

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

6+

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№3 (195) МАРТ 2019



Путь в профессию...



Вопрос кадров, пожалуй, один из самых острых в учреждениях социальной сферы, в том числе и в системе здравоохранения. Причем, острота проблемы только нарастает.

Получив соответствующее образование врача, среднего медицинского работника или педагога, многие не работают по специальности ни дня! Либо быстро уходят из профессии, объясняя это тем, что совершенно по-иному представляли себе работу, чем это оказалось на практике.

Что можно и нужно предпринять? Как помочь с правильным выбором будущей профессии?

Ректор Алтайского государственного медицинского университета И.П. Салдан в своем докладе на отчетной конференции по итогам деятельности в 2015-2018 годах констатировал: **«образовательная деятельность АГМУ начинается с профориентационной работы со школьниками».**

Медицинский вуз пошел по пути целенаправленной работы именно со школьниками, причем, с этой целью в 2016 году был организован институт довузовского образования. Как результат: университет стал более системно курировать весь спектр работы с учащимися школ Алтайского края от младшеклассников до выпускников. Ежегодно для школьников Барнаула и края проводятся Дни открытых дверей. За последние четыре года их посетило около 10 тысяч человек. Для учащихся сел края регулярно проводятся выездные профориентационные мероприятия. Только в 2018 году ими было охвачено более 14 тысяч школьников, а за 4 года - около 60 тысяч. Наибольшее внимание уделяется ученикам 7-11 классов: для них организованы профильные медицинские классы, профильные академические школы вуза, очные и заочные курсы по подготовке к ЕГЭ по химии и биологии.

Алтайский край вошел в пилотный проект «Будущие кадры современного здравоохранения», который АГМУ реализует совместно с депутатами Государственной Думы РФ Г.Г. Онищенко и В.А. Елькомовым. Цель проекта - качественная подготовка к сдаче ЕГЭ и поступление в медуниверситет учащихся края для сокращения кадрового дефицита в медицинских организациях, в первую очередь, именно сельской местности. В рамках пилотного проекта с 1 февраля 2019 года началось обучение учащихся 11-х классов Рубцовска, Рубцовского и Благовещенского районов в режиме видеоконференций. Дистанционные занятия по биологии и химии ведут преподаватели АГМУ. В проекте участвуют 120 школьников, планирующих поступать в медуниверситет. С лучшими из них будут заключены договоры целевого обучения, а в дальнейшем будет рассмотрена возможность целевого их обучения в ординатуре.

Конкуренция за лучших выпускников школ между учебными заведениями всегда высокая. Но важно, чтобы последующие усилия вузов, средних учебных заведений, самих учащихся не были напрасными.

И я обращаюсь к руководителям медицинских учреждений края с просьбой поддержать проведение акции **«Дни профессии»**. Это - совместная акция Общероссийского народного фронта и платформы «Россия - страна возможностей». Предполагается, что в рамках акции для школьников разных возрастных групп (5-6 классы, 7-8 классы, 9-11 классы) и студентов первых курсов пройдут серии экскурсий на современные промышленные предприятия России, во время которых они смогут увидеть производство и технологический процесс «изнутри» и даже попробовать себя в разных профессиях: рабочие и инженерные специальности, IT-сфера, банки и юридическое дело, государственная служба, малый бизнес и многое другое. Цели акции - способствовать ранней профориентации школьников, показать школьникам и студентам весь спектр возможностей для выбора будущей профессии. Акция покажет всю широту возможностей для будущей профессиональной самореализации. Это позволит учащимся более осознанно формировать свою профессиональную траекторию, то есть более осознанно выбирать дополнительные предметы и кружки в школе, и в дальнейшем учебную организацию (вуз или СПО), будущее место для практики (стажировки) и профессию в целом.

Почему бы местом такого «погружения в профессию» не стать медицинским учреждениям края? Безусловно, общение с медицинскими работниками в стенах медицинских учреждений, откровенный разговор об особенностях, трудностях, радостях поможет молодым людям сделать осознанный выбор, укрепиться в решении посвятить себя медицине. АГМУ, руководители нескольких центральных районных больниц уже поддержали такое предложение.

В этом году акция «Дни профессии» по всей стране пройдет 15-26 апреля.



**Центр
симуляционного обу-
чения врачей АГМУ:
новые возможности,
повышение качества
образования**



**Вирусные гепатиты
В и С. Факторы
риска рака печени**



**Обструктивный
бронхит у детей
раннего возраста**



**Мальчики и девочки
- два разных мира**

На обложке: Константин Владимирович СМИРНОВ, главный врач КГБУЗ «Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства».

Фото: Лариса Юрченко.

И.В. Долгова. На Алтае дан старт демографическим проектам	2-5
Центр симуляционного обучения врачей АГМУ: новые возможности, повышение качества образования	6-7
О.И. Голощапова. Почему болят колени?	8-9
Новости здравоохранения мира	10
ЗА СЧАСТЛИВОЕ ЗДОРОВОЕ ДЕТСТВО!	
К.В. Смирнов. Первые шаги в будущее	11-14
ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА	
А.В. Бердюгина. ВПЧ-инфекция: влияние на фертильность и исходы беременности	15-17
ПОДЕДИМ СВОЙ СТРАХ!	
М.М. Казарян. Вирусные гепатиты В и С. Факторы риска рака печени	18-20
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ	
Л.В. Аверчева. Роды после 40 лет. Психологический аспект	21-22
А.Ю. Калашникова. Диспансеризация взрослого населения	22-23
Г.В. Пашинская. Предупрежден - значит, вооружен	24
А.В. Лобанова. Не бойтесь говорить о проблемах вслух	25-27
ДЕСЯТИЛЕТИЕ ДЕТСТВА	
А.Р. Акоюн, Н.В. Невмывако. Обструктивный бронхит у детей раннего возраста	28-30
Снежинки, серферы и социальные дети	31-33
Новости здравоохранения мира	34
ДЕСЯТИЛЕТИЕ ДЕТСТВА	
Т.В. Крайнова. Мальчики и девочки - два разных мира	35-38
Н.В. Колесникова. И стоматологи становятся семейными врачами	38-39
К.А. Чурмантева: «Никогда ни о чем не жалейте!»	40
ШКОЛА РЕАБИЛИТАЦИИ	
Е.Н. Воранкова. Компрессионный перелом позвоночника. Лечебная гимнастика	41-42
«Импровиз» дарит радость!	43-44
Новости здравоохранения мира	44



На Алтае дан старт демографическим проектам

Интервью с заместителем Председателя
Правительства Алтайского края
Ириной Викторовной ДОЛГОВОЙ,
что символично, состоялось накануне
Международного женского дня.

Говоря о задачах, стоящих перед исполнительной властью края на предстоящий период, вполне обоснованно основной темой разговора стали задачи по реализации национальных проектов в Алтайском крае.



- Ирина Викторовна, национальные проекты в социальной сфере - это принципиально новые направления работы или в какой-то степени «переупаковка» уже частично действующих государственных программ, приоритетных проектов? Есть ли особенности реализации нацпроектов в нашем крае и его отдельных территориях? Какие проблемы требуют, по вашему мнению, больших усилий и усиленного внимания?

- Национальный проект - это необходимая эффективная стратегическая программа государства. Сама эта идея, как вы знаете, не нова для нашей страны. Программа по росту «человеческого капитала» в России была объявлена в сентябре 2005 года Президентом РФ Владимиром Путиным и стабильно реализовывалась с 2006 года на федеральном и субъектном уровне. И если ранее это были «точечные» меры решения социальных и демографических проблем, то сегодня наступило время «прорывного научно-технологического и социально-экономического развития РФ».

Увеличение численности населения страны, народосбережение, преодоление бедности - на этих обозначенных приоритетах должны сосредотачиваться действия социальной сферы.

В декабре 2018 года на заседании Совета при губернаторе Алтайского края по стратегическому развитию и приоритетным проектам для реализации национальных проектов в Алтайском крае были рассмотрены и приняты решения об утверждении 51 регионального проекта, которые вошли в 12 национальных проектов. Отмечу, что особенности их реализации в каждом отдельном субъекте Федерации - свои.

В конце прошлого года в Алтайском крае дан старт реализации широкомасштабному национальному проекту по направлению «Демография». Это очень серьезный проект с амбициозными целями по увеличению ожидаемой продолжительности здоровой жизни до 67 лет и увеличению доли граждан, ведущих здоровый образ жизни. Безусловно, он потребует усиленного межведомственного внимания.

В Алтайском крае на выполнение мероприятий нацпроекта планируется потратить 35млрд.

898млн. рублей. **В его структуре выделены пять региональных проектов.**

Так, в рамках **регионального проекта «Финансовая поддержка семей при рождении детей»** организована работа по информированию семей, выстраивающих свой репродуктивный период, о мерах финансовой поддержки при рождении детей. Это - адресные выплаты семьям на первого и третьего ребенка, материнский капитал, поддержка студенческих семей, заключение социального контракта с семьями при рождении детей на развитие личного подсобного хозяйства, улучшение жилищных условий семей, в том числе имеющих 10 и более детей. Эти меры позволят увеличить уровень доходов семей с детьми и помочь молодым семьям в случае рождения в них первого ребенка, а также студенческим и многодетным семьям.

На повышение рождаемости и экономической устойчивости семей направлен и **региональный проект «Содействие занятости женщин - создание условий**



Национальные проекты

дошкольного образования для детей в возрасте до трех лет». Реализация проекта позволит обеспечить возможность женщинам, имеющим детей, совмещать трудовую деятельность с семейными обязанностями, в том числе за счет повышения доступности дошкольного образования для детей в возрасте до трех лет. Кроме того, проект предполагает организацию профессионального обучения и повышения квалификации женщин, находящихся в отпуске по уходу за ребенком.

Региональный проект «Старшее поколение» направлен на создание к 2024 году условий для активного долголетия, увеличение продолжительности здоровой жизни до 67 лет. Проект предполагает развитие системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста, под которой подразумевается оказание услуг пожилым гражданам - как социальных, так и медицинских, исходя из оценки их потребностей, - вне стационарных условий, то есть на дому, в привычных для них условиях.

В 2019 году планируется приобретение 15 автомобилей, специально оборудованных для граждан старшего поколения для доставки их в медицинские учреждения из отдаленных сельских поселений, в том числе для диспансеризации. Сейчас в крае работают 132 мобильные бригады.

Для сохранения здоровья людей старшего поколения в регионе в течение 6-летнего периода реализации проекта будут созданы гериатрические центры, геронтологические отделения в четырех комплексных центрах социального обслуживания населения. Предполагается создание гериатрического ресурсного центра, который будет координировать работу гериатрических центров.

«Укрепление общественного здоровья» и **«Спорт - норма жизни»** - два региональных проекта, которые позволят увеличить количество жителей края, систематически занимающихся физической культурой и спортом.

- Безусловно, по линии министерств (здравоохранения, образования, социальной защиты), курирующих тот или



иной нацпроект, организованная работа «по вертикали» в подведомственных учреждениях городов и районов края. Однако фактически все проекты так или иначе требуют координации работы, межведомственного взаимодействия. Какие вы, Ирина Викторовна, видите задачи муниципальной администрации края в этой работе?

- Очень многое для решения всех поставленных задач зависит от работы, которая проводится на местах. Безусловно, выстроена координирующая работа министерств и подведомственных учреждений. Задача муниципалитетов, в первую очередь, - максимальное информирование не просто о реализации региональных проектов, а о тех мерах, которые позволяют конкретной семье или будущей маме получить социальную поддержку, которые замотивировали бы их к рождению первого ребенка либо пополнению семьи. Нам важно дойти до каждого, только в этом случае реализация проекта будет эффективна.

Для сохранения здоровья людей старшего поколения в регионе в течение шестилетнего периода реализации проекта будут созданы гериатрические центры, геронтологические отделения в четырех комплексных центрах социального обслуживания населения.



◀ Алтайский край является регионом с непростой демографической ситуацией, поэтому важно, чтобы алтайские семьи увеличивались в своем составе, росла рождаемость. Мы делаем всё возможное для этого, и дальше в рамках регионального проекта будем поддерживать тех, кто решил стать родителями, поддерживать семьи с детьми.

Принятый в нашем регионе **пакет дополнительных мер социальной поддержки многодетных семей** позволил обеспечить устойчивый рост рождений вторых, третьих, четвертых и последующих детей.

В регионе с каждым годом увеличивается количество многодетных семей - сегодня их более 27 тысяч. Этим семьям предоставляется 10 видов пособий и компенсаций - за счет средств краевого бюджета и один - за счет средств федерального.

В настоящее время семьям, имеющим детей, выплачивается **26 видов пособий и компенсаций**, из них 12 установлены законодательством Российской Федерации, 14 - Правительством Алтайского края. Общее число получателей таких выплат - около 150 тысяч семей на более 270 тысяч детей. Сумма социальных выплат семьям с детьми в 2018 году из всех бюджетов составила 5,3млрд. рублей.

С января 2018 года федеральным законодательством установлена **ежемесячная выплата в связи с рождением (усыновлением) первого ребенка**. Сегодня право на ежемесячную выплату определено более 4400 семьям, что составляет 55,4% от общего количества семей, в которых родились первенцы. Сумма выплат из федерального бюджета составила более 297млн. рублей.

Еще одна мера поддержки малоимущих семей с детьми - **социальный контракт**. Эту работу мы проводим с 2013 года и за 6 лет заключено более 1400 контрактов.

Социальный контракт позволяет семьям в рамках разрабатываемой индивидуальной программы взять на себя определенные обязательства: пройти переобучение, найти работу или заняться индивидуальной трудовой деятельностью, начать вести личное подсобное хозяйство и тем самым обеспечить свою семью, детей устойчивым доходом. Наибольшие размеры социального контракта - до 500 тысяч рублей предусмотрены для семей, воспитывающих 10 и более детей.

Поэтому важной задачей муниципалитетов в данном направлении считаю широкое информирование населения о возможности получения выплат в случае рождения детей. Ясность и доступность системы мер финансовой поддержки семей, предусмотренной в национальных проектах, должны способствовать планированию личных финансов и репродуктивного поведения семьи.

- Как вы оцениваете возможности партнерства с общественным сектором в реализации нацпроектов?

Подчеркну, что экспертное мнение в любой работе необходимо. Это взгляд со стороны, позволяющий более четко и детально увидеть, в том числе и проблему. Поэтому экспертный совет нам в помощь.

Наш регион всегда отличала особая социальная активность его жителей, их инициативность. Причем, активность созидательная - в партнерстве. Формирование, выявление и удовлетворение потребностей жителей региона - это те ключевые точки нашей работы, которые задают импульс и определяют механизмы дальнейшей деятельности, в том числе общественного сектора.

Безусловно, «точками опоры» для нас являются общественные организации, советы женщин, отцов, ветеранские организации, волонтерские молодежные организации и т.д.

Многие из них довольно активно и предметно работают и уже сейчас вовлечены в решение национальных задач, поставленных Президентом России.

