

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

6+

# ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№6 (186) ИЮНЬ 2018



*С Днём медицинского работника!*



## *С Днем медицинского работника!*

К профессии медика исторически сложилось отношение как к профессии особого свойства, которой, прежде всего, присущи гуманность, сострадание, действие исключительно в интересах пациента. Медицина («искусство исцеления») чаще воспринимается сферой деятельности, существующей как бы «над политикой». И это, безусловно, так. Но - только отчасти.

Поскольку, используя весь предыдущий опыт и достижения современной медицины, государство, общество для сохранения населения страны создает систему здравоохранения. Именно систему государственных и общественных мероприятий, направленных на предупреждение и лечение заболеваний, укрепление здоровья населения; систему, включающую меры экономического, правового, социального, противоэпидемического, даже культурного и, конечно, политического характера.

Президентом России В.В. Путиным сформулированы новые политические задачи по социально-экономическому развитию России до 2024 года, в том числе в области здравоохранения: «...Правительству РФ при разработке национального проекта в сфере здравоохранения исходить из того, что в 2024г. необходимо обеспечить достижение следующих целей и целевых показателей: снижение показателей смертности населения трудоспособного возраста (до 350 случаев на 100 тысяч населения), смертности от болезней системы кровообращения (до 450 случаев на 100 тысяч населения), смертности от новообразований, в том числе от злокачественных (до 185 случаев на 100 тысяч населения), младенческой смертности (до 4,5 случая на 1 тысячу родившихся детей)...

... Добиться ликвидации кадрового дефицита в медицинских организациях, оказывающих первичную медпомощь; обеспечить охват всех граждан профилактическими медосмотрами не реже одного раза в год; обеспечить оптимальную доступность для населения (в том числе для жителей населенных пунктов, расположенных в отдаленных местностях) медорганизаций, оказывающих первичную помощь; оптимизировать работу медицинских организаций, оказывающих первую помощь, сокращение времени ожидания в очереди при обращении граждан в указанные организации, упрощение процедуры записи на прием к врачу; увеличить объема экспорта медицинских услуг не менее чем в 4 раза по сравнению с 2017г. (до \$1млрд. в год).

... Решить задачи: завершение формирования сети медицинских организаций первичного звена здравоохранения с использованием в сфере здравоохранения геоинформационной системы с учетом необходимости строительства врачебных амбулаторий, фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов в населенных пунктах с численностью населения от 100 человек до 2 тысяч человек, а также с учетом использования мобильных медицинских комплексов в населенных пунктах с численностью населения менее 100 человек; завершение формирования сети национальных медицинских исследовательских центров; создание механизмов взаимодействия медицинских организаций на основе единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения.

... Внедрить инновационные медицинские технологии, включая систему ранней диагностики и дистанционный мониторинг состояния здоровья пациентов; обеспечить медорганизации квалифицированными кадрами, включая внедрение системы непрерывного образования медицинских работников, в том числе с использованием дистанционных образовательных технологий; внедрить клинические рекомендации и протоколов лечения и их использование в целях формирования тарифов на оплату медпомощи; разработать и реализовать программы борьбы с онкологическими заболеваниями, сердечно-сосудистыми заболеваниями, развитием детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям; сформировать систему защиты прав пациентов; усовершенствовать механизм экспорта медицинских услуг...».

Не вызывает сомнения взвешенность приоритетов, обоснование возможностей и комплексность подходов достижения этих целей, но, в моем представлении, при важности всех составляющих ключевым моментом для их достижения является вопрос кадров.

В мае т.г. с рядом экспертов ОНФ мы изучали в нескольких территориях края состояние доступности медицинской помощи в населенных пунктах с числом жителей от 100 до 2000 человек...(ОНФ создана интерактивная карта доступности медицинской помощи <https://onf.ru/2018/06/18/narodnyy-front-zapustil-interaktivnuyu-kartu-dostupnosti-medpomoshchi/>) И там, где вопрос требует решения, как правило, главным «камнем преткновения» становится задача привлечения для работы на постоянное (на длительное!) время медицинского работника. Врач, фельдшер, медицинская сестра, выбирая себе профессию медика, конечно, движим самыми благородными и гуманными помыслами. В профессиональной деятельности чаще всего в выборе места работы определяющим является возможность роста профессионального мастерства, самореализации. Немаловажным является и решение насущных социальных проблем для семьи: достойное жилье, детский сад, школа, возможности для занятия спортом, творчеством. Убеждена, что решение вопроса дефицита кадров - это не только и не столько задача органов здравоохранения, медицинского сообщества, а в значительной мере органов власти всех уровней, предпринимательского сообщества, активной части населения.

**Поздравляя коллег с профессиональным праздником, с Днем медицинского работника, хочу пожелать вам, чтобы ваш труд заслуженно с благодарностью принимался обществом. Чтобы вы имели возможность профессиональной реализации и профессионального роста в родном крае. Здоровья вам и вашим близким, уважения коллег и ваших пациентов.**



9

*Лучше раньше,  
да лучше*



14

*Особенности  
отцовского  
воспитания*



18

*Как не дать астме  
«расцвести»?*



26

*Особенности  
сердечно-сосудистых  
заболеваний  
у женщин*



38

*Бронхолегочная  
дисплазия*

На обложке: врачевная  
династия НЕЧУНАЕВЫХ,  
г.Барнаул.

Фото: Лариса Юрченко.

В.П. Нечунаев. Талант хирурга -  
это постоянный труд и практика ..... 2-4

**ЭНЦИКЛОПЕДИЯ МУЖСКОГО ЗДОРОВЬЯ**  
Каждый мужчина ответственен за свое здоровье ..... 5-7

Подсластить пилюлю ..... 8

Лучше раньше, да лучше ..... 9

Серьезные люди с чувством юмора ..... 10

Долайкались до глюков ..... 11

Очки - в вашу пользу ..... 12-13

**ЭНЦИКЛОПЕДИЯ МУЖСКОГО ЗДОРОВЬЯ**  
А.В. Лобанова. Особенности отцовского воспитания ..... 14-15

**ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННО РОДИТЕЛЬСТВА**  
Ю.А. Дударева. Резус-отрицательная мать:  
можно ли избежать конфликт? ..... 16-17

Е.А. Боброва. Как не дать астме «расцвести»? ..... 18-19

В воркауте ..... 20

**ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ**  
Я.В. Щербак. Медицинская профилактика  
и санитарно-просветительная работа ..... 21-22  
Л.Н. Харламова. Конъюнктивит. Един во многих лицах ..... 23-24

Великолепная шестёрка ..... 25

**СЕРДЦЕ ПОД КОНТРОЛЕМ**  
А.А. Ефремушкина.  
Особенности сердечно-сосудистых заболеваний у женщин ..... 26-27

Алтайская краевая клиническая детская больница  
Н.И. Куликова.  
Внутричерепная гипертензия и гидроцефалия у детей ..... 28-31

Губная гармония ..... 32-33

**ЭНЦИКЛОПЕДИЯ МУЖСКОГО ЗДОРОВЬЯ**  
И снова - о мужском здоровье ..... 34-35

И.Г. Скороглядова. «Академия замещающей семьи»  
для будущих родителей ..... 36-37

**ШКОЛА ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ**  
Ю.В. Миллер. Бронхолегочная дисплазия ..... 38-39

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

**ЭНЦИКЛОПЕДИЯ МУЖСКОГО ЗДОРОВЬЯ**  
Я.В. Яковец. «Подводные камни» здорового образа жизни ..... 42-43

Это интересно! ..... 44





# Талант хирурга - это постоянный труд и практика

**Владимир Павлович НЕЧУНАЕВ -**  
**высококвалифицированный специалист, врач-онколог**  
**высшей квалификационной категории, хирург**  
**по призванию, талантливый ученый, чуткий и**  
**внимательный врач, пользующийся заслуженным**  
**авторитетом среди медицинских работников,**  
**в коллективе и у пациентов. И это лучшее**  
**подтверждение непреходящей любви к профессии,**  
**честного служения делу, которое однажды выбрал.**

С 1984 года он трудится в КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер», сейчас - в должности заместителя главного врача по лечебной работе. За многолетний добросовестный труд, тысячи успешных операций ему присвоено почетное звание «Заслуженный врач Российской Федерации». Кроме этого Владимир Павлович - основатель династии врачей, состоящей из одиннадцати представителей.

**- Владимир Павлович, вы работаете в одной из сложнейшей и ответственной отрасли медицины, онкологии, сорок лет. С вашей точки зрения, что характерно для ее сегодняшнего состояния и какие можно обозначить перспективы развития?**

- Любое заболевание проще предупредить, чем лечить, - старая истина на все времена. Поэтому профилактика онкологических заболеваний сегодня стоит на первом месте. Более того, это - большая государственная проблема, требующая неотложного решения. Доказательство этого - пропаганда здорового образа жизни в СМИ и в нашей работе, введение и сдача нормативов ГТО и т.д. Много усилий направлено на борьбу с табакокурением, алкоголизмом,

наркоманией: важно исключить пагубные привычки, которые в первую очередь влияют на состояние здоровья и приводят к развитию онкологических заболеваний различных локализаций. Достаточно сказать, что в краевом онкологическом диспансере два сложнейших торакальных отделения заполнены больными - злостными курильщиками, которые выкуривают до двух пачек в день. В результате у них развивается рак лёгкого как реакция на никотин и продукты его распада при табакокурении. Также это приводит к развитию рака желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы, горла, языка, губы.

Конечно, раннее выявление заболевания - на 1-2-й стадии - гарантирует излечение на 90-100%. Причем стоимость такого проведенного лечения на порядок ниже, и оно переносится пациентом легче. Соответственно, он живет дольше и может умереть от совершенно других болезней. Когда регистрируются 3-4-я стадии онкологии, - здесь прогнозы уже другие, затраты более ёмкие, лечение становится большой нагрузкой на организм, его эффективность зависит в том числе и от возраста пациента. Между тем, большой процент всех случаев рака диагностируется у пациентов в возраст-



те старше 60 лет. То есть онкология развивается на фоне имеющейся сопутствующей патологии, поэтому ее лечение становится крайне сложным. Таким образом, перспективы в лечении и диагностике онкологических заболеваний очевидны: акцент - на профилактике и ранней диагностике.

**- В практике врача-онколога есть и такие примеры, когда после оперативного лечения пациент получает другое качество жизни. Ему приходится жить, например, с шрамами, считаться с невозможностью выполнить ранее привычные движения, к тому часто возникает депрессия, довлеет страх рецидива болезни... Как врач-онколог в такой ситуации может помочь?**

- Врач предвидит итог лечения заранее, и он обязан объяснить возможный исход пациенту. Другой альтернативы нет: человек должен выбирать - жить, имея инва-



## Победим свой страх!

лидность, или не жить вовсе. При 3-й и 4-й стадиях онкологии операции, как правило, - инвалидизирующие, калечащие. Но хирург хорошо понимает: если сделать в ходе операции акцент на красоту шва, то завтра с большой вероятностью возникнет рецидив. Онколог-хирург выполняет широкое иссечение тканей, отступая от края опухоли на 3-4 сантиметра. Например, при операциях на лице это всегда приводит к грубой деформации. Конечно, вторым этапом проводится ряд операций, которые помогают человеку приспособиться к дальнейшей жизни. Но первая и самая главная задача, которую решает онколог, - сохранение жизни пациенту. И пусть после лечения уже не пробежаться, а только можно ходить с костыльком, придется отказаться от многих привычек и дел, но вы будете жить!

**- Владимир Павлович, вопрос вам как к ученому. Как рождаются открытия? Как удается видеть в ежедневной практике новое, просчитать его возможности и перспективу?**

- Я - хирург и хирургической деятельностью занимаюсь с окончания медицинского института. Рад, что до сих пор у операционного стола. Навыки в любом деле приходят со временем. После отработки первого десятилетия начинается анализ: почему именно так делаем, а не по-другому? Оказывается, что можно иначе повернуть больного, изменить методику операции - и результат получим лучше. Считаю, что это осмысленное, домысливание, доработка всегда присутствует у любого человека любой специальности. И у каждого хирурга свой подход и манера оперирования, как говорят, - свой почерк. Некоторые хирурги очень бережно относятся к тканям, бережливо оперируют, действительно красиво. Другие - грубо, широко. Эта грубость чревата появлением осложнений. Но я уже говорил: нередко в онкологии надо широко оперировать, широко иссекать ткани, чтобы избежать рецидива, это продиктовано законами борьбы с болезнью.

**- Почему вы выбрали онкологию, где жизнь и смерть ходят рядом?**



- Решил стать хирургом на шестом курсе медицинского института. Время было такое: мы все хотели быть хирургами, рвались к делу! И сегодня могу сказать: хирургия в онкологии - самая настоящая, требующая знаний, опыта, мышления, потому что обратного хода нет. Это самая объемная, самая высокоинтеллектуальная хирургия, требующая настоящего мастерства, ею можно обучаться всю жизнь. К примеру, в онкологии опухоль в желудке может распространиться и на поджелудочную железу, и на печень, и на толстую кишку. И онкохирург должен провести максимально органосохраняющую операцию.

Я по-прежнему оперирую каждый рабочий день. И без этого не могу. Думаю, настоящие хирурги без хирургии не живут.

