

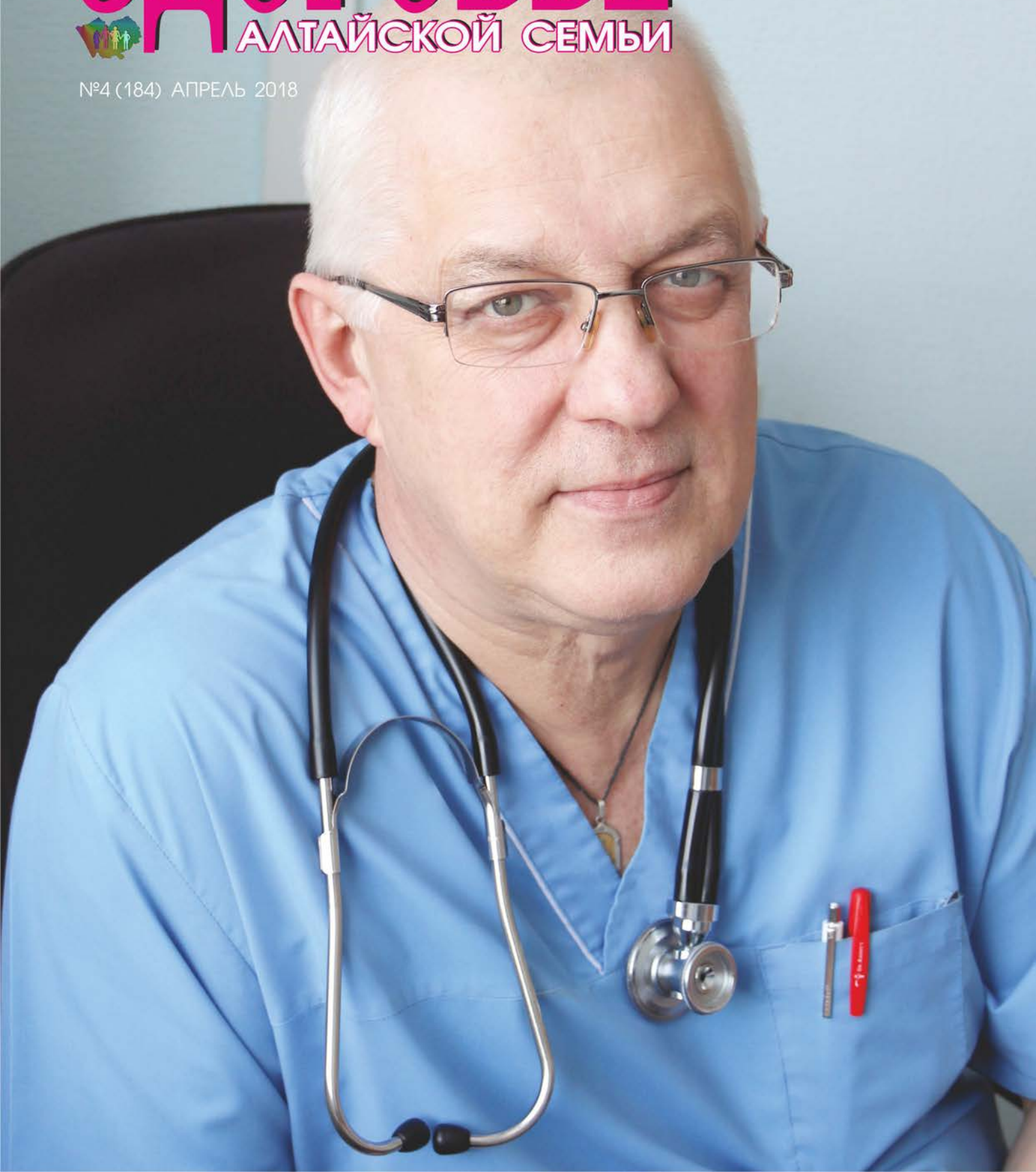
КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

6+

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№4 (184) АПРЕЛЬ 2018



Слёт добровольческих отцовских отрядов, приуроченный к празднованию Дню отца в Алтайском крае



Барнаул, 26.04.2018г.





**«Что касается рака -
здесь многое
в наших руках...»**



25

**Кровь людская -
не водица**



28

**Возрастной
андродефицит,
или Климакс
у мужчин -
это реальность**



40

Люблю я макароны!



42

У вас родился сын...

На обложке: Алексей Егорович ЗАВЬЯЛОВ, главный детский анестезиолог-реаниматолог Алтайского края, д.м.н., профессор, заведующий ОРА КГБУЗ «АККДБ».

Фото Ларисы Юрченко.

А.Е. Завьялов. Ожидайте, выезжаем!	2-4
А. Ф. Лазарев. «Что касается рака - здесь многое в наших руках...»	5-10
Сидя, стоя, лежа	11
О.В. Бальшева. Недетская проблема	12-13
Жизнь в Интернете и без него	14
Продуктовый «светофор»: за и против	14
ЖИЗНЬ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	
И.А. Вейцман. Все ли жиры одинаково вредны или полезны?	15
ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННО РОДИТЕЛЬСТВА	
Е.А. Маркова, Т.А. Кузнецова, Е.Ю. Семенова. Эндометриоз и бесплодие? Решение найдено. Результат получен	16-17
СЕРДЦЕ ПОД КОНТРОЛЕМ	
А.А. Ефремушкина. Острая ревматическая лихорадка и хроническая ревматическая болезнь сердца	18-10
Новости здравоохранения России	20
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ	
С.К. Эндерс. Диспансеризация в педиатрии	21-22
Т.О. Литвинова. Это важно знать будущей маме	23-24
А.Н. Мамаев. Кровь людская - не водица	25-27
ЭНЦИКЛОПЕДИЯ МУЖСКОГО ЗДОРОВЬЯ	
А.И. Неймарк, Я.В. Яковец, Б.А. Неймарк. Возрастной андродефицит, или Климакс у мужчин - это реальность	28-30
Новости здравоохранения России	31
Предложение на заданную тему	32-33
Как правильно кормить мужчину	34
В.П. Токарев. «Обеспечение качества, доступности и финансовой устойчивости системы здравоохранения для детского населения края - сегодня не миф, а реальность!»	35-38
Новости здравоохранения России	39
Люблю я макароны!	40-41
Алтайская краевая клиническая детская больница И.В. Трунов. У вас родился сын...	42-43
Россиян научат самолечению	44



Ожидайте, выезжаем!

Алтайский край относится к регионам с большой протяженной территорией с низкой плотностью населения, поэтому выездная работа врачей не просто актуальна - жизненно необходима для жителей региона.

Родоначалником этого направления можно назвать КГБУЗ «Краевой центр медицины катастроф», где круглосуточно работает бригада врачей-анестезиологов-реаниматологов, которая обеспечивает в том числе транспортировку детей от периода новорожденности до 17 лет в медицинские учреждения первого уровня. Отделения КЦМК, помимо Барнаула, развернуты в Рубцовске, Бийске и Славгороде. Но нагрузка на всех специалистах - огромная.

Поэтому в 2016 году приказом Министерства здравоохранения Алтайского края №626 было принято решение на базе реанимационного отделения КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница» сформировать бригаду по реанимации и транспортировке детей в период новорожденности (в возрасте до 28 недель). Руководит ее работой главный детский анестезиолог-реаниматолог Алтайского края **Алексей Егорович ЗАВЬЯЛОВ**, доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделением реанимации и анестезиологии КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница».

Он рассказывает: - Под нашу работу попадают четыре медико-географические зоны - это Барнаульская, Заринская, Алейская и Каменская. Учитывая их протяженность, нагрузка на врачей нашего отделения значительно выросла. В то же время коллеги из КЦМК получили возможность больше работать с детьми других возрастов, не периода новорожденности.

Выездная работа также осуществляется специалистами КГБУЗ «Алтайский краевой клинический перинатальный центр «ДАР», но их задачи и приоритеты иные - оказание помощи беременным женщи-

нам и малышам в течение первых суток жизни.

- С какими трудностями столкнулись на начальном этапе большой работы?

- В связи с формированием бригады на базе стационара АККДБ потребовались изменения в штатном расписании, четкое разделение обязанностей, чтобы не было такой ситуации: доктор пришел на работу, готов идти на операцию, но возникла необходимость срочно выехать в Заринск или Павловск. С возросшей нагрузкой справились, в том числе благодаря организационным мероприятиям, проведенным администрацией больницы. Естественно, время в пути зависит не только от удаленности пункта назначения, но и от состояния дорог. И наша бригада должна быть к этому готова. Также потребовалось решение ряда юридических вопросов от получения доверенности от родителей до формирования пакета документов, необходимых для транспортировки ребенка. И, наконец, - налаженное взаимодействие с коллегами из лечебных учреждений, передающие ребенка прибывшей бригаде. Мы эти проблемы решили. Сложнее было наладить очередность эвакуации, поскольку районы достаточно быстро поняли преимущество такой работы - возникла очередь из пациентов. Поэтому на следующем этапе была разработана форма реанимационно-консультативного листа, обеспечены необходимые мероприятия на местах, налажен контроль и постоянное наблюдение за состоянием ребенка. Врачи нашего отделения еще до выезда отслеживают параметры искусственной вентиляции лёгких (ИВЛ), дают рекомендации для стабилизации лабораторных показателей, оптимизации кормления и у же



адаптированного новорожденного транспортируют в стационар АККДБ. Но есть районы, откуда мы пытаемся детей вывезти уже в первые сутки, поскольку хорошо представляем потенциал ЦРБ и своих коллег на периферии, так как работаем с ними непосредственно.

В реанимационно-консультативную бригаду входят врач, медицинская сестра и водитель. Оснащение реанимобиля соответствует необходимым требованиям лицензирования: кювет для новорожденных, транспортные аппарат ИВЛ и монитор, инфузионный насос для осуществления инфузионной терапии, электрический аспиратор, укладка для проведения реанимации и интенсивной терапии, все необходимые медикаменты и расходные материалы. Имеется также запас кислорода на 600км дороги.

- Можно уже говорить о первых итогах работы?

- В прошлом году по телефону проведено 1835 консультаций. Происходит постоянная оценка врачом состояния ребенка в динамике. В 2016 году консультаций было еще больше - 2250! Снижение цифр свидетельствует о том, что доктора периферийных лечебных учреждений стали лучше понимать наши рекомендации и придерживаться их.

Количество проконсультированных больных в 2017 году состави-



Десятилетие детства

ло 500 человек, в 2016-м - под 600. Одной из причин изменения этого показателя является снижение рождаемости. В прошлом году обеспечили транспортировку в наш стационар 118 пациентов: то есть выезжали каждые 3 дня. Если в начале нашей выездной работы 7-8 больных постоянно были под наблюдением специалистов АККДБ, сейчас ситуация кардинально изменилась. К примеру, если в понедельник четверо больных стоят под наблюдением, то ко вторнику остается один и его лечение полностью согласовано. За два года работы достигнуто снижение младенческой смертности. Однако этот показатель зависит от многих факторов, в частности, сказывается снижение рождаемости. Так что для выводов надо оценивать динамику за 5-10 лет.

В наш стационар доставляем детей с патологией органов дыхания, хирургической патологией. До первых суток жизни в 2017 году вывезли 36 новорожденных. Поводами для выездов являются также недоношенность детей, синдромы дыхательных расстройств, пороки развития сердечно-сосудистой системы и органов пищеварения, судорожный синдром, церебральная ишемия. С пороками развития обязательно берем ребенка в АККДБ, поскольку у больницы налажены четкие взаимоотношения с федеральными центрами Томска, Кемерово, Новосибирска, есть возможность быстрее оказать ребенку необходимую помощь. Приведу такой случай. Женщина из Новосибирска приехала рожать третьего ребенка в Барнаул в роддом №1, потому что двое ее детей появились на свет именно здесь. Мальш родился с пороком сердца, его перевели в АККДБ, поставили диагноз, провели обследование, компенсировали ви-



Коллектив отделения реанимации и анестезиологии

тальные функции, согласовали ситуацию с кардиохирургами. И мы самостоятельно на реанимобиле доставили новорожденного в НМИЦ имени академика Е.Н. Мешалкина (Новосибирск). Мама «догоняла» нас уже в дороге. Главное, чтобы ребенок попал по назначению как можно раньше.

Обязательно подготавливаем больного к транспортировке, обеспечиваем адекватный газообмен, сохраняем температурный режим в пути, измеряем температуру тела ребенка каждые полчаса или по необходимости - гораздо чаще, чтобы дети находились в комфортных условиях. Ребенок в пути получает полное лечение по показаниям. Как правило, уже в дороге начинаем дифференцировать основное заболевание и часто приезжаем и начинаем работу с пересмотра диагноза.

- Врачу-реаниматологу работать на выезде сложнее, чем в отделении?

- Конечно. Остаешься один на один с проблемой в пути, да и в районном лечебном учреждении ты один, поскольку там доктора уже полностью «выдохлись» и морально, и физически, нередко остаются на работе по двое-трое суток подряд, когда есть сложный ребенок. Транспортировка требует профессионализма, подготовки, морального настроя, крепкого здоровья.

Коллектив отделения преимущественно мужской. Исключением является Елена Львовна ТЕРЕНЮК, анестезиолог-реаниматолог отделения, ставшая лучшим врачом-анестезиоло-

Противопоказаниями для транспортировки являются: болевой шок, дыхательная недостаточность, нарастающий отек головного мозга, терминальные состояния ребенка. Сначала стабилизируем состояние таких больных и только после этого принимаем решение.



Председатель Правительства Алтайского края, Губернатор Алтайского края А.Б. Карлин и министр регионального здравоохранения И.В. Долгова награждают победителя профессионального конкурса «Лучший врач года-2017» Е.Л. Теренюк



Десятилетие детства

◀гом Алтайского края в 2017 году. У нас работают шесть врачей высшей категории, приходит молодежь - и это радует. Молодые к нам тянутся, хотя в отделении тяжелая мужская работа, требующая не только выносливости, но и мобильности, постоянной готовности выехать к больному по любому адресу.

- Получается, что выездная работа реанимационных бригад для оказания помощи новорожденным уже отлажена?