Например, в реализации регионального проекта «Старшее поколение» мы активно взаимодействуем с «серебряными» волонтерами. В 2018 году, в Год добровольца, в Алтайском крае был открыт «Региональный центр «серебряного» добровольчества» на базе комплексного центра социального обслуживания населения города Барнаула. Работа центра предусматривает повышение качества жизни граждан старшего возраста через развитие добровольческого движения. В состав регионального центра входят 38 отрядов «серебряных» волонтеров, в которых состоят около 1500 человек. Это, на самом деле, наш бесценный человеческий ресурс.

Отмечу, что опыт Алтайского края, вопросы его социально-го развития в соответствии с инициативами, озвученными Президентом РФ Владимиром Путиным в Послании Федеральному Собранию, был представлен на первом заседании рабочей группы Государственного совета Российской Федерации по направлению «Социальная политика». По поручению губернатора края Виктора Томенко я включена в состав рабочей группы.

Основная задача этой рабочей группы - изучение опыта субъектов РФ и формирование предложений по дальнейшему развитию социальной политики. Указом Президента создано 16 рабочих групп по направлениям национальных проектов. Каждая группа готовит материалы к заседаниям Госсовета РФ или его президиума, анализирует и дает оценку реализации региональных проектов, готовит предложения по совершенствованию деятельности органов власти субъектов РФ, распространяет лучшие практики государственного и муниципального управ-



Национальные проекты

ления. Также в задачи рабочих групп входит взаимодействие с президиумом Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и нацпроектам. Очень надеюсь, что опыт реализации ключевых направлений проектов Алтайского края будет также достойно представлен.

- Какие задачи (в рамках реализации национальных проектов) поставлены на текущий 2019 год?

- Сегодня у нас есть четкие цели и конкретные ресурсы для работы. Бюджет Алтайского края в текущем году сохраняет социальную направленность - более 70% средств будет направлено на реализацию социальных обязательств. Сохранены все меры социальной поддержки граждан.

В 2019 году на реализацию полномочий, возложенных на министерство социальной защиты Алтайского края, предусмотрено 20,5 млрд. рублей. Основная часть расходов (85%) - социальные выплаты. В эту сумму входит и финансирование мер социальной поддержки семей при рождении детей, которые осуществляются в рамках национального проекта по направлению «Демография». В текущем году на эти цели будет направлено более 3 млрд. рублей.

В Послании Президента Федеральному Собранию Российской Федерации 2019 года в качестве ключевой обозначена задача сбережения народа, всемерной поддержки семей. Это очень актуально и для Алтайского края. Ресурсы для этой работы предусмотрены в утвержденных региональных проектах, о которых я говорила.

Несмотря на то что в крае пока продолжается стабильный рост рождений третьих и последующих детей, нужно уже сейчас начинать работу по мотивированию семей к более раннему рождению первого ребенка.

Большой блок нашей совместной работы будет связан с реализацией задач по увеличению



активного долголетия. Край имеет достаточно серьезный потенциал с точки зрения увеличения продолжительности жизни, в том числе граждан старшего поколения. В рамках запланированных мероприятий нам важно обеспечить максимальную доступность медицинской и социальной помощи для этой категории.

Уже в текущем году начнется ежегодная диспансеризация населения с обязательной постановкой на учет всех, у кого выявлены случаи отклонения в здоровье. Серьезное внимание будет уделено людям с тяжелыми болезнями - паллиативным больным. Будет реализована программа длительного ухода. Ее важной частью станет не только предоставление медицинских услуг, но и расширение пе-

речня социальных, бытовых, психологических услуг.

Необходимо отметить, что сейчас программы долговременного ухода доступны для тех, кто заявляет о них. Наша задача заключается в том, чтобы предусмотреть возможную помощь всем, кто в ней нуждается. Задача дойти до каждого - это не лозунг и не фигура речи.

Задачи, о которых мы говорим, требуют системной перестройки работы отрасли, нового взгляда на все процессы взаимодействия с получателями государственных и социальных услуг. Работа должна быть построена таким образом, чтобы у людей возникло желание иметь ребенка, улучшилось материальное положение семьи, повысилось качество их жизни. ☺

От редакции.

Мы понимаем, что за каждой из задач достижения контрольных показателей, как индикаторов движения в правильном направлении, - повседневная работа, контроль, вовлечение в достижение поставленных целей сотрудников муниципалитетов, учреждений социальной сферы, самих жителей. Мы намерены, со своей стороны, к теме «Национальные проекты в Алтайском крае» периодически возвращаться, рассказывая о том, как идет реализация конкретных программ в крае.



Центр симуляционного НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ, ПОВЫШЕНИЕ

26 марта в Алтайском государственном медицинском университете на базе основного симуляционного центра вуза состоялось торжественное открытие Центра симуляционного обучения врачей.

В его открытии приняли участие губернатор Алтайского края Виктор ТОМЕНКО, депутат Государственной Думы РФ Николай ГЕРАСИМЕНКО, заместитель Председателя Правительства Алтайского края Ирина ДОЛГОВА, министр здравоохранения края Дмитрий ПОПОВ, ректор АГМУ Игорь САЛДАН, президент Медицинской палаты Алтайского края, член-корреспондент РАН Яков ШОЙХЕТ, председатель комитета по здравоохранению и науке АКЗС Александр ЛАЗАРЕВ, члены ректората вуза.

Новый симуляционный центр общей площадью в 1000 квадратных метров разместился на отдельном этаже, на внебюджетные средства вуза проведен ремонт помещений, оборудованных под учебные аудитории и специализированные станции для обработки практических навыков практикующих врачей и ординаторов вуза. Здесь будут проходить практические занятия врачей по программам первичной подготовки и выпускников ординатуры по шести специальностям: «Неврология», «Кардиология», «Общая врачебная практика (семейная медицина)», «Онкология», «Педиатрия» и «Терапия», которым в 2019 году предстоит впервые пройти процедуру первичной аккредитации.

В дальнейшем перечень специальностей для прохождения процедуры первичной аккредитации будет



увеличен, и в новом центре уже предусмотрены возможности для дальнейшего расширения. Помимо подготовки к аккредитации в Центре симуляционного обучения врачей практикующие врачи будут отрабатывать практические навыки на симуляторах и тренажерах в рамках программ дополнительного профессионального образования и системы непрерывного медицинского образования.

«Сегодня произошло знаковое событие для Алтайского медицинского университета и всего алтайского здравоохранения. В тесном взаимодействии с Правительством Алтайского края, практическим здравоохранением мы открываем Центр симуляционного обучения врачей. В центре будут проходить практическую подготовку врачи, которым предстоит процедура первичной аккредитации, будут получать дополнительные знания выпускники ординатуры. Наша главная задача, чтобы в работе с реальными пациентами врачи не допускали ошибок. Мы продолжим повышать качество медицинского образования в нашем вузе, будем открывать новые филиалы симуляционного центра на базе лечебных учреждений, приближаясь к практическому здравоохранению», -

отметил ректор АГМУ Игорь Салдан.



обучения врачей АГМУ: качества образования

Губернатор Алтайского края Виктор Томенко поблагодарил ректора АГМУ за приглашение на открытие центра симуляционного обучения врачей, знакомство с работой симуляционного центра вуза и поздравил всех со знаменательным событием. *«Сегодня мы видим, что симуляционный центр, который был создан не так давно, в 2016 году, вызывает интерес у студентов, ординаторов, врачей, у специалистов смежных отраслей - служб МЧС, полиции, педагогов - и у населения. За год его посещают почти 10 тысяч человек, и это очень хорошо. Очень рад, что в Алтайском государственном медицинском университете внутри симуляционного центра появился еще один центр - симуляционной подготовки врачей. Это всё работает на нашу краевую систему здравоохранения, дает новые возможности, теперь нашим врачам не нужно уезжать за пределы Алтайского края, чтобы повышать квалификацию. Убежден, всё это будет служить на пользу всем жителям нашего Алтайского края»*, - подчеркнул Виктор Томенко.

После торжественного открытия Губернатор ознакомился с работой нового центра, на оснащение которого было выделено 72 миллиона рублей из федерального бюджета в рамках федеральной программы дооснащения симуляционных центров медицинских вузов.

Виктор Петрович посетил все четыре этажа симуляционного центра, в том числе кабинеты ультразвуковой диагностики, отработки эндоскопических навыков и врачебных манипуляций, сердечно-лёгочной реанимации, экстренной медицинской помощи взрослым пациентам и детям, коммуникативных навыков и аускультации в новом центре, аккредитационные станции, виртуальную стоматологическую поликли-



нику, ознакомился с работой бережливой поликлиники, пообщался со студентами и преподавателями.

Виктор Томенко увидел в действии виртуальный симулятор УЗИ, систему аускультации сердца и лёгких, интерактивный виртуальный экраный симулятор «Боткин», тренажеры для сердечно-лёгочной реанимации, лично попробовал выполнить манипуляцию на лапароскопическом виртуальном симуляторе с обратной связью. Общаясь с врачами, проходившими в рамках повышения квалификации обучение работе с информационными системами и виртуальными обучающими программами в компьютерном классе, Виктор Петрович пожелал им продуктивной работы.



По завершении мероприятия Губернатор Алтайского края Виктор Томенко оставил запись в книге почетных гостей симуляционного центра: *«Дорогие друзья! Поздравляю с открытием центра симуляционного обучения врачей в составе Симуляционного центра АГМУ! Благодарю всех, кто сделал возможным его создание здесь, у нас в Барнауле! Это, безусловно, укрепит всю систему здравоохранения Алтайского края, а значит - позволит делать жизнь наших земляков лучше и счастливее. Желаю всем вам здоровья, удачи и новых достижений!!! Губернатор Алтайского края В.П. Томенко»*. ☺



Почему болят колени?



Ольга Ивановна ГОЛОЩАПОВА,
врач-ревматолог, высшая квалификационная категория,
КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края»

С каждым годом число людей, страдающих заболеваниями суставов, во всем мире растет. Остеoarthritis занимает первое место среди заболеваний опорно-двигательного аппарата у людей пожилого возраста и второе место - среди причин нетрудоспособности у больных после 50 лет.

Более половины больных в возрасте от 50 до 60 лет имеют те или иные ограничения в движении, 25% - не могут справиться с ежедневными жизненными нагрузками, что снижает их качество жизни.

Коленные суставы поражаются при остеоarthritis наиболее часто - приблизительно у 10% населения старше 55 лет, причем, отмечается преобладание женщин. Остеoarthritis коленных суставов занимает четвертое место по инвалидизации среди женщин и восьмое - среди мужчин. Диагноз «остеоarthritis», несмотря на технический прогресс и внедрение в медицинскую практику новых методов исследования, часто ставится уже на поздних сроках болезни из-за отсутствия болевого синдрома, который является, как правило, основной причиной обращения к врачу.

Остеoarthritis характеризуется, прежде всего, потерей суставного хряща с вовлечением в патологический процесс субхондральной (расположенной под хрящем) кости, связок, капсулы сустава и синовиальной оболочки, в которой развивается основной воспалительный процесс, приводящий к нарушению структуры хряща, образованию остеофитов (костных разрастаний), нарушению конгруэнтности суставных поверхностей.

На ранних стадиях заболевания хрящ толще, чем в нормальном суставе, но при прогрессировании болезни происходит его истончение. Хрящ становится более рыхлым, могут возникнуть глубокие трещины, простирающиеся до кости. Часто такие изменения наблюдаются только в одной части суставной поверхности - области, несущей нагрузку. Однако даже если в остальных областях хрящ выглядит интактным, то биохимически он не нормален. Следствием этих процессов являются болевой синдром, нарушение функции суставов.

Главные причины распространенности заболевания:

- увеличение продолжительности жизни,

- избыточная масса тела, ожирение,
- предшествующие травматические повреждения суставов,
- предыдущие хирургические вмешательства,
- семейная история (наличие узелков на руках).

По современным представлениям, **остеоarthritis возникает в результате взаимодействия множества генетических и средовых факторов**, соответственно, имеет множество причин и факторов риска.

К эндогенным факторам можно отнести:

- ▶ возраст,
- ▶ пол,
- ▶ дефекты развития,
- ▶ наследственная предрасположенность.

К экзогенным факторам относятся:

- ▶ травмы,
- ▶ профессиональная деятельность,
- ▶ спортивная активность,
- ▶ избыточный вес.

Распространенность остеоarthritis коленных суставов драматически возрастает и у мужчин, и у женщин в возрасте от 50 до 80 лет, однако причины, по которым возраст является одним из самых сильных факторов риска остеоarthritis, не



ясны. Возможно, что хондроциты (основные клетки хряща) при старении теряют способность к пополнению или восстановлению матрикса суставного хряща, потерянного в результате повреждения или нормального обмена, и, в конечном счете, возникает дефицит. Кроме того, стареющий суставной матрикс может становиться более чувствительным к нормальным микрповреждениям. В таком случае пополняющие и восстановительные механизмы клеток не в состоянии компенсировать эту возрастную чувствительность.

Существуют доказательства участия половых гормонов, в первую очередь эстрогенов, в развитии остеоартрита. Они включают большую частоту этого заболевания у женщин, которая возрастает во время менопаузы, а также после гинекологических операций, влияя на минеральную плотность кости, массу тела.

Природа генетического влияния недостаточно изучена. С одной стороны, оно, возможно, обусловлено структурными дефектами (например, коллагена при синдроме повышенной подвижности суставов) или изменениями в метаболизме хряща или кости, с другой, - возможно генетическое влияние на факторы риска, например, ожирение.

Важная роль в развитии остеоартрита отводится травме, но это не просто посттравматическое заболевание. Например, пациенты с узелковым остеоартритом суставов кистей имеют повышенный риск развития поражения коленных суставов после резекции мениска.

Доказана связь с остеоартритом профессиональных факторов и спортивных нагрузок. Например, коленные суставы чаще поражаются у баскетболистов.

Популяционные исследования остеоартрита постоянно показывают, что **лица с избыточной массой тела имеют более высокий риск поражения коленных суставов,** чем лица с нормальной мас-



сой тела. У тучных женщин риск увеличивается в 4 раза, у мужчин - в 4,8 раз по сравнению с женщинами и мужчинами с нормальной массой тела. Снижение веса на 5кг у женщин с индексом массы тела выше среднего на 50% уменьшает риск развития остеоартрита. Кроме того, лица с избыточной массой тела имеют высокий риск прогрессирующего течения заболевания, особенно к 70 годам.

Боль и ограничение функции сустава - ведущие клинические симптомы остеоартрита. Первые проявления - **ощущение дискомфорта,** за которым следует длительный бессимптомный период. **В начальной стадии заболевания боль** носит механический характер, то есть **возникает при движении и проходит в покое.** **Ритм и интенсивность болей меняются по мере прогрессирования остеоартрита,** в дальнейшем боль может возникать ночью при изменении положения тела, при далеко зашедших стадиях она может стать постоянной. Иногда интенсивность боли меняется в зависимости от температуры, влажности воздуха и атмосферного давления, которое оказывает влияние на давление в полости сустава. Поскольку суставной

хрящ не иннервируется, следовательно, он не чувствителен к боли, то ее возникновение связано с развитием патологических изменений в нехрящевых структурах сустава.

