

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

6+

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№10 (190) ОКТЯБРЬ 2018



Быть добровольцем - здорово!



В начале декабря 2017 года глава государства В.В. Путин объявил 2018 год «Годом добровольца или волонтера в России». По его мнению, это самый лучший способ признать заслуги людей, готовых к самопожертвованию, во имя интересов своих соотечественников, которым они оказывают содействие и неоценимую помощь в самых разных сферах жизни.

Одни помогают в меру своих сил при медицинских и муниципальных учреждениях. Другие участвуют в поиске пропавших людей. Третьи вносят вклад в сбережение культурного наследия или природных ресурсов. Четвертые помогают в проведении ответственных международных мероприятий... Да и мало ли где востребованы добровольные помощники!

Год добровольца призван решить несколько задач: не только популяризировать благотворительность, преумножить престиж работы добровольцев, но и стимулировать общегражданские инициативы соотечественников. Государство, лидеры общественных движений рассчитывают, что комплексный подход позволит задать толчок добровольческому движению, дав ему тем самым и возможность занять более высокий социальный статус в обществе.

В 2003 году, когда мы начинали общественно-демографический проект «Здоровая семья - это здорово!» и издание в его рамках краевого медико-социального журнала «Здоровье алтайской семьи», мы сначала и не рассчитывали, что он будет столь продолжительным и, главное, востребованным. Причем, вся его деятельность будет построена прежде всего на понимании социальной значимости, необходимости такой просветительской деятельности, на принципах соучастия, сподвижничества. На принципах волонтерства.

И те, кто сегодня в силу разных обстоятельств не может активно участвовать в создании очередного номера журнала, и те, для кого это стало не просто социальной миссией, а неотъемлемой частью жизни, - это, в моем понимании, люди, компетентные в той или иной сфере, обладающие навыками разъяснительной работы, умением мотивировать, но прежде всего, - это люди неравнодушные, со своей четко выраженной гражданской позицией.

Согласитесь: проще брюзжать на несовершенство жизни вокруг людей, недостойных твоего внимания и живущих «не по тем правилам», чем выделять личное время на подготовку статьи или к интервью в журнал, проведение обучающего семинара или занятия в школах здоровья. И то, и другое, и третье - не так просто, как кажется на первый взгляд. Или - как членам Редакционного совета журнала - продумывать и предлагать актуальные темы публикаций, привлекать новых, заинтересованных авторов из числа опытных специалистов и молодежи, тем самым воспитывая и в них волонтерские качества.

Очевидно, что мир вокруг нас стремительно меняется. Так стремительно, что общество осознает, что оно просто не успевает приспосабливаться к переменам. Понятно, что глобальные технологические изменения (даже технологическая революция, в т.ч. Интернет), которые дают новые возможности, принципиально меняют взаимоотношения между людьми, частную жизнь, принципы сотрудничества, способы предоставления услуг даже в такой традиционной сфере, как медицина. Это уже реальность, что идея, мысль, высказанная одним человеком, практически мгновенно становится доступной миллионам людей, которые имеют возможность трансформировать и приспосабливать ее под свои нужды. Эти ошеломляющие возможности позволяют менять лучшему не только отдельного человека, но и весь мир.

И именно поэтому роль неформальных лидеров, волонтеров, социальных добровольцев становится стократно значимее. И от того, какую они будут нести идею, к чему призывать общество, - будет меняться, как бы пафосно это ни звучало, и весь мир!

Я с огромной благодарностью говорю «спасибо!» всем тем, кто участвует в нашем волонтерском проекте, именно волонтерском - и только так, а не иначе!

Это - доктора наук, профессора, акушеры-гинекологи Н.И. ФАДЕЕВА, С.Д. ЯВОРСКАЯ, О.В. РЕМНЕВА; главные врачи лечебно-профилактических учреждений края М.В. КОСТРОМИЦКАЯ (Завьяловская ЦРБ), Л.И. КРАВЦОВА (Рубцовская ЦРБ), Н.Г. АРСЕНЬЕВА (многие годы возглавлявшая детскую поликлинику в Рубцовске); профессор, д.м.н., врач-онколог А.Ф. ЛАЗАРЕВ, главный внештатный кардиолог края, д.м.н. А.А. ЕФРЕМУШКИНА; заместители главного врача Алтайской краевой клинической детской больницы к.м.н. Т.А. АСАНОВА и В.А. МИЛЛЕР; к.м.н., врач-эндокринолог, представитель АГМУ И.А. ВЕЙЦМАН; ректор АГМУ, д.м.н., профессор И.П. САЛДАН и представитель регионального минздрава, к.м.н. С.В. НАСОНОВ; президент Профессиональной сестринской ассоциации Л.А. ПЛИГИНА и лидер женского движения Алтайского края Н.С. РЕМНЕВА...

Их личное участие в работе Редакционного совета журнала всегда было ответственным и полезным!

Благодарна нашим многим постоянным авторам: и.о. заместителя главного врача ККБ Е.М. Реуцкой, главному внештатному специалисту по инфекционным болезням, к.м.н. В.В. Шевченко, заведующая детским стоматологическим отделением детской поликлиники №9 Барнаул И.В. Демкиной, коллективу Алтайского врачебно-физкультурного диспансера, главным внештатным (детскому и взрослому) урологам - д.м.н. А.И. Неймарку и к.м.н. И.С. Попову, и многим-многим другим.

Благодарна всем тем, кто готов продолжать этот путь Просветителя или же только присоединится к нему!

Конечно, здесь я упомянула далеко не весь наш актив, «золотой волонтерский фонд»!!! В первой декаде декабря мы планируем большую встречу Редакционного совета журнала и наших авторов, где мы не только подведем итоги нашей 16-летней работы, но и определим наши планы. Ждем ваших предложений, вашего активного участия.

Быть волонтером - здорово!



14

В вопросах профилактики болезней важно работать на опережение



18

Косоглазие - не только косметическая проблема



26

Как справиться с агрессивным ребенком?



31

Огород будущего



36

Хочу служить в армии!

На обложке: Татьяна Алексеевна АСАНОВА, заместитель главного врача по организационно-методической работе КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница»

Фото: Лариса Юрченко.

Т.А. Асанова. Оргметодрабoта без прикрас	2-4
Искусственный интеллект займется диагнозами	5
«Как на ладони»	6-7
С юбилеем, родильный дом №2!	8-10
Новости здравоохранения России	11
Нобелевские премии - 2018	12-13
ЭНЦИКЛОПЕДИЯ МУЖСКОГО ЗДОРОВЬЯ Р.Т. Алиев. В вопросах профилактики болезней важно работать на опережение	14-17
ЗРЕНИЕ - ОКНО В МИР Ю.Г. Хмара. Косоглазие - не только косметическая проблема	18-19
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ М.В. Весельева. Важность исследования липидного статуса	21-22
Е.С. Дорошенко. Гайморит у детей. Его профилактика	22-23
Л.Н. Крюкова. Вирусный гепатит А и его профилактика	24
ЭКО - это нормально!	25
Русский язык: норма и практика	25
С.А. Маурер. Как справиться с агрессивным ребенком?	26-27
ПОБЕДИМ СВОЙ СТРАХ! А.С. Галанов. Факторы риска рака лёгких	28-29
Новости здравоохранения России	30
Огород будущего	31-34
10 фактов о сердце	35
А.В. Лобанова. Как преодолеть послеродовую депрессию?	36-37
Показания для направления в детскую консультативно-диагностическую поликлинику КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница»	38-39
СПОРТ ВО ИМЯ ЖИЗНИ Е.И. Воранкова. Вальгусная деформация стопы	39-40
ЭНЦИКЛОПЕДИЯ МУЖСКОГО ЗДОРОВЬЯ Л.Г. Ковова. Хочу служить в армии!	41-43
Что такое фитонутриенты?	44



Оргметодработа без прикрас

Званием «Заслуженный работник здравоохранения Российской Федерации» с вручением нагрудного знака Указом Президента России в этом году награждена Татьяна Алексеевна АСАНОВА, заместитель главного врача по организационно-методической работе КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница».

Об этом событии Татьяна Алексеевна говорит так:

- Награда - заслуга всего коллектива нашей краевой детской больницы, это признание тех результатов, которых мы добились вместе с нашим руководителем.

Более 30 лет я работаю специалистом в области организации здравоохранения. Этому была посвящена и моя кандидатская диссертация «Социально-гигиеническое исследование смертности на дому детей первого года жизни в регионе с низкой плотностью населения». Совмещаю с преподавательской деятельностью - доцент на кафедре общественного здоровья и здравоохранения АГМУ, и я уверена, что эффективность деятельности любой системы, в том числе здравоохранения, зависит от правильной и четкой организации ее работы.

Организационно-методической работой занимаются специалисты ведущих лечебных учреждений края третьего уровня. К ним относится также КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница» (АККДБ). Эти учреждения должны не только оказывать высококвалифицированную высокотехнологичную медицинскую помощь, но и налаживать взаимодействие со специалистами ЛПУ края в учреждениях первого и второго уровней, оказывая им постоянную необходимую консультативную, организационно-методическую помощь.

КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница» - сложный многофункциональный организм, на руководителе которого, главном враче **Константине Владимировиче СМЕРНОВЕ**, лежит особая ответственность за налаженную ритмичную работу по

различным направлениям ее деятельности.

Одно из таких приоритетных направлений в деятельности нашего лечебного учреждения - организационно-методическая работа, являющаяся составной частью управленческой деятельности системы регионального минздрава по вопросам охраны здоровья детского населения в крае.

Руководят этим разделом работы, как правило, специалисты, имеющие большой опыт в практической медицине, часто - в районных больницах. Трудовая деятельность Татьяны Алексеевны - не исключение:

- Я работала в Ельцовском районе три года и знаю, каково это остаться врачу один на один с больным ребенком, когда рядом нет и узких специалистов, и, что очень часто, коллег врачей-педиатров, с кем можно было бы проконсультироваться. Сегодня усилия ведущих специалистов АККДБ направлены на то, чтобы в сложных ситуациях такого не было.

- Один из приоритетов оргметодработы АККДБ - выездная консультативная и практическая помощь. Как определяются адреса выездов?

- Начну с того, что выездная работа может быть плановой и экстренной. Экстренный выезд в большинстве случаев означает, что тяжелых детей «берем на себя»: доставляем их в АККДБ для оказания помощи и лечения. Только за 9 месяцев текущего года были организованы **73** командировки - для доставки в нашу больницу **73** детей.

Иначе организуется плановая выездная работа, имеющая два направления, - консультативно-диагностическую помощь при диспан-



серных осмотрах детского населения и кураторская помощь специалистам на местах.

Как формируется география выездов? График выездов врачебных бригад формируется мною на основе заявок от ЛПУ с учетом потребности в специалистах, отсутствующих в штатах ЦРБ, необходимых для проведения диспансеризации детского населения. Сейчас много говорят об автопоезде «Здоровье», о большом значении его работы. А наш «детский поезд здоровья», чем по сути и является выездная работа специалистов, действует со дня открытия краевой детской больницы.

Таким образом мы приближаем высококвалифицированную медицинскую помощь детям, живущим в отдаленных селах. За 9 месяцев 2018 года совершено **более 100** выездов, специалистами осмотрено **более 7000** детей. К приезду специалистов на местах готовятся: педиатры приглашают детей, в том числе из отдаленных сел района. Обычно в первой половине дня идет прием приезжих, после обеда - маленьких жителей районного центра. Итоги таких приемов: при необходимости ребенку назначается лечение, определяется тактика ведения в динамике, около **10%** ос-



За счастливое здоровое детство!

мотренных детей нуждаются в дополнительном обследовании на уровне края, **3%** нужна госпитализация в наше учреждение. Эти вопросы решаются оперативно на месте, определяются сроки приезда детей в АККДБ.

Отправляясь в поездку, врач-куратор получает в ОМО конкретное задание, обязательно проводит на месте обход детского отделения и детской консультации, ведет консультативный прием маленьких пациентов. Врачи-кураторы, главные краевые внештатные специалисты, почти все из которых работают в нашей больнице, контролируют качество медицинской помощи детскому населению, внедряют стандарты медицинской помощи, организуют контроль за их соблюдением, изучают материально-технический и кадровый потенциал, контролируют возможности лицензирования службы и результаты реагирования на жалобы населения.

По итогам выезда врачи-кураторы вносят предложения по оптимизации деятельности лечебного учреждения с указанием сроков исполнения. Они руководствуются принципом: главное - не выявить проблемы, а помочь их решить. Обязательно проверяется предыдущая аналогичная справка на предмет выполнения рекомендаций.

В целом на территории края, благодаря работе выездных бригад АККДБ, диспансеризация детей выполнена своевременно и в полном объеме.

- Не меньше времени и сил требует экспертная работа?

- Экспертиза летальных исходов - составная часть комплексной работы, связанной с мониторингом и анализом младенческой смертности. **Экспертиза летальных исходов среди детей всех возрастов, в том числе детей первого года жизни и подростков,** проводится членами краевой профильной комиссии из числа специалистов АККДБ, краевых внештатных специалистов. Изучаются первичные документы, выявляются дефекты в лечении, ведении пациента, формируются предложения по устранению выявленных нарушений. Материалы экспертиз обязательно направляются в ЛПУ для разбора врачами на местах выявленных ошибок для их предупреждения в дальнейшем, а также предоставляются главному педиатру края для принятия управленческих решений. В ежемесячном режиме проводятся клинико-экспертные комиссии по разбору младенческой смертности с приглашением специалистов муниципальных ЛПУ.



Замечу, что по заключениям экспертов, практически все причины гибели детей первого года жизни, произошедшие в крае, - непредотвратимы на педиатрическом уровне. Связаны они, в основном, с патологией перинатального периода, врожденными аномалиями развития. К сожалению, за 9 месяцев этого года **более 20%** детей погибли вне стационара, в основном на дому, по причине необращения или позднего обращения родителей за медицинской помощью. Поэтому можно говорить о недостаточной со стороны первичного звена профилактической работе с населением, вызванной, прежде всего, дефицитом кадров среди медперсонала. К примеру, в Ельцовской ЦРБ в 1984 году педиатров работало трое, а сейчас - только один. И такой пример не единственный: так, в некоторых ЦРБ прием ведут фельдшера.

Увеличивается число жалоб от населения, по поводу которых специалистами АККДБ организуются и проводятся служебные расследования.

- Обучение студентов, повышение квалификации специалистов, организованное на базе АККДБ, также относится к вашей работе?

- Да. Организационные формы научно-практической работы включают связь с кафедрами АГМУ, организацию научных конференций, публикацию научных и методических матери-

Специалисты краевой детской больницы являются врачами-кураторами 6 медико-географических зон, к которым относятся ЛПУ второго уровня городов Бийска, Рубцовска, Алейска, Камня-на-Оби, Славгорода, Заринска и 14 ЦРБ Барнаульского медико-географического округа.



За счастливое здоровое детство!

алов. Специалисты АККДБ только в этом году для врачей края организовали 9 научных конференций, приняли участие в 27 научно-практических конференциях. В ноябре пройдут три конференции, одна из них - в Рубцовске, для специалистов этого медико-географического округа.

На базе АККДБ организовано постдипломное образование медицинских работников. Врачи из ЛПУ могут приехать для повышения квалификации на рабочем месте в отделения АККДБ на удобный для себя срок. В качестве наставников выступают опытные врачи отделений больницы.

Так, на базе АККДБ за прошедший год повысили свою квалификацию **37** врачей и **более 200** средних медицинских работников из ЛПУ края.

По всем вопросам в краевой детской больнице всегда есть возможность консультаций и с профессорско-преподавательским составом АГМУ, и со специалистами ведущих медицинских учреждений России. Также и специалисты из ЛПУ края в любое время суток могут проконсультироваться по вопросам оказания помощи детям на местах со своими более опытными краевыми коллегами. К примеру, за 9 месяцев этого года наши врачи провели **более 3500** консультаций по телефону с ЛПУ края, в том числе через реанимационно-консультативный центр - **2405**.

В отделениях больницы работают шесть школ для родителей и детей по основным направлениям патологии в детстве. Это - школы для больных сахарным диабетом, гемофилией, ревматоидным артритом, для родителей недоношенных детей, астма-школа. В прошлом году в них прошли обучение **6732** слушателя.

- Особая зона ответственности - организация детского отдыха в летних оздоровительных учреждениях.

- Действительно, решение этой большой задачи возложено министерством здравоохранения Алтайского края на наш отдел.

Эта работа стартует каждый год в апреле. Начинаем с подготовки нормативно-методических доку-

ментов, в том числе межведомственных - работаем совместно с министерством образования и науки и управлением Роспотребнадзора по Алтайскому краю. С целью выработки единых требований к работе медицинского персонала перед началом летней оздоровительной кампании я принимаю участие в краевом семинаре, организованном министерством образования и науки Алтайского края для директоров оздоровительных учреждений.

Второй этап - проведение обучающих семинаров с медицинскими работниками. В прошлом году обучение прошли **469** специалистов - все, кому предстояло работать в загородных оздоровительных детских учреждениях, а также на детских площадках.

Заключительный этап - аттестация слушателей. По ее результатам выдаются удостоверения. На семинарах кроме лечебных вопросов, тактики ведения детей при заболеваниях в загородных оздоровительных учреждениях рассматриваются и противоэпидемические мероприятия, правила контроля за реализацией и хранением продуктов и т.д.

Затем начинается собственно оздоровительная работа с детьми на местах, за которой мы проводим постоянный мониторинг.

В этом году с целью контроля за ходом оздоровительной кампании в территориях мы выполнили **13** командировок. Каждую неделю проводились селекторные совещания в министерстве здравоохранения края, где, в том числе, рассматривались вопросы детского отдыха и безопасности детей. Итог работы - выраженный оздоровительный эффект от летнего отдыха у **95%** детей (2016г. - 93,5%).

В октябре этот раздел работы еще не завершается: подводятся итоги, формируются межведомственные предложения, определяются лучшие работники (их кандидатуры согласовываются с главными врачами ЛПУ).

В течение учебного года мы контролируем ход диспансеризации и оздоровление школьников, вопросы медобслуживания в учреждениях образования,

- Представьте коллектив возглавляемого вами отдела.

- Отдел объединяет два структурных подразделения - оргметодкабинет и кабинет учета и медицинской статистики.

Рада, что в ОМО пришла **Наталья Васильевна ЕРШОВА** - практический врач, работавшая педиатром в Угловском районе, затем - заведующей педиатрическим отделением АККДБ. Сейчас она успешно решает организационные, методические вопросы детского здравоохранения.

В оргметодотделе АККДБ работает **Людмила Григорьевна КОВОВА**, главный внештатный специалист по гигиене детей и подростков края. Она занимается проблемами подросткового возраста, в том числе медицинскими вопросами подготовки юношей к службе в армии, курирует ЛПУ в крае.

Кабинетом учета медицинской статистики заведует **Марина Ивановна ГЕНИЕВСКАЯ**, врач высшей категории по специальности «организация здравоохранения». Успешно трудятся два средних работника - **Татьяна Васильевна ИВАНОВА** и **Галина Ивановна ЛЕКСИНА**.

Мы с вами обсудили еще не все направления деятельности нашей организационно-методической работы. На сегодняшний день КГБУЗ «АККДБ» - это ведущий организационный и научно-методический центр, который реализует большой комплекс мероприятий, направленных на улучшение состояния здоровья детского населения края, что положительно отражается на показателях работы всей педиатрической службы Алтайского края.

В плане перспективы развития педиатрической службы в Алтайском крае - **создание педиатрического кластера.** Над этой задачей руководителю и коллективу краевой клинической детской больницы предстоит работать в ближайшее время. В связи с формированием педиатрического кластера наша работа тоже будет меняться. Объединение АККДБ с перинатальным (клиническим) центром Алтайского края и детской городской больницей №2 г.Барнаула приведет к росту объема работы нашего отдела. Значит, наш коллектив вырастет, придут на работу новые специалисты. Мы готовы к переменам. ☺



Искусственный интеллект займется диагнозами

Ассоциация разработчиков систем искусственного интеллекта совместно с медицинским сообществом приступила к реализации масштабного проекта по созданию национального оператора биомедицинских данных граждан.

Медицинскую big data планируется образовать на принципах государственно-частного партнерства, при котором государство будет отвечать за сохранность данных, а частный капитал - за сервисы по аналитике, диагностированию и выработке рекомендаций по лечению. Риск-офис, созданием которого заняты страховщики, обеспечит аналитическую поддержку оператора - что поможет компаниям лучше тарифицировать свои продукты.

Созданная летом этого года при поддержке Российской венчурной компании Ассоциация разработчиков и пользователей систем искусственного интеллекта «Национальная база медицинских знаний» приступила к масштабному проекту создания единого оператора биомедицинских данных.

Применение искусственного интеллекта в медицине - важный технологический тренд, который позволит улучшить диагностику заболеваний и автоматизировать рутинные процедуры, такие как

анализ рентгеновских снимков и данных УЗИ, а также оптимизировать логистику пациентов в клиниках.

Предполагается, что оборот деперсонализированных биомедицинских данных монополизирует единый оператор, к ним будут допущены разработчики систем искусственного интеллекта в медицине. Ожидаемый эффект от деятельности оператора - рост российских стартапов в области искусственного интеллекта.

Ключевой вопрос - собственность деперсонализированных данных. Если эти данные станут относительно дорогими, реальную возможность использования получат не отечественные стартапы, а иностранные игроки в сфере искусственного интеллекта. Страховщики - прямые перспективные пользователи такой системы: **создание риск-офисов на основе больших биомедицинских данных позволит внедрить принципиально новые сервисы для клиентов, адаптивные тарифные планы, ос-**

нованные на просчитанных рекомендациях для бизнеса.

Аналитической поддержкой оператора займется национальный риск-офис - проект по управлению социальными и экономическими рисками страны, созданием которого сейчас занят Всероссийский союз страховщиков. Но страховщики сейчас вообще не имеют доступа к медицинским данным: даже если пациент не против такого доступа, медсообщество игнорирует его право распоряжаться персональными данными о своем здоровье. **Возможная будущая практика работы системы:** данные хранятся у оператора, если гражданин дает право на их анализ для построения предиктивных моделей, то силами риск-офиса они моделируются - на их основании можно будет формировать индивидуальные программы страхования жизни или планы лечения.

В случае появления национального оператора медданных страховщики обещают точнее настраивать свои продукты. Так, они уже пользуются иностранными разработками в этой сфере. Например, весной компания «Сбербанк страхование жизни» заключила договор с IBM по использованию системы Watson for Oncology. Это система искусственного интеллекта для выработки рекомендаций по лечению онкологических заболеваний.

Срок создания баз данных по группе наиболее распространенных заболеваний может занять от трех до пяти лет. Со стороны государства есть большой интерес - цифровизация медицинских баз данных даст новые возможности не только IT-компаниям, но и национальной системе здравоохранения в части формирования более достоверной медицинской статистики. Стоимость создания баз по одной группе заболеваний может составлять несколько миллиардов рублей государственных и частных средств. 



«Как на ладони».

В Диагностическом центре Алтайского края применяют «золотой стандарт» диагностики в гинекологии

Наверное, никому не нужно объяснять все плюсы эндоскопического обследования. Оно широко применяется практически во всех областях медицины, в том числе в гинекологии.

Например, такое исследование как **гистероскопия** позволяет детально исследовать полость матки и, что очень важно, визуально оценить ее состояние.

В Диагностическом центре Алтайского края шагнули дальше и **объединили диагностику и лечение**: проще говоря, пациентка, придя на манипуляцию, одновременно с этим в случае обнаружения проблемы может сразу же решить ее хирургическим путем. Такое объединение позволило сократить общее время лечения пациенток в 7 раз.

Что такое гистероскопия? Гистероскопия - это малоинвазивный метод визуального осмотра полости матки и оценки состояния ее внутренней поверхности с помощью аппарата с одноименным названием (гистероскоп). Не случайно с греческого языка это

слово переводится как «осматривать матку».

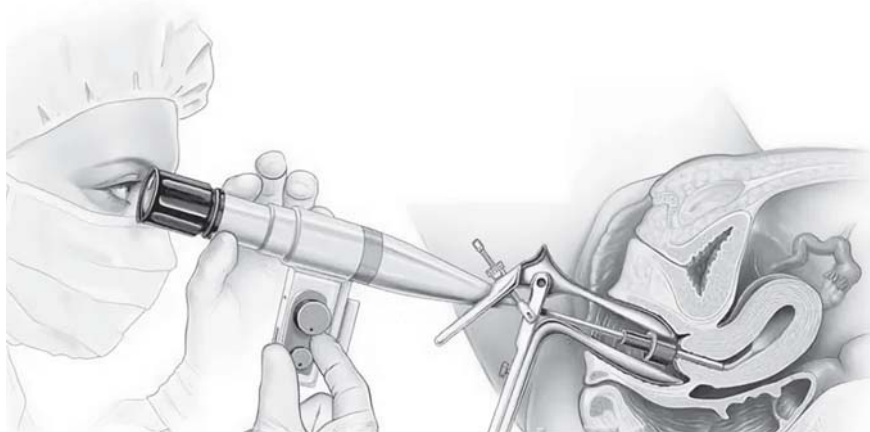
Плюс проводимого исследования в том, что оно **дает возможность более качественного, детального изучения детородных органов женщины.**

- Традиционно фактически все манипуляции в полости матки выполняются врачом-гинекологом вслепую и контролируются только его личными мануальными ощущениями. Это, безусловно, важно, но статистика говорит, что около 50-60% гистерэктомий (операция, при которой удаляется матка) выполняются напрасно. При выскабливании полости матки трудно точно выделить подозрительный участок, обнаружить полип и проконтролировать радикальность его удаления, поэтому традиционно требуется тотальное выскабливание эндометрия. Это очень

травматично и даже опасно, в дальнейшем может стать проблемой для деторождения у молодых женщин, - поясняет **Римма Сергеевна ДЕРЯВКИНА**, кандидат медицинских наук, врач-акушер-гинеколог КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края». - Гистероскопия как раз дает максимально полную картину о состоянии полости матки. Это - единственный метод, позволяющий выполнить очень и очень многие манипуляции по лечению патологии с сохранением детородного органа.

В настоящее время в Диагностическом центре края выполняется 30% всех амбулаторно проводимых в Алтайском крае гистероскопий. Но приняли решение не останавливаться, не ограничиваться только диагностикой. В Центре решили не только выявлять проблему, но и хирургически ее устранять. Разумеется, только в тех случаях, когда это безопасно для пациентки. Таким образом женщины экономят время, затраченное на обследование. **Пациенткам не нужно несколько раз обращаться за помощью: сначала на прием, потом на диагностическую процедуру, затем на оперативное вмешательство - все необходимые исследования и процедуры проводятся за один-два дня в зависимости от сложности ситуации.** Пребывание в стационаре женщинам не требуется, поскольку данные вмешательства относятся к амбулаторной хирургии и малотравматичны.

Специалисты Диагностического центра Алтайского края





накопили большой опыт в данном направлении. Это - специалисты высших квалификационных категорий, кандидаты медицинских наук с большим опытом работы. Особо отметим, что все манипуляции проводятся при взаимодействии гинекологов, цитоморфологов и анестезиологов.

Квалифицированное современное анестезиологическое обеспечение позволяет проводить манипуляции под наркозом максимально мягко и комфортно для пациентки.

В Диагностическом центре Алтайского края успешно диагностируют и лечат:

- ▶ миому матки с различным расположением узлов - от этого зависит дальнейшая тактика лечения женщины;
- ▶ бесплодие и невынашивание беременности;
- ▶ патологии эндометрия, которые приводят к кровотечениям

ям и в некоторых случаях - к раку матки;

- ▶ внутриматочные синехии, рубцы, спайки, которые возникли как осложнения после родов, аборт или вследствие перенесенных воспалительных заболеваний половых органов, многократных неэффективных выскабливаний полости матки;

- ▶ патологии наружных половых органов, шейки матки, влагалища, опущение стенок влагалища.

С помощью гистероскопии в Диагностическом центре края проводят такие операции и процедуры, как:

- ▶ удаление полипов,
- ▶ удаление мелких миоматозных узлов,
- ▶ удаление инородных тел,
- ▶ разделение спаек в полости матки,
- ▶ бужирование истмических отделов маточных труб,
- ▶ биопсия и конизация шейки матки,
- ▶ удаление кист наружных половых органов.

По статистике Диагностического центра Алтайского края, в 93% случаев у пациенток была выявлена та или иная патология матки, чаще всего это - полипы эндометрия, гиперплазия и миома матки.

Эти цифры еще раз подтверждают мнение, что **гистероскопия сегодня является «золотым стандартом» диагностики патологии матки.** При этом у женщин сегодня есть возможность решать имеющиеся проблемы минимально травматично, сохраняя при этом привычный образ жизни (и даже временно не лишаясь трудоспособности). ☺

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 заметку

Грудное молоко против рака

В новосибирском Академгородке, в Институте химической биологии и фундаментальной медицины (ИХБиФМ) СО РАН, ведутся работы по получению биспецифичных антител из молока человека. Они могут быть использованы для лечения опухолевых заболеваний.

О том, что антитела могут бороться с раковыми клетками, известно давно. И ученые стараются использовать возможности иммунной системы для лечения онкологических заболеваний. Но проблема, по словам ученых, заключается в том, что в обычном антителе оба антиген-связывающих центра одинаковые. В случае же с опухолевыми клетками опознания по одному участку - антигену - может быть недостаточно, возможны ошибки. В то же время в организме человека существуют так называемые «биспецифичные антитела» - у них два разных связывающих центра. И если научить их бороться с опухолью, то они будут распознавать болезнетворные клетки гораздо эффективнее. Вопрос в том, где взять такие антитела? И новосибирские ученые на него ответили.

В человеческом молоке до 50% антител являются биспецифичными. И, возможно, за счет того, что каждая половина молекулы антитела осуществляет разные действия, эти своеобразные «двурукие бандиты» способны гораздо эффективнее выводить антигены из организма.

Это не первый случай, когда ученые ИХБиФМ обнаруживают противораковые свойства у компонентов грудного молока человека. Противоопухолевый препарат был создан на основе лактапина - фрагмента к-казеина молока человека. Этот мини-белок индуцирует процесс апоптоза (программируемой смерти) в опухолевых клетках.

На правах рекламы



С юбилеем, родильный дом №2!

На протяжении 20 лет в последнее воскресенье ноября в России отмечают праздник - День Матери. В этом году в Алтайском крае этому дню предшествует еще одна важная дата: 80-летний юбилей одного из старейших родовспомогательных учреждений нашего края - КГБУЗ «Родильный дом №2, г.Барнаул», в котором на свет появились тысячи малышей, а тысячи женщин обрели счастье материнства.

Центральный родильный дом, это его первое название, был открыт в Барнауле в далеком 1938 году. Штаты 100-коечного родильного дома тогда состояли из 77 человек: 8 врачей-акушеров-гинекологов, два врача-педиатра, 18 акушерок, 12 медсестер, 33 санитарки. Эти люди оказывали помощь более 5000 роженицам в год. Первые сотрудники родильного дома пережили самые тяжелые военные и послевоенные годы, оказывали помощь жителям города и края не только в стенах учреждения, но и за его пределами. В годы войны многие работники родильного дома ушли на фронт, другие продолжали выполнять свой медицинский долг в тылу. В мир-

ное время сотрудники родильного дома часто оказывали помощь при вспышках эпидемий и в отрядах гражданской обороны. В 50-е годы летали с санавиацией в отдаленные районы края помогать сельским врачам справиться с тяжелыми, часто запущенными акушерскими ситуациями, общими усилиями спасали жизни беременных женщин и родильниц.

Первые главные врачи родильного дома - **Софья Николаевна ГОРБУНОВА**, **Ефросинья Ивановна ЗЕМЕЛЬ**, **Полина Финогеновна КАЛИНКИНА**, **Людмила Николаевна ЯДОВИСТ**, **Айказат Хантырович ДЕЛАКЯН** - заложили основу будущих успехов, пра-

вильного направления развития «детско-взрослого учреждения». Весомый вклад в организацию работы и формированию работоспособного, высококвалифицированного, ответственного коллектива, в укрепление материально-технической базы роддома внесли **Фрида Моисеевна ГАРТ**, 27 лет возглавлявшая роддом, и **Ольга Евгеньевна СТРОГОНОВА**, которая была главным врачом 22 года. Они привлекали к работе лучших специалистов, настоящих профессионалов своего дела, способных оказывать помощь матери и ребенку.

Родильный дом №2 Барнаула стал первой клинической акушерской базой кафедры акушерства и гинекологии Алтайского медицинского института (с 1995 года - университета), которой является и по настоящее время. Врачи родильного дома стали первыми преподавателями кафедры, вместе с другими преподавателями, имеющими богатый профессиональный опыт, они передавали свои знания и умения молодым врачам. Многие работающие сегодня врачи-акушеры-гинекологи Алтайского края и других городов России и зарубежья свой первый клинический опыт получили именно в стенах этого родильного дома. Роддом и кафедра всегда шли дружно «нога в ногу», разумно совмещая науку и практику, что позволило заложить в учреждении серьезные профессиональные традиции, основанные на принципах классического акушерства, сформировать костяк талантливых, компетентных специалистов, настоящих энтузиастов своего дела.

Сегодня КГБУЗ «Родильный дом №2, г.Барнаул» - это современное, хорошо оснащенное многопрофильное медицинское объединение, включающее в



Школа ответственного родительства

себя амбулаторное и стационарное звенья акушерско-гинекологической службы для оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным детям.

Отделения патологии беременности малых (50 коек) и больших (60 коек) сроков специализированы на оказание помощи в осложнениях беременности в любом сроке гестации, в том числе и женщинам с экстрагенитальной патологией, опыт работы с которыми у роддома более 50 лет. В отделениях кроме акушерско-гинекологической помощи пациентки имеют возможность получить консультативную помощь врачей узких специальностей: терапевта, окулиста, уролога, эндокринолога и других.

Родильное отделение с операционным блоком на две операционные и 5 индивидуальных залов оснащено современным оборудованием. Отделение работает по международной программе «Мать и дитя» по системе РОУС (роды, ориентированные на участие семьи).

Физиологическое акушерское послеродовое отделение (50 коек) работает в системе совместного пребывания матери и ребенка. Созданы условия для исключительно грудного вскармливания. Используемые современные технологии ведения женщин в послеродовом периоде позволили значительно снизить процент субинволюций матки, ликвидировать лактостазы, повысить процент ранней выписки матери и ребенка домой.

Индивидуальный подход к каждому ребенку - основной принцип работы **отделения новорожденных (50 коек) и отделения реанимации новорожденных**, которое полностью оснащено реанимационными комплексами, аппаратами ИВЛ и СРАР, современными инкубаторами для создания необходимых условий выхаживания детей с низкой и экстремально низкой массой тела. Высокая квалификация врачей-неонатологов, на-



личие современной аппаратуры, использование новых технологий (проведение нейросонографии с доплерометрией, эхографического исследования внутренних органов, ЭХО-КГ плода и новорожденного, рентгендиагностики, фототерапии) позволяют в кратчайшие сроки провести максимально возможную диагностику состояния ребенка и оказать при необходимости лечебную помощь.

В **отделении анестезиологии-реанимации для взрослых**, где наблюдаются женщины в первые сутки послеоперационного периода, проводится лечение беременных и родильниц с тяжелыми осложнениями беременности и послеродового периода, экстрагенитальной патологией с угрозой нарушения витальных функций организма. Сотрудниками отделения внедрена и успешно используется проводниковая анестезия при операции кесарево сечение, обезболивании родов и лечении дискоординированной родовой деятельности.

В 2018, юбилейном, году **родильный дом успешно прошел лицензирование на оказание высокотехнологичной помощи, требующей малоинвазивных органосохраняющих хирургических методов лечения, и ус-**

пешно внедряет новые технологии в жизнь.

Большой вклад в общее дело - «здоровая мать и здоровый ребенок» - вносят:

- **отделение функциональной диагностики**, где осуществляются эхографическое и доплерометрическое исследования фетоплацентарного комплекса; кардиоинтервалография, нейросоноскопия с цветным доплеровским коарктированием сосудов головного мозга новорожденных; исследование внутренних органов беременных, рожениц, родильниц и новорожденных; ведется городская прием по антенатальной эхокардиографии и доплерометрии;

- **физиотерапевтическое и лабораторное отделения**, где проводятся все необходимые клинические, биохимические, иммунологические и гемостазиологические исследования;

- активно функционирует **рентгенологический кабинет**, где осуществляется рентген-диагностика взрослых и новорожденных при помощи рентген-установки «СпектрАП».

Амбулаторная служба объединения включает в себя *городской центр планирования семьи и репродукции*, где ведут прием высококвалифицированные специалисты в области



«Ассоциация акушеров-гинекологов» Алтайского края

нарушений менструальной функции и патологии эндометрия, проблем бесплодия в браке, невынашивания беременности, урологии, андрологии, детской гинекологии, контрацепции, планирования семьи и психотерапии. Здесь осуществляется диспансерный учет женщин с проблемной беременностью. *Женская консультация №2* оказывает услуги по планированию семьи и охране репродуктивного здоровья, а также по лечению гинекологических заболеваний детского и подросткового возраста. Осуществляется специализированная помощь при доброкачественных заболеваниях молочных желез, проводится консультирование по прегравидарной подготовке, вопросам планирования семьи, в том числе и женщинам с различной экстрагенитальной патологией. На базе консультации функционирует психокоррекционный кабинет и оказывается медико-психологическая и социальная помощь беременным, оказавшимся в трудной жизненной ситуации.

Ежегодно в родильном доме рождается более 3500 детей. Пациенткой может стать любая женщина, проживающая не только в Российской Федерации, но и за ее пределами. За годы работы в стенах роддома №2 рожали испанки, француженки, итальянки, пациентки из ближнего за-

рубежья. **Главное для сотрудников - душевное отношение к каждому. В помощи никому не отказывается.** Идеальный вариант - когда женщина планирует и наблюдается во время беременности в амбулаторных подразделениях объединения, а затем приходит в родильный дом на роды. **Преимуществом между амбулаторным и стационарным звеном** - еще один приоритет объединения КГБУЗ «Родильный дом №2, г.Барнаул». Такая система работы отлажена и позволяет получить хорошие результаты.

За последние десятилетия при высокой эффективности работы койки показатели перинатальной смертности составляют 1,7%, ранней неонатальной - 0,9%, что соответствует европейскому уровню.

За европейскими показателями стоит ежедневный труд уникального кадрового состава КГБУЗ «Родильный дом №2, г.Барнаул». Главный врач - **Людмила Петровна АНАНЬИНА**, заслуженный врач РФ, депутат Барнаульской городской Думы, гармонично сочетает в себе профессионализм врача-акушера-гинеколога и менеджера, владеет знаниями по юриспруденции и экономике. Мудрость и дальновидность руководителя в сочетании со слаженным высокопрофессиональным коллективом позволили учреж-

дению быть передовым в крае, по всем позициям отвечать требованиям современной акушерской практики. Клинический опыт и мастерство персонала, современное оборудование экспертного класса позволяют быстро, в стенах объединения, провести углубленное обследование женщин и детей, более точно поставить диагноз и скорректировать терапию осложненного течения беременности и послеродового периода, патологических состояний у новорожденного. **Профессионализм, душевная теплота, индивидуальный подход к каждому пациенту, к женщине и её ребенку - визитная карточка роддома.**

Еще один отличительный признак учреждения - **преимущество в работе, ежедневная передача опыта ветеранов молодому поколению.** В коллективе сохраняется паритетное соотношение между работающими врачами со стажем и молодыми. Каждый год коллектив пополняется новыми кадрами.

КГБУЗ «Родильный дом №2, г.Барнаул» не останавливается на достигнутом уровне. Сохраняя традиции, коллектив роддома уверенно идет вперед, постоянно совершенствуя формы и методы своей работы, оперативно внедряя самые современные алгоритмы и технологии.

В этот праздничный день всем сотрудникам КГБУЗ «Родильный дом №2, г.Барнаул» хочу пожелать здоровья, благополучия, счастья и большой удачи! Пусть ваша дальнейшая работа на благо здоровья жителей Алтайского края будет успешной и плодотворной! Пусть еще больше детей увидят свет в стенах родильного дома с большой и светлой историей! ☺

Светлана Дмитриевна ЯВОРСКАЯ, доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры акушерства и гинекологии с курсом ДПО АГМУ, президент «Ассоциации акушеров-гинекологов» Алтайского края, член Редакционного совета журнала



В вопросах профилактики болезней важно работать на опережение

Продолжая разговор о реализации приоритетного регионального проекта в сфере здравоохранения «Мужское здоровье», нашим собеседником стал Роман Тофикович АЛИЕВ, руководитель Центра медицинского урологического «Академия мужского здоровья» КГБУЗ «Краевая клиническая больница», врач-уролог-андролог, доктор медицинских наук, профессор кафедры урологии и андрологии с курсами специализированной хирургии АГМУ.

- Верно ли, что одна из целей деятельности нового центра, - это обучение, информирование по данной теме населения края?

- Это так. Наш регион - единственный в России, где достигнуто объединение усилий нескольких врачебных специальностей, занимающихся вопросами мужского здоровья: детской урологии-андрологии, урологии (основная специальность по охране мужского здоровья), онкологической службы. На этих «трех китах» в Алтайском крае и формируется новое структурное подразделение краевой клинической больницы - **Центр медицинский урологический «Академия мужского здоровья»**. Автор названия - врио заместителя министра здравоохранения региона **Сергей Викторович Насонов**. Считаю, что название, новаторская структура и подход к ее реализации объединяют все направления деятельности и медицинские аспекты мужского здоровья. Мы, врачи-профессионалы, должны заниматься здоровьем в целом, а применительно к нашей специальности урологии (андрологии) - **репродуктивным здоровьем** с позиции мужского фактора бесплодия, лечением всего спектра воспалительных заболеваний простаты и придаточных половых желез, реабилитацией урологических и андрологических больных и т.д. Важно и то, что это должно происходить с приме-

нением самых современных медицинских технологий.

Одна из основных задач ЦМУ «Академия мужского здоровья» - **раннее выявление заболеваний предстательной железы**, которыми, согласно статистике, страдает каждый третий мужчина в возрасте старше 60 лет. Это серьезные цифры. Если раньше мужчины просто не доживали до данной возрастной категории, то с увеличением продолжительности жизни они неминуемо рано или поздно обратятся к врачам-урологам для диагностики и лечения того или иного заболевания предстательной железы и (самое главное!) исключения развития онкологических процессов.

Мы намерены выстраивать **«медицину на опережение»** - не дожидаться, когда мужчина столкнется с определенной проблемой. Например, выявление полного отсутствия сперматозоидов как следствие перенесенного в юношеском возрасте заболевания. Или же: мужчина старшей возрастной группы сталкивается с острой задержкой мочеиспускания - вполне ожидаемый возрастной факт. Поэтому мы должны вовремя спрогнозировать состояние здоровья мужчины, обследовать и донести до него необходимую информацию о методах профилактики потенциальной проблемы.

В рамках задач, поставленных перед специалистами, занимающихся вопросами мужского здоровья, мы стараемся окружить заботой и



обеспечить профессиональным уроандрологическим обследованием каждого мужчину любого возраста. **Важнейшая задача современной медицины - донесение информации о профилактике уроандрологических заболеваний до каждого заинтересованного лица:** родителей мальчика, самого мужчины - будущего отца, мужчины в пред- и пенсионном возрасте, идущего на плановое диспансерное обследование. Врачам известно, с какими проблемами здоровья мужчина на разных жизненных этапах может столкнуться. И о них мы должны информировать с помощью медосмотров, привлечения СМИ и профессиональных медицинских сообществ, обучения среднего медперсонала, врачей общей практики и смежных специальностей. Поэтому одна из главных задач Академии - это **специализированная подготовка терапевтов и прежде всего урологов**. Для этого была реформирована и восстановлена кафедра урологии, андрологии с курсами специализированной хирургии в АГМУ. В этом году региональным министерством здра-



воохранения выделены и профинансированы дополнительные места в ординатуре по урологии и детской урологии-андрологии. Ведь без создания кадрового потенциала в медицинских организациях Алтайского края, без обучения и внедрения новых технологий в уроандрологии программа «Мужское здоровье» будет обречена.

Еще одна важная наша задача - **максимальный охват анкетами мужского населения края**. Учитывая низкую плотность населения, значительные расстояния между населенными пунктами, медицинскими организациями разного технологического уровня, обойтись без внедрения современных информационных и медицинских технологий практически невозможно. Поэтому сейчас идет разработка электронных анкет «Мужское здоровье», медицинского информационно-аналитического комплекса «Урология и андрология» для ЦМУ и его адаптация к уже действующей и отлаженной информационной и телемедицинской системе краевой клинической больницы для повышения эффективности работы врачей и средних медработников в рамках проекта «Мужское здоровье».

Совместно с региональным отделением Общероссийского народного фронта мы инициировали **объявление Года отца в России**, передали соответствующее обращение в Центральный аппарат ОНФ. Наш посыл направлен на максимальное привлечение внимания общества к папам и дедушкам, к их здоровью, продолжительности и качеству их жизни, мужскому фактору в рождении и воспитании ребенка, росту значимости и ответственности отца как неотъемлемой гендерной единицы семьи. Главное предназначение мужчины - забота о семье. Но и сам он не должен оставаться один на один со своими проблемами психологического и соматического здоровья, которые отражаются на жизни всей семьи и могут привести к потере взаимопонимания, гармонии, лидерских позиций в семье, а также трудоспособности мужчины.

Мы уже приступили к анкетированию и опросам мужчин разных возрастных групп на предприятиях и в медорганизациях Алтайского края. При анализе ответов выделена триада проблем, которая тесно взаимосвязана: проблема с потенцией (эректильная дисфункция), расстройство мочеиспускания (аденома простаты) и кли-



нические проявления мужского старения (возрастное снижение тестостерона, андрогенодефицит).

В анкете подобраны вопросы, выясняющие состояние его умственной и физической работоспособности, сексуальной активности и полового влечения, а также некоторые психологические аспекты возрастного старения мужского организма. Мы уже видим, что мужчины разных возрастных групп по-разному реагируют на заполнение анкеты. Если молодое поколение более открыто и спокойно отвечает на вопросы, то более старшему непросто поставить галочку в опроснике, тем самым признавая, что он уже не живет половой жизнью. Поэтому мы пришли к выводу, что необходимо создавать более удобные и индивидуальные условия для заполнения анкет, защищающие персональные данные, и на начальном этапе, возможно, без участия медработника.

Сейчас в медицинском сообществе предлагают организовывать андрологические приемы в существующих перинатальных центрах, центрах репродукции и даже в женских консультациях. Но это неправильно. Почему? У мужчин всех возрастных групп могут существовать не только проблемы с репродуктивной системой, но и другие заболевания, в том числе онкологические (рак простаты), влияющие на продолжительность и качество его жизни. Мужчина требует аккуратного и бережного отношения, без которого ему трудно раскрыться, рассказать о себе откровенно. Ведь он обращает внимание даже на пол принимающего вра-

Другой важный совместный шаг с акушерами-гинекологами и новая задача перед детской урологией-андрологией - работа с беременной женщиной, ожидающей рождения сына. Сначала беседуем с будущей мамой, проводим стандартное обследование, анкетирование, а при выписке из родильного дома она получает памятку о том, какие патологии, связанные с обсуждаемой тематикой, и в какие периоды жизни могут возникнуть у её мальчика.



Замечу, что приверженность мужчин к обследованию и лечению можно значительно повысить, если убедить каждого врача-терапевта и других медицинских специалистов отправлять мужчину пройти анкетирование (скоро это будет доступно онлайн или в кабинетах мужского здоровья медицинских организациях Алтайского края) и сдавать специфические урологические анализы (ПСА, тестостерон) в определённых возрастных группах, даже если у мужчины нет жалоб.

Если говорить о мужском бесплодии, то несколько десятков лет назад причиной диагностированного бесплодия в парах являлся мужчина только в 7% случаев, то сейчас это число возросло до 40-50%. Во всем мире к врачам с проблемой бесплодия обращаются 47 человек на 100000 населения.

Можно выделить основные из внешних причин, которые не относятся к врожденным заболеваниям или иммунологической несовместимости партнеров, но которые влияют на мужскую фертильность:

- *психологический фактор*: нужно учиться справляться с возникающими стрессами и волнениями, которыми полна наша современная жизнь;

- *злоупотребление* табаком, алкоголем, наркотическими веществами;

- *чрезмерное перенапряжение организма*: излишние физические нагрузки, сильные перегрев или переохлаждение организма и т.д.;

- *перенесенные в прошлом курсы химиотерапии, гормональное вмешательство.*

ча: анализ анкет доказывает, что больше на откровенность респондента при опросе и заполнении анкет могут рассчитывать именно врачи-мужчины. Мужчина также требует быстрого и динамического обследования своего здоровья, значит, возрастают и требования к организации приема врача-уролога-андролога («у мужчин очень мало времени на себя!»): он должен прийти в одну медицинскую организацию и получить весь спектр диагностических, лабораторных исследований, а также специальные амбулаторные андрологические и физиотерапевтические процедуры.

Медицинские акции по мужскому здоровью, проходившие в Алтайском краевом онкодиспансере, показали: 30% мужчин привели на осмотр женщины, которые максимально заинтересованы в медицинском обследовании своих вторых половин. В то же время мы заметили, что на определенном возрастном этапе жизни (около 50 лет) **мужчина готов отвечать сам за себя**: он старается выяснить, в каком состоянии его мужское здоровье, какие существуют риски, ищет оптимальное для себя решение по сохранению здоровья и продлению жизни. Итоги такой целенаправленной медицинской профилактики и информационной работы: мужчины охотнее стали идти к врачам со своими проблемами.

- Расскажите о высокотехнологичной операции, выполненной вами в июне этого года молодому человеку при диагностированном бесплодии.

- У 24-летнего мужчины отсутствовали живые репродуктивные клетки (сперматозоиды). Диагноз «бесплодие» тяжелой формы ему был поставлен около года назад. То есть фактически он не имел шансов для естественного зачатия ребенка. Проведенное консервативное лечение не привело к положительному результату, поэтому, как последняя надежда, была предложена операция. В ходе высокотехнологичной микрохирургической операции мы смогли получить у пациента жизнеспособные сперматозоиды - непосредственно из яичка и его придатка. Всё прошло успешно, и через пять дней мужчина был выписан. Полученный репродуктивный материал проанализирован, обработан врачом-эмбриологом и перспективные половые клетки были подвергнуты криоконсервации для последующего использования при проведении процедуры ЭКО супруге пациента.

- Подобные операции в нашем регионе не проводились ранее?

- Подобные высокотехнологичные операции в настоящий момент можно проводить в Алтайском крае только в одном лечебном учреждении - в краевой клинической больнице. Они требуют соответствующего микрохирургического и оптического оборудования, криокамера, слаженного медицинского врачебного взаимодействия и строгого соблюдения медицинских репродуктивных технологий. Это стало возможно только после старта на Алтае ПРП «Мужское здоровье».

- Что делается для того, чтобы доступность медицинской помощи и сельчанам, и горожанам была на равном уровне?

- Не случайно было принято решение о расположении Центра медицинского урологического «Академия мужского здоровья» на базе краевой клинической больницы. Именно здесь - современное медицинское оборудование, врачи высочайшей квалификации, вся мощь организационно-методической работы медицины края. Но это - «сердце» проекта, а его «сосуды» и «капилляры» - современные информационные и медицинские технологии в арсенале наших врачей, которые будут распространены на всей территории Алтайского края. Мы только в начале пути, сейчас решаем организационные вопросы взаимодействия, маршрутизации ЦМУ «Академия мужского здоровья» и медицинских организаций в городах и районах края.



Благодаря инициативе и отлаженной работе онкологической службы, до старта проекта в ряде медико-территориальных зон Алтайского края уже созданы мужские смотровые кабинеты (на сегодня функционируют 16 кабинетов). Их необходимо модернизировать, оснастить компьютерной и специальной медицинской техникой, дополнить прием пациентов фельдшерами, средними медработниками электронным анкетированием с элементами дистанционной диагностики для раннего выявления уроandroлогической патологии у жителей самых удаленных районов края. По плану-графику ПРП «Мужское здоровье» и расчетам министерства здравоохранения за три года мы должны открыть и дооснастить 72 кабинета мужского здоровья. Сейчас разрабатываются диагностические информационно-аналитические программы, которые в этих кабинетах будут использоваться для дистанционного сбора медицинской информации о пациенте с помощью анкет и проведения более углубленного медицинского обследования.

Задача нашего Центра, поставленная министерством здравоохранения региона, - **повышение доступности и эффективности диагностики и лечения пациентов с мужским бесплодием**, а также **оказание этой помощи в рамках ОМС**, то есть бесплатно для пациента. Сегодня около 90% мужчин обследуются и лечатся платно в негосударственных клиниках. Поэтому сложно представить общую картину и по заболеваемости мужским бесплодием, и по эффективности проводимого лечения.

Вся научная и методическая основа модели организации ЦМУ «Академия мужского здоровья» была заложена в 2006 году в барнаульской городской больнице №11 и на кафедре урологии и нефрологии АГМУ (заведующий кафедрой д.м.н, профессор А.И. Неймарк). В 2012 году я защитил по данному научному направлению докторскую диссертацию «Клинико-организационные технологии диагностики и лечения андрологических заболеваний на региональном уровне». Таким образом, методически модель была прорисована более 12 лет назад. Но сейчас очевидно: ее реализация более сложна, чем это оценивалось первоначально. Огромную и бесценную организационную помощь оказывает министерство здравоохранения Алтайского края, постоянно контролируя и внося

Задачи с учетом региональной специфики по улучшению демографической ситуации (мужской фактор) в субъекте РФ

1. Разработка пакета медицинских материалов по диагностике и лечению мужского бесплодия.
2. Утверждение специальности «андрология» субспециальности «урология».
3. Разработка и реализация программ подготовки и переподготовки врачей-андрологов.
4. Создание «Центров мужского репродуктивного здоровья».
5. Разработка и внедрение автоматизированных информационных систем «Паспорт репродуктивного здоровья», «Регистр репродуктивного здоровья мужчины».
6. Организация этапной системы охраны репродуктивного здоровья по диспансерному принципу с приоритетом репродуктивной медицины.
7. Решение социальных, образовательных задач по формированию культуры здоровья, традиционных семейных ценностей, позитивного образа многодетной семьи; формированию общественного мнения, предполагающего ответственное решение мужчины к собственному здоровью и подготовке к отцовству.

коррективы в практическую реализацию ПРП «Мужское здоровье», объединяя многие врачебные специальности, которые занимаются мужским здоровьем.

- Какие можно дать рекомендации по сохранению своего здоровья нашим мужчинам?

- Во-первых, не заниматься самолечением и не слушать рекламу про «волшебные таблетки» и «медицинские аппараты от всех болезней». Во-вторых, мужчинам при любом дискомфорте или ухудшении состояния со стороны мочевого пузыря и половой системы следует обращаться к специалистам урологам (андрологам). В-третьих, возьмите за правило проходить профилактические осмотры и соответствующие возрасту обследования. Врач-андролог знает, с какими медицинскими рисками может столкнуться мужчина на своем жизненном пути, и может помочь их избежать. Связка «врач - пациент» - очень значима для роста продолжительности жизни любого мужчины, определения оптимальной модели взаимодействия на последующие годы. И главное: **в каждом клиническом случае важно работать на опережение**, не дожидаться проявления заболевания, знать, что мужчина с ним обязательно столкнется в определенном возрасте - и заранее на это отреагировать: расписать персонализированную, диагностическую, профилактическую и лечебную программы. ☺

На базе поликлиники краевой клинической больницы врач-уролог-андролог ведет бесплатный прием мужского населения Алтайского края.





Косоглазие - не только косметическая проблема



Юрий Григорьевич ХМАРА,
заслуженный врач РФ,
врач-офтальмолог, высшая
квалификационная
категория,
микрохирургическое
отделение №2,
КГБУЗ «Краевая
офтальмологическая
больница»

Косоглазие встречается достаточно часто. И в любом возрасте это - неприятная патология, которую необходимо исправить: и с точки зрения медицины, и с точки зрения эстетики.

Хотя в подавляющем большинстве случаев заболеванию подвержены дети, взрослые также не ограждены от него. В моей практике был случай, когда за помощью обратилась девушка накануне свадьбы. Ей, конечно, помогли. Но всё же лечение косоглазия должно носить плановый характер, и оно в большинстве случаев требует длительной работы врача и пациента, а в случае детей - еще и родителей.

К сожалению, сейчас не ведется статистика этой группы заболеваний. Более того - нет как таковой профессии «детский офтальмолог»: было решено, что глаза ребенка и глаза взрослого должны лечить одни и те же специалисты. Но возникающие проблемы у ребятишек и у взрослых - совсем разные. Считаю, что требовалось бы бережнее отнестись к опыту, накопленному предыдущими поколениями врачей-офтальмологов.

Ранее в Советском Союзе были специализированные детские сады, группы, куда ходили дети, имеющие проблемы с органами зрения. Сегодня такие группы сохранены, но, к сожалению, обслуживающий персонал не имеет специальной подготовки. Ушло в прошлое и время, когда для лечения детей с патологией зрения в крае функционировало 200 коек. Теперь их осталось только 30. Почему-то при выстраивании нормативов наш регион, как и другие, расположенные за Уралом, сравнивают с Московской областью и Москвой. С этим трудно согласиться - хотя бы потому, что мы имеем разную транспортную развязку. На Алтае из дальних районов проблематично добраться до Барнаула. Между тем, то же косоглазие за один раз не исправишь, нужно годами совместно работать, чтобы добиться существенного результата.

Косоглазие обычно диагностируется у ребенка в годовалом возрасте. Это дефект, связанный с несогласо-

ванной деятельностью одной или нескольких глазных мышц, отвечающих за движение глазного яблока. Если в норме глаза фокусируются на определенной точке, и в мозг поступает картинка с каждого глаза, то при косоглазии в результате мышечной слабости один глаз отклоняется от этой точки, и изображение, получаемое от одного глаза, не соответствует изображению, получаемому с другого. Из-за этого нервная система исключает картинку, полученную от косящего глаза, - объемного образа в мозге не создается. **В результате человек видит плоское изображение, а глаз, который косит, почти не участвует в зрительном процессе, он просто перестает трудиться.** Из-за этого со временем развивается амблиопия, или ленивая близорукость, синдром «ленивого глаза».

При врожденном косоглазии с большой гарантией помогает оперативное лечение. Но врожденное в чистом виде косоглазие встречается в единичных случаях. Если косоглазие развивается в первые полгода жизни, оно называется врожденным. Его причинами становятся **генетические нарушения**, например синдром Крузона и синдром Дауна; наследственность - в этом случае косоглазие диагностируется и у родственников первой и второй линий; **врожденные дефекты глаз; ДЦП.** Часто косоглазие появляется **в результате последствий недоношенности, воздействий на плод различных лекарств и наркотиков**, а если мама во время беременности перенесла **инфекционные заболевания** (корь, цитомегаловирус, ОРВИ и некоторые другие) - это также может спровоцировать у ребенка развитие косоглазия.

Приобретенное косоглазие, выявленное в возрасте ребятишек от года до двух лет, как правило, **связано с дальнорукостью.** Поэтому для всех



Зрение - окно в мир

детей годовалого возраста необходим осмотр врача-офтальмолога с обязательным выстраиванием прогноза того, как изменится зрение ребенка в дальнейшем. К примеру, если у глаза нет так называемого запаса дальности, это может привести к развитию близорукости. В таких случаях врач обязательно советует родителям: будьте осторожны, не давайте мелкие предметы, чтобы у ребенка не возникла необходимость поднести их близко к глазам для разглядывания, - это стимулирует развитие близорукости. Мы рекомендуем во всем **соблюдать разумный режим**: ребенок может смотреть десять минут мультфильмы, но потом столько же времени он должен активно двигаться, играть, и только после этого может вновь вернуться к экрану. Только так удастся избежать переутомления глаз.

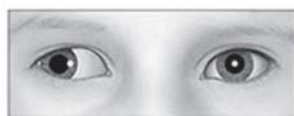
Если у ребенка в годовалом возрасте выявляется дальность до 5 диоптрий, в дальнейшем это может вызвать развитие сходящегося косоглазия. Родителей приходится убеждать в том, что уже с этого возраста **ребенку нужно носить очки для предупреждения патологического процесса**. Но родители не всегда понимают важность этой рекомендации: часто на следующий визит к офтальмологу ребенок попадает с уже развившимся косоглазием.

Нередко современные родители форсируют развитие детей: уже в двух-, трехлетнем возрасте учат с ребенком алфавит, занимаются лепкой, рисованием. С точки зрения врача, - это всё неоправданная нагрузка на глаза ребенка, к которой он не готов в этом возрасте.

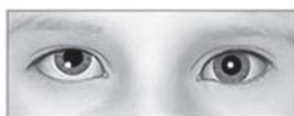
Может казаться, что для восстановления нормальной работы глазных мышц достаточно провести операцию. На деле всё сложнее. В формировании зрительной картинка задействован мозг человека. **Если не уделить достаточно внимания реабилитации, через некоторое время косоглазие вернется.** Почему? При возникновении косоглазия обязательно формируется раздвоение объекта, так как зрительные оси теряют параллельность. Возникает так называемая «диплопия». С диплопией жить невозможно, поэтому на выручку приходит мозг. Он выключает изобра-



Сходящееся косоглазие



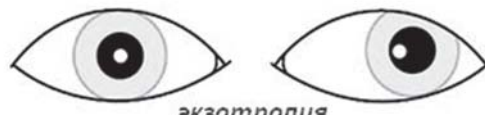
Расходящееся косоглазие



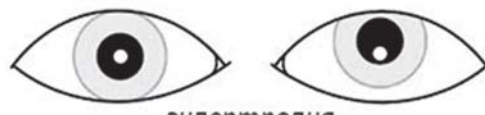
Вертикальное косоглазие



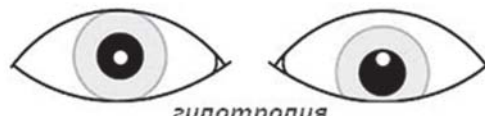
эзотропия



экзотропия



гипертропия



гипотропия

жение, получаемое косящим глазом. Складывается ситуация, когда центр одного глаза не может работать с центром другого. Напротив, центр одного глаза начинает работать с периферией другого и возникает АКС (анормальная корреспонденция). И если эта анормальная корреспонденция сетчатки сформировалась, ее очень трудно разрушить. Поэтому при косоглазии **мы заклеиваем один глаз ребенка специальным пластырем или закрываем повязкой. И так ребенок должен ходить длительный период**: у одних пациентов он растягивается на год, другие заклеивку носят пять лет. Да, может случиться и такое, что это не поможет. Можно хирургически скорректировать косоглазие за 2-3 операции, а можно - за 12. **Лечение каждого ребенка индивидуально.** Для разрушения АКС нам необходимо убрать контроль мозга. Объясняем родителям, что нужно следить за тем, чтобы ребенок не снимал заклеивку, так как он ни минуты не должен смотреть двумя глазами, иначе вся предыдущая работа окажется напрасной. Ведь нормальную корреспонденцию сетчатки ребенок просто забыл: он с годовалого возраста ею не пользовался - вот причина трудностей. У офтальмологов есть правило: сколько лет ребенок не пользовался нормальной корреспонденцией, столько он должен ходить с заклеивкой для устранения дефекта зрения.

Нередко современные родители форсируют развитие детей: уже в двух-, трехлетнем возрасте учат с ребенком алфавит, занимаются лепкой, рисованием. С точки зрения врача, - это всё неоправданная нагрузка на глаза ребенка, к которой он не готов в этом возрасте.



▶ Причина другого косоглазия - в разном зрении: один глаз, например, +1, а другой - +5 диоптрий. Из-за такой разницы второй глаз, которым сложнее смотреть, «ушел» к носу - и поэтому не работает, поскольку мозг его полностью отключает, чтобы не было двоения. Как восстановить функцию, если такое противоречие? Приходится полностью корригировать аметропию, уравнивать функциональные возможности глаз и затем заставить его работать, так как только полная коррекция ситуации не изменит, глаз - амблиотичный. Для этого нужно закрыть тот, который видит лучше. Для ребенка это шок, это очень сложно выполнить. Есть родители, которые не выдерживают, нарушают рекомендации врача. Им врач разъясняет, что лечение важно провести до школы, что потом уже слепоту исправить нельзя, а косоглазие сейчас - можно и нужно. Обязательно соблюдение режима: 14 дней ходим с закрытым хорошим глазом, 15й день - плохим и т.д. И это очень важно, чтобы вовремя исправить косоглазие и восстановить зрение.

Лечение проводится поэтапно: сначала восстанавливаем зрение, потом разрушаем аномальную корреспонденцию и стимулируем восстановление нормальной. Поэтому важно понимание родителей такой системной работы. К сожалению, нередко они настаивают на оперативном лечении как первом этапе - и получают возвращение косоглазия через некоторое время, когда ребенок уже стал старше и помочь ему сложнее.

Получается, что простота диагностики косоглазия (ведь оно как бы видно всем) - обманчива. Действительно, косоглазие можно диагностировать фактически самостоятельно, без помощи специалиста. Но что происходит в мозговых центрах ребенка, многих даже не интересует. Врачу на приеме говорят просто: поставьте глаза прямо.

Выделяется много видов косоглазия: расходящееся, истинное, послеоперационное и т.д. Скрытое косоглазие имеется у большинства людей - у порядка 65-70%. Оно видно только тогда, когда человек перестает смот-



реть двумя глазами: только закрыл глаза - один из них ушел в сторону, открыл второй глаз - первый вернулся в нормальное состояние. Чем опасен такой вид косоглазия? Он может стимулировать развитие близорукости, потому что мышцы, удерживающие глаза в симметричном положении, всегда перенапряжены, особенно при работе вблизи.

Причиной косоглазия становится также **паралич косых мышц**. Его причины могут крыться в проблемах, полученных во время внутриутробного развития, или в заболеваниях, перенесенных после рождения. Зачастую он сопровождается ДЦП. Этот вид косоглазия сложно определить на начальной стадии. Требуется не менее сложная работа для его исправления, как правило, оперативным путем. Но в этих случаях аномальная корреспонденция зрения не развивается.

Стоит заметить, что **до 3-4 лет хирургическими методами косоглазие не исправляют**. Необходимо дождаться, когда сформируется бинокулярное зрение, то есть способность ребенка видеть изображение предмета обоими глазами. В более раннем возрасте хирургическое вмешательство возможно, только если имеется врожденное косоглазие со значительным углом отклонения. Проводит такие операции офтальмолог-хирург. После операции лечение должно быть продолжено, чтобы восстановить и укрепить бинокулярное зрение ребенка. ☺

Простота диагностики косоглазия (ведь оно как бы видно всем) - обманчива.

Действительно, косоглазие можно диагностировать фактически самостоятельно, без помощи специалиста. Но что происходит в мозговых центрах ребенка, многих даже не интересует.



Важность исследования липидного статуса

Липидограмма (липидный профиль, липидный статус) - это комплексное исследование, определяющее уровень жиров различных фракций крови.

Данное исследование позволяет обнаружить нарушение липидного обмена и оценить риск развития сердечно-сосудистых заболеваний у пациента. Повышенное содержание холестерина в крови и локальные воспалительные изменения сосудистой стенки повышают риск утолщения и уплотнения стенки артерий с последующими нарушениями местного кровообращения. Атеросклеротическое поражение сосудов увеличивает вероятность возникновения инфаркта миокарда, инсульта, патологии почек.

Нередко у пациента выявляется склонность к развитию атеросклероза даже при нормальных уровнях общего холестерина.

В исследовании липидного профиля венозной крови помимо общего холестерина, рассматриваются триглицериды, липиды высокой, низкой и очень низкой плотности.

Показатели

Холестерин является важным органическим веществом. Он синтезируется главным образом печенью (эндогенный холестерин), а также частично поступает в организм с пищей (экзогенный холестерин). Холестерин формирует клеточные мембраны и принимает участие в синтезе желчных кислот, которые обеспечивают всасывание питательных веществ из кишечника.

Лipoproteины высокой плотности (ЛПВП) удаляют избыток свободного холестерина, накопившегося в периферических клетках. Они транспортируют холестерин в печень. ЛПВП являются антиатерогенными факторами, препятствующими образованию атеросклеротической бляшки в сосуде.

Лipoproteины низкой плотности (ЛПНП) на 60-70% составляют общий холестерин крови. Они способны задерживаться в сосудистой стенке и содействовать накоплению холестерина в тканях. Даже если норма холестерина сохраняется, повышение ЛПНП свидетельствует об атерогенных свойствах липидов крови.

Триглицериды представляют собой соединение эфиров жирных кислот и глицерина и являются главным источником энергии для организма. Они поступают с пищей или ресинтезируются в печени. Повышенный уровень триглицеридов часто сочетается с сахарным диабетом, ожирением, артериальной гипертензией.

Для чего и когда

Исследование липидного статуса назначается, когда необходимо:

- ◆ оценить риск развития сердечно-сосудистых заболеваний;
- ◆ динамическое наблюдение пациентов с ишемической болезнью сердца, гипертонической болезнью, атеросклерозом сердца и сосудов, патологией почек, сахарным диабетом;
- ◆ контролировать эффективность гиполлипидемической диеты или медикаментозного лечения статинами.

А также:

- ◆ при увеличении содержания общего холестерина;
- ◆ при повышенном уровне холестерина в анамнезе;
- ◆ при отягощенном наследственном анамнезе: наличие у родственников сахарного диабета, инсульта, инфаркта миокарда, артериальной гипертензии;
- ◆ при наличии факторов, повышающих риск сердечно-сосудистых осложнений: это - возраст более 45 лет



**Марина Васильевна
ВЕСЕЛЬЕВА,**

фельдшер-лаборант
клинико-диагностической
лаборатории,
КГБУЗ «Городская
поликлиника №3,
г.Барнаул»,
член ПАСМР с 2009 года



◀ для мужчин и 55 лет для женщин, курение, избыточный вес, нарушения углеводного обмена, повышенное артериальное давление.

Будьте внимательны!

Существуют некоторые факторы, способные **исказать результат липидограммы** и которые нужно учитывать перед проведением этого исследования. К ним относятся:

- ▶ физические нагрузки, стресс, острая инфекция, травма;
- ▶ употребление пищи и алкоголя незадолго до сдачи анализа;
- ▶ курение перед сдачей анализа;
- ▶ длительное голодание, анорексия;
- ▶ исследование с внутривенным введением рентгеноконтрастного вещества незадолго до анализа;
- ▶ сопутствующие заболевания без адекватного лечения (патология печени, почек, эндокринные нарушения);
- ▶ беременность;
- ▶ применение некоторых лекарственных средств, влияющих на уровень общего холестерина, ЛПВП, ЛПНП: пероральных контрацептивов, фенобарбитала, статинов, инсулина, кортикостероидов и других.

Важные замечания

Исследование липидного профиля крови не должно проводиться сразу после перенесенного инфаркта миокарда и в течение трех месяцев после него.

При расшифровке липидного профиля обязательно учитываются факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний:

- ◆ возраст,
- ◆ пол,
- ◆ наследственная предрасположенность к дислипидемиям и заболеваниям сердца и сосудов,
- ◆ нарушение углеводного обмена (сахарный диабет),
- ◆ повышение артериального давления,
- ◆ ожирение,
- ◆ курение,
- ◆ употребление алкоголя,
- ◆ патология почек. ☹



Гайморит у детей. Его профилактика



**Екатерина Сергеевна
ДОРОШЕНКО,**

старшая медицинская сестра детского оториноларингологического отделения, КГБУЗ «Детская городская клиническая больница №7, г.Барнаул», член ПАСМР с 2008 года

Гайморит - это воспаление верхнечелюстных придаточных (гайморовых) пазух.

Традиционно болезнь развивается на фоне ОРЗ и ОРВИ: в пазухи через носовую полость или кровь проникают бактерии (вирусы), а пораженная иммунная система оказывается не в состоянии противостоять вражеским агентам.

В каком возрасте появляется гайморит? Гайморовы пазухи рентгенологически определяются у трехмесячного ребенка, но полного развития они достигают лишь к возрасту 4-6 лет. Поэтому у грудничков гайморита практически не бывает, **впервые его можно обнаружить в возрасте 2-3 лет.**

Окончательного развития гайморовы пазухи достигают после 14-16 лет в зависимости от индивидуальных возможностей организма подростка.

Дети дошкольного и младшего школьного возраста подвержены частым инфекциям: из-за анатомических особенностей строения носа воздух недостаточно прогревается и увлажняется, что становится причиной появления насморка. Также в этом возрасте ребенок начинает посещать детские организованные коллективы. Поэтому **пик заболеваемости гайморитом приходится на 6-7-летний возраст детей.**



Признаки и симптомы

К основным симптомам острого гайморита относятся:



Советы медицинской сестры

● **появление** на 5-7 день от начала ОРВИ **отделяемого из носа** - густого, желто-зеленого цвета - это один из первых симптомов гайморита;

● **повышенная температура** (до 38°C), **озноб** и **общая слабость**;

● **боль в области гайморовых пазух**, которая особенно усиливается при наклоне головы вниз и напряжении лицевых мышц (при улыбке, смехе). Позднее эта боль может локализоваться в разных зонах головы;

● **боль и резь в глазах**, резкое ухудшение зрения, иногда - возникновение светобоязни;

● **сниженная восприимчивость к запахам**.

При хроническом гайморите нередко добавляется сухой ночной кашель, который не поддается традиционному лечению. Его причина - наличие гноя, который вытекает из верхнечелюстных пазух по задней стороне глотки.

Гайморит - заболевание достаточно тяжелое и коварное. Так, начавшись один раз, оно может появиться впоследствии снова и мучить человека долгие годы. От этой проблемы не застрахован никто: диагностировать гайморит могут у малышей, школьников, взрослых и пожилых людей.

Поэтому, чтобы избежать болезненного воспаления и дальнейших осложнений, необходима профилактика гайморита.

Помните, что **необходимо избегать главных факторов риска возникновения этого заболевания. К ним относятся:**

- переохлаждение в холодное время года,
- промокшие ноги,
- плохое питание,
- недолеченная простуда.

Спровоцировать болезнь так же могут:

- хроническое воспаление миндалин,
- врожденное искривление носовой перегородки,
- увеличенные аденоиды.



Советы родителям

Приучите детей чаще мыть руки.

После прогулок на улице - в обязательном порядке!

Соблюдайте элементарные правила гигиены: у ребенка должны быть собственные тарелка, ложка, вилка, расческа, зубная щетка, полотенце.

Формируйте у ребенка хороший иммунитет: правильное питание, ежедневные прогулки, занятия физическими упражнениями и спортом.

Своевременное лечение очагов инфекции: кариозных зубов, вирусных инфекций.

Регулярное посещение лор-специалиста, чтобы вовремя заметить воспаление миндалин, аденоидов и другие заболевания.

Правильно одевайте ребенка: в холодные месяцы одежда должна быть многослойной, обувь - сухой и удобной (не тесной!). В обязательном порядке ношение шапочки и шарфика.

Проводите полноценное лечение насморка у ребенка: соблюдайте все рекомендации, данные вашим врачом-педиатром.

Обязательно практикуйте ежедневные прогулки по 2-3 часа: это не только оздоравливает детский организм, но и тренирует его верхние дыхательные пути.

Формируйте у детей привычку к выполнению утренней гимнастики и здоровому питанию. ☺

У грудничков гайморита практически не бывает, впервые его можно обнаружить в возрасте 2-3 лет.



Вирусный гепатит А и его профилактика



Любовь Николаевна КРЮКОВА,

помощник врача-эпидемиолога, высшая квалификационная категория, КГБУЗ «Центральная городская больница, г.Заринск», член ПАСМР с 2016 года

С 2012 года отмечается рост заболеваемости острым вирусным гепатитом А.

Вирусный гепатит А (желтуха, болезнь Боткина) - это острое инфекционное заболевание, при котором поражается печень. Источником инфекции является больной человек. Вирус от больного выделяется с фекалиями. При несоблюдении правил личной гигиены возбудитель легко попадает на окружающие предметы, пищевые продукты, в почву и воду, где способен сохраняться длительное время (до нескольких месяцев, особенно в холодное время года). Заболевание может протекать бессимптомно в среднем до месяца. Именно в этот период больные являются наиболее заразными и выделяют вирус во внешнюю среду.

Начало заболевания напоминает симптомы гриппа или острой кишечной инфекции: повышение температуры тела, слабость, недомогание, головная боль, боли в мышцах, снижение аппетита, тошнота, рвота, жидкий стул, боли в правом подреберье или в области желудка. На 3-5 день болезни появляется желтушность кожи и склер.

При первых возникших признаках заболевания необходимо обратиться к врачу!

Известны несколько путей проникновения в организм вируса:

- *попадание с водой* - заражение при употреблении воды сомнительного качества, некипячёной колодезной воды, воды из открытых водоёмов, а также при купании в заражённой воде;
- *попадание с пищей* - употребление продуктов, приготовленных в неустановленных местах, реализуемых с грубыми нарушениями требований санитарных правил;
- *при тесном контакте с больными людьми;*
- *через инфицированную посуду, игрушки, предметы обихода.*

Заразиться вирусным гепатитом А можно **в любое время года**, особенно - в летне-осенний период и период отдыха в природных условиях, на дачах, где порой отмечается дефицит воды. При анализе заболеваемости прошлых лет установлено, чаще всего заражение вирусным гепатитом А происходит в дороге, где отсутствуют условия для мытья рук, а также у лиц, работающих вахтовым методом, в условиях с большой скученностью, без наличия условий для соблюдения санитарно-гигиенического режима.

Вакцинация является наиболее эффективным способом предупреждения заболевания. Иммунизация проводится двукратно, с интервалом в 6-12 месяцев. После сформированной иммунитет обеспечит защиту от заболевания вирусным гепатитом А до 15 лет.

В России зарегистрированы и используются для специфической профилактики вирусного гепатита А несколько отечественных и зарубежных вакцин, которые предназначены для иммунизации как взрослых, так и детей. Так как данная прививка не внесена в перечень обязательных прививок, прививку можно сделать только за свой счёт через страховые компании.

Чтобы не допустить распространения вирусных гепатитов, необходимо помнить:

- больной, независимо от тяжести заболевания, наиболее заразен в конце инкубационного периода и весь преджелтушный период;
- с момента появления желтухи он практически не опасен для окружающих;
- в детских учреждениях и домашних очагах, где был выявлен больной гепатитом А, за контактными людьми устанавливается медицинское наблюдение на 35 дней, проводится текущая дезинфекция посуды, игрушек, помещений, туалетов с применением дезинфицирующих растворов;
- при уходе за больным необходимо тщательно мыть руки с мылом, проводить влажную уборку помещения, где он находится. ☺

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

На правах рекламы



Как справиться с агрессивным ребенком?



Светлана Александровна МАУРЕР,

заведующая отделом развития замещающего семейного устройства, КГБУ «Алтайский краевой центр психолого-педагогической и медико-социальной помощи»

Агрессия со стороны ребенка - одна из часто встречающихся причин, по которой приемные родители обращаются к психологу. Ребенок дерется в детском саду или в школе, отбирает у других детей вещи, кусается, толкается...

В основе агрессивного поведения лежит намерение причинить вред. А агрессивность, как черта личности, - это устойчивое, закрепившееся, ставшее привычным агрессивное поведение.

Родителям не стоит игнорировать агрессивное поведение своего ребенка, в ином случае это станет его привычкой. В такой ситуации ребенок привыкает вести себя подобным образом, что может стать причиной непонимания окружающих. При этом важно помнить, что в разном возрасте детская агрессия проявляется по-разному. *Для профилактики агрессивных состояний в семье нужно сформировать атмосферу заботы, душевной теплоты и взаимной поддержки.* Уверенность ребенка в том, что его любят и защищают родители, помогает его взрослению и становлению в качестве успешной личности. Чем большую уверенность в себе он обретет, тем меньше у него будет появляться эгоистических привычек, тем реже в его жизни будут присутствовать разрушительные эмоции.

Взрослые должны предъявлять разумные требования к своим будущим преемникам, а те должны осознать, что от них ожидают.

Коррекция агрессивного поведения у детей

Внимание к собственному сыну или дочери - это первый ответственный шаг на пути устранения агрессии. Физические проявления агрессии устранить проще, если ребенок надул губы или сузил глаза, - отвлеките его от пагубных эмоций интересным занятием, обнимите за плечи.

Если попытка предотвратить порыв закончилась неудачей, спокойно разъясните ребенку, что его поведение неприемлемо в этой ситуации. Нашкодившего ребенка нужно строго осудить, призвать к уборке получившегося разгрома, а объект агрессии окружить заботой и вниманием. Ребенок должен осознать, что он проигрывает в отношении с родителями, теряя их драгоценное внимание. Пос-

ле подобной меры наказания ребенок должен прислушиваться к советам взрослых. Таким образом, **беседа с ребенком - метод снижения его агрессивности.**

Сокращение вербального проявления агрессии

Гораздо сложнее предупредить словесную агрессию подросткового чада, а также адекватно на нее среагировать. **Необходимо проанализировать все сказанные ребенком слова и постараться понять все негативные его переживания.** Есть вероятность того, что он не привык иначе выражать свои эмоции, либо стремится показать свое преимущество перед взрослыми людьми. Если разгневанный ребенок оскорбляет играющих с ним детей, то взрослым необходимо ему разъяснить, каким способом можно разрешить конфликт без проявления агрессии.

Большая часть подростковой агрессии вызвана определенными ситуациями, когда возникает сильное эмоциональное напряжение. Многие дети не могут терпеть повелительный тон, активную демонстрацию превосходства взрослых над детьми, выражение полной власти, а также требования взрослых беспрекословно им подчиняться. Поэтому **задача каждого родителя состоит не в активной демонстрации собственного преимущества и власти, а в сокращении чувства враждебности и предупреждении конфликтных моментов.**

Как остановить агрессию у детей?

Наиболее результативный способ - это **установление обратной связи при помощи простых психологических приемов**, а также **называние родителями своих собственных эмоций**, испытываемых в различных ситуациях. Называние эмоций, которые испытывает ребенок: *«Твоя кукла испачкалась, и ты, наверное, расстроился».* Можно вскрыть мотивы подступающей детской агрессии, задав вопрос: *«Ты хочешь меня обидеть?»*, открыто выразить свое отношение к возникшей



За счастливое здоровое детство!

ситуации, которое отражается во фразе: «Я не заслужила подобного обращения». В момент установки эмоционального контакта нужно проявить личную заинтересованность, определенную твердость и доброжелательность по отношению к собственным детям, вместе проанализировать именно отдельные поступки, а не всю личность в целом.

Негативные и критические замечания взрослых вызовут у ребенка бурю пагубных эмоций и протест, его раздражение будет только нарастать. В общении с подростком читать моральные нотации не стоит, можно лишь предупредить его о возможных последствиях такого поведения, вместе подобрать возможные пути исхода из такой конфликтной ситуации.

Умение выслушать ребенка - первый шаг к взаимопониманию. Яркий пример положительного поведения родителей - это умение выслушать и сопереживать, давать ему возможность свободного выражения своей точки зрения. Желательно выделить время для общения со своим ребенком, общаться нужно в располагающей атмосфере, когда и родитель, и ребенок готовы к разговору. Взрослым нужно активно показывать свое доверительное отношение к личным задачам детей, признавать детские пагубные чувства. Между разговорами можно делать паузы, чтобы успокоиться, не допускать накала эмоций.

Специальные игры для агрессивных детей

Чтобы сократить беспричинную детскую агрессию, можно использовать некоторые приемы, которые ему дадут понять, что существуют иные способы привлечения внимания. Чтобы становиться старше и взрослее, ребенку не обязательно утверждаться за счет морально слабых людей, а сильное недовольство выражать крепкими словечками.

Ведущие психологи рекомендуют следующие эффективные способы выплескивания пагубных эмоций:

- ◆ разорвать на мелкие кусочки чистый лист бумаги;
- ◆ с чувством покричать в волшебный «мешок крика»;
- ◆ побегать и немного попрыгать на свободном стадионе, дворовой игровой площадке, специальной спортивной секции;
- ◆ временами выбивать небольшие коврики и декоративные подушки, это



упражнение чрезвычайно полезно для драчливых детей;

◆ активно выражать свои сокровенные чувства словами, как это делают взрослые.

Помимо этих действенных приемов, существует множество полезных игр, направленных на сокращение проявления детской агрессии.

Детская агрессия под контролем

Родителям важно научить ребенка точно оценивать свое внутреннее состояние и контролировать собственные пагубные эмоции, вовремя давать реакцию на сигналы, поступающие телесно. Верно определяя подобный посыл, ребенок сможет самостоятельно управлять собственными эмоциями, предупреждать вероятные конфликты.

Во время воспитания агрессивных детей работа родителей и опытных учителей осуществляется по трем важным направлениям:

◆ **умение распознавать свои и чужие эмоции** (совместное чтение книг и просмотр мультфильмов или фильмов, обсуждение ситуаций, в которых оказались герои, какие чувства они испытывали и как выходили из затруднений);

◆ **обучение выражению гнева и других отрицательных эмоций социально-приемлемым способом** (несколько раз сжать или разжать кулаки (или челюсти), медленно посчитать до 10, использовать дыхательные техники);

◆ **привитие детям чувства сопереживания и сочувствия к близким людям.**

Подобная комплексная коррекция агрессивного поведения ребенка приведет к оптимальному результату только при систематической активной работе. ☺

Невнимательное отношение к детским личным проблемам может лишь ухудшить конфликтную ситуацию. Родителям требуется проявить терпение, понимание, постоянно отрабатывать навыки конструктивного общения с окружающими. Всё это поможет снять выраженную агрессию у ребенка, скорректировать его поведение с окружающими людьми.



Факторы риска рака лёгких



Антон Сергеевич ГАЛАНОВ,
врач-онколог, вторая квалификационная категория, торакальный хирург, КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер»

Рак лёгкого стоит на первом месте в структуре заболеваемости и смертности от злокачественных опухолей, как в мире, так и в большинстве стран, в том числе и России.

Ежегодно в мире заболевает около 1,3 миллиона и умирает 1,2 миллиона человек. В России рак лёгкого становится причиной смерти более 40 тысяч человек.

Риск появления рака этой локализации в настоящее время наиболее часто связывают с пожилым возрастом и курением. Известно, что **курение является непосредственной причиной рака лёгкого у 90-95% мужчин и 45-65% - у женщин.** Кумулятивный риск возникновения онкологии у курящих, то есть вероятность того, что курильщик в течение жизни (до 75 лет) заболеет раком лёгкого, равен 15-17%.

Конечно же, курение - основной фактор риска, о котором знают все, но при этом упорно игнорируют это знание. Впервые об огромной значимости и прямой зависимости между курением и риском развития рака лёгкого заговорили в 50-ых годах XX века, и с каждым годом появлялось всё больше исследований, доказывающих эту теорию.

В настоящий момент доказано, что **курение индуцирует развитие опухолей лёгких различных гистологических типов**, эта связь наиболее доказана для плоскоклеточного и мелкоклеточного рака лёгких.

В отношении курения прослеживается четкая связь «доза - эффект», то есть чем больше и дольше курит человек, тем выше поднимается риск развития злокаче-

ственного новообразования лёгких. В процессе курения на организм воздействует более 3200 вредных веществ, из которых минимум 40 обладают канцерогенным эффектом. У бывших курильщиков статистически значимо риск развития рака лёгкого снижается только через 5 лет отказа от курения, но базовый уровень риска (в сравнении с некурящими людьми) никогда не будет достигнут.

Самые высокие показатели смертности от рака лёгкого - среди мужчин. Во многих регионах России смертность от рака этой локализации у мужского населения выше, чем в большинстве стран мира, достигая 60 на 100 тысяч и более. Женская заболеваемость и смертность от рака лёгкого в России пока еще низка. Однако распространенность привычки курения среди российских женщин растет, что со временем приведет к росту заболеваемости раком лёгкого.

Потребление табака представляет собой угрозу для любого человека, независимо от его пола, возраста, расы, культуры или образования. Оно влечет за собой страдания, болезни и смерть, разоряя семьи и национальную экономику.

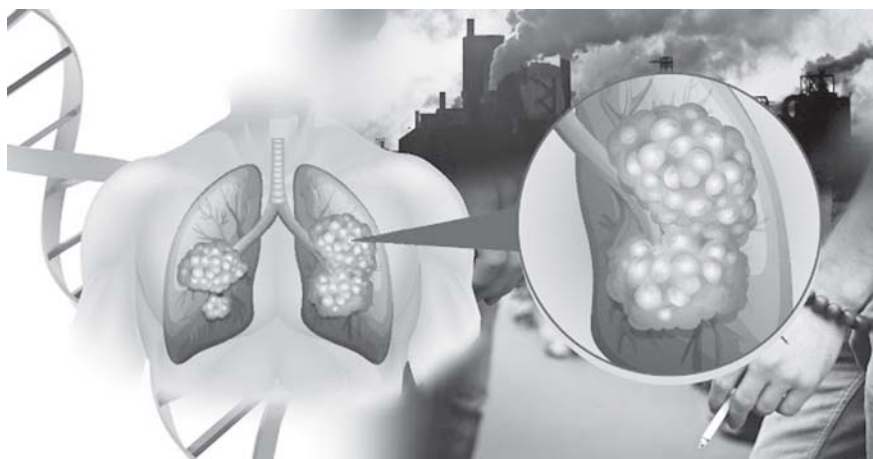
В Федеральном законе «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» от 23.02.2013г. №15-ФЗ (последняя редакция) статья 12 закрепляет запрет курения табака на отдельных территориях, в помещениях и на объектах:

«1. Для предотвращения воздействия окружающего табачного дыма на здоровье человека запрещается курение табака (за исключением случаев, установленных ч.2 настоящей статьи):

1) на территориях и в помещениях, предназначенных для оказания образовательных услуг, услуг учреждениями культуры и учреждениями органов по делам



Победим свой страх!



молодежи, услуг в области физической культуры и спорта;

2) на территориях и в помещениях, предназначенных для оказания медицинских, реабилитационных и санаторно-курортных услуг».

У тех людей, которые не курят, факторами риска появления злокачественных новообразований лёгких могут являться: воздействие ионизирующего излучения, пассивное курение, профессиональные вредности (асбест, бериллий, кадмий).

Пассивное курение - это вдыхание дыма от табачных изделий, или дыма, который выдыхает курильщик. Доказано, что пассивные курильщики подвергаются точно такому же воздействию, как и активные, только в меньших количествах. Но тем не менее в среднем у пассивных курильщиков риск развития рака лёгкого в три раза выше, чем у некурящих.

Также не стоит забывать о **генетических факторах риска**: к примеру, если у человека уже были ранее излеченные злокачественные опухоли, то риск развития опухоли новой локализации возрастает (первичная множественность опухолей). Доказано, что при наличии рака лёгких у родственников первой линии родства, риск получить злокачественное заболевание этой же локализации

повышается в 2-4 раза. Также наличие трех и более случаев рака (любой локализации) в семье у ближайших родственников (мать, отец, бабушка, дедушка, братья, сестры) значительно повышает риск развития онкозаболеваний.

У людей, страдающих неопухолевыми заболеваниями лёгких, такими, как: хроническая обструктивная болезнь лёгких, асбестоз, бронхиальная астма, хронический бронхит, эмфизема лёгких, силикоз, булезная болезнь лёгких, хроническая пневмония, туберкулез - риск развития рака лёгкого в два раза выше, чем в среднем в популяции.

Зачастую на одного человека воздействует несколько факторов, которые способны многократно усилить воздействие друг друга. Например, воздействие асбеста в сочетании с курением приводит к повышению риска развития рака лёгкого намного выше, чем сумма рисков, связанных с каждым этим фактором отдельно.

Парадокс: знать-то знаем, но выполнять не спешим. Согласно статье 27 пункта 1 №323-ФЗ от 21.11.2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»: **«Граждане обязаны заботиться о сохранении своего здоровья!».**

Берегите себя и своих близких! ☺

Субвенции регионам возрастут

В ближайшие три года правительство готово обеспечить значительный рост размера субвенций, направляемых из бюджета Федерального фонда ОМС в бюджеты территориальных фондов ОМС.

Согласно подготовленному Минздравом проекту ФЗ «О бюджете ФФОМС на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021гг.», в 2019, 2020 и 2021 году прирост должен составить 10,6% (2,1трлн.руб.), 7,6% (2,2трлн.руб.) и 6,6% (2,4трлн.руб.) соответственно. Рост объемов субвенций положительно отразится на качестве оказываемой гражданам медицинской помощи. Размеры субвенций учитывают расходы, запланированные в рамках национальных проектов по реализации Указа Президента России от 07.05.2018 года №204 «О национальных целях и стратегических задачах развития РФ на период до 2024 года».

Размер субвенции учитывает увеличение численности врачей и среднего медицинского персонала для устранения кадровых диспропорций и дефицита по отдельным специальностям. Врачей за три года станет больше на 23,6 тысячи, медсестер и фельдшеров - на 43 тысячи человек. Расходы на эти цели по годам составят 12,3млрд., 34,7млрд. и 50,4млрд. рублей.

Одним из важных направлений в развитии государственной медицины является создание службы онкологической помощи. По этому направлению (помощи больным с онкозаболеваниями) субвенции по годам составят 70млрд., 115млрд. и 134,5млрд. рублей.

С 2019 года в методику распределения средств внесены изменения для обеспечения дальнейшего роста заработной платы медиков. Так, доля заработной платы некоторых категорий медицинских работников будет увеличена до 70% от общих расходов региона на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС. При расчёте субвенций будет использован новый показатель «коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг». Он будет повышенным для регионов со сложными природно-климатическими условиями и ограниченной транспортной доступностью.

Правительство России прогнозирует, что с учётом принимаемых мер размеры субвенций бюджетам территориальных фондов ОМС в 2019 году возрастут практически по всем регионам.



Как преодолеть послеродовую депрессию?



Алла Владимировна ЛОБАНОВА,

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

Рождение ребенка - начало большого пути, который пройдет новый человек сначала со своими родителями, потом к этому кругу присоединятся друзья, учителя и многие люди.

Рождение ребенка - это всегда положительные эмоции: умиление маленькими ручками, радость от его осмысленных движений, улыбки. О тяжелых буднях кормящей мамы говорить не принято, ведь не их ждет молодая мама. Но достаточно быстро оказывается, что в новой жизни есть не только радость: женщины мало спят, пытаются всем угодить - муж ведь работает. У начинающей мамы заметно прибавилось обязанностей и при этом изменилось отношение окружающих. **Если в этот период не организовать свою жизнь правильно, результатом может стать нервный срыв**, что отрицательно скажется на отношениях в семье, на лактации, на психическом состоянии малыша. Чтобы не обвинять себя в излишней эмоциональности, не скрывать переживания, мама должна понимать, **как нужно бороться с послеродовой депрессией**, - так называется это особое состояние, которое проживают, согласно статистическим данным, 35% родивших женщин. И только 4-5% из них обращаются за помощью к специалистам.

Почему происходит послеродовая депрессия? Психологическое состояние недавно родившей женщины связано с изменением гормонального фона, выросшей ответственностью за ребенка и свою семью, с однообразием быта, ограничением свободы и осознанием новой роли, а также с очевидным несовпадением ожиданий и реальности.

Большинство женщин во время беременности рисуют идиллическую картину будущего: счастливая семья, счастливый ребенок, который будет приносить только радость и удовольствие. А когда он родился, оказалось все иначе: ребенок ночами плачет, женщина не может выйти из дома, нарушен сон... К такой жизни

она не готова. Послеродовая депрессия проявляется комплексом симптомов: внезапная смена настроения, неконтролируемые вспышки гнева и истерики. Что с этим делать?

Первый шаг - обязательное деление ответственности за ребенка с мужем. Своим рождением мы обязаны двум людям - маме и папе. И роль отца очень важна. Представление многих женщин о доминировании материнства неверно. Не случайно сегодня мы говорим о партнерских родах. Они позволяют уже с рождения ребенка вовлечь папу в происходящие изменения в семье и жизни. У мужчины нет безусловного отцовства - это социально приобретенная роль. Папа может ребенка полюбить только тогда, когда он ухаживает за ним, заботится о нем и днем, и ночью. Не бойтесь доверить ему купание ребенка, прогулки с ним. Пусть ночью папа тоже встает к малышу и приносит его на кормление. Очень важно формировать привязанность между ним и ребенком, не устраивать конкуренцию, доказывая, что он похож на вас. Нет, и сын, и дочь - все похожи на папу. Когда папа будет чувствовать, насколько он необходим ребенку, тогда будет вкладывать в малыша не только деньги, но и свои эмоции.

Женщина должна научиться находить время для отдыха. Это важное правило профилактики послеродовой депрессии. Часто можно наблюдать такую ошибку: папа с ребенком пошли на прогулку, а женщина в это время наводит порядок в квартире, готовит обед и т.д. Неправильно! Вы должны выделить время на изучение своего тела и своих эмоций, послушать музыку и почитать - отдохнуть.

Папа должен научиться управлять своими эмоциями и восприни-



За счастливое здоровое детство!

мать перемены в своей жизни как положительные. Ни для кого не секрет, что с рождением ребенка мужчина понимает, что ему не хватает внимания, и это может стать причиной ссоры. У ссор тоже есть свои правила. Во-первых, лучше всего ссориться, обнимаясь. Запомните: хочется поскандальить - подойдите к мужу, обнимите его и только тогда кричите. Когда есть телесный контакт между двумя сторонами ссоры, тогда конфликт не развивается. Можно вообще обойтись без крика: хотите ругаться - подышите: сделайте на четыре счета вдох носом, на шесть - выдох ртом. Такое дыхание может помочь при любой начинающейся агрессии или истерике.

Психологи предлагают несложные упражнения, помогающие материализовать ваш гнев. Когда мы злимся, можем и не понимать, в чем основная причина этого состояния. Нам просто очень плохо внутри. А теперь возьмем лист бумаги и нарисуем свой гнев. Может быть, вы нарисуете человека или ситуацию, тарелку невытую - всё, что угодно. Можно проговаривать сюжет вслух. Потом берете ручку, и со звуком «Аааа!» зачеркиваете рисунок, комкаете и рвете его, сжигаете, просто выбрасываете.

Второй способ помочь себе. Нарисуйте причину своего гнева, повесьте рисунок на стену и сделанными из газет «бомбами» закидайте его, лучше это сделать с тем же звуком «Аааа!». Можно рисунок укрепить скотчем на подушку и от всей души поколотить двумя руками. Своих маленьких детей тоже научите этому упражнению.

Когда мы злимся или чего-то боимся, возникает мышечная скованность: локти плотно прижаты к телу, ноги будто выросли в пол, скулы сжаты. Прочувствуйте ваше состояние. Теперь ослабляем бедра: покачиваем ими из стороны в сторону, присоединяем к движениям колени, плечи руки, кисти, голову, шею, стопы. Главное - движения должны быть плавными. А теперь потрясли руками, скинули с себя всё напряжение. Это упраж-



нение хорошо выполнять дважды в неделю для профилактики опасных эмоциональных состояний.

Зачастую будущие мамы во время беременности раскрывают в себе таланты, о которых раньше даже не догадывались. Одни начинают рисовать, другие увлекаются рукоделием, фотографией, дизайном, пишут сказки. Почему так происходит? Женщина обладает естественной способностью созидания, которая сильно проявляется во время беременности. Инстинкт созидания не останавливается после рождения ребенка, и очень хорошо, когда он реализуется через творчество. Это связано с гормональной и эмоциональной перестройкой. Каждый вид творчества хорош по-своему. К примеру, пение тренирует лёгкие, способствует насыщению организма кислородом, нормализует артериальное давление. Рисование и лепка - хороший способ самовыражения. Танцевальные движения можно выполнять между делом. Из видов рукоделия можно предложить изготовление мягких кукол, которые станут самыми любимыми у детей, поскольку будут дополнены добротой мамы.

Подводя итог сказанному, хочу пожелать всем начинающим мамам не забывать эти простые в исполнении правила. Не пренебрегайте ими, и тогда материнство будет по-настоящему счастливым. ☺

Очень важно формировать привязанность между папой и ребенком, не уstraивать конкуренцию, доказывая, что он похож на вас. Нет, и сын, и дочь - все похожи на папу. Когда папа будет чувствовать, насколько он необходим ребенку, тогда будет вкладывать в малыша не только деньги, но и свои эмоции.



- направление детского врача-стоматолога КГБУЗ «Краевая детская стоматологическая поликлиника»;
- выписка из амбулаторной карты (форма №027/у) за подписью лечащего врача по месту жительства пациента, содержащая сведения об основном соматическом заболевании, перенесенных заболеваниях, состоянии ребенка и возможности лечения зубов под общим обезболиванием (дословно: «**Противопоказаний к лечению зубов под наркозом нет**»);

- результаты исследований: общий анализ крови и мочи (срок годности до 10 дней); определение времени свертывания и длительности кровотечения, биохимический анализ крови (глюкоза, общий белок, К⁺, Na⁺);

- экспресс-реакция на RW (срок годности 3 месяца);

- кал на гельминты;

- детям 3-11 лет - соскоб на энтеробиоз (не позднее 10 дней);

- детям до 2-летнего возраста: кал на дизгруппу, сальмонеллез, коли-инфекцию (не позднее 14 дней);

- детям с 14 лет - данные флюорографического обследования (давность не более 12 месяцев),

- ЭКГ;

- заключение врача-кардиолога;

- вес ребенка;

- полис ОМС и его ксерокопия (с двух сторон);

- свидетельство о рождении или паспорт;

- СНИЛС (при наличии);

- справка об отсутствии контакта с инфекционными больными в течение 21 дня до госпитализации (справка действительна в течение трех дней);

- данные прививочной карты.

В случае госпитализации ребенка законному представителю для осуществления ухода за ним необходимо иметь при себе: паспорт, полис ОМС, результаты анализа крови экспресс-реакции RW (срок годности 3 месяца), данные флюорографического обследования (не позднее 12 месяцев); **в случае ухода за ребенком до 2-летнего возраста дополнительно необходимо иметь:** результаты анализа кала на дизгруппу, сальмонеллез, коли-инфекцию (не позднее 14 дней); справку от терапевта об отсутствии контагиозных заболеваний. ☺



Вальгусная деформация стопы



**Елена Ивановна
БОРАНКОВА,**

врач по лечебной физкультуре, высшая квалификационная категория, КГБУЗ «Алтайский врачебно-физкультурный диспансер»

Какое заболевание присуще только жителям цивилизованных стран, ведущих малоактивный образ жизни, питающимся «быстрой едой» и носящим обувь? Это - hallux valgus - заболевание, при котором первый палец стопы деформируется на уровне плюснефалангового сустава и отклоняется наружу под углом к остальным пальцам.

Причины и факторы риска

Преобладающими факторами возникновения вальгусной деформации первого пальца стопы являются - *генетическая предрасположенность и анатомические особенности строения ступни*. К **генетической предрасположенности** относятся: врожденная дисплазия плюснеклинovidного сустава, патологии опорно-двигательного аппарата, генетические патологии обмена веществ. **Врожденные деформации, травмы стопы и ряд заболеваний, при которых наблюдается нарушение нервной регуляции мышц голени и стопы** (например, полиомиелит, рассеянный склероз), - вторая группа причин развития Hallux valgus. Но основная причина - это **недостаточность соединительной ткани**, которая может проявляться: поперечным плоскостопием (вес на стопу распределяется неравномерно), чрезмерной подвижностью суставов, варикозной болезнью, повышенной растяжимостью связок, фасций и кожи.

При формировании деформации неравновесие в натяжении мышц еще больше усугубляется, плюснефаланговый сустав становится нестабильным. Внутренняя поверхность сустава постоянно раздражается при контакте с обувью, в результате чего смещение головки I плюсневой кости дополняется образованием костного нароста, что еще больше усугубляет деформацию. Из-за изменения формы стопы происходит перераспределение нагрузки: область головок III и II плюсневых костей постоянно перенагружаются во время ходьбы, что при-



▲ водит к возникновению болей и формированию артроза не только в области I, но и в области II и III плюснефаланговых суставов.

Факторы риска

Какие факторы в определенных условиях способны спровоцировать развитие вальгусной деформации большого пальца стопы:

- по статистике, *женщины* в 20 раз чаще сталкиваются с деформацией большого пальца, чем мужчины. По мнению врачей, у прекрасного пола врожденная слабость мышечно-связочного аппарата - он гораздо эластичнее, чем у мужчин. При ношении обуви на высоком каблуке стопа не выдерживает нагрузку, расплющивается и деформируется;

- *анатомические особенности строения стопы*, например, длинная первая плюсневая кость;

- при *артрите* также возникает деформация суставов и костей, которая может осложняться Hallux valgus;

- *пожилой возраст*: нарушения обмена веществ, вымывания кальция из костей, проблемы опорно-двигательного аппарата и сердечно-сосудистой системы - играют важную роль в возникновении деформации большого пальца стопы;

- *лишний вес*, который увеличивает давление на стопу.

Симптомы

Возникают **жалобы на боль** в области I плюснефалангового сустава. Эта боль усиливается после продолжительной ходьбы или длительного пребывания на ногах и уменьшается в покое. Возможны ночные боли, особенно после значительной нагрузки на стопу. Болевой синдром может



значительно различаться как по характеру, так и по силе - от ощущения дискомфорта (обычно на ранних стадиях) до резкой жгучей или постоянной ноющей боли.

По мере развития деформации стопа всё больше теряет нормальную форму, расширяется и уплощается, I палец «ложится» на II, нередко возникают сопутствующие деформации II пальца. Всё это в сочетании с «шишкой» в проекции I плюснефалангового сустава существенно влияет на внешний вид стопы. Это является следующей причиной обращения пациентов - **косметический дефект и проблемы при подборе обуви**. Понятно, что подобные жалобы особенно часто предъявляют молодые женщины.

При визуальном осмотре **стопа распластана**. Выявляется видимая деформация и незначительная или умеренное покраснение кожи в проекции I плюснефалангового сустава. **Первый палец отклонен наружу под углом к остальным. Пальпация безболезненна** или нерезко болезненна, по внутренней поверхности стопы в области I плюснефалангового сустава определяется **костный экзостоз и уплотнение кожи**. Возможен небольшой локальный отек. **Движения в I плюснефаланговом суставе, как правило, ограничены** (степень ограничения движений может значительно варьироваться), при максимальном разгибании I пальца может возникать боль.

Диагностика

Диагноз «Hallux valgus» выставляется на основании симптомов и данных рентгенологического исследова-

ния I плюснефалангового сустава. Для более точной оценки патологии со стороны соседних анатомических структур при необходимости дополнительно назначается рентгенография II и III плюснефаланговых суставов.

Степень выраженности вальгусной деформации определяется с учетом двух величин: угла между II и I плюсневными костями (Intermetatarsal angle) и угла, под которым I палец отклонен по отношению к I плюсневой кости (Hallux valgus angle):

- **первая степень**: угол между плюсневными костями - менее 120, угол отклонения I пальца - менее 250,

- **вторая степень**: угол между плюсневными костями - менее 180, угол отклонения I пальца - более 250,

- **третья степень**: угол между плюсневными костями - более 180, угол отклонения I пальца - более 350.

Наряду со степенью деформации при изучении рентгеновских снимков оценивают выраженность артрозных изменений, о которых свидетельствуют сужение суставной щели, деформация суставной площадки, краевые разрастания и остеосклероз субхондральной зоны. В отдельных случаях для более точной оценки патологических изменений стопы пациента направляют на МРТ (для исследования состояния мягких тканей) или КТ стопы (для изучения состояния костных структур).

При заболеваниях, сопровождающихся нарушением нервной регуляции мышц, необходима консультация невролога.

В следующем номере мы поговорим о лечении Hallux valgus и техниках самомассажа при этом заболевании. ☺



Хочу служить в армии!

Армия - важнейший институт государства, его опора и один из главных факторов безопасности как во внутренней, так и во внешней политике. Поэтому отношение народа, и прежде всего молодежи, к армии является неотъемлемой частью положительного имиджа государства в мировом сообществе.

Еще в Своде законов Российской империи (1897 год) прописан Устав о воинских повинностях, который гласит:

«- Защита Престола и Отечества есть священная обязанность каждого русского подданного.

- Мужское население, без различия состояний, подлежит военной повинности согласно постановлениям закона.

- Возраст призыва 21 год.

Денежный выкуп от воинской повинности и замена охотником не допускается.

- Поступление на службу по призыву решается жребием. Лица, не поступившие в постоянные войска, зачисляются в ополчение.

Срок службы в сухопутных войсках (пехота) - три года, в остальных - четыре года.

- Из лиц, поступающих на службу, освобождаются от нее лица, имеющие телесные недостатки и болезненные расстройства, совершенно не способные к военной службе (действовало расписание болезней и физических недостатков и право отсрочки по состоянию здоровья)».

Устанавливалась также наименьшая длина тела призывников - «два аршина и два с половиной вершка (156 см)».

На этапах подготовки юношей к службе в армии, формирования у них позитивного отношения к службе очень важно взаимодействие всех заинтересованных структур, которые занимают подростками: семьи, учреждений образования, медицинских и профилактических организаций, органов внутренних дел и т.д.

Задача учреждений - совершенствовать медицинское обеспечение подро-

стков для укрепления их здоровья. Для этого проводится **диспансеризация юношей**, которая включает ежегодные углубленные профилактические осмотры врачами-специалистами юношей допризывного и призывного возрастов.

В задачи диспансеризации входит активное выявление заболеваний и их последствий, отклонений в состоянии здоровья, физическом и психическом развитии. Врачами выявляются и устраняются факторы повышенного риска развития заболеваний. Организуется динамическое наблюдение за состоянием подростков. Проводятся комплексные плановые профилактические, лечебно-оздоровительные и реабилитационные мероприятия, включающие в себя инструментальные и лабораторные методы обследования. При необходимости назначается лечение в стационаре, лечебная физкультура, санация полости рта. Для укрепления здоровья юношей практикуется направление в санатории, оздоровительные лагеря, оздоровление на базе отделений медицинской реабилитации районных поликлиник, стационаров дневного пребывания.

В задачи учреждений здравоохранения входит также изучение условий работы, учебы, быта юношей. Выявляются факторы, отрицательно влияющие на их здоровье, физическое и психическое развитие. Для улучшения здоровья подростков разрабатываются и осуществляются мероприятия, направленные на устранение вредных факторов, популяризацию здорового образа жизни, привлечение к занятиям физкультурой и спортом. При выявлении заболеваний, требующих наблюдения, подростки ставятся врачом на диспансерный учет.



Людмила Григорьевна КОВОВА,

главный внештатный специалист по гигиене детей и подростков Алтайского края, врач-терапевт подростковый, высшая квалификационная категория, КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница»



В настоящее время военная служба определяется как «особый вид федеральной государственной службы, исполняемый гражданами в Вооруженных силах Российской Федерации».

В год исполнения юноше 17 лет он подлежит первоначальной постановке на воинский учет в военном комиссариате. При этом призывник осматривается специалистами военно-врачебной комиссии, которые руководствуясь «Положением о военно-врачебной экспертизе», утвержденном Постановлением Правительства Российской Федерации от 25.02.2003г. №123 и приложенным к этому документу «расписанием болезней», предварительно определяет ему категорию годности, ограниченной годности либо негодности к военной службе. В соответствии с действующими в настоящее время нормативными документами, существуют пять категорий годности к службе: «А», «Б», «В», «Г», «Д».

Категория «А» - годен к военной службе. К этой категории относятся лица, у которых заболевания отсутствуют или есть отдельные хронические заболевания, физические недостатки без нарушения функции органов и систем.

Категория «Б» - годен к службе с незначительными ограничениями. Относятся лица, у которых имеются хронические заболевания с редкими обострениями или физические недостатки с незначительными нарушениями функций органов и систем, не ограничивающие способность исполнять обязанности военной службы.

Категория «В» - ограниченно годен к военной службе (то есть не годен к службе в мирное время, но годен с определенными ограничениями -

в военное). К этой категории относятся преимущественно те граждане, у которых имеется нарушение жизнедеятельности вследствие болезни или увечья, которое ограничивает способность исполнять обязанности военной службы без ущерба для здоровья.

Категория «Г» - временно не годен к военной службе. Сюда относятся лица, которые утратили способность исполнять обязанности военной службы в течение ограниченного промежутка времени вследствие заболевания или увечья, сопровождающегося нарушением функций и систем обратимого характера.

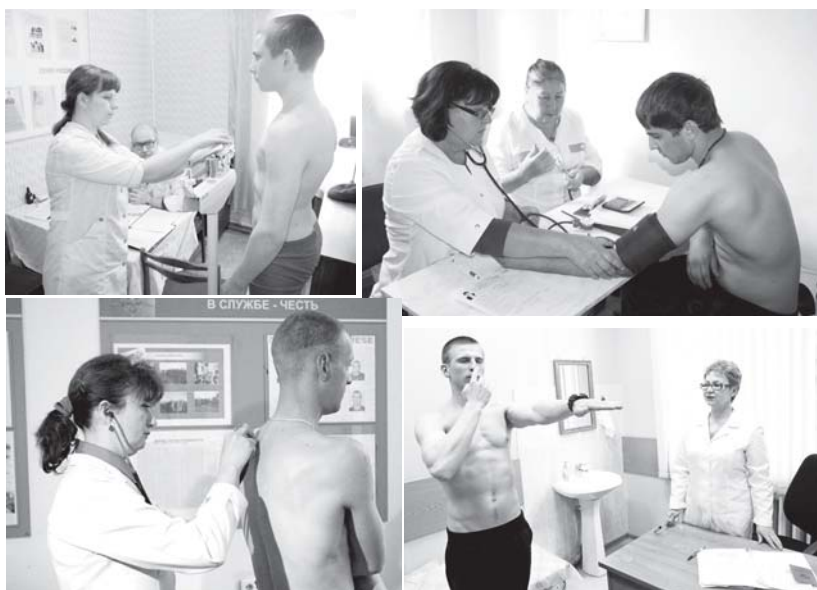
Категория «Д» - не годен к военной службе. Данная категория включает граждан, у которых нарушение жизнедеятельности вследствие болезни или увечья привело к стойкой утрате способности исполнять обязанности военной службы.

В период от медицинского освидетельствования при первоначальной постановке на воинский учет до призыва категория годности к службе может измениться как в сторону повышения (допустим с категории «Б» до «А»), если, например, за это время юноше была прооперирована и исправлена искривленная носовая перегородка, произошла коррекция веса до нормы и т.п., так и в сторону понижения, если за время от первоначальной постановки на воинский учет у юноши возникло серьезное заболевание или он получил травму.

Перед началом медицинского освидетельствования при призыве юноше в обязательном порядке проводятся:

- ◆ флюорографическое (рентгенологическое) исследование органов грудной клетки в двух проекциях (если в медицинских документах отсутствуют сведения о данном исследовании в течение последних шести месяцев);
- ◆ анализ крови (определение СОЭ, гемоглобина, лейкоцитов);
- ◆ исследование крови на антитела к вирусу иммунодефицита человека (ВИЧ), маркеры гепатитов В и С;
- ◆ анализ мочи (удельный вес, белок);
- ◆ электрокардиографическое исследование.

В день обследования проводится измерение массы тела и роста.



Кроме того, подлежащие призыву на военную службу лица должны быть вакцинированы против ветряной оспы, менингококковой и пневмококковой инфекции, гриппа (в военный призыв).

Основными заболеваниями, которые служат причиной освобождения граждан от призыва на военную службу по состоянию здоровья, являются психические расстройства, заболевания нервной системы, заболевания костно-мышечной системы, болезни системы кровообращения, расстройства зрения.

В последние годы отношение к службе в Российской армии существенно изменилось. Если в начале двухтысячных годов до 70% юношей-подростков высказывали отрицательное отношение к перспективе службы в рядах Вооруженных сил, то в настоящее время всё чаще врачи военно-врачебной комиссии сталкиваются со случаями, когда юноши всячески пытаются скрыть имеющиеся у них заболевания, чтобы быть призванным. Другими словами - служить стало престижно! Этому способствовали как сокращение срока службы по призыву до одного года, так и изменение ситуации в армии в лучшую сторону. Немало солдат, отслужив срочную службу, изъявляют желание продолжить службу уже по контракту. Всё больше российских женщин хотят служить в армии: на начало 2018 года в войсках по контракту проходили службу свыше 44 тысяч женщин. Среди них почти четыре тысячи - офицеров, одна женщина имеет генеральское звание, 42 - звание полковника.

Подготовкой специалистов для Вооруженных сил России занимаются 28 вузов, и конкурс в них в 2017 году достигал 9 человек на одно место, а среди девушек - 21 на одно место.

Особенно престижно считается служить в элитном Кремлевском полку. Призывники из Алтайского края очень хорошо себя зарекомендовали за многие годы сотрудничества с этой военной частью, поэтому ежегодно более 20 человек имеют возможность попасть в это воинское подразделение. Однако требования к таким призывникам очень высокие. Прежде всего, это - образование не менее 11 классов; наличие категории годности «А»; рост такого солдата должен быть не меньше 175см и не больше



190см; масса тела должна нормально соотноситься с ростом. Есть требования и по слуху и зрению к будущему солдату: острота зрения - 0,7 (без коррекции на два глаза), цветоощущение также должно соответствовать норме; слышать также боец должен шепот на расстоянии шести метров - не меньше! - и тоже на оба уха. Не допускается наличие на коже татуировок, даже очень мелких. Обязательна психологическая устойчивость. Есть определенные требования и к семье призывников. Словом, попасть в эти войска нелегко, служить там непросто, но у хорошо зарекомендовавших себя в этих частях солдат открываются после службы хорошие перспективы как для поступления в дальнейшем в военные и гражданские высшие учебные заведения, так и для трудоустройства.

В целях улучшения медицинского обеспечения подготовки граждан к военной службе руководителям территориальных органов здравоохранения, главным врачам ЛПУ министерством здравоохранения Алтайского края предписано взять под личный контроль работу по своевременному обследованию и лечению допризывной и призывной молодежи. Проводятся плановые совместные проверки представителей министерства здравоохранения края и краевой военно-врачебной комиссии по организации данной работы на местах, главы административных районов края ежегодно участвуют в проведении краевых военных сборов, уделяется большое внимание военно-патриотическому воспитанию молодежи. ☺

В Алтайском крае в последнее десятилетие стабильно растет процент призывников, годных к службе по состоянию здоровья. По результатам медицинского освидетельствования в период призыва 2017 года годными к службе признаны 75,6% призывников, что превышает показатель по Центральному военному округу (73,9%), но несколько ниже, чем по России в целом.





Уважаемые читатели!

Продолжается подписная кампания на 2019 год. Подписка на наш журнал традиционно является хорошим подарком к различным семейным праздникам: свадьбе, рождению ребенка, дню рождения...

Журнал «Здоровье алтайской семьи» выписывают и предприниматели, заинтересованные в сохранении и укреплении здоровья своих сотрудников.

Подарите журнал «Здоровье алтайской семьи» своим родителям, взрослым детям, оформите подписку для вашей собственной семьи, для вашей фирмы.

Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» - полезный подарок!

ИЗВЕЩЕНИЕ	Внимание!!! Обязательно заполнить (указав полный адрес) строку получателя корреспонденции.								
	Наименование получателя платежа: ООО "Издательство "Вечерний Новоалтайск" ИНН: ИНН 2263020152 КПП 220801001 Номер счета получателя платежа: 40702810600020000162 Наименование банка: ООО КБ "Алтайкапиталбанк" г.Барнаул БИК: 040173771 Кор.счет: 30101810900000000771 ОКПО: 52090627 ОГРН: 1022202409426 Наименование платежа: Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» на 2019 г. №1-12 Плательщик (Ф.И.О.): _____ Наименование фирмы, контактный телефон _____ Адрес получателя корреспонденции _____ Почтовый индекс, город (район, название поселка), _____ улица, дом, квартира (офис) _____ Наименование фирмы (ФИО) получателя, контактное лицо, телефон _____								
Кассир	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Назначение платежа</th> <th>Сумма</th> <th>Итого к уплате</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2019 год, №1-12</td> <td>1110-00</td> <td>1110-00</td> </tr> </tbody> </table> Плательщик (подпись) _____ Дата _____ Подписной индекс - 31039	Назначение платежа	Сумма	Итого к уплате	Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2019 год, №1-12	1110-00	1110-00		
Назначение платежа	Сумма	Итого к уплате							
Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2019 год, №1-12	1110-00	1110-00							
КВИТАНЦИЯ	Наименование получателя платежа: ООО "Издательство "Вечерний Новоалтайск" ИНН: ИНН 2263020152 КПП 220801001 Номер счета получателя платежа: 40702810600020000162 Наименование банка: ООО КБ "Алтайкапиталбанк" г.Барнаул БИК: 040173771 Кор.счет: 30101810900000000771 ОКПО: 52090627 ОГРН: 1022202409426 Наименование платежа: Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» на 2019 г. №1-12 Плательщик (Ф.И.О.): _____ Наименование фирмы, контактный телефон _____ Адрес получателя корреспонденции _____ Почтовый индекс, город (район, название поселка), _____ улица, дом, квартира (офис) _____ Наименование фирмы (ФИО) получателя, контактное лицо, телефон _____								
	Кассир	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Назначение платежа</th> <th>Сумма</th> <th>Итого к уплате</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2019 год, №1-12</td> <td>1110-00</td> <td>1110-00</td> </tr> </tbody> </table> Плательщик (подпись) _____ Дата _____ Подписной индекс - 31039	Назначение платежа	Сумма	Итого к уплате	Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2019 год, №1-12	1110-00	1110-00	
Назначение платежа	Сумма	Итого к уплате							
Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2019 год, №1-12	1110-00	1110-00							

ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№10 (190) октябрь 2018 г.



Лауреат Губернаторской премии среди СМИ по итогам 2003 года

Почетная грамота Союза журналистов России



Благодарность от Управления Алтайского края по физической культуре и спорту

Почетная грамота Правительства Алтайского края, 2017 год



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 29.10.2018 г., фактически - 14:00 29.10.2018 г. Дата выхода: 05.11.2018 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

КГБУЗ

"Родильный дом №2, г.Барнаул"



80

лет