- Да. Выездная работа позволила централизовать реанимационную помощь, связать лечебные учреждения периферии с лечебным учреждением третьего уровня в краевом центре. Это дало возможность оказывать в масштабах края своевременную квалифицированную помощь новорожденным, улучшить преемственность этой помощи. Как итог, выстроенная система выездной работы позволила сократить перинатальную, раннюю перинатальную смертность в Алтайском крае.

Хорошо помню, как, работая в районной больнице, получая ребенка в критическом состоянии, каждый врач испытывал давление родителей, бабушек и дедушек: «Доктор, сделайте что-нибудь!». Помню состояние заведующего отделением, как он собирался с силой духа, чтобы позвонить коллегам в Барнаул. Его несколько раз отчитывали, и только потом начиналась полноценная консультация. Сегодня таких проблем нет: из районов звонят в круглосуточном режиме, и идет полноценная работа по оказанию помощи каждому ребенку и консультируемому врачу.

В реанимации АККДБ сейчас дежурят одновременно два врача. Подробно разбираем с коллегами из периферийных лечебных учреждений программу инфузионной терапии. По WhatsApp передают снимки, обсуждаем, смотрим больного в динамике. Возможно, это первый шаг к телемедицине, о которой сейчас много говорят.

Отказов в транспортировке тяжелого ребенка с нашей стороны нет. Напротив, берем на себя больных даже в состоянии средней степени тяжести, поскольку понимаем: часто на районе всего один педиатр, и ему важно вечером вернуться домой, чтобы на следующий день провести прием пациентов.

На реанимационное отделение АККДБ также увеличилась нагрузка в связи с реорганизацией и закрытием некоторых профильных отделений



С.Н. Чуйков,
врач-анестезиолог-реаниматолог

в Барнауле. Сегодня круглосуточно принимаем эндокринологических больных Барнаула, все поступившие в больницу дети с сахарным диабетом обязательно консультируются врачами реанимационного отделения. По стандартам оказания медпомощи дежурный врач должен осмотреть такого ребенка в течение десяти минут, в течение 3-5 минут должны сделать анализ крови на показатели сахара и гемостаза. Далее консилиум врачей определяет, где будет проходить дальнейшее лечение: в реанимационном или эндокринологическом отделении.

Мы помогаем семьям маленьких пациентов, обеспечивая транспортировку детей на большие расстояния к месту лечения: в ведущие медицинские центры Новосибирска, Кемерова, Томска. Доктора отделения обеспечивали транспортировку детей в Москву и Израиль на общетранспортных самолетах. Я недавно вернулся из Индии, куда сопровождал девочку - ей предстоит пересадка сердца. Сейчас она находится в периоде ожидания своего донора, которое может затянуться до полугода и даже года. Всё это время девочка будет находиться под наблюдением местных врачей.

С участием наших специалистов осуществляются анестезиологические пособия в стоматологическом кабинете, где всем детям Алтайского края и Барнаула с заболеваниями ЦНС и множественным кариесом проводится лечение зубов под наркозом. Шесть наркозов ежедневно - таков объем работы кабинета. В результате проводимой по инициативе стоматологов оптимизации работы очередь на лечение снизилась с 4 месяцев до 4 недель. ☺

В Алтайскую краевую детскую больницу по скорой помощи с этого года поступают все дети с неврологической патологией, судорожными проблемами. Дифференцируем эту категорию пациентов, осматриваем с тем, чтобы снять критическое состояние. Сейчас эти больные поступают туда, где им реально помогают.



«Что касается рака - здесь многое в наших руках...»

Доктор медицинских наук, заслуженный врач России, заведующий кафедрой онкологии, лучевой терапии и диагностики Алтайского государственного медицинского университета, директор Алтайского филиала научно-исследовательского центра онкологии имени Блохина Александр Федорович ЛАЗАРЕВ выступил с актовой речью, в которой подвел основные итоги многолетней практической и исследовательской работы в области профилактики онкологических заболеваний.



Нам до Америки далеко. И это хорошо
- Александр Федорович, актовая речь - своего рода вершина деятельности каждого ученого?

- Да, можно сказать и так. У меня это вторая актовая речь, посвящена она актуальной проблеме - профилактике злокачественных новообразований. Я расцениваю это как возможность осветить научную работу, которую я вел в течение последних лет. Она вылилась в получение 7 свидетельств и патентов, 18 монографий, 32 докторских и кандидатских диссертации, выполненных под руководством в значительной степени с моим учителем и вдохновителем **Яковом Наумовичем ШОЙХЕТОМ**. Я горжусь этим сотрудничеством. 280 печатных научных работ, 110 - в издании ВАК, 20 опубликованы за рубежом в серьезных научных журналах. У меня 70 учеников, доктора наук. Около 50 монографий, последняя стала лауреатом конкурса на лучшее научное издание, посвященное 80-летию Алтайского края. 6 государственных премий Алтайского края за научные достижения. Многие

исследования связаны с особенностями развития онкологических заболеваний на территории Алтайского края.

- В нашем крае сегодня в структуре смертности онкология занимает второе место, уступая лишь сердечнососудистым заболеваниям, а как выглядит в этом отношении наш регион в сравнении со страной, миром?

- Каждый год в мире прирост злокачественных новообразований составляет более 2%, в нашем крае - 2,3%, мы идем с опережением. Однако по динамике заболеваемости, стандартизованным показателям, в мире прирост - 2,1%, в России и на Алтае они значительно меньше: 1% и 1,1% соответственно. Не нужно считать, что мы живем в стране, которая обречена.

Если сравнивать российские стандартизованные показатели с американскими, то мы еще не достигли этих цифр, и стремимся сделать так, чтобы такого интенсивного роста не было. Когда мы сравниваем себя с Россией - в крае выше продолжительность жизни, чем в отдельных регионах.

- А по структуре заболеваний? Какие чаще все-

го в крае встречаются онкозаболевания у женщин, и какие - у мужчин?

- Мы сравнивали показатель наиболее частых злокачественных заболеваний в США, России и Алтайском крае. У американских мужчин часто встречается рак предстательной железы, у нас пока он на втором месте. На первом, так же как и по России, - рак легкого, на третьем месте именно в нашем регионе - меланома, заболевания кожи. Немного уступаем лидерство общероссийским показателям по прямой и ободочной кишке, пятую позицию наравне держим по раку желудка.

У женщин подобный рейтинг выглядит немного иначе. На первых позициях в США и России - злокачественные новообразования молочной железы, у нас строчки лидеров наравне с этой локализацией занимает та же меланома. Наравне в США, России и Алтайском крае - рак ободочной и прямой кишки. Немного чаще в крае встречается рак щитовидной железы, реже - матки.

- Эта динамика меняется во времени?

- Конечно. Если проследим данные за последние 20 лет, увидим достаточно интен- ►



Основными причинами возникновения злокачественных опухолей являются факторы образа жизни и окружающей среды. Но загрязнение атмосферного воздуха, по нашим исследованиям, - это 1-2% от них. Больше всего (30-35%) - это курение и 35-40% - неправильное питание.

сивный прирост опухолей предстательной железы и почек, но и столь же стремительное снижение злокачественных новообразований губы, костей.

- Очевидно, что вы изучали и «географию» территории распространения раковых заболеваний в крае...

- Конечно. В нашем регионе она выглядит неоднородно. Есть районы, где заболеваемость достигает 500-700 случаев на 100 тысяч населения. Есть муниципалитеты, где эта цифра - 250. К примеру, степная и предгорная зона, где риск меньше. Однако делать выводы о наличии таких «проблемных» территорий с повышенным онкологическим риском можно только на основе многолетнего мониторинга.

Возьмем Барнаул, который объективно выделяется неблагоприятной средой, что выражается в высоком уровне заболевания. Вы знаете, почему новый мост в краевом центре построен именно в том месте, где он сейчас? Я вам сейчас покажу книжку «Онкогигиеническая ситуация в Барнауле» - это результат исследования, проведенного в 90-годах.

В 1972 году я получил первые данные, каков уровень канцерогенного прессинга в самом крупном городе края. Оказалось, что уровень загрязнения в районе основных магистралей значительно превышает допустимые нормы. Вдумайтесь: один КамАЗ выбрасывает канцеро-

генов в 10 тысяч раз больше, чем легковой автомобиль. Эти выводы сыграли определяющую роль при выборе места для строительства нового моста. Хотя по затратам выбор территории неподалеку от старого моста был бы экономичнее в несколько раз. Однако власти пошли на это, чтобы сделать весь транзит в обход города. Поэтому мы гордимся, что помогли принять такое правильное с точки зрения здоровья и безопасности населения решение.

Но при этом, возвращаясь к уровню онкозаболеваемости среди территорий края, в краевом центре она не выше, чем в отдельных территориях края. Станным кажется? Нет, если учесть, что на ситуацию влияет совокупность факторов. Более молодое население города, закрытие вредных производств и т.д. Кстати, свою лепту внесли и решения, которые приняли для очищения города тогдашние руководители города Владимир Баварин, Анатолий Мельников: газификация, строительство нового моста, объездные дороги - на много лет эти меры обеспечили снижение уровня онкозаболеваемости.

Главные риски

- Александр Федорович, однако, по вашим исследованиям, среди главных факторов, влияющих на причины возникновения рака, воздействие вредных выбросов в атмосферу - не на первом месте?

- Основными причинами возникновения злокачественных опухолей являются факторы образа жизни и окружающей среды. Но загрязнение атмосферного воздуха, по нашим исследованиям, - это 1-2% от них. Больше всего (30-35%) - это курение и неправильное питание (35-40%).

Ведущее значение для заболевания гортани, полости рта, лёгких оказывает никотиновая приверженность. Не зря медики давно «бьют в колокола», говоря о так называемой эпидемии табакокурения. На протяжении жизни 80% мужчин в нашем крае курят. И пока существенной тенденции к снижению нет. Особенно волнует нарастание курения среди женщин. В наши дни больше



Победим свой страх!

30% молодых женщин в возрасте моложе 34 лет являются курильщицами. Потому - более высокие темпы роста женских злокачественных новообразований. Совсем недавно мы не видели женщин, больных раком лёгкого. Сегодня они есть.

Многие известные артисты стоят на защите курения, но они болеют. Там, где слабое «звено» по показателям организма плюс плохая наследственность, - курить нельзя категорически! Тот же Ролан Быков впоследствии говорил: «Надо было говорить не «Ролан, курение вредно», а «Ролан, ТЕБЕ курить нельзя».

Ешьте наше, алтайское

- Иной раз удивляешься, как доживают до глубокой старости люди, испытавшие военное лихолетье, голод, холод и непосильный труд...

- Знаете, я занимался исследованием образа жизни долгожителей. Сегодня на территории Алтайского края живет около 30000 жителей возрастом выше 90 лет, 75 человек - 100 лет, 3 человека - 105 лет. А одно время в книге рекордов была наша землячка, дожившая до 117 лет! Так вот, она, как и многие подобные ей «уникумы», жила скромно, пенсия маленькая, питалась только здоровой пищей: овощами со своего приусадебного участка, мясом с собственного подворья.

Все пищевые добавки сегодня играют пагубную роль. Не устаю приводить пример: в 200 граммах копченой колбасы столько же канцерогенов, что и в 100 сигаретах. А баночка шпрот равна 200 выкуренным сигаретам. К тому же сегодня люди менее устойчивы к внешним факторам воздействия. А их всё больше.

Поэтому, изучая причины возникновения злокачественных заболеваний, мы увидели колоссальную роль продуктов питания. Обратились в Роспотребнадзор, они по нашей просьбе выполнили уникальную работу «Определение перечня основных продуктов». Просчитано, какие продукты потребляет житель края, и это соотнесено с местной динамикой заболеваемости. Есть, к примеру, десяток районов, где высок индекс загрязнения в молоке. Картофель на всей терри-



тории края практически безопасен, кроме южной группы районов. Хлеб безопасен в большинстве территорий. Практически везде абсолютно безопасны овощи, бахчевые культуры. С любого района потребляй - можно не опасаться! Растительное масло - тоже. Когда просчитали канцерогенный радиационный риск, составили соответствующую карту. Почему мы говорим сегодня о безопасности продуктов питания на Алтае? Риск потребления действительно в несколько раз ниже, чем в Европе, где продукты питания другие.

Однако надо понимать, что при всем том мы говорим о суммарном факторе. Занимаясь вопросами эпидемиологии, детально изучая причины возникновения злокачественных новообразований, на сегодняшний день стало понятно: большинство заболеваний имеет мультифакторную природу. То есть играют роль и генетические факторы, и окружающая среда, и образ жизни. Нет чистого воздействия - везде микс.

- Мультифакторная природа включает в себя и последствия испытаний на Семипалатинском полигоне. Хотя, согласно вашим же исследованиям, выяснилась удивительная вещь: в некоторых пострадавших от испытаний районах сегодня, напротив, более спокойная онкообстановка... Как это объяснить?

Все пищевые добавки сегодня играют пагубную роль. Так, в 200г копченой колбасы столько же канцерогенов, что и в 100 сигаретах. Баночка шпрот равна 200 выкуренным сигаретам. К тому же сегодня люди менее устойчивы к внешним факторам воздействия. А их всё больше.



Модернизация - жителям края

Нами разработано понятие первичной онкопрофилактики. Его редко связывают с Алтайским краем, Алтайским краевым онкологическим диспансером. И, тем не менее, - это наша идеология, мы ее создали.

- А вы знаете, что сегодня Хиросима и Нагасаки - одни из самых благоприятных городов Японии по уровню заболеваемости? Так и у нас. Определена территория края, население которой наиболее пострадало от радиационного воздействия. Это - Локтевский, Третьяковский, Рубцовский, Угловский районы. И, естественно, первая реакция - высокий уровень рака щитовидной железы. Показатели были в два раза выше, чем в целом на территории края и в других районах. Пик пришелся на 2000 год, а дальше - снижение в этих районах. То есть, если на территории края и в России продолжается интенсивный рост этих онкозаболеваний, то в этих зонах - уровень уже ниже, чем на территории Алтая. И даже ниже российского уровня! Срабатывает высший естественный отбор. Фактор уходит, территория очищается.

