

6+

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№3 (207) МАРТ 2020

#сидимдома

ОТ РЕДАКЦИИ

Мы работаем ради вас!..

То, что преобладающая часть медицинских работников - врачей, медицинских сестер, фельдшеров - работают самоотверженно, честно, с полной отдачей и обладают не только высокими профессиональными, но и исключительными человеческими качествами, - мы старались донести до вас, уважаемые читатели, в каждом выпуске нашего журнала на протяжении уже 18 лет!

Говорили о том, что следовать рекомендациям врача, следовать сознательно, осознанно - это обязательное условие партнерства врача и пациента во имя вашего здоровья, это важная составляющая эффективного лечения.

Говорили также и о проблемах, которые мешают отечественному здравоохранению, как сфере общественного служения, а не иерархии структур предоставления медицинских услуг с нелепым, даже порочным, навязываемым медицинским организациям не один год принципом «деньги идут за больным» (!).

Не медики придумали все реформы службы здравоохранения страны! И «эксперименты» с финансированием отрасли, и с территориальным планированием, и с пресловутой «оптимизацией»!.. Но все последствия этого не грамотного, даже вредного вмешательства в эту важную общественную сферу пришлось ощутить именно медикам. Справедливости ради, следует сказать, что в последние годы само профессиональное медицинское сообщество, осознав реальную угрозу деградации и системы медицинского образования, и общественного здравоохранения, забило тревогу. И те меры, которые государство в срочном порядке уже предусмотрело, при последовательной и системной их реализации и контроле - через некоторое время (к сожалению, не быстро!) - дали бы положительный эффект. Изменения назрели. Нужны быстрые решения. Радикальные, направленные именно на восстановление здравоохранения, как единой государственной службы, безусловно учитывающей особенности и специфику территорий. Службы, не испытывающей проблем с необходимым финансированием, дефицита соответствующей квалификации кадров, оборудования и т.д. И с адекватным отношением общества!

Печально, что для того, чтобы это понять, надо было оказаться наряду со всем миром в этой крайне непростой ситуации.

Не беремся судить, как скоро и как сущностно служба здравоохранения страны будет меняться. А то, что это произойдет, - не вызывает сомнения. И дискуссия по этой теме, надеюсь, нам еще предстоит...

Важно другое. Общество, люди (те, кто еще не понял!) - должны понимать, что слова медиков **«мы работаем для вас!»** - это не просто слова. Это принцип, смысл работы медиков! Врача, медицинскую сестру надо не просто слушать, выполнять их рекомендации. Важно - доверие.

Ситуация, с которой столкнулся мир, поддается контролю, с ней можно справиться. Медицинские работники понимают, что, почему и когда нужно делать. И меры, которые сегодня предпринимаются государством, разработаны с учетом мнения эпидемиологов, клиницистов, организаторов здравоохранения. Кстати, роль организаторов в стабилизации и выходе из ситуации - достаточно важна и на всех уровнях.

А вот паника, слухи и домыслы, которые активно продуцируются, множатся, - это диверсия против общества. Не говоря уже о безответственном поведении тех, кто потенциально мог стать причиной распространения инфекции, зная об этом!

Нужно понимать и то, что все те задачи, которые решала служба здравоохранения до этого коронавируса, - не исчезли. Остаются вопросы диспансеризации больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, их плановое лечение, профилактика осложнений. Продолжают рождаться дети. Невозможно отменить экстренные операции.

Поэтому наша общая задача в настоящий период - максимально обезопасить себя: самоизоляция, мытье рук, использование индивидуальных средства защиты (причем, грамотно). И следуя этим, на первый взгляд, простым правилам, мы обезопасим себя и тех, кто ради нас рискует собственным здоровьем, а порой и жизнью, - наших медиков. И справившись с этой бедой, с уважением и вниманием к медикам и к себе продолжим решать временно «отложенные» проблемы...

Здоровья вам и долгих лет жизни!





5
**Вышел вирус
из тумана**



8
**Обманчивая
безопасность**



18
**Стеноз
гортани у детей**



35
**Советы логопеда
по развитию речи
младших
дошкольников**



38
**Основные аспекты
ведения школы
сахарного диабета**

Мойте руки тщательно!	2-4
Какие меры принимает Россия	4
Вышел вирус из тумана... ..	5
Новые старые: как меняется пожилой россиянин	6
Обманчивая «безопасность»	7-8
Е.Б. Зверев. Влияние снюсов и насваев на психику школьников и их формирование личности	8-9
Новости здравоохранения мира	10
Знак различия	11
СОВЕТЫ ЭНДОКРИНОЛОГА	
М.А. Белов, И.А Вейцман. Как сберечь здоровье печени	12-13
Итоги 2019 года: АГМУ - второй в рейтинге лучших медицинских вузов России	14
ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА	
Е.С. Кравцова. Прогнозирование и профилактика преждевременных родов	15-17
М.В. Кротова. Стеноз гортани у детей	18-20
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ	
О.В. Корягина. Оперативное вмешательство на сердце. Период выздоровления	21-23
В.Ю. Улакова. Герпес - это на всю жизнь	24
Новости здравоохранения России	25
ЗА СЧАСТЛИВОЕ ЗДОРОВОЕ ДЕТСТВО!	
А.В. Бойко. Репродуктивное будущее. Как не упустить патологии полового формирования у детей	26-28
ПОБЕДИМ СВОЙ СТРАХ!	
С.С. Готов. Клин - клином, или О том, как радиация помогает врачам бороться с онкологией	29-31
Мистер Кетчуп	32-34
ДЕСЯТИЛЕТИЕ ДЕТСТВА	
С.А. Маурер. Советы логопеда по развитию речи младших дошкольников	35-37
ЗА СЧАСТЛИВОЕ ЗДОРОВОЕ ДЕТСТВО!	
О.М. Назаркина. Почему важно обучение в школе сахарного диабета	38
К.А. Куракова. Основные аспекты ведения школы сахарного диабета	38-41
Пандемия прогресса	42-43
Остановим COVID-19 в Алтайском крае!	43-44



Обманчивая «безопасность»

«Снюс» - многим родителям незнакомое слово, но которым может активно пользоваться их ребенок.

Что такое снюс и какую опасность он несет?

Снюсом в России называют традиционный для некоторых стран влажный сосательный табак, который закладывают между десной и губой. **Снюс в России запрещен законодательно**, как, впрочем, и в странах Евросоюза, кроме Скандинавии. Несмотря на запрет, оказывается, купить снюс в России не проблема, поскольку существует запрет на табак сосательный, а табак жевательный - легален. Вот за последний экспортеры и выдают снюс, не говоря уж о совсем недобросовестных производителях, которые просто пропитывают чистым никотином пакетики с нейтральным носителем.

Снюс якобы лишен отдельных недостатков сигарет, связанных с непосредственным воздействием на лёгкие. Но это не значит, что такой табак безвреден. И причина - в **крайне высоком содержании никотина**. Именно поэтому отравиться снюсом гораздо проще, чем сигаретой. Симптомы тяжелого отравления никотином включают тахикардию (пульс свыше 90 ударов минуту), повышение артериального давления, гиперсаливацию (очень много слюны), тошноту, рвоту, диарею, расширение зрачков.

Критическая доза никотина - 0,5-1 мг на 1 кг массы тела - угнетает дыхательный центр и нарушает работу центральной нервной системы: появление расстройства зрения, слуха, судорог указывают на неотложное состояние. Смерть при отравлении никотином наступает от паралича дыхательного центра. Смертельная доза снюса для школьника младших классов - три грамма. В одном только пакетике снюса - 1 или 2 грамма, в зависимости от фасовки компании-производителя. В случае острого отравления спасти человека может только искусственная вентиляция лёгких. **От момента употребления высокой дозы никотинсодержащих продуктов до комы проходит всего от одного до четырех часов!**

В Алтайском крае продажа подросткам снюса и других бестабачных никотинсодержащих изделий запрещена. 30 января этого года закон был единогласно принят депутатами краевого Заксобрания. Краевой закон запрещает несовершеннолетним розничную продажу электронных систем доставки никотина (в том числе вейпов), жидкостей для электронных систем доставки никотина. А федеральный - оптовую и розничную торговлю насваем и сосательным табаком (снюсом). Как отмечают разработчики закона, **«сейчас остро стоит проблема неограниченного оборота и, как следствие, употребле-**



ния, особенно несовершеннолетними, никотинсодержащей продукции. Это вызывает быстрое привыкание и появление различных сопутствующих заболеваний. Возникают нарушения в работе сердечно-сосудистой, центральной нервной и эндокринной систем, желудочно-кишечного тракта».

Почему никто не может запретить ребенку употреблять снюс публично, не скрываясь, например, прямо в школе, как реагируют на запрет предприниматели и как спасти детей от отравы, - представители профильных ведомств обсудили на круглом столе, организованном региональным отделением Общероссийского народного фронта.

Принятый законодательно запрет на продажу снюса несовершеннолетним в Алтайском крае не поставил точку в борьбе с проблемой. Без комплексных мер такое ограничение, к сожалению, является лишь формальностью. К тому же контролировать своих детей могут и должны только их родители.

- *Что мы сделали? Запретили продажу детям,* - объясняет депутат АКЗС **Николай ЯКУШЕВ.** - *Но ведь запретить употребление никотиновых смесей мы не можем. Вот представьте: сейчас ребенок может прямо в школе употреблять снюс. И по закону никто не может ему ничего сделать. Вообще. Тем более что торговля снюсом сейчас переключалась в интернет, а там контролировать ее еще сложнее.*

К тому же полиции и Роспотребнадзору приходится делить между собой полномочия и разбираться, где снюс, а где - не очень. По словам начальника отдела обеспечения антинаркотической деятельности УМВД по Алтайскому краю **Елены ЖАЛЫБИНОЙ,** *«то, что сейчас представлено на рынке, изготавливается вообще без табака. Это - аналоги, где табак заменяют на синтетический никотин. И они уже под запрет не попадают. Поэтому полиция здесь бессильна».* Более того, эти аналоги по своим признакам вообще относятся к пищевой



продукции, добавила начальник надзора за гигиеной детей и подростков Алтайского Роспотребнадзора **Елена БОБРОВА**. В ведомстве, по ее словам, делают всё возможное, чтобы контролировать оборот такой продукции. Так, с 20 декабря 2019 года по 30 января 2020 года сотрудники Роспотребнадзора провели 2073 проверки. По их итогам в суды направлено 48 административных протоколов, девять из них - в отношении юрлиц. Вся продукция без документов изъята. Эти и другие нюансы оборота таких опасных средств требуют и межведомственного взаимодействия по их ограничению среди оборота среди несовершеннолетних, и, безусловно, серьезной просветительской работы с детьми и родителями.

Как отметил ординатор кафедры психиатрии АГМУ **Евгений ЗВЕРЕВ**, производители **маскируют опасные вещества под «безобидные» продукты**. И школьники не видят опасности в употреблении карамелек, леденцов, жвачек и мармеладок. Но опасность эта очень серьезная, поясняет главный нарколог края **Андрей ИВАНОВ**: **одна такая мармеладка соответствует 15 сигаретам (!)** по содержанию никотина. Употребление таких смесей в юном возрасте грозит замедлением роста, когнитивными расстройствами и даже риском онкологического заболевания.

Как отметил начальник управления по развитию предпринимательства края **Александр ЕВСТИГНЕВ**, *«большинство алтайских предпринимателей - сознательные граждане. Многие пошли навстречу и убрали эту продукцию еще до официального запрета. Но всегда есть исключения. И такая продукция в продаже еще есть. Пока официального и полного запрета не будет, - дети будут иметь доступ к снюсам»*. Сайты, паблики и страницы в Instagram, которые занимают торговлей, блокирует Роскомнадзор. Но представитель ведомства акцентировала внимание, что *«там, где закрывают один сайт, открываются три других»*. И полного контроля над этими ресурсами добиться пока нельзя.

То, что нынешние меры в Алтайском крае сработали недостаточно эффективно, не значит, что решения нет, резюмировал депутат Якушев. *«Мое личное мнение - снюс нужно вообще запретить в России. Для всех. И тогда таких проблем не будет. Тот законопроект, который мы приняли, - это наш максимум. Даже для этого нам пришлось искать лазейки. Мы запретили продажу снюса детям, дополнив закон об электронных сигаретах. Наши ресурсы тут очень ограничены. Решение должно быть принято на федеральном уровне»*, - выразил уверенность модератор круглого стола. С этим мнением согласились все. Без федерального закона всё, что ни делали бы местные власти, будет лишь полумерами, констатировал глава ОНФ в Алтайском крае **Сергей ВОЙТЮК**. По его словам, как бы ни старались сейчас Минздрав, Роспотребнадзор, полиция, Минобр и депутаты, - у них получается лишь «бить по хвостам». 📌

Влияние ШКОЛЬНИКОВ

Евгений Борисович ЗВЕРЕВ,

врач - клинический ординатор кафедры психиатрии, медицинской психологии и неврологии с курсом ДПО АГМУ



Осенью 2019 года сразу в нескольких регионах России были зафиксированы случаи отравления среди школьников, как предполагается, никотиновыми смесями.