**- Вы стоите во главе династии Нечунаевых. Как это получилось?**

- Действительно, в различных медицинских учреждениях России и Алтайского края работают мои брат, сестра, супруга, две дочери, племянники - всего 11 докторов. Но стать главой династии никогда не стремился. В 1971 году после окончания с отличием Каменского медицинского училища поступил в Алтайский медицинский институт. Потом по моему пути пошли сестра, брат. Все мы создали семьи с медицинскими работниками. Так сложились в семье два поколения врачей. Никто из нас не агитировал своих детей идти в медицину. Но когда родители - врачи, когда дома даже кашу сварить невоз-

**Хирургия в онкологии - самая настоящая, требующая знаний, опыта, мышления, потому что обратного хода нет. Это самая объемная, самая высокоинтеллектуальная хирургия, требующая настоящего мастерства, ею можно обучаться всю жизнь.**



◀ можно без медицинских терминов, разве могут дети выбрать другую профессию? Мы с супругой, **Татьяной Григорьевной**, которая тоже титулованный врач-онколог, кандидат медицинских наук, отличник здравоохранения РФ, в молодости спорили на медицинские темы очень азартно. Сейчас острота спала, стали мудрее. И дети наши росли в этом постоянном общении, потому и выбрали медицину.

Первый и самый главный предмет родительской гордости - самостоятельность дочерей. Второй - аналитический склад их ума. Обе успешно защитили кандидатские диссертации, врачи высшей категории.

Старшая внучка, окончив и художественную, и общеобразовательную школы с отличными оценками, учится в Санкт-Петербурге на третьем курсе, будущая специальность - архитектор-дизайнер. Ее

дед с папиной стороны - строитель, и эта линия победила в выборе профессии. Внучка любит сама с собой заниматься, размышлять. А младшие внуки еще маленькие, об их выборе узнаем через несколько лет.

**- В мае Россия отмечала 73-ю годовщину Великой Победы. А какой след оставила Великая Отечественная война в истории вашей семьи?**

- Оба мои деда погибли во Второй мировой войне. Отец и тесть вернулись живыми после Победы в 1947 году. Для нашей семьи очень важно в этот день, 9 мая, пройти в рядах «Бессмертного полка». Сделали фотографии наших героев, оформили транспаранты. И сегодня тяжело понимать, что у Победы очень дорогая цена - более 20 миллионов человеческих жизней... ☹

## О СЕБЕ

**Владимир Павлович НЕЧУНАЕВ:**

- 1979-1983 годы - врач-хирург хирургического отделения медицинского санитарного отдела 107 при Третьем главном управлении Министерства здравоохранения (г. Краснокаменск, Читинская область).

- С 1984 года трудится в Алтайском краевом онкологическом диспансере.

- С 2004 года - старший научный сотрудник, заведующий торакальным отделением Алтайского филиала Российского онкологического научного центра РАМН.

- Под его руководством осваивались и внедрялись современные методики хирургического лечения рака желудка, пищевода, лёгких, мезотелиомы; разработана система профилактики рака ЖКТ.

- В 1991 году в отделении гастроэнтерологии АКОД внедрил метод местнорегионарной полихимиотерапии с клеевыми композициями в лечении рака прямой кишки.

- В 2002 году в отделении опухолей пищевода и средостения разработал и внедрил методологию оптимизированного хирургического лечения кардиоэзофагеального рака, а также комбинированный доступ хирургического его лечения.

- В 2001 году защитил кандидатскую диссертацию по теме «Злокачественные новообразования кожи в Алтайском крае». Первым в Сибири и Дальнем Востоке проанализировал и изложил факторы риска заболеваемости злокачественными новообразованиями кожи. На основании результатов исследования им предложены и внедрены мероприятия по снижению заболеваемости и смертности от рака кожи и меланомы населения Алтайского края.

- В 2003 году удостоен премии Алтайского края в области науки и техники в номинации «Разработка и практическое применение новых методов и средств в здравоохранении» за внедрение мероприятий по снижению заболеваемости и смертности от рака кожи в Алтайском крае.

**На портале госуслуг появится новая опция - в личном кабинете «Мое здоровье» можно будет узнать о полученных услугах в рамках обязательного медицинского страхования и их стоимости.**

Сейчас сервис апробируется в Дагестане, Красноярском крае, Новосибирской, Самарской и Оренбургской областях. До конца года информация станет доступна во всех регионах. Также в рамках новой опции «обкатывается» возможность оформления полиса ОМС не выходя из дома.

Возможность для россиян отслеживать через сайт госуслуг получение медицинских услуг и их стоимость позволит решить сразу несколько задач. Медучреждения не смогут делать «приписки»: если человек не проходил диспансеризацию, а в его «личном кабинете» написано, что проходил - это уже повод для сигнала в контролирующие органы. Не будет искажаться информация о пациенте: если ему приписаны результаты обследований, которых не было, это может сыграть злую шутку. Медкарты становятся электронными, и если человек экстренно попал в больницу и лечащий врач получил к ним доступ, он будет пользоваться недостоверной информацией и может неверно назначить лечение. Также сервис поможет формировать культуру более бережного отношения к своему здоровью и посещению врачей. Человек будет видеть, что медуслуги не бесплатные, за них платит государство и немало.

Оформить полис ОМС на портале госуслуг можно будет в разделе «Поддача заявления о выборе страховой медицинской организации». Нужно направить запрос в электронном виде, и в течение 30 дней человеку придет приглашение от выбранной им страховой медорганизации, в котором будет указано, где и когда можно забрать готовый медполис. ☹





# Каждый мужчина ответственен за свое здоровье

**С 1 июня этого года региональная программа «Мужское здоровье» вступила в новый этап реализации - открыто финансирование всех предусмотренных проектом мероприятий. Об этом сообщил Сергей Викторович НАСОНОВ, заместитель министра регионального здравоохранения.**

Новый проект получил поддержку на федеральном уровне с последующей его трансляцией на территорию России. И это решение продиктовано реальностью. Продолжительность жизни мужчин на 11 лет отстает от среднего этого показателя у женщин. В Российской Федерации и Алтайском крае соотношение примерно одинаково: по основным заболеваниям смертность у мужчин фактически на четверть выше, чем у женщин.



А.И. Неймарк

На круглом столе, проведенном 24 мая, приняли участие: **Александр Израилевич НЕЙМАРК**, профессор, доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ, главный уролог Алтайского края, заведующий кафедрой специализированной хирургии по урологии, травматологии и офтальмологии АГМУ; **Татьяна Леонидовна СМЫШЛЯЕВА**, заместитель главного врача по поликлиническому раз-

делу работы КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края»; **Ольга Александровна ЗУБОВА**, начальник КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн»; **Татьяна Викторовна РЕПКИНА**, главный врач КГБУЗ «Краевой центр медицинской профилактики», и другие.

Говоря об основах репродуктивного здоровья мужчин, Сергей Викторович Насонов отметил:

- В начале 2000 годов на базе Алтайской краевой клинической детской больницы удалось открыть детское андрологическое отделение с амбулаторным при-

емом и койками для стационарного лечения в хирургическом отделении больницы. В 2006 году на Алтае по инициативе Александра Израилевича Неймарка и его коллег впервые была принята программа консультирования мужчин. Именно эти наработки стали серьезным фундаментом для планирования реализации программы «Мужское здоровье».



С.В. Насонов

В рамках региональной программы «Мужское здоровье» сегодня нам предстоит решить кадровый вопрос - **необходимо устранить дефицит взрослых и детских врачей-урологов.**

Большая роль возложена на профилактическую направленность. Поэтому один из разделов программы посвящен деятельности краевого центра медицинской профилактики. **Планируемые мероприятия будут охватывать все основные группы заболеваний одновременно.** Ведь очевидно, что невозможно сегодня заниматься профилактикой сердечно-сосудистых заболеваний, завтра - репродуктивной сферы и т.д., и при этом рассчитывать на положительный результат.

Доказано, что здоровье закладывается не тогда, когда ребенок родился, делает первые шаги, а гораздо раньше - внутриутробно. То есть, как только



Р.Т. Алиев

в семье узнают, что женщина ждет рождения мальчика, уже тогда необходимо принимать меры для сохранения его репродуктивного здоровья. Поэтому наши специалисты по детской андрологии и урологии совместно с коллективом кафедры специализированной хирургии по урологии АГМУ аккумулировали все наработки последних лет и при-

няли решение начинать работу с **анкетирования будущих мам мальчиков**. В эту систему входят анкетирования беременной женщины и медицинских работников, занятых в первичном звене. Будущая мама мальчика должна обладать наиболее полной информацией о том, в каких ситуациях, не откладывая, следует обращаться к педиатру. Если у нее возникают вопросы, **она уже сегодня может обратиться в мужскую консультацию при поликлинике краевой клинической больницы**, где на ее вопросы ответят специалисты и окажут необходимую помощь для сохранения репродуктивного здоровья будущего малыша. **В скором времени заработают интернет-портал и интернет-приемная для будущих мам**. Учитывая положительный опыт ведения регистра беременных в краевом перинатальном центре «ДАР», будем и там развивать эту тему.



Т.Л. Смышляева

**Женщины смогут консультироваться у взрослых и детских врачей-урологов в рамках кластерного подхода**, который уже доказал свою результативность. Как правило, врачи видят отклонения на ультразвуковых исследованиях во втором и третьем триместрах беременности. И тогда с этого времени начинаются профилактические мероприятия дальнейших репродуктивных потерь.

Определены сроки обязательной диспансеризации мальчиков от года до 18 лет, а затем - юношей, осмотров с привлечением медицинских работников первичного звена, врачей ультразвуковой диагностики и других специальностей, которые могут выявлять патологии, назначать лечение и формировать соответствующий детский и взрослый регистр.



Далее заместитель министра регионального здравоохранения подчеркнул:

- Принятый закон о телемедицине открывает новые возможности в оказании медицинской помощи, особенно важные для нашего края, учитывая его низкую плотность населения и большую территориальную протяженность.

Сегодня формируется новый подход - **рассматривать здоровье ребенка через призму семьи**. Такое решение подсказано жизнью: проводя акции, посвященные мужскому здоровью, мы видим, что вместе с мужьями приходят их супруги, готовые взять на себя ответственность за здоровье мужчины. Соответственно, нужно не создавать новые структуры, а совместить мужскую и женскую консультации, сделать ее семейной. Тогда в нее с полным правом придут и беременная женщина, и мужчина.



Б.А. Неймарк

Важно рассматривать репродуктивное здоровье мужчины в комплексе с состоянием всех систем организма. Научно доказано, что **эректильная дисфункция у мужчин является предшественником первых сосудистых катастроф** - инфарктов и инсультов, которые нередко приводят к инвалидизации и смерти. Фиксируя, как молодеют диагностируемые инсульты и инфаркты, что их формы становятся более жесткими и молниеносными, считаем, что это та ниша, на которую врачи должны направить максимум усилий, чтобы выполнить указы президента Российской Федерации по увеличению продолжительности жизни россиян.

**Итак, активная фаза проекта «Мужское здоровье» стартовала 1 июня 2018 года. Первая задача - максимальный охват мужчин при анкетировании, по его результатам - формирование групп риска для дальнейшего обследования, консультирование и лечение большой группы населения - от беременной женщины до мужчины старшей возрастной группы.**

В рамках проекта закуплен и начал свою работу в Павловском, Первомайском районах **передвижной мобильный комплекс «Мужское здоровье»**. В его составе - кабинет приема врача-уролога и кабинет ультразвуковой диагностики, оснащенный высокотехнологичным оборудованием, позволяющее исследовать внутренние органы и органы мочеполовой системы. Разработан алгоритм направления на обследование. Одновременно с «мужским» комплексом будет выезжать и **комплекс «Женское здоровье»**. Таким образом мы делаем еще один шаг именно к семейному здоровью,





к его восстановлению у мужчин и женщин.

В ближайшее время планируем **открыть отделение детской урологии на базе Алтайской краевой клинической детской больницы**. В дальнейшем, в течение 2019-2020 годов, отделение будет приведено в соответствие с современными мировыми стандартами. Решается вопрос о его оснащении, чтобы весь спектр урологического лечения, обследования мальчиков и девочек был представлен на территории края.

В своем выступлении Сергей Викторович также рассказал, что **открытие первой мужской консультации - Академии мужского здоровья - планируется на площадке краевой клинической больницы**. В то же время решение всего круга поставленных задач невозможно без участия коллег ведущих медицинских учреждений Барнаула, включая краевую онкологический центр. Учитывая, что решается вопрос вхождения в III федеральную национальную онкологическую программу и дальнейшее развитие онкологического субкластера в нагорном Барнаульском кластере, возрастает роль в проекте «Мужское здоровье» и краевого госпиталя для ветеранов войн, который уже входит в нагорный кластер. Сегодня госпиталь располагает самым современным эндоскопическим и физиотерапевтическим оборудованием, которое необходимо для



О.А. Зубова

реабилитационной и медицинской помощи не только традиционным пациентам.

Конечно, для выполнения поставленных задач необходимо подключить средних медицинских работников, потому что с учетом полиморбидности пациентов требуются новые компетентности от каждого участника программы. Поэтому **предстоит доработать или сформировать программу повышения квалификации для среднего общепрактического звена в педиатрии и терапии, для отдельных специалистов, которые задействованы в реализации проекта «Мужское здоровье»**. Далее - нужно разработать отдельные краткосрочные циклы подготовки для вновь поступающих специалистов на работу. Выстроить систему сохранения мужского здоровья, включающую консультации, уро-



И.В. Вихляев

андрологические центры, кабинеты мужского здоровья - переформатированные существующие мужские смотровые кабинеты в поликлиниках, которые будут оснащены соответственно новым задачам.

**Для эффективного анкетирования населения будет разработано приложение для мобильных телефонов**, по результатам анкетирования сформированы группы риска по уроонкологии, уроандрологии, ряду других направлений среди различных возрастных групп.

Один из разделов проекта - **модернизация амбулаторно-поликлинических учреждений с целью активизации работы, оснащения действующих урологических отделений**, чтобы они могли оказывать помощь не только в экстренном порядке, но и в плановом. Итогом этой большой работы станет **введение электронного паспорта здоровья мужчин Алтайского края**.

В планах должно быть внимание уделено реабилитационной составляющей. Эта система будет выстроена на площадке ЗАО «Курорты Белокурихи» с непосредственным участием специалистов АГМУ. Разработанная программа реабилитации, первичной и вторичной профилактики позволит создать круглогодичный курорт урологической направленности.

