли удалось помочь многим из них. ☺

Каждый должен понимать, если он сам не позаботится о своем здоровье, не будет заинтересован в долгой и счастливой жизни, то никто этого за него не сделает. Что происходит сегодня? Люди лечатся у кого угодно, только не у терапевтов, а ведь 90% недугов - терапевтические болезни. У современных хирургов великолепные достижения: пересадку сердца делают без проблем, были бы расходные материалы. Но можно так себя продержат в жизни, что до этой пересадки сердца дело не дойдет. Вот к чему надо стремиться.



«Моя главная задача - повышение значимости семейных ценностей»

В ноябре 2017 года в Общественной палате РФ подвели итоги Всероссийского конкурса «Святость материнства - 2017», организованного Фондом Андрея Первозванного в рамках Всероссийской программы «Святость материнства», направленной на восстановление духовного и нравственного потенциала российской семьи.

Алтайский краевой клинический перинатальный центр «ДАР» в конкурсе второй год подряд представляла медицинский психолог **Алла Владимировна ЛОБАНОВА**. По результатам конкурсных испытаний из 315 участников она вошла в число 13 лучших и **стала финалистом в номинации «За лучшую просветительскую деятельность по сохранению беременности»**, получив диплом финалиста и памятную медаль Всероссийской программы «Святость материнства».

- Алла Владимировна, знаю, что у вас высокая профессиональная загруженность. А тут - участие во Всероссийском конкурсе...

- Я человек активный, люблю конкуренцию, соревновательность, люблю участвовать в конкурсах и побеждать. Конкурс «Святость материнства» позволил обобщить опыт собственной работы в качестве психолога, накопленный за последние полтора года. Все выступления, лекции, которые проводились мной для разных аудиторий, были оценены с точки зрения выбранной формы подачи материала, правильности изложения и информативной наполненности. И этот анализ позволил в дальнейшем качественно скорректировать свою работу.

Не менее значимым для меня в прошлом году стал и **Междуна-**

родный фестиваль социальных технологий в защиту семейных ценностей «За жизнь», где я заняла второе место за социальный проект «**Ответственное родительство»** в номинации «**Просвещение»**. Главная идея проекта - это системное просвещение родителей, их обучение преодолению семейных и межличностных конфликтов как средству развития способности разрешать конфликты у детей и подростков.

- Вам посчастливилось лично участвовать в заключительном мероприятии «Святость материнства» в Москве и получить награду из рук министра здравоохранения Вероники Скворцовой. Расскажите об этом.

- Благодарна главному врачу нашего центра «ДАР» Ирине Владимировне МОЛЧАНОВОЙ за то, что была найдена возможность такой поездки. Я не только стала победителем, но и приняла участие в интересной итоговой конференции, вернулась с новыми впечатлениями и планами.

- Правильно ли считать работу медицинского психолога в перинатальном центре позитивной?

- По специальности я медицинский психолог, 20 лет профессионального стажа, четвертый год работаю в перинатальной психологии.



Праздник - это одна сторона медали моей работы. В полном смысле праздники для будущих мамочек мы организуем три раза в год: в День матери, День семьи и 1 июня, в Международный день защиты детей. Стремимся по возможности наполнить жизнь женщин радостью. Другая, более существенная сторона профессии, - это ежедневная нелегкая работа. Как психолог, **я веду занятия школы для будущих мам**, рассказываю о процессе родов, объясняю, как готовиться к родам и затем ухаживать за ребенком. Занятия обязательно дополняю советами, направленными на сохранение позитивной атмосферы в доме и семье. Когда люди понимают, почему у них возникают проблемы в семье, понимают, как их избежать, видят пути к этому, то и конкретные и правильные действия дают положительный результат. Важно осознать, что иногда следует серьезно потрудиться, чтобы семья стала действитель-



но гармоничной. Ради этого я работаю с женщинами и не устаю повторять известную истину: мужчина отвечает за стены и крышу, женщина же дом наполняет внутренним содержанием, то есть эмоции и настроение членов семьи выстраивает именно она.

С 2017 года в центре начата социально-психологическая работа с папами. Многие из них сопровождают своих жен на прием к врачу, и, пока те проходят обследования, необходимые процедуры, откровенно скучают в коридоре. Мы решили это изменить. **Два раза в неделю в перинатальном центре «ДАР» проходят лекции школы «Я буду папой!» для пап и других членов семей, включая бабушек и дедушек.** Задача ставится такая же - улучшение взаимоотношений в семье, повышение значимости семейных ценностей, пропаганда многодетности.

Следующий блок работы касается психологической помощи мамам недоношенных детей, в том числе рожденных с экстремально низкой массой тела. Им приходится находиться в перинатальном центре месяцами, ждать, когда ребенок наберет вес, получит необходимую медицинскую помощь. Это время большого труда не только медицинского персонала, но и мамочек. Чтобы помочь им получить новые положительные эмоции, обязательно проводятся беседы о переживаемых проблемах, выстраивается позитивное настроение, выполняются специальные упражнения.

Читаю лекции для молодежи, прежде всего - в образовательных учреждениях. **Лекции направлены на профилактику аборт и сохранение женского репродуктивного здоровья.** Эта большая работа мне очень нравится из-за заинтересованности аудитории в получении необходимой полной информации.

Регулярно проводятся тренинги с детьми группы риска, в которую входят воспитанники детских домов, опекунов семей. Главная проблема этих детей в том, что им в силу обстоятельств недостаточно уделялось внимание близких взрослых, не всегда они четко представляют, что такое семья, любовь, какими должны быть отношения детей и родителей. Эти встречи проводятся несколько раз в год, и все-



гда можно видеть их конкретные результаты.

Еще одно, достаточно новое, направление работы психолога - с персоналом перинатального центра. Нагрузка на каждого работника в нашем учреждении очень высокая, пациенты - сложные, каждый со своими особенностями характера и заболевания. Мной разработан тренинг для врачей по конфликтологии. На занятиях учу как правильно выстраивать общение с пациентами и коллегами, как помочь себе в различных ситуациях, объясняю, на что необходимо обратить внимание, чтобы общение в каждом случае стало полноценным.

Психолог центра работает также во всех конфликтных ситуациях, возникающих в работе «ДАРА». Я первой прихожу к маме, которая решила отказаться от своего ребенка, на любые проявления агрессии со стороны пациентов, их жалобы. Самые тяжелые по своей эмоциональности случаи в моей практике - работа с мамочками, у которых произошла перинатальная потеря, смерть ребенка.

- Самые распространенные причины решений отказа от ребенка носят социальный характер?

- Социальные проблемы присутствуют, но они не главные. Самая частая причина отказа от новорожденного ребенка - обида на мужчину, который ушел, бросил и ее, и ребенка. Женщина уверена: ему они не нужны, а значит, и ей не нужен малыш. Терпеливо объясняю, что ребенок и муж - раз-

Россия занимает лидирующие позиции по количеству разводов и абортов. И эту ситуацию необходимо изменить.

Причем, важен вклад каждого специалиста, работающего с семьями и детством. По моему мнению, просвещение людей - это основная задача, которой я и мои коллеги должны служить.



◀ ные категории. Ребенок - это частица своей мамы, он будет радовать и любить ее всю жизнь. Когда женщина это осознаёт, обязательно меняет решение.

- Работа психолога с персоналом - уникальный опыт «ДАРа»?

- Эту работу я начала еще в КГБУЗ «Перинатальный центр (клинический) Алтайского края». Когда перешла в «ДАР», главный врач Ирина Владимировна Молчанова одобрила это направление. Она не боится новых форм работы, напротив, стремится их находить и использовать. Сегодня каждый сотрудник может обратиться к психологу со своей внутрисемейной, семейной проблемой и получить квалифицированную помощь.

- В прошлом году на базе «ДАРа» был создан краевой центр медико-психологической и социальной поддержки беременных женщин, оказывающихся в трудной жизненной ситуации.

- В его структуру входят 14 кабинетов в крупных городах края. Кабинет в «ДАРе» выполняет методические функции: я разрабатываю лекции, интересные мероприятия и передаю их коллегам. Психологи в женских консультациях занимаются поддержкой женщин на ранней стадии беременности. Они работают в роддомах и женских консультациях, в том числе со всевозможными страхами женщин, помогают приобрести недостающий опыт.

- Какой случай из своей практики вам наиболее запомнился?

- Женщина была готова отказаться от новорожденного ребенка. Когда стали выяснять причину этого решения, она сказала, что, к сожалению, ребенок по здоровью не очень-то хорош, а она не берет порченный товар. То есть, если бы ребенок был здоровым, она сразу бы его забрала, а выявленная патология, пусть и незначительная, полностью меняет ситуацию. Потребовались несколько дней напряженной работы психолога,



лога, чтобы женщина изменила решение, более того - ей стало стыдно от того, что она допускала такие мысли.

- Можно связывать подобные решения женщины с послеродовой депрессией?

- Бывает и так, но многое зависит от воспитания женщины, родительской семьи и окружения. Бывают двойственные реакции женщин на рождение детей с синдромом Дауна. Кто-то говорит: «Это мой ребенок, каким бы он ни был, я его люблю». Кто-то категоричен: «Зачем мне это надо - воспитывать больного ребенка?». И тогда объясняю: «Это ваша кровиночка, замечательный солнечный ребенок, который будет вам давать только положительные эмоции». Но в любом случае, конечно, решение за родителями.