У нас есть и собственные природные факторы, вызывающие онкологические риски: аномальное содержание радона, к примеру. Но там, где это есть, у местных жителей фиксируется и наименьшее число онкозаболеваний, которые, по идее, должны быть спровоцированы этим фактором. Та же Белокуриха. Многие боятся ехать - выход естественных канцерогенных газов, радона, а мы лечим и профилируем. И аборигенов, больных раком, обусловленным этой канцерогенной средой, - единицы! Они ус-

тойчивы. А «вырвите» резко человека из этой среды, поместите в «более благоприятную», и не факт, что состояние его не ухудшится. Но медики, отбирая контингент для отправки на курортное лечение, должны знать, кого послать, а кого нет. Конечно, доктор не отправит туда пациента, имеющего раковую мутацию.

Всё это говорит о том, что один фактор не имеет решающего значения. Важно это понимать, чтобы строить систему профилактических мероприятий.

Впереди России всей

- Александр Федорович, недавно стало известно, что под вашим руководством разработали новую методику профилактики онкологических заболеваний. И эта разработка оценена как своевременная и уникальная в России. В чем ее суть?

- Если коротко, то - в индивидуальном подходе в системе профилактики онкозаболеваний. Сначала предыстория. Давайте возьмем рак молочной железы. Как он обычно выявляется? Проводя пациентке одну маммографию или УЗИ, есть реальный риск пропустить заболевание. Должен быть комплексный подход. Идеология всеобщей диспансеризации - очень нужная вещь, делающая многие исследования доступными для пациента, но в отношении ранней диагностики онкозаболеваний - часто многозатратное и бесполезное направление. Невозможно сегодня провести высококачественную диспансеризацию всего населения с целью ранней диагностики рака. Ни одна страна не сможет, никаких ресурсов не хватит. Если будем работать с группой риска, тогда у нас будут совсем другие результаты.

Нами разработано понятие первичной онкопрофилактики. Его редко связывают с Алтаем, Алтайским онкодиспансером. И, тем не менее, - это наша идеология, мы ее создали. Первичная профилактика злокачественных новообразований имеет две стороны: снижение канцерогенного воздействия и повышение противоопухолевой устойчивости.

Онкологическая заболеваемость в Алтайском крае (усредненная за 15 лет), на 100 тыс. населения



Победим свой страх!

Мы были пионерами и опубликовали работу о таком подходе в 2000 году.

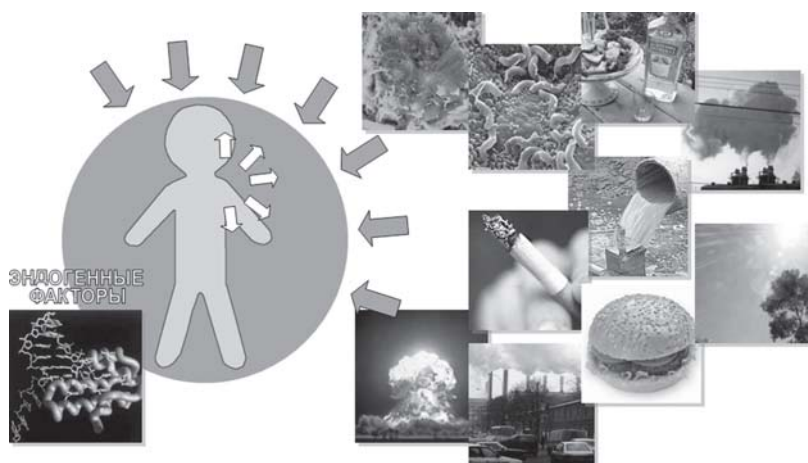
Чтобы работала вторичная онкопрофилактика, прежде всего нужно проводить скрининги. Они позволяют формировать группы онкологического риска, находить предрак. Группа высокого риска включает в себя пациентов с облигатным предраком, пострадавших от радиационного воздействия, имеющих высокий уровень факторного числа. Сюда же входят и люди, ранее излеченные от рака.

Сейчас мы разработали индивидуальную карту риска. Пока разработка алгоритмов действий касается рака молочной железы, рака лёгкого, колоректального рака, рака желудка и рака предстательной железы. На первом этапе мы осуществляем отбор пациентов в группу высокого риска, затем в ней проводим целевой углубленный поиск. Заполняется индивидуальная карта риска, учитываются 30-35 факторов. Создав эту систему, мы нашли работающие факторы и степень влияния каждого. Затем по формуле просчитывается уровень риска.

Победа над раком

- Президент нашей страны поставил задачу необходимости реализации общенациональной программы по борьбе с онкологическими заболеваниями. Можно сказать, борьбу с раком объявили делом государственной важности, с соответствующим подкреплением бюджетными средствами. Как вы оцениваете такое внимание власти?

- Знаете, на поворотных моментах истории хорошие руководители всегда обращали внимание на узловые моменты. После Великой Отечественной войны стали вплотную заниматься онкологией. Почему? Война - это новые технологии, производство, широкое использование химии, что вызывает рост онкозаболеваний. Сегодня это - урбанизация, загрязнение, техногенная революция. Всеобщая цифровизация, к примеру, колоссально увеличивает лучевую нагрузку на организм. Так, в Европе возрастает количество



Большинство злокачественных опухолей человека имеет мультифакториальную природу, т.е. в их возникновении играют роль как генетические, так и множество внешних факторов

уровня смертности от опухолей головного мозга, причем среди молодых людей. Проблема онкологии опять встала во весь рост.

Второй момент: почему такое решение совершенно справедливо созрело именно сейчас? Потому что медицина стала к этому готовой. Если бы поставили задачу кардинально снизить уровень онкозаболеваний 30 лет назад, это была бы пустая затея. Раньше профосмотры проводились повсеместно, но выявляемость оставалась низкой, а запущенность - высокой. Почему? Потому что те методы, которые применялись, были не способны выявить начальный процесс. Например, появление в нашем регионе ПЭТ-центра, где пациентам доступна будет позитронно-эмиссионная томография - метод исследования внутренних органов и тканей тела, позволяющий обнаружить рак на ранних стадиях с точностью до 95%. Раньше о таком и не мечтали! Впрочем, каких-то 10 лет назад УЗИ и маммография тоже были не так доступны, как сегодня. Но наука шагает вперед семимильными шагами.

- Александр Федорович, как вы считаете: в обозримом будущем мы сможем окончательно справиться с раком?

- Видите ли, мы и сейчас с ним справляемся. Но сам человек делает предпосылки для появления новой болезни. Что я имею в виду? Это - снижение качества питания,

Мы разработали индивидуальную карту риска. На первом этапе мы осуществляем отбор пациентов в группу высокого риска, затем в ней проводим целевой углубленный поиск. Заполняется индивидуальная карта риска, учитываются 30-35 факторов. Создав эту систему, мы нашли работающие факторы и степень влияния каждого. Затем по формуле просчитывается уровень риска.



Модернизация - жителям края

◀ вредные привычки, агрессивная окружающая среда. Нужна огромная воспитательная работа. Второе - меняется и сам рак: опухоли становятся другими. Говоря простым, немедицинским языком, - сейчас это более злые формы. Если раковая опухоль раньше, к примеру, росла неким узлом, то теперь она рано рассыпается, рано метастазирует, прорастает в соседние ткани. И это происходит потому, что те формы рака, которые были раньше, научились излечивать, пациентов с такими формами онкологических заболеваний уже не стало. Но стали выкристаллизовываться новые. Точно так же, как, например, сегодня поменялось микробное поле.

Так что онкозаболевания были, есть и будут. Это - живой биологический процесс. Наша же задача - научиться управлять этим процессом, чтобы полностью исключить смертность от этой причины. И это реально.

- Дайте, пожалуйста, советы нашим читателям. Как уберечься от онкологии?

- Употребляйте качественную пищу. Конечно, наш излюбленный завтрак на скорую руку - бутерброд с сыром и колбасой. Я хоть и борец с таким продуктом, как колбаса, но полностью из рациона его не исключаю, просто стараюсь употреблять редко. Больше - натуральных продуктов. У нас в семье свой сад-огород, поэтому морковь, перец, помидоры, картошка - свои.

Второе - очищайтесь. Почему самые дорогие квартиры в Китае - на 20-25 этажах? Считается, что чем выше, тем чище. Почему в Стокгольме люди предпочитают жить в пригороде? Ответ очевиден. Поэтому отдыхайте больше на природе, где экологически чистые зоны, особенно предгорья. Высота 600 метров считается абсолютно чистой экологической зоной. У нас на территории края очень много таких зон, просто мы не умеем ими пользоваться. Ходите регулярно в отпуск, старайтесь выезжать на природу в выходные. Занимайтесь физкультурой.

Третье - ограничьте время контакта с компьютерами, телефонами, другими гаджетами. Сбавьте лучевую нагрузку!



И, наконец, внимательно следите за своим здоровьем, не избегайте профосмотров, обращайтесь на свою природную наследственность.

...В заключение

В конце нашего интервью профессор Лазарев предложил мне попробовать новую преддиагностику рака молочной железы. Мы заполнили таблицу, по 32 показателям оценили факторы и степень риска. Внесли данные о росте-весовом соотношении, наследственности, характере труда, питания, сна, некоторых заболеваний... Затем по определенной методике профессор посчитал итоговую цифру: оказалось, она соответствует пониженному риску. Прописаны рекомендации. А главное, глядя на плюсики и минусики в заполненных графах рисков, у пациента, проходящего такую диагностику, есть возможность в дальнейшем скорректировать показатели. Например, обратить внимание на свой вес, продолжительность сна, имеющиеся вредные привычки. Даже такой несложный тест, занимающий около 20 минут, полезен для адекватного составления предварительных онкорисков. И, что немаловажно, он заставляет задуматься о собственном здоровье со всей серьезностью. Вовремя задуматься... ☺

Ксения Тевс

*Фото Ларисы Юрченко
с выступления профессора
А.Ф. Лазарева с актовой речью
в АГМУ, 09.04.2018 год.*

Онкологические заболевания были, есть и будут. Это - живой биологический процесс. Наша же задача - научиться управлять этим процессом, чтобы полностью исключить смертность от этой причины. И это реально.



Недетская проблема

Аллергия коварна - она может возникнуть в ответ на фактор, который кажется вполне безобидным. Опасными могут быть молоко, рыба, домашние животные, пыль... - практически всё, что угодно. И зачастую аллергия заканчивается серьезным заболеванием - атопическим дерматитом.

О том, как связана аллергия и атопический дерматит, почему недуг касается и взрослых, и детей, - рассказала **Ольга Владимировна БАЛЫШЕВА**, врач-аллерголог-иммунолог высшей квалификационной категории, руководитель аллергологического центра Диагностического центра Алтайского края.

- Правда, что атопический дерматит - бич современных детей, что он сейчас гораздо сильнее распространен, нежели 20 лет назад?..

- Действительно, атопический дерматит - это очень серьезное заболевание. Еще в XX веке была подтверждена его связь с бронхиальной астмой и поллинозом. Что касается статистики, в развитых странах дерматит встречается у 10-20% людей, его симптомы у детей в возрасте 6 месяцев отмечаются в 60% случаев, до 1 года - в 75%, до 7 лет - 80-90% случаев. Сочетание атопического дерматита и бронхиальной астмы наблюдается в 34% случаев, с аллергологическим ринитом - в 25%, с поллинозом - в 8% случаев. Более того, в последние годы фиксируется отчетливая тенденция к увеличению числа пациентов с атопическим дерматитом («атопиков»).

- Об атопическом дерматите существует гигантское количество мифов, поэтому предлагаю еще раз рассказать о том, что это за заболевание.

- Атопический дерматит - это хроническое воспалительное поражение кожи, протекающее с периодами обострений и ремиссий. Проявляется сухостью, повышен-

ным раздражением кожи и сильным зудом. Доставляет физический и психологический дискомфорт, снижает качество жизни пациента в быту, семье и на работе, внешне представляет косметические недостатки. Атопический дерматит является наиболее распространенным дерматозом (заболеванием кожи), развивающимся в раннем детстве и сохраняющим те или иные свои проявления в течение всей жизни.

- Говоря об атопическом дерматите, как правило, врачи подразумевают в качестве пациентов детей. Но, наверное, взрослые страдают не меньше малышей?

- Считается, что атопический дерматит, начавшись в раннем детстве, спонтанно проходит во взрослом возрасте. Но так происходит далеко не всегда, к сожалению. По статистике, диагноз сохраняется у 40-60% больных.

- Если в детстве атопического дерматита не было, во взрослой жизни он возникнуть не может?

- Может, но такое случается достаточно редко. Всё же признаки любой аллергии начинают проявляться с детского возраста, не заметить их невозможно.

- Есть мнение, что заболевание растет вместе с ребенком и не уходит, а просто трансформируется во взрослую форму. Это так?

- Да, верно. Атопический дерматит может быть дебютом «аллергического марша». Поясню. Атопический дерматит, формирующийся у детей, со временем, к



3-5 годам, переходит в аллергический ринит на домашнюю пыль, домашних животных, пыльцу растений. При прогрессировании аллергического процесса может развиваться одышка, кашель, что ведёт к формированию бронхиальной астмы. Иными словами, атопический дерматит, связанный с пищевой аллергией, ускоряет прогрессирование так называемого «аллергического марша».

- Что такое потенциал здоровья и как атопический дерматит может на него влиять?

- Потенциал здоровья - способность взаимодействия с окружающим миром для поддержания или восстановления гомеостаза. Это понятие включает иммунологический статус, физические позиции, эмоциональную стабильность,валеологическую культуру, стиль жизни. Говоря простым языком, потенциал здоровья - это максимальные возможности организма. В свою очередь, атопический дерматит - это заболевание, характеризующееся нарушениями в иммунной системе. Соответственно, любые изменения в окружающей среде, такие, как начало посещения

детского сада или школы, для детей являются провоцирующими факторами, которые изменяют потенциал здоровья и вызывают обострение atopического дерматита. У взрослых дерматит обостряется при психоэмоциональных стрессах.

- Атопический дерматит бьет не только по коже, но и внутренним органам? Какое лечение вы предлагаете своим пациентам в рамках аллергологического центра Диагностическо-го центра Алтайского края?

- Атопический дерматит, поллиноз и астма - это в сущности одно заболевание, существующее в теле человека, но в разное время, протекающее в разных органах, которые поражает.