Подводя итог сказанному, Сергей Викторович подчеркнул, что основной задачей проекта является не банальное переоснащение оборудованием медицинских учреждений, хотя и ему уделяется внимание в программе, а внедрение наблюдения от беременной женщины до возрастного мужчины и постепенное формирование у всех членов общества ответственного отношения к своему здоровью.

**Александр Израилевич Неймарк** в своем выступлении коснулся статистики заболеваний:

- Цифры по основным урологическим заболеваниям в Алтайском крае не выше, чем в других регионах. Наш край выделяется только большим показателем диагностируемой мочекаменной болезни. И основная причина этого - качество воды. Есть территории, где заболеваемость по этому показателю остается высокой на протяжении многих лет.

По мнению Александра Израилевича, реализация программы «Мужское здоровье» позволит выявлять скрытую патологию в тех случаях, когда мужчины еще не подозревают, что больны, отмахиваются от первых симптомов, не считая их проявлениями болезни. Если на этом этапе удастся начать лечение, оно пройдет легче и без последствий для пациента. ☺



Т.В. Репкина



# Особенности отцовского воспитания.

## Формирование мужественности у сыновей и женственности у дочерей



**Алла Владимировна  
ЛОБАНОВА,**

медицинский психолог,  
КГБУЗ «Алтайский  
краевой клинический  
перинатальный  
центр «ДАР»

**Своим рождением  
мы обязаны не  
только своей  
матери, но и отцу.  
И роль отца не  
менее важна, чем  
материнская.**

Именно папа является примером для подражания своим детям. Отец - это также один из самых надежных людей, на которого можно положиться в трудные моменты жизни. Ведь недаром говорят, что «отец - это стены и крыша дома, а мать - внутренняя обстановка».

**Неправильно представлять, что уход за ребенком - немужская работа.** Можно быть нежным отцом и настоящим мужчиной одновременно. Духовная близость и дружеские отношения между отцом и ребенком оказывают благотворное влияние на характер ребенка и на всю его последующую жизнь. Поэтому **лучше, если мужчина с самого начала постарается стать настоящим отцом, постигая это сложное искусство вместе с супругой.** Если же в первые два года отец предоставит все заботы о ребенке ей, она навсегда останется главной во всех вопросах, касающихся ребенка. Поэтому одним из важнейших условий, обеспечивающих влияние отца на ребенка, их будущую взаимную привязанность и доверие, является как можно более раннее начало их общения. Тем

более что любовь отца формируется именно в процессе ухода за ребенком.

Одно из главных чувств, необходимых для формирования у ребенка здоровой психики, - это чувство защищенности. В младенчестве его создает в основном мать. Затем, когда ребенок начинает осваивать окружающий мир и осознает, что в мире много опасностей, с которыми матери не справиться, в роли главного защитника начинает выступать отец. Маленькие мальчики недаром любят хвалиться друг перед другом именно отцовской силой: она как бы придает сил и им самим, увеличивая их значимость в глазах окружающих. Поэтому **надо всячески поддерживать и укреплять в малыше уверенность в том, что папа - самая главная опора, самая главная защита вашей семьи.**

**В воспитании детей роль отца очень важна:**

- для формирования у ребенка ответственности, самостоятельности и способности противостоять групповому давлению;
- для обучения ребенка делать не так, как удобно другим и хотят другие, а так, как подсказывает совесть, даже если это решение может показаться окружающим «непопулярным»;
- для защиты своей семьи от растления, агрессии, которые сегодня часто выдаются за норму жизни;
- для определения для своей семьи всех правил, организующих быт. Например, в какое время семья будет собираться вместе; до какого часа можно детям отсутствовать; какие развлечения допустимы, а какие необходимо исключить; сколько ребенок может смотреть телевизор, какие это будут программы и т.д. К сожалению, в нашей стране решение этих вопросов принято возлагать на женщин.







**Есть нюансы в воспитании сына и дочери.** Для мальчика это воспитание мужественности. Отец должен передавать опыт мужского труда в хозяйстве, стремление брать на себя наиболее трудные домашние дела. Мальчику очень важно получать поддержку и признание отца, слышать: «Я верю в тебя!», «У тебя все получится!», «Какой же ты молодец!». Очень важно, чтобы отец считался с мнением своего сына, всячески развивая в нем чувство самостоятельности, спрашивал: «А как ты считаешь?», «Как бы ты поступил на моем месте?» - такие фразы должны звучать как можно чаще. Именно папа должен научить мальчика рыцарскому поведению с женщинами.

И для девочки отцовское воспитание необходимо. Папа - главный мужчина в ее жизни. Его общение с дочерью дает ей представление о мужчинах вообще, тем самым помогает почувствовать и чётче осознать свою женскую природу. Для эмоциональной жизни девочки важно то, насколько внимательным и заботливым будет отец. Недостаток внимания с его стороны может вылиться в проблемы с личной жизнью или неудачную карьеру. От папы зависит то, какой у дочери будет в будущем муж. Его она будет выбирать, бессознательно ориентируясь на отношения с отцом. Папа обязан говорить дочери комплименты, ведь именно он закладывает самооценку девочки.

Выбрать правильную стратегию семейного развития нелегко. Есть отцы-родители, есть отцы-воспитатели. Одни уверены в своем совершенстве и ставят себя в пример своим детям (плохо учились, рано начали пить и курить, но стали личными людьми). Отсутствие культуры воспитания они выражают физическим наказанием детей, примитивными инстинктами. Другие же воспитывают самостоятельность и совершенствуют своих детей.

**Роль мужчины в воспитании детей огромна. И задача матери - не ограждать детей от отца, не стремиться совместить в своем лице выполнение функций обоих родителей, а помогать налаживать контакт детей с мужем.** ☺

## Инновационный материал для хирургов

**Отечественные ученые создали новый медицинский материал - полимер, который может применяться для хирургических операций при туберкулезе.**

Полимерное вещество может применяться как своего рода «пломба» для лёгких при определенных хирургических вмешательствах для пациентов, страдающих от туберкулеза. В частности, разработка пригодится при лечении так называемого деструктивного типа этого инфекционного заболевания, при котором в лёгких человека образуются полости, которые как раз и призвана закрыть новая «пломба». Отмечается, что инновационный материал впоследствии можно будет использовать для выращивания искусственных органов на основе собственных человеческих клеток.



## Самый простой способ похудеть

**Когда мы стоим, мы тратим чуть больше калорий по сравнению с положением сидя - примерно 0,15ккал в минуту. Но эта крошечная, казалось бы, разница добавляет к энергозатратам человека с весом 65кг 54ккал, если он не сидел, а стоял в течение 6 часов.**



Если предположить, что калорийность дневного рациона останется той же, всего лишь замена основного положения тела в течение рабочего дня поможет снизить вес на 2,5 килограмма за год. К такому выводу пришли ученые, обобщив результаты 46 исследований. В одном из них участвовало более 2600 человек старше 60 лет. В течение 9 лет экспериментаторы проверяли, как сидячий образ жизни сказывается на риске сердечно-сосудистых заболеваний. Участники исследования регулярно фиксировали, сколько времени ежедневно (в течение рабочего дня и в выходные дни) они проводят сидя. А ученые регулярно обследовали состояние здоровья испытуемых.

В результате оказалось, что у пожилых людей, которые проводят в сидячем положении не более трех часов в день, риск умереть от заболеваний сердца и сосудов на 33% ниже по сравнению с теми, кто сидит по семь часов в день. ☺





# Резус-отрицательная мать: можно ли избежать конфликт?



**Юлия Алексеевна  
ДУДАРЕВА,**

доктор медицинских наук,  
доцент, профессор  
кафедры акушерства и  
гинекологии с курсом  
ДПО АГМУ, врач-акушер-  
гинеколог, высшая  
квалификационная  
категория, КГБУЗ  
«Алтайский краевой  
клинический  
перинатальный центр  
“ДАР”»

**Резус-фактор -  
одна из важных  
характеристик  
крови. Он бывает  
положительным  
и отрицательным.**

Резус-отрицательную кровь имеют 15% россиян. Большинство из них, как правило, даже и не догадываются об этом свойстве своего организма до тех пор, пока не задумываются о рождении ребенка.

**Резус-фактор определяется наличием или отсутствием в крови определенного белка-антигена.** Он располагается на поверхности красных кровяных клеток - эритроцитов. Лица, у которых клетки крови оказались с «покрытием», считаются **резус-положительными**. Те же, у кого его нет, - **резус-отрицательными**.

Если будущая мама резус-отрицательна, а папа - наоборот, резус-положительный, их малыш может унаследовать любой резус-фактор. Если плод станет резус-положительным, то чем бы не закончилась беременность (родами, самопроизвольным или искусственным абортom), **в «отрицательную» кровь женщины неизбежно попадет «положительная» кровь плода, которого она носит**, - во время беременности и при родах это около 15мл крови. Но и этого количества достаточно, чтобы активировать иммунную реакцию в крови матери без резус-фактора на резус-положительную кровь ребенка. Материнский организм немедленно начнет вырабатывать **антитела**, задача которых разрушить чужеродные кровяные клетки. В результате у будущей мамы появится своеобразный «иммунитет» (резус-антитела), который она сохранит на всю жизнь.

Во время первой беременности их количество чаще всего незначительно, поэтому вред малышу они причинить не могут. С каждой новой беременностью их число будет увеличиваться. В итоге клетки могут попасть в кровеносное русло ребенка, вызывая склеивание эритроцитов. Это приводит к неблагоприятным последствиям - гибели плода или развитию у него гемолитической болезни, которые можно предотвратить, осуществляя ряд профилактических мероприятий.

Во-первых, **каждая женщина с резус-отрицательной кровью должна**

**знать о необходимости сохранения первой беременности.**

Во-вторых, **для профилактики резус-конфликта в течение 72 часов, а желательно в первые 2 часа, в каждой последующей беременности, после медицинского аборта, самопроизвольного выкидыша, внематочной беременности, родов вводится антирезус иммуноглобулин, предотвращающий выработку антител.** Произвести инъекцию необходимо как можно раньше, хотя бывают случаи введения сыворотки до 10 суток после родов. Но чем позднее была выполнена инъекция, тем меньше вырабатываемый уровень защиты. Следовательно, инъекцию делают каждый раз, когда заканчивается беременность, независимо от ее порядкового номера и исхода.

Если переливали женщине кровь по ее состоянию без подбора по резус-фактору, также необходимо введение антирезусного иммуноглобулина. При этом через 6-12 месяцев после родов необходимо сдать кровь на антитела к резус-фактору - отсутствие антител указывает на эффективность проведенной профилактики.

Опасность конфликта по резус-фактору заключается в том, что обычно нет клинических проявлений, которые могут насторожить беременную.

Именно поэтому **все женщины, имеющие резус-отрицательную кровь, должны находиться под строгим контролем врачей-акушеров-гинекологов на протяжении всей беременности, ре-**





## Школа ответственного родительства

гулярно проходить ультразвуковое исследование. Акушер-гинеколог должен знать о вашем особом статусе не позднее 8-10 недель беременности. Контроль на наличие титра-антител должен осуществляться ежемесячно до 32 недели беременности, далее - каждые 2 недели до родов, а при появлении антител в крови матери - еженедельно.

Если анализ крови до 28 недель показывает отсутствие антител, то в 28 недель или ближайшее возможное время должна быть введена первая доза антирезусного иммуноглобулина, равная 1250-1500МЕ (250-300мкг). Для сравнения: 20мкг сыворотки нейтрализуют 2мл крови плода, попавшие в кровоток матери. Введенной дозы должно хватить на 12 недель беременности, то есть в этот период при попадании эритроцитов плода в кровь матери они будут разрушены введенными иммуноглобулинами, что предотвратит иммунный ответ. Это является профилактикой резус-конфликта на следующую беременность.

Проведение любых исследований во время беременности регламентируется действующими протоколами и стандартами. Поэтому важно выполнять все рекомендации врача и проходить все исследования в регламентированные сроки.

**Введение антирезусного иммуноглобулина не приносит вреда ни матери, ни малышу независимо от его резус-принадлежности.** В большинстве случаев антирезусный иммуноглобулин хорошо переносится женщинами, однако, как и любой другой медицинский препарат, он может вызвать аллергическую реакцию. Поэтому после его введения беременная должна как минимум 30 минут находиться под наблюдением врачей.

**Что делать, если антирезусный иммуноглобулин не был своевременно введен, и возник резус-конфликт?**

Уже более 10 лет резус-конфликт лечат с помощью различных процедур. Среди последних достижений - переливание крови ребенку, который находится еще в утробе матери. Кроме ввода специальную «концентрированную» кровь, которая восполняет недостаток его собственных эритроцитов. При этом задача врачей максимально продлить беременность, в идеале - до 36-37 недель, после чего происходят роды.

Стоит заметить, что женщина с резус-отрицательной кровью, её семья



должны понимать, что современную высокотехнологическую помощь им смогут оказать только в учреждениях третьего (высокого) уровня, где для этого есть опытные специалисты и необходимое оборудование. Таким ресурсом обладает Алтайский краевой клинический перинатальный центр «ДАР».

**В чем проблема сегодняшнего дня?** Современный уровень развития медицины позволяет женщине, имеющей отрицательный резус-фактор, иметь столько детей, сколько она захочет, - ограничений нет. Проблема только в низком уровне информированности нашего населения. Все женщины должны владеть информацией о необходимости сохранения первой беременности, высоком риске изоиммунизации при аборте, о необходимости профилактического введения антирезусного иммуноглобулина после завершения и во время беременности. Женщины, планирующие беременность, должны уже на прегравидарном этапе определить свою резус-принадлежность. При наличии резус-отрицательной крови и беременностей в прошлом, уточнить есть ли у них титр-антитела, если есть, то, каков его уровень, необходимо знать, что уже на этапе планирования беременности можно провести ряд превентивных мер по снижению риска возникновения резус-конфликта в будущем.