Основными причинами боли являются: наличие хронического синовита (воспаления синовиальной оболочки), иногда с появлением избыточного количества синовиальной жидкости - выпота в суставе; усиление давления на субхондральную кость; появление микропереломов в субхондральной кости, костного венозного стаза (застоя) и внутрисуставной гипертензии (повышенного давления); возникновение спазма околоуставных мышц, и изменение структуры внутрисуставных связок; раздражение остеофитами (костными разрастаниями) околоуставных тканей.

Кроме болей, **при остеоартрите отмечают крепитацию («хруст»),** которая возникает при активном движении в пораженном суставе. При прогрессировании заболевания в связи с болью и появлением рефлекторного спазма мышц может возникнуть ограничение движений в суставе вплоть до образования сухожильно-мышечных контрактур. Ⓢ

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

На правах рекламы



Первые шаги в будущее

С января 2019 года для юных барнаульцев и жителей края стала доступнее медицинская помощь в области урологии и андрологии, неонатологической хирургии, детской реанимации и многим другим направлениям. Это произошло благодаря появлению в краевой столице объединенного центра материнства и детства.

О новой структуре и задачах, которые предстоит решить, - наш разговор с **Константином Владимировичем СМЕРНОВЫМ**, главным врачом КГБУЗ «Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства».

- Константин Владимирович, давайте начнем разговор с представления нового центра...

- С 1 января 2019 года объединены три лечебных учреждения: Алтайская краевая клиническая детская больница, перинатальный (клинический) центр и городская детская больница №2 г. Барнаула. Новая структура получила название «Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства». Сейчас в его состав входят стационар почти на 700 коек, 14 диагностических отделений и детский консультативно-диагностический центр (ранее - поликлиника краевой детской больницы). При объединении трех медицинских учреждений не потребовались финансовые вложения, сохранен кадровый потенциал.

Получившееся объединение - тот самый педиатрический кластер, о необходимости создания которого в нашем регионе говорили уже несколько лет. При обращении к опыту зарубежных стран становится очевидным, что при объединении перинатальных центров с детскими больницами младенческая смертность заметно снижается. В России тоже есть подобный опыт - ближайший к нам региональный клинический центр охраны материнства и детства рас-

положен в Красноярске. Его лучшие наработки мы готовы использовать в полной мере.

Немаловажно и то, что потенциал оказания специализированной и консультативно-диагностической медицинской помощи, имевшийся у краевой детской клинической больницы, теперь будет использоваться для пациентов трех учреждений. В частности, это позволит эффективно и своевременно оказывать помощь детям, рожденным в перинатальном центре и имеющим патологии. В Центре работают с детьми с момента их рождения до совершеннолетия. Здесь есть всё, что необходимо для оказания как плановой, так и неотложной помощи по многим медицинским специальностям.

Стратегическая цель объединения - рост доступности медицинской помощи и качества ее оказания детям и беременным женщинам, снижение детской смертности. Одновременно будут решаться задачи эффективного использования материальной базы, интеллектуального потенциала лечебных учреждений, задачи оптимизации работы хозяйственной службы.

- Что будет меняться во взаимодействии трех составляющих нового Центра?

- Прежде всего, меняется подход к оказанию помощи новорожденным с патологиями. Физиологические роды в перинатальном центре, который сейчас в составе Центра, проходят, как и раньше. Мы на себя берем ответственность за тех детей, о которых еще до рождения известно, что есть по-



рок развития либо врожденное заболевание. Таким детям сразу после их рождения оказывается необходимая медицинская помощь либо консервативная - с привлечением узких специалистов (эндокринологов, кардиологов, неврологов и т.д.), либо хирургическая - в одном из отделений Центра.

Для более эффективного взаимодействия отделений планируется построить переход между корпусом краевой детской больницы и перинатальным центром. Это позволит более органично выстроить работу диагностической службы: при необходимости проведения диагностических манипуляций новорожденному, к примеру, МРТ, появляется возможность перевезти малыша по теплomu переходу. В перспективе - строительство дополнительного корпуса, в котором расположатся хирургический блок, лабораторно-клиническая служба и другие отделения. Для транспортировки ребенка из удаленных районов края используем оборудованные реанимобили. Возможна транспортировка ребенка в федеральные центры, расположенные в Кемерово, Новосибирске, Томске, Омске. ►



Десятилетие детства

Кроме того, будет организована маршрутизация беременных: новый перинатальный центр будет оказывать помощь женщинам с патологически протекающими беременностями и недоношенным детям, наш Центр настроен на детей с установленными перинатальными патологиями - пороками сердца, других органов, которые требуют наблюдения различных специалистов. Разворачиваются два отделения патологии по 45 коек каждое: в одном будет оказываться помощь детям, рожденным непосредственно в Центре, во втором - детям, доставленным из районов. Кроме того, в здании перинатального центра будут организованы операционные. Так будет выполнен принцип: не малыша везут к хирургам, а хирурги приходят непосредственно к пациенту.

Некоторые изменения ожидаются и в работе клинической лаборатории - она будет централизованной. В корпусах останется только необходимый минимум для проведения экстренных исследований. На данный момент решен вопрос доставки транспортом в лабораторию плановых анализов в специальных вакуумных пробирках и контейнерах. При этом в новом корпусе будет заложена возможность организации пневмопочты. В лечебных учреждениях, которые присоединили к нам, бывают достаточно редкие и специфические исследования - возможность быстрой доставки в этом случае необходима. Имеющаяся клиническая лаборатория работает круглосуточно, обеспечивает высокое качество исследований, поэтому пневмопочта - действительно хороший выход из ситуации.

На базе объединенного медучреждения появится уникальный реанимационно-консультативный центр. Врачи-реаниматологи с помощью телекоммуникационной связи будут проводить консультации с районными поликлиниками, при необходимости - выезжать в любую точку Алтайского края для оказания практической помощи на месте. Для проведения этой работы региональным министерством здравоохранения уже приобретен и передан в Центр реанимобиль, оснащенный помимо всего необходимого медицинского оборудования специальным амортизатором, который позволяет осуществлять более бережную транспор-



тировку детей. Стоимость новой техники - около 17 миллионов рублей.

- Для объединения, как вы сказали выше, не потребовалось финансовых вложений. А что изменится в обеспечении оборудования? Планируются ремонтные работы?

- Эти задачи решаются поэтапно, но уже можно подвести некоторые итоги. Потребовался всего месяц, чтобы улучшить условия пребывания мам с новорожденными в бывшем перинатальном центре. Теперь они находятся в отдельных палатах, оборудованных санузлами, душем, раковиной. В дальнейшем планируем создать такие же условия пребывания в бывшей детской больнице №2, которая сейчас требует капитального ремонта. Подготовлены документы на тендер для определения исполнителя работ. Уже в этом году, надеюсь, условия пребывания в больнице кардинально изменятся. На данном этапе проанализирована и изменена организация работы ее приемного отделения. Обновляем коечный фонд, постельное белье, матрасы. Эта работа - прямой отклик на результаты обхода, на котором я слышал замечания, упреки от мам. В ходе выполнения капитального ремонта будет заменена вентиляция, проводка кислорода, проведена перепланировка палат. Сейчас формируем списки необходимого оборудования для осуществления диагностического и лечебного процессов.

- Как изменится работа бывшей поликлиники краевой детской больницы?

- В консультативно-диагностическом центре, именно так она теперь называется, мы расширяем спектр оказываемой помощи. Уже сейчас объем работы краевого сурдологического центра, который открыт в конце 2018 года, увеличивается в три раза. Ранее на весь край работал только один детский специалист-сурдолог. Мы поставили задачу изменить эту ситуацию и выполнили ее. Один врач прошел обучение в Москве, приступил к работе. Вскоре приступит к обязанностям еще один сурдолог. В ближайшее время будет решен вопрос докомплектации краевого сурдологического центра необходимым оборудованием.

В рамках своего учреждения активно разрабатываем приоритетный региональный проект «Мужское здоровье»: начал работать детский уроandroлогический центр, организована подготовка дополнительных специалистов, для этого отделения закуплено оборудование как диагностическое, так и необходимое для оперативного вмешательства, увеличены возможности дневного стационара. Комплекс уроandroлогической помощи в рамках стационара сформирован полностью, начиная с амбулаторно-поликлинического звена, где есть консультативный прием, дневной стационар, где мама с ребенком может получить помощь и пройти реабилитацию, и заканчивая стационаром, где оказывается хирургическая помощь.

- Расскажите о дальнейшем развитии использования возможностей телемедицины.



За счастливое здоровое детство!

- Телемедицинские консультации проводим уже в течение трех лет, активно их используем в двух вариантах: для специалистов края, работающих в ЦРБ, и для специалистов федеральных центров при отправке ребенка на лечение: обязательно рассказываем о пациенте, показываем диагностические исследования, анализы и т.д.

Для повышения эффективности телемедицинских консультаций министерство здравоохранения Алтайского края определяет, какое оборудование надо закупить. Для проведения консультаций важно иметь высокоскоростной Интернет с высокой пропускной способностью, по которому могли бы с хорошим качеством передаваться не только видекартинки, но и рентгеновские снимки, сканы УЗИ, лабораторных анализов и т.д.

Уже сейчас в Центре работает в полном объеме лабораторно-информационная система. Она позволяет автоматически в полном объеме сразу передавать на рабочий стол компьютера врача-клинициста результаты анализов или исследований, минуя распечатку и участие курьера. Также передаются графики динамического наблюдения с диаграммами и конкретными показателями состояния пациента. Такая информация важна и для телемедицинских консультаций в режиме онлайн. Региональным министерством здравоохранения развивается еще одно направление - онлайн-консультации реанимационно-консультативных центров. Они дают возможность в реальном времени наблюдать пациента, оценивать его состояние по монитору слежения при проведении определенных манипуляций, которые выполняются по рекомендациям наших специалистов.

- Вашими специалистами накоплен большой опыт и выездной работы.

- Этим направлением мы занимаемся с 2016 года. Первыми начинали осваивать выездную работу неонатологи. В центре реанимации и анестезиологии сформирован реанимационно-консультативный блок, в состав которого входят три неонатологические бригады. Врачи районных больниц звонят по специальному номеру в реанимационно-консультативный центр и получают необходимую информацию. Если состояние ребенка требует консультации на месте, наши специалисты оперативно выезжают. Третье направление работы - эвакуация ребенка в наш Центр, где оказывается помощь с использованием всех диагностических и лечебных возможностей, при необходимости собирается консилиум врачей.

- Кадровый вопрос серьезно стоит для любого медицинского учреждения. Как он решается в новой структуре, что уже удалось сделать?

- Действительно, кадровый вопрос в медицинских учреждениях сегодня - один из самых сложнейших. Поэтому говорить о том, что у нас всё замечательно, я не буду. Организована целенаправленная подготовка специалистов нужного направления. Так, за три года решен вопрос с комплектованием кадрами



краевого сурдологического центра. Период длительный, но он объективно необходим: сначала надо подготовить лор-врача, затем перейти к более узкой специализации. Решив одну задачу, мы поставили перед собой следующую - подготовка детских онкологов для медицинских учреждений края. Сейчас такие специалисты работают только в нашем стационаре в онкологическом отделении. Проблеме уделено должное внимание региональным министерством здравоохранения, Алтайским медицинским университетом - и уже с 1 сентября начата подготовка детских врачей-онкологов. Пока их пять. Будущие врачи приехали на обучение из тех районов, куда затем вернуться и смогут работать. На это требуется время - не менее трех лет, но таким образом проблему онкологической помощи детям в крае мы закроем.

Такая же ситуация сложилась по детским урологам-андрологам: их в районах практически нет. Отдельные специалисты - детские хирурги - имеют специализацию по урологии-андрологии, при необходимости ведут прием, но этого недостаточно. Сейчас готовим трех специалистов, в перспективе ставим задачу обеспечения ими всех учреждений края. Такая же проблема с реаниматологами - эта специальность востребована по всей Российской Федерации.

Сохраняется кадровая проблема со средним медицинским персоналом. Это еще более сложная задача, потому что не всегда выпускники медицинских колледжей приходят работать и остаются надолго. Определенным выходом может стать целевое обучение. Сегодня этот вопрос прорабатывается.

- Тесное взаимодействие с медицинскими вузом края и колледжем будет продолжено?

- Конечно. На нашей базе сейчас располагаются восемь кафедр Алтайского государственного медицинского университета и Барнаульского базового медицинского колледжа. Это будет учтено при проведении ремонтных работ - создадим нормальные условия для совместной работы.

- Медицинская палата Алтайского края - профессиональное сообщество, в компетенции которого решение важнейших задач. Какой видите свою роль в этой работе? ►



Десятилетие детства

Медицинская палата края является авторитетной профессиональной организацией. В ее составе представлено прежде всего врачебное сообщество, также входят представители среднего медицинского персонала. Я являюсь исполнительным секретарем региональной Медицинской палаты. Наша главная задача - защита прав медицинских работников. Не секрет, что в последнее время в прессе вокруг врачебных ошибок разгораются серьезные обсуждения, делаются неоднозначные выводы. В то же время ошибиться может любой специалист, но только врачу отказано в этом праве, более того - ошибка врача сразу ставится во главу уголовного права и становится причиной уголовного преследования. И наша задача - оградить врачей и медицинских сестер от необоснованных претензий к их деятельности. В этих вопросах краевая Медицинская палата тесно работает с палатой адвокатов Алтайского края. Мы также открыты к диалогу с прессой, готовы объяснить свою позицию, что в каждом случае до того, как выйдет публикация или информация в СМИ, нужно все-таки дождаться компетентного заключения. В феврале создана экспертная группа врачей, которая будет оценивать профессиональную деятельность наших коллег.

Помимо этого Медицинская палата края занимается аккредитацией и аттестацией врачей - все аттестационные комиссии полностью укомплектованы членами Медпалаты.

Медицинская палата Алтайского края - это общественная организация, добровольность членства - ее главный принцип. Перед нами стоит задача объяснить, почему врач должен состоять в профессиональном сообществе. Прежде всего - это получение информации и защиты. Знаем те проблемы, которые существуют в медицинских организациях края, высказываем свою позицию, доносим ее до руководителей. Чем больше будет сообщество, тем больше вопросов сможем решить. Медицинская палата Алтайского края свои предложения передает как в министерство здравоохранения края, так и в Министерство здравоохранения Российской Федерации, и они учитываются при принятии важных решений и законов. Министр здравоохранения Алтайского края Дмитрий Попов активно поддерживает нашу работу, находится в тесном контакте с председателем Палаты Яковом Наумовичем Шойхетом.

- Можно назвать главную задачу вашей профессиональной деятельности?

- На самом деле задач всегда много. Моя позиция такова: специалист не должен самоуспокаиваться. Что касается созданного Центра, мы только в начале пути.



У нас огромные планы, выполняя которые, мы сможем обеспечить доступность и качество оказываемой медицинской помощи детям края. Но качество - понятие многогранное, оно невозможно, к примеру, без выполнения правил этики и медицинской деонтологии, и врач обязан их учитывать в своей работе. Пациент, который приходит в медицинское учреждение, должен уйти удовлетворенным не только качеством оказанной помощью, но и отношением к нему. С другой стороны, для каждого медицинского работника важно, чтобы его труд достойно оценивался, чтобы были созданы комфортные условия для работы, чтобы можно было чувствовать себя защищенным. Таким образом, решение каждой задачи обуславливает работу по многим направлениям.