Запомнился и такой случай. Ребенок должен был остаться на втором этапе выхаживания в перинатальном центре, меня вызвали к маме: женщина оставаться здесь не хотела, говорила, что у нее много дел в городе: «Пусть ребенок здесь лежит, лечится, а я потом его заберу». Разговор с женщиной я начала с того, что предложила представить следующую картину: она тяжело заболела, лежит одна в палате, но хорошо понимает, что происходит вокруг, по какой причине она находится в больнице. А это - маленький ребенок, он только по-

явился на свет. Единственная его связь с этим миром - мама, в которой он рос в течение девяти месяцев. Он знает ее теплый голос, изучил ее дыхание. Как его оставить одного в этой страшной ситуации, в которой даже взрослому человеку находиться очень тяжело? И женщина поняла, что ситуация не настолько простая, как ей казалось изначально, и изменила свое отношение к ней.

- Где берете эмоциональные силы для такой ежедневной помощи?

- Мне всегда интересно то, чем я занимаюсь. Очень рада, что моя работа многообразна - это и лекции, и занятия в группах, и личные консультации. Таким образом исключено эмоциональное выгорание.

У меня есть любимая семья, которая дает мне силы, моя огромная поддержка - мои родители. Очень активно занимаюсь спортом - плаванием, которое для меня много значит. Много увлечений: вышиваю атласными лентами, делаю цветы из кожи, вышиваю картины. Мне это нравится. Когда осваиваешь новые техники, по-новому вкладываешь душу в свою работу. Кстати, доказано, что склонность к творчеству у женщин получает особенное развитие в период беременности и родов. Но этот процесс важно не только запустить, но и суметь им воспользоваться. ☺





Гестационный сахарный диабет: риски для матери и плода



Ольга Владимировна РОЖКОВА,

врач-акушер-гинеколог,
первая квалификационная
категория,
КГБУЗ «Алтайский
краевой клинический
перинатальный центр
«ДАР», аспирант кафедры
акушерства и
гинекологии с курсом
ДПО, Алтайский
государственный
медицинский университет

**Распространенность
гестационного
сахарного
диабета во всем
мире неуклонно
растет. Его частота
в общей
популяции
разных стран
варьируется
от 1 до 14
процентов.**

В нашей стране его распространенность до конца не изучена в виду того, что с 2012 года введены новые критерии диагностики. Согласно положениям ВОЗ, гестационный сахарный диабет (ГСД) представляет серьезную медико-социальную проблему, так как в значительной мере увеличивает частоту нежелательных исходов беременности для матери и ребенка.

Общие факторы риска развития сахарного диабета во время беременности:

- ▶ отягощенная наследственность по сахарному диабету,
- ▶ нарушения углеводного обмена,
- ▶ глюкозурия,
- ▶ ожирение и избыточная масса тела.

Акушерские факторы риска развития гестационного диабета:

- ▶ наличие диабета в предыдущие беременности,
- ▶ рождение плода с массой тела свыше 4000г в анамнезе,
- ▶ применение высоких репродуктивных технологий,
- ▶ многоплодная беременность и многоводие,
- ▶ патологическая прибавка массы тела во время данной беременности.

В настоящее время всё больше **увеличивается риск развития ятрогенного ГСД**, обусловленного применением глюкокортикостероидов, оказывающих выраженное контринсулярное действие (например, при наличии у беременной бронхиальной астмы, надпочечниковой недостаточности, аутоиммунной тромбоцитопении, системной красной волчанки, гемолитической анемии).

Фактором риска развития ГСД является и **метаболический синдром**, который представляет собой комплекс метаболических, гормональных и клинических нарушений, в основе которых лежит инсулинорезистентность и компенсаторная гиперинсулинемия. Кроме того, к факторам, определяющим развитие патологической инсулинорезистентности, относятся генетические дефекты, приводящие к изменению чувствительности к инсулину в инсулин-зависимых тканях.

Критерии диагностики ГСД были разработаны благодаря исследованию

НАРО, проведенному в 2000-2006 годах. В 2012 году Российская ассоциация эндокринологов и Российская ассоциация акушеров-гинекологов (как и эксперты многих других стран) пришли к консенсусу относительно критериев диагностики ГСД. Согласно Российскому консенсусу и «Клиническим рекомендациям» 2013 года, **диагностика нарушений углеводного обмена при беременности проводится в два этапа.**

Первый этап - оценка углеводного статуса при первичном обращении всех беременных к врачу любой специальности на сроке до 24 недель. Определяется глюкоза венозной плазмы натощак, а также гликированный гемоглобин (HbA1c). *Для беременных считается нормой глюкоза венозной плазмы натощак < 5,1 ммоль/л.*

Получение одного или нескольких патологических показателей: глюкоза венозной плазмы натощак - больше или равно 7,0 ммоль/л, HbA1 - больше или равно 6,5%, глюкоза венозной плазмы вне зависимости от времени суток и приема пищи при наличии симптомов гипергликемии - больше или равно 11,0 ммоль/л, - **позволяет сразу выявить женщин, требующих безотлагательной инсулинотерапии.**

Беременным с повышенными значениями гликемии натощак, но не соответствующими параметрам манифестного диабета (>5,1, но <7,0 ммоль/л) сразу ставится диагноз «гестационный сахарный диабет». Им необходимо назначить рациональную диетотерапию с динамической оценкой уровня гликемии и состояния плода.

Второй этап диагностики - всем женщинам, у которых не было выявлено нарушение углеводного обмена на ранних сроках беременности, рекомендуется пройти оральный глюкозотолерантный тест (ОГТТ) с 75г глюкозы между 24 и 28 неделями беременности (максимально - до 32 недели). Этот тест является безопасным нагрузочным диагностическим тестом для выявления нарушений углеводного обмена во время беременности. Интерпретация результатов ОГТТ может проводиться акушером-гинекологом, терапевтом, врачом общей практики, эн-



докринологом. Важно отметить, что специальной консультации эндокринолога для установки факта нарушений углеводного обмена не требуется.

Течение беременности на фоне ГСД при некомпенсированной гипергликемии приводит к следующим проблемам:

● **со стороны плода** - это развитие диабетической фетопатии вследствие избыточного содержания сахара в крови плода. К ее проявлениям относятся: *макросомия* (вес плода при доношенной беременности более 4000г), *органомегалия* (преимущественно за счет увеличения размеров печени и селезенки, увеличение размеров сердца плода, увеличение количества подкожно-жировой клетчатки плода и ее отёк), *многоводие* и другие. Имеет место значительная задержка формирования лёгочной ткани плода.

К *родовым травмам*, которые часто связаны с рождением крупного ребенка через естественные родовые пути, относятся: *перелом ключицы, вывих плеча, пневмоторакс, повреждения головы, шеи и внутренних органов, асфиксия плода в родах*. Асфиксия может привести к острым фатальным изменениям новорожденного: недостаточности функции лёгких, почек и центральной нервной системы, смерти;

● **со стороны матери** - преэклампсия, инфекции мочевых путей, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, разрыв матки, преждевременный разрыв плодных оболочек и аномалии родовой деятельности, травматизм мягких родовых путей, послеродовые кровотечения и гнойно-септические заболевания.

Женщины с ГСД входят в группу риска по развитию сахарного диабета 2 типа после родов.

Лечение ГСД начинают с диеты с полным исключением легкоусвояемых углеводов (особенно сладких газированных напитков и фастфудов) и **ограничением жиров; равномерное распределение суточного объема пищи на 4-6 приемов**. Углеводы с высоким содержанием пищевых волокон должны составлять не более 38-45% от суточной калорийности пищи, белки - 20-25% (1,3г/кг), жиры - до 30%.

При ГСД рекомендуются дозированные аэробные физические нагрузки в виде ходьбы не менее 150 минут в неделю, плавание в бассейне.

Всем беременным с ГСД необходимо проводить самоконтроль, который включает в себя определение:



▶ гликемии с помощью портативных приборов (глюкометров) натощак и через 1 час, после основных приемов пищи;

▶ кетонурии или кетонемии утром натощак;

▶ артериального давления;

▶ шевелений плода;

▶ массы тела;

▶ ведение дневника самоконтроля и пищевого дневника.

Для большинства беременных бывает достаточно диетотерапии и физической активности. При невозможности достижения целевых уровней гликемии и/или наличии признаков диабетической фетопатии у плода назначается инсулинотерапия.

Как избежать проблем? Ответ один - планировать беременность. В плане подготовки к беременности женщина пройдет все основные обследования, в том числе по выявлению нарушений углеводного обмена или факторов риска развития сахарного диабета во время беременности. Еще до зачатия необходимо скорректировать образ жизни и начать программу по предотвращению развития патологической инсулинорезистентности во время беременности.

Благоприятный исход беременности при ГСД зависит и от желания и способности самой женщины контролировать гликемию, и от согласованности действий акушера-гинеколога и эндокринолога. Квалифицированная медицинская акушерская и неонатальная помощь обеспечивает успешное протекание беременности у большинства больных ГСД и рождение здорового ребенка. ☺

Диабетическая фетопатия - одна из основных причин перинатальных потерь. Она нередко обуславливает преждевременные роды, асфиксию при рождении, метаболические и другие нарушения адаптации новорожденных к внеутробной жизни, является наиболее частой причиной неонатальной заболеваемости и смертности.



У вас родился сын...

Часть I: краткое пособие для родителей маленьких джентльменов

Мы открываем цикл бесед о репродуктивном здоровье мальчиков и подростков. В первую очередь, информация обращена родителям, которые воспитывают маленьких джентльменов, но не лишней она будет и всем остальным.