Женщины, которые уже столкнулись с трагедией рождения больного ребенка или его потерей от гемолитической болезни, должны знать о возможности проведения ЭКО и переносе только эмбрионов с резус-отрицательным генотипом, что позволяет благополучно выносить беременность и родить здорового ребенка. ☺

**Ранняя постановка на учет, обследование и динамическое наблюдение, своевременное (в 28 недель) введение антирезусного иммуноглобулина - вот маленькие шаги к счастливому материнству.**



# Как не дать астме «расцвести»?



**Евгения Андреевна БОБРОВА,**  
врач-терапевт, взрослое консультативно-поликлиническое отделение №1, КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края»

**Весна - время расцвета не только природы, но и различных хронических заболеваний. Особое место здесь занимает астма. Дело в том, что в этот период года она может быть спровоцирована множеством факторов, в том числе пыльцевой и грибковой аллергией, которые имеют различные проявления.**

**В основе развития бронхиальной астмы лежит хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, и активность этого особого аллергического воспаления служит причиной рецидивирования ее симптомов.** В условиях возросшего контакта с аллергенами активность воспаления может усилиться, и вследствие этого могут появляться неприятные симптомы, развиваться обострение, которое негативно сказывается на качестве жизни человека.

Весной - во время максимальной концентрации пыльцы и плесневых грибов в воздухе - симптомы бронхиальной астмы могут проявиться не только у людей, которые страдают этим заболеванием, но и у тех, кому оно незнакомо. Именно поэтому **людям с хронической аллергией хотя бы раз в год - до начала цветения - рекомендовано посещать врача-пульмонолога или аллерголога-иммунолога.** Специалист поможет избежать неприятных сюрпризов и при необходимости подберет соответствующее лечение.

Но даже на фоне адекватной, тщательно подобранной противовоспалительной противоаллергической терапии нельзя полностью исключить возможность появления симптомов. При контактах с аллергенами, в том числе в период цветения растений, могут возникнуть затруднение дыхания, появиться кашель и даже внезапно развиться приступ удушья. Почему так происходит?

**Обострение астмы различной степени тяжести может быть вызвано целым рядом причин:**

- контакт больного с различными аллергенами, находящимися в продуктах, напитках, воздухе, одежде и т.д., которые становятся пусковым механизмом болезни;
- на фоне респираторно-вирусных инфекций, бронхита и других заболеваний органов дыхания;
- внешние факторы: изменения погоды, вдыхание табачного дыма при пассивном курении, неблагоприятная экологическая обстановка и т.п.;
- повышенная физическая или психоэмоциональная нагрузка и другие факторы, приводящие к гипервентиляции лёгких;
- неправильная тактика лечения или неверно подобранная медикаментозная терапия.

## Профилактика для тех, кто болен, и тех, кто не хочет заболеть

Казалось бы, уже давно все знают, как предупредить эту болезнь, и очень многие так или иначе стараются не допустить её к себе. Но сухие цифры статистики показывают обратное - поток больных с признаками бронхиальной астмы продолжает ежегодно расти.

**Профилактика бронхиальной астмы, как и любой другой болезни, бывает первичной и вторичной.**

**Первичная профилактика** - это комплекс мер, направленных на предупреждение возникновения астмы. Особый подход к первичной профилактике должен быть у людей с высоким риском за-

## Бронхиальная астма





болевание бронхиальной астмой: к ним относятся курильщики, люди с предрасположенностью к астме, страдающие аллергией любой формы, заболеваниями органов дыхания или атопическим дерматитом. Отдельно нужно отметить рабочих, чьи условия труда способствуют развитию бронхиальной астмы: работа в пыльных условиях, с различными летучими химическими веществами, в том числе парфюмерия, бытовая химия и прочее, фермеры. Тем людям, которые попадают в группу риска, необходимо придерживаться правил профилактики, чтобы не допустить развитие болезни.

**Вторичная профилактика** направлена на то, чтобы не допустить развитие осложнений, предотвратить приступы удушья у тех, кто уже болел астмой ранее или еще болеет. **Своевременная диагностика и терапия бронхиальной астмы** - это основной и главенствующий принцип вторичной профилактики. Только благодаря ему можно избежать прогрессирования болезни и исключить тяжелые приступы удушья. Конечно, кроме серьезного подхода к антиастматической терапии, во вторичную профилактику входят такие мероприятия, как:

- выявление аллергена, провоцирующего начало обострения болезни, максимальное устранение контакта больного с ним. Комната, в которой живет пациент, должна иметь минимальную обстановку. Также из помещения убираются все предметы, скапливающие в себе пыль и насекомых (ковры, паласы, салфетки и т.д.). Не должны находиться в доме и животные, комнатные растения. Постельные принадлежности должны быть из легко стирающихся гипоаллергенных материалов. Ежедневная влажная уборка также является необходимым условием сохранения здоровья больного;

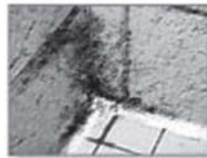
- вынужденно сменить место жительства в случае проживания в неблагоприятном экологическом или климатическом регионе;

- пересмотр вместе с врачом своего ежедневного рациона и исключение из употребления продуктов, приводящие к сенсибилизации организма;

- постоянное закаливание организма. Следует круглый год спать с открытой форточкой, ежедневно, не менее двух часов, совершать прогулки на свежем воздухе;

- освоение приемов самомассажа и дыхательной гимнастики для возможности ежедневно проводить эти процедуры;

Плесень



Шерсть животных



Табачный дым

Пыль



Бытовая химия



Пыльца



Тараканы

- отказ от вредных привычек, принятие мер по исключению пассивного курения;

- уделение должного внимания медикаментозной профилактике, подобранной лечащим врачом. Прохождение полного курса профилактической терапии;

- регулярное посещение врача-пульмонолога, выполнение всех его рекомендаций.

Больным с бронхиальной астмой рекомендовано санаторно-курортное лечение, хорошие результаты показывает и лечение в соляных пещерах. Наиболее благоприятный период для этого - время цветения, когда в воздухе содержится большое количество пыльцы. Также идеально для пациента будет уехать на время в другую местность, где период цветения уже прошел или еще не начался.

Если же приступы удушья начали беспокоить чаще и дышать становится всё труднее, в этом случае нужно срочно обратиться за медицинской помощью. В отдельных случаях пациентам показана госпитализация в специализированный стационар. Только после купирования обострения можно отправиться на курорт, чтобы закрепить результаты лечения. Это позволит значительно укрепить здоровье и забыть о бронхиальной астме на ближайшее, а может, и на более продолжительное время. ☺

**Своевременная диагностика и терапия бронхиальной астмы - это основной и главенствующий принцип вторичной профилактики. Только благодаря ему можно избежать прогрессирования болезни и исключить тяжелые приступы удушья.**

**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



# Медицинская профилактика и санитарно-просветительная работа

**Попадая в больницу, человек выпадает из привычной среды своего обитания. И задача медицинских работников состоит не только в обеспечении лечебными мероприятиями, но и создании комфортных условий для пребывания пациента, обеспечении должным вниманием и необходимой информацией о заболевании, мерах профилактики и реабилитации.**

Медицинские сестры больше времени проводят с пациентами. Поэтому они должны иметь определенные знания и навыки, уметь на доступном языке ответить пациенту на все интересующие его вопросы, увидеть и понять его проблемы.

С самого начала, то есть уже в приемном покое, с пациентом начинают проводить санитарно-просветительную работу. Так, на уровне приемного покоя - это беседа о внутреннем распорядке, гигиенических требованиях и поведении больных в условиях стационара. В период лечения в отделении - индивидуальные и групповые беседы. При выписке пациент получает определенные рекомендации, выполнение которых строго необходимо для поддержания его здоровья.

Медицинская профилактика - это комплекс мероприятий, которые направлены на сохранение и укрепление здоровья человека. В комплекс входят как формирование здорового образа жизни, так и предупреждение возникновения и распространения заболеваний, раннее выявление и определение причин их развития.

В хирургическом отделении больницы с больными мы проводим индивидуальные и групповые беседы. Нашей основной целью является донести до людей информацию о влиянии негативных факторов на здоровье и возможностях их снижения, о формировании мотивации на укрепление и сохранение здоровья, о повышении ответственности за свое здоровье. Рассказываем о том, что ежегодно нужно

проходить диспансеризацию, своевременно обращаться к врачу и т.д. В ходе индивидуальной беседы стараемся объяснить больному, что такое личная гигиена, требования и принципы сохранения и укрепления здоровья. Учитывая характер заболевания и операции конкретного человека, рассказываем как нужно вести себя в больнице и дома после выписки, какую диету соблюдать. К примеру, после операции холецистэктомии (удаления желчного пузыря) рекомендуется стол №5, то есть необходимо отказаться от употребления алкоголя, жирных, жареных и сдобренных специями блюд. Питание должно быть частым и дробным, не следует переедать или длительное время находиться без еды.

Большое значение имеет правильное ношение и подбор бандажа. Врач обязательно выпишет рецепт на бандаж, согласно размерам и виду операции, объяснит, как правильно его фиксировать. Всё это помогает избежать осложнений после оперативного вмешательства.

В групповые беседы стараемся пригласить тех, кто имеет сходные заболевания и факторы риска. Ориентируем больных на соблюдение гигиенических требований и норм, на своевременное консультирование со специалистами в области укрепления здоровья и предупреждения заболевания, выполнение рекомендаций по ведению здорового образа жизни, рациональному питанию, адекватной физической активности, соблюдению режима труда и отдыха, отсутствие



**Яна Владимировна  
ЩЕРБАК,**

медицинская сестра  
хирургического отделения,  
первая квалификационная  
категория,  
КГБУЗ «Городская  
больница №8, г.Барнаул»,  
член ПАСМР с 2001 года



## Советы медицинской сестры

вредных привычек. Все вместе мы говорим о пользе и значимости иммунопрофилактики - методе индивидуальной или массовой защиты населения от инфекционных заболеваний путем создания или усиления искусственного иммунитета. Иммунопрофилактика бывает специфической (направленной против конкретного возбудителя) и неспецифической (активизация иммунной системы организма в целом), активной (выработка защитных антител самим организмом в ответ на введение вакцины) и пассивной (введение в организм готовых антител).

Обращаем внимание на важность самоконтроля: что необходимо следить за массой тела, артериальным давлением, состоянием кожи и слизистых и т.д.

Рекомендуем больным прохождения регулярной диспансеризации, объясняем ее преимущества.

Проводя беседы с пациентами, мы пытаемся выработать у них навыки адекватного, правильного, гигиенического поведения, способствующего скорейшему выздоровлению и облегчению течения заболевания.

Родственников и членов их семей, ухаживающих за постельными больными, обучаем знаниям и навыкам, связанным с конкретным заболеванием или группой заболеваний, учим профилактировать пролежни, обучаем основам медицинского массажа, лечебной гимнастике, даем рекомендации по лечебному питанию и использованию современных средств по уходу за больными.

Например, для профилактики пролежней необходимо:

- ◆ максимально уменьшить сдавливание, смещение или трение кожи;
- ◆ следить за регулярным опорожнением мочевого пузыря и кишечника;
- ◆ соблюдать правила личной гигиены;
- ◆ не допускать чрезмерно влажности кожи;
- ◆ правильно организовать питание больного;
- ◆ применять средства для профилактики и уменьшения раздражения на коже;



◆ регулярно выполнять массаж участков кожи, которые наиболее восприимчивы к появлению пролежней.

Важно проводить медико-психологическую адаптацию к изменению ситуации в состоянии здоровья, формированию правильного восприятия и отношения к изменившимся возможностям и потребностям организма. Целью санитарно-просветительной работы с родственниками и ухаживающими за больным в домашней обстановке является создание благоприятного психологического климата в семье, способствование строгому выполнению предписаний врача и обеспечение грамотного ухода за больным.

В каждом отделении нашей больницы висят информационные стенды на различные темы: ВИЧ, грипп, курение, туберкулез, гепатиты, наркомания и т.д.

**Считаем, что, находясь в стационаре, пациент должен получать максимум информации о своем заболевании, реабилитации и профилактике.**

Хочу обратить внимание, что такие профилактические мероприятия на уровне трудового коллектива обеспечивают санитарно-гигиенические мероприятия в отделении, создают рациональный режим труда и отдыха, благоприятный психологический климат и взаимоотношения в коллективе, а также санитарно-гигиеническое воспитание сотрудников. ☺

**В беседах обращаем внимание на важность самоконтроля: что необходимо следить за массой тела, артериальным давлением, состоянием кожи и слизистых и т.д.**





# Конъюнктивит. Един во многих лицах

*Конъюнктивит является одним из наиболее распространенных воспалительных заболеваний органов зрения. Это связано с тем, что глаза человека постоянно взаимодействуют с внешней средой в силу своих анатомических особенностей.*

**Конъюнктивит** - прозрачная тонкая слизистая оболочка, выстилающая внутреннюю поверхность век и наружный покров глазного яблока. Основная функция конъюнктивы заключается в секреции слизистой и жидкой части слезной жидкости, которая смачивает и смазывает глаз. Она создает защитный барьер от микроорганизмов и мелких инородных тел.

**Конъюнктивит - острое воспаление конъюнктивы** (слизистой оболочки глаза), которое легко передается от человека к человеку. Среди глазных заболеваний это заболевание занимает более трети всех случаев. Частота обращений пациентов к врачу-офтальмологу зависит от сезона: инфекционный конъюнктивит чаще диагностируется зимой и осенью, аллергический - в теплое время года.

Природа конъюнктивита может быть различна, но **симптомы заболевания** имеют общие черты:

- ▶ отёк и покраснение конъюнктивы;
- ▶ жжение и зуд;
- ▶ наличие гнойного или слизистого отделяемого;
- ▶ повышенная чувствительность к свету;
- ▶ склеивание век отделениями и невозможность их размыкания.