Надеюсь, что никогда не скажу, что уже достиг всего. Всегда будет возникать новая цель, к которой нужно идти вместе с коллективом и обязательно получить результат.

- Сейчас создаются волонтерские отряды из студентов университетов, колледжей Алтайского края, общественных организаций, объединяются добровольные помощники. Каковы конкретные возможности взаимодействия их с Центром? В чем потребность?

- Как правило, все наши волонтеры - это студенты Алтайского государственного медицинского университета и Барнаульского базового медицинского колледжа. На протяжении многих лет они являются нашими незаменимыми помощниками и друзьями. Они устраивают для детей праздники, пропагандирующие семейные ценности, исполняют заветные мечты маленьких жителей края, делятся секретами здорового образа жизни, занимаются санитарно-профилактическим просвещением и, конечно, помогают в проведении санитарных уборок. Это люди с доброй и богатой душой, готовые в любой момент подставить плечо. Уверен, что из них вырастут талантливые организаторы здравоохранения, врачи и медицинские сестры. А мы благодарим руководителей образовательных учреждений края за подготовку таких кадров, для которых здоровье человека - главная ценность в жизни. ☺

Лариса Юрченко





ВПЧ-инфекция: влияние на фертильность и исходы беременности

Одной из значимых проблем современной гинекологической практики является проблема ВПЧ-инфекции.

О коварстве папилломавирусной инфекции, ее влиянии на организм, а также о профилактике - наш разговор с Александрой Владимировной БЕРДЮГИНОЙ, клиническим ординатором кафедры акушерства и гинекологии с курсом ДПО Алтайского государственного медицинского университета.

- Почему обсуждение вопросов, касающихся профилактики и коррекции вируса папилломы человека, является сегодня актуальной как для пациентов, так и медицинского сообщества?

- Распространенность вируса папилломы человека (ВПЧ) в современном мире достаточно велика. По данным статистики, в мире инфицировано около 12% женщин с нормальными результатами цитологического мазка, к 50 годам около 80% женщин имеют случаи инфицирования ВПЧ, пик заболеваемости регистрируется в возрасте 15-25 лет. Согласно российским данным, онкогенными типами ВПЧ инфицированы 13% женщин, посещающих врача для планового гинекологического осмотра, 34% студенток и 40% сексуально-активных девочек-подростков.

Сегодня абсолютно точно доказано, что именно ВПЧ-инфекция является причиной некоторых онкологических заболеваний, в том числе рака шейки матки, частота которого у женщин в возрасте до 29 лет занимает третье место (9,8%) после злокачественных образований кроветворной и лимфатической (31,4%) систем, а также головного и спинного мозга (18,5%).

- Какие именно типы ВПЧ становятся причиной возникновения онкозаболеваний?

- Вирусы папилломы человека - это группа ДНК-содержащих вирусов, широко распространенных и разнородных генетически. Вирус по-

ражает эпителий кожных покровов и слизистых оболочек. Относится ВПЧ к семейству Papillomaviridae. На данный момент выявлено и описано более 190 типов ВПЧ.

В зависимости от онкогенного потенциала выделяют вирусы высокого (типы 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59) и низкого (типы 6, 11, 42, 43, 44) онкогенного риска. На долю двух высокоонкогенных типов ВПЧ (16 и 18) приходится до 70% случаев рака шейки матки, 80% - рака вульвы и влагалища, 92% - анального рака, 95% - рака ротовой полости, 89% - рака ротоглотки. При этом 16-й тип имеет самый высокий канцерогенный потенциал.

- Как ВПЧ проникает в человеческий организм?

- Передается вирус от человека к человеку при контакте кожи и слизистых генитальной области, то есть половым путем. Также вирус может передаваться от матери к плоду во время родов через инфицированные родовые пути.

Инфицирование вирусом папилломы может произойти по разным причинам. Обычно виновниками заражения выступают следующие факторы:

- ▶ пониженная иммунная система, которая не может бороться с патогенными клетками;
- ▶ хронические заболевания;
- ▶ хроническая усталость;
- ▶ злоупотребление алкогольными напитками и курение;
- ▶ переживание сильных стрессов;
- ▶ переохлаждение;
- ▶ длительный прием антибиотиков.

ВПЧ поражает многослойный плоский эпителий кожи и слизистых оболочек. Инкубационный период при наружных бородавках - 2-8 месяцев, при раке и предраке - несколько лет.

- Возможна ли коррекция при таких состояниях?



Есть данные, что наличие ВПЧ-инфекции отрицательно влияет на репродуктивную функцию женщин и мужчин, снижает шансы на благополучное течение беременности и родов.



Наиболее частое проявление вирусного поражения - наличие аногенитальных кондилом, которые могут вызывать зуд, болезненность, дискомфорт при половом акте, - с такими жалобами женщина и обращается к врачу.

- Следует отметить, что у большинства инфицированных ВПЧ вирус самостоятельно элиминируется через некоторое время, это касается преимущественно типов вируса низкого онкогенного риска. Однако несмотря на доброкачественное течение заболевания в большинстве случаев заражения и самостоятельную элиминацию вируса при определенных условиях, существует и **самое грозное проявление инфицирования вирусом папилломы - развитие рака шейки матки**. Основная мишень для воздействия онкогенных типов вируса - зона трансформации шейки матки, где и развиваются диспластические и предраковые изменения.

При отсутствии своевременной диагностики и лечения ВПЧ-инфекции, наличия поражения шейки матки процесс обычно занимает 10-40 лет, но в редких случаях может развиваться и за 1-2 года. В таких случаях лечение подбирается врачом-онкологом индивидуально с учетом стадии процесса. Контроль излеченности осуществляется с помощью периодических (1 раз в 6-12 месяцев) осмотров, цитологического исследования, ВПЧ-теста (определения онкогенных типов вируса и их генотипирования), кольпоскопии.

В связи с половой передачей вируса **должны быть обследованы половые партнеры**. При выявлении ВПЧ у партнера - его лечение.

Вопрос о возможности наступления и планирования беременности откладывается на период лечения.

- Страдает ли фертильность женщины при инфицировании ВПЧ?

- Данных о прямом негативном влиянии ВПЧ-инфекции на фертильность нет. В то же время американские ученые провели исследование на грызунах и показали, что есть возможность передачи ДНК-вируса через сперму оплодотворенной яйцеклетке, в результате чего увеличивается фрагментация ДНК, повышается частота апоптоза в три раза, происходит гибель клетки в стадии бластоцисты. Ученые отмечают, что вышеуказанные выводы основаны на мышинной модели, и они могут не совпадать в естественных условиях в организме человека.

В настоящее время **доказано негативное влияние ВПЧ-инфекции на фертильность мужчин** - посредством изменения (снижения и замедления) подвижности сперматозоидов. ВПЧ-связанные нарушения подвижности сперматозоидов часто встречаются у мужчин с идиопатическим (необъяснимым) бесплодием по сравнению со здоровыми фертильными мужчинами. Известно также, что ВПЧ увеличивает фрагментацию ДНК в сперматозоидах и вызывает изменения pH спермы. Другие параметры спермы: объем, вязкость, количество и морфология - у ВПЧ-инфицированных и неинфицированных мужчин не отличаются.

- Что должна знать женщина с диагностированным ВПЧ при планировании беременности?

- Как правило, носительство ВПЧ не оказывает влияния на течение и исход беременности. **Но в случае наступления беременности у ВПЧ-инфицированной женщины клиническая картина заболевания может меняться.**

При наличии латентной инфекции, небольших наружных генитальных и перианальных бородавок медикаментозную терапию во время беременности не проводят. При наличии клинически выраженных форм инфекции особое внимание нужно уделять воздействию на факторы риска ВПЧ-инфекции, в частности, своевременной диагностике и лечению воспалительных процессов, а также при наличии показаний - локальной иммунотерапии во II триместре, предпочтительно не противопоказанными при беременности препаратами.



При наличии ВПЧ высокого онкогенного риска никаких специальных рекомендаций нет, поэтому при беременности ВПЧ-тест не имеет клинического значения, беременность продолжается. При наличии дисплазии шейки матки проводится кольпоскопическое и цитологическое исследование, при необходимости - биопсия шейки матки. Наличие небольших кондилом или цервикальной интраэпителиальной неоплазии (предрака) не являются показаниями для кесарева сечения. Метод родоразрешения определяется в соответствии с акушерской ситуацией.

Экзофитные кондиломы больших размеров могут быть причиной осложнений при родах. При наличии больших экзофитных кондилом наружных половых органов и влагалища предпочтительнее проводить деструкцию в I триместре с беременности. В большинстве случаев лечение должно быть отложено и проведено после родов. Наружные кондиломы редко малигнизируются.

В научной литературе описаны единичные случаи развития папилломатоза гортани у новорожденных, родившихся от матерей с обширными генитальными бородавками. Для профилактики папилломатоза гортани у новорожденного при наличии очень крупных или множественных кондилом в области половых органов женщины рекомендуется операция кесарева сечения.

- Существует ли профилактика ВПЧ-инфекции?

- Профилактика папиллом и заражения ВПЧ у мужчин и женщин состоит из ряда рекомендованных мер:

▶ **отказ от вредных привычек.** Спиртные напитки, табачные изделия и наркотические вещества пагубно отражаются на организме, также из-за них слабеет иммунная система;

▶ **не занимайтесь самолечением,** которое включает в себя прием лекарственных средств;

▶ **коррекция ежедневного рациона.** Следует исключить вредную пищу, в составе которой находятся различные консерванты и прочие добавки. Отдавать предпочтение натуральным продуктам, которые обогащены питательными микроэлементами и витаминами;

▶ **ежедневно делайте зарядку,** почаще гуляйте на свежем воздухе;



▶ **оградите себя от чрезмерных эмоциональных переживаний и стрессов.**

Самым эффективным методом профилактики вируса папилломы человека является **вакцинация.**

- Расскажите об этом подробнее.

- Поскольку инфицируются ВПЧ чаще молодые люди, вакцинацию целесообразно проводить до первых половых контактов, в подростковом возрасте. Во многих странах прививают только девочек, поскольку инновационный препарат не может стоить недорого. К тому же в таком случае защиту косвенно получают и юноши. По рекомендациям Минздрава РФ прививка от папилломы и рака шейки матки необходима девочкам и мальчикам в 12 лет. Эксперты ВОЗ считают, что желательнее вакцинировать и молодых людей обоего пола с 16 до 23 лет. Применение Гардасила и Церварикса ограничивается 26 годами, так как нет научных данных о введении этих препаратов людям старшего возраста.

Следует иметь в виду: если вирус уже попал в организм, эффект от прививки окажется нулевым.

Для сохранения своего репродуктивного здоровья и рождения здорового потомства **женщине необходимо:** использовать барьерные методы контрацепции; ежегодно посещать гинеколога и проходить обследование на ВПЧ-скрининг и наличие диспластических процессов в шейке матки; планировать беременность и получать прегравидарную подготовку; до начала половой жизни проводить вакцинацию против ВПЧ. ☺

Светлана Дмитриевна ЯВОРСКАЯ, д.м.н., президент «Ассоциации акушеров-гинекологов» Алтайского края:

- На первый взгляд папилломавирусная инфекция кажется безобидным заболеванием, но на самом деле это не так. Опасность папиллом заключается в том, что они способны переродиться в злокачественные опухоли. Основная опасность ВПЧ для женщин состоит в том, что папилломы могут образоваться в полости матки или на коже молочных желез, а после привести к злокачественному процессу в этих зонах. У мужчин раку на фоне ВПЧ подвержены прямая кишка и мочевого пузыря.



Вирусные гепатиты В и С. Факторы риска рака печени

Вирусные гепатиты - это группа инфекционных заболеваний печени с различными механизмами передачи, вызываемые мельчайшими внутриклеточными паразитами - вирусами. И как все вирусные заболевания, гепатиты относятся к болезням, присущим людям с иммунодефицитными состояниями.



Об опасностях гепатитов В и С, их последствиях расскажет **Маис Мкртчичович КАЗАРЯН**, врач-онколог-гепатолог высшей квалификационной категории, поликлиника КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер».

- Каковы структура и особенности вируса гепатита?

- Вирус гепатита В относится к семейству гепаднавирусов. Устроен он сложно. Наружный слой вируса, состоящий из частичек жиробелковой оболочки, называется *поверхностным антигеном* (HbsAg). Вначале этот антиген назывался «австралийским», так как впервые был обнаружен в сыворотке аборигенов Австралии. Антиген - это чужеродный белок, обладающий способностью попав в организм, вызывать защитный ответ иммунной системы, - образование антител. В оболочку вируса упакована его сердцевина, в состав которой входят еще два чужеродных организму белка: нерастворимый - *сердцевинный антиген* (HbcAg) и растворимый - *антиген заразности* (HbeAg).

Вирус гепатита В отличается высокой устойчивостью к низким и высоким температурам, химическим и физическим воздействиям. При комнатной температуре сохраняется 3 месяца, в холодильнике - 6 лет, в замороженном виде - 15-20 лет. Только кипячение более

30 минут обеспечивает уничтожение вируса. Также он устойчив практически ко всем дезинфицирующим средствам.

Вирус гепатита С относится к семейству флавивирусов, во внешней среде нестойк. Гепатит С считается наиболее коварным и опасным среди всех вирусных гепатитов.

Во-первых, этот гепатит в 85% случаев приводит к развитию **хронического гепатита С**, у трети больных заканчивающегося через 15-25 лет циррозом или первичным раком печени.

Во-вторых, очень часто и острый, и хронический гепатит С **протекают бессимптомно**, из-за чего инфицированные люди вовремя не обращаются за медицинской помощью и могут заражать окружающих. Скрытое, мягкое течение гепатита С послужило поводом для названия его швейцарскими и русскими специалистами «ласковым убийцей».

- Как происходит заражение?

- Гепатиты В и С передаются **парентерально**: заражение происходит с кровью, ее продуктами, спермой, слюной, вагинальными выделениями, потом и слезами от лиц с выраженными и невыраженными формами острых и хронических гепатитов, циррозов печени, носителей HbsAg (поверхностного антигена вируса гепатита В, или «австралийского

антигена», и лиц с наличием анти-HCV (антител к вирусу гепатита С), 70-80% из которых являются хроническими носителями вируса гепатита С). **Вирус проникает через поврежденную кожу и слизистые оболочки** при внутривенном введении наркотиков, наколках, лечебно-диагностических манипуляциях, при беременности и родах, половых контактах, бытовых микротравмах (маникюр, причесывание у парикмахера острыми гребешками, бритье чужими бритвенными приборами и т.п.).

- Всегда ли острая форма гепатита переходит в хроническую?

- Вирус гепатита В с кровью, в которую он попадает, **заносятся в печень и, не повреждая печеночную клетку, встраивается в нее**. При нормальной, достаточно сильной защитной реакции организма лимфоциты разрушают зараженные клетки, и вирус удаляется из печеночной ткани. Больной переносит острую форму гепатита средней степени тяжести, постепенно выздоравливает, и у него формируется стойкий иммунитет. При слабой защитной реакции или ее отсутствии вирус в



печеночных клетках живет месяцами, а чаще - и дольше (годами, десятилетиями, всю жизнь). Развивается бессимптомная или стертая форма болезни с переходом в последующем в хронический гепатит (у 5-10% людей). **Хроническое носительство HbsAg является бессимптомной формой хронического гепатита В.** В этом случае генетическая программа клетки постепенно видоизменяется, и она может переродиться в опухолевую (в 0,1% случаев).