В одной из школ Заринска 15 ноября прошлого года был экстренно госпитализирован 13-летний подросток с признаками отравления табаком - снюсом его угостил приятель. По словам врачей, у школьника остановилось дыхание, но фельдшеры смогли его реанимировать.

Наиболее популярен снюс среди школьников 7-11 классов: снюс не только можно употреблять незаметно от родителей и учителей, но и сами смеси стали модными - подростки посвящают им мемы и песни, их рекламируют видеоблогеры. В самых популярных сообществах о снюсе в «ВКонтакте» состоит больше 100 тысяч человек, в пабликах отдельных производителей - по несколько тысяч человек.

Давайте разберемся, какую опасность несут насвай и снюс для организма, особенно молодого.

Насвай (насыбай, нас, нац, нос, айс, шпак) - вид некурительного табачного изделия, традиционный для Центральной Азии. Имеет грязно-зелёный цвет, продается в виде маленьких «шариков» или «палочек», пластичной массы или порошка. Основными его составляющими являются табак и щёлочь (гашёная известь). Также в состав могут входить растительное масло и другие компоненты, а для улучшения вкуса могут добавляться приправы.

Используемая гашёная известь или зола изменяют кислотность среды (в щелочную сторону) и увеличивают всасывание никотина в кровь через слизистую оболочку ротовой полости. Исследования под-



СНЮСОВ И НАСВАЕВ НА ПСИХИКУ и их формирование личности

тверждают, что 80% пациентов с онкозаболеваниями долгое время употребляли насвай. Многие наркологи уверены, что **употребление этого наркотика наиболее пагубно влияет на подростков: существенно влияет на их физическое и умственное развитие**, не говоря уже о стойкой никотиновой зависимости. Среди последствий употребления также стоит отметить *расстройства функций головного мозга*, в том числе и ослабление внимания, памяти и восприятия окружающего мира. Такие последствия схожи с результатами употребления многих синтетических наркотиков, но ко всем недостаткам нужно добавить и *развитие у потребляющих насвай онкозаболеваний*.

Снюс - вид бездымного табака, характеризуется как разновидность влажного снаффа с высоким содержанием никотина и низким содержанием канцерогенов. Этот измельченный увлажненный табак помещают между верхней (реже - нижней) губой и десной на длительное время - от 30 до 60-70 минут, так никотин из табака поступает в организм.

К опасным последствиям употребления снюса в подростковом возрасте относятся *остановка роста, повышенная агрессивность и возбудимость, ухудшение когнитивных процессов, нарушение памяти и концентрации внимания, высокий риск развития онкозаболеваний*, прежде всего желудка, печени, полости рта. У подростков также наблюдается *повышенный уровень школьной тревожности, агрессивности и индекса враждебности*. При этом *ослабляется устойчивость к инфекционным заболеваниям*.

Факты о бездымном табаке

► Бездымный табак содержит, по меньшей мере, 28 канцерогенных веществ.

► Главными канцерогенами в бездымном табаке являются специфичные для табака нитрозамины.

► Около 3% взрослого населения в возрасте от 26 лет и старше - постоянные пользователи бездымного табака, около 5% людей в возрасте 18-25 лет пользуются бездымным табаком время от времени, более 13% школьников 7-11 классов сообщают о своем использовании бездымного табака.

► Хотя из бездымного табака никотин всасывается медленнее, чем из сигарет, исследования показывают, что интенсивность всасывания никотина из бездымного табака превышает интенсивность всасывания из сигарет в 3-4 раза.

► Никотин из бездымного табака дольше остается в крови, чем никотин из сигарет.



Доказано, что практически все подростки, впервые использовавшие табак в виде снюса, в течение ближайших четырех лет становятся курильщиками сигарет. При этом **снюс не помогает бросить курить**, так как этот вид табака содержит тот же самый наркотик, что и сигареты.

Таким образом, **считать снюс безвредным - это опаснейшее заблуждение!** Употребление бездымного табака - доказанная причина развития рака полости рта, рака поджелудочной железы, рака пищевода и рака лёгких, а также пародонтоза, разрушения зубов, появления зловонного запаха изо рта, тахикардии, гипертонии.

Пользователи бездымного табака получают намного больше никотина по сравнению с курильщиками сигарет, так как употребление снюса предполагает, что табак остается во рту не менее 30 минут, за это время в организм попадает до 22мг никотина. Для сравнения: одна самая крепкая сигарета содержит до 1,5мг никотина. Причем, если табак находится в полости рта около 5-10 минут, то в кровь всё равно поступает большое количество никотина.

Именно высокая концентрация никотина становится причиной более быстрого развития толерантности и практически молниеносного формирования зависимости. **Отказ от использования снюса - процесс более тяжелый, чем отказ от курения**, зачастую невозможный без помощи специалиста и курса реабилитации.

Если вы столкнулись с тем, что ваш ребенок употребляет снюс, сначала попытайтесь спокойно поговорить и узнать, что он хочет доказать таким поведением. Постарайтесь объяснить, чем это опасно и как это отразится впоследствии на его здоровье и внешности. Обратитесь за консультацией в наркологический диспансер, где с ребенком поработают врачи и психологи. ☹

Как сберечь здоровье печени



Михаил Александрович БЕЛОВ,

студент 6 курса лечебного факультета АГМУ, научный кружок кафедры госпитальной терапии и эндокринологии;



Инна Александровна ВЕЙЦМАН,

доцент кафедры госпитальной терапии и эндокринологии АГМУ, руководитель НОМУИС по эндокринологии

- Алтайский государственный медицинский университет

Неалкогольная жировая болезнь печени - наиболее распространенное заболевание печени в западных странах. В зависимости от метода диагностики, возраста, пола и этнической принадлежности его частота среди взрослого населения составляет от 17 до 46 процентов.

Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) характеризуется избыточным накоплением жира в печени, ассоциируется с инсулинорезистентностью. Определяется НАЖБП при наличии стеатоза в более чем 5% гепатоцитов по результатам гистологического исследования, или при протонной плотности жировой фракции более 5,6% по данным протонной магнитно-резонансной спектроскопии, или количественной оценки соотношения жира и воды при магнитно-резонансной томографии.

Понятие **НАЖБП** включает две морфологические формы заболевания с различным прогнозом: **неалкогольный жировой гепатоз (НАЖГ)** и **неалкогольный стеатогепатит (НАСГ)**.

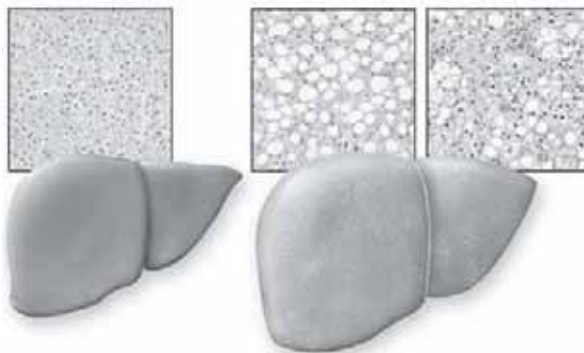
Диагноз «НАЖБП» ставится при исключении вторичных причин и значительного употребления алкоголя (более 30г чистого этанола в день для мужчин и 20г в день для женщин). Употребление алкоголя в дозах, превышающих отмеченные, указывает уже на алкогольную болезнь печени.

Выделяют следующие факторы риска НАЖБП:

- ▶ ожирение,
- ▶ инсулинорезистентность (отсутствие нормального потребления инсулина клетками),
- ▶ гипергликемия (высокий сахар крови),
- ▶ гипертриглицеридемия (высокий уровень жиров крови),
- ▶ высокий уровень холестерина крови.

НЕАЛКОГОЛЬНАЯ ЖИРОВАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ
Патогенез

Стеатоз → НАСГ → Фиброз → Цирроз



Здоровая печень

Печень при НАЖБП

Высококалорийное питание, избыточное потребление насыщенных жиров, рафинированных углеводов, подслащенных сахаром напитков, высокое потребление фруктозы взаимосвязывают с увеличением массы тела и ожирением, а также с НАЖБП. **Ожирение** приводит к развитию хронического воспаления и снижает чувствительность к действию инсулина и в жировой ткани, и в мышцах и печени. Ведущими факторами выступают **нарушения липидного, углеводного обмена**, а также **иммуновоспалительная реакция**.

Жировая дистрофия приводит к накоплению свободных жирных кислот в гепатоцитах.

Воспалительная инфильтрация паренхимы печени



обусловлена оксидативным стрессом и увеличением провоспалительных цитокинов, что приводит к цитолизу гепатоцитов, замещению их соединительной тканью, развитию фиброза и нарушению citoархитектоники ткани печени.

При подозрении на НАЖБП (в качестве первичного или сопутствующего заболевания) **необходимо подтвердить наличие стеатоза**, так как он влияет на риск развития сахарного диабета, сердечно-сосудистых заболеваний и артериальной гипертензии. Стеатоз должен быть идентифицирован с помощью лучевой диагностики, предпочтительно методом УЗИ.

Выявление НАСГ обеспечивает достоверную прогностическую информацию, указывает на повышенный риск прогрессирования фиброза и цирроза, служит обоснованием для более частого наблюдения и более интенсивного лечения.

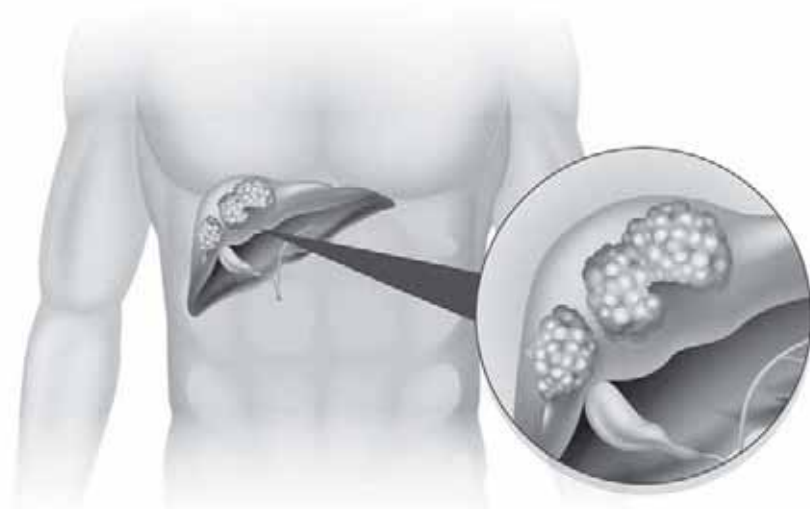
Фиброз - наиболее важный прогностический фактор при НАЖБП, коррелирует с исходами и смертностью, вызванными нарушениями функции печени. Наличие выраженного фиброза означает, что пациенту необходимы тщательное обследование печени, включая биопсию, а также интенсивная терапия. Кроме того, необходимо регулярно контролировать прогрессирование фиброза.

Нездоровый образ жизни - главная причина развития и прогрессирования НАЖБП. Физическая активность повышает утилизацию жирных кислот в адипоцитах, активирует АМФ-киназы в мышцах.

Снижение массы тела более чем на 10% уменьшает выраженность стеатоза до 100%, *снижение активности НАСГ* до 90% уменьшает фиброз как минимум на одну стадию. *Снижение жира в клетках печени* уменьшает выраженность воспаления и фиброгенез.

Образ жизни как комплексный подход к лечению НАЖБП

◆ **Ограничение энергетической ценности рациона:** создание энергетического дефицита на 500-1000ккал, чтобы вызвать снижение массы тела на 500-1000г в неделю;



◆ целевое снижение массы тела на 7-10%;

◆ длительное соблюдение режима, сочетающего физическую активность в соответствии с принципами когнитивно-поведенческой терапии;

▶ **соблюдение диеты** с низким или умеренным содержанием жиров и умеренным или высоким содержанием углеводов;

▶ соблюдение низкоуглеводной кетогенной диеты или высокобелковой диеты;

▶ **избегайте** употребление напитков и продуктов питания, содержащих фруктозу;

▶ **запрещено** употребление алкоголя в объеме, превышающем порог риска: 30г чистого этанола в день у мужчин и 20г у женщин;

▶ ограничения при потреблении **кофе**, связанные с печенью, отсутствуют.

Упражнения, физическая активность:

● предпочтительный режим - 150-200 минут аэробных упражнений в неделю за 3-5 сеансов (быстрая ходьба, тренировка на стационарном велосипеде);

● силовые тренировки также эффективны и способствуют выносливости костно-мышечной системы, воздействуют на метаболические факторы риска;

● частая усталость, способствующая гиподинамии, и дневная сонливость обуславливают нарушения спортивного режима. 🚫

Нездоровый образ жизни - главная причина развития и прогрессирования неалкогольной жировой болезни печени. Физическая активность повышает утилизацию жирных кислот в адипоцитах, активирует АМФ-киназы в мышцах.





Прогнозирование и профилактика преждевременных родов

Преждевременные роды, как причина смерти, заболеваемости и инвалидности недоношенных детей, - национальная трагедия во многих странах мира. Каждый год около 15 миллионов детей рождаются досрочно.