## Виды конъюнктивита

Выделяют несколько видов конъюнктивита.

**Аденовирусный.** Его причиной является аденовирус, который передается воздушно-капельным путем. Возникает слезотечение и спадаются веки (блефароспазм). Болезнь может протекать долго: от 2 недель до 2 месяцев.

**Аллергический.** Развивается при контакте с аллергеном. Часто сопровождается раздражением глаз, выраженным зудом, иногда болью и отёком век.

**Бленнорейный.** Его вызывают гонококки. Он развивается у новорожденных детей при прохождении через родовые пути матери, зараженной гонореей. Характерно серозно-кровянистое отделяемое, которое через несколько дней становится гнойным.

**Вирусный.** Возникает при попадании вируса в организм человека. Характеризуется слезотечением, периодическим зудом на фоне боли в горле и простуды. Обычно развивается на одном глазу и уже потом переходит на второй. Наблюдается спазм век, вследствие чего веки смыкаются. Может присутствовать скудное отделяемое из глаз, которое не содержит гноя.

**Бактериальный.** Его причиной становятся стрептококки и стафилококки. Характерно обильное гнойное выделение, поскольку вызывается гнойными бактериями. Выделения могут быть желтыми, серыми, вязкими, непрозрачными. Веки слипаются, особенно после сна. Может возникать ощущение инородного тела в глазу. Важный признак бактериального конъюнктивита - сухость глаза, а также кожная сыпь вокруг него. В некоторых случаях образуются плёнки, которые легко снять ватным тампоном. Часто поражается один глаз, но может переходить и на другой.

**Токсический.** Вызывается отравляющими веществами. Ощущается раздражение, боль в глазу при движении вверх или вниз. Выделений обычно нет.



**Людмила Николаевна ХАРЛАМОВА,**

медицинская сестра  
палатная, высшая  
квалификационная  
категория,  
офтальмологическое  
отделение №1,  
КГБУЗ «Городская  
больница №8, г.Барнаул»,  
член ассоциации  
с 2000 года



## Советы медицинской сестры

Какие факторы способствуют возникновению конъюнктивита:

- ▶ перегревание или переохлаждение организма;
- ▶ нахождение в массовых скоплениях людей;
- ▶ ослабление иммунитета;
- ▶ наличие очагов хронической инфекции;
- ▶ недостаток или переизбыток витаминов в организме;
- ▶ длительное раздражение слизистой оболочки глаза (пыли, дыма, химических примесей в воздухе и т.д.).

### Лечение

При появлениях признаков конъюнктивита следует обращаться к врачу-офтальмологу, который поставит диагноз на основании клинической картины, эпидемиологических данных, исследования остроты зрения и наружного осмотра.

Лечение - обычно медикаментозное, направленное преимущественно на подавление инфекции, на улучшение выхода из слезного мешка слизи и гноя, профилактику осложнений со стороны роговицы.

### Профилактика

Основная профилактика конъюнктивита сводится к **соблюдению простейших правил личной гигиены**: тщательное мытье рук с мылом и протирание их дезинфицирующим раствором или салфетками после любого посещения общественных мест. Чем чаще моются руки, тем меньше риск заражения. Следует приучать себя и своих детей меньше касаться лица руками. Если в глаз попадает соринка и требуется ее убрать, используйте для этого ватный тампон и теплую воду, а не просто пальцы рук.

Все полотенца должны быть индивидуальными, лучше пользоваться одноразовыми полотенцами.

**Если член семьи заболел конъюнктивитом**, следует быть особо внимательным, чтобы не пользоваться совместно предметами обихода, чаще мыть руки, проводить уборку и обработку предметов ухода дезинфицирующими растворами, выделить больному отдельное белье, которое необходимо менять как можно чаще во время болезни.



Избегайте любого контакта с заболевшим человеком.

Средства для макияжа должны быть индивидуальными.

Займитесь укреплением иммунитета.

Во время вспышек разных вирусных инфекций избегайте мест массового скопления людей.

Не посещайте общественные бассейны и не умывайтесь хлорированной водой, что усугубит ваше состояние.

Контактные линзы необходимо носить не дольше, чем рекомендовано производителем. Линзы всегда снимать только в свежий раствор.

**Чтобы не создавать благоприятных условий для развития микробной флоры, что может привести к осложнению роговой оболочки, во время лечения острого конъюнктивита нельзя накладывать повязки на глаз. Также на время лечения нужно отказаться от использования косметики и ношения контактных линз.** ☹

**Основная профилактика конъюнктивита сводится к соблюдению простейших правил личной гигиены.**

	<b>КОНТАКТНЫЙ ТЕЛЕФОН</b>
	Алтайской региональной Профессиональной ассоциации средних медицинских работников:
	(8-3852) 34-80-04
	E-mail: <a href="mailto:pasmr@mail.ru">pasmr@mail.ru</a> сайт: <a href="http://www.pasmr.ru">www.pasmr.ru</a>



# Особенности сердечно-сосудистых заболеваний у женщин



**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

**Риск атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний у женщин обычно недооценивается, а последующее неблагоприятное воздействие их на заболеваемость и смертность при этом - очень значимо.**

Женщины и мужчины имеют традиционные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). К ним относятся - курение, ожирение, гипертония, гиперхолестеринемия, гипергликемия, отсутствие физической активности.

Согласно последним эпидемиологическим исследованиям, российские женщины курят в 3 раза реже мужчин, в 1,5 раза реже имеют гипертонию, реже имеют гипергликемию, но при этом у них чаще имеется ожирение (31% против 27% у мужчин), гиперхолестеринемия наблюдается одинаково часто у обоих полов. К тревоге и депрессиям женщины склонны чаще, чем мужчины. Кроме того, женщины имеют меньшую приверженность к лечению. Объясняется это тем, что именно женщины склонны ставить на первое место интересы и здоровье близких в ущерб собственному здоровью.

Но выделяются **сердечно-сосудистые факторы риска, которые уникальны и присущи только женщинам.**

Это - гипертонические осложнения беременности, системные аутоиммунные заболевания, синдром поликистозных яичников, повышающий вероятность развития сахарного диабета в 2-4 раза.

### Влияние менопаузы на риск ССЗ

Преждевременная менопауза (до 40 лет) наблюдается у 1% женщин и приводит к увеличению риска развития ССЗ у них в 1,5 раза. К последствиям менопаузы относятся:

- ◆ увеличение веса тела,
- ◆ изменение распределения жира,
- ◆ центральное ожирение и висцеральное отложение жира, с чем связано увеличение частоты развития сахарного диабета.

Кроме того, происходит увеличение систолического артериального давления за счет гормональной перестройки, что вызывает утолщение стенки левого желудочка, ухудшение расслабления мышцы сердца, развитие сердечной недостаточности. Постменопаузальное состояние связано с более неблагоприятным липидным профилем, при этом общий уровень холестерина и липопротеинов низкой плотности («плохих») увеличивается на 10% и 14% соответственно, при этом без существенного изменения уровней липопротеинов высокой плотности («хороших»).

Влияние снижения уровня женских половых гормонов на развитие ишемической болезни сердца до сих пор обсуждается. Эстрогены регулируют несколько метаболических факторов: липиды, свертывающую систему, и маркеры воспаления. Когда мы говорим о **специфической кардиопротекции, необходимо говорить о спе-**





## Сердце под контролем

цифической гормональной заместительной терапии в постменопаузе. По рекомендациям Международного общества по менопаузе 2016 года утверждается, что применение гормональной заместительной терапии для коррекции вазомоторных и урогенитальных расстройств в течение как минимум 5 лет безопасно для здоровых женщин, начинающих это лечение в возрасте менее 60 лет.

**Наиболее частым первичным проявлением ИБС у женщин является стабильная стенокардия.**

Женщины со стенокардией имеют больший индекс массы тела (ИМТ), более высокие цифры артериального давления и частоты сердечных сокращений. Женщины чаще, чем мужчины, отмечают снижение качества жизни при стенокардии. Диагностическая значимость нагрузочных проб с регистрацией ЭКГ - у женщин ниже, чем у мужчин, в связи с чем большее значение в диагностике придается тестам с визуализацией.

### Клинические проявления ИБС у женщин

У женщин чаще встречаются **атипичные клинические проявления стенокардии и так называемый коронарный синдром X (микрососудистая стенокардия)**, когда типичный болевой синдром возникает при неповрежденных атеросклерозом коронарных артериях.

Женщины воспринимают боль в груди раньше после начала ишемии и чаще сообщают о боли в горле и дискомфорте в челюсти по сравнению с мужчинами.

Наиболее частым проявлением острого коронарного синдрома у женщин является **развитие нестабильной стенокардии и мелкоочагового инфаркта миокарда**. Инфаркт миокарда у женщин развивается примерно на 10 лет позже, чем у мужчин. При инфаркте миокарда у женщин в клинической картине часто преобладают жалобы не на боли в загрудинной области, а на **боли в горле, жжение в эпигастральной области, иррадиацию в плечо, локоть и нижнюю челюсть, одышку, тошноту**.

Именно у женщин (98%) сегодня диагностируют **синдром Такотсубо**



(«синдром разбитого сердца», или стрессорная кардиопатия), чаще в возрасте старше 55 лет, обычно на фоне психоэмоционального стресса. При этом заболевании отсутствуют гемодинамически значимые стенозы эпикардальных артерий. Характеризуется возникновением типичного болевого синдрома. Инструментальными методами исследования выявляются характерные изменения локальной сократимости миокарда: выявляется шарообразное раздувание верхушки сердца во время систолы при гиперкинезе базальных отделов (один из основных больших критериев постановки диагноза наряду с инфарктоподобными изменениями ЭКГ). Сердце при этом напоминает приспособление для ловли осьминогов - в виде горшка с узким горлышком и округлым основанием, что и послужило названием данного синдрома. Прогноз - обычно благоприятный.

**Итак, сердечно-сосудистые заболевания у женщин по-прежнему является одной из основных проблем общественного здравоохранения из-за трудностей, с которыми сталкиваются врачи при выявлении сопутствующих симптомов. Существуют значительные гендерные различия в проявлениях, реагировании на лечение и исходах. Неправильное представление о том, что женщины защищены от сердечно-сосудистых заболеваний, делает его управление еще более сложным.** ☺

**Пациенты-женщины приобретают более тяжелую нагрузку традиционных сердечно-сосудистых факторов риска, чем мужчины до установления диагноза ишемической болезни сердца (ИБС). У женщин ИБС развивается в целом на 5-10 лет позднее, чем у мужчин.**





# Внутричерепная гипертензия и гидроцефалия у детей



**Надежда Ивановна КУЛИКОВА,**

заведующая дневным стационаром, кандидат медицинских наук, врач-невролог, высшая квалификационная категория, КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница»

**Довольно часто после первого осмотра врачом-невропатологом в родильном доме или уже в детской поликлинике новорожденному ставится диагноз «перинатальная энцефалопатия, синдром внутричерепной гипертензии (ВЧГ)» (гипертензионно-гидроцефальный синдром; внутричерепное давление).**

Выявленные на УЗИ головного мозга (нейросоноскопия - НСС) даже небольшие изменения в виде расширения межполушарной щели и субарахноидального пространства, асимметрия боковых желудочков мозга заставляют маму паниковать. Врач же часто только на основании данных НСС и при отсутствии какой-либо симптоматики ВЧГ назначает всевозможные лекарственные средства: ноотропы, средства, улучшающие мозговое кровообращение, успокоительные, диуретики (Диакарб, Фуросемид) длительным или коротким курсом. Но надо понимать, что данные препараты оказывают влияние на различные уровни выработки и всасывания той самой «водички в голове», поэтому необоснованное их применение, вызывая гипоперфузию (уменьшение кровоснабжения) головного мозга малыша, может значительно навредить его здоровью.

Замечу, что общеизвестна высокая пластичность детского мозга, его способность компенсировать структурные дефекты. Так что можно никогда не узнать: помогла ли ребенку проведенная терапия или его организм сам справился с проблемами.

**Какие жалобы мамы побуждают врача установить диагноз «перинатальная энцефалопатия, синдром ВЧГ»:**

- продолжительный плач и вообще плаксивость,
- частое сосание, срыгивания,
- вздрагивания или вскидывания рук и ног,
- «выпучивание глаз»,
- плохой ночной (частые просыпания, беспокойный поверхностный) и дневной сон (мало спит днем),
- трудности с засыпанием (долгое укачивание на руках),
- мраморность кожи и цианоз носогубного треугольника.

Внутричерепная гипертензия у детей грудного возраста является ослож-

нением патологии беременности и родов. По статистике МКБ она диагностируется у новорожденных до 5% случаев (или всего у 1,5-3,6%)! Откуда же такое несоответствие? Причина буквально поголовной диагностики синдрома ВЧГ одна - **гипердиагностика**. Но что заставляет врачей ставить «всемирно подряд» этот диагноз? Давайте разбираться.