Беседу ведет Илья Сергеевич ПОПОВ, главный внештатный детский специалист уролог-андролог Алтайского края, кандидат медицинских наук, врач детский уролог-андролог, высшая квалификационная категория, КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница».

В последнее время отчетливо отмечается увеличение частоты заболеваний репродуктивной системы мужчин и рост доли мужского бесплодия в семейной паре (60%). Зачастую причины этого уходят корнями в детство. Поэтому необходимо помнить, что **основной груз ответственности за воспитание мальчика, как будущего здорового отца, лежит, в первую очередь, на плечах родителей**, и именно они должны знать те «подводные камни», с которыми можно столкнуться при взрослении сына. Но, к моему большому сожалению, немногие родители могут похвастаться своими знаниями в этом деликатном вопросе, а ведь, как гласит греческая пословица, предупрежден - значит вооружен.

В моей повседневной практике до сих пор встречаются родители, которые не имеют понятия, что это за врач «детский андролог» и чем он занимается! Андролог - это специалист по мужской репродуктивной системе и заболеваниям, связанным с половыми органами у мальчиков. Иными словами, **андролог - это мужской «гинеколог»**. «Зачем он нужен?» - спросите вы. Вспомните: у жен-

щин, девочек имеется устоявшаяся, разветвленная сеть женских консультаций, гинекологических отделений, огромная армия гинекологов (детских и взрослых) по всей стране, принимаются государственные программы по охране материнства, развиваются высокие технологии по искусственному оплодотворению, - но опять же для женщин! А где же здесь место мужчинам и мальчикам? У взрослых мужчин есть врач-уролог (хотя их количество тоже недостаточно), а у мальчиков? До последнего времени его функции выполнял только детский хирург, который, к слову, занимается всем! Но всё объять невозможно, и в 2003 году приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации введена новая специальность - **«детский уролог-андролог»**. Так у мальчишек появился свой, мужской, доктор!

По результатам исследований, проведенных в городском андрологическом центре реабилитации детей и подростков (Барнаул) с 2003 по 2013 годы, частота заболеваний органов репродуктивной системы у мальчиков составляет **51%**, то есть **каждый второй ребенок имеет ту или иную патологию половой системы**. Причем **половина из этих патологий** может вызвать нарушение фертильности (бесплодие) во взрослом возрасте. И это очень серьезные цифры, задумайтесь! В среднем **12-15% патологий андрологического плана выявляется**, казалось бы, у **совершенно здо-**



ровых мальчиков. Это - пороки развития половых органов, фимоз, варикоцеле, водянка яичка и многие другие, являющиеся факторами репродуктивного риска. За время работы андрологической службы с 2002 года по настоящее время распространенность заболеваний мужских половых органов удалось снизить до 44%. Однако и этот показатель можно считать достаточно высоким.

Для своевременного выявления возможной патологии родителям необходимо с профилактической целью обязательно показать мальчика детскому урологу-андрологу в возрасте: первые месяцы после рождения, 1 год, 3 года, 5 лет, 7 лет, 10 лет. Это те возраста, когда возможно выявить и своевременно скорректировать аномалии мочеполовой системы, таких, как: *крипторхизм, гипоспадия, недоразвитие наружных половых органов, водянка оболочек яичек, паховые грыжи, синехии крайней плоти, фимоз*.

Следующий визит к врачу-андрологу следует проводить в возрасте **12 лет**, когда можно



оценить степень развития половых органов мальчика и готовность его к вступлению в период полового созревания (пубертат).

Начиная с 14-ти лет необходим тщательный контроль правильности течения пубертата, развитие которого нередко сопровождается появлением таких заболеваний, как *варикоцеле, кисты придатков яичек, задержка полового развития, гипогонадизм* и других.

До 18-ти лет осмотры андролога проводятся ежегодно.

На что родителям мальчиков необходимо обратить внимание

У новорожденного мальчика:

- яички должны находиться в мошонке, обе половины мошонки должны быть симметричны;
- цвет кожи мошонки - телесный, допустима легкая пигментация;
- головка полового члена может выводиться, а может быть закрыта (физиологический фимоз), что является вариантом нормы до трех лет;
- наружное отверстие мочеиспускательного канала должно находиться на вершине головки.

В возрасте от 3-х до 10 лет наблюдается волнообразное изменение роста (период вытяжения) и массы тела (период округления). В этот период могут развиваться различные нарушения обмена веществ (ожирение и другие), которые могут повлиять на начало полового созревания.

Период полового созревания.

Первые признаки полового созревания мальчика появляются с 10 до 13,5 лет. Для этого периода характерны:

- увеличение размеров яичек;
- первые редкие волосы на лобке;
- рост полового члена.

После старта полового созревания отмечаются:

- увеличение роста волос на лобке;
- огрубение голоса;
- появление юношеские угри;
- набухание грудных желез;
- резкий скачок в росте;
- появление адекватных эрекций и поллюций (ночное семяизвержение);



- рост волос в подмышечной впадине и на лице.

По мере становления половой функции мальчика необходимо его готовить к изменениям.

В среднем к 16-ти годам половое созревание завершается.

Когда следует обратиться к детскому урологу-андрологу:

- при рождении мальчика одно или оба яичка отсутствуют в мошонке;
- наличие других образований и выпячиваний в области мошонки;
- головка полового члена не выводится или открывается не полностью у ребенка старше трех лет;
- неправильное расположение наружного отверстия мочеиспускательного канала;
- до 13,5 лет не появились первые признаки полового созревания;
- одно яичко больше другого;
- при жалобах ребенка на болезненность в области мошонки или полового члена;
- при отеке или покраснении половых органов;
- при учащенном и болезненном мочеиспускании.
- при наличии эпизодов недержания мочи днем или ночью у ребенка после пяти лет.

Но следует помнить, что многие андрологические заболевания протекают скрытно и обнаружить их может только специалист. Поэтому посещение врача детского и подросткового уролога-андролога может состояться не только при заболевании, но и с профилактической целью. ☺

Во второй части нашей беседы мы поговорим о наиболее часто встречающихся заболеваниях мужской репродуктивной системы, таких как фимоз, синехии, крипторхизм, гипоспадия и многое другое.



Профилактика зубочелюстных аномалий

Зубочелюстная система - это уникальный и очень сложный механизм. И любое нарушение в ее работе, в частности, неправильное расположение зубов, могут привести к нарушениям функций других органов и систем организма.

Гастриты, холециститы и ожирение, заболевания печени и поджелудочной железы, кожные и эндокринные заболевания - вот неполный перечень проблем, спровоцированных аномалиями зубочелюстной системы.

Наследственная предрасположенность может определять количество и размеры зубов, размеры челюстей и других костей черепа. Это обуславливает сходство ребенка и родителей. Например, по наследству могут передаваться промежуток между зубами (диастема), аномалии величины и прикрепления уздечек языка, отсутствие зачатков зубов (адентия), сверхкомплектные зубы, размер языка или такой порок развития зубочелюстной системы как расщелина неба.

Факторами развития приобретенных зубочелюстных аномалий могут служить:

- ◆ нарушение течения беременности и состояния здоровья матери,
- ◆ заболевания ребенка,
- ◆ неправильное кормление,
- ◆ вредные привычки ребенка.

Профилактика заболеваний матери во время беременности, полноценное питание, исключение алкогольных напитков и отказ от курения необходимы для правильного формирования зубочелюстной системы будущего малыша.

После рождения ребенка необходимо его наблюдение у врача-неонатолога, а затем - у педиатра с целью предупреждения и раннего лечения заболеваний эндокринной системы, органов дыхания, рахита.

При естественном вскармливании для получения молока ребенку приходится прилагать усилия. При этом многократное выдвигание нижней челюсти стимулирует ее рост и нормальное ее развитие. **Искусственное кормление из соски может нарушить правильный процесс сосания.** Если отверстие в соске слишком большое, то ребенок не столько сосёт, сколько глотает пищу. Если при кормлении ребенка из бутылочки оказывать чрезмерное давление на нижнюю челюсть, может происходить ее деформация. Поэтому в случае искусственного вскармливания необходимо следить за размером отверстия в соске и положением бутылочки во время кормления. Как правильно выбрать бутылочку и соску для кормления малыша - вам подскажет врач-педиатр.

Наиболее распространены вредные привычки сосания у детей младшего возраста.



**Валентина Николаевна
КАЗАНЦЕВА,**

старшая медицинская
сестра ортодонтического
отделения,
КГБУЗ «Краевая детская
стоматологическая
поликлиника», член
ПАСМР с 2015 года



Советы медицинской сестры

◆ *Сосание нижней губы и большого пальца* приводит к удлинению верхнего зубного ряда, а *прикусывание и сосание верхней губы* способствует удлинению нижнего зубного ряда.

◆ В зависимости от того, *между какими зубами ребенок прокладывает палец*, формируется несмыкание зубов и смещение нижней челюсти.

◆ *Привычка грызть карандаш, ногти, ручку* приводит к повороту передних зубов и появлению промежутка между зубами.

◆ *Прокладывание кончика языка между зубами* может привести к тому, что зубы верхней и нижней челюстей в этом месте не будут соприкасаться.

◆ *Сохранение инфантильного типа глотания* (когда во время глотания ребенок разобцает зубы, и кончик языка упирается в губы) у детей старше трех лет может привести к нарушениям смыкания передних зубов верхней и нижней челюстей, чрезмерному наклону верхних передних зубов вперед.