Организм недоношенного ребенка имеет очень много физических и психических отклонений. При выживании недоношенные дети, рожденные массой меньше 2500 граммов, в 10 раз чаще имеют неврологические и соматические осложнения, чем дети, рожденные с большей массой. Большинство недоношенных детей нуждаются в длительном стационарном и амбулаторном наблюдении по поводу инвалидности. Также рождение недоношенного ребенка, его болезнь и смерть являются серьезной психологической травмой для его родителей. Женщины, потерявшие ребенка, испытывают страх за исход следующей беременности, что приводит к конфликтам в семье, отказу от рождений детей.

В соответствии со сроком гестации существует следующая классификация преждевременных родов:

● **до 28 недель (27 недель 6 дней включительно) - очень ранние преждевременные роды**, составляют около 5% всех преждевременных родов. Новорожденные являются глубоко недоношенными, имеют очень низкую массу тела (до 1000г). Прогноз для них крайне неблагоприятный. Показатели заболеваемости и смертности новорожденных крайне высокие;

● **28-30 недель 6 дней - ранние преждевременные роды**, составляют около 15% всех преждевременных родов. Для новорожденных характерна низкая масса тела (до 1500г). Исход родов для плода и постнатальный прогноз более благоприятны;

● **31-33 недели 6 дней - преждевременные роды**, составляют около 20% всех преждевременных родов. У

новорожденных имеет место недоношенность средней степени;

● **34-36 недель 6 дней - поздние преждевременные роды**, составляют около 70% всех преждевременных родов.

Частота преждевременных родов не имеет тенденции к снижению, несмотря на многочисленные и высокоэффективные методы диагностики и лечения, разработанные в последние годы. Поэтому большое значение придается именно прогнозированию и профилактике преждевременных родов.

К преждевременным родам могут приводить причины, связанные со здоровьем беременной, состоянием плода, течением беременности, социально-биологическими условиями.

Факторы риска

К наиболее распространенным социальным факторам риска развития преждевременных родов относятся:

- ▶ проживание в отдаленных районах,
- ▶ возраст женщины менее 20 лет или более 40 лет,
- ▶ низкий социальный статус и связанные с этим недоедание, недостаточное потребление витаминов и микроэлементов,
- ▶ низкий уровень образования.

Значительному риску подвергаются курящие женщины, употребляющие алкоголь, а также имеющие низкий уровень витамина D в сыворотке крови.

Также **риск повышается** при наличии ранее преждевременных родов до 35 недель беременности.

Для первородящих женщин факторами риска являются самопроиз-



Елена Станиславовна КРАВЦОВА,

кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии с курсом ДПО,

Гулноза Халиловна НАБИЕВА,

клинический ординатор кафедры акушерства и гинекологии с курсом ДПО

- Алтайский государственный медицинский университет



Важную роль в риске недонашивания беременности имеют и инфекции: гепатит С, хламидии, уреаплазмы, микоплазмы, стрептококки группы В, эшерихии, гонококки.

вольный аборт и привычное невынашивание беременности в анамнезе. Аномалии развития матки, истмико-цервикальная недостаточность, а также выскабливание матки и хирургическое лечение шейки матки до беременности, - значительно повышают риск преждевременных родов.

Значимая роль принадлежит имеющемуся **сахарному диабету** (в том числе и гестационному), **заболеваниям, которые сопровождаются высоким артериальным давлением, хроническим инфекционным заболеваниями верхних дыхательных путей, почек, печени, полости рта** (пародонит, кариес), имеющимся **дефициту веса, избыточной массе тела или ожирению, стрессу на работе и дома, депрессии, тревожности.**

При настоящей беременности риск несут наличие **анемии, многоплодной беременности, а также низкая прибавка веса.**

Важную роль в риске недонашивания беременности имеют и **инфекции:** гепатит С, хламидии, уреаплазмы, микоплазмы, стрептококки группы В, эшерихии, гонококки.

Риск преждевременных родов в сроки гестации 34-36 недель повышается при **бактериальном вагинозе, наличии вируса папилломы человека (ВПЧ-инфекции).** Большое значение имеет **бессимптомная бактериурия.**



Однако выделение пациентов в группы высокого риска по преждевременным родам не позволяет установить срок возможного прерывания беременности.

Прогнозирование преждевременных родов

Длина шейки матки

Установлено, что выявление короткой шейки матки (менее 25мм) является ведущим признаком возможного развития преждевременных родов. **Измерение шейки матки при проведении ультразвукового исследования вагинальным датчиком (цервикометрия) в 16-24 недели с интервалом 14 дней позволяет более точно выявить женщин, угрожаемых по вероятному риску досрочного прерывания беременности.**

Определение высокого риска преждевременных родов путем влагалитической эхоцервикометрии дает основания для своевременного направления беременной в лечебное учреждение III уровня оказания перинатальной помощи (в Алтайском крае это - КГБУЗ «Алтайский краевой клинический перинатальный центр «ДАР» и КГБУЗ «Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства») и своевременного проведения курса профилактики респираторного дистресс-синдрома кортикостероидами. Именно эти технологии имеют доказанную эффективность в улучшении исходов и снижении заболеваемости и смертности недоношенных детей.

Эластография шейки матки

Для оценки консистенции шейки матки проводят эластографию. Оценка изменений плотности шейки матки с помощью методов ультразвуковой эластографии и измерение длины шейки матки и ее плотности имеют большое прогностическое значение. Так, **сочетание мягкой и короткой шейки матки значительно повышает риск развития самопроизвольных преждевременных родов как до 37 недель беременности, так и до 34 недель по сравнению с женщинами с нормальной длиной шейки матки.**



Следующий шаг - **определение биохимических маркеров**, так называемых плацентарных белков.

Биохимические маркеры

Определение фетального фибронектина в цервико-вагинальном секрете в 24-34 недели беременности.

Обычно фибронектин плода отсутствует в шейечно-вагинальном секрете с 24 недели беременности почти до родов, однако в 24-26 недель его обнаруживают у 3-4% женщин, и риск преждевременных родов у этих женщин значительно повышен.

Для клинической практики очень важно то, что этот тест имеет высокую прогностическую ценность отрицательного результата: при отсутствии фибронектина во влагалищном секрете вероятность того, что женщина родит в течение недели, составляет около 1%. Соответственно, высокий уровень фибронектина после 20 недель беременности будет свидетельствовать об очень высоком риске преждевременных родов. Таким образом, **при положительном результате теста риск преждевременных родов в течение 7-14 дней высокий, а при отрицательном - риск преждевременных родов очень низкий в течение 7 дней.**

Использование комбинации проведения ультразвуковой цервикометрии и определения фибронектина является лучшим маркером угрожающих преждевременных родов, позволяющим в 24-34 недели беременности своевременно провести лечебные мероприятия и максимально снизить смертность и заболеваемость недоношенных детей.

Инсулиноподобный фактор роста

Фосфорилированный протеин-1, связывающий инсулиноподобный фактор роста (фПСИФР-1), производится децидуальными клетками эндометрия во время беременности. Плодные воды, сыворотка плода и беременной женщины, напротив, содержат большие количества нефосфорилированного ПСИФР-1. При приближении срока родов плодная оболочка начинает отделяться от децидуальной оболочки. В результате высвобождается неболь-



шое количество фосфорилированного ПСИФР-1.

Тест на определение фосфорилированного протеина-1, связывающего инсулиноподобный фактор роста (Актим Партус, Актим ПРОМ) в цервикальном секрете для оценки зрелости шейки матки, - маркер преждевременных родов. Тест можно использовать для оценки действительного начала преждевременных или своевременных родов. Тест может применяться **с 22 недели беременности.** Этот тест высокоспецифичен, отрицательный результат предсказывает, что роды не произойдут в ближайшие две недели.

С целью профилактики преждевременных родов во время беременности рекомендуется назначение вагинального прогестерона в капсулах беременным, входящим в высокую группу риска: с преждевременными родами в анамнезе или с короткой шейкой матки в настоящую беременность. По результатам многоцентрового исследования, проведенного в США, профилактика преждевременных родов путем назначения вагинального прогестерона женщинам с короткой шейкой матки, выявленной при ультразвуковой цервикометрии, оказалась эффективной и экономически оправданной. Натуральный прогестерон одобрен для сохранения беременности в первом триместре у пациентов, получающих вспомогательные репродуктивные технологии в США, Европе и других странах мира. ☺

Использование комбинации проведения ультразвуковой цервикометрии и определения фибронектина является лучшим маркером угрожающих преждевременных родов, позволяющим в 24-34 недели беременности своевременно провести лечебные мероприятия и максимально снизить смертность и заболеваемость недоношенных детей.



Стеноз гортани у детей

Стенозирующий ларинготрахеит поражает значительную часть детского населения, давая высокий процент тяжелых осложнений и летальных исходов.

Об этом заболевании - наш разговор с **Мариной Владимировной КРОТОВОЙ**, заведующей инфекционным отделением №2, врачом-педиатром высшей квалификационной категории, КГБУЗ «Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства».

- Что такое «стеноз гортани», почему он развивается и у детей какого возраста чаще диагностируется?

- Наше второе инфекционное отделение специализируется на оказании неотложной помощи детям до 15 лет со стенозирующими ларинготрахеитами.

Стенозирующий ларинготрахеит, или синдром крупа у детей, - угрожающее жизни инфекционно-аллергическое заболевание верхних дыхательных путей различной этиологии, характеризующееся сужением гортани различной степени выраженности с «лающим» кашлем, дисфонией, инспираторной или смешанной одышкой.

Острый стенозирующий ларинготрахеит приобрел самостоятельное значение вследствие возникновения такого грозного осложнения, как развитие стеноза гортани. **Острый стеноз гортани - это быстро возникающий синдром, обусловленный сужением просвета гортани и развитием острой дыхательной недостаточности.** Поэтому стенозы гортани относят к неотложным состояниям.

Наиболее часто стенозы гортани развиваются у детей второго и третьего года жизни и до пятилетнего возраста, реже - у детей до года и еще реже - у более старших детей. Стенозирующий ларинготрахеит - это синдром, сопровождающий целый ряд заболеваний.

Чаще стенозы гортани имеют **инфекционную**, в частности, вирусную **этиологию**. Также на увеличение частоты стенозов гортани влияют и **неблагоприятные экологические факторы и погодные условия** (сухость воздуха, низкая температура). Немаловажную роль играют **изменения реактивности организма, сопротивляемость инфекциям, отягощенное психическое состояние ребенка** (неврозы, стрессовые состояния, поражения центральной нервной системы). У детей стенозы гортани могут возникать повторно и иметь рецидивирующий характер.

- Как протекает заболевание?

- Стеноз гортани развивается в результате отека гортани ниже голосовой щели, в подскладочном пространстве. Воспаление трахеобронхиального дерева вызывает увеличение секреции слизистых желез и отек слизистых оболочек. Поскольку диаметр дыхательных путей у детей грудного и раннего возраста небольшой, даже незначительное набухание слизистой оболочки приводит к выраженному уменьшению поперечного сечения дыхательных путей и возрастанию сопротивления воздушному потоку. Наименьший диаметр дыхательных путей грудного ребенка определяется на уровне перстневидного хряща. Он локализуется вне полости грудной клетки и его просвет сужается еще больше во время вдоха, что выражается в инспираторном стридоре (шумном дыхании). Отек голосовых связок проявляется в дисфонии: осиплости или афонии голоса. В результате избыточного накопления слизи и уменьшения диаметра дыхательных путей возрастает сопротивление току воздуха



и увеличивается интенсивность дыхания. Так проявляется тахипноэ, включение в процесс дыхания вспомогательной мускулатуры. При прогрессировании стеноза гортани нарушается газообмен с последующим развитием гипоксемии, цианоза, что может привести к полной непроходимости дыхательных путей и остановке дыхания.

К основным механизмам развития стенозирующего ларинготрахеита относятся:

◆ отек слизистой оболочки гортани (подскладочного пространства) и трахеи;

◆ рефлекторный спазм мышц гортани;

◆ гиперсекреция слизистых желез, скопление в области голосовой щели густой мокроты, корок, фибринозных или некротических наложений.

В зависимости от выраженности этих механизмов различают следующие **степени стеноза гортани:**

▶ **компенсированного дыхания** - характеризуется осиплостью голоса, грубым кашлем, затруднением вдоха при беспокойстве или при физической нагрузке, с втяжением мышц в области яремной ямки;

▶ **неполной компенсации дыхания** - характерно появление одышки



За счастливое здоровое детство!

ки в покое с втяжением мышц в области яремной ямки, эпигастрия, грудины, отмечаются признаки гипоксии, возбуждения, тахипноэ, тахикардия;

▶ **декомпенсированного дыхания** - характеризуется дыхательной, сердечно-сосудистой недостаточностью, выраженными метаболическими и микроциркуляторными изменениями;

▶ **терминальная степень** - характеризуется полной декомпенсацией жизненно важных функций организма.