В рамках проведенной петербургскими учеными исследовательской работы (кафедра детской невропатологии и нейрохирургии ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И.Мечникова) были **выявлены следующие причины «гипердиагностики» перинатальной энцефалопатии, синдрома ВЧГ.**

Во-первых, это - **нарушения принципов неврологического осмотра:**

✓ **нарушения стандартизации осмотра** - наиболее частые из них: диагностика повышенной возбудимости у дрожащего и скованного ребенка в холодном помещении, а также при возбужденном состоянии или чрезмерных манипуляциях исследователя; диагностика угнетения ЦНС у вялого ребенка при перегревании или в дремотном состоянии;

✓ **некорректная оценка ряда эволюционных явлений:** то есть патологией считают то, что является нормой для такого возраста, особенно для ребенка первого месяца жизни. Это:

◆ **диагностика внутричерепной гипертензии на основании положительного симптома Грефе.** Симптом Грефе может выявляться у доношенных детей первых месяцев жизни, у недоношенных детей, при задержке внутриутробного развития, конституциональных особенностях, при мимике ребенка (мама на приеме может жаловаться на «выпучивание глаз» ребенком). Суть симптома Грефе - отставание верхнего века при движении книзу глазного яблока: когда ребенок смотрит вниз или пугается, то над ра-



## За счастливое здоровое детство!

дужной оболочкой глаз видно несколько миллиметров белка глаза, что выглядит, как выпученный глаз. При этом если он смотрит прямо, то всё нормально;

◆ **диагностика спастичности на основе скрещивания ног на уровне нижней трети голени новорожденным при проверке реакции опоры или шагового рефлекса** (может быть физиологическим вследствие физиологического гипертонуса некоторых мышц бедер, но патологическим - у доношенных детей старше 3 месяцев). При осмотре врач может заметить нарушения мышечного тонуса: гипертонус у беспокойного ребенка или гипотонус у ребенка в дремотном и спящем состоянии;

◆ **диагностика сегментарных нарушений при выявлении «пяточной стопы»** (тыльная флексия стопы - 120° является нормой);

◆ **гиперкинезы языка при беспокойстве у ребенка 3-4 месяцев жизни** - являются физиологическим этапом созревания моторики ребенка;

◆ **срыгивание** - как результат слабости сфинктера (мышечного клапана, находящегося в верхней части желудка, который не слишком хорошо удерживает его содержимое). Нормой считается срыгивание после каждого кормления в объеме 1-2ст.л. и однократно в день рвота «фонтаном» более 3ст.л., если при этом малыш часто писает, хорошо себя чувствует и нормально прибавляет в весе;

◆ **мраморность кожи и цианоз носогубного треугольника** - вследствие незрелости вегето-сосудистой системы до трех лет - это абсолютно нормальное явление, потому что она только формируется;

◆ **плохой ночной и дневной сон** - когда ребенок часто просыпается. Но для грудного ребенка характерен преимущественно поверхностный неглубокий сон и сосание во время такого сна. С 3-4 месяцев у детей ночное сосание может становиться более активным, так как днем они начинают легко отвлекаться от груди и сосут относительно недолго. За счет активного ночного сосания они добывают необходимое количество молока. Формирование полноценного физиологического сна у малыша происходит к 2-3 годам жизни;



◆ **вскидывание ручек - рефлекс Моро** (или рефлекс объятия) относится к физиологическим рефлексам периода новорожденности. Возникает при ударе по столу, на котором лежит ребенок, при внезапном громком звуке, при похлопывании малыша по ягодицам или бедрам. Спонтанный рефлекс Моро - при отсутствии особых внешних раздражителей малыш откидывает руки. Но вполне значимым раздражителем вполне может быть и кабинет врача - новая обстановка, незнакомый стол, чужой человек...

Во-вторых, это **отнесение к патологическим ряда адаптационных, проходящих явлений со стороны нервной системы новорожденного**. Например, вздрагивание или вскидывание рук и ног, дрожание подбородка при сильном плаче или испуге, физиологическая мышечная флексорная гипертония - в норме до 1,5-2 месяцев у доношенного и до 3 месяцев - у недоношенного ребенка.

В-третьих, это **психологические причины со стороны врача-консультанта**. Постановка диагноза ведет к назначению лечения, в случае правильности или неправильности диагноза исход (чаще - выздоровление или минимальные расстройства) благоприятен: то есть благоприятный исход есть следствие «правильного» диагноза и «правильного» лечения. Но гипердиагностика заболевания ничуть не лучше гиподиагностики. При недостаточной диагностике понятны негативные последствия: из-за отсутствия своевременной помощи возможно развитие инвалидизирующего заболевания. А гипердиагностика? По мнению пе-

**Спонтанный рефлекс Моро - при отсутствии особых внешних раздражителей малыш откидывает руки. Но вполне значимым раздражителем вполне может быть и кабинет врача - новая обстановка, незнакомый стол, чужой человек...**





**Внутричерепная гипертензия - повышение внутричерепного давления в результате органических поражений головного мозга. Это очень редкое, очень опасное состояние, как правило, требующее госпитализации и неотложной помощи. По сути, ВЧД - это синдром, то есть совокупность симптомов, которые являются следствием основного заболевания.**

тербургских исследователей, с которым сложно не согласится, гипердиагностика вовсе не является безобидным явлением. Негативные ее последствия заключаются, прежде всего, в том, что длительная работа в рамках доктрины гипердиагностики приводит к размыванию границ в представлениях врачей между нормальными и патологическими состояниями. Диагностирование «перинатальная энцефалопатия, синдром ВЧГ» превратилось в безотчетный ритуал детского невролога, что закономерно ведет к малообъяснимой статистике заболеваний с данным диагнозом.

Что такое внутричерепное давление и откуда оно берется? Что отличает его от внутричерепной гипертензии? Давайте научимся различать два этих определения.

**Внутричерепное давление (ВЧД) есть у всех живых людей** (и у животных тоже). Поэтому фразу, что «у ребенка - внутричерепное давление» нужно расценивать как констатацию факта, который точно никак не свидетельствует о том, что у ребенка есть нечто такое, чего у других нет.

**Внутричерепная гипертензия (ВЧГ)** подразумевает **повышение внутричерепного давления** в результате органических поражений головного мозга. Это очень редкое, очень опасное (угрожающее жизни и здоровью) состояние, как правило, требующее госпитализации и неотложной помощи. По сути, ВЧГ - это синдром, то есть совокупность симптомов, которые являются следствием основного заболевания.

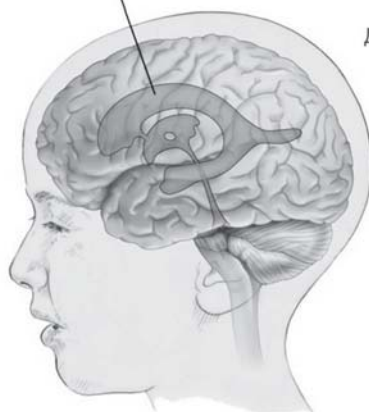
## **Вследствие чего запускается механизм повышения ВЧД и возникает ВЧГ?**

В полости черепа есть мозг, кровь и особая жидкость - **ликвор** (спинно-мозговая жидкость, СМЖ), то есть та самая «водичка в голове». Ликвор имеется у всех людей и образуется из крови в особых сосудистых сплетениях, циркулирует, омывая головной и спинной мозг, после чего всасывается в кровь через особые венозные синусы. Ликвор выполняет ряд важнейших функций, без их реализации нормальная работа мозга невозможна. **Ликвор точно также, как и кровь, всё время движется:** для движения крови - сосуды, для движения ликвора - особые анатомические полости (желудочки мозга и спинномозговой канал). Жидкость постоянно образуется и постоянно всасывается: из сосудистых сплетений вытекает, в венозные синусы втекает. И пока течет, она давит на внутреннюю поверхность желудочков мозга и спинномозгового канала.

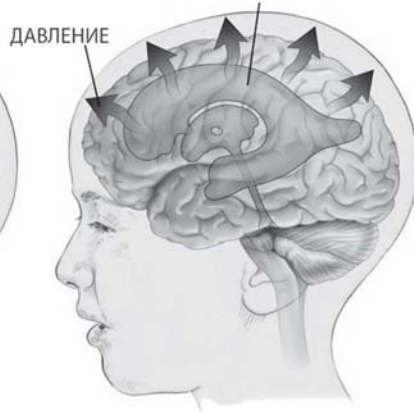
**Образование ликвора, скорость его движения, активность всасывания зависят от множества факторов:** спит ребенок или бодрствует, лежит, сидит или стоит, молчит или кричит, нормальная температура тела или повышенная, какая температура вокруг - комфортно, жарко или холодно. Связь уровня ВЧД со всеми перечисленными параметрами не представляется, на первый взгляд, очевидной, но представьте: если в комнате жарко и дитя активно потеет, происходит сгущение крови, уменьшается скорость, с которой сосудистые сплетения будут производить ликвор. И в этом аспекте вполне уместной может оказаться аналогия между артериальным и внутричерепным давлением. У абсолютно здорового ребенка, не страдающего гипертонической болезнью, уровень артериального давления может колебаться в достаточно широких физиологических пределах: пробежался, заплакал, посмеялся, испугался - повысилось; уснул, успокоился, отдышался - понизилось.

С ВЧД ситуация точно такая же, но логика и здравый смысл не дают ответа на вопрос: почему уровню ВЧД и его колебаниям уделяется

НОРМАЛЬНАЯ ЦИРКУЛЯЦИЯ ЛИКВОРА



НАРУШЕННАЯ ЦИРКУЛЯЦИЯ ЛИКВОРА



## За счастливое здоровое детство!

столь большое внимание? С точки зрения современной доказательной медицины повышенное внутричерепное давление - это одно из проявлений целого ряда серьезных болезней. Еще раз подчеркиваю: **внутричерепная гипертензия - не болезнь, не самостоятельное заболевание, а лишь симптом других вполне конкретных и определенных болезней.**

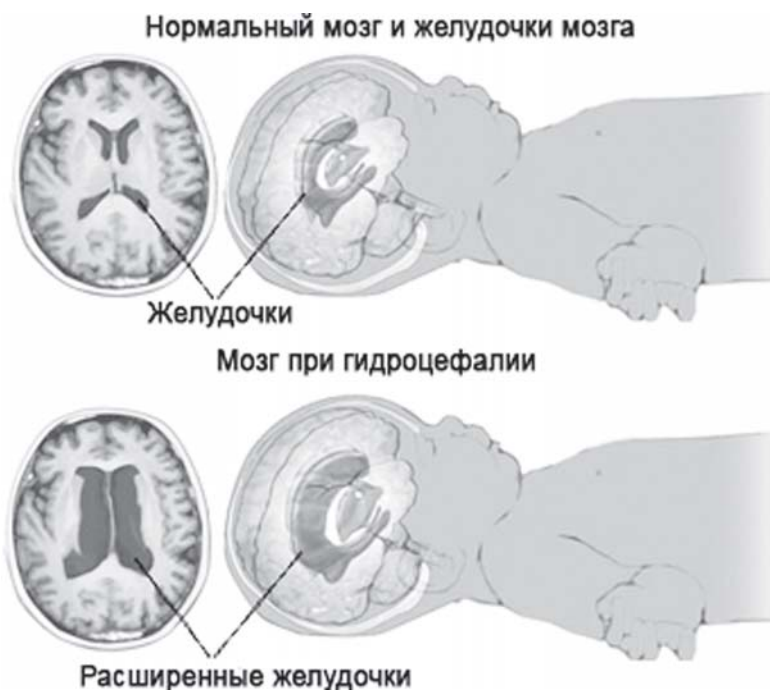
Для того чтобы ВЧД значительно повысилось, должны реализоваться некие предварительные условия, например, резко возрасти продукция ликвора, что происходит при менингитах и энцефалитах. Любые поражения вещества мозга: инсульт, опухоль, абсцесс, травма - также влияют на все три фактора, определяющих уровень ВЧД, - и на продукцию ликвора, и на его всасывание, и на его циркуляцию.

Избыточная продукция ликвора может наблюдаться и при некоторых очень серьезных нарушениях обмена веществ, например, при очень тяжелых формах сахарного диабета. Тем не менее, есть совершенно конкретная болезнь, когда повышение ВЧД вполне осознано, - гидроцефалия.

Симптомы врожденной гидроцефалии проявляются уже в первые месяцы или дни жизни. **Гидроцефалия**, как правило, **связана с врожденными аномалиями мозга**: либо имеет место очень активная выработка ликвора, либо нарушено обратное всасывание ликвора, либо в силу определенных анатомических дефектов нарушена его циркуляция, либо сочетание этих факторов.

Иногда **гидроцефалия** бывает и не врожденной, а **возникает как осложнение после очень тяжелых заболеваний** (менингоэнцефалитов, например) **и нейрохирургических вмешательств**. При гидроцефалии избыточная продукция или не находящая выхода спинномозговая жидкость давит на желудочки мозга, они серьезно расширяются, следствие всего этого - стремительный рост размеров головы, соответствующее увеличение размеров родничков, расхождение швов между костями черепа.

Гидроцефалия - болезнь достаточно редкая и встречается с частотой 1 случай на 2-4 тысячи детей. При этом



проблемы с гидроцефалией и повышенным внутричерепным давлением (ВЧД) выявляются чуть ли не у каждого второго ребенка - парадоксальная ситуация...

**На основании каких показателей, симптомов врач может вынести вердикт о повышенном ВЧД у ребенка?**

О повышении артериального давления мы узнаем благодаря тонометру, да и результат лечения гипертонии очевиден: снижение уровня АД и других параметров на фоне улучшения общего самочувствия. Но чтобы измерить ВЧД - такого медицинского прибора нет! **Достоверно измерить ВЧД у детей после года можно только одним способом: ввести иглу либо в спинномозговой канал (люмбальная пункция), либо в желудочки мозга.** После того как из иглы начнет вытекать ликвор, подключается простейший манометр - градуированная стеклянная трубочка, уровень жидкости (ликвора) соответствует конкретной черточке и конкретной цифре на ней. Причем, нормы для горизонтального и вертикального положения тела - разные.

**Таким образом, простых, доступных, удобных и достоверных способов измерения ВЧД не существует. И разговоры о пункциях в условиях поликлиники - просто несерьезны и фантастичны.** ☹

*Продолжение следует.*

**Любые поражения вещества мозга: инсульт, опухоль, абсцесс, травма - влияют на все три фактора, определяющих уровень ВЧД, - и на продукцию ликвора, и на его всасывание, и на его циркуляцию.**



# И снова - о мужском здоровье

**15 июня, накануне Международного дня отца, в Барнауле прошла акция «Территория здоровья».**

Специалисты краевого центра медицинской профилактики, врачи поликлиники АГМУ «Консультативно-диагностический центр», клинические ординаторы и студенты Алтайского государственного медицинского университета при поддержке министерства здравоохранения Алтайского края подготовленную программу мероприятий адресовали именно мужской части населения.