К развитию зубочелюстных аномалий у ребенка также могут привести такие вредные привычки, как *жевание на одной стороне, ротовое дыхание, неправильное положение ребенка во время сна* (в одной позе с кистями рук под щекой), *перед телевизором, во время приготовления уроков за несоответствующим росту столом*. Все эти факторы приводят к нарушению осанки, вследствие чего формируется неправильный прикус.

Постоянные зубы по размеру больше временных, поэтому у детей с четырех лет между временными зубами должны появляться промежутки. Это говорит о том, что челюсти растут и готовятся к появлению постоянных зубов. *Недостаточное употребление грубой жёсткой пищи может привести к скученности зубов*. Жевательное давление, оказываемое на пародонт и стенки альвеолы, обеспечивает нормальное кровоснабжение и развитие костной ткани, также в это время тренируются жевательные и мимические мышцы. Кроме того,



твердая пища обеспечивает самоочищение зубов. В раннем сменном прикусе в норме наблюдается равномерное стирание режущих краев и жевательной поверхности временных зубов, обеспечивающих «выскальзывание» нижней челюсти вперед. Недостаточное употребление жесткой пищи приводит к неравномерному распределению жевательной нагрузки и, как следствие, к неправильному росту челюстей. В этом случае необходимо обратиться к специалистам для решения вопроса о пришлифовывании коронки временных зубов при их недостаточной стираемости.

Наблюдение ребенка у врача-стоматолога должно начинаться в возрасте 1 года. В дальнейшем необходимо показывать ребенка стоматологу 2-4 раза в год, а начиная с пятилетнего возраста можно получать консультацию врача-ортодонта.

При необходимости удаления временного зуба у ребенка следует обратиться к врачу-ортодонт для решения вопроса о протезировании. Своевременное протезирование способствует нормальному формированию зубочелюстной системы в дальнейшем.

Правильное искусственное вскармливание, внедрение в рацион жесткой пищи, профилактика вредных привычек и заболеваний ЛОР-органов - это путь к стоматологическому здоровью вашего ребенка. ☺

К развитию зубочелюстных аномалий могут привести вредные привычки: жевание на одной стороне, ротовое дыхание, неправильное положение ребенка во время сна, перед телевизором, а также во время приготовления уроков за несоответствующим росту столом. Все эти факторы приводят к нарушению осанки, вследствие чего формируется неправильный прикус.



ВИЧ-инфекция

Согласно информации ООН и ВОЗ, проблема распространения ВИЧ-инфекции сегодня для современного общества стала проблемой номер один, оттеснив онкологические и сердечно-сосудистые заболевания.

Это положение обусловлено несколькими основными причинами. Во-первых, до сих пор не найдено действенное лекарство (вакцина) против вируса; во-вторых, как следствие, - стремительно растет количество зараженных ВИЧ людей.

Показатель распространенности ВИЧ-инфекции среди взрослых в мире уже достиг значения 1,1%. От болезней, связанных с ВИЧ и СПИД, умерли около 16000 человек, среди них 208 - дети.

С 1987 года начали появляться случаи заражения ВИЧ-инфекцией россиян. Вторым этапом развития инфекции на территории России стало массовое заражение детей в больницах Элисты, Волгограда и Ростова-на-Дону. Стали возникать неправительственные организации, ставившие своей задачей не только борьбу с «чумой XXI века», но и помощь людям, попавшим в трагический водоворот этой проблемы.

В 1995 году в России принят закон «О предупреждении распространения на территории РФ заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека», где была сделана попытка обеспечить соблюдение прав человека и запретить дискриминацию в контексте эпидемии СПИДа.

В течение 1996 года количество новых случаев ВИЧ-инфекции было зафиксировано уже в 10 раз больше, чем в предыдущем году. За первое полугодие 1997 года новых случаев было почти столько же, сколько за все предыдущие годы, начиная 1987-го, вместе взятые. Из 88 субъектов России были не поражены только 18. До 1995 года среди зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции не было ни одного случая заражения через наркотики.

По утверждению Объединенной программы ООН по СПИДу, «самый резкий рост ВИЧ-инфекции в 1999 году был зарегистрирован на терри-

тории новых независимых государств бывшего Советского Союза».

В 2001 году в России зарегистрировано 88120 новых случаев ВИЧ-инфекции, что в 1,5 раза больше, чем за 2000 год. В 2002 году, по официальной статистике, зарегистрировано более 200 тысяч ВИЧ-положительных, реально же это число достигает 1 миллиона человек.

Пути передачи инфекции

ВИЧ-инфекция - это хроническая инфекционная болезнь, вызываемая вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), характеризуется поражением иммунной системы, приводящим к развитию синдрома приобретенного иммунного дефицита (СПИД) и смерти больного в результате развития вторичных (оппортунистических) инфекций, злокачественных опухолей или поражения ЦНС (подострый энцефалит).

Единственный источник возбудителя - больной человек в любой стадии ВИЧ-инфекции. Вирус содержится во всех биологических жидкостях организма, однако в достаточных для заражения концентрациях он имеется в крови, сперме, влагалищном секрете, грудном молоке. **Основной путь передачи возбудителя - половой**, поэтому ВИЧ-инфекцию относят к инфекционным болезням, передающимся половым путем.

Доказана передача вируса и при переливании крови, использовании медицинских инструментов, загрязненных кровью больных, при пересадке тканей и органов, во время беременности и родов - от матери плоду, при грудном вскармливании - от матери ребенку и в редких случаях - от ребенка матери. **Грудное вскармливание может стать причиной заражения**, так как грудное молоко содержит ВИЧ, поэтому ВИЧ-положительным матерям не рекомендуют кормить детей грудью.



**Татьяна Юрьева
СМОЛИНА,**

старшая медицинская сестра подразделения №1, КГБУЗ «Городская поликлиника №1, г.Барнаул», член ПАСМР с 2006 года

По данным ВОЗ, половым путем инфицируется ВИЧ 75% больных (в том числе при вагинальном контакте - 60%, анальном - 15%), парентеральным путем - 15% пациентов (в том числе при гемотрансфузиях - 5%, инъекционным путем - 10%).



Советы медицинской сестры

▶ При профилактике с помощью высокоактивной антиретровирусной прививки риск вертикальной передачи вируса от матери ребенку может быть снижен до 1,2%.

Содержание вируса в других биологических жидкостях (слюне, слезе) ничтожно мало; нет информации о случаях заражения через слюну, слезы, пот.

В России всё большую роль играет **заражение наркоманов при пользовании общими шприцами**: на эту долю приходится свыше 50% всех случаев инфицирования. При единичном вагинальном акте вероятность заражения мала, многократность половых контактов резко ее повышает. Наличие высоких концентраций вируса в сперме обуславливает большую вероятность заражения женщины (реципиента спермы - при гомосексуальных контактах) от мужчины.

Вероятность инфицирования при анальном половом сношении (более травматичном) выше, чем при вагинальном. Вероятность заражения резко возрастает при патологических процессах в мочеполовой системе, в частности, при наличии кровоточащих эрозий шейки матки. В группу риска заражения ВИЧ входят лица, ведущие асоциальный образ жизни, а также имеющие большое число половых партнеров, наркоманы.

Профилактика распространения ВИЧ-инфекции

Основным принципом профилактики ВИЧ-инфекции является безопасное и ответственное поведение, здоровый образ жизни.

Выделяют следующие основные профилактические меры:

◆ *просвещение* людей в области профилактики ВИЧ-инфекции;

◆ *личные меры профилактики*: исключение беспорядочных половых связей, употребление наркотиков, нанесения татуировок, использования общих бритвенных, маникюрных и других предметов личной гигиены, использование индивидуальных средств защиты;

◆ *профилактика полового пути заражения*: наличие одного надежного, верного полового партнера; исключение ранних, множественных и случайных сексуальных отношений;



использование презерватива при всех видах случайных половых контактов;

◆ *профилактика парентерального* (попадания вируса в кровь) *пути заражения*: обследование доноров крови на наличие антител к ВИЧ; ограничение показаний к переливанию продуктов и препаратов крови; исключение инъекционного употребления наркотических веществ;

◆ *профилактика вертикального* (от матери к ребенку) *пути передачи*. Принято считать, что вероятность передачи ВИЧ плоду от матери-вирусоносителя составляет 30-50%. Поэтому женщина с антителами к ВИЧ или предполагающая иметь ребенка от мужчины с такими антителами должна знать о том, что беременность сопряжена с риском как для нее самой, так и для будущего ребенка;

◆ важное значение имеет *обследование групп повышенного риска*, больных с подозрительной клинической симптоматикой; проведение анонимного обследования.

Поэтому важнейшие аспекты профилактики ВИЧ-инфекции - это пропаганда здорового образа жизни, безопасного секса с использованием презервативов; контроль за донорской кровью и ее препаратами, донорскими органами, обработкой медицинского инструментария, использованием одноразовых шприцев, игл, систем для трансфузий и другие; обследование беременных. ☺

Для предотвращения распространения ВИЧ-инфекции наиболее действенным путем остается только профилактика, основанная на знании особенностей самого вируса, а также путей его передачи.



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



Диабетическая стопа: как избежать ампутации

Оксана Дмитриевна ЗАПЛАВНОВА,

главный внештатный
специалист-эндокринолог
г.Барнаула, врач-
эндокринолог, высшая
квалификационная
категория, заведующая
эндокринологическим
отделением поликлиники;

Татьяна Владимировна ЛАРКИНА,

врач-эндокринолог,
кабинет диабетической
стопы

- КГБУЗ «Городская
больница №5, г.Барнаул»

По статистике ВОЗ, 4-8% населения развитых стран в настоящее время страдает сахарным диабетом. Это заболевание является причиной смерти пациентов в возрасте 35-64 лет в 1 из 10 случаев и занимает третье место после онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний.