- **Каковы проявления стенозирующего ларинготрахеита?**

- Учитывая, что изменения при стенозе гортани могут привести ребенка за короткий промежуток времени к асфиксии, стенозы гортани, как я говорила выше, относят к неотложным состояниям. Развиваются они чаще всего внезапно, как правило, ночью. Иногда на фоне полного здоровья, но могут развиваться и на вторые-третьи сутки заболевания и даже в более поздние сроки. В связи с этим различают **три клинических варианта стенозов гортани**. У **первого** ведущим в развитии является спазм гладкой мускулатуры, появляется инспираторная одышка, приступ грубого кашля, шумный вдох. **Во втором варианте** стеноз развивается на фоне клинических проявлений ОРВИ на 2-3 день в течение заболевания. **Третий вариант** - клиника стеноза начинается на 4-5 сутки и позже с момента ларинготрахеита, имеет постепенное прогрессирующее течение с переходом процесса на бронхи.

- **Что нужно делать при подозрении у ребенка стенозирующего ларинготрахеита?**

- Все дети с признаками стенозирующего ларинготрахеита должны быть госпитализированы в специализированные отделения. Чем раньше ребенок получит квалифицированную медицинскую помощь в полном объеме, тем быстрее будут купированы признаки стеноза гортани и не разовьются осложнения в виде нарушения дыхания вплоть до апноэ.

При появлении небулайзеров у населения дома детей со второй степенью стеноза гортани стало поступать больше. Чаще стали поступать дети не в первые сутки развития стеноза гортани, а на вторые-третьи, что значительно удлиняет сроки и результаты купирования стеноза гортани и увеличивает



рования стеноза гортани и увеличивает количество осложнений. **Все дети со стенозами гортани должны госпитализироваться в стационары, где есть отделение реанимации.**

Одной из причин стеноза гортани является **нейрогенный спазм мышц гортани**, выражающийся в смыкании голосовой щели. Поэтому необходимо соблюдать обстановку, исключающую отрицательные эмоции, так как волнение малыша является дополнительным фактором, усиливающим проявление стеноза гортани. Поэтому на догоспитальном этапе **необходимо успокоить ребенка и соблюдать обстановку, исключающую отрицательные эмоции**, поскольку возбуждение является дополнительным фактором, усиливающим проявление стеноза гортани. **Важно госпитализировать таких детей, не зависимо от возраста, вместе с матерью**, - хотя бы до купирования признаков стеноза гортани.

Терапия острого стенозирующего ларинготрахеита направлена на подавление основных механизмов, формирующих клинические проявления и патофизиологические сдвиги стеноза гортани. **До приезда скорой помощи необходимо обеспечить ребенку доступ свежего, теплого, увлажненного воздуха, дать теплое, лучше щелочное питье**. При гипертермии можно **дать жаропонижающее**, так как повышение температуры тела способствует учащению дыхания и тем са-

Оценка степени стеноза гортани обуславливает тактику и объем медицинской помощи, оказываемых ребенку. Лечебные мероприятия при стенозирующем ларинготрахеите направлены на как можно быстрое восстановление дыхательной функции и улучшение состояния больного, предупреждение прогрессирования стеноза гортани.



За счастливое здоровое детство!

► мым усиливает проявление стеноза гортани. Можно применить отвлекающие процедуры: горячие ножные или ручные ванны. Бригада скорой помощи независимо от стеноза гортани вводит внутримышечно или внутривенно глюкокортикоиды. Лечебный эффект от введения стероидов наступает спустя 15-45 минут и длится 4-6 часов. Гормоны снижают проницаемость клеточных мембран и проявления воспалительного процесса, уменьшают отек слизистой гортани, являются заместительной терапией надпочечниковой недостаточности в стресс-ситуации.

- Каковы возможности вашего отделения в лечении?

- В нашем стационаре базисной терапией является **ингаляционная терапия** двух видов: **небулайзерная и аэрозольно-кислородная**.

Небулайзеры используем с насадками для дисперсии частиц аэрозоля размером 2-10 мкм. Небулизация обеспечивает быстрое местное воздействие на зону воспаления в слизистой оболочке гортани. Биодоступность ингалируемых средств низкая и не оказывает воздействия на другие органы и системы. К преимуществам так же относятся: легкость выполнения ингаляции, возможность доставки более высокой дозы препарата и обеспечение его проникновения, даже в плохо вентилируемые участки дыхательных путей. Для более быстрого воздействия на подкладочное пространство используем ингаляцию с адреналином. Адреналин вызывает быструю анемизацию слизистой оболочки гортани, уменьшает ее отек, голосовая щель становится шире, признаки стеноза гортани уменьшаются, при этом не отмечается побочное действие на сердечно-сосудистую систему. В последнее время в качестве базисной ингаляционной терапии, ориентированной на локальный противовоспалительный эффект, используем препараты, которые оказывают противоаллергическое и антиэкссудативное действие, эффективно уменьшают обструкцию и гиперреактивность дыхательных путей.

Также назначаем аэрозольно-кислородные ингаляции в специальных палатках с целью купировать гипоксию и увлажнить голосовые связки. Длительность нахождения в кислородной



палатке зависит от степени стеноза гортани. При первой степени - 1-2 часа (3-4 раза в день), при второй степени - в постоянном режиме до перехода в первую степень. *Антибактериальная терапия* назначается по показаниям, в зависимости от клинического варианта, сроков заболевания, наличия признаков присоединения бактериальной инфекции. *Этиотропная терапия* включает назначение противовирусных препаратов. *Симптоматическая терапия* назначается для разжижения и транспорта мокроты из дыхательных путей. При наличии вязкой мокроты в дыхательных путях седативные средства угнетают кашлевой рефлекс, вязкая слизь при слабом кашле не удаляется, а засыхает и превращается в корки. Поэтому они назначаются только при сухом кашле у ребенка. Десенсибилизирующие средства и мочегонные препараты способствуют высушиванию слизистой оболочки гортани и обезвоживанию, ухудшают дренажную функцию дыхательных путей.

Необходим контроль за температурой тела ребенка, особенно при пребывании в кислородной палатке в переувлажненной атмосфере, так как гипертермия приводит к ухудшению состояния, появлению признаков гипоксии. **Важно следить за питьевым режимом**, потому что от достаточной гидратации зависят реологические свойства мокроты. При появлении влажного кашля, обязательным является **механическая стимуляция капля**. ☺

Соблюдение такой тактики лечения приводит к значительному снижению бактериальных осложнений при острых стенозирующих ларинготрахеитах, отсутствию летальности на протяжении многих лет при этом заболевании в нашем стационаре.





Оперативное вмешательство на сердце. Период выздоровления

(Окончание. Начало - в №2(206), 2020г.)

**Операция уже позади и вы выписываетесь домой.
Период выздоровления длится 3-4 месяца. В это время можно
постепенно возвращаться к своим обыденным делам.**

Оксана Валерьевна КОРЯГИНА,
старшая медицинская сестра, высшая
квалификационная категория, кардиохирургическое
отделение, КГБУЗ «Краевая клиническая больница»,
член ПАСМР с 2000 года

Темп и характер выздоровления различны у каждого человека. Вам необходимо самостоятельно найти правильный путь возвращения к оптимальной деятельности: не слишком усердствовать, но продвигаться к полной работоспособности. Помните, что на пути к полному выздоровлению возможны подъемы и спады. Не расстраивайтесь, если что-то не сразу получится, - это нормально. Вы можете проявлять активность без посторонней помощи. К тому же чрезмерная помощь членов семьи может затянуть время вашего возвращения к полной работоспособности.

Первая неделя дома:

- ◆ ежедневно 2-3 раза в день перед едой совершайте прогулки по ровной местности. Начинайте с того же расстояния, что проходили в последние дни в больнице, постепенно увеличивая дистанцию до 150-300 метров;

- ◆ ходите по лестнице, устраивая короткий отдых.

Вторая неделя дома:

- ▶ поднимайте и носите легкие предметы (до 5кг) на короткие расстояния с равномерным распределением веса на обе руки;
- ▶ постепенно возвращайтесь к сексуальной активности;

- ▶ можно заниматься легкой домашней работой: накрывать на стол, вытирать пыль, мыть посуду;

- ▶ ходьбу нужно увеличить до 600-700 метров.

Третья неделя дома:

- занимайтесь домашними делами, работой во дворе, избегая напряжения и длительных периодов работы в наклон и с поднятыми над головой руками;

- начинайте ходить на расстояние 800-900 метров. ▶



Советы медицинской сестры

Четвертая неделя дома:

◆ ежедневно занимайтесь домашними делами (подметание пола, работа с пылесосом, приготовление пищи, мытье машины и т.д.);

◆ увеличьте прогулки до 1км в день;

◆ поднимайте вещи до 7кг, одинаково нагружая обе руки;

◆ можно самостоятельно водить машину (при наличии прав) на короткие расстояния.

Пятая-восьмая недели дома (при отсутствии противопоказаний):

▶ увеличивайте дистанцию и скорость ходьбы;

▶ поднимайте вещи до 10кг (нагружая обе руки одинаково);

▶ играйте в теннис, плавайте;

▶ работайте лопатой и пропалывайте в саду;

▶ двигайте мебель (стулья, кресла);

▶ водите автомобиль на более длительные расстояния;

▶ можно вернуться на работу на неполный рабочий день, если она не связана с тяжелым физическим трудом.

В конце второго месяца уже можно делать всё, что вы делали до операции.

Помните! Не нужно поднимать тяжелые предметы весом более 10кг, в течение 4-6 недель (это срок сращения грудины) нельзя тянуть и толкать тяжелые предметы.

Употребление лекарств после операции. Часть из них предназначена на короткое, определенное врачом время, другая часть - навсегда. Вся информацию о лекарственной терапии вам даст врач на заключительной беседе в больнице перед выпиской. *Начинать и прекращать лечение следует строго по предписанию врача!* Если забыли принять лекарство в назначенное время, то в следующий раз не принимайте двойную дозу.

Общее самочувствие. В некоторых случаях могут появиться временные изменения: упадок настроения, сверхчувствительность, нервозность, отсутствие

аппетита, желания двигаться, раздражительность по отношению к окружающим, апатия и прочее. Это всё - временные явления, которые постепенно пройдут.

Послеоперационные боли:

● боли и неприятные ощущения в прооперированной области возможны в течение нескольких месяцев после операции. Это естественное и закономерное следствие операции, а не проявление осложнения. По мере необходимости можно использовать болеутоляющие лекарства, массаж, успокоительные упражнения;

● боль можно уменьшить, если понять ее происхождение (может быть, это следствие от тугих повязки, неудобного положения, жажды, холода, изменения части тела, раздражения от катетера и т.п.) Часто боль усиливается из-за страха, мышечного спазма в месте операции. Поэтому не напрягайте мышцы и постарайтесь расслабиться. Осторожно положите свою ладонь на больное место, чтобы боль уменьшилась от тепла руки.

Послеоперационные швы снимают в стационаре в день выписки. Дома необходимо ежедневно промывать раны водой и обычным мылом мягкими, очищающими движениями, но не тереть. Принимать душ можно через 1-2 недели после выписки, но прием ванн не рекомендуется. При выделениях из раны после ее промывания используйте стерильные повязки (они продаются в аптеках), заменяя их минимум 1 раз в сутки. *В случаях сильных изменений в ране: покраснение, обильные выделения, опухоль, повышение температуры в области шва - следует обратиться к врачу!*

Возможно временное отсутствие чувствительности или наоборот, повышенная чувствительность, ощущение зуда и боли в области раны, легкое покраснение. Все эти явления (иногда они усиливаются под влиянием изменения погоды) со временем пройдут.

Не бойтесь двигаться, глубже дышать и откашливаться. Послеоперационная рана не может разойтись или разорваться даже при сильном движении и кашле. Ранние движения, глубокое дыхание носом и откашливание предотвратят развитие осложнений и ускорят выздоровление. Откашливаться менее больно, если прижать больное место одной или двумя руками.

Медицинский бандаж после операций на сердце. Ношение бандажа не менее четырех месяцев необходимо для создания покоя грудины (так как ее сращение происходит в течение 3-4 месяцев).

Отдых. Необходимо в свой распорядок дня включать перерывы для отдыха. Позаботьтесь о дневном и спокойном ночном сне. В течение дня вы не обязаны находить-



Советы медицинской сестры

ся в постели. Можно отдохнуть в удобном кресле или сидя на диване. Важно отдохнуть полчаса после приема пищи. Постепенно можно уменьшать время отдыха и увеличивать время активности до полного возвращения к трудоспособности. Если трудно заснуть ночью, по назначению врача принимайте снотворные таблетки.

Активная деятельность должна возвращаться постепенно. Начинайте с действий, которые вы совершали в больнице, постепенно добавляя новые. Слишком усердствовать не стоит - до полного изнеможения работать не надо. Но не стоит и уклоняться от активности, так как это удлиняет период выздоровления. Рекомендуемая активность - ходьба. Можно начать с расстояний, которые вы проходили в больнице, и со временем, при нормальном самочувствии, увеличивать темп ходьбы и расстояние. Возможно, что первое время вы будете уставать, но постепенно обязательно достигните хороших результатов.