Вирус гепатита С, попав в клетки печени, повреждает их. Однако это не приводит к быстрому освобождению организма от вируса. Вирус гепатита С «ускользает» из-под защитных механизмов организма путем непрерывного изменения, воспроизведения себя во всё новых разновидностях. Эта способность вируса определяет возможность многолетнего, практически пожизненного выживания вируса в зараженном организме. **Он является основной причиной хронического гепатита, цирроза и рака печени.**

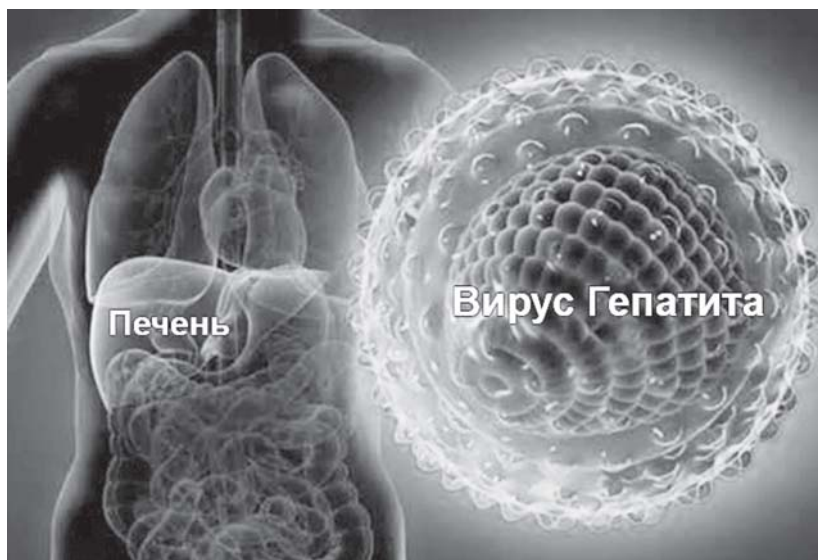
Иммунитет после гепатита С - нестойкий, возможны повторные заражения.

Продолжительность инкубационного периода при гепатите В составляет в среднем 3-6 месяцев, при гепатите С - 2-3 месяца.

- Маис Мкртчювич, давайте обозначим те симптомы, на которые необходимо обратить внимание.

- Вирус гепатита В проявляет себя незначительной температурой, болью в суставах, иногда высыпаниями.

Начальные проявления гепатита С могут ограничиться слабостью и снижением аппетита. Через несколько дней картина начинает меняться: пропадает аппетит, появляются боли в правом подреберье, тошнота, рвота, темнеет моча, обесцвечивается кал. Врачи фиксируют увеличение печени и реже - селезенки. **В крови обнаруживаются характерные для гепатитов изменения:** специфические маркеры вирусов, увеличивается билирубин, печеночные пробы увеличиваются в 8-10 раз.



Наибольшую опасность представляет хроническое течение гепатитов. **Наиболее характерными признаками хронических гепатитов являются недомогание, усиливающаяся к концу дня повышенная утомляемость, невозможность выполнять прежние физические нагрузки.** Эти симптомы непостоянны, из-за чего многие не относятся к ним серьезно. Такие признаки гепатита, как тошнота, боли в животе, суставные и мышечные боли, расстройство стула, - могут быть обусловлены как основными заболеваниями, так и другими болезнями желудочно-кишечного тракта.

Желтуха, потемнение мочи, кожный зуд, кровоточивость, похудание, увеличение печени и селезенки, сосудистые звездочки обнаруживаются лишь на далеко зашедшей стадии хронического вирусного гепатита.

Таким образом, **главными критериями при постановке диагноза служат различные клинические и лабораторные показатели, маркеры вирусов гепатита, изменения биохимических показателей крови, ПЦР (полимеразная цепная реакция).**

- Представители каких профессий входят в группу риска заражением гепатитом?

- Медицинский персонал лечебно-диагностических учреждений относится к категории повышенного риска заражения и заболевания вирусными парентеральными гепатитами.

Продолжительность инкубационного периода при гепатите В составляет в среднем 3-6 месяцев, при гепатите С - 2-3 месяца.



Победим свой страх!

По частоте выявления инфицирования вирусом гепатита медицинский персонал можно разделить на три группы: сотрудники гемодиализного и гематологических отделений, работники лабораторных, реанимационных и хирургических отделений, сотрудники терапевтических отделений.

- Какое существует лечение гепатитов В и С при острой форме и хронической?

- При вирусных гепатитах В и С, протекающих с угрозой хронизации, в настоящее время проводится **лечение интерфероном**, направленное на подавление вируса.

По медицинской статистике, при остром гепатите В без применения интерферона хронический гепатит развивается в 15% случаев, при лечении с ним - в 3% случаев.

При остром гепатите С при назначении интерферона выздоровление наступает у 60% больных, без него - у 15-20% больных.

При хроническом гепатите лечение интерфероном обеспечивает устойчивое выздоровление у 35-40% больных гепатитом В и у 20-30% - при гепатите С.

При хроническом носительстве вируса гепатита В и С интерферон не используется.

Среди значительного количества препаратов интерферона наиболее эффективными при гепатитах являются препараты альфа 2b-интерферона.

Наиболее результативное лечение интерфероном достигается при его назначении в возможно ранние сроки после заражения. При остром гепатите В и С курс интерферонотерапии составляет 3 месяца, при хроническом гепатите В - 6 месяцев, при хроническом гепатите С - 12 месяцев.

- Меры профилактики против вирусных гепатитов - что входит в эту систему?

- С 1996 года **вакцинация против гепатита В** включена в календарь обязательных детских профилактических прививок в России.

Предусмотрена вакцинация всех новорожденных, детей в возрасте до 11 лет, а также взрослых, относящихся к группам высокого риска заражения гепатитом В: медицинских работников,



имеющих непосредственный контакт с кровью больных, студентов медицинских университетов и учащихся средних медицинских учебных заведений, семейное окружение больных хроническим гепатитом В и носителей поверхностного антигена вируса гепатита В, наркоманов.

Прививки могут быть сделаны всем желающим при приобретении вакцины за свой счет в центре вакцинации.

Вакцинация против гепатита В состоит из трех прививок: две первые - с интервалом 1 месяц, третья - через 6 месяцев. Длительность невосприимчивости к гепатиту В после вакцинации составляет 7 лет. Поэтому через это время должна проводиться ревакцинация.

Имеется иммуноглобулин человека против гепатита В. Он используется при высокой вероятности заражения в течение суток после предполагаемого заражения. Обычно вводится в сочетании с вакциной.

Члены семьи больных и носителей хронических гепатитов В, С, поверхностного антигена вируса гепатита В должны строго выполнять правила личной гигиены с индивидуализацией всех ее предметов (расчески, зубные щетки, мочалки, полотенца, бритвенные приборы и другие предметы).

Половым партнерам рекомендуется использовать механические контрацептивные средства.

Помните, что соблюдение профилактических мероприятий снижает риск заболеть хроническими гепатитами и сохраняет ваше здоровье на долгие годы! ☺

Предусмотрена вакцинация против гепатита В всех новорожденных, детей в возрасте до 11 лет, а также взрослых, относящихся к группам высокого риска заражения гепатитом В.



Роды после 40 лет. Психологический аспект

Беременностью и родами в 40 лет уже никого не удивишь. Постепенно становится обыденным материнство даже в 50 и более лет.

Этим женщинам приходится преодолевать серьезные моральные и психологические проблемы.

В начале 80-х годов «поздними мамами» считались те женщины, которые рожали детей после 28 лет, а в 90-х годах «старородящими» стали называть женщин, возраст которых при рождении ребенка был больше 35 лет. В наше время чаще всего к «поздним» роженицам относят женщин старше 37 лет.

В последние годы наблюдается повышение числа женщин, рожаящих в зрелом возрасте. Сегодня ребенок после 40 лет рождается у 2% беременных женщин. Недавнее исследование указывает на то, что из семи беременных одна имеет возраст старше 35 лет.

Психологические риски «позднего родительства» компенсируются многими позитивными моментами:

- дети, рожденные в среднем возрасте, как правило, желанные и любимые. Это значит, что родители уделяют им больше внимания, заботятся об их интеллектуальном и физическом развитии;

- дети, рожденные благодаря искусственному оплодотворению (ЭКО), показали лучшие результаты по итогам интеллектуальных тестов. Причем, чем старше была мать, тем лучшие результаты показал ребенок;

- есть исследования, говорящие, что рождение детей продлевают жизнь родителей. Матери, которые родили после 40 лет, имеют в четыре раза больше шансов дожить до 100 лет. С одной стороны, есть связь между более здоровой репродуктивной системой человека и долголетием, с другой - жизнь с детьми (привнесение активности, ответственности и укрепление социальных связей) поддерживает здоровье родителей.

Другими словами: люди, которые решились обзавестись детьми в позднем возрасте, вынуждены заботиться о себе, а кто заботится о себе - живет дольше.

Считается, что проблема «отцов и детей» в семьях немолодых родителей стоит особенно остро. На самом деле, возраст здесь не является решающим фактором. Наоборот, с годами люди становятся более терпимыми к другим, в том числе и к собственным детям. Главное правило - не забывать о том, какими вы были в юности, тогда найти общий язык с взрослеющими отпрысками гораздо легче.

До 25% женщин в наше время страдают ранним истощением овариального резерва и, как следствие, бесплодием. После 30 лет естественная способность женщины к зачатию постепенно снижается, а после 43 лет большинство женщин теряют способность к рождению детей. Тем не менее, есть женщины, которые, напротив отлича-



**Людмила Вячеславовна
АВЕРЧЕВА,**

старшая акушерка акушерского отделения патологии беременности, высшая категория, КГБУЗ «Городская больница имени Л.Я. Литвиненко, г.Новоалтайск»



▶ ются поздней менопаузой, для них 40-43 года - еще период расцвета фертильности, и они легко беременеют.

В одном перехитрить природу невозможно - как бы хорошо мы ни выглядели, в организме всё равно идут процессы увядания, с возрастом накапливаются хронические заболевания. Особенно это касается женщин, живущих в мегаполисах. Основные зоны риска для женщин - это, прежде всего, бич нашего времени - **остеохондроз позвоночника**. Редко кто подходит к 40 годам с абсолютно здоровой спиной.

Второе - **проблемы с артериальным давлением**.

Третье - **дисфункции щитовидной железы, обменные нарушения**. Поэтому мнение, которое часто бытует у женщин о том, что поздние роды полностью омолаживают организм и запускают процессы регенерации и обновления, в корне не верно. Напротив, поздняя беременность, скорее всего, беспощадно обнажит все те слабые места и скрытые болячки, которые накопились с возрастом.

Послеродовые осложнения возрастают уже в 20-29 лет, но чаще всего, а это 20%, они проявляются в возрасте 35-40 лет. Как правило, с развитием современной медицины какие-либо нарушения беременности распознаются уже на ранних сроках, поэтому больше шансов того, что ребенок после 40 лет родится здоровым.

Рождение малыша - это счастливый момент, и не важно, сколько лет исполнилось его маме. Будущим «поздним» мамочкам хочется пожелать терпения и хорошего настроения. У вас обязательно всё будет хорошо! Так что будьте готовы к тому, что все ваше время будет уходить на маленькое создание. А это ли не женское счастье? ☺

Диспансеризация взрослого населения

Диспансеризация - это периодическое медицинское обследование разных групп населения, направленное на выявление, терапию и профилактику заболеваний, приводящих к снижению процента инвалидности и смертности населения.



Анжелика Юрьевна КАЛАШНИКОВА, медицинская сестра кабинета медицинской профилактики, КГБУЗ «Городская поликлиника №1, г.Барнаул», член ПАСМР с 2014 года

Главная цель при проведении диспансеризации - это обнаружение и борьба с неинфекционными хроническими заболеваниями, которые являются основной причиной смертей. К ним относятся: сахарный диабет, болезни дыхательной системы, нарушения работы сердца и кровеносной системы, онкологические заболевания.

Также в ходе проведения диспансеризации обеспечивается комплексное укрепление состояния здоровья населения, предупреждаются возникновение очагов опасных для общества болезней, увеличивается трудоспособность людей и общая продолжительность жизни. Таким образом определяются категории населения, которые нуждаются в терапии, реабилитации или оздоровительных процедурах; выявляются группы людей, которые имеют предрасположенность к развитию тех или иных неинфекционных недугов, и организуется для них диспансерное наблюдение, а также обеспечивается систематическое консультирование и пациентов, и здоровых граждан относительно здорового образа жизни, своевременного лечения и т.д.

Диспансеризация проводится в медицинской организации по месту жительства или прикрепления, охватывает всех взрослых граждан страны, достигших 21 года. Для них диспансеризация проводится **один раз в три года**: то есть в 21, 24, 27 лет и т.д.

Ежегодно диспансеризация проводится для инвалидов ВОв и прочих боевых действий, а также для участников ВОв, узников концлагерей, обладателей наградного знака «Житель блокадного Ленинграда», которые получили инвалидность не в связи с военными событиями, а в результате трудовых, бытовых и прочих причин.

Объем обследования зависит от особенностей возрастной группы населения, для которой разработана диспансеризация. Учитываются специфические неинфекционные заболевания, которые чаще всего могут возникать и прогрессировать у мужчин и женщин в том или ином возрасте. В соответствии с этим формируется список лабораторных анализов, процедур инструментальной диагностики, перечень узкопрофильных специалистов, которых необходимо посетить.



Советы медицинской сестры

Также программа нацелена и на определение факторов риска, которые могут спровоцировать их возникновение: проблемы с избыточным весом, повышенные показатели давления, сахара в крови, холестерина, низкий уровень активности человека, неправильная организация ежедневного рациона, вредные привычки.

Благодаря диспансеризации появляется возможность не только обнаружить заболевания на ранней бессимптомной стадии развития, но и вовремя взять их под контроль, существенно сократив случаи осложнений и число летальных исходов. Проведение диагностических процедур на бесплатной основе за счет фондов ОМС позволяет обеспечить качественную и своевременную медицинскую помощь для категорий населения, которые считаются наименее защищенными.

Диспансеризация подразделяется на два этапа.

Основной задачей первого этапа является выявление неинфекционных заболеваний: нарушения функционирования сердечно-сосудистой системы, онкозаболевания, глаукома, диабет и прочие, а также диагностирование существующих рисков, угрожающих здоровью человека. Сюда же стоит отнести выявление курения и количества выкуриваемых сигарет, приема алкоголя, приема психотропных и наркотических препаратов, необусловленных назначением специалиста. Также выявляется характер питания, физической активности, а у граждан в возрасте 75 лет и старше - риска падений, жалоб, характерных для остеопороза, депрессии, сердечной недостаточности, некоррегированных нарушений слуха и зрения.