По данным Федерального регистра сахарного диабета РФ, **рост общей численности пациентов с сахарным диабетом в нашей стране составил 2,3 миллиона человек за 15 лет:** на январь 2016 года сахарный диабет первого и второго типов имеют **4,348 миллионов россиян** (3% населения РФ). В этих данных учитываются те пациенты, которые обратились в государственные медицинские учреждения. Более того, результаты масштабного эпидемиологического исследования Nation, проведенном на территории России с целью выяснения истинной распространенности сахарного диабета, показали, что **еще 50% пациентов не знают о своем заболевании**, и фактическая распространенность сахарного диабета 2 типа среди взрослого населения России составляет 5,4% популяции.

Количество больных сахарным диабетом в Барнауле за 11 лет (2006-2017 годы) возросло на 30,6%. В 2017 году

в поликлиники города обратились **26443** взрослых пациента с сахарным диабетом, из них **25156** человек имеют второй тип заболевания. В целом распространенность сахарного диабета 2 типа среди взрослого населения Барнаула в 2017 году составила **4,8%**.

Одним из тяжелейших осложнений сахарного диабета является **синдром диабетической стопы (СДС)**. Диабетические язвы стопы, гангрены, ампутации наносят огромный ущерб здоровью, снижают качество жизни больных, сопровождаются и значительными экономическими затратами.

Распространенность язвенных поражений стоп среди больных сахарным диабетом в разных странах составляет 4-10%. По данным Федерального регистра сахарного диабета РФ, распространенность СДС у пациентов с сахарным диабетом 1 типа в Барнауле в 2017 году составила **4,87%** (по России в 2016 году - 4,3%), **1,87%** - у пациентов со 2 типом (по России в 2016 году - 2,0%).

Синдром диабетической стопы - основная причина нетравматических ампутаций нижних конечностей. По статистическим данным разных стран, ампутации у больных сахарным диабетом составляют 50-75% среди всех причин ампутаций, причем в 85% случаев им предшествуют язвы стоп. По данным Российского Федерального регистра сахарного диабета, частота ампутаций у больных сахарным диабетом составляет от 0,76 до 18,2 на 1000 больных.

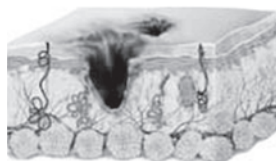
СДС - очень дорогостоящее осложнение, приносящее значительный ущерб бюджету. По данным американских исследований, цена первичного заживления язвы составляет \$7-10 тысяч, а цена ампутации, связанной с диабетической стопой, - уже \$30-60 тысяч. Но из-за дополнительных расходов, связанных с домашним уходом и социальным обслуживанием, эти цифры еще больше возрастают: \$16,1-26,7 тысяч - цена для первичного за-

Диабетические язвы стоп

Нормальная кожа



Изъязвления кожи



Жизнь с сахарным диабетом

живления и \$43,1-63,1 тысяч - стоимость первичной ампутации. Также необходимо учитывать непрямую стоимость, связанную с потерей трудоспособности, личными расходами пациента и снижением качества его жизни. Таким образом, общая сумма средств, ежегодно затрачиваемых на лечение пациентов с СДС в США, составляет \$4 млрд.

На долю больших ампутаций (ампутаций на уровне голени и бедра) приходится 48,9-60% из общего числа таких операций. Вопрос в данном случае не только в инвалидизации, снижении качества жизни пациента. Послеоперационная смертность у этой категории больных в ближайшие три недели составляет 22%, в течение первого года - 11-41%, через 3 года - 20-50%, через 5 лет - 39-68%, количество ампутаций на второй нижней конечности через 3 года достигает 23%, через 5 лет - до 28%.

Лечение язвенных поражений стоп у пациентов с сахарным диабетом происходит сложно, потому что такие язвы возникают из-за поражения нервных окончаний и кровеносных сосудов в нижних конечностях. Однако **при правильном и своевременном лечении заживить можно почти любую язву, трудность - именно в сохранении результата:** через три года в 30% случаев язва образуется повторно, а через пять лет рецидив возникает в 50% случаев.

По данным исследователей в западных странах, реальную помощь пациентам с поражениями нижних конечностей вследствие сахарного диабета может оказать только команда специалистов, в которую кроме хирургов, эндокринологов и ортопедов должны входить медицинские психологи, техники-протезисты, обученный средний медицинский персонал. Скоординированность их работы, наличие обратной связи между ними и будет залогом успеха.

Наиболее эффективный путь профилактики, как первичных язв, так и их рецидивов, - организация интенсивного наблюдения пациентов с сахарным диабетом, тщательный уход за стопой, по-

стоянное ношение адекватной ортопедической обуви. Использование программ по профилактике осложнений и обучению больных сахарным диабетом в США привело к уменьшению количества ампутаций в последние годы почти в два раза, экономический эффект от внедрения программ обучения составил \$10млн., а в скандинавских странах количество ампутаций удалось свести к минимуму.

Сегодня **структура медицинской помощи больным синдромом диабетической стопы в крае** включает в себя городской кабинет диабетической стопы КГБУЗ «Городская больница №5, г.Барнаул», отделение гнойной хирургии КГБУЗ «Городская больница №8, г.Барнаул», отделения сердечно-сосудистой хирургии КГБУЗ «Городская больница №5, г.Барнаул» и КГБУЗ «Краевая клиническая больница». В изготовлении разгрузочных средств, протезов и ортопедической обуви для пациентов с сахарным диабетом участвуют Барнаульский филиал ФГУП «Московское протезно-ортопедическое предприятие» Минтруда России и протезно-ортопедический центр АЛОРТО.

Кабинет диабетической стопы на базе КГБУЗ «Городская больница №5, г.Барнаул» создан в 2005 году и рассчитан на прием пациентов города Барнаула.

Приказ Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармдеятельности №31 от 30.01.2015 года регламентирует порядок направления в кабинет, этапность наблюдения, лечения и профилактической помощи пациентам с поражением стоп при сахарном диабете города Барнаула. Согласно ему, **направление на прием в кабинет диабетической стопы может выдать любой специалист поликлиники Барнаула.**

Мы оказываем весь необходимый объем помощи: диагностику и лечение дистальной диабетической полинейропатии, язвенных поражений стоп; специальную обработку стоп (подиатрический уход); диспансерное наблюдение за больными высокого риска; обучение больных с акцентом на норма-

лизацию гликемии и правилам ухода за стопой.

За последние три года в кабинете диабетической стопы осмотрено **2770 человек**, общее количество посещений - **9861**. Подавляющее количество пациентов - это больные с язвами стоп или больные высокого риска развития СДС.

Пациенты с сахарным диабетом, синдромом диабетической стопы - особенные пациенты. У них нарушены чувствительность и кровоток в ногах, вследствие высокого уровня сахара крови любая инфекция может молниеносно распространиться с пораженного пальца по всей нижней конечности и по всему организму. Поэтому, **чем раньше начато правильное лечение квалифицированным медицинским персоналом, тем больше шансов спасти конечность и сохранить жизнь пациенту.**

Медицинский персонал кабинета диабетической стопы проводит диагностику изменений в стопах при диабете, определяет специалиста, необходимого пациенту в первую очередь: так, при гнойном поражении - гнойный хирург, при необходимости восстановления кровотока - сердечно-сосудистый хирург, при высоком риске образования язв, поражении нервных окончаний, деформации стоп - специалист протезно-ортопедических предприятий.

Смежные специалисты активно взаимодействуют между собой, что позволяет предотвратить рецидивы язв и ампутаций у пациентов с сахарным диабетом. Благодаря активному использованию современных методов разгрузки стоп, сократились сроки и увеличился процент заживления язв стоп. Необходимо помнить, что **главное в оказании помощи этой категории больных - диагностика и лечение заболевания на ранней стадии.** Процент ампутаций и рецидивов язв у лиц, вовремя направленных и регулярно наблюдающихся в кабинете диабетической стопы, значительно ниже популяционных показателей. ☺



О проблемах «элегантного возраста»

Литературоведы пишут, что матери Татьяны Лариной в романе «Евгений Онегин» А.С. Пушкина было не более 36 лет, а автор уже нескромно называл ее «милой старушкой». В современном мире многие дамы в этом возрасте только заводят первого ребенка, а женщины «осеннего возраста» всё дольше ведут активную жизнь, посвящают себя внукам, хобби, путешествиям. В их планах нет места климаксу.

О том, как не стать «заложницей» собственного организма и не потерять веру в себя, рассказала **Татьяна Леонидовна ГОНОПОЛЬСКАЯ**, заведующая консультативным отделом Диагностического центра Алтайского края, кандидат медицинских наук, врач-гинеколог-маммолог высшей квалификационной категории.

- Совсем недавно о климаксе не было принято говорить вслух. Сейчас ситуация несколько изменилась, но в сознании современной женщины менопауза до сих пор ассоциируется с такими понятиями как «старение», «боль», «дискомфорт». Татьяна Леонидовна, поясните, пожалуйста, что все-таки представляет собой климакс.

- Климакс - естественное явление и бояться его не нужно. Это очередной этап физиологических изменений в организме женщины, связанный с угасанием репродуктивной функции. При этом угасание здесь не означает закат жизни. Совсем наоборот! Согласно одной из гипотез, менопауза помогает сохранить гены женщины, но уже в поколении внуков. Эта функция «элегантного возраста» была востребована на протяжении всей истории человеческого рода и остается такой же важной сегодня. Иными словами, природа дала женщине возможность реализовать себя не только как мать, но и как бабушка.