Больным с atopическим дерматитом следует избегать или максимально ограничить контакт с раздражителями (использование грубого мыла, грубой одежды, чрезмерно высоких или низких температур и влажности), которые могут вызвать значительное потоотделение или, наоборот, сухость кожи. На пораженные области кожи рекомендуется наносить стероидосодержащие мази или кремы. Для ослабления зуда назначаются антигистаминные препараты. В нашем центре проводятся кожные аллергологические пробы и, если выявляется пищевая аллергия, то исключаются продукты, которые ухудшают течение заболевания. При сочетании atopического дерматита и аллергии с поллинозом проводятся тесты на выявление причинно значимых аллергенов, проводится специфическая иммунная терапия из пылевых аллергенов. Если, к примеру, atopический дерматит сочетается с аллергией на домашнюю пыль, то проводится иммунизация из бытовых аллергенов.

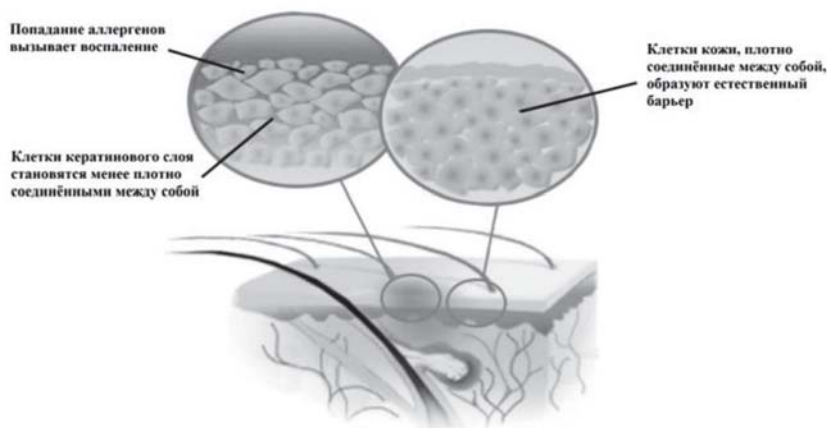
- Какая доля пациентов переходит в стадию длительной ремиссии?

- В стадию ремиссии при адекватном лечении и наблюдении у аллерголога (дерматовенеролога) может перейти до 50-60% пациентов.

- Если кто-то из родителей имеет atopический дерматит, значит ли это, что у их ребенка будет аналогичная проблема?

АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ

НОРМАЛЬНАЯ КОЖА



- Риск развития atopического дерматита у детей выше в семьях, где родители имеют аллергические заболевания или реакции. Если оба родителя здоровы, то риск развития atopического дерматита составляет 10-20%, если болен только один родитель - 40-50%, оба родителя - 60-80%.

- Как мы с вами уже поняли, atopический дерматит - это достаточно распространенное сегодня заболевание. Что вы советуете взрослым людям, которые много лет живут с этим диагнозом? Кажется, что они всё уже про себя знают, есть ли им смысл ходить на прием к аллергологу-дерматологу?

- К сожалению, atopический дерматит - это хроническое заболевание. Оно наносит вред организму: пациент вынужден постоянно пользоваться лечебными и увлажняющими мазями, без их использования человека мучит постоянный зуд тела. Для улучшения состояния кожи в летний период желательно посещать соленые озера в местной зоне, а при возможности - побережье Чёрного моря. И, разумеется, нужно хотя бы раз в год приходить на консультацию к дерматологу или аллергологу, чтобы получить новые рекомендации по лечению имеющегося atopического дерматита. ☺

При прогрессировании аллергического процесса может развиваться одышка, кашель, что ведёт к формированию бронхиальной астмы. Атопический дерматит, связанный с пищевой аллергией, ускоряет прогрессирование так называемого «аллергического марша».

КОНТАКТНЫЕ ТЕЛЕФОНЫ

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

На правах рекламы





Все ли жиры одинаково вредны или полезны?

Продолжение. Начало в №3 (183)

- Сейчас везде рекламируют какие-то омега? Что это?

- Омега-3 и омега-6 являются незаменимыми полиненасыщенными жирными кислотами, то есть они не способны образовываться в организме человека в ходе обмена веществ, поэтому должны поступать с пищей в достаточном количестве.

Физиологическая потребность взрослых людей в **омега-6** составляет **8-10г /сутки** (это составляет всего 5-8% от суточного рациона), потребность в **омега-3** - **0,8-1,6г /сутки** (1-2% от калорийности суточного рациона). Около 80% россиян употребляют недостаточное количество незаменимых жирных кислот!

Пищевыми источниками омега-3 являются: грецкие орехи, тыквенные семечки, бобовые, льняное масло, лосось. Но единственный естественный способ получить необходимую суточную дозировку омега-3 - употреблять свежую глубоководную рыбу без термообработки. Кислота омега-3 снижает воспаление (что обязательно присутствует при ожирении), снижает свертываемость крови (уменьшая риск тромбозов) и снижает уровень холестерина.

Источниками омеги-6 являются: грецкие орехи, тыквенные семечки, яйца, курица, подсолнечное и оливковое масла, кунжутное семя. Их роль тоже позитивная (как и у омега-3), но если они преобладают над омега-3, то запускается обратный процесс. Так что, оливковое масло больше 1 столовой ложки в день не так-то и полезно.

Обогащение рациона омега-3, 6, 9 вытесняют из мембран насыщенные жирные кислоты, улучшают жировой спектр.

- Нужны ли омега-3 мне или жене?

- Подобный вопрос абсолютно правомочный. Дополнительный прием омега-3 в качестве лекарственных препаратов, БАДов показан:

- для профилактики заболеваний сердечно-сосудистой системы,
- лицам с нарушенным липидным спектром (повышенным холестерином),

- лицам с патологией суставов (особенно тем, кто принимает нестероидные противовоспалительные препараты с целью обезболивания, например, нимесулид, диклофенак и др.),

- людям почтенного возраста для профилактики старческого слабоумия и болезни Альцгеймера,

- при кожных заболеваниях (экзема, псориаз),

- при возрастных изменениях кожи (например, женщинам старше 40 лет),

- при заболеваниях глаз (воспалительного генеза и при синдроме «сухого глаза»).

Так что спектр показаний для приема омеги-3 - велик. Но волшебной таблетки не бывает, поэтому препараты работают только в совокупности с изменением образа мышления (это первично), образом питания и физической активности. ☺



Инна Александровна ВЕЙЦМАН,

член Редакционного совета журнала, врач-эндокринолог, высшая квалификационная категория, кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной терапии и эндокринологии, Алтайский государственный медицинский университет

Содержание омега-3, 6 и 9, альфа-линоленовой жирной кислоты в продуктах, в граммах:

Семечки тыквы (1ст.л.)	0,051
Оливковое масло	0,103
Грецкие орехи (100г)	0,156
Миндаль (100г)	0,4
Соевое масло	1,231
Рапсовое масло	1,302
Масло грецких орехов	1,414
Льняное семя	2,350
Кешью (100г)	2,574
Льняное масло	7,249





**Елена Александровна
МАРКОВА,**
к.м.н., доцент кафедры
акушерства и
гинекологии с курсом
ДПО АГМУ



**Кузнецова Татьяна
Александровна
КУЗНЕЦОВА,**
к.м.н., доцент кафедры
акушерства и
гинекологии с курсом
ДПО АГМУ



**Елена Юрьевна
СЕМАНОВА,**
студентка 626 группы
лечебного факультета АГМУ

Эндометриоз

Решение найдено.

Эндометриоз - это многофакторное, многокомпонентное, прогрессирующее и рецидивирующее заболевание, которое ухудшает качество жизни женщины.

В мире приблизительно насчитывается 176 миллионов больных эндометриозом женщин, из них 3,8 миллионов - в России.

Генитальный эндометриоз впервые был описан в 1860 году и до 70-х годов XX столетия считался редким заболеванием. В последние годы отмечается экспансивный рост заболеваемости среди женщин экономически развитых стран, позволивший отнести эндометриоз к «болезням цивилизации». Более того, это заболевание сейчас не является прерогативой менструирующих женщин, так как описаны и случаи возникновения заболевания у девочек в возрасте до 10 лет (раньше менархе), и активация процесса в менопаузе.

Развитию болезни могут способствовать: условия окружающей среды, психологические свойства личности, чрезмерно активная половая жизнь и частая смена половых партнеров, генетическая предрасположенность, изменения в эктопическом эндометрии, которые могут быть вызваны инфекционным фактором. Причины возникновения эндометриоза остаются предметом научной дискуссии.

Эндометриоз **чаще встречается у женщин репродуктивного возраста** - 4-13% случаев (20-40 лет) и занимает третье место в структуре гинекологической заболеваемости.

При этом **частыми его клиническими проявлениями** являются:

- **тазовая боль,**
- **наличие опухолевидных образований** (эндометриоидные кисты) в малом тазу,
- **нарушение менструальной и репродуктивной функций** - отмечается почти у половины пациенток.

Среди пациенток, обращающихся в центры вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), в 30% случаев имеется наружный генитальный эндометриоз (НГЭ). В этих ситуациях пра-

вильная и адекватная подготовка пациенток к программам ВРТ повышает их эффективность.

Было проведено исследование, целью и задачей которого явилась оценка результатов преодоления бесплодия у пациенток с эндометриозом на основе данных больных, проходивших лечение на базе гинекологического отделения НУЗ ОКБ на станции Барнаул ОАО «РЖД».

Для анализа архивного материала были разработаны 185 параметров, объединенных в таблицы. Далее каждая карта стационарного больного была проанализирована по данным критериям выборки за период 2012-2016 годов. Исследованы **475** пациенток (средний возраст - 31,1 год) с бесплодием и гистологически подтвержденным диагнозом эндометриоза.

Диагностика эндометриоза строилась с учетом клиники и анамнеза заболевания, наличия сопутствующей экстрагенитальной патологии (ЭГП), данных УЗИ, гистеро- и лапароскопии, патоморфологического исследования.

Всем пациенткам после комплексной диагностики проведено хирургическое лечение, в большинстве случаев - в органосохраняющих объемах. В послеоперационном периоде женщинам назначались гормональная, иммунокорректирующая терапия, физио- и рассасывающее лечение. Оценка эффективности лечения, качества жизни пациенток и реализация репродуктивной функции проведена при телефонном собеседовании.

Среди женщин в 100% имели место: бесплодие, нарушения менструальной функции в подростковом периоде (**38%**), «семейный» эндометриоз (**20%**), альгодисменорея (**35,6%**), диспареуния (**16,6%**), менометроррагии (в **12%** случаев). Первичное бесплодие выявлено у 283 пациенток (**59,6%**), вторичное - у 192 (**40,4%**), взаимобусловленное бесплодие - у 44 супру-



и бесплодие? Результат получен

жеских пар (**9,9%**). Неудачи в программах ВРТ имелись у 25 пациенток. У каждой четвертой (**25%** случаев) в анамнезе - самопроизвольные выкидыши, аборт, замершие беременности. Наличие оперативных вмешательств на придатках по поводу других гинекологических заболеваний - в **14,5%** случаев. У **11%** пациенток отмечен рецидив эндометриоза.

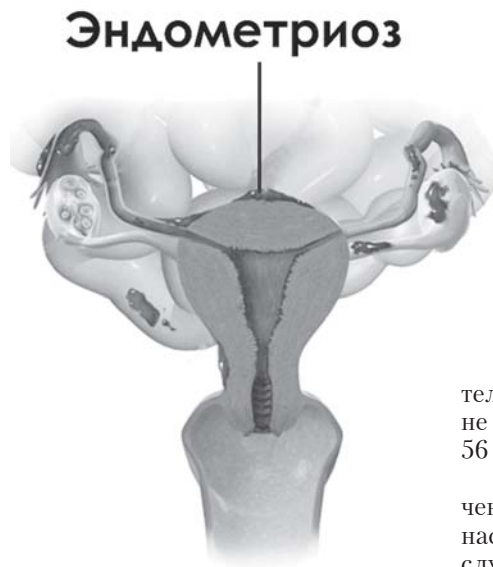
Среди сопутствующих заболеваний у пациенток преобладали: патология мочевыделительной системы (МВС) - **21%**, желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) - **13%**, сердечно-сосудистой системы (ССС) - **12%**, ЛОР-органов и молочных желез - **7%**, эндокринной системы - аутоиммунный тиреоидит (АИТ) - **4,2%**.

В структуре патологии матки, выявленной при гистероскопии и подтвержденной патоморфологически, имели место: хронический эндометрит (в **64%** случаев), миома (**21%**), аденомиоз (**12,8%**), полип эндометрия (**6,7%**), аномалии развития матки (АРМ) (**2,9%**), внутриматочные синехии (**2,5%**).

Во всех случаях проведена оценка инфицированности эндометрия хламидиями методами прямой иммунофлуоресценции (ПИФ) и полимеразной цепной реакции (ПЦР). Хламидийная инфекция выявлена в **8,6%** случаев.

Оценка стадий наружного генитального эндометриоза при лапароскопии проводилась по классификации Американского общества фертильности (R-AFS), основанная на подсчете общей площади и глубины эндометриозных гетеротопий, выраженных в баллах: I стадия процесса выявлена в **27,4%** случаев, II стадия - в **37,7%**, III стадия - в **29,6%**, IV стадия - у **5,3%** исследуемых женщин.

Хирургическое лечение проведено в объеме полного удаления или коагуляции видимых гетеро-



топий - в **74%** случаев, разделения спаек и восстановления анатомо-функциональных взаимоотношений органов малого таза - **11,3%**, цистэктомии при эндометриозах - у более половины пациенток (**54,9%**).

После проведенного хирургического лечения в раннем послеоперационном периоде женщинам в зависимости от стадии эндометриозного и спаечного процессов, сопутствующей патологии проводилась иммунокорректирующая терапия плазмаферезом с внутрисосудистым лазерным облучением крови (ВЛОК) в **62%** случаев, физио- и рассасывающая терапия - в **93%**.

Гормональная терапия была назначена 296 пациенткам (в **62%** случаев) с использованием агонистов гонадотропин-релизинг гормона и прогестагенов. Назначали терапию как на ближайший период для реализации репродуктивной функции, купирования болевого синдрома, так и в более отдаленной перспективе с целью профилактики рецидивов заболевания. При сборе информации оказалось, что не получали гормональную терапию в результате самостоя-



тельного отказа **1,7%** пациенток, не удалось уточнить результаты у 56 женщин (в **11,8%** случаев).