В первый этап входит:

- ▶ антропометрия;
- ▶ измерение артериального давления;
- ▶ определения уровня холестерина и глюкозы в крови натощак;
- ▶ флюорография лёгких;
- ▶ электрокардиография;
- ▶ выявление предрасположенности к развитию проблем с сердечно-сосудистой системой;
- ▶ проведение индивидуального консультирования лиц с сердечно-сосудистым риском и(или) ожирением, и(или) холестерином выше 8 ммоль/л и более, курящих более 20 сигарет в день;
- ▶ маммография обеих молочных желез в двух проекциях;



- ▶ измерение внутриглазного давления;
- ▶ осмотр акушеркой и взятие соскоба цервикального канала и шейки матки у женщин;
- ▶ исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим методом;
- ▶ определение простат-специфического антигена (ПСА) у мужчин;
- ▶ прием врача-терапевта по завершении первого этапа.

Второй этап. При обнаружении каких-либо нарушений в работе систем и органов, пациенту, прошедшему первый этап осмотра, назначается дополнительное обследование. Его будут проводить специалисты узкого профиля, а также потребуются повторная сдача анализов, чтобы подтвердить либо опровергнуть предварительный диагноз.

Пациенту предлагается перечень бесплатных услуг, включающий:

- консультации специалистов: гинеколога, уролога, хирурга, невролога, отоларинголога, офтальмолога;
- дополнительные инструментальные, лабораторные исследования;
- проведение профилактического консультирования лиц с выявленным риском;
- прием терапевта (по завершении исследований второго этапа) для выбора или коррекции терапии.

Как правильно подготовиться к диспансеризации? Посещение врачей и процедур, входящих в обходной лист, необходимо запланировать на утреннее время и натощак. При себе иметь паспорт и страховой полис ОМС. ☺

Объем обследования зависит от особенностей возрастной группы населения, для которой разработана диспансеризация. Учитываются специфические неинфекционные заболевания, которые чаще всего могут возникать и прогрессировать у мужчин и женщин в том или ином возрасте.



Предупрежден - значит, вооружен



Галина Владимировна ПАШИНСКАЯ,
старшая акушерка
женской консультации,
КГБУЗ «Городская
поликлиника №3,
г.Барнаул»,
член ПАСМР с 2009 года

**Слово «онкология»
всегда вызывает
чувство страха
и дискомфорта.
Это связано с тем,
что нам чаще
становятся
известны лишь
печальные исходы
этого заболевания,
нежели
благоприятные.**

Рак - это неконтролируемый рост и распространение клеток в результате изменения одной отдельной клетки. Это изменение может быть начато внешними агентами или же наследственными генетическими факторами и может повлиять практически на любую часть тела. Преобразование из нормальной клетки в опухолевую клетку - это многоступенчатый процесс, при котором рост часто проникает в окружающие ткани и может дать метастазы в отдаленные участки организма.

Практически любая болезнь зарождается исподволь, с ощущения некоторого дискомфорта, отдельных недомоганий: усталости, перепадов настроения. Эти отдельные симптомы накапливаются, и наступает нарушение равновесия с окружающей средой. В случае дальнейшего воздействия отрицательных факторов подобный сдвиг чаще всего выливается в какой-либо недуг - предраковое заболевание.

К предраковым заболеваниям репродуктивной системы у женщин относятся: хронический цервицит, полипы цервикального канала, доброкачественные опухоли тела матки, кисты яичников и хронические заболевания.

Хронический цервицит матки возникает, главным образом, вследствие воспалительных процессов шеечного канала и полости матки. Длительное существование воспалительного процесса ассоциировано с ВПЧ-инфекцией и формированием рака шейки матки. Появление этих изменений никакими признаками не проявляется и выявляется только при осмотре врачом. Эти заболевания чаще встречаются у женщин, часто меняющих половых партнеров и не уделяющих внимания различным отклонениям в состоянии своего здоровья, не выполняющих гигиенические мероприятия, избегающие осмотров врача-гинеколога.

Полипозы - разрастание слизистой оболочки матки, проявляющееся длительными кровянистыми выделениями,

не связанными с менструальным циклом. Длительное существование полипов может приводить к предраковым состояниям. Поэтому требуется обязательное медицинское вмешательство и проведение полипэктомии.

К факторам риска возникновения злокачественной опухоли тела матки относятся: нарушение менструальной функции, бесплодие, ожирение, гипертоническая болезнь, сахарный диабет и другими эндокринными заболеваниями. Начальные признаки рака матки не имеют характерных проявлений, однако внимательное отношение женщины к себе может породить беспокойство и своевременность обращения к врачу-гинекологу. Ранним признаком развивающегося рака могут быть нарушения менструального цикла, различного вида выделения из влагалища, кровотечения после полового акта, при спринцевании или натуживании во время запоров. **При наличии этих симптомов необходимо безотлагательно обратиться к врачу!**

Воспалительные процессы придатков матки, сопровождающиеся частыми обострениями, провоцируют образование **кист и кистом яичников**. Это предраковое заболевание яичников требует оперативного вмешательства.

Признаком **опухолей яичников** может быть рост волос на необычных участках тела: на лице, молочных железах, по средней линии живота, на внутренней поверхности бедер.

Злокачественная опухоль никогда не развивается в здоровом организме. Не стоит привыкать к мелким недугам и пренебрежительно относиться к своему здоровью! Сегодня благодаря хирургической, лучевой, лекарственной и гормональной терапии 70-75% больных на ранних стадиях рака молочной железы и шейки матки излечиваются. Однако лечение значительно осложняется, если пациентка обращается в женскую консультацию на поздних этапах развития болезни. Ранняя явка на прием к врачу-гинекологу дает возможность своевременно поставить диагноз и провести наиболее эффективный курс лечения.

Залог успеха борьбы с раком женских половых органов - в сознательности каждой из женщин и бережного отношения к своему здоровью. ☺

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



Не бойтесь говорить о проблемах вслух

Психология - наука, состоящая из нескольких направлений, использующая различные техники.

Так сложилось, что в Алтайском крае в основном развиваются только две из них - нейролингвистическое программирование и гештальт-терапия.

На Международном конгрессе по психиатрии, наркологии, психотерапии, психологии и социальной работе, который проходил в Новосибирске в прошлом году, большое внимание уделялось организации работ **балинтовских групп**. Этот метод группового тренинга может заинтересовать сотрудников медицинских и социальных учреждений, психологов, других представителей помогающих профессий, способствовать решению актуальной проблемы профессионального выгорания.

Результатом предварительной работы, общения со специалистами в этой области стал семинар для психологов и представителей социальных организаций Алтайского края. Почему именно они? В штате краевого центра поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, в котором я работаю, - 23 человека, причем они работают в разных городах и районах края. Чтобы помощь беременным женщинам была более эффективной, к работе должны подключаться социальные структуры - для «передачи» женщины из рук в руки.

Психологи, специалисты социальной работы фиксируются на чужих проблемах, расходуют свои ресурсы, которые не безграничны. Что может приводить к профессиональному выгоранию. И работа в балинтовских группах помогает его преодолевать.

Начатая работа получит свое продолжение уже в апреле. На конференцию «Комплексный подход в системе помощи семьям с детьми с ограниченными возможностями здоровья» планируем пригласить специалистов, занимающихся детьми с особенностями в развитии. Специалисты, работающие

в этой области, недостаточно знают друг друга, что необходимо для эффективного взаимодействия. Проведение таких встреч, а в их рамках - обучающих семинаров, поможет в дальнейшем успешнее решать профессиональные задачи.

Центральный объект исследования в классической балинтовской группе - отношения «врач-больной». Они являются объективными, поскольку пациент переносит на врача определенные отношения, эмоциональные и поведенческие стереотипы, которые сходны с его отношением к объектам своей реальной жизни (значимые лица ближайшего окружения). Анализ этих отношений дает возможность более полно понять пациента во всем многообразии его связей и взаимодействий с реальным миром, что способствует повышению эффективности терапии. В балинтовской группе врач может прояснить свои чувства и отношение к пациенту и то, как он на самом деле воспринимает больного. Как правило, в работе группы принимают участие 10-12 человек, происходит разбор случая из практики - **проблема проговаривается вслух**, что очень важно.

У психики человека есть лимит возможностей. Мы не можем бесконечно выслушивать чужие проблемы и достаточно эффективно участвовать в их решении. Обычно происходит так: первый человек получает полное сочувствие слушателя; на третьем у слушателя возникнет мысль «А зачем мне это надо?»; к десятому собеседнику уже трудно сдержать ненависть. И это возникшее чувство неприятия свидетельствует об эмоциональном истощении. Его испытывают учителя, врачи,



Алла Владимировна ЛОБАНОВА,
клинический
перинатальный психолог,
Алтайский краевой центр
медико-социальной
поддержки беременных
женщин,
КГБУЗ «Алтайский краевой
перинатальный центр
«ДАР»»



Психологи, представители многих профессий, ежедневно выслушивающих людей, участвующих в решении их ситуаций. Например, подсчитано, что профессиональное выгорание психиатров наступает уже через полтора года: несмотря на все усилия, они редко получают видимый результат своей работы. Именно с этого времени для них надо проводить профилактические мероприятия.

Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) - истощение психических, умственных и физических возможностей организма на фоне хронического стресса. СЭВ следует отличать от усталости (проходит после отдыха) и депрессии (в ее основе лежат чувства вины и обиды). При СЭВ главными проявлениями становятся раздражение и гнев. Многие психологи рассматривают СЭВ как защитный механизм человека в условиях психотравмирующих внешних воздействий, когда организм пытается перейти на механизм сохранения здоровья нервной, эндокринной и сердечно-сосудистой систем, но со временем такой сохраняющий режим становится слишком экономным и не позволяет человеку нормально работать и общаться.

В группе риска СЭВ находятся учителя, медицинские и социальные работники - все те, кто в силу своей профессии должен при-

ходить на помощь людям. Вследствие сильного перенапряжения человек просто ко всему теряет интерес, появляется ощущение беспомощности, безнадежности, обиды, снижается результативность работы. Если не выйти из этого состояния, возможно развитие соматических заболеваний: так организм приводит последние доводы, чтобы человек перестал посещать работу, которая его буквально убивает. «Стартуют» гипертония, гастрит, язва желудка, ожирение, бронхиальная астма и т.д.

Выделяют следующие причины развития СЭВ:

- нервная система человека имеет лимит выполнения определенных процессов. Когда лимит превышен, наступает выгорание;

- *личностные особенности.* Наиболее уязвимые - холерики и меланхолики. Значимы и следующие общие черты характера: повышенная личностная тревожность, которая, как правило, формируется с детских лет; заниженная самооценка, склонность к чувству вины; выраженная эмоциональная лабильность; наружный фокус контроля (в жизни опираются на случайность, удачу, достижения и мнения других людей, постоянно ждут одобрения); пассивные люди, избегающие стратегии выхода из сложных ситуаций;

- *окружающая среда;*

- *отсутствие результата;* сотрудник может выкладываться изо всех сил, но его труд не ценится и, как следствие, у него теряется интерес к работе.

Профессиональное выгорание имеет свои этапы развития:

- ▶ навязчивое желание самоутвердиться, соперничество;

- ▶ небрежное отношение к собственным потребностям, отказ от хобби, еды, сна;

- ▶ конфликтность;
- ▶ эмоциональное оупение, механические действия;

- ▶ потеря себя, внутренняя пустота, суицидальные мысли.

Люди, находящиеся в ситуации выгорания, негативно влияют на коллег, способствуют развитию межличностных конфликтов, не выполняют рабочие задания.

Существуют пять ключевых групп симптомов, характерных для СЭВ:

- **физические:** усталость, физическое утомление, истощение, расстройство сна и специфические соматические проблемы;

- **эмоциональные:** раздражительность, тревога, депрессия, чувство вины, ощущение безнадежности;

- **поведенческие:** агрессивность, черствость, пессимизм, цинизм, зависимости от психоактивных веществ;

- **касающиеся рабочей дисциплины:** прогулы, плохое качество работы, опоздания, злоупотребление рабочими перерывами;

- **нарушение межличностных отношений:** формальность отношений, отстраненность от пациентов, коллег.

Профилактические и лечебные меры при СЭВ во многом схожи.

К первичной профилактике можно отнести дебрифинг (обсуждение) после критического события, физические упражнения, полноценный сон, регулярный отдых; обучение техникам релаксации (расслабления), среди которых - аутогенная тренировка, самовнушение, медитация; умение разделить с пациентом ответственность за результат, умение говорить «нет»; на-



личные хобби; поддержание стабильных партнерских социальных отношений; фрустрационная профилактика (уменьшение ложных ожиданий).

На обдумывание происходящего может потребоваться **смена обстановки** на несколько дней или использование отпуска. В выходные дни выезжайте в соседний город или на природу, но не проводите их стандартным образом.

Помогает **общение с коллегами**, работающими в других организациях. С ними можно поделиться проблемами, услышать их опыт, рассказать о ситуации с юмором. Понимание и поддержка людей, понимающих особенности профессии и не имеющих с вами непосредственных профессиональных контактов, может дать важное ощущение, что происходящее не так уж плачевно.

Используйте возможности для получения **дополнительного образования или специализации**. Это предотвратит монотонность, внесет разнообразие, поможет оптимизировать деятельность благодаря новым подходам. Любые курсы также подразумевают временное отвлечение от основной деятельности, что является способом переключения и эмоционального отдыха от своих обязанностей.

Не берите работу на дом, не консультируйте знакомых в выходные дни и за праздничным столом. При аврале задержитесь на рабочем месте, чтобы всё доделать. Ограничивайте общение с коллегами после работы. Следуйте правилу: окончен рабочий день, работа окончена вместе с ним.

Следите за собственным физическим состоянием, вовремя проходите диспансеризацию, принимайте витамины, полноценно питайтесь, соблюдайте режим физических нагрузок - занятия спортом помимо поддержания хорошей физической формы помогают справляться со стрессом.

И, конечно, - **коррекционная работа с психологами**, которые научат вас как контролировать свою эмоциональную сферу.



Поможет релаксация

1. Примите удобную позу сидя или лежа.

Определите для себя неудобство или стресс, которые вам мешают. Каждая эмоция обязательно имеет локализацию в теле, выражена на физическом уровне.

Например, вас раздражает поведение коллеги или пациента. **Постарайтесь определить область, где базируется раздражение:** она может быть в ногах, туловище, любом участке тела. Опишите форму и размер этой области, ее цвет, твердость или мягкость, другие качества.

После подробного описания **начните мысленно посылать энергию в проблемную область тела.** Можно представить этот сгусток энергии в виде золотистого шара, свечение и тепло которого уничтожает (испаряет, растворяет) проблему в этой области тела. Следите за тем, как изменяется в вашем теле то, что мешает вам жить: может меняться форма, цвет, размер, местонахождение и другие характеристики.

2. Другая техника основана на понимании того, что в организме всегда после напряжения должно следовать расслабление. Постоянное напряжение, как натянутую тетиву, невозможно удерживать.

Начиная с ног по группам мышц обрабатываем последова-

тельное расслабление и напряжение. Ноги, ягодицы, мышцы пресса, руки, шея, губы, щеки - друг за другом включаются в работу. По окончании упражнения ваше состояние будет заметно лучше.

3. Упражнение «Подъем неба» часто используется в различных восточных практиках, в том числе в единоборствах.

Встаньте прямо. Расслабьте все мышцы. Ноги вместе. Руки опустите вниз. Поверните ладони внутрь так, чтобы они смотрели в землю и были под прямым углом к предплечьям. Пальцы направлены друг к другу.

Поднимите руки вперед и вверх. Ладони при этом направлены к небу.

Выполняя движение, плавно вдохните через нос. Поднимите голову вверх и смотрите на ладони. Тянитесь вверх, но не отрывайте пятки от земли. Задержите дыхание на несколько секунд и почувствуйте поток энергии, идущей от ваших ладоней вниз вдоль тела. Затем через стороны опустите руки вниз, плавно выдыхая ртом. Опустив руки, смотрите вперед.

Выполняйте это упражнение десять раз каждое утро (или в течение дня, когда вам захочется). Регулярное его выполнение в течение двух-трех месяцев даст весьма ощутимые результаты. ☺



Обструктивный бронхит у детей раннего возраста



Асмик Робертовна АКОПЯН,
заведующая первым инфекционным отделением, врач-педиатр, высшая квалификационная категория;



Надежда Васильевна НЕВМЫБАКО,
врач-педиатр, высшая квалификационная категория

- КГБУЗ «Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства»

Обструктивный бронхит - это воспалительное поражение слизистой бронхов различной этиологии, сопровождающееся обструкцией бронхов за счет отека, гиперплазии слизистой, гиперсекреции слизи в просвете бронхиального дерева и бронхоспазма.

Давайте подробнее остановимся на вопросах, связанных с этим заболеванием.

Почему обструктивный бронхит чаще диагностируется у детей раннего возраста?

Клинически это заболевание проявляется затруднённым выдохом, обилием сухих и (или) влажных хрипов над лёгкими.

Действительно, это заболевание характерно для детей раннего возраста. В первую очередь это связано с анатомофизиологическими особенностями строения органов дыхания у детей:

- короткие и узкие бронхи, что способствует быстрому проникновению инфекции и затруднению оттока слизи и мокроты;
- дыхательные мышцы слабее, снижен кашлевой рефлекс;
- несовершенство иммунной системы.

Возрастные особенности бронхов детей первого полугодия и первого года жизни способствуют преимущественному поражению мелких и мельчайших сегментов бронхиального дерева, поэтому гиперсекреция слизи и гиперплазия слизистой становятся основой тяжелой обструкции на уровне именно бронхиол.

Какие факторы вызывают воспалительный процесс в бронхах при обструктивном бронхите?

Этиологической причиной является **вирусно-бактериальная инфекция**, реже - **воздействие различных аллергенов**. Наиболее тяжелое течение отмечается при **РС-инфекции** (респираторно-синцитиальном вирусе человека). **Вирус парагриппа и риновирус** также нередко вызывают у детей обструктивный бронхит. Так, при мониторинге обследования детей на вирусные инфекции методами ПЦР и ИФА в нашей больнице выявляются именно эти инфекции. В настоящее время всё чаще у детей с затяжным течением синдрома бронхиальной обструкции (СБО) выявляется **цитомегаловирусная инфекция**.

Бактериальная инфекция, как правило, не является пусковым механизмом в развитии воспалительного процесса при обструктивном бронхите и присоединяется на фоне вирусного поражения. В бактериальных анализах пациентов (мазках на флору из ротоглотки) обнаруживаются условно-патогенные стрептококки, энтерококки, стафилококки. У детей раннего возраста этиологическим фактором могут быть простейшие, хламидия трахоматис (*Chlamydia trachomatis*). У детей старше пяти лет - хламидия пневмония (*chlamydia pneumoniae*) и микоплазма, что необходимо учитывать при назначении антибактериальной терапии в этой возрастной группе. **Особенностью течения бронхитов, вызванных простейшими, является частый непрерывный кашель, одышка, отсутствие температур**



ной реакции, угроза развития интерстициальной пневмонии.

Дети, склонные к аллергии, находятся в группе риска по этому заболеванию?

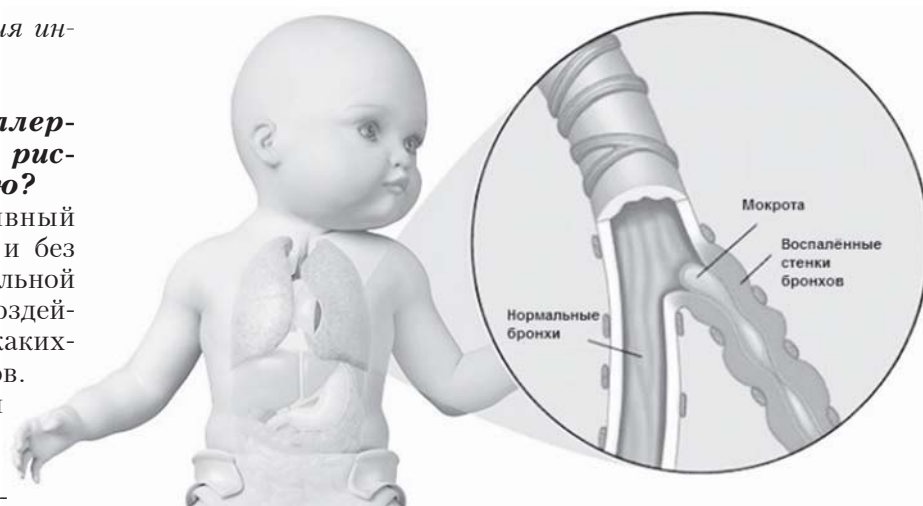
У этих детей обструктивный бронхит может развиваться и без признаков вирусно-бактериальной инфекции, а в результате воздействия на слизистую бронхов каких-либо аллергических факторов. Чаще всего факторы пищевой и бытовой аллергии воздействуют на детей с аллергическим анамнезом на сенсibilизированном фоне и детей с проявлениями атопического дерматита. При развитии атопического марша у этой группы детей СБО может часто повторяться и привести к развитию бронхиальной астмы. Назначение бронхолитиков и ингаляционных глюкокортикостероидов (ИГКС) в этом случае быстро купирует приступ одышки.

Заметим, что **СБО развивается и у детей с инородным телом дыхательных путей**. В этом случае характерны следующие симптомы: *внезапный кашель на фоне полного здоровья, присоединение одышки, плохо купирующейся на фоне небулайзерной терапии с использованием бронхолитиков и ИГКС. Рентгенологическое обследование в данном случае обязательно!*

На какие симптомы нужно обратить внимание при диагностике обструктивного бронхита?

Диагностика обструктивного бронхита обычно не представляет трудностей в разгар заболевания, когда присутствует весь симптомокомплекс: кашель, затруднение выдоха, над лёгкими - жесткое или мозаичное дыхание при выраженной бронхообструкции и наличие хрипов с двух сторон, дыхание с участием вспомогательной мускулатуры.

Но в начале заболевания у ребенка может быть одышка только при физической нагрузке, хрипы не всегда выслушиваются. При аллер-



гическом обструктивном бронхите может отсутствовать кашель.

В наш инфекционный стационар госпитализируются дети преимущественно раннего возраста - от 1 месяца жизни до 3 лет. Им назначается общеклиническое обследование, рентгенография органов грудной клетки, биохимический анализ крови, проводится пульсоксиметрия для определения наличия и степени дыхательной недостаточности, мазок из зева на цитологию при необходимости на бактериологический посев, проводится мониторинг вирусных инфекций, анализ назального секрета методом ИФА и ПЦР на вирусы, при затяжном течении СБО проводится исследование на цитомегаловирусную и герпес-инфекцию, хламидийную инфекцию, на вирус Эпштейн-Бар методом ИФА и ПЦР.

При рентгенологическом исследовании пневмония выявляется не чаще, чем при других заболеваниях дыхательных путей. Нередко как результат обструкции бронха слизью на рентгенограмме лёгких присутствует ателектаз в правом лёгком.

Во всех ли случаях диагностированного обструктивного бронхита требуется госпитализация ребенка?

Лечение обструктивного бронхита - сложный процесс, его эффективность зависит от наличия и степени дыхательной недостаточности

У детей раннего возраста этиологическим фактором возникновения обструктивного бронхита могут быть простейшие, хламидия трахоматис. У детей старше пяти лет - хламидия пневмония и микоплазма. Это обязательно учитывается при назначении антибактериальной терапии в данной возрастной группе.



Десятилетие детства

◀ у ребенка. Трудности возникают при решении вопроса о госпитализации в реанимационную палату, где должны находиться дети с признаками гипоксии. Госпитализация требует проведения седации ребенка, что крайне нежелательно, поскольку приводит к угнетению кашлевого рефлекса и вытекающим из этого последствиям.

На фоне проводимой терапии средняя продолжительность нахождения детей с этим заболеванием в нашем отделении составляет 6 дней.

Насколько различается терапия в зависимости от установленной причины обструктивного бронхита у детей раннего возраста?

Дети в среднетяжелом состоянии получают терапию: при обструктивном бронхите, вызванном вирусно-бактериальной инфекцией, - назначение **этиотропной терапии**. Назначение противовирусных препаратов проводится всем детям, поступающим в первые трое суток заболевания. Наиболее оптимальным препаратом являются свечи Виферон 150000 (назначаются 2 раза в сутки на 5 дней).

Антибактериальная терапия назначается больным с СБО при наличии признаков бактериальной инфекции: повышение температуры тела до фебрильных цифр (38°C и выше) в течение 2-3 дней, наличие в общем анализе крови лейкоцитоза, нейтрофилиза, повышение СОЭ, а также детям с неблагоприятным преморбидным фоном (с врожденным пороком сердца, бронхолегочной дисплазией, перинатальным поражением центральной нервной системы, анемией средней и тяжелой степени) и детям с выраженными симптомами интоксикации.

Антибактериальная терапия назначается по совокупности клинико-лабораторных данных. **Патогенетическая терапия** включает назначение препаратов, купирующих прежде всего спазм гладкой мускулатуры бронхов, а также снятие отека, воспаления в слизистой брон-



хов (что преобладает у детей в возрасте до 6 месяцев). **Небулайзерная терапия** проводится с использованием бронхолитиков, раствора ипратропия бромид, раствора фенотерола и ипратропия бромид и ИГКС, суспензии будесонида.

Муколитические препараты детям раннего возраста не назначаются!

Респираторная поддержка (O₂-ингаляции) назначается при снижении сатурации ниже 95%.

В комплексном лечении обструктивного бронхита используются также вибромассаж, физиолечение, электрофорез с хлористым кальцием на грудную клетку.

Какова статистика по этому заболеванию в практике инфекционного стационара Алтайского краевого клинического центра охраны материнства и детства?

В структуре заболеваемости пациентов нашей больницы обструктивный бронхит составляет около 30% случаев. Количество пациентов в возрасте до 6 месяцев в 2018 год - 58%, из них 70% - дети, находящиеся на искусственном вскармливании, остальные 30% - дети, страдающие пищевой аллергией. Таким образом, обструктивный бронхит чаще развивается у детей раннего возраста, находящихся на искусственном вскармливании, склонных к аллергии. ☹

Диагностика обструктивного бронхита обычно не представляет трудностей в разгар заболевания, когда присутствует весь симптомокомплекс.



Мальчики и девочки - два разных мира

Дети, как жители иностранные, или пришельцы с других планет являются в мир, где предметы странные, вещи, которым названья нет...

Они ощупывают переборочки, они заглянуть стараются за. А мы их гиды, их переводчики, и не надо им пыль пускать в глаза!..

Юрий Левитанский

Наш опыт работы с приемными семьями показывает, что многие будущие замещающие родители считают, что уровень их образования, профессиональные навыки и жизненный опыт вполне достаточен для воспитания приемного ребенка. Девять лет краевой Центр психолого-педагогической и медико-социальной помощи организует занятия для кандидатов в замещающие родители. Будущие мамы и папы приемных детей разного возраста познают азы педагогики и психологии родительства, основы возрастного развития детей, секреты дифференцированного подхода к воспитанию мальчиков и девочек. Но эти знания будут полезны всем родителям.

Давайте разберемся, почему «мальчики и девочки - два разных мира»?

Сегодня, когда нет столь резких границ между мужским и женским стилем поведения, мужскими и женскими бытовыми обязанностями, мужскими и женскими профессиями, родители в растерянности. Прививать ли девочке чисто женские добродетели: мягкость, гибкость, нежность - или воспитывать ее активной и амбициозной? Стоит ли мальчика растить твердым и бесстрашным или важнее поощрять в нем способность к состраданию и пониманию?

Самый главный секрет хорошего воспитания - это любовь, вера и интерес. Благодаря этому родители могут видеть, слышать и чувствовать своего ребенка, правильно реагировать на его потребности, быть тактичными и умными наставниками.

Когда мальчик или девочка еще малы, кажется, что до «взрослости» бесконечно далеко. Но, как гласит старая поговорка, дорога в тысячу верст начинается с первого шага.

Как известно, в детстве происходит становление образа Я-мальчика (девочки) и приобретения им (ею) полоролевого опыта как пространства, где ребенок открывает для себя свой пол (физический, социальный, поведенческий, ролевой и т.д.).

О первых шагах психосексуального развития и воспитания детей и пойдет речь. От этих первых шагов во многом зависит насколько наши дети, став взрослыми, будут способны к общению, какими они будут супругами и родителями.

Первичная половая социализация, то есть обучение ребенка поведению, соответствующему полу, **начинается с момента рождения.** Самовыражение личности (мальчика, девочки), ее саморазвития начинается с семьи.

Начиная **с возраста 1-1,5 года**, дети идентифицируют себя со своим именем, откликаются на него и называют им себя, а **к трем годам** начинают правильно использовать местоимение «я», равно как и другие личные местоимения. В этот период дети учатся правильно относить себя к определен-



**Татьяна Витальевна
КРАЙНОВА,**

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



Если мальчикам недостаточно пространства в горизонтальной плоскости, то они осваивают вертикальную: лазают по лестницам, забираются на мебель и т.д.

ному полу, определять пол своих сверстников, различать мужчин и женщин.

К 3-4 годам у ребенка возникает связанное с полом осознанное предпочтение игрушек. В своих повседневных контактах с детьми взрослые постоянно увязывают поведение ребенка с его полом. Идентификация подразумевает сильную эмоциональную связь с человеком, «роль» которого ребенок принимает, ставя себя на его место. Ярким примером этого является ролевая игра. В процессе ролевой игры дети усваивают социально приемлемые нормы полового поведения и соответствующие их полуполю ценностные ориентации, апеллируют к этим понятиям.

В возрасте **с 4 до 7 лет** формируется гендерная устойчивость: детям становится понятно, что мальчики становятся мужчинами, а девочки - женщинами, и эта принадлежность к полу не изменится в зависимости от ситуации или личных желаний ребенка.

Семейное воспитание мальчиков и девочек имеет много общих черт, но в тоже время обладает своими специфическими особенностями.

Специалистами отмечается, что у **мальчиков и девочек несколько различается физиологическая сторона восприятия**: девочки более чувствительны к шуму, у них выше кожная чувствительность, то есть их больше раздражает телесный дискомфорт и они более отзывчивы на прикосновение, поглаживание. Их игры чаще опира-

ются на ближнее зрение, они играют в ограниченном пространстве, им достаточно маленького уголка. Игры же мальчиков чаще опираются на дальнее зрение: они бегут друг за другом, бросают предметы в цель и т.д., используя при этом всё предоставленное им пространство. И это не может не сказаться на особенностях развития зрительной системы.

Мальчикам, в отличие от девочек, для полноценного психического развития требуется большее пространство, чем девочкам. Если недостаточно пространства в горизонтальной плоскости, то они осваивают вертикальную: лазают по лестницам, забираются на мебель.

Кроме того, **существуют различия в реакции детей различного пола на оценки их деятельности**. Для мальчиков очень важно, **что** оценивается в их деятельности, а для девочек - **кто** их оценивает и как. Иными словами, **мальчиков интересует суть оценки, а девочки более заинтересованы в эмоциональном общении со взрослыми, для них важно, какое они произвели впечатление**. Когда мы оцениваем мальчика, он вновь переживает те фрагменты деятельности, которые оцениваются, и у него активизируются определенные отделы мозга. Поэтому для мальчика не имеют смысла оценки типа: «Я тобой доволен». **Мальчик должен знать, чем конкретно вы недовольны**, и иметь возможность вновь «проиграть» свои действия. **Задача родителей - проявить по отношению к мальчику больше доверия, принятия и одобрения, чтобы мотивировать его к деятельности**. Если мальчику удастся доставить родителям радость, это служит ему мотивацией, чтобы и дальше вести себя соответствующим образом, в противном случае он становится слабым и перестает заботиться об окружающих. Позитивное поощрение правильного поведения служит мальчику дополнительным подтверждением успеха.

Девочки эмоционально реагируют на любые оценки, и при этом у них активизируются все отделы мозга. **Девочке необходимо чувствовать, что она может доверять своим родителям, что они всегда готовы по-**



нять ее чувства, желания и нужды. Так проявляется ее потребность оставаться слабой и зависеть от окружающих. Ей необходима уверенность в том, что она может рассчитывать на поддержку родителей. Нередко девочки удовлетворяют эту свою потребность, делясь чувствами со старшими и обращаясь к ним за помощью. Иногда, если девочка не в силах получить то, что ей требуется, она подавляет свои женские качества (слабость, ранимость) и начинает испытывать свойственную мальчикам потребность в самостоятельности, доверии, принятии и одобрении.

В подростковом возрасте для мальчиков приобретает актуальность проблема выбора будущей профессии. Родители, конечно, весьма заинтересованы в ее оптимальном решении. **В данном случае полезны беседы общего характера** - о роли труда в жизни человека, о необходимости добросовестного отношения к любой работе, о важности учета индивидуальных склонностей и способностей, рассказы о людях разных профессий, обсуждение преимуществ и недостатков конкретной специальности. Прямой резон отцу и матери рассказывать и о собственной работе, ее трудностях и радостях, может быть, показать свои рабочие места, продукцию и т.д. Жизнь свидетелствует, что наиболее благоприятным результатом бывает, когда ответственный вопрос о выборе сыном жизненного пути решается согласованно, а не вопреки его желанию.

Если учесть, что беспокойство девочки в подростковом возрасте бьет ключом из-за поступающих в кровь гормонов, что ее постоянно волнуют какие-нибудь идеи и тревожат взаимоотношения со сверстниками, то станет понятно, какая это нелегкая задача - хорошо учиться, оправдывать надежды семьи и удовлетворять стремления своей души. **Девочка постоянно сомневается, удастся ли ей справиться со всем этим.** Самооценка ослабевает именно тогда, когда она особенно нужна. **Единственная возможность как-то поддержать дочь в эти трудные времена - это принять и признать любые ее идеи.**

Укрепить самооценку девочки можно еще одним способом: **всячески по-**



ощряя ее участие в семейных делах, проведении праздников, соблюдении традиций и ритуалов. Дочери вырастают, чтобы создать собственную семью и зажить жизнью, отдельной от нашей.

Бывает, родители как будто вовсе не обращают внимания на то, что у них растет дочь, а не сын. Иногда девочку, не задумываясь о различии полов, просто воспитывают также, как и ее брата. Она играет с ним в одни игры, доншивает его вещи, на равных водится с его друзьями. Бывает, что спортивные, энергичные родители не хотят воспитывать в девочке «жеманство», делать из нее «кисейную барышню». С ранних лет малышка ходит в походы и обливается ледяной водой, умеет управлять байдаркой и запросто бегаёт босиком по снегу. В принципе, в здоровом воспитании нет ничего плохого, тем более что в таких семьях детям, как правило, уделяют очень много внимания. Но девочки, не имея возможности играть в сюжетно-ролевые игры с куклами, испытывают в дальнейшем проблемы в семейной жизни. Ведь такие игры - это своего рода тренинг, в ходе которого «отрабатываются» не только практические навыки «взрослой жизни», но и различные типы внутрисемейных отношений.

Самое главное - **родители не должны рассчитывать, что все само собой образуется, им необходима твердая установка на целенаправленное воспитание сына или дочери, а по-**

Когда девочке плохо, она должна знать, что родители готовы окружить ее заботой. Если же девочка не в силах получить то, что ей требуется, она подавляет свои женские качества (слабость, ранимость) и начинает испытывать свойственную мальчикам потребность в самостоятельности, доверии, принятии и одобрении.



◀ этому важно постоянно пополнять свои педагогические знания, использовать положительный опыт других родителей, поддерживать сотрудничество со школой, учителями, слушать специальные лекции, читать литературу. Если хотите, чтобы ваши дети достигли успеха в жизни, раскройте их как личности, трудитесь не покладая рук: это с лихвой окупится и для вас, и для них, и для общества.

Рекомендации по воспитанию девочек и мальчиков

● **Никогда не сравнивайте мальчиков и девочек**, не ставьте одних в пример другим: они разные даже по биологическому возрасту: девочки обычно старше ровесников-мальчиков.

● Не забывайте, что **мальчики и девочки по-разному видят, слышат, осязают**, по-разному воспринимают пространство и ориентируются в нем, а главное - по-разному осмысливают всё, с чем сталкиваются в этом мире. И уж, конечно, не так, как мы - взрослые.

● **Обучая мальчиков**, опирайтесь на их высокую поисковую активность, сообразительность.

Давая задания мальчикам, как в детском саду, школе, так и в быту, старайтесь включать в них момент поиска, требующий сообразительности. Не надо заранее рассказывать и показывать, что и как делать. Следует подтолкнуть ребенка к тому, чтобы он сам открыл принцип решения, пусть даже наделав ошибок.

Не переусердствуйте, требуя от мальчиков аккуратности и тщательности выполнения задания.

● Обучая девочек, не только разбирайте с ними принцип выполнения задания, но и учите действовать самостоятельно, а не по разработанным схемам.

● Помните, когда женщина воспитывает и обучает мальчиков (а мужчина - девочек), ей (ему) мало пригодится собственный детский опыт и сравнивать себя в детстве с ними - неверно и бесполезно. ☺

И СТОМАТОЛОГИ СТАНОВЯТСЯ СЕМЕЙНЫМИ ВРАЧАМИ

В профессиональном краевом конкурсе «Лучший врач года - 2018» победителем признана Наталья Владимировна КОЛЕСНИКОВА, заведующая терапевтическим отделением, врач-стоматолог-терапевт КГБУЗ «Краевая стоматологическая поликлиника».

- Наталья Владимировна, как вы приняли решение участвовать в конкурсе? Понятно, что это потребовало времени и сил...

- На самом деле в 2016 году в конкурсе успешно участвовала врач-стоматолог нашей поликлиники Е.Г. АНАНЬЕВА. В этот раз хотелось получить возможность проверить себя, взглянуть по-новому на свой профессиональный уровень, получить оценку коллег. Для меня это участие в профессиональном конкурсе было впервые, и уже поэтому сам конкурс так важен.

В краевой стоматологической поликлинике работаю 18 лет. И всегда стремилась к профессиональному росту, освоению новых методик - ведь в стоматологии, считаю, это особенно важно. Посещение семинаров, конференций, мастер-классов, безусловно, этому способствуют. Не первый год собираю фотоснимки своих работ, материалы, отражающие лечение особенно сложных случаев заболеваний зубов у наших пациентов. Все эти документы и были приложены к моей конкурсной работе.

- Какие особенности краевой стоматологической поликлиники и коллектива вы можете выделить за годы своей работы здесь?

- Во-первых, это высокий профессиональный уровень оказания стоматологической помощи населению на протяжении всех лет, обеспеченный современным оборудованием и квалификацией сотрудников, хороший, слаженный коллектив и позиция руководителей, их заинтересованность в том, чтобы специалисты поликлиники по-



стоянно осваивали новые технологии, приемы работы с современными материалами. Во-вторых, важен выстроенный микроклимат в коллективе, доброжелательность, поддержка. Важно и то, что созданы возможности, обеспечивающие оказание всего спектра помощи нашего профиля.

- В идеале - как часто врач должен проходить дополнительное обучение?

- Многое зависит от самого врача и его личных установок в профессиональном росте. Чаще врач-стоматолог получает новые материалы, и их использование расширяет его возможности в лечении. Глобальных перемен в современной стоматологии нет. Технологии применения новых материалов, инструментария максимально эффективно осваиваются именно на профессиональных мероприятиях, мастер-классах. А оттуда и приносятся в ежедневную работу.



В нашей специальности важнее всего практические навыки. Хорошо ознакомиться с публикациями в специализированной прессе, но это скорее из разряда «прочитать и забыть». Ведь когда участвуешь в работе конференций, где уважаемые доктора представляют свой опыт, показывают и объясняют особенности работы с каким-либо материалом, инструментом, когда доклад сопровождается фото- и видеоотчетом, - то и результат достигается совсем другой. Как правило, после лекционного материала проходят мастер-классы, на которых под руководством профессионала делаешь всё своими руками.

- Приходилось слышать и такое мнение, что профессия современного стоматолога сравнима с работой скульптора. А по вашему мнению, это справедливое высказывание?

- В какой-то степени. Зуб - орган, который связан со всем организмом. То есть нельзя лечить один зуб, забывая о том, что это часть челюстно-лицевой системы. Стоматолог был и остается врачом, оказывающим помощь при заболевании, как и коллеги других специальностей.

- По вашим наблюдениям, пациенты меняются на протяжении почти двух десятков лет вашей практики?

- Очевидно, что для современного человека становится максимально важно поддерживать свое здоровье и заботиться о внешнем виде. Это справедливо воспринимается многими как визитная карточка, самопрезентация. Всё меньше тех граждан, которые испытывают просто непреодолимый страх перед визитом к стоматологу. Как правило, это чувство остается у таких пациентов с детского возраста, когда обезболивание было не настолько эффективным, как сейчас, либо работа стоматолога не отличалась профессионализмом. Ведь многое определяет первый визит, и это касается не только визита к стоматологу. Когда человек приходит в медицинское учреждение с болью, конкретной проблемой, особенно важно умение врача расположить пациента к себе, показать, что посе-



щение стоматологического кабинета меньше всего может быть связано с негативными эмоциями. Наоборот, когда лечение завершено, результатом становится и хорошее настроение, и красивая улыбка, и исчезновение изматывающей боли. Это хорошо понимают представители молодого поколения, которые только начинают ходить к стоматологу, - они чаще обращаются к стоматологу-терапевту именно в профилактических целях.

- Таким образом, каждый врач, и стоматолог в том числе, должен уметь наладить контакт с пациентом?

- Если контакт устанавливается, человек будет приходить не один год на лечение и профилактические осмотры. Так и должно быть. Практика приема, когда обратился с болью и, избавившись от нее, забыл о существовании стоматолога, должна уйти в прошлое. И в нашей поликлинике всё чаще стоматологи становятся по-настоящему семейными врачами: они оказывают помощь нескольким поколениям одной семьи, нередко встречаются с ними как со старыми знакомыми, а те не боятся посещать стоматолога с целью профилактики.

- Расскажите о коллективе.

- Мы все дорожим доверием к нашему медицинскому учреждению со стороны наших пациентов, понимаем, что информация об успешном лечении расходитесь достаточно быстро и становится поводом для обращения всё большего числа пациентов. В поликлинике работают только высококвалифицированные врачи, начиная от тера-

певтического, хирургического и заканчивая ортопедическим приемом. Они знают свое дело и возвращают пациентам стоматологическое здоровье на высоком уровне. Важно и то, что в нашей поликлинике человек получает все виды помощи, включая парадонтологию, ортопедию, в полном объеме представлено физиолечение. За один визит в поликлинику пациент может посетить несколько врачей разного профиля, лечение проводится максимально оперативно. Каждый сложный случай обсуждается коллегиально специалистами разных отделений, достигаемая преемственность обеспечивает эффективность лечения, при необходимости завершающееся качественным протезированием.

- Традиционный вопрос: ваши советы, помогающие сохранить здоровые зубы.

- Я не сторонница адресовать советы всем читателям. Всё-таки советы должны быть индивидуальными, учитывать особенности ротовой полости конкретного человека. Стоматолог на приеме всегда расскажет о гигиене полости рта, о возможных наследственных заболеваниях, обозначит периодичность посещения кабинета, оптимальную именно для вас. Желаю всем читателям найти своего врача, профессионализму которому вы будете доверять. И тогда посещения стоматологического кабинета станут регулярными и менее всего будут вызваны острой болью.

Поэтому не бойтесь врачей-стоматологов, ведь вам так идет красивая улыбка! ☺



«Никогда ни о чем не жалеете!»

*Свой юбилейный день рождения
заслуженный врач РСФСР,
врач-дерматовенеролог высшей категории
Ксения Александровна ЧУРМАНТЕЕВА
отмечает третьего апреля.*

Более полувека - 54 года! - Ксения Александровна Чурмантеева отдала Рубцовскому венерологическому диспансеру, продолжая трудиться там еще почти 20 лет после выхода на заслуженный отдых.

Ксения родилась в Мордовской ССР, затем семья перебралась в Саратов. Мама - операционная медицинская сестра - умерла от туберкулеза, а в 1942 году погиб отец. Жизнь тогда у всех была тяжелой. Лишения, холод, голод... Но ничто не смогло сломить желание учиться. Летом sophomore Ксения решила поехать работать воспитателем в пионерский лагерь, где набирались сил дети фронтовиков.

- Потом были еще совхоз, рытье окопов под Саратовом, военные госпитали и пять голодных лет учебы в медицинском институте. Я решила посвятить свою жизнь медицине, как моя мама, - рассказывает Ксения Александровна, - В те годы это была жизнь, полная испытаний и потерь, но мы не жаловались. Просто учились на совесть, стараясь быть полезными людям. А в 1947 году мы с мужем оказались в Рубцовске.

Начинающего врача направили работать в дерматовенерологическую службу, которая выглядела в те годы более чем скромно. Это было маленькое отделение в составе городской больницы с большим количеством проблем, которые дружный и работоспособный коллектив постепенно решал, забывая про сон и отдых.

В 1964 году Ксению Александровну назначили заведующей кожно-венерологическим отделением. Спустя четыре года