Поднятие тяжестей свыше 5кг (пакеты, сумки, дети и прочее) в течение трех месяцев противопоказано!

Подъем по лестнице утомляет значительно больше, чем ходьба. Поэтому рекомендуется начинать с медленного подъема и спуска, как вы это делали в больнице. При появлении чувства усталости - остановитесь, отдохните и затем продолжайте. Соблюдайте те же правила при преодолении любой возвышенности.

Правильная осанка. После операции возможны изменения в устойчивости осанки из-за болей, усталости, головокружения. Голова, плечи и грудная клетка прогибаются вперед и очень важно держать спину ровно, а плечи - расправленными.

Выполнение работы по дому. Начните с более простых функций (например, протирание пыли, помощь в приготовлении пищи и т.п.). Постепенно можно увеличивать объем работы. Избегайте такой работы, как передвижение мебели, мытье полов, подрезание травы и т.п.

Вождение автомобиля. Воздержитесь водить машину в течение первого месяца после операции, так как возможна замедленность реакций из-за приема лекарств, слабости или усталости. До полного заживления раны и мышц возможны определенные трудности, например, при поворотах тела, необходимых для вождения.

Поездки за границу. Необходима консультация врача при путешествии после трех месяцев со дня операции.

Занятия спортом. Виды спорта, требующие большого физического напряжения (плавание, езда на велосипеде, теннис и т.п.), разрешены только после консультации врача.

Сексуальная деятельность возможна и является частью процесса выздоровления. Но желательно возвращаться к ней постепенно, в спокойной приятной обстановке. Секс с постоянным партнером способ-



ствует ощущению уверенности и безопасности. Случается, что сексуальное влечение не проявляется из-за принимаемых лекарств, - в этом случае не стесняйтесь проконсультироваться со своим лечащим врачом. Изменения в настроении от приподнятого к удрученному, от спокойного и уверенного к повышенной обидчивости - характерны для послеоперационного периода. Учитывайте это и проявляйте взаимное понимание, участие и доброжелательность по отношению друг к другу.

Питание. Для каждого человека важна правильная диета. Питаться правильно - значит питаться разнообразно и получать удовольствие от еды. Принимать пищу необходимо в удобных комфортных условиях, желательно сидя у стола на стуле со спинкой. Правильная осанка понижает напряжение, накапливающееся в организме, и создает ощущение комфорта. Эстетическая сервировка стола способствует возникновению аппетита. Рекомендуется подавать каждое блюдо в маленькой тарелочке, так как маленькая полная тарелочка приятна глазу и «насыщает». Научитесь тщательно и медленно пережевывать пищу: пережевывание - один из важных процессов, способствующих правильному пищеварению и хорошему самочувствию. Пить необходимо в соответствии с полученными у врача рекомендациями, что повлияет на состояние сытости и бодрости, предотвратит головные боли, головокружение и запоры. Желательно выбрать постоянное место и время для питания. Оставьте привычку доедать остатки! Старайтесь есть только свою порцию.

Возвращение к работе зависит от вида перенесенной операции, от вида вашей работы и скорости вашего выздоровления. Обычно люди после подобной операции возвращаются на работу по прошествии 4 месяцев.

Желаем вам скорейшего выздоровления и крепкого здоровья! ☺



Герпес - это на всю жизнь



**Валентина Юрьевна
УЛАКОВА,**

процедурная медицинская сестра неврологического отделения, КГБУЗ «Городская больница №8, г.Барнаул», член ПАСМР с 2014 года

По данным ВОЗ, до 90% людей на Земле являются носителями вируса герпеса.

Фактически оставшиеся 10% - это дети до 3-4 лет, потому что именно после этого возраста большинство малышей попадает в общественную среду, например, в детский сад, и также заражаются.

Герпес - это вирус, который поражает клетку человека, «встраиваясь» в ее генетический аппарат. Заразиться им можно половым, воздушно-капельным, родовым (от матери к ребенку во время родов) и контактным путем (через рукопожатие, бытовые предметы, поцелуй).

Обычно заболевание не проявляет себя, пока у носителя не ослабнет иммунитет, к чему привести могут переохлаждение, перегревание, беременность, прием больших доз алкоголя, стресс, инфекционные заболевания.

Если высыпания появляются не чаще 4-5 раз в год и только на губах, - беспокоиться не нужно. Если же обострения происходят чаще пяти раз в год, высыпания появляются не только на губах, но и на других участках тела, причем обширных, - обязательно пройдите иммунологическое обследование.

Сейчас медицине известны 8 типов этого вируса. Самыми распространенными являются три первых типа герпеса: **I тип** способствует появлению простуды на губах, **II тип** вызывает заболевания половой системы, **III тип** становится причиной ветряной оспы и опоясывающего лишая.

Самые распространенные симптомы герпеса - высыпания в виде пузырьков, которые могут появиться на губах, слизистых оболочках носа и рта, половых органах и на теле. Перед появлением герпетических пузырьков в месте будущих высыпаний появляются предвестники: зуд, жжение, чувство покалывания.

Правда или нет?

Герпес поражает только кожу. Это не так. Вирус простого герпеса встраивается в геном нервных клеток, поэтому высыпания возникают в местах нервных окончаний и сопровождаются болью. Теоретически герпес может проявиться везде, где есть нервная ткань, а значит - практически в любом органе.

Можно вылечить, прижигая высыпания спиртом, йодом и зеленкой. К сожалению, нет. Прижигания не влияют на вирус герпеса и его активность, а вот ожог поврежденной кожи

и слизистых в этом случае возможен. Лучше аккуратно смазывать высыпания антисептиком, не содержащим спирта, что предотвратит присоединение гнойной инфекции.

Если сыпь прошла, значит, герпес вылечен. К сожалению, удалить навсегда вирус герпеса из организма человека невозможно. Он остается с ним на всю жизнь, и можно лишь заставить его находиться в «спящем» состоянии.

Заразиться герпесом можно только при наличии высыпаний. Действительно, в активной фазе болезни выделяется большое количество вирусных частиц, и вероятность заражения выше. Но **передача инфекции может произойти в любой момент** через невидимые микротравмы кожи и слизистых оболочек.

Памятка пациенту

- ▶ Во время болезни нельзя ни с кем целоваться!
- ▶ У заболевшего должны быть личная посуда, мыло, полотенце, постель, все предметы личной гигиены.
- ▶ В период вспышки герпеса не посещайте бассейн, сауну, баню.
- ▶ Воздержитесь от интимных контактов. В стадии ремиссии можно продолжить вести обычный образ жизни.
- ▶ Крем для лечения высыпаний наносите на губы косметическими палочками.

Лечение герпеса

Вылечиться полностью от вируса герпеса невозможно, поскольку большинство времени он находится в неактивном состоянии в ядре клетки. Но неприятные симптомы герпеса можно и нужно лечить.

Существует несколько лекарственных средств для лечения герпеса, имеющих доказанную эффективность. Основные из них: ацикловир, валацикловир (превращается в организме в ацикловир) и фамцикловир. Молекула ацикловира встраивается в ДНК вируса и «обманывает» его, нарушая процесс размножения.

Прием лекарственных средств для лечения непосредственно герпеса лучше совмещать с приемом витаминов, растительных иммуностимуляторов (женьшень, элеутерококк), а также старайтесь полноценно питаться и отдыхать.

При очень сильных высыпаниях, которые распространены на большой площади тела и сопровождаются температурой, - лучше обратиться к врачу! ☺

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



Репродуктивное будущее. Как не упустить патологии полового формирования у детей

(Продолжение. Начало - в №2(206), 2020г.)

Создание пола проходит целый ряд последовательных этапов: формирование гонад, внутренних гениталий, наружных гениталий и, наконец, формирование вторичных половых признаков. Регулирование этого процесса осуществляется генетическими и гормональными факторами. Но если на одном из этапов происходит сбой, то это приводит к развитию нарушений формирования пола.

О гипоспадии - наиболее частом пороке развития мочеиспускательного канала у мальчиков - рассказывает **Андрей Владимирович БОЙКО**, врач-детский хирург, врач-уролог-андролог высшей квалификации категории, кандидат медицинских наук, заведующий детским хирургическим отделением КГБУЗ «Детская городская клиническая больница №7, г.Барнаул».

- За последние 40 лет отмечен значительный рост случаев гипоспадии среди новорожденных: если в 80-е годы XX века частота рождения ребенка с этой патологией составляла 1:500 новорожденных, то в настоящее время встречается уже с частотой 1:125-150 детей.

Гипоспадия характеризуется основными признаками:

● *наружное отверстие мочеиспускательного канала* (меат) открывается не на верхушке головки полового члена, а *смещено проксимально* (в сторону промежности). В результате меат располагается в области головки, венозной борозды, ствола полового члена, мошонки или промежности;

● практически всегда имеется *искривление кавернозных тел* в большей или меньшей степени. Степень искривления определяется во время эрекции или во время операции, когда проводится тест «искусственной эрекции»;

● *дисплазия крайней плоти* - крайняя плоть расщеплена, располагается сверху полового члена, нависая в виде «капюшона».

Причины гипоспадии

Все причины до конца не изучены. Установлено, что ведущую роль в увеличении числа страдающих этим заболеванием имеют *экологическая обстановка, точечные мутации генов, употребление в пищу продуктов питания, содержащих дизрапторы*: андрогенные разрушители и андрогенные заместители, меняющие гормональный статус плода таким образом, что нарушается процесс формирования пола. В настоящее время к дизрапторам относят фунгициды, фталаты, пестициды и гербициды, большинство из которых присутствуют в нашей повседневной жизни.

Также к развитию патологии может привести *гормональная те-*



рапия, назначаемая матери при угрозе выкидыша, либо гормональная контрацепция, проводимая до предполагаемой беременности в сроки менее 12 месяцев.

Достаточно большой риск рождения мальчика с гипоспадией возможен *при экстракорпоральном оплодотворении*, так как во время ведения беременности используются женские половые гормоны, которые неблагоприятно сказываются на развитии половых органов у ребенка.

Наследственные факторы также играют немаловажную роль: известны случаи рождения детей с этим диагнозом в нескольких поколениях.

Сопутствующая патология

Зачастую гипоспадия сочетается с другими аномалиями развития: паховыми грыжами, крипторхизмом, гидронефрозом, пузырно-мочеточниковым рефлюксом, миеломенингоцеле, урогениталь-



ным синусом и другими. Поэтому всем детям для выявления сопутствующей патологии мочевыделительной системы перед операцией рекомендовано проведение **УЗИ почек и мочевого пузыря**.

При наличии гидронефроза или пузырно-мочеточникового рефлюкса первым этапом производится **коррекция патологии верхних или нижних мочевых путей**, а после этого - оперативное лечение гипоспадии.

Проксимальная гипоспадия

Пациентам с проксимальными формами, микропенией или с непальпируемым яичком зачастую требуется дифференцированный подход к лечению. Таким детям может потребоваться *консультация эндокринолога, генетика, проведение дополнительных методов обследования* для определения кариотипа с целью исключения патологии пола.

Выделяют следующие формы гипоспадии: *головчатая, венечная* (обе относятся к передним формам), *стволовая* (средняя форма), *мошоночная, промежностная* (обе относятся к задним формам), *гипоспадия без гипоспадии* или *гипоспадия типа хорды*.

Гипоспадия головчатая - наружное отверстие мочеиспускательного канала располагается несколько проксимальнее верхушки головки полового члена до венечной борозды. Крайняя плоть обычно дисплазирована. Половой член имеет незначительное вентральное искривление. Жалобы бывают на сужение наружного отверстия мочеиспускательного канала, тонкую струю мочи, изменение внешнего вида полового члена.

Гипоспадия венечная. При данной нозологии наружное отверстие мочеиспускательного канала располагается в области венечной борозды. Крайняя плоть располагается по дорсальной поверхности в виде «капюшона». Отмечается вентральное искривление. Жалобы на суженное меатальное отверстие. При мочеиспускании струя направлена под углом к половому члену.

Гипоспадия стволовая. Наружное отверстие мочеиспускательно-

го канала располагается на разных уровнях ствола. Половой член имеет более выраженное искривление, струя направлена книзу. Для того чтобы помочиться стоя, приходится подтягивать член к животу.

Мошоночная гипоспадия или члено-мошоночная. Наружное отверстие мочеиспускательного канала располагается в области мошонки или на границе мошонки и ствола полового члена. Отмечается выраженное вентральное искривление кавернозных тел или транспозиция полового члена. Мочеиспускание возможно только по женскому типу сидя. Наружные половые органы напоминают большие половые губы и увеличенный клитор. В большинстве случаев необходима консультация врача-эндокринолога.

Промежностная гипоспадия. Наружное отверстие мочеиспускательного канала открывается на промежности, кавернозные тела значительно искривлены, мошонка расщеплена, мочеиспускание по женскому типу. Наружные половые органы имеют смешанное строение. Достаточно часто требуется консультация эндокринолога и генетика.