- От чего именно зависит возраст наступления менопаузы?

- По мировым данным, средний возраст наступления климакса у женщины составляет 45-55 лет. Но у каждой женщины всё индивидуально. Например, у пяти из ста женщин регулярная менструация продолжается в возрасте старше 55 лет. Всё зависит от генетической предрасположенности, и не имеет никакого отношения к тому, когда впервые началась менструация. Своим пациенткам я всегда советую расспросить маму и ближайших родственниц по материнской линии, во сколько лет у них начался климакс и как протекал. Вероятность его протекания по такому же сценарию у этой женщины очень высока. Если, конечно, не было дополнительных факторов: серьезных стрессов, травм, хирургического вмешательства и т.п.

- С какими трудностями сталкиваются женщины в период климакса?

- Клинические проявления патологического климактерия невероятно многообразны. Женщины, обращающиеся в Диагностический центр Алтайского края, чаще всего жалуются на раздражительность, бессонницу, снижение памяти, прибавку массы тела. И это далеко не полный список. Но самый распространенный симптом - это «приливы», которые, по данным разных исследователей, отмечают 50-



85% женщин. «Приливы» - основная причина резкого снижения качества жизни у женщин в менопаузе. При этом некоторые из них годами терпят и ничего с ними не делают, хотя они не так безобидны, как многим кажется.

- Что такое «приливы» с медицинской точки зрения и нормальны ли, что они наблюдаются у женщин?

- В период климакса женская половая активность изменяется, яйцеклетки перестают вызревать, овуляция не происходит, что влияет на функционирование системы терморегуляции. Гормональный сбой приводит к искажению сигналов и происходит то, что принято называть «приливом». Как правило, «приливы» извещают женщину о том, что она вступает в период менопаузы.

- Всегда ли климакс - это основание для беспокойства? Нередко женщины откладывают визит к врачу, полагая, что этот процесс не может происходить бес-

проблемно, и принимают возникающие трудности как данность.

- Менопаузу саму по себе, даже в отсутствии жалоб и симптоматики, следует считать веским основанием для похода к гинекологу. Вообще, любой женщине следует регулярно посещать гинеколога и особенно тем, кто испытывает дискомфорт. Климакс не обязательно означает катастрофу в организме. Грамотные рекомендации специалиста и лечение (при необходимости) помогут пройти через этот период легко, в хорошем самочувствии и с минимальным стрессом для организма.

- Как в Диагностическом центре помогают пациенткам с климаксом?

- В прошлом году в Диагностическом центре края в рамках «Стратегии развития Диагностического центра Алтайского края на 2017-2019 годы» появились маммологический и климактерический центры.

Цель создания климактерического центра - сохранение здоровья женщин старших возрастных групп путем первичной профилактики поздних осложнений менопаузы, ведь именно в этом периоде происходят неблагоприятные метаболические изменения в организме женщины, приводящие к росту таких социально-значимых заболеваний, как гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет второго типа, постменопаузальный остеопороз, острые нарушения мозгового кровообращения. Обращаясь в наш центр, женщина сможет получить всю необходимую ей помощь в одном месте.

- Климактерический центр ведет прием пациенток только с климаксом?

- Климакс приходится на продолжительный период жизни женщины, и то, как он будет протекать, за-

висит во многом от того, с каким «багажом» перенесенных болезней женщина вступила в менопаузу. Поэтому врачи климактерического центра принимают пациенток с различными заболеваниями, которые, казалось бы, не имеют прямого отношения к менопаузе. Например, это - гормонозависимые опухоли, эндометриоз, нарушение менструальной функции и другие.

- Некоторые женщины испытывают многочисленные проблемы, но откладывают визит к гинекологу, поскольку считают, что проявления климакса всегда корректируются с помощью гормонов. Только ли медикаментозное лечение может облегчить симптомы климакса?

- Гормонотерапия действительно назначается пациенткам достаточно часто, но бояться этого не стоит. Любой врач, назначая лекарство, изучает анамнез пациентки и индивидуально для нее подбирает лекарство.

Часто женщинам рекомендуют специальное питание с достаточным количеством фитоэстрогенов и антиоксидантов. Антиоксиданты присутствуют в пищевых продуктах, особенно овощах и фруктах, способны реализовать свободные радикалы, но в обычном рационе

их содержится очень мало, и чтобы улучшить эффективность антиоксидантной защиты, необходимо использовать специальные средства. Полифенолы в комбинации с кофеином повышают выработку катехоламинов, естественных медиаторов термогенеза. Витамин С участвует в синтезе коллагена кожи и термогенезе. Бета-каротин необходим для организма и особенно кожи, способствует защите от солнечного излучения и старения. Цинк входит в состав многих ферментов, особенно важен для защиты фибробластов и протеинов кожи от окислительного процесса, синтеза коллагена и роста волос.

- Еще одно распространенное убеждение: с наступлением климакса женщина буквально «рассыпается» на глазах...

- Не соглашусь. С наступлением менопаузы у каждой второй женщины действительно возникает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и остеопороза. Причина этого - снижение минеральной плотности костной ткани в тех отделах позвоночника и бедренной кости, где содержатся рецепторы женских половых гормонов. Однако это не значит, что это касается всех. Более того, многих проблем женщины могут избежать - нужно просто регулярно бывать у гинеколога.

- Что можно посоветовать женщинам для того, чтобы период климакса был более лёгким для них?

- Самое главное - это позитивное отношение к жизни, самой себе и окружающим. Как бы банально не звучало, но от того насколько женщина в гармонии с собой, зависит ее физическое состояние. Каждая женщина должна помнить, что в любой период жизни она может оставаться красивой, здоровой, любимой и нужной родным и близким. ☺





Мам приглашают учиться

Прошлым летом, 9 июня, состоялось первое занятие в школе для родителей недоношенных детей, открывшейся на базе отделения патологии новорожденных и недоношенных детей №1 Алтайской краевой клинической детской больницы.

За несколько месяцев работы прошло 10 школ (цикл каждой состоит из четырех занятий), необходимые знания получили более 400 мамочек края.

История возникновения школы в очередной раз подтверждает, как много может значить инициатива и энергия одного человека, его умение найти единомышленников и осознанно добавить к своей немалой профессиональной нагрузке еще одно значимое дело. Хотя **Юлия Владимировна МИЛЛЕР**, заведующая отделением, главный инициатор и вдохновитель школы, в разговоре возразила:

- Идея создания подобных школ принадлежит благотворительному фонду помощи недоношенным детям «Право на чудо», с которым мы сотрудничаем ни один год. Они открыты в 14 российских регионах, 40 лечебных учреждениях, причем за Уралом мы стали единственными, работающими на базе лечебного учреждения (есть опыт подобной работы волонтеров в Чите). Когда мы ознакомились с опытом действующих школ, хорошо поняли - это необходимо мамочкам Алтайского края по двум причинам. Во-первых, край имеет низкую плотность населения, поэтому часто мамам малышей для получения врачебной помощи следует проехать десятки километров до ближайшей больницы. Во-вторых, именно от грамотных действий мамы по уходу за ребенком, особенно родившимся раньше срока, зависит его здоровье и благополучие. Пока мамы с детьми находятся в нашем отделении, они привыкают к тому, что врачи и медицинские сестры всегда рядом. Но наступает день выписки

и возвращения домой - и мама остается один на один с проблемами, которые могут возникнуть неожиданно в любое время суток. Благодаря работе школы эпизодов растерянности, паники, возникающих у мам, уже меньше.

- Как строится работа школы?

- Занятия школы для родителей недоношенных детей проводятся еженедельно. На занятия по грудному вскармливанию и неотложной помощи мы собираем мам со всего больничного стационара для новорожденных - эти темы нужны всем. Собирается до 40 слушателей. Специальными для мам недоношенных детей являются темы по проблеме заболеваний глаз, лёгких, а также по уходу за недоношенным ребенком в домашних условиях (прогулки, купание, температурный режим). Пока мама с ребенком находится на лечении в стационаре, она может познакомиться со всеми темами школы, причем начинать можно с любой. Можно послушать отдельные темы и дважды, чтобы лучше разобраться в предлагаемой информации.

Занятие по неотложной помощи проводит **Елена Львовна ТЕРЕНЮК**, врач-реаниматолог-анестезиолог, кандидат медицинских наук. Рассматриваются все неотложные ситуации, которые могут возникнуть дома. Очень важно, чтобы при неожиданной остановке дыхания, судорожном синдроме мама не растерялась и смогла оказать ребенку правильную доврачебную помощь. На занятии на манекене новорожденного ребенка можно отработать навык дыхания «рот в рот» и непрямого массажа сердца.



Занятие по грудному вскармливанию проводит наш медицинский психолог **Татьяна Владимировна ГОМАН**. Для недоношенных детей эта тема особенно актуальна - мамы до полутора месяцев ждут возможности приложить ребенка к груди, сцеживают молоко, докармливают его через зонд. В то же время грудное вскармливание для недоношенного ребенка необходимо вдвойне.

На занятия, посвященные специализированным темам: «Ретинопатия недоношенных детей» и «Бронхолегочные заболевания» - приглашаются мамы только нашего отделения, более старшим детям они не нужны.