В результате проведенного лечения эндометриоза беременность наступила у 333 женщин (в **70,1%** случаев). При этом самостоятельно - у 197 женщин (**59,3%**), с использованием программ ВРТ - у 136 (**40,7%**). Не наступила беременность у 86 женщин (**18,1%**). Не удалось выяснить информацию в **11,8%** случаев. Беременность закончилась родами в **77,3%** случаев, самопроизвольными выкидышами до 10 недель - у **11,9%** женщин, до 22 недель - **6,7%**. Беременность прерогнуруется у **4,1%** исследуемых. По результатам данного исследования выявлено, что в общей сложности за анализируемый период в результате лечения эндометриоза у пациенток с бесплодием родился 281 ребенок.

Полученные данные говорят о том, что **комплексный подход к диагностике и индивидуально подобранные варианты хирургического и медикаментозного лечения эндометриоза у пациенток с бесплодием дают удовлетворительные результаты по наступлению беременности.**

Однако не смотря на неугасавший интерес к этому заболеванию ученых во всем мире, эндометриоз является одной из актуальных проблем современной медицины, оставаясь в ряду самых загадочных и труднообъяснимых заболеваний. ☹



Острая ревматическая лихорадка и хроническая ревматическая болезнь сердца



Анна Александровна ЕФРЕМУШКИНА, член Редакционного совета журнала, главный внештатный кардиолог Алтайского края, доктор медицинских наук, профессор кафедры терапии и общей врачебной практики с курсом ДПО, Алтайский государственный медицинский университет

Во многих развитых странах мира сто лет назад ревматическая болезнь сердца была ведущей причиной смерти у людей в возрасте 5-20 лет. На сегодня в развитых странах заболеваемость и уровень смертности снизились. Но ревматическая болезнь сердца остается серьезной проблемой для здоровья.

Согласно оценкам, хронические ревматические заболевания сердца имеют место у 5-30 миллионов детей и подростков. Смертность от этого заболевания составляет от 1 до 10%, ежегодно умирают 90 тысяч человек.

В развивающихся странах заболеваемость ревматической лихорадкой и ревматическими заболеваниями сердца существенно не снизилась. Во всем мире насчитывается более 15 миллионов случаев ревматической лихорадки, 282 тысячи новых случаев и 233 тысячи случаев смерти от этой болезни происходят каждый год.

Хотя ревматическая лихорадка одинаково равно встречается у мужчин и у женщин, но прогноз у женщин хуже, чем у мужчин.

Ревматическая лихорадка - это главным образом болезнь детства, возникающая в возрасте от 7 до 15 лет, хотя она также встречается у взрослых (20% случаев).

В 1994 году в России возникла вспышка острой ревматической лихорадки (ОРЛ), когда в Северокавказском регионе ею заболело большое количество детей. В 2012 году заболеваемость ОРЛ в России среди детей 0-14 лет на 100 тысяч населения составляла 2,3, в Москве - 0,4; Северокавказском федеральном округе - 14,7; в Алтайском крае - 5,1.

Острая ревматическая лихорадка развивается через 2-6 недель после возникновения острой ангины или фарингита. Вызывает ее развитие бета-гемолитический стрептококк группы А. В основном поражаются клапаны сердца, реже - крупные и средние суставы рук и ног, еще реже - головной мозг, в очень редких случаях появляются ревматические узелки.

У пациента появляется лихорадка - повышение температуры тела достигает 38°C, интоксикация проявляется слабостью, потливостью. У детей млад-

шего возраста часто развивается **кардит**, который проявляется давящими болями в области сердца, в основном локализующимися за грудиной. Кроме того, появляется сердцебиение, одышка в покое.

Иногда развивается **панкардит**, то есть поражение всех трех оболочек сердца (эндокарда, миокарда и перикарда). **Эндокардит** проявляется недостаточностью клапанов. Чаще поражается митральный клапан (у 65-70% пациентов), на втором месте по частоте - аортальный (25%). Трикуспидальный (трехстворчатый) клапан поражается только у 10% пациентов и почти всегда сочетается с поражением митрального и аортального клапанов. Тяжелая клапанная недостаточность во время острой фазы может привести к развитию застойной сердечной недостаточности и даже смерти (у 1% пациентов).

У детей старшего возраста наиболее часто ОРЛ проявляется **артритом**, он кратковременный (3-7 дней), мигрирующего характера, преимущественно поражает коленные, голеностопные, реже - локтевые, плечевые, лучезапястные суставы. Наиболее характерно симметричное поражение суставов.

Наиболее редкая форма ОРЛ - **развитие малой хореи**. К основным ее проявлениям относятся беспорядочные, насильственные движения в различных группах мышц. У девочек отмечаются неловкость движений, невнятность речи, изменения почерка. Все эти проявления усиливаются при волнении и исчезают во сне. Для детей характерна мышечная гипотония, неустойчивость настроения, плаксивость, раздражительность.

У 7-19% больных может появиться **кольцевидная эритема** в виде бледно-розовых кольцевидных высыпаний на боковых поверхностях туловища, реже - на ногах и руках.



Сердце под контролем

Проявления острой ревматической лихорадки у 80% пациентов разрешаются в течение 12 недель, у остальных пациентов они могут длиться до 15 недель.

Для диагностики ОРЛ используются особые критерии, единые во всем мире. Естественно, что для предотвращения развития ревматических пороков сердца **должна проводиться адекватная терапия тонзиллита или фарингита, вызванных стрептококком группы А.**

Лечение подразумевает назначение определенных антибиотиков на длительное время: курс лечения составляет, как правило, не менее 10 суток.

В результате недиагностированной, нелеченной или недолеченной ОРЛ может развиваться **хроническая ревматическая болезнь сердца.** В 2012 году общая заболеваемость в России составляла 1,3 на 1000 населения, в Чувашии - 3,92; в Москве - 0,56.

Ревматическая болезнь сердца является основной причиной заболеваемости вследствие ревматической лихорадки и основной причиной в мире возникновения митральной недостаточности и митрального стеноза. Тяжесть заболевания клапана зависит от количества предыдущих приступов ревматической лихорадки, продолжительности, времени между началом заболевания и началом терапии, также связано с полом пациента (у женщин эта болезнь протекает тяжелее, чем у мужчин).

Развитие клапанных пороков сердца наблюдаются у 9-39% взрослых, имеющих предыдущие ревматические заболевания сердца. Как правило, это - стеноз клапана (20%) или сочетание стеноза и недостаточности (40%), которые развиваются через 2-10 лет после эпизода острой ревматической лихорадки. При рецидивировании заболевания повреждение клапанов прогрессирует. Ревматическая болезнь сердца ответственна за 99% случаев **стеноза митрального клапана у взрослых** в мире. Одним из его проявлений является **нарушение ритма, фибрилляция предсердий** или образование тромба в левом предсердии в результате хронического поражения митрального клапана и увеличения предсердий. При отсутствии специфического



лечения фибрилляция предсердий может приводить к развитию острого нарушения мозгового кровообращения. Частота этого осложнения снижается при использовании антикоагулянтной терапии, хирургического лечения или баллонной вальвулопластики для устранения клапанного порока.

Аортальный стеноз при хронических ревматических заболеваниях сердца обычно ассоциируется с аортальной недостаточностью.

Первичная **профилактика** (начальный курс антибиотиков для искоренения стрептококковой инфекции) также **служит первым курсом вторичной профилактики** (профилактика рецидивирующей ревматической лихорадки и ревматических заболеваний сердца). Инъекция 0,6-1,2млн. единиц бензатина пенициллина G внутримышечно каждые 4 недели является рекомендуемым режимом для вторичной профилактики для большинства пациентов.

Длительность антибиотикопрофилактики зависит от наличия кардита и проявлений ОРЛ.

Проблема острой ревматической лихорадки и хронической ревматической болезни сердца не утратила общемедицинского значения. И врачи, особенно молодые, должны помнить, что это заболевание никуда не исчезло. **Необходима тактика контроля стрептококковой инфекции, так как отсутствие ее контроля может привести к повторным вспышкам заболевания в любом регионе.** ☺

Ревматическая болезнь сердца - основная причина заболеваемости вследствие ревматической лихорадки, а также основная причина в мире возникновения митральной недостаточности и митрального стеноза.



Диспансеризация в педиатрии

Перед участковой медицинской сестрой стоят задачи обеспечения оптимального физического и нервно-психического развития ребенка, дальнейшего снижения заболеваемости и смертности детей.

Если раньше внимание главным образом было привлечено к тяжелым острым заболеваниям инфекционной и неинфекционной природы, то в настоящее время, учитывая социальные преобразования, улучшение лечебного и профилактического процессов, снижение детской заболеваемости и смертности, наибольшую активность приобретает именно **предупреждение возникновения, развития заболеваний и перехода их в хроническую форму.**

Поэтому медсестра должна быть «вооружена» эффективными методами работы, основу которых составляет диспансерное обслуживание населения.

Диспансеризация - это комплекс мероприятий, который направлен на выявление и предупреждение развития различных заболеваний у всех групп населения. Скрининг состоит из профилактических медицинских осмотров, консультаций врача, исследований, которые проводятся в установленный возраст человека.

С января 2013 года взрослая и детская диспансеризация стала частью системы обязательного медицинского страхования. С 2018 года мы начали работать с изменениями, которые изложены в новом приказе Министерства здравоохранения РФ №514н от 10.08.17г., который определяет порядок диспансеризации.

В 2018 году углубленный скрининг положен мальчикам и девочкам в возрасте 1, 3, 6, 7, 10, 14-17 лет.

Что входит в этапы диспансеризации:

► *посещение педиатра.* Специалист проводит антропометрию, осмотр, спрашивает о самочувствии ребенка. Выписывает направления на анализы, сообщает каких врачей нужно пройти;

► *сдача* общего анализа крови, мочи, прохождения исследований, необходимых по возрасту;

► *посещение* врачей разного профиля.

Участковая медицинская сестра должна рассказать прикрепленному населению в доступной форме информацию о необходимости прохождения диспансеризации, ее преимущества. Пациент всегда должен понимать, что «болезнь лучше предупредить, чем лечить». К тому же медицинская сестра находится в тесном контакте с опекунами маленьких пациентов, владея информацией о необходимости выполнения каких-либо мероприятий, а также контролирует их исполнение.

Диспансеризация детей первого года жизни

Углубленная диспансеризация детей до года проводится в 1, 3, 12 месяцев жизни.

Ежемесячно осуществляется плановый прием врача-педиатра.



**Светлана
Константиновна
ЭНДЕРС,**

старшая медицинская сестра поликлинического подразделения, КГБУЗ «Городская детская больница №2, г.Барнаул», член ПАСМР с 2001 года



Советы медицинской сестры

В список посещений узких специалистов входит:

- ▶ *невролог*: оценка нервно-психического развития ребенка;
- ▶ *детский хирург*: осмотр половых органов на предмет патологии, выявление грыжи, дисплазии суставов;
- ▶ *офтальмолог*: нарушение зрения;
- ▶ *травматолог-ортопед*: осмотр опорно-двигательного аппарата;
- ▶ *детский стоматолог*: оценка состояния дёсен, уздечки;
- ▶ *оториноларинголог*: осмотр на предмет лор-патологии.

В перечень необходимых исследований детей до первого года жизни входят:

- ▶ неонатальный и аудиологический скрининг,
- ▶ УЗИ брюшной полости,
- ▶ УЗИ тазобедренных суставов,
- ▶ нейросонография,
- ▶ общие анализы крови и мочи,
- ▶ ЭКГ.

Участковая медицинская сестра документально фиксирует факт приглашения на процедуру прохождения диспансерного осмотра, закрепляет данную информацию в амбулаторной карте.

Диспансеризация дошкольников

С одного года до двух лет плановые приемы врача-педиатра осуществляются в 15 и 18 месяцев.

В 2 года ребенку необходимо посетить дополнительно *детского стоматолога, детского психиатра*, а в 3 года дети проходят полноценный медосмотр. Список врачей остается таким же, как и для годовалого возраста, к нему добавляется *детский акушер-гинеколог* - для девочек и *детский уролог-андролог* - для мальчиков, также необходимо сдать *общие анализы мочи и крови*.

В 4 и 5 лет ребенок проходит смотр у *педиатра и стоматолога*, сдает *общие анализы крови, мочи*.

В 6 лет детям вновь предстоит пройти *углубленный скрининг* - по списку врачей, как для трехлетнего возраста. Дополнительно назначаются *ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости, почек*.



При посещении ребенком детского сада диспансеризация осуществляется в дошкольном учреждении прикрепленной детской поликлиникой. Родители подписывают согласие на проведение необходимого обследования. Если в процессе осмотра у специалистов возникают вопросы, они приглашают родителей ребенка, проводят беседу и по результатам назначают дополнительное обследование.

Диспансеризация школьников

Школьники декретированных возрастов осматриваются непосредственно в образовательном учреждении.

Организация диспансеризации направлена не только на своевременное выявление явной и латентно протекающей патологии у детей, но и на формирование активного отношения родителей к сохранению здоровья ребенка в союзе с врачом, что, несомненно, является неотъемлемой частью в предупреждении развития заболеваний и поддержании качества жизни, психологического комфорта на высоком уровне.

По окончании планового диспансерного осмотра пациентов детского возраста участковая медицинская сестра проводит полный анализ посещаемости всех этапов осмотра, с переписью прикрепленного населения, выделяет недоработки, недообследования и т.д., совместно с врачом заканчивает этап диспансеризации соответствующим отчетом. ☺

В 7 лет в список исследований и консультаций врачей входят посещения врачей *невролога, стоматолога, оториноларинголога*, сдача анализов.



Это важно знать будущей маме

Тест на беременность уверенно показывает две полоски, вас слегка подташнивает по утрам и уже не осталось сомнений в том, что вы беременны. Значит, пришло время обратиться к врачу.

Первый визит к врачу-гинекологу - что предусмотреть?

На первом приеме у акушера-гинеколога вы узнаете, что эти встречи отныне станут регулярными. Почему будущая мама нуждается в столь пристальном внимании врачей? К сожалению, многие женщины, не найдя для себя ответа на этот вопрос, не торопятся вставать на учет в женскую консультацию. Мы привыкли обращаться за медицинской помощью по мере необходимости. Однако в случае с беременностью всё иначе. Ведь сейчас речь идет о жизни и здоровье нового человечка, а запоздалое обращение к врачу, особенно если у вас имеются серьезные жалобы, может привести к необратимым последствиям.

Перед посещением акушера-гинеколога **тщательно продумайте вопросы**, которые вы хотите задать. Запишите их, чтобы ничего не забыть. Если у вас есть жалобы на состояние здоровья, непременно сообщите о них доктору.

Обязательно возьмите с собой паспорт, полис обязательного медицинского страхования, СНИЛС, пеленку или полотенце.

Желательно на прием принести **имеющуюся медицинскую карту**, где указаны все заболевания, которыми переболела беременная женщина за свою жизнь.

Будущей маме необходимо **выяснить наличие наследственных заболеваний** со стороны ближайших родственников: своих и мужа - для прогнозирования возможных осложнений. Обязательно вспомните первый день последней менструации - очень часто женщины путаются и называют последний день.

Как часто посещать врача-гинеколога во время беременности?

При нормальном течении беременности посещать гинеколога нужно:

- **в первом триместре** (до 12 недель беременности) - 1 раз в месяц;
- **во втором триместре** (с 13 недель до 27 недель) - 1 раз в 3 недели;

- **в третьем триместре**, начиная с 28 недели, - раз в 2 недели, начиная с 36 недели, - каждую неделю.

При обнаружении каких-либо патологий посещать акушера-гинеколога необходимо будет чаще.

Что будет делать врач-гинеколог на приеме и для чего?

При первом посещении гинеколога во время беременности врач заводит индивидуальную карту беременной и родильницы (приказ Минздрава СССР №1030 от 04.10.1980г., форма №111/у), также диспансерную (обменную) карту беременной женщины (учетная форма 113-у, дополнения внесены согласно Приказа Минздрава РФ №572 от 01.11.2012г.). В этих документах на протяжении всего периода ожидания ребенка фиксируются данные о состоянии здоровья будущей мамы и ее малыша.

Сбор анамнеза

В начале приема акушер-гинеколог расспрашивает пациентку о перенесенных заболеваниях, операциях, травмах, вредных привычках, условиях работы - для того, чтобы определить их возможное влияние на течение беременности. При наличии у будущей мамы хронических заболеваний сердца, органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, почек, крови требуется во время беременности тщательное наблюдение терапевта и узких специалистов.

Гинекологический анамнез

Врач выясняет характер менструаций (возраст наступления первой менструации, регулярность цикла, длительность, обильность, болезненность). Нарушения цикла может свидетельствовать о недостаточности функции яичников и потребует назначения специальных препаратов во время беременности. Врач обязатель-



Татьяна Олеговна ЛИТВИНОВА,

старшая акушерка
женской консультации,
КГБУЗ «Центральная
городская больница,
г.Заринск»,
член ПАСМР с 2013 года



Советы медицинской сестры

но расспрашивает будущую маму о возрасте начала половой жизни, перенесенных гинекологических заболеваниях. Далее - о течении и исходе предыдущих беременностей: как протекали, были ли осложнения. Если беременность закончилась родами, нужно предоставить данные о весе рожденного ребенка, способе родоразрешения (через естественные родовые пути или кесарево сечение), наличии осложнений в послеродовом периоде.

Также выясняется состояние здоровья будущего папы.

Влагалищный осмотр

Осмотр на приеме проводится не менее трех раз: в первый визит, на 28-й неделе и на 36-й неделе беременности. Во время осмотра берется мазок на флору. Врач уделяет особое внимание осмотру шейки матки, поскольку размягчение, укорачивание или ее раскрытие сигнализирует об угрозе прерывания беременности.

При необходимости и при наличии соответствующих показаний влагалищный осмотр может проводиться чаще.

Необходимые измерения

Измерение артериального давления проводится врачом на каждом приеме. Повышенное артериальное давление в сочетании с излишней прибавкой в весе в последнем триместре являются симптомом возникновения гестоза.

Измерение размеров таза (тазомер) - полученные данные позволяют прогнозировать возможность родов через естественные родовые пути. Наличие у будущей мамы узкого таза, деформации его костей являются возможным показанием к кесареву сечению.

Окружность живота измеряют во время каждого посещения врача. Слишком большие показатели могут свидетельствовать о многоводии, крупном плоде или поперечном положении плода, а слишком маленькие - о маловодии, задержке развития плода.

Высота дна матки измеряется на каждом приеме, начиная с 8-й недели беременности.



Аускультация (прослушивание сердцебиения плода) проводится на каждом приеме, начиная с 20-22-й недели беременности. Для прослушивания используется акушерский стетоскоп, который врач приставляет к животу беременной и слушает сердцебиение ребенка.

Помимо вышперечисленных манипуляций акушер-гинеколог выписывает направления на анализы, которые нужно будет сдать до следующего приема, направляет на обследование (УЗИ-исследования, скрининг) и консультации к другим специалистам.

Общеклиническое обследование - при первой явке, в 24-26 недели беременности, в 34-36 недели беременности.

УЗИ: первое - в 11-14 недель беременности; второе - в 18-21 неделю беременности; третье - в 30-34 неделю беременности.

КТГ - после 33 недель беременности.

Благодаря информации, собранной во время первого визита, а также результатам полученных исследований, врач оценивает состояние здоровья пациентки и выясняет факторы риска, которые могут осложнять процесс вынашивания, что, безусловно, имеет значение для сохранения здоровья будущей мамы и ее малыша.

Проведите эти девять месяцев с пользой и удовольствием! ☺

Измерение веса проводится на каждом приеме. Прибавка за неделю, выходящая за рамки нормы (как в большую, так и в меньшую сторону), может указывать на осложненное течение беременности. В среднем при нормально протекающей беременности женщина набирает 10-12 килограммов.



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



Кровь людская - не водица

Лаборатория патологии гемостаза была организована Зиновием Соломоновичем БАРКАГАНом в 1954 году. С момента становления эта лаборатория фактически является первой специализированной лабораторией такого профиля в Сибири.

С 2009 года лаборатория патологии гемостаза функционирует на базе КГБУЗ «Краевая клиническая больница».

Восемнадцать лет ее работой руководит **Андрей Николаевич МАМАЕВ**, доктор медицинских наук, врач-гематолог высшей квалификационной категории.

- Андрей Николаевич, давайте начнем с простых объяснений, почему настолько важна система гемостаза для человека.

- Система гемостаза - многокомпонентная биологическая система организма, отвечающая за сохранение жидкого состояния крови. Если система гемостаза функционирует неправильно и не справляется со своими задачами, то у человека могут формироваться кровотечения, тромбозы, инфаркты, инсульты и ишемии органов, у женщин - невынашивание беременности.

Чтобы понять особенности функционирования системы у больного, необходимо уточнение параметров свёртывания крови в специализированной лаборатории патологии гемостаза.

- И всё же - в чем уникальность вашей лаборатории?

- В настоящее время лаборатория оснащена современным оборудованием, и все исследования системы гемостаза сотрудники выполняют на современных коагулометрах, фотометрах и агрегометрах. В те-

чение последних лет в практику работы лаборатории гемостаза внедрены практически все современные диагностические технологии (ИФА, ПЦР, амидолитические и другие), которые позволяют эффективно выявлять дефекты системы гемостаза.

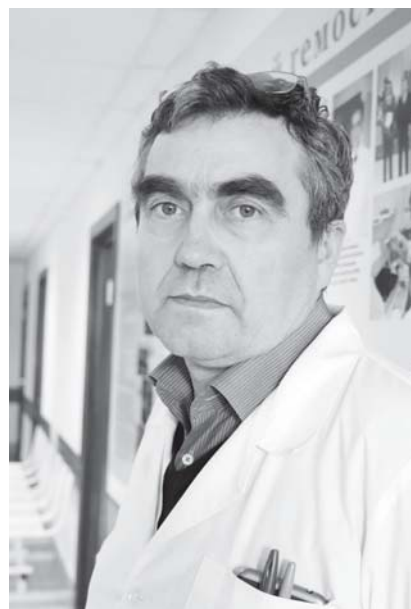
Лаборатория гемостаза является учебно-методической базой для повышения квалификации врачей-лаборантов, врачей-гематологов и врачей других специальностей. Также она является базой Алтайского филиала гематологического научного центра Минздрава РФ.

Наша уникальность и в накопленном опыте работы с пациентами, которые страдают кровотечениями и тромбозами. Создан уникальный коллектив, работают те люди, которые начинали еще с Зиновием Соломоновичем Баркаганом, получили огромный опыт под его руководством.

В других же регионах России стараются таких больных обследовать в рамках обычных лабораторий, что, замечу, не всегда эффективно.

- К вам могут обратиться только жители Алтайского края?

- Методический и технологический уровни лаборатории, а также профессионализм сотрудников - весьма высоки, поэтому диагностическими услугами лаборатории патологии гемостаза краевой клинической больницы пользуются не только



жители Алтайского края, но и жители других регионов Российской Федерации и республик СНГ.

- Андрей Николаевич, насколько распространена эта группа заболеваний?

- Нарушение свёртывания крови - не редкая патология: тромбозов и кровотечений встречается достаточно много. Инфаркты, инсульты, тромбоэмболии также нередко наблюдаются в клинической практике, небольшую их часть следует считать именно следствием нарушения системы гемостаза. И одна из целей нашей лаборатории - помочь разобраться с причинами этих недугов.

- По существу результат обследования указывает путь к лечению?

- Если известна причина патологического процесса, значит, ее легче лечить.

- Почему анализ на гемостаз стал обязательным для беременных женщин?

- Действительно, сегодня сдача анализа во время бе-



Нарушение нормальной работы гемостаза может быть вызвано весьма широким перечнем нарушений. В одном случае обнаруженные нарушения приводят к образованию тромбозов, в другом случае могут быть выявлены иные нарушения, способные обусловить тяжелые кровотечения. Пациент же просто сдает кровь из вены.

ременности становится нормой. Самые грозные осложнения во время беременности и родов - это тромбозы и кровотечения. И своевременное исследование коагуляции помогает предупредить эти осложнения у женщины.

- Как проходит исследование системы гемостаза?

- Пациент просто сдает кровь из вены.

Но с методической точки зрения исследование является очень сложным и трудоемким процессом, но оно позволяет врачам получить детальную информацию о процессе свертывания крови.

Стоит отметить, что нарушение нормальной работы гемостаза может быть вызвано весьма широким перечнем нарушений. В одном случае обнаруженные нарушения приводят к образованию тромбозов, в другом - могут быть выявлены иные нарушения, способные обусловить тяжелые кровотечения.

- Как готовиться к сдаче анализа крови на гемостаз, чтобы результаты получились достоверными?

- Эти правила довольно простые.

Сдавать кровь на анализ следует натощак. Рекомендуется отказаться от употребления пищи приблизительно за 8-10 часов.

Помимо этого, за день до сдачи анализов рекомендуется свести к минимуму физические нагрузки, избегать стрессовых ситуаций, а



также необходимо как следует выспаться.

От употребления любых алкогольных напитков и некоторых медикаментозных препаратов также следует отказаться, поскольку результаты в этом случае будут неправильными, и врачу будет сложнее оценить реальное состояние больного и назначить подходящую терапию.

- Вы работаете с пациентами не только поликлиники, но и отделений стационара краевой больницы?

- Конечно, много пациентов приходит из разных отделений больницы, потому что к гематологам нередко направляют пациентов с кровотечениями, тромбозами, невынашиванием беременности. В ряде ситуаций требуется оценить риск кровотечений во время операции и в послеоперационном периоде.

- Какие советы можно дать читателям нашего журнала?

- Необходимо пройти обследование, если:

▶ сохраняется кровоточивость после малой травматизации более пяти минут;

▶ при частых носовых кровотечениях приходится обращаться к врачам;



► после удаления зуба кровотечение не прекращается дольше часа;

► формируется анемия на фоне критических дней у женщин;

► возникали кровоизлияния в суставы;

► имеются эпизоды потери плода.

► если были тромбозы, инфаркты, инсульты в возрасте до 45 лет, а также, если родственники в возрасте до 45 лет перенесли тромбоз, инфаркт или инсульт. Это позволит определить наличие генетической предрасположенности к тромбозам и кровотечениям.

Что показывает данный вид исследований? Если у человека были тромбозы, инфаркты, ишемические инсульты в возрасте до 45 лет и имеются соответствующие нарушения в системе свертывания крови, то это состояние называется тромбофилией. Она опасна тем, что значительно увеличивает вероятность повторения тромбозов, тромбоэмболий, а также может привести к выкидышу при беременности. Если свертываемость ниже нормы, то возникают кровотечения. Как следствие, - кровоточивость при ранах и порезах намного дольше. Также мо-

гут развиваться различные геморрагические осложнения после хирургических и стоматологических вмешательств.

Однако важно понимать, что каждый конкретный случай является индивидуальным, поэтому данный вид лабораторного исследования может назначаться и при других ситуациях.

- Большой объем исследований проводится в лаборатории ежедневно?

- В день около ста пациентов поликлиники сдают анализ на расширенную схему свертывания крови. Кроме того, работаем с пациентами стационарных отделений больницы.

К сожалению, в современном обществе мало кто уделяет надлежащее внимание своему собственному здоровью. У кого-то на это нет времени, а кто-то просто боится сдавать анализы. Но это совсем неправильно, так как если запустить какое-либо заболевание, то последствия могут оказаться серьезными для человека. Если вас отправили на обследование или вы понимаете, что в организме есть проблемы, не откладывайте визит к врачу. Своевременно поставленный диагноз и начатое лечение с большей вероятностью приведут к выздоровлению. ☺

С доставкой в палату

Компактный и широко востребованный аппарат для медицинских процедур с использованием оксида азота создали и испытали ученые Российского федерального ядерного центра - ВНИИ экспериментальной физики.

Уникальность установки «Тианокс» для ингаляционной терапии в том, что она генерирует лечебный монооксид азота непосредственно у постели больного. Именно монооксид азота обладает выраженными противовоспалительными свойствами и положительно влияет практически на все процессы в организме человека: на образование тромбов, системы перфузии и вентиляции - и может применяться при заболеваниях, которые сопряжены с кровообращением в органах и тканях. Он совершенно незаменим при сердечно-сосудистых патологиях, включая инфаркт миокарда.