Гипоспадия типа хорды. Наружное отверстие уретры располагается на верхушке головки, но имеет искривление полового члена разной степени выраженности. Искривление может быть только из-за дисплазии кожи по вентральной поверхности, сочетание дисплазии кожи и

Наследственные факторы при гипоспадии играют немаловажную роль: известны случаи рождения детей с этим диагнозом в нескольких поколениях.



наличие соединительно-тканых тяжей вдоль уретры, недоразвитие самой уретры.

Лечение гипоспадии

Операции по коррекции этого порока относятся к категории реконструктивно-пластических.

Оптимальный возраст для лечения гипоспадии - от 6 до 18 месяцев жизни ребенка. В этом возрасте дети гораздо легче переносят саму операцию и послеоперационный период. Дети, прооперированные до трехлетнего возраста, обычно не помнят даже о самом факте операции.

Хирургическое лечение гипоспадии направлено на:

- ◆ устранение искривления кавернозных тел;

- ◆ создание недостающего отдела уретры, без стенозов, свищей и лишенной волосяных фолликулов (причем, сформированная уретра должна расти вместе с ростом полового члена по мере взросления ребенка);

- ◆ расположение наружного отверстия мочеиспускательного канала на верхушке головки и придание ему продольного направления, чтобы обеспечить прямую струю мочи без разбрызгивания и девиации (отклонения);

- ◆ максимальное устранение всех косметических дефектов, чтобы обеспечить полную психосоциальную адаптацию пациента в обществе.

Оперативное лечение дистальных форм гипоспадии осуществляется за один этап. Вероятность получения отличного функционального и косметического результата превышает 95 процентов.

Лечение проксимальных аномалий требует более дифференцированного подхода, предпочтение отдается одноэтапным методикам. Для оперативного лечения мы применяем современные методики операций, специальный шовный материал, увеличительную технику и микрохирургические инструменты. Мы делаем всё от нас зависящее, чтобы максимально снизить количество послеоперационных осложнений и при этом получить превосходный функциональный и косметический результат.



Клинические рекомендации

по лечению гипоспадии

- **Оптимальный возраст** для первичной коррекции патологии - от 6 до 18 (24) месяцев жизни ребенка.

- **Основными целями хирургического лечения гипоспадии являются:**

- устранение искривления,
- создание неуретры адекватного диаметра,

- создание недостающего отдела уретры на верхушке головки,

- максимальное устранение всех косметических дефектов.

- **Сексуальная функция** после операции не нарушается.

- **При рождении проксимальные гипоспадии должны быть дифференцированы от патологии нарушения формирования пола**, при котором обычно имеется крипторхизм или микропенис.

- При дистальных, средних формах гипоспадии при сохранении уретральной площадки используется **ТИР-пластика** (метод тубуляризированной рассеченной уретропластики). **Onlay-tube-пластика** или двухэтапные операции применяются при мошоночной и промежностной формах патологии.

- **Требуется долгосрочное наблюдение** за пациентами, оперированными по причине этой патологии, - вплоть до пубертатного периода. ☺

Окончание следует

Оптимальный возраст для лечения гипоспадии - от 6 до 18 месяцев жизни ребенка.
В этом возрасте дети гораздо легче переносят саму операцию и послеоперационный период.



Клин - клином, или О том, как радиация помогает врачам бороться с онкологией

Радиоактивность, потенциально несущая смерть, в умных и умелых руках физиков и медиков давно превратилась в мощное оружие против рака. Сегодня радиотерапия - безопасный способ лечения злокачественных опухолей, а ее преимущества неоспоримы.

В отличие от операции радиотерапия не нарушает анатомического строения органа, уменьшает выраженный болевой синдром и улучшает качество жизни пациентов. А современные достижения радиологической онкологии делают ионизирующее излучение - само по себе являющееся канцерогенным фактором! - всё более эффективным в борьбе с «чумой XXI века».

Как алтайские онкологи с помощью радиации борются с раковыми опухолями, рассказывает *заведующий отделом радиотерапии Алтайского краевого онкологического диспансера Сергей Степанович ГЛОТОВ*.

Луч Вездесущий

- Сергей Степанович, противопухолевое лечение держится на трех основных «китах»: хирургия, радиология и лекарственная терапия. Каждый метод имеет свою зону эффективности. В чем главные преимущества радиологии?

- Первое, в чем стоит отдать должное радиотерапии, - это ее вездесущность: с помощью этого метода можно лечить любые злокачественные опухоли, где бы и насколько глубоко они ни находились. В отличие, например, от хирургии. При этом лучевое воздействие можно использовать как для

полного излечения рака, так и с целью облегчения его симптомов, когда исчезновение опухоли невозможно.

Если проводить параллели с химиотерапией, то эти методы различаются по соотношению воздействия на опухоль и здоровые ткани. Радиология - это местная терапия, она работает только с определенным участком тела. При медикаментозном лечении яды и токсины проникают ко всем тканям организма, поражают не только раковые клетки, но и здоровые.

- Радиолог и онколог как-то взаимодействуют в процессе лучевого лечения?

- Обязательно. На врачебных консилиумах присутствуют и онколог, и радиолог, и химиотерапевт. Они определяют тактику и сроки проведения радиотерапии. Мы строим свое заключение, опираясь на результаты гистологического анализа опухоли, информацию о ее размерах, месте расположения, стадии развития, а также об общем состоянии здоровья пациента.

Внутри и снаружи

- Насколько Алтайский онкодиспансер укомплектован необходимым лучевым оборудованием?

- На сегодняшний день наш отдел радиотерапии соответствует III уровню оснащен-



Сергей Степанович ГЛОТОВ

- заведующий отделом радиотерапии КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер», врач-радиолог высшей квалификационной категории. В 1994 году окончил АГМУ по специальности «Лечебное дело». После интернатуры и первичной переподготовки по радиологии в Российской медицинской академии последипломного образования, в Первом МГМУ им. И.М. Сеченова - с 1995 года работает врачом-радиологом в Алтайском краевом онкодиспансере. Состоит в Ассоциации онкологов Сибири и Дальнего Востока. Сотрудник кафедры онкологии, лучевой терапии и лучевой диагностики АГМУ. С его активным участием в 2012 году на базе АКОД создан филиал кафедры общей и экспериментальной физики АлтГУ с преподаванием цикла «Медицинская физика», руководителем которого он и был назначен.



Победим свой страх!

ности по международным стандартам. Мы работаем на современных высокотехнологичных аппаратах для лучевой терапии, планирования и дозиметрии, что позволяет проводить облучение на уровне, который доступен в развитых зарубежных странах.

Наряду с традиционной лучевой терапией мы проводим современные высокотехнологичные методы лечения - 3D-конформную лучевую терапию, лучевую терапию с регуляцией интенсивности (IMRT), объемно-модулированную лучевую терапию (VMAT), стереотаксическую лучевую терапию. Коротко говоря, все эти методики позволяют подвести к опухоли максимально высокую дозу излучения, при этом эффективно защищая окружающие здоровые органы и ткани.

Помимо дистанционной радиотерапии, мы уже более пяти лет активно проводим радиотерапию контактным способом. С помощью процедуры брахитерапии лечим гинекологические онкопатологии, а также опухоли пищевода, нижнеампулярного отдела прямой кишки, анального канала, носоглотки, трахеи и бронхов, - в этом нам активно помогают врачи эндоскопического отделения, отделения опухолей головы и шеи и другие специалисты.

Ежедневно лучевое лечение в нашем диспансере проходят около 200 пациентов, за год - примерно 2300-2500 человек. Сеансы ра-

диотерапии мы проводим как в круглосуточном стационаре, так и амбулаторно в соотношении примерно 50х50.

- Национальная онкологическая программа многими специалистами была признана успешной. Что она дала лучевой терапии в Алтайском крае?

- В конце прошлого года в нашем отделе появилась первая и пока единственная в регионе гипертермическая установка немецкой фирмы Celsius. Она лечит раковые опухоли с помощью высоких температур и способна многократно повышать эффективность проводимой радиотерапии. Стоимость оборудования составила 25млн рублей. Без федеральной поддержки диспансеру такие расходы были бы не по карману.

Но и это еще не все. В программе развития диспансера запланирован целый комплекс мер, которые позволят значительно улучшить оснащение радиологической службы нашей клиники. Так, до конца 2024 года должен быть построен новый радиологический корпус, в котором разместится выделенный радиологический стационар (*сейчас радиологические койки «разбросаны» по стационарным отделениям. - прим. ред.*) и три новых линейных ускорителя.

Один из них будет работать одновременно как линейный ускоритель и как радиохирургическая установка. Стереотаксическое (вы-

сокоточное) лучевое лечение проводится на аппаратах типа Гамма-нож и Кибер-нож, но и современный линейный ускоритель типа TrueBeam STX также может быть использован как для стандартных методик радиотерапии, так и для радиохирουργии. Наличие такого оборудования позволит лечить даже критично малые - до 3см - опухоли головного мозга, поджелудочной и предстательной желез, печени. За 1-3 сеанса большими дозами мы сможем без хирургического вмешательства побеждать коварные опухоли, с которыми при условии их роста бороться становится очень сложно.

Еще один аппарат, который нам очень нужен, - это установка для брахитерапии предстательной железы. Она позволяет проводить лучевое лечение внутри органа, когда источник излучения (изотопы) размещается непосредственно в простате. Пациент при этом получает максимальный результат при минимальных побочных явлениях. Имеющийся у нас Multi-Source, к сожалению, не позволяет проводить подобное лечение. А между тем, рак простаты в Алтайском крае уже вышел на второе место в структуре заболеваемости среди мужчин.

Химия + физика

- Золотым стандартом в онкологии считается комплексный подход к лечению раковых опухолей. Сочетание нескольких методов дает больший эффект в борьбе с заболеванием? Как это работает в случае с радиотерапией?

- Лучевая терапия довольно часто служит необходимым предоперационным этапом, например, если надо уменьшить опухоль в размерах. А после хирургического лечения в комплексной схеме радиотерапию проводят, чтобы предотвратить возникновение рецидивов.

В прошлом году в Алтайском краевом онкологическом диспансере мы начали применять лучевую



терапию в сочетании с таргетными препаратами и моноклональными антителами при ряде локализаций. Главное преимущество такого лечения заключается в том, что при грамотном сочетании оба вида терапии усиливают действие друг друга, увеличивая безрецидивный период на 20-30%.

В настоящее время такую терапию мы проводим при онкопатологиях головы и шеи, молочной железы, лёгких, пищевода, прямой кишки, головного мозга, а в дальнейшем планируем увеличивать количество таких методик и при ряде опухолей других локализаций.

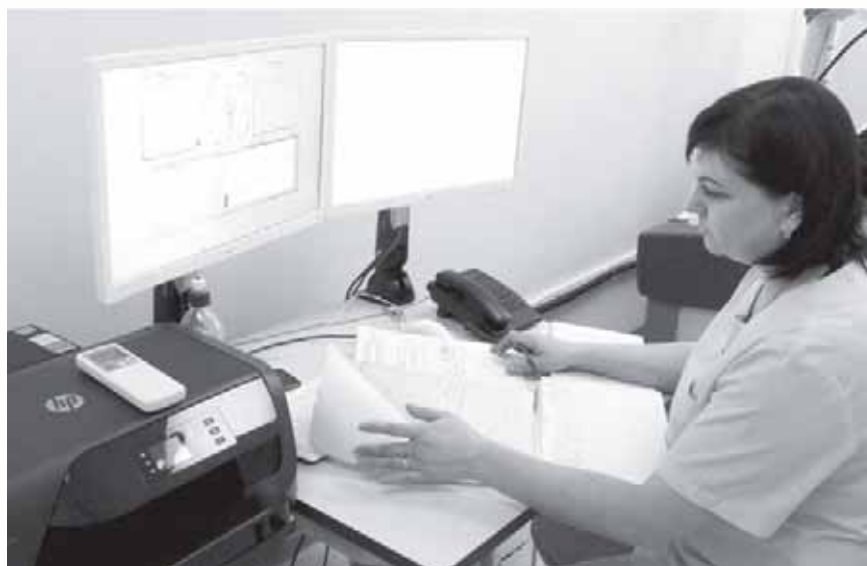
Гипертермическая установка, о которой я уже говорил, - это еще один большой шаг вперед в комплексном лечении наших пациентов. Суть методики заключается в том, что опухоль в течение часа нагревают при температуре 38-40°C, при этом раковые клетки становятся более уязвимыми для радиации. Поэтому, когда через 1-2 часа после гипертермии мы проводим сеанс лучевой терапии, злокачественные клетки уничтожаются на 25-30% эффективнее, нежели при лучевой терапии в чистом виде.

Согласно российским клиническим рекомендациям, гипертермия может проводиться при раке прямой кишки, опухолях шейки матки, рецидивных и местнораспространенных опухолях молочной железы и саркомах мягких тканей. А дополнив схемы лечения химиопрепаратами, мы добьемся у таких пациентов уже тройного воздействия на опухоль и сможем еще более улучшить результаты лечения.

Опухоль, я тебя не боюсь!