Открылась акция массовым флешмобом, который был проведен совместно с волонтерами



АГМУ. Горожане имели возможность сделать зарядку на одной из главных площадок Барнаула - у «нулевого километра».

В мероприятии приняли участие сотрудники кафедр Алтайского государственного медицинского университета: кафедры гигиены, экологии и безопасности жизнедеятельности, кафедры дерматовенерологии, косметологии и иммунологии, кафедры факультетской терапии и профессиональных болезней, кафедры пропедевтики детских болезней, а также терапевтической стоматологии.

Все желающие смогли бесплатно узнать основные показатели своего здоровья: артериальное давление, уровень холестерина и глюкозы, индекс массы тела (ИМТ). Подобная работа направлена на оперативное выявление факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний у жителей края.

*- Главная цель подобных проводимых мероприятий - формирование ответственного отношения человека к своему здоровью, - пояснила заве-*





## Энциклопедия мужского здоровья

дующая отделом мониторинга факторов риска неинфекционных заболеваний краевого центра медицинской профилактики, кандидат социологических наук **Маргарита Валерьевна СТАРЧИКОВА**. - Почему в этот раз был сделан акцент именно на мужское здоровье? Общеизвестно, что мужчины в России живут в среднем на десять лет меньше, чем женщины. При этом мужчины более подвержены различным заболеваниям. Между тем женщины активно следят не только за своим внешним видом, но и массой тела, обращаются своевременно к врачу. Мужчины же чаще рассчитывают, что первые проявления заболевания пройдут сами собой, тем самым откладывая посещение необходимых обследований до последней возможности. Проводя подобные акции, по сути, мы идем на встречу к горожанам и гостям Барнаула, создаем для них дополнительную возможность



для сдачи основных анализов с минимальной затратой времени и по их результатам по-

лучить рекомендации, касающиеся профилактики основных заболеваний и правил здорового образа жизни.

Российская статистика неумолимо свидетельствует, что на первом месте среди причин высокой смертности у мужской части населения находятся кардиологические заболевания, на втором - онкологические болезни, далее - бронхолегочные заболевания и сахарный диабет. В Алтайском крае различными медицинскими учреждениями, СМИ ведется масштабная просветительская работа, позволяющая своевременно информировать население о рисках развития заболеваний, чтобы предотвратить тяжелые последствия и осложнения.

**Из 53 обследованных на мероприятии мужчин, жителей края, многие, не откладывая, принимали решение о корректировке своего образа жизни, отказываясь от вредных привычек в пользу выполнения полученных рекомендаций врача.** ☺



# «Академия замещающей семьи» для будущих родителей



**Ирина Геннадьевна  
СКОРОГЛЯДОВА,**  
педагог-психолог, КГБУ  
«Алтайский краевой центр  
психолого-педагогической  
и медико-социальной  
помощи»

**Для нормального  
развития и  
формирования  
личности ребенку  
необходимы  
взрослые, которые  
не только  
заботятся о нем,  
но и любят,  
принимают его  
таким, какой он  
есть, учитывают его  
особенности и  
желания.**

Маленькому ребенку как ни кому другому нужна мать или человек, который может полностью её заменить.

Психологические потребности ребенка любого возраста лучше всего удовлетворяет **семья**. Именно семейный уклад дает детям позитивный опыт семейной жизни и возможность впоследствии самим стать ответственными родителями.

**Замещающими семьями** называют семьи, которые воспитывают детей, оставшихся без родительского попечения вследствие смерти родителей или лишения их родительских прав.

Замещающая семья - понятие, которое объединяет различные формы устройства детей к некровным родителям или воспитателям:

- усыновление,
- опека (попечительство),
- приемная семья.

Если вы приняли решение взять в свою семью ребенка на воспитание или только задумались об этом, вам необходимо **пройти обучение по специальной программе в «Академии замещающей семьи»**. С 1 сентября 2012 года это обучение является обязательным для всех граждан, оформляющих опеку или усыновление. Исключения составляют только дедушки и бабушки, родные братья и сестры ребенка, а также лица, которые являются или являлись опекунами (попечителями) детей и не были отстранены от исполнения возложенных на них обязанностей.

**Для прохождения подготовки необходимо обратиться с заявлением в организацию, которой переданы соответствующие полномочия.** В Барнауле это - КГБУ «Алтайский краевой центр психолого-педагогической и медико-социальной помощи» и «Барнаульский центр помощи детям, оставшимся без попечения родителей, №4». С полным перечнем организаций, осуществляющих обучение граждан,

можно ознакомиться на сайте министерства образования и науки Алтайского края в разделе «Счастливое детство - в семье!» (<http://deti.educaltai.ru>) и на сайте Алтайского краевого центра психолого-педагогической и медико-социальной помощи (<http://ppms22.ru>).

**Подготовка осуществляется уполномоченными организациями на безвозмездной основе.**

Наш центр обучает граждан с 2009 года. Специалисты в работе используют различные формы обучения: лекции, дискуссии, занятия с элементами тренинга, упражнения, просмотр видеороликов. На занятиях обсуждаются самые разные темы: формы устройства детей в семье; какие задачи стоят перед замещающей семьей; как проходит процедура подбора ребенка; стадии взаимной адаптации ребенка и семьи; как учитывать возрастные особенности ребенка и говорить с ним о его прошлом.

Помощь в определении своей готовности к приему на воспитание ребенка, осознание реальных проблем и трудностей, с которыми предстоит столкнуться, а также выявление родительских навыков и ресурсов семьи, - это те задачи, которые решает подготовка будущих приемных родителей.

Большинство людей считают, что для того, чтобы взять на воспитание приемного ребенка, достаточно любить детей и иметь собственный опыт родительства. Но ребенок, пришедший в новую семью из-за потери собственной, - это всегда ребенок, который столкнулся с горем утраты, пренебрежением своих нужд, недостатком любви и заботы со стороны взрослых. Возможно, это ребенок, от которого отказались еще в роддоме. Или, может быть, он имел опыт отвержения и жестокого обращения в родной семье. Именно подобный травматический опыт делает ребенка настороженным и недоверчивым, эмоционально неустойчи-



вым и ранимым. Пережив раннее отделение от матери, ребенку трудно вступать с другими взрослыми в близкие отношения. Такие дети боятся доверять, боятся возможной боли утраты и пытаются защититься от нее, закрываясь от мира агрессивными переживаниями.

Будущим родителям важно понимать с каким эмоциональным опытом приходит в новую семью ребенок, потерявший собственную, как это будет сказываться на его развитии, самооценке и поведении. Поэтому на занятиях мы обязательно говорим о последствиях депривации детей, оставшихся без попечения родителей; о потребности ребенка в привязанности, на что она влияет; рассматриваем уровни и способы формирования привязанности с приемными детьми. Ведь если вы приняли в свою семью ребенка, то работа над формированием привязанности - это именно то, с чего следует начинать.

Занятия в «Академии замещающей семьи» всегда вызывают у наших слушателей интерес и живой отклик, проходят очень активно и эмоционально. **Чтобы пройти обучение, вам просто нужно позвонить по телефону 8(3852) 50-24-38 и записаться на занятия.** Даты проведения занятий «Академии замещающей семьи» утверждаются заранее на весь календарный год. **Ознакомиться с графиком и выбрать удобное время обучения можно на нашем сайте <http://ppms22.ru>.**

По итогам прохождения подготовки, не позднее трех рабочих дней с момента ее завершения, гражда-



нину лично выдается **свидетельство**, форма которого утверждена Министерством образования и науки РФ. Срок действия свидетельства о прохождении подготовки законодательством не установлен, оно является **бессрочным**.

Взять ребенка в семью - это не так просто. И подготовка семьи, и подготовка ребенка к семейному устройству, а также дальнейшее социально-психологическое сопровождение семьи, - это та работа, которая позволяет минимизировать риски возврата ребенка из замещающей семьи. **В центре помимо подготовки граждан к приему ребенка в семью действующие опекуны и усыновители могут получить консультации юрисконсульта, логопеда и психолога, привести на коррекционно-развивающие занятия ребенка, участвовать в семинарах-практикумах для родителей.** ☺

**Если вы приняли в свою семью ребенка, то работа над формированием привязанности - это именно то, с чего следует начинать.**

### **Отзывы обучающихся в «Академии замещающей семьи»:**

● «Группа выражает благодарность всем преподавателям за пройденный нами курс познавательный и практически применимый. Высокая квалификация Ваших специалистов, любовь и ответственность к своей работе, позволили всем участникам группы прочувствовать еще раз всю ответственность принимаемого решения. Спасибо Вам, что Вы помогаете будущим родителям укрепить веру в себя, а маленьким детям даете шанс на любящих маму и папу».

● «Занятия были очень интересными, структурированными, практическими, с конкретными примерами (что называется - бери и делай). Спасибо за Ваш профессионализм, за Ваше отношение к нам, за понимание и принятие наших страхов, сомнений, волнений. Спасибо за Ваши регулярные напоминания о том, что всегда можно обратиться за помощью».





# Бронхолёгочная дисплазия



**Юлия Владимировна МИЛЛЕР,**  
главный внештатный специалист-неонатолог министерства здравоохранения Алтайского края, заведующая отделением патологии новорождённых и недоношенных детей №1, врач-неонатолог, высшая квалификационная категория, КГБУЗ «Алтайская краевая детская клиническая больница»

**Бронхолёгочная дисплазия (БЛД) - заболевание лёгких, развивающееся преимущественно у недоношенных детей после применения искусственной вентиляции лёгких (ИВЛ). БЛД формируется в результате воздействия многих факторов, среди которых наибольшее значение придается незрелости лёгких и интенсивному режиму ИВЛ.**

**БЛД может возникать в результате дефицита сурфактанта** (пленки, выстилающей альвеолы и препятствующей их спадению), **отёка лёгких, длительного применения высоких концентраций кислорода** (повреждение свободными радикалами кислорода и т.д.), **ИВЛ** (повреждение давлением, неадекватно подогретым и увлажненным воздухом и т.д.), **воспаления, воздействия бактерий и вирусов и другого.** В результате действия вышеперечисленных факторов повреждаются практически все структурные компоненты незрелой лёгочной ткани, что приводит к хроническому нарушению функций лёгких и замещению здоровой лёгочной ткани участками фиброза.

Дыхательные пути недоношенных новорожденных детей имеют

строение, отличное от строения дыхательных путей доношенных детей. Бронхи у них более узкие и мелкие, стенки их более плотные и менее эластичные - за счет этого при дыхании (прохождении воздуха по дыхательным путям) воздух испытывает большее сопротивление, и ребенку труднее дышать, особенно, если в бронхах скапливается слизь или возникает отёк, что бывает при воспалении (ОРВИ), РСВ-инфекции.

## Клиническая картина БЛД

- Бледные кожные покровы, цианоз.
- Частота дыхания у ребенка - 80-100 в минуту, характерно увеличение частоты дыхания при нагрузке (при крике, сосании, в период активности) с вовлечением в процесс дополнительной мускулатуры (межреберных мышц).
- При выслушивании лёгких фонендоскопом отмечаются ослабление дыхания, жёсткое дыхание, хрипы.
- При тяжелой форме БЛД страдают и другие органы: сердце, почки (развиваются отёки, снижается количество мочи, увеличивается частота сердечных сокращений, увеличивается печень).

**Детям с БЛД после выписки из стационара необходимо:**



Степень тяжести БЛД / Возраст	До 6 месяцев	До 1 года	До 3 лет
Лёгкая	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев	По необходимости
Среднетяжелая	Ежемесячно	1 раз в 2 месяца	1 раз в 6 месяцев
Тяжелая	Ежемесячно	Ежемесячно	1 раз в 3 месяца



- **наблюдение у участкового педиатра:** разграничение периодов ремиссии и обострения, своевременное лечение рахита, анемии;

- **наблюдение у детского пульмонолога:** врач определяет индивидуальную коррекцию терапии, назначает дополнительные обследования (для оценки функции внешнего дыхания).

**Питание:** необходимо следить за прибавкой веса, избегать задержки роста (повышенная калорийность питания 140-150ккал/кг/сутки достигается за счет кормления грудным молоком с усилителями или специальными смесями).

**УЗИ сердца с определением давления в лёгочной артерии** (проводится 1 раз в 2-3 месяца), коррекция - при необходимости.

**Базисная терапия** - ингаляции кортикостероидами (будесонид) - противовоспалительные препараты, назначаемые регулярно, уменьшают симптомы БЛД. Будесонид - препарат выбора для ведения пациентов с БЛД после выписки (для детей со среднетяжелой и тяжелой БЛД).

**Показания для назначения кортикостероидов:**

- частое дыхание вне обострения заболевания (одышка, тахипноэ);

- частые обострения БЛД;

- стойкие рентгенологические признаки БЛД;

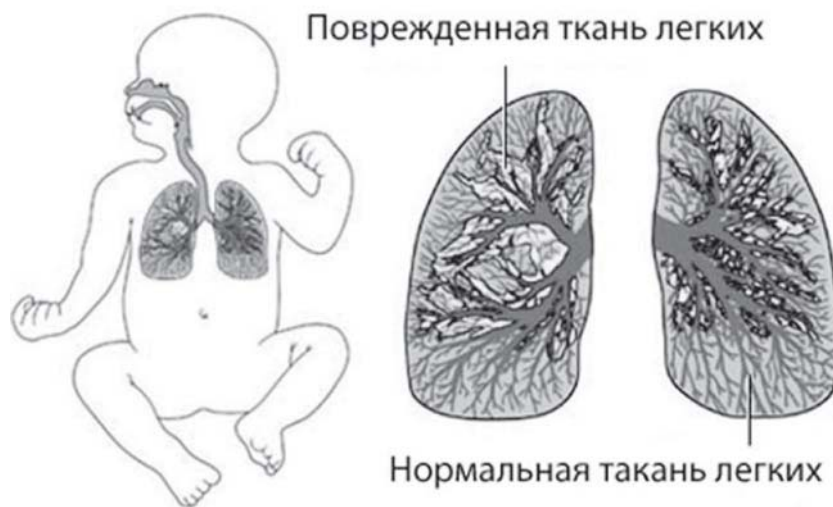
- развитие бронхиальной астмы.

Отмена кортикостероидов происходит при отсутствии вышеперечисленных симптомов.

**Иммунопрофилактика РСВ-инфекции** в эпидемический сезон подъема заболеваемости проводится до двух лет жизни.

**Бронхообструктивный синдром (БОС)** - это нарушение проходимости нижних дыхательных путей. Возникает в следствии:

- *вирусных инфекций:* особенно при РСВ-инфекции, реже - вирусах гриппа, аденовирусах и т.д.;



- *отсутствия стойкого иммунитета после перенесенной РСВ-инфекции*, что обуславливает ежегодные сезонные (в холодное время года) подъемы заболеваемости с регистрацией наибольшего числа случаев среди детей первого года жизни (первичное инфицирование);

- *аллергических реакций;*  
- *пассивного курения.*

### РСВ-инфекция

**Респираторно-синцитиальная вирусная инфекция (РСВИ)** - крайне распространенная инфекция среди новорожденных и детей раннего возраста. Практически все дети заражаются хотя бы однократно вирусом к первому году жизни.

**Симптомы РСВ-инфекции** сначала могут быть схожи с симптомами простуды: жар, насморк, боль в горле, отиты. У недоношенных детей симптомы могут быть более серьезными: частый и глубокий кашель, затрудненное дыхание, включая свисты и прерывистое дыхание, посинение губ и кончиков пальцев, обезвоживание, затрудненное дыхание при кормлении грудью или из бутылочки.

**Первая помощь при БОС:**

◆ **Немедленно вызвать врача** (скорую помощь) - только доктор сможет определить сте-

пень дыхательной недостаточности и объем необходимой помощи.

◆ **До приезда врача:** проведение ингаляции с беродуалом (4 раза в день из расчета 1 капля на 1кг / ингаляцию, но не более 10 капель!!!) через небулайзер; подача кислорода - при возможности; положение полужелеза с приподнятой верхней частью тела и слегка запрокинутой головой.

**Полная диагностика и лечение проводится только врачом!**

**Профилактика РСВ-инфекции у детей с БЛД позволяет избежать тяжелых осложнений, требующих реанимационных мероприятий, длительного нахождения на искусственной вентиляции лёгких, которые могут привести к потере ребенка.**

**Пассивная иммунопрофилактика** проводится путем введения в организм ребенка готовых антител, которые воздействуют непосредственно на РСВ и, в отличие от вакцин, не затрагивают иммунитет ребенка. Это позволяет предотвратить тяжелую форму РСВ-инфекции в виде бронхолитов, пневмонии и других нарушений дыхательной системы.

Профилактику назначают в течение сезонного подъема заболеваемости - осень-весна. ☺



# «Подводные камни» здорового образа жизни



### Ярослава Валерьевна ЯКОВЕЦ,

врач-уролог, высшая квалификационная категория, кандидат медицинских наук, доцент кафедры урологии и андрологии со спецкурсами АГМУ

**О предпочтительности здорового образа жизни нередко вспоминают только весной или в начале лета, хотя это не панацея: в любое время года наш организм требует заботы о себе, требует организации разумного режима питания, работы и отдыха, физической активности.**

Что мы чаще всего начинаем делать в теплое время года?

**Загорать.** Мечта о красивом загаре взамен бледности кожи многих приводит в солярий или за город, на берег водоема. Но если земля еще не прогретая, расположившись на ней, можно легко получить острые воспалительные заболевания мочеполовой системы. Если же ваш выбор пал на солярий, чтобы восполнить в организме витамин D, то это тоже не лучшее решение. Длительное воздействие инсоляции как естественной, так и неестественной (тем более в замкнутом пространстве солярия), помимо угрозы появления в организме процессов, близких к онкологическим, провоцирует спящие герпесвирусные очаги. То есть человек после подобных процедур с большой вероятностью получит либо обострение герпесвирусной инфекции, либо же спровоцирует ее появление. Речь не идет о самом распространенном вирусе герпеса, который появляется на слизистых губ или половых органов, хотя и это можно «подхватить» после посещения солярия. Речь идет о таких вирусных инфекциях, как вирус Эпштейна-Барра, ветряной оспе, краснухе и кори. Кстати, вспышка герпесвирусных инфекций была отмечена в Барнауле с января по апрель. Если учесть, что многие больные общаются с другими людьми, обмениваясь вирусами, то понятно, что полностью освободиться от инфекции невозможно.

Ветряной оспой человек не может заболеть второй раз, но попадание этого вируса в организм может спровоцировать у него любые герпесвирусные инфекции.

Второе распространенное занятие летом - **езда на велосипеде**. Считается, что это очень здоровое поведение. Но здорово оно для отдельных участков организма - для мышц ног и головы (чисто психологически, как вариант отдыха), может быть - для лёгких

и укрепления общего иммунитета - если кататься по лесу, а не по оживленной трассе. Для пояснично-крестцовой зоны спины, предстательной железы, органов мошонки мужчин и мочеполовой сферы женщин - это крайне бесполезное занятие, потому что завихрения воздуха, которые создаются в районе таза, неминуемо приводят к переохлаждению этой зоны даже в безветренные дни. Если кататься под дождем или в холодный день, можно получить острый цистит. Можно кататься, закрыв проблемную зону специальным фартуком или пледом. Но никто этого не делает: велосипедисты могут надеть куртки, шлемы и не более того. Во время езды человек сидит на сидении, которое имеет антифизиологичную форму: мочеиспускательный канал у мужчин сдавливается, происходит нарушение кровообращения как у женщин, так у мужчин. Поэтому назвать этот вид физической активности здоровым во всех отношениях нельзя, только с большими оговорками.

Как правило, **первые купания в водоемах** проходят, когда вода еще не прогрелась. Опасен и **костёр**: от него согревается лицо, грудь, руки, но спина неизменно замерзает. Таким образом, проведение вечерних часов у костра - серьезная угроза получить переохлаждение организма.

Остановимся на моржевании, которое многими воспринимается как вариант закаливания организма. Между тем, в результате процедур в ледяной воде меняется отношение организма к болезни: человек себя по-другому чувствует, если начинает заболеть, - у него не теряются силы, он чувствует лишь минимальный дискомфорт. Но органы, которые не должны переохлаждаться: в частности, мочевой пузырь и предстательная железа - абсолютно страдают от таких процедур, что доказано многочисленными клиническими наблюдениями. Поэтому польза моржевания в ранней ве-





сенней воде крайне спорна и требует обоснования. Не факт, что моржеванием вы укрепите свое здоровье, а вот его длительное восстановление - может потребоваться с большой вероятностью.

Весной и летом мы стремимся **изменить рацион питания**, включить в него больше овощей и фруктов. Но по большому счету, и это доказано, оптимально включать в свой рацион только те овощи и фрукты, которые растут в нашей местности, - они действительно полезны. Бананы у нас не растут, хотя все относятся к ним крайне положительно: считается, что они малокалорийны и являются идеальным перекусом. Да, в них содержится серотонин - аминокислота, которая нужна для деятельности головного мозга, получить ее можно только из этого фрукта. Но нельзя забывать о высоком содержании сахара в бананах, что приводит к конфетам.

Включение в рацион овощей и фруктов должно осуществляться постепенно и грамотно. Первыми в естественных условиях вырастает зелень - петрушка и укроп. Яблоки, груши могут быть в рационе круглогодично, благодаря налаженной торговой системе хранения. Однако употребление их весной имеет свои особенности. Клетчатка, содержащаяся в яблоках, для кишечника после зимы тяжеловата, поэтому лучше употреблять яблоки запекать. Клетчатка свежих фруктов приводит к брожению в кишечнике, а микробы, которые там находятся, с током крови распространяются в другие системы организма, создавая этим прецедент воспаления в дальнейшем.

**Вредные привычки.** Их делят на абсолютно вредные и относительно вредные.

**Алкоголь** допустим при разумном употреблении. Считается допустимым, если выпивать полбокала вина или, в силу обстоятельств, - 100мл крепких напитков один раз в неделю. Но эта доза не должна суммироваться: то есть нельзя раз в месяц выпить без последствий 400мл водки. Кстати, также не по-



лезна для организма и любая **газированная вода** - абсолютно всех производителей и названий, не полезны шампанское, газированный квас и минеральная вода, приобретенная не в аптеке. То есть вредно для организма всё, что делают с использованием углекислоты. Однако изменения, происходящие в организме от этих напитков, обратимы: доказано, что для восстановления требуются трое суток. Подчеркну: минеральная вода будет нести пользу лишь в том случае, если она приобретена в аптеке.

Абсолютно вредные привычки - **употребление наркотиков и курение**. Эти пристрастия, также как и регулярный прием большого количества алкоголя, надо рассматривать как болезнь, которая требует лечения. В каждом случае формируется определенная зависимость головного мозга. Принцип лечения алкоголизма, наркомании и табакокурения состоит в устранении данной зависимости за счет приобретения другой. Вот почему пациенты такого профиля начинают сосать конфеты, чтобы бросить курить или пить. Проведение квалифицированного и успешного лечения - прерогатива психиатра и нарколога. Цель всегда достижима, было бы желание.

**Переедание** - тоже вредная привычка. Причем, набрать вес легко, а вот сбросить сложнее, осо-

бенно с возрастом. Избыточный вес становится причиной ряда серьезных заболеваний. **Езда на машине, отсутствие ходьбы** - тоже зависимость, пусть даже и обусловлена работой.

Современная тенденция - **зависимость от информации**, когда люди сидят постоянно в Интернете, телефоне, перед телевизором, нуждаясь в всё большем объеме информации извне. Но при этом глаза, шейный отдел позвоночника, сосуды подвержены большой нагрузке. И сердечно-сосудистая и репродуктивная системы, как наиболее уязвимые структуры в организме, начинают страдать первыми.

В последнее время появился термин - «болезнь города». Опросы, осмотры детей в городских и детских школах показали, что здоровье этих групп принципиально отличается: те, у кого детство проходит в деревне, получают хороший фундамент будущего здоровья, который будет отличать их от горожан даже при смене места жительства.

Говоря о привычках в нашей жизни, подчеркну, что в каждом конкретном случае важно найти, что можно изменить - и изменить. Человек в состоянии от них избавиться, осознав вред, и наоборот, приобрести какую-нибудь, поняв пользу для своего здоровья. Для этого нам и дан разум. ☺





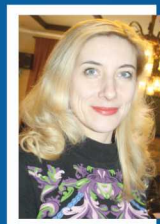
# Общественный Редакционный совет журнала



**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

№6 (186) июнь 2018 г.

Выпуск издания (рубрика "Энциклопедия мужского здоровья") осуществляется при финансовой поддержке **Федерального агентства по печати и массовым коммуникациям.**

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 29.06.2018 г., фактически - 14:00 29.06.2018 г. Дата выхода: 04.07.2018 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



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







МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



# ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

**Паллиативная медицинская помощь** – это система мероприятий, направленных на улучшение качества жизни пациентов с неизлечимыми, тяжело протекающими, угрожающими жизни заболеваниями.

**Основная цель паллиативной медицинской помощи** – эффективное и своевременное избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания.

**Оказание паллиативной медицинской помощи** в Российской Федерации осуществляется медицинскими организациями и иными организациями, осуществляющими медицинскую деятельность, государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения с учетом права пациента на выбор врача и медицинской организации<sup>1</sup>.

## ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ОКАЗЫВАЕТСЯ:

- ✓ пациентам с различными формами злокачественных новообразований;
- ✓ пациентам с органной недостаточностью в стадии декомпенсации, при невозможности достичь ремиссии заболевания или стабилизации состояния пациента;
- ✓ пациентам с хроническими прогрессирующими заболеваниями терапевтического профиля в терминальной<sup>2</sup> стадии развития;
- ✓ пациентам с тяжелыми необратимыми последствиями нарушений мозгового кровообращения, нуждающимся в симптоматическом лечении и в обеспечении ухода при оказании медицинской помощи;
- ✓ пациентам с тяжелыми необратимыми последствиями травм, нуждающимся в симптоматической терапии и в обеспечении ухода при оказании медицинской помощи;
- ✓ пациентам с дегенеративными заболеваниями нервной системы на поздних стадиях развития заболевания;
- ✓ пациентам с различными формами деменции, в том числе, с болезнью Альцгеймера, в терминальной стадии заболевания.

## СПОСОБЫ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ:



В СТАЦИОНАРЕ



НА ДОМУ



АМБУЛАТОРНО  
(кабинеты паллиативной помощи)



В ХОСПИСЕ

Направление пациентов, за исключением больных злокачественными новообразованиями, в медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь, осуществляется по решению врачебной комиссии медицинской организации, в которой проводится наблюдение и лечение пациента.

При направлении пациента в медицинскую организацию, оказывающую паллиативную медицинскую помощь, оформляется выписка из медицинской карты пациента, получившего медицинскую помощь в амбулаторных условиях или медицинской карты стационарного больного, с указанием диагноза, результатов клинических, лабораторных и инструментальных исследований, рекомендаций по диагностике и лечению, иным медицинским мероприятиям.



<sup>1</sup> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2015 г. № 187н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению».

<sup>2</sup> Терминальные состояния (лат. terminalis относящийся к концу, пограничный) – состояния, пограничные между жизнью и смертью.