Но как получать эту газовую смесь с высокими терапевтическими свойствами? В Сарове решили применить наработки известного российского пульмонолога, академика А.Г.Чучалина. В результате создан и запатентован прибор, получивший название «Электрохимический генератор оксида азота». Он выдает необходимую для терапии газовую смесь при комнатной температуре, используя для этого воздух того помещения, где установлен. Аппарат можно использовать при всех патологиях кровообращения, и это гораздо выгоднее, чем баллоны, используемые ранее.

Партнеры-медики связывают с этим аппаратом большие ожидания. По их мнению, программа могла бы стать междисциплинарной, охватить самые разные аспекты медицины: кардиологию, пульмонологию, абдоминальные заболевания, ожоги, раны, шоки и т.д. По расчетным оценкам, широкое использование таких аппаратов позволило бы сократить количество смертей на 100-150 тысяч в год.





Александр Израилевич НЕЙМАРК, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ, главный специалист уролог Алтайского края, заведующий кафедрой;



Ярослава Валерьевна ЯКОВЕЦ, кандидат медицинских наук, доцент, врач-уролог, высшая квалификационная категория;



Борис Александрович НЕЙМАРК, доктор медицинских наук, профессор, врач-уролог, высшая квалификационная категория,

- кафедра специализированной хирургии по урологии, травматологии и офтальмологии, АГМУ

Возрастной андрогендефицит,

К сожалению, наступление старости неизбежно. Но надежда на чудо вечной молодости - это то нетленное и незыблемое, что у человека не отобрать никогда. Наиболее животрепещущей была, есть и будет тема, посвящённая гормональному уровню в организме человека. И у мужских половых гормонов (андрогенов) есть древняя, новая и новейшая история: уже более 2000 лет идут поиски «волшебной пилюли» мужской молодости.

Тестостерон - базисный или основной гормон в мужском организме, отвечающий за развитие основных мужских признаков. Его выработка происходит в яичках, здесь же происходит созревание и образование мужских половых клеток, или сперматозоидов. В юношеском периоде именно тестостерон «командует» развитием вторичных половых признаков: увеличение пениса и яичек, развитие лобкового и подмышечного оволосения, рост волос на лице, огрубение голоса, увеличение мышечной массы и силы. И именно тестостерон на протяжении всей жизни каждого мужчины позволяет поддерживать половое влечение, потенцию, мышечную и костную массу. Также влияет тестостерон и на активизацию метаболических процессов: обмен жиров, белков, углеводов и микроэлементов. Этот гормон обеспечивает соответствующий мужской тип поведения, влияет на яркость оргазма, а также частоту и активность сексуальных фантазий.

Постепенное падение уровня тестостерона начинается с 35 лет. И если на старте этого процесса снижение составляет 1-2% в год, то уже к 80 годам эта цифра может составлять до 40% от концентрации гормона 25-летнего мужчины. К сожалению, это вполне естественный процесс...

Как узнать, что мужской климакс пришел? Тот факт, что у мужчин с годами появляются брюшко, лысина и снижается потенция, у большинства людей, в том числе и у женщин, удивления не вызывает. А тем временем вышеописанные изменения и свидетельствуют о начале мужского климакса или андропаузы.

Мужским климаксом, андропаузой, синдромом парциального андрогенно-

го дефицита стареющего мужчины (PADAM), считается целый комплекс тех патологических изменений ряда важнейших функций организма, которые обусловлены возрастным нарушением гормонального баланса, в первую очередь, снижением мужского полового гормона, то есть тестостерона. Надо признать, что по сравнению с мужчинами с женщинами природа поступила более жёстко: понятие климакса (в переводе с латинского «лестница» - переходный период качественной перестройки организма в новых возрастных условиях) существует давно, но процесс угасания женской репродуктивной функции протекает быстро и в сопровождении весьма неприятных ощущений. Мужчины же проходят этот этап плавно и десятилетиями.

По статистике, у трети мужчин в возрасте старше 50 лет начинают появляться **классические симптомы этого состояния. К ним относятся:**

- **расстройства сексуальной функции:** снижение либидо; эректильная дисфункция; расстройства оргазма; расстройства эякуляции; снижение фертильности эякулята;

- **вегетососудистые расстройства:** внезапная гиперемия лица, шеи, верхней части туловища; чувство жара («приливы»); колебания уровня артериального давления; кардиалгии; головокружение; чувство нехватки воздуха;

- **психоэмоциональные расстройства:** повышенная раздражительность; быстрая утомляемость; ослабление памяти и внимания; бессонница; депрессивные состояния; снижение общего самочувствия и работоспособности;

- **соматические расстройства:** уменьшение количества мышечной массы и силы; увеличение количества жи-



или Климакс у мужчин - это реальность

ровой ткани; снижение плотности костной ткани; гинекомастия; появление или нарастание выраженности висцерального ожирения; уменьшение количества волос на лице и теле; истончение и атрофия кожи.

Под понятием **«снижение либидо»** подразумевается постоянный или периодически возникающий недостаток сексуальных фантазий или мыслей и желания жить половой жизнью. Многие мужчины списывают всё вышесказанное на возраст, загруженность на работе и т.д. Вполне вероятно, что и эти факторы могут отрицательно сказываться на либидо. Но всё же **основополагающим в цепи причин и неудач является именно тестостерон!**

Помните о том, что в любом случае не нужно самостоятельно решать проблему, принимая непонятные рекламируемые таблетки. Эта проблема лежит гораздо глубже, и решить ее можно только с помощью специалиста.

Для упрощения и облегчения диагностики дефицита тестостерона существует достаточно большое количество анкет. Так, **один из наиболее простых и популярных опросников включает следующие 10 вопросов:**

1. Имеется ли у вас снижение полового влечения?
2. Чувствуете ли вы недостаток энергии?
3. Ощущаете ли вы снижение силы и выносливости?
4. Уменьшился ли ваш рост?
5. Отмечаете ли вы снижение «наслаждения жизнью»?
6. Подвержены ли вы чувству грусти и раздражительности?
7. Стали ли ваши эрекции менее сильными?
8. Заметили ли вы недавнее снижение способностей к занятиям спортом?
9. Ощущаете ли вы потребность в послеобеденном сне?
10. Заметили ли вы в последнее время ухудшение работоспособности?

В случае, если вы утвердительно ответили на первый и седьмой вопросы или на любые три других, у вас можно заподозрить дефицит тестостерона.

В лабораторной диагностике дефицита андрогенов основное значение



имеет **определение уровня тестостерона**. Можно говорить о диагнозе андрогенодефицита, если происходит снижение показателя общего тестостерона - **ниже 11 нмоль/л**. В случае, если на фоне возрастного андрогенодефицита имеется избыточная масса тела, следует обращать внимание на такие лабораторные показатели, как **уровень холестерина, триглицеридов, липопротеидов низкой плотности**, а также на **нарушения обмена глюкозы** (сахарный диабет) и **анемию**.

Среди пациентов бытует мнение о том, что начало лечения андрогензаместительными препаратами может способствовать развитию рака предстательной железы. Чтобы полностью развеять сомнения, **каждый пациент перед началом курса лечения**, особенно если ему больше 40 лет, в обязательном порядке **должен пройти следующие диагностические этапы:**

- *провести анализ крови на ПСА* (простато-специфический антиген, позволяющий заподозрить наличие злокачественной опухоли в предстательной железе);

- *в случае превышения уровня ПСА предельно допустимых значений провести биопсию предстательной железы под ультразвуковым наведением* (оцениваются размеры предстательной железы, а также берётся кусочек ткани для гистологического исследования и окончательного выставления диагноза).

В последние года выяснилось, что мужской климакс часто ухудшает течение ишемической болезни сердца, в ряде случаев может способствовать нарушениям сердечного ритма и мозгового кровообращения.



На фоне начатого курса лечения препаратами тестостерона необходимо продолжать контролировать уровень ПСА, особенно в первый год лечения, и делать это нужно не реже одного раза в три месяца.

Лечение андропаузы, или Как снова стать самим собой

Вопрос о том, как снова стать прежним, начинает волновать каждого мужчину, когда проблема приобретает чёткие грани. В ряде случаев достаточно постараться упорядочить свой режим дня, пройти курс механотерапии (массажа предстательной железы), ряд физиотерапевтических процедур - и организм сам сможет восстановить выработку гормонов.

Давайте рассмотрим основополагающие моменты в решении данной проблемы.

Во-первых, **надо пересмотреть образ жизни**. Не стоит думать, что нерезультативный рабочий день, переутомление, недосыпание, сидячая работа пройдут для вас бесследно. Курение и злоупотребление алкоголем таят в себе скрытую опасность и угрозу, причём не только для потенции - они фактически приводят ваше здоровье к «полному нулю».

Во-вторых, **большое внимание должно отводиться диете**. Смена образа жизни при сохраняющихся погрешностях в питании ни к чему не приведет. Помните о том, что преобладающие в рационе питания жиры и углеводы (в первую очередь, это сладкое) приводят к накоплению калорий, увеличению веса и, как следствие, ослаблению половой функции. В рационе должны стать приоритетными продукты, богатые белком и витаминами. Наиболее важными для мужского организма являются витамины А, В, С, Е, микроэлементы цинк и селен.

Если проблема зашла слишком далеко, показана медикаментозная терапия. Наиболее часто врачи назначают **адекватную терапию андрогенными препаратами**. Сегодня на фармацевтическом рынке существует большое число андрогенных препаратов, которые широко используются для заместительной терапии.

Первое место занимают *препараты в инъекционной форме*. К их плюсам можно отнести быстрое действие - через сутки после первой инъекции



и, как правило, длится до двух (а в ряде случаев - до 3-4) недель. Таким образом, с помощью этих препаратов достигается относительно стабильная концентрация тестостерона в крови. Однако к очевидным минусам можно отнести необходимость постановки уколов и колебания концентрации тестостерона в крови от супра- до субфизиологических, что в ряде случаев ощущается пациентами.

Следующим этапом был поиск препаратов, применяющихся *в таблетированной форме*. Первые подобные формы были не очень удачны, так как на фоне их применения отмечалось множество негативных эффектов, связанных с поражением печени (повышение уровня печёночных ферментов в крови, отрицательного влияния на липидный обмен). Сегодня лидерами являются *препараты, выпускаемые в виде геля и внутримышечных масляных растворов* (так называемые депо-препараты).

Сложно однозначно давать заочный совет о том, что же лучше использовать. Каждая из указанных форм имеет право на существование. Ясно одно - клинические испытания зарекомендовали препараты, при приеме которых продолжается выработка собственных мужских половых гормонов. Однако последнее слово в выборе формы заместительной терапии всегда будет за вашим врачом-урологом.

И последнее пожелание: старайтесь жить и наслаждаться жизнью. И тогда легко будет преодолеть не только суровую бурю, но и полный штиль! ☺

Большое внимание нужно отводить диете. Преобладающие в рационе питания жиры и углеводы приводят к накоплению калорий, увеличению веса и ослаблению половой функции. Приоритетными должны стать продукты, богатые белком и витаминами. Наиболее важными для мужского организма являются витамины А, В, С, Е, микроэлементы цинк и селен.



Приёмное отделение децентрализованного типа, операционное отделение, клиничко-диагностическая лаборатория, рентген-кабинет, 7 врачей - работают в круглосуточном режиме, обеспечивая возможность оказания медицинской помощи детям в неотложной и экстренной форме.

на 12 коек, дневной стационар психоневрологический для детей на 20 коек;

● *педиатрический блок* - отделение аллергологии-иммунологии на 60 коек (30 педиатрических коек, 20 пульмонологических, 10 аллерго-иммунологических);

● *хирургический блок*, включающий детское хирургическое отделение на 40 коек, единственное в крае детское отделение гнойной хирургии на 40 коек, отделение анестезиологии и реанимации на 6 коек, дневной стационар по детской хирургии на 20 коек, центр амбулаторной хирургии.

Ежегодно в больнице получают стационарную медицинскую помощь около 8,5 тысяч детей. В амбулаторных условиях около 6 тысяч детей получают медицинскую помощь по детской хирургии. Проводится до 3 тысяч операций в год.

Приёмное отделение децентрализованного типа, операционное отделение, клиничко-диагностическая лаборатория, рентген-кабинет, 7 врачей (бригада из 3 врачей-детских хирургов, 2 врача-анестезиолога-реаниматолога, врач-неонатолог, врач-педиатр) - работают в круглосуточном режиме, обеспечивая возможность оказания медицинской помощи детям в неотложной и экстренной форме.

Также в составе больницы - отделение лучевой диагностики, физиотерапевтическое отделение, аптечное отделение, кабинет эндоскопии, кабинет врача-офтальмолога, кабинет функцио-

нальной диагностики, централизованная стерилизационная.

- Как на практике идет реализация определенной стратегии? Что уже реализовано? Какие предстоят изменения?

- Практическая реализации стратегии развития медицинской организации, как детской краевой клинической больницы скорой медицинской помощи, основная ее структурная реорганизация предусмотрена за период 2017-2018 годы.

Так, 1 июня 2017 года было открыто детское психоневрологическое отделение на 40 коек для детей в возрасте до трех лет с оказанием экстренной круглосуточной медицинской помощи. Основным его профилем являются заболевания центральной и периферической нервной системы: последствия перинатального поражения ЦНС, различные формы детского паралича, обследование и лечение детей с острыми состояниями (судорожным синдромом, аффективно-респираторными приступами, неуточненными пароксизмальными состояниями). Пациенты с тяжелыми поражениями нервной системы: двигательными нарушениями, задержками нервно-психического и речевого развития - проходят повторные курсы лечения в течение года.

В отделении для лечения пациентов применяются следующие методики: классический и сегментарный массаж, методика логопедического массажа, методика коррекции речевого и психического развития в раннем возрасте, методики медикаментозного и физиотерапевтического лечения. Всё это позволяет успешно лечить детей со столь сложной патологией. Приобретено оборудование для проведения нейрофизиологического обследования в кабинет функциональной диагностики. В отделении открыт физиотерапевтический и массажный кабинеты, организованы занятия с логопедом, игровая комната для развития сенсорного восприятия у детей с неврологической патологией.

Очень важной вехой в практической реализации стратегического плана развития медицинской организации в 2017 году стало открытие 1 августа первого в Алтайском крае **дневного стационара по детской хирургии на 20 коек.**



Десятилетие детства

Дневной стационар по детской хирургии - новая организационная стационарзамещающая форма оказания медицинской помощи детям с хирургической патологией, предусматривающей медицинское наблюдение и лечение в дневное время с применением современных медицинских технологий в соответствии со стандартами и протоколами ведения больных. В составе дневного стационара - просторный процедурный кабинет, операционная, палаты для пациентов, физиотерапевтический кабинет.

В условиях современной операционной с технологией ламинарной очистки и кондиционирования воздуха проводятся операции при грыжах передней брюшной стенки, доброкачественных и воспалительных заболеваниях кожи и подкожной клетчатки и других хирургических заболеваниях. В дневном стационаре получают высококвалифицированную специализированную медицинскую помощь по детской хирургии дети Барнаула и Барнаульской медико-географической зоны, обеспечена доступность данного вида помощи в условиях кадрового дефицита врачей-детских хирургов в детских поликлиниках.

В прошлом году проведена активная работа по подготовке и открытию **детского оториноларингологического отделения**. За короткий период времени проведен капитальный ремонт старого корпуса под вновь открывающееся отделение, заменены деревянные оконные блоки в старом корпусе, закуплено необходимое медицинское оборудование, получено санитарно-эпидемиологическое заключение, осуществлено лицензирование данного вида медицинской деятельности.

В лор-отделении на 30 коек предусмотрены два блока: палатный и операционный. В операционном блоке располагаются операционные залы, предоперационная комната, перевязочные для раздельной работы с «чистыми» больными и пациентами с гнойной инфекцией лор-органов. В палатном блоке также предусмотрено раздельное размещение больных. Подготовлена палата повышенной комфортности.

В отделении осуществляется экстренная и плановая госпитализация детского населения Алтайского края с лор-патологией. В круглосуточном режиме



Дневной стационар по детской хирургии



Палаты для пациентов

при патологии лор-органов в нем оказывается высококвалифицированная экстренная и плановая помощь детям с заболеваниями уха, горла, носа, требующими хирургического пособия. *(От редакции: в следующем номере мы подробно познакомим наших читателей с новым отделением.)*

Объединение хирургической и оториноларингологической служб в одном многопрофильном стационаре, несомненно, приведет к развитию эндоскопических технологий в оториноларингологии и детской хирургии, позволит улучшить оказание квалифицированной медицинской помощи в случаях сложных клинических ситуаций, когда необходимы взаимодействия врачей смежных специальностей.

С открытием детского оториноларингологического отделения еще более очевидна актуальность строительства перехода, соединяющего хирургический корпус с основным. Согласно проектно-сметной документации начало строительства двухэтажного перехода, площадью 340 кв. м., который соединит хирургический блок с педиатрическим и корпусом «Мать и дитя», с размещением в нем физиотерапевтического отделения - запланировано на 2018 год.

В лор-отделении предусмотрены два блока. В операционном располагаются операционные залы, предоперационная комната, перевязочные для раздельной работы с «чистыми» больными и пациентами с гнойной инфекцией лор-органов. В палатном блоке также предусмотрено раздельное размещение больных.



Десятилетие детства

◀ **- Владимир Петрович, как оцениваете ли реорганизацию (и в каком аспекте) других служб больницы?**

- Да, обязательно. В течение 2017 года проведена **полная реорганизация лабораторной службы**: сделан капитальный ремонт помещений клиничко-диагностической лаборатории в соответствии с современными санитарно-эпидемиологическими требованиями, приобретены бокс микробиологической безопасности (ламинарный бокс) и современная лабораторная мебель, заменена часть медицинского оборудования и медицинских изделий. За счет этого удалось оптимизировать процесс забора биологического материала, увеличить эффективность использования аппаратуры, увеличить объем диагностических исследований для пациентов медицинской организации с 500 тысяч до 700 тысяч исследований в 2017 году.

Серьезная работа в прошлом году проведена и **в сегменте информационного обеспечения лечебного процесса и деятельности медицинской организации**. Создана единая внутриучрежденческая локальная сеть, осуществлена 100%-ная компьютеризация рабочих мест, внедрена и эффективно работает АИС «1С-больничная аптека» не только в аптечном отделении, но и на рабочих местах старших медицинских сестер подразделений. Приобретен и установлен сервер для ускорения обработки данных, ведется активная подготовка к работе АИС «Маркировка ЛП и МИ».

Внедрение автоматизированных систем на всех рабочих местах позволило сократить время обработки медицинской документации, осуществить полноценное ведение статистического и финансового учета, оптимизировать планирование и использование ресурсов и принимать своевременные управленческие решения.

Но особое внимание - развитию инновационных технологий. В 2017 году в педиатрии, детской хирургии, офтальмологии плановый объем высокотехнологичной медицинской помощи успешно выполнен. Также удалось внедрить новый для Алтайского края вид ВМП по педиатрии - лечение врожденных иммунодефицитных состояний с применением химиотерапевтических



Операционная дневного стационара по детской хирургии



Операцию проводит врач-детский хирург

и генно-инженерных биологических лекарственных препаратов в условиях медицинской организации.

- Как вы оцениваете результаты деятельности организации?

- Благодаря целому комплексу мероприятий практической реализации плана стратегического развития КГБУЗ «Детская городская клиническая больница №7, г.Барнаул» в период 2017-2018 годов, укреплению материально-технической базы и рациональному использованию материальных и кадровых ресурсов, внедрению новых высокоэффективных организационных технологий, повышению доступности и качества медицинской помощи детскому населению края, удалось добиться не только устойчивого финансирования, но и значительно повысить престиж медицинской организации.

Большой победой коллектива больницы, считаю, награждение в прошлом году по результатам независимой народной оценки памятным знаком народного признания «Спасибо, доктор!», как лучшему детскому лечебному учреждению, которому доверяют пациенты и их родители. ☺

Создана единая внутриучрежденческая локальная сеть, осуществлена 100%-ная компьютеризация рабочих мест, внедрена и эффективно работает АИС «1С-больничная аптека» не только в аптечном отделении, но и на рабочих местах старших медицинских сестер подразделений.



У вас родился сын...

Часть 3: Подросток. Половое созревание

Наш собеседник - Игорь Васильевич ТРУНОВ, врач детский уролог-андролог КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница».

Мы продолжаем цикл бесед о репродуктивном здоровье мальчиков и подростков. Сегодня информация в первую очередь будет интересна родителям, воспитывающим мальчиков-подростков.

Если девочку заранее готовят к циклическим изменениям, увеличению молочных желез, то мальчик обычно остается один на один со своими не менее важными проблемами: ночными поллюциями (непроизвольными семяизвержениями), гормональными изменениями - увеличение грудных желёз (ювенильная гинекомастия) и так далее. Не имея достоверной информации, подросток может замкнуться в себе и начать считать себя больным, неполноценным.

Половое созревание мальчика активно идёт уже в период внутриутробного развития: с 12-й по 20-ю неделю происходит активное формирование наружных половых органов на фоне высокого содержания тестостерона, вырабатываемого яичками плода. Высокий уровень половых гормонов сохраняется и после рождения, приблизительно до трехмесячного возраста ребёнка, затем начинает постепенно снижаться и первый этап «взросления» завершается к годовалому возрасту, после чего половая система «засыпает».

Медленное пробуждение начинается в возрасте **8-13 лет** и называется **пубертатным периодом**. Сроки его наступления очень индивидуальны, это как будильник, у каждого заведённый на своё время, поэтому мальчики-подростки могут очень сильно отличаться друг от дру-

га как внешне, так и психо-эмоционально.

У мальчиков первый признак - это *рост объема яичек*, который продолжается в течение всего пубертатного периода и завершается к 17-18 годам.

Увеличение размеров полового члена начинается с отставанием от роста яичек примерно на год, и это опоздание нередко вызывает массу вопросов как у мальчика, так иногда и у родителей.

В возрасте 11-13 лет на лобке и вокруг пениса начинают расти *волосы*: вначале единичные прямые, затем, утолщаясь, они становятся более волнистыми и, распространяясь дальше, приобретают форму перевернутого треугольника. Отмечается рост волос в подмышечных впадинах. Волосы на ногах темнеют и становятся длиннее, на верхней губе и подбородке появляются более жёсткие волоски - прообраз будущих усов и бороды.

Меняется тембр голоса. Голос иногда сбивается на фальцет - меняет свою высоту посередине слова или фразы. Причина этого заключается в том, что растут и изменяются голосовые связки и хрящи гортани.

Одним из важных признаков нормального развития половой системы в целом является *непроизвольное извержение семенной жидкости* (обычно во время сна) - **поллюции**, которые появляются примерно в 14-летнем возрасте и к 16 годам имеются у большинства подростков. Необходимо рассказать об этом своему ребёнку заранее, объяснив, что поллюций не нужно стесняться, что это признак формирующейся мужественности, но



при этом и о гигиеническом аспекте тоже забывать не стоит.

В период полового созревания мальчики *быстро растут*. Подросток становится угловатым, ему трудно управлять своим телом из-за резко изменившихся, еще не привычных для него размеров и пропорций тела.

Примерно у половины подростков происходит *увеличение одной или обеих грудных* (не молочных, как их иногда называют) *желёз*, именуемое **гинекомастией**. Длиться оно может от 6 месяцев до полутора лет и зачастую является нормальным проявлением так называемого «гормонального бунта». В редких случаях данное состояние может являться патологическим, что требует углубленного изучения, а иногда и хирургической коррекции.

Повышенная деятельность желез внутренней секреции, которая отмечается на всем протяжении периода полового созревания, обуславливает усиленную *секрецию солевых и потовых желез*.



Половое развитие у мальчиков считается преждевременным, если половые признаки появляются до 8 лет. Это может быть связано с преждевременной активностью центральной нервной системы, либо преждевременной секрецией половых гормонов опухолью половых желез или надпочечниками. *Очень важно выявить причину преждевременного полового созревания,* поскольку в некоторых случаях необходимо лишь наблюдение в динамике с коррекцией режима питания и физической активности (реже - короткие курсы гормональной терапии для инициации пубертата), а в других - требуется пожизненная заместительная гормональная терапия.

Половое развитие у мальчиков считается задержанным, если после 14 лет отсутствует увеличение объема яичек. В норме задержка может быть временной - на 6-9 месяцев и нередко имеет наследственный характер, но может быть вызвана и серьезным заболеванием (например, синдромом Кляйнфельтера и т.п.). Иногда выявляется наличие неблагоприятных факторов: патология беременности и родов, низкие ростовые и весовые показатели при рождении, неблагоприятная социальная обстановка, хронические инфекции и хронические заболевания, особенно сопровождающиеся нарушением питания и гипоксией.

Помимо состояний, связанных с нарушением секреции половых гормонов в этом возрасте **могут начать проявляться и другие заболевания.** Наиболее часто встречаемые из них - это *варикозное расширение вен левого яичка (варикоцеле), кисты придатков яичек,* оставленные «на потом» проблемы с крайней плотью: *синехии, узость крайней плоти, короткая уздечка полового члена, проблемы с интимной гигиеной* и целый ряд других, более редких, но не менее серьезных для будущего мужчины заболеваний.

Подросток редко может самостоятельно определить - есть у него проблема или нет, иногда стесняется родителей, для которых эта тема табу, ищет помощи у сверстников или в Интернете. А заболевания могут прогрессировать, время можно упустить, поэтому, начиная с **10 до 16 лет необходимо ежегодно планово посещать врача детского уролога-андролога.**

Следующей темой нашего разговора по профилактике репродуктивного здоровья мальчиков и подростков станет: «Подросток - уже мужчина или взрослый мальчик?». ☺



Богатым грозит бесплодие?

Израильские ученые выяснили, что за последние 40 лет у западных мужчин значительно сократилось количество сперматозоидов.

В Европе, Северной Америке, Австралии и Новой Зеландии у мужчин в семенной жидкости сократилось содержание сперматозоидов - практически вдвое: за период с 1973 по 2011 годы концентрация сперматозоидов в 1мл семенной жидкости уменьшилась на 52,4%, при этом общее количество мужских половых клеток при одной эякуляции понизилось и вовсе на 59,3%. В то же время в Азии, Африке и Южной Америке подобного не происходит. Таковы результаты мегаисследования, обобщившего данные 185 научных работ, в которых изучались данные о 43 тысячах мужчин.

Ученые говорят о том, что уменьшение количества сперматозоидов у мужчин - это неуклонная тенденция, хотя и замедлившаяся в последние годы. Но при этом отмечают, что тревожить рано, ведь приведенные показатели пока не идут вразрез с нормами по характеристикам спермы, установленным ВОЗ. Согласно ВОЗ, об опасности бесплодия можно говорить в случае, когда при эякуляции на 1мл семени приходится менее 15млн. сперматозоидов. В настоящее же время средняя концентрация спермы у проживающих в западных странах мужчин составляет 47млн. на 1мл.

Эксперты тем не менее подчеркивают, что необходимо тщательное выяснение причин происходящих изменений. Что может влиять на мужское здоровье? Злоупотребление лекарствами, например, аспирином и парацетамолом, или постоянное пользование сотовыми телефонами. Это высказанные версии. А вот то, что на качестве спермы отрицательно сказывается курение, доказано давно.

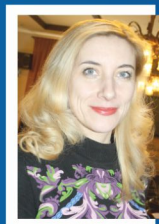
Общественный Редакционный совет журнала



**Арсеньева
Нина Григорьевна**
заслуженный работник
здравоохранения РФ,
врач-офтальмолог высшей
квалификационной
категории



**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
терапии и 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 Ильинична**
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

№4 (184) апрель 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 26.04.2018 г.,
фактически - 14:00 26.04.2018 г.
Дата выхода: 03.05.2018 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 - 4100 экз. Цена свободная.

Подписной индекс - 31039

Актовая речь Александра Федоровича ЛАЗАРЕВА,

заслуженного врача России, профессора, заведующего кафедрой онкологии, лучевой терапии и лучевой диагностики с курсом ДПО АГМУ, 09.02.2018 г.



➤ Большинство злокачественных опухолей человека имеет мультифакториальную природу, т.е. в их возникновении играют роль как генетические, так и множество внешнесредовых факторов