- Сергей Степанович, а есть опухоли, которые лучевому воздействию не поддаются?

- Увы, да. Но и эту проблему можно решить, подобрав такой способ и вариант облучения, кото-



рый позволяет изменить радиочувствительность опухоли. Кстати, в последнее время показания к лучевой терапии значительно расширились. Сейчас, когда мы можем обеспечить невероятную точность облучения, используя значительно более высокие дозы, чем раньше, мы берем на лечение пациентов с обширнейшими поражениями, с множественными метастазами.

При этом мы всегда работаем в тесной связи с урологами, гинекологами, эндоскопистами, хирургами, химиотерапевтами, медицинскими физиками.

- Медицинскими физиками?..

- Без них радиотерапия была бы невозможна. Именно они занимаются выбором вариантов облучения каждого пациента, ежедневно мониторят состояние аппаратов и занимаются их техническим обслуживанием.

В нашем диспансере служба медицинских физиков состоит из 8 человек. Специалисты проходили базовое обучение в Алтайском государственном университете и курсы специализации в НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина (Москва), МНИОИ им. П.А. Герцена филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, учебных центрах VARIAN (производитель 3D-конформных линейных ускорителей) в Швейцарии и Италии.

- Как бы там ни было, лучевая терапия - это тяжелое испытание для организма и многие пациенты ее боятся как огня. Часто приходится их убеждать?

- Естественно, услышав сочетание «радиологическое облучение», многие пугаются. На самом деле бояться этого не стоит. Ведь если заранее знать, какие побочные эффекты могут быть у такой процедуры, к ним можно подготовиться. Так, например, в процессе проведения радиотерапии у пациента может появиться усталость, снизиться аппетит. В качестве местной реакции на излучение бывает раздражение на коже, отеки, воспаления. С точки зрения клинических анализов нередко отмечают изменения крови: снижается число эритроцитов, тромбоцитов и лейкоцитов. Но спустя время после завершения лечения организм восстанавливается, коррекция также проводится и в процессе лечения.

В этом и заключается искусство врача, который одновременно должен быть и психотерапевтом, суметь в доступной, доходчивой форме объяснить пациенту необходимость данного лечения и настроить на борьбу с болезнью, которую нужно и можно победить! ☺

**Юлия Корчагина,
пресс-секретарь
КГБУЗ «Алтайский краевой
онкологический диспансер»**



Советы логопеда по развитию речи младших дошкольников

Каждый ребенок имеет собственный ритм развития, который зависит как от биологических предпосылок, так и от социального окружения. Однако в генетической памяти нервной системы каждого ребенка заложены определенные ориентиры, которым и следует большинство детей.

Логопеды оценивают первый крик ребенка, его гуление и лепет - ведь уже по их характеру можно говорить о возможных речевых нарушениях.

У большинства детей **гуление** появляется и развивается в возрасте от 2 до 4 месяцев, **лепет** возникает от 6 до 8 месяцев. Бедный звуковой состав гуления и лепета, их ненаправленный характер и другие признаки могут стать для родителей первым сигналом необходимости обращения к логопеду. Квалифицированный специалист уже на столь раннем этапе сможет дать родителям рекомендации по стимуляции речевого развития.

Начиная с 6 месяцев, у ребенка активно развивается понимание речи. **К 14 месяцам** малыш, используя указательный жест, показывает на членов семьи, на свои части тела, на некоторых животных и т.д. Первые слова у всех детей появляются в разные сроки, но, как правило, их появление примерно совпадает по срокам с появлением навыка самостоятельной ходьбы.

Если к 1,5 годам ребенок не использует указательный жест, не произносит хотя бы 3-5 слов, обращенных к взрослому, не реагирует на собственное имя или просьбу дать вам какой-либо знакомый ему предмет, то именно в это время обязательно стоит обратиться к логопеду для выяснения причин задержки речевого развития и определения дальнейшей стратегии действий.

Простая фраза, например, «идем туда», «дай пить» и т.п., должна появиться у детей **к 2 годам**, а **к 3 годам** они уже используют развернутую фразовую речь, допуская отдельные ошибки в словообразовании и словоизменении.

В 3 года понимание речи уже настолько развито, что ребенок различает основные предлоги, например, «на - под», формы единственного и мно-

жественного числа, рода и другие грамматические категории. Поэтому, прежде чем, сообщать логопеду о том, что ваш ребенок «всё понимает, но не говорит», задумайтесь, что вы вкладываете в понятие «всё».

Если у ребенка 24-26 месяцев отсутствует фразовая речь, либо имеется явно ограниченный запас понимаемых слов, то это однозначная причина для посещения логопеда. Однако необходимо учесть, что речевое развитие мальчиков и девочек отличается, мальчики чаще начинают говорить позже.

У ребенка третьего года жизни проверьте

● ...какими частями речи он пользуется (употребляет ли в своей речи прилагательные, числительные, местоимения, наречия), как часто применяет обобщающие слова (например, огурец, помидор, морковь называет одним словом овощи)?

● ...какие виды предложений использует ребенок: простые, распространённые, сложноподчинённые; из какого количества слов составляет их?

● ...как часто задает вопросы, как передает содержание небольших рассказов, сказок (по вопросам), использует ли при этом интонационные средства выразительности?

● ...какие звуки произносит правильно, какие неправильно, какие совсем не произносит?

На третьем году жизни у малыша интенсивно развивается мышление: он начинает сравнивать одни предметы с другими, устанавливать между ними простейшие связи, обобщать предметы по сходным признакам. Он начинает воспринимать и правильно осмысливать содержание небольших рассказов, коротких сказок, может вслед за взрослым повторить довольно сложные слова и фразы. Возрастающий интерес



Светлана Александровна МАУРЕР,

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





В разговоре трех-летний малыш в основном пользуется простыми предложениями. Он настолько уже овладел речью, что может объяснить, что ему нужно, рассказать то, что он видел, он легко общается с малознакомыми людьми и сверстниками.

ребенка к предметам и действиям с ними побуждает его постоянно обращаться к взрослым. **Но обратиться и получить информацию он может, только овладев речью.** Это и является главным стимулом к ее усвоению.

Быстро пополняется словарный запас ребенка: к трем годам он достигает примерно 1000 слов. Кроме существительных и глаголов ребенок всё чаще употребляет прилагательные, наречия, местоимения. Наряду с расширением словаря и уточнением произношения в этом возрасте происходит дальнейшее усвоение грамматического строя родного языка. Ребенок свободно связывает несколько слов в цельные предложения, согласуя в роде, числе и падеже, хотя в грамматическом отношении речь его не всегда правильна.

В разговоре малыш в основном пользуется простыми предложениями. Он настолько уже овладел речью, что может объяснить, что ему нужно, рассказать то, что он видел, он легко общается с малознакомыми людьми и сверстниками.

Что делать, чтобы речь у ребенка развивалась правильно?

1. Мотив. Ни в коем случае нельзя предупреждать желания ребенка! Надо дать ему возможность выразить свою просьбу словами. Например, мальчик подошел к столу и тянется к вазе с яблоками, а мать вместо того, чтобы спросить его: «Что тебе дать?», молча дает ему яблоко. Малыш также молча берет его и отходит. Его желание выполнено - необходимости к общению нет.



2. Любознательность. Не оставлять без внимания эти бесконечные вопросы: «Что это? Почему? Зачем?» и т.д. Причём однозначные ответы не будут стимулировать речь малыша, поэтому необходимо не только называть предметы, но и указывать их назначение, некоторые свойства и качества.

3. Сопровождайте любую совместную деятельность речью, постоянно задавайте ребенку вопросы. «Я ходила в магазин. Давай посмотрим, что я купила». Вынув из сумки помидор, спросите малыша: «Что это?» - «Помидор», - ответит он. «Какого цвета помидор?»... Таким образом, можно сравнивать помидор с другими предметами по форме, величине, качеству, цвету. Расширению словарного запаса, уточнению значений слов очень помогают совместные игры взрослого и ребенка.

4. Избегайте постоянных «нельзя», «не смей», «не трогай». Новые и незнакомые предметы ребенку хочется потрогать, хорошенько рассмотреть, что с ними делать. Так, если на улице внимание малыша привлекла кошка, то подойдите к ней, рассмотрите ее как следует: скажите какая кошка красивая, какая у нее полосатая спинка, белые лапки, длинные усы и хвост, как кошка умеет «разговаривать» - мяукать, назовите ее детенышей - котят, и т.д.

5. Исправляйте грамматически неверную речь ребенка. Часто в этом возрасте ребенок допускает ошибки в согласовании слов с существительными во множественном числе (один карандаш - много карандашей), а также в употреблении предлогов (на, под, в). Посадите куклу на стол и спросите: «Где кукла?» (на столе). Затем поставьте машину под стол: «Где машина?» (под столом). Положите куклу в коробку и спросите: «Где кукла?» (в коробке). Если ребенок затрудняется или дает неправильные ответы, поправьте его.

6. Развивайте слуховое восприятие у ребенка. Очень важно учить ребенка прислушиваться к окружающим его звукам (тиканье часов, шум проезжающего автомобиля и т.д.), а также отличать на слух разные звучания (барабана, дудки, погремушки и т.д.) и звукоподражания («мяу» - мяуканье кошки, «з-з-з» - звон комарика, «ж-ж-ж» - жужжание жука и т.д.)

7. Укреплять мышцы артикуляционного аппарата. У большинства детей в этом возрасте движения языка, губ, нижней челюсти вялые, замедленные и неточные. Поэтому необ-



ходимо выполнять специальные упражнения в игровой форме, можно перед зеркалом (ребенок сможет рассмотреть, как эти движения получаются у вас и сравнить со своими движениями).

8. Следите за темпом речи и интонацией. Если малыш торопится высказать свои мысли, говорит очень быстро, то необходимо вместе с ним произносить уже сказанную фразу медленней, а также следить за своим темпом речи. Ребенок этого возраста может уже пользоваться интонационными средствами выразительности речи (изменять голос по высоте и силе, правильно делать паузы, менять темп речи в зависимости от характера высказывания). Поэтому, рассказывая ребенку сказку, не забывайте о выразительности своей речи.

9. При заучивании стихов используйте отражённую речь. Помните, что ребенку всегда легче повторить уже произнесенную фразу за вами, уяснив ее смысл, поэтому любое заучивание начинается с речевого образца. Заучивайте по одной строчке: «Сначала я (послушай), потом ты (повтори)». Например, мама произносит: «Наша Таня громко плачет» - ребенок повторяет - «Наша Таня громко плачет», и т.д.

Регулярные речевые игры с ребенком помогут ему своевременно усвоить звуки, увеличить словарный запас, научиться правильно строить фразы, говорить ясно и понятно для окружающих.

Общие правила выбора и использования игрушек для развития речи

● Соответствие игрушек реальным предметам и объектам по цвету, форме и т.д. Например, стоит избегать покупки розовых обезьян или кукол с излишне крупной головой. При выборе деревянных рамок-вкладышей или картинного материала также необходимо следить за реалистичностью изображений.

● Разнообразие материалов, из которых сделаны игрушки одного и того же типа. Например, пирамидка может быть деревянной, связанной из шерсти, пластиковой, резиновой и другая, а мячики для игр могут звенеть, сверкать, шуршать, колотиться и т.д.

● Сенсорные свойства игрушки должны подходить конкретному ребенку. Выбирая игрушку, задумайтесь: не испугается ли ребенок зайчика, спи-



того из настоящего меха? не слишком ли шершавая игрушка? достаточны ли яркие цвета у этой пирамидки? и т.п.

● **Сортируйте игрушки по коробкам, ящикам и прочему в зависимости от стоящих перед вами задач.** На одной неделе для вас актуальны коробки, в одной из которых лежат все звери, а в другой - птицы. На следующей неделе - в одной коробке будут лежать мягкие, а в другой - колючие предметы. На такие коробки, корзинки и мешочки лучше наклеить значок - обозначение, что будет способствовать развитию инициативы ребенка по выбору игры. Помогите ребенку сортировать игрушки, превратив это в игру.

● Для развития мотивации и преодоления негативизма иногда стоит завести одну игрушку-героя ваших занятий. Например, зайчик или фея, или пират, который от своего лица просит ребенка сделать что-либо, а также выдает поощрения (в частности, лакомство). Если ребенок вел себя негативно, то именно зайчик или пират не дадут ему лакомство, а не мама.

Родителям, чьи дети не начали пользоваться активной речью до 2,5 лет, в любом случае стоит обратиться к логопеду для установления причин этого явления. Зачастую причиной задержки речевого развития является не понимание необходимости речевого воспитания ребенка, в этом случае при организации логопедом семейного речевого воспитания родителям удастся решить проблему и без специальных логопедических занятий. ☺

Регулярные речевые игры с ребенком помогут ему своевременно усвоить звуки, увеличить словарный запас, научиться правильно строить фразы, говорить ясно и понятно для окружающих.