Занятие по уходу за кожей новорожденных детей ведут студентки шестого курса АГМУ, будущие врачи-неонатологи. Они подготовили хорошую презентацию, на занятии останавливаются на теоретических вопросах, а во время дежурства в отделении с каждой мамой отрабатывают необходимые практические навыки.

Познавательное проходит и занятие офтальмолога отделения **Надежды Николаевны ШАМАНСКОЙ**: она на мониторе показывает, как выглядят гла-



Если после выписки из больницы возникнут вопросы, у каждой мамы есть телефоны отделения и лечащего врача. Фонд «Право на чудо» организовал бесплатную «горячую линию», работающую на всей территории России. Мама недоношенного ребенка в любое время суток может позвонить и получить консультацию специалиста - неонатолога, психолога и т.д.

за недоношенного ребенка, какие патологии могут быть, каким должно быть лечение.

В разговоре о бронхолегочной дисплазии поясняется, что основной метод ее лечения - это ингаляции. Мам учат на практическом занятии, как правильно расположить маску, приготовить раствор. Мы выписываем малышей из отделения с этим заболеванием с обязательным последующим наблюдением у пульмонолога - через месяц, через шесть месяцев. А дома за ежедневную терапию отвечает мама, и она должна уметь правильно ее проводить.

Таким образом выбран удобный формат школы. Мы благодарны фонду «Право на чудо» за идею и методическую помощь. Если до этого информация, которую получали мамы при выписке, носила тезисный характер, то теперь они имеют системные знания. Но на этом помощь фонда не ограничивается. В прошедшем году ко Дню недоношенного ребенка фонд «Право на чудо» презентовал нам два кресла для вскармливания недоношенных детей по методу «кенгуру». Форма кресла позволяет положить ребенка на грудь матери в тот период, когда грудное вскармливание еще невозможно. Он обогревается теплом мамы, между ними устанавливается важная контактно-эмоциональная связь. И когда уже можно будет ребенка приложить к груди, это также удобнее сделать в кресле.

- Открытие школы для мам недоношенных детей - важное решение. Возникает удивление: почему не возникла идея раньше?



- На самом деле это один из глобальных и непростых проектов, требующий грамотного, взвешенного подхода всех организаторов. Когда мамы находятся в отделении, они наглядно видят примеры врачебной помощи. Например, ребенок страдал апноэ, мы его потормошили, пяточки пощипали - и дыхание наладилось. На занятиях школы маме наглядно показывают, что в ее силах сделать в критической ситуации. И когда она отрабатывает действия на манекене, пытается завести «сердце» и у нее это получается, значит, дома она уже не испугается подобной ситуации, и ребенок останется живым. О порядке действий мы рассказывали и раньше при выписке детей из отделения, но сейчас мы имеем возможность отработать практические навыки на занятиях школы. После занятия маме предоставляется памятка по пройденной теме, в которой она найдет ответы на все интересующие ее вопросы.

К занятиям мы привлекаем спонсоров, которые, как правило, дарят необходимые средства для ухода за малышами: крема, перчатки и прочее.

Если уже после выписки из больницы возникнут вопросы, у каждой мамы есть телефоны отделения и лечащего врача. Еще одна инициатива фонда «Право на чудо» - организация бесплатной «горячей линии», работающей на всей тер-



За счастливое здоровое детство!

ритории России. Мама недоношенного ребенка в любое время суток может позвонить и получить консультацию специалиста - неонатолога, психолога и т.д.

Фонд «Право на чудо» выступил с инициативой, рассчитанной для детей с бронхолегочной дисплазией. Некоторым длительное время после рождения необходимо дополнительное кислород для дыхания. И дети с мамами в это время вынуждены были находиться в стационаре. Чтобы заместить эту технологию, сделать возможным раннее возвращение мамы с ребенком домой, в привычную обстановку, - фонд безвозмездно предоставляет концентраторы кислорода для конкретного ребенка. К аппарату обязательно прилагается пульсоксиметр, который надевается на палец ребенка и постоянно измеряет концентрацию кислорода в его крови.

- По итогам краевого профессионального конкурса «Лучший врач 2017 года» вы заняли второе место и были признаны лучшим неонатологом края. Чем стала для вас эта победа?

- Скажу сразу, мое участие в конкурсе состоялось благодаря нашему главному врачу **К.В. СМIRНОВУ**. Именно он мне дал задание написать работу. Я возглавляю отделение десять лет. За последние три года произошли серьезные изменения в нашей работе: мы стали «Больницей, доброжелательной к ребенку», оказываем высокотехнологическую помощь недоношенным детям, наконец, открыли школу для их мам. Кроме того, провожу занятия для беременных женщин в школе «Растем вместе». Самое главное - достигнуты хорошие показатели в работе отделения, детишки выписываются с выздоровлением. И в моей конкурсной работе был обобщен накопленный опыт. К тому же четыре года я являюсь главным внештатным неонатологом Алтайского края. Так что моя работа состоит из двух больших и важных составляющих - лечебной и общественной. Думаю, это и позволило получить высокое звание. Я благодарна за оказанную честь.

- Присутствовала на выписке из вашего отделения тройняшек Буйякиных. Это стало праздником для всего персонала. Всегда ли ваша работа связана с положительными эмоциями?



- То, что вы видели, - замечательный итог работы всего коллектива. А начало, как правило, совсем другое - трудно видеть, насколько тяжелыми поступают дети, одновременно приходится работать и с их мамами: переживаемый женщиной стресс от нереализованного ожидания рождения доношенного здорового ребенка требует помощи медицинского психолога. Важно понимать, что проблемы конкретного ребенка не заканчиваются выпиской из отделения. И мамы должны быть готовыми к дальнейшей серьезной каждодневной работе вместе с врачами.

У нас есть специальный альбом, на собранных в нем фотографиях можно видеть, какими дети родились и поступили в отделение и какими они стали спустя несколько лет. Мама убеждается на этих примерах, что недоношенным детям реально догнать в развитии своих сверстников. Эту же цель достигаем при проведении Дня недоношенного ребенка. И наша инициатива его проведения подхвачена другими лечебными учреждениями - в 2017 году праздник состоялся в нескольких родильных домах края, краевом перинатальном центре.

В нашем отделении невозможно работать, оставаясь пессимистом, иначе депрессия и профессиональное выгорание неизбежны. Когда врач настроен на благополучный результат, он сможет настроить маму, и это состояние обязательно передастся ребенку. Только при этом условии он сможет победить болезнь и будет нормально развиваться. ☺

В отделении есть специальный альбом, на собранных в нем фотографиях можно видеть, какими дети родились и поступили в отделение и какими они стали спустя несколько лет. Мама убеждается на этих примерах, что недоношенным детям реально догнать в развитии своих сверстников. Эту же цель достигаем при проведении Дня недоношенного ребенка.



Неотложная помощь в экстренных ситуациях в состоянии ребенка, рожденного раньше срока



Елена Львовна ТЕРЕНЮК,
кандидат медицинских наук, врач-реаниматолог-анестезиолог, высшая квалификационная категория, отделение анестезиологии-реанимации, КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница»

Гипертермия (повышение температуры тела) - самая распространенная проблема, с которой может столкнуться мама недоношенного малыша.

Признаками повышения температуры тела у ребенка являются:

- ▶ вялость или беспокойство;
- ▶ жажда;
- ▶ сухость кожи, губ, языка;
- ▶ яркий румянец, блеск в глазах или, наоборот, бледность;
- ▶ потливость;
- ▶ учащение дыхания, пульса;
- ▶ редко - нет никакой реакции у ребенка.

При подозрении на повышение температуры прикоснитесь *своей щекой* ко лбу ребенка - не ладонью и не губами. Если вы почувствуете, что лоб горячий, измерьте температуру термометром (ртутным, электронным, температурным индикатором, соской-термометром). Температура тела ребенка до 38,3°C не обязательно является причиной болезни и не требует медикаментозного лечения.

Причинами повышения температуры могут быть:

- ▶ перегрев ребенка (слишком тепло одет);
- ▶ запоры;
- ▶ высокая двигательная активность;
- ▶ физическое напряжение (длительный крик);
- ▶ прорезывание зубов.

Первая помощь при гипертермии

Если устранены все невоспалительные причины, а температура не понизилась, вызывайте детского врача из поликлиники (педиатра).

Какие должны быть действия мамы до приезда врача:

- ▶ если температура тела у ребенка от 37 до 38,5°C, используйте физические методы охлаждения: разденьте ребенка, снимите с него подгузник;
- ▶ если кожные покровы равномерно розовые и теплые на ощупь (не мраморные, не бледные), можно обтереть всего ребенка (голова, шея, грудь, животик, спина, руки, ноги, подмышечные впадины и паховые складки) влажной пеленкой и салфеткой;
- ▶ при снижении температуры у ребенка проводите ее контроль каждые 15 минут;
- ▶ если температура тела ребенка выше 38,5°C или она повышается после обли-

вания, дайте ребенку жаропонижающие (свечи и сиропы, содержащие в составе парацетамол, ибупрофен в возрастной дозировке).

Если кожные покровы у ребенка бледные, мраморные, руки и ноги - прохладные, то необходимо СРОЧНО ВЫЗВАТЬ ВРАЧА ИЛИ СКОРУЮ ПОМОЩЬ!

Судороги у новорожденного ребенка

Судороги - это непроизвольные мышечные сокращения, которые могут захватывать отдельные мышечные волокна или мышцы или распространяться на несколько мышечных групп.

Фебрильные судороги развиваются у детей с судорожной готовностью на фоне повышения температуры тела. Этот вид судорог диагностируется у детей до шести лет на фоне лихорадки, если ранее у них не было судорог. Обычно такие приступы развиваются, если температура тела выше 38 градусов. Поскольку у каждого третьего ребенка фебрильные судороги могут повториться во время следующих эпизодов повышения температуры, у детей, однажды перенесших такой приступ, целесообразно сбивать у них температуру, начиная с 37,5 градусов.

Причины судорог:

- ▶ структурные изменения головного мозга, врожденные неврологические заболевания (ишемия, внутрижелудочковые кровоизлияния, наличие кист и т.д.);
- ▶ обменные нарушения (гипокальциемия, гиперкальциемия, гипокликемия, гиперкликемия, галактоземия т.д.);
- ▶ фебрильные.

Причина определяется и лечится только врачом после проведения обследования ребенка!

Рассмотрим клиническую картину судорожного синдрома у ребенка. Он внезапно теряет сознание и со вскриком или стоном падает. Несколько секунд длится тоническая фаза с напряжением мышц: запрокидыванием головы, вытягиванием ног, раскидыванием рук. В это время возможна остановка дыхания или прикусывание языка из-за сжатия челюстей. Зрачки ребенка расширяются, может



Школа для родителей недоношенных детей

застывать взгляд. Кратковременные подергивания различных мышечных групп (до двух минут), шумное дыхание, могут быть произвольные мочеиспускание или испражнение, выделение пены изо рта. После судорог наступает расслабление, и ребенок засыпает.

Первая помощь ребенку при судорогах:

- ▶ вызовите скорую помощь;
- ▶ уложите ребенка на жесткую, ровную поверхность на бок так, чтобы голова и грудь были на одной линии, и приподнимите голову с помощью скатанного одеяла. Помните, что нельзя смещать шейный отдел позвоночника и важно уложить ребенка так, чтобы он ниоткуда не упал;
- ▶ уберите вокруг ребенка все предметы, о которые он может пораниться;
- ▶ освободите шею и грудную клетку от тугих одежды, чтобы сделать дыхание свободным.
- ▶ проветрите помещение: температура воздуха не должна быть выше 20 градусов;
- ▶ не удерживайте с силой ребенка от произвольных движений, не разжимайте ему челюсти, не вливайте в рот жидкости, не вставляйте ложку, палец.

Апноэ у новорожденного ребенка

Апноэ у новорожденных - временная задержка дыхания во сне у младенца. Чтобы заметить случай апноэ, присмотритесь и прислушайтесь к ребенку.

Может быть, дыхание есть, но тихое. При его отсутствии грудь ребенка не движется. **Если ребенок не дышит 10-15 секунд и больше**, это уже можно назвать тяжелой степенью апноэ. При апноэ кожа малыша может принять синюшный оттенок, а пульс стать редким.

При восстановлении дыхания ребенок может резко вскрикнуть или всхлипнуть. Если случаи остановки дыхания вы заметили еще в роддоме, обязательно сообщите врачам.

Апноэ опасно тем, что из-за недостатка кислорода в крови (как правило, если остановка дыхания длится 20 секунд и более) скапливается углекислый газ, у ребенка начинается кислородное голодание головного мозга, а в результате - потеря сознания, понижение частоты сердечных



сокращений и в тяжелых случаях - летальный исход.

Первая помощь при апноэ:

- ▶ вызовите скорую помощь;
- ▶ засекайте время остановки дыхания;
- ▶ осторожно запрокиньте голову ребенка и осмотрите, нет ли постороннего предмета во рту: если есть, уберите предмет, если нет, то потормошите ребенка, поверните его лицом вниз, чтобы кровь прилила к голове. Помассируйте ручки, ножки, пяточки, мочки ушей, аккуратно помассируйте грудную клетку. Чуть брызните на малыша холодной водой.

Если ребенок так и не начал дышать, необходимо сделать искусственное дыхание:

- ▶ положите ребенка на спину на твердую поверхность - на стол, пол;
- ▶ откройте ротик малыша;
- ▶ обхватите ротик и нос ребенка своим ртом и сделайте вдох, повторите пять раз.

Если дыхание не восстановилось, начинайте непрямой массаж сердца: большими пальцами рук надавить на грудину ребенка на глубину 1,5 см, ладонь одной руки находится под спиной ребенка. 5 толчков - один вдох.

Необходимо полное обследование ребенка после первого же приступа!

Колики у новорожденного ребенка

Кишечная колика у детей - это боль, имеющая приступообразный вид. Причиной ее возникновения является повышенное газообразование.

У маленьких детей газ скапливается в кишечнике и сложно отходит, что в результате вызывает боль и провоцирует беспокойство и плач ребенка. Такие сложности с отхождением газов объясняются тем, что желудочно-кишечный тракт новорожденных не полностью сформирован. Ребенок кричит, прижимая ножки к напряженному животу. Боли от колик беспокоят детей в ночное и раннее утреннее время.

Возникновение кишечных колик можно предупредить:

- ▶ кормящая мама должна придерживаться диеты;
- ▶ следить за правильностью прикладывания ребенка к груди (чтобы ребенок не заглатывал воздух);
- ▶ использовать специальные бутылочки при искусственном вскармливании;
- ▶ выкладывать малыша на животик перед каждым кормлением;
- ▶ после кормления придать малышу вертикальное положение до отрыжки воздуха.

Первая помощь при коликах:

- ▶ приложить успокаивающее тепло (теплые грелки, пеленки на животик, выложить ребенка себе на живот);
- ▶ выполнить упражнения и массаж (массаж животика по часовой стрелке, подтягивание ножек к животу);
- ▶ применение лекарственных препаратов (капли и сиропы от повышенного образования, газоотводная трубка) - подключаются только при условии, что вышеперечисленные методы не приносят ожидаемого результата. ☺



Общественный Редакционный совет журнала



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



**Асанова
Татьяна Алексеевна**
к.м.н., заместитель
главного врача
КГБУЗ "Алтайская краевая
клиническая детская
больница" по организаци-
онно-методической работе



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



**Ефремушкина
Анна Александровна**
д.м.н., главный внештатный
кардиолог Министерства
здравоохранения Алтайского края,
профессор кафедры терапии и
общей врачебной практики с курсом
дополнительного профессиональ-
ного образования АГМУ



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



**Костромицкая
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,
председатель комитета
по здравоохранению и науке АКЗС



**Миллер
Виталий Эдмундович**
к.м.н., доцент кафедры
пропедвтики 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 министра
здравоохранения
Алтайского края



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



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



**Ремнева
Ольга Васильевна**
д.м.н., доцент, заведующая
кафедрой акушерства и
гинекологии Алтайского
государственного
медицинского
университета



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



**Фадеева
Наталья Ильична**
д.м.н., профессор
кафедры акушерства и
гинекологии Алтайского
государственного
медицинского университета



**Шубенкова
Наталья Михайловна**
мастер спорта СССР международного
класса по легкой атлетике, начальник
отдела подготовки спортивного резерва
и развития студенческого спорта
Управления спорта и молодежной
политики Алтайского края



**Яворская
Светлана Дмитриевна**
д.м.н., доцент кафедры акушерства
и гинекологии АГМУ,
президент "Ассоциации
акушеров-гинекологов"
Алтайского края

ЗДОРОВЬЕ

Алтайской семьи

№2 (182) февраль 2018 г.



Лауреат Губернаторской премии
среди СМИ по итогам 2003 года

Почетная грамота
Союза журналистов России



Благодарность от Управления
Алтайского края
по физической культуре и спорту

Почетная грамота Правительства
Алтайского края, 2017 год



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.

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

Время подписания в печать:
по графику - 14:00 27.02.2018 г.,
фактически - 14:00 27.02.2018 г.
Дата выхода: 06.03.2018 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.

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.:

656049, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Чкалова, 228. Тел. (3852) 38-33-59.

Печать офсетная. Тираж - 4000 экз. Цена свободная.

Подписной индекс - 31039

ИЗБЫТОЧНАЯ МАССА ТЕЛА, ОЖИРЕНИЕ

СООТВЕТСТВИЕ МАССЫ ТЕЛА НАДЛЕЖАЩЕЙ ОЦЕНИВАЮТ ПО ИНДЕКСУ МАССЫ ТЕЛА

$$\text{Индекс массы тела} = \text{масса тела (кг)} : \text{рост (м)}^2$$

ИМТ, кг/м ²	Масса тела
< 18,5	недостаточная
18,5 – 24,9	нормальная
25,0 – 29,9	избыточная
30,0 – 34,5	Ожирение I степени
35,0 – 39,9	Ожирение II степени
40,0 и выше	Ожирение III степени

Мужской тип («яблоко»)

- ✓ Избыток жира откладывается в области живота
- ✓ Чаще встречается у мужчин
- ✓ Ассоциируется с метаболическим синдромом, диабетом и сердечно-сосудистыми заболеваниями

Женский тип («груша»)

- ✓ Избыток жира откладывается в области бедер и ягодиц
- ✓ Чаще встречается у женщин
- ✓ Достоверная связь с метаболическим синдромом отсутствует

Наиболее неблагоприятный для здоровья тип ожирения — **АБДОМИНАЛЬНОЕ ОЖИРЕНИЕ:**

ОКРУЖНОСТЬ ≥ 102 см у мужчин
ТАЛИИ ≥ 88 см у женщин



У людей с избыточной массой тела чаще развиваются многие хронические заболевания, в том числе:

артериальная гипертония — в 3 раза чаще
сахарный диабет — в 9 раз чаще