Почему важно обучение в школе сахарного диабета



Оксана Михайловна НАЗАРКИНА,
главный внештатный детский эндокринолог минздрава Алтайского края, заведующая эндокринологическим отделением, КГБУЗ «Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства»

Неуправляемый должным образом сахарный диабет оказывает выраженное отрицательное воздействие на качество жизни больных, приводит к психологической и эмоциональной дезадаптации детей и подростков.

Поэтому обучение стало неотъемлемой частью организации специализированной лечебно-профилактической помощи больным сахарным диабетом.

Школа для пациентов с сахарным диабетом на базе Алтайского краевого клинического центра охраны материнства и детства существует более 15 лет. Здесь проходят обучение пациенты и законные представители ребенка. Более того - обучаться могут все члены семьи, которые живут с ребенком, имеющим диагноз «сахарный диабет», или же имеют контакт с ним.

Пациенты в стационаре параллельно с лечением проходят обучение технологии лечения заболевания, образу жизни при сахарном диабете 1 типа, инсулинотерапии, питанию, инъекциям, узнают, какие бывают осложнения, как бороться с неотложными состояниями.

Обучение проводится по специальным структурированным программам с четкой регламентацией объема и последовательности изложения, с постановкой учебных целей для каждого этапа. Каждый «учебный шаг» содержит в себе необходимый набор педагогических приемов, направленных на усвоение, повторение и закрепление знаний и навыков, а также включает использование наглядного материала. Информация подается в легкодоступной форме для восприятия пациенту и родителям.

Школа для пациентов с сахарным диабетом проводится в отделении эндокринологии для детей Алтайского краевого клинического центра охраны материнства и детства (4 этаж) с понедельника по пятницу в 14 часов. Обучение проводят врачи-детские эндокринологи отделения Кристина Анатольевна КУРАКОВА и Татьяна Андреевна РЫБАЛКО. Занятия школы - бесплатные. С марта 2020 года на сайте Алтайского краевого клинического центра охраны материнства и детства запущена видеоскола по школе сахарного диабета в формате вебинаров. 🌐

ОСНОВНЫЕ ШКОЛЫ



Кристина Анатольевна КУРАКОВА,
врач-детский эндокринолог, отделение эндокринологии для детей КГБУЗ «Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства»

Сахарный диабет - одно из самых распространенных хронических заболеваний среди детей. На тысячу больных (статистика по возрасту до 20 лет) приходится 1,7 заболевших диабетом.

Чаще всего у детей выявляют **сахарный диабет первого типа**, в основе которого лежит аутоиммунный процесс, приводящий к абсолютной инсулиновой недостаточности. И сегодня единственный способ лечения - это **пожизненная заместительная инсулинотерапия**. Поэтому понимание пациентом принципов углеводного обмена и умение управлять им становятся жизненно необходимыми.

Поддержание углеводного обмена в рамках компенсации заболевания является одним из важнейших факторов, который препятствует развитию поздних осложнений, нормальных темпов физического и интеллектуального развития пациентов детского возраста. При этом **эффективность лечения сахарного диабета предполагает не только интенсивную инсулинотерапию, но и качественный контроль гликемии, обучение основополагающим принципам питания и физической нагрузки, а также психосоциальную поддержку пациента.**

Помимо инсулинотерапии, как основного метода лечения сахарного диабета, **обученные пациенты должны регулярно проводить самоконтроль, коррекцию дозы инсулина, соблюдать определенные правила питания.** И нужно помнить, что хроническая декомпенсация заболевания, помимо ухудшения соматического здоровья, приводит к психологической и эмоциональной дезадаптации детей и



аспекты ведения сахарного диабета

подростков, а также к проблемам общения в семье и со сверстниками.

Нехватка обучения так же опасна, как и нехватка инсулина. Этот постулат всех школ диабета сформулировал один из основоположников современной диабетологии Элиот Проктор Джослин. Именно Джослин стал автором первого руководства по сахарному диабету для врачей и пациентов, изданному в 1918 году, - за несколько лет до открытия инсулина.

Чтобы добиться наилучшего результата в умении управлять лечением сахарного диабета, грамотно решать различные жизненные ситуации, **пациент должен быть хорошо осведомлен во всех аспектах собственного заболевания.**

Сахарный диабет - это серьезное заболевание, которое требует особой ежедневной дисциплины пациента и достаточных знаний. Какие причины вызвали заболевание, его признаки, чем и как часто нужно проводить замер глюкозы в крови, как питание влияет



на показатели уровня сахара в крови, какие осложнения могут быть со стороны других органов и систем из-за нестабильных сахаров, можно ли заниматься спортом и каким?.. Ответы на эти вопросы невозможно получить подробно на 15-минутном обходе врача в стационаре или амбулаторно на приеме, поэтому на базах лечебных учреждений для подробного обучения детей и их родителей дальнейшей жизни с этим диагнозом создаются школы сахарного диабета.

На базе Алтайского краевого клинического центра охраны материнства и детства в отделении эндокринологии для детей работает школа сахарного диабета. В ней проходят бесплатное обучение все родители и их дети, находящиеся на лечении в стационаре, а также амбулаторные пациенты.

Знания и умения, которые пациенты получают в школе диабета, помогают им обеспечить достаточный уровень компенсации заболевания, а также самостоятельно справиться в домашних условиях с проблемами, которые могут возникнуть при переходе на свободный режим питания и физических нагрузок.

Понимание пациентом принципов углеводного обмена и умение управлять им становятся жизненно необходимыми при сахарном диабете.



Обучение в школе сахарного диабета проводится по специальным структурированным программам с четкой регламентацией объема и последовательности изложения, с постановкой учебных целей для каждого этапа.

Основная задача врачей-эндокринологов, читающих лекции в школе диабета, - помочь приобрести комплекс знаний и умений, позволяющие в любой, даже неожиданной, ситуации, которая привела к ухудшению самочувствия, связанного с показателями гликемии, быстро и самостоятельно справиться с возникшей проблемой. Обучение проводится по специальным структурированным программам с четкой регламентацией объема и последовательности изложения, с постановкой учебных целей для каждого этапа. Каждый «учебный шаг» содержит необходимый набор педагогических приемов, направленных на усвоение, повторение и закрепление знаний и навыков, а также включает использование наглядного материала.

В нашей школе сахарного диабета цикл обучения состоит из семи занятий. Информация подается в доступной форме и пациенту, и родителям.

На первом занятии специалисты рассказывают, что такое диабет, откуда пришло первое описание о нем как о болезни, причинах его развития, симптомах. Уже на этой встрече коротко обозначается тактика лечения.

Второе занятие посвящено самоконтролю. Здесь речь идет о ведении дневников самоконтроля, способах контроля над диабетом, вводится пояснение, что такое глюкометр. Родители и дети узнают, какие глюкометры представлены на нашем рынке, и чем они отличаются между собой, как правильно ими пользоваться, а также узнают о современных неинвазивных спосо-



бах измерения уровня гликемии (системах непрерывного мониторинга сахара в крови - Dexcom, Freestayle Libre), с помощью которых можно следить за уровнем сахара в крови в течение дня без прокола пальца.

Тема третьего занятия - питание. Врачи помогают пациенту получить и усовершенствовать знания о принципах питания при сахарном диабете и использовать их в повседневной жизни. Разбираются основные вопросы: что можно есть, когда и в каком количестве? Рассказывают о таких понятиях, как хлебная единица, о способах ее расчета в продуктах, углеводном коэффициенте и сахарозаменителях (какие из них можно и в каком количестве).

Теме инсулинотерапии посвящено четвертое занятие. Пациент не только пополняет и систематизирует знания по вопросам инсулинотерапии, но и учится принимать самостоятельные решения по коррекции дозы инсулина в повседневной жизни. Поясняются основные виды инсулина, их классификации по продолжительности действия, говорят о коррекции дозы инсулина в домашних условиях в зависимости от характера питания, физических нагрузок, а также узнают, какие факторы определяют суточную потребность инсулина. Слушатели занятия узнают, как и где правильно хранить инсулин, как часто и зачем менять иглы на шприц-ручках. Специалисты рассказывают о совре-



менных средствах введения инсулина - инсулиновой помпе: что это за прибор, зачем он нужен, какие существуют показания для его установки пациенту.

На пятом занятии разбирается физиология углеводного обмена. Эндокринологи рассказывают слушателям о том, что такое гипергликемия и гипогликемия. Каковы причины их развития, какие симптомы, на которые нужно обратить внимание, какие существуют тактики купирования этих состояний в домашних условиях.

Шестое занятие посвящено осложнениям сахарного диабета, причинам их развития, тому, какие органы страдают в первую очередь из-за нестабильной гликемии. Пациент не только пополняет и систематизирует свои знания по хроническим осложнениям сахарного диабета, но и получает мотивацию для своевременного обследования на наличие хронических осложнений сахарного диабета и проведения соответствующих лечебных и профилактических мероприятий.

Завершает обучение в школе сахарного диабета **седьмое занятие**, посвященное физическим нагрузкам. Специалисты обучают пациентов умениям, необходимым для управления процессами, сопровождающими физические нагрузки для пациента. Ведь спорт является неотъемлемым способом в лечении сахарного диабета. При каких условиях можно приступить к занятиям, какой и сколько раз должен быть контроль уровня гликемии, рекомендации по приему углеводов и коррекции инсулинотерапии, какие



виды спорта рекомендованы пациентам с сахарным диабетом первого типа - ответы на эти вопросы слушатели получают на лекции.

В завершении хочу отметить, что **школа диабета помогает достичь реального успеха в трудной борьбе с болезнью**. И многие люди, страдающие диабетом, добиваются успехов в карьере, женщины в дальнейшем рожают детей и остаются работоспособны, дети с этим заболеванием без каких-либо проблем оканчивают школу и высшие учебные заведения. То есть это люди, которые реализуют себя в семейном и личном счастье. Разумеется, это большая победа медицины, но этот успех не состоялся бы без участия самого пациента и его достаточной грамотности

по своему заболеванию. В среде медицинского сообщества важность и актуальность обучения ни у кого не вызывает сомнения. Обучение - это не просто компонент лечения сахарного диабета, это и есть само лечение, оно является жизненно важным параметром в интеграции больных сахарным диабетом в обществе. 🌍

Если пациент смог принять свое заболевание, смог научиться с ним жить, значит, главный шаг на пути к успеху сделан!



COVID-19

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

КОМУ 60 ЛЕТ И БОЛЕЕ



Инфекция передается от больного человека к здоровому при близких контактах



Когда больной человек чихает или кашляет рядом с вами, капельки слизи изо рта и носа больного попадают воздух, которым вы дышите, на предметы и поверхности, к которым вы прикасаетесь



Люди старше 60 лет в группе высокого риска, у них возможны опасные осложнения коронавирусной инфекции, в том числе вирусная пневмония



Реже посещайте общественные места (магазины, аптеки, МФЦ, банки) Избегайте необязательных поездок в общественном транспорте, особенно в часы пик



Часто мойте руки с мылом (после кашля, чихания, возвращения с улицы, после контактов с упаковками из магазинов, перед приготовлением пищи)



Не трогайте немытыми руками лицо, рот, нос и глаза - так вирус может попасть в ваш организм



При кашле и чихании прикрывайте рот и нос одноразовой бумажной салфеткой, и выбрасывайте её сразу после использования



Протирайте влажными антисептическими салфетками предметы, которые были с вами в общественных местах и в транспорте (сумки, телефоны, книги и др.)



Попросите близких или сотрудников социальной службы помочь с оплатой коммунальных услуг, приобретением товаров дистанционно



В случае любого недомогания не ходите в поликлинику, а вызывайте врача на дом



Если у вас признаки простуды, а ваши близкие выезжали за рубеж в последние 2 недели, обязательно скажите об этом врачу, он назначит анализ на новую коронавирусную инфекцию



Если ваши близкие вернулись из-за границы и у них появились признаки простуды - ограничьте с ними контакты, требуйте их обращения за медицинской помощью

РОСПОТРЕБНАДЗОР
ЕДИНЫЙ КОНСУЛЬТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР
РОСПОТРЕБНАДЗОРА 8-800-555-49-43

**БЕРЕГИТЕ СЕБЯ И
БУДЬТЕ ЗДОРОВЫ!**

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОГО СИБИРЬ

№3 (207) март 2020 г.



Лауреат Губернаторской премии среди СМИ по итогам 2003 года

Почетная грамота
Союза журналистов России



Благодарность от Управления
Алтайского края
по физической культуре и спорту

Почетная грамота Правительства
Алтайского края, 2017 год



Свидетельство о регистрации СМИ №ПМ-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 31.03.2020 г.,
фактически - 14:00 31.03.2020 г.
Дата выхода: 07.04.2020 г.

Главный редактор - Ирина Валентиновна Козлова
(тел. 8-960-939-6899).

Ответственный редактор - Мария Юртайкина.
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 Назаров А.В.: 656049, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Чкалова, 228. Тел. (3852) 38-33-59. Печать офсетная. Тираж - 4120 экз. Цена свободная.

Подписной индекс в каталоге АП «Алтай» - 73618
Подписной индекс в каталоге «Почта России» - ПР893



Расширенная коллегия министерства здравоохранения Алтайского края по итогам 2019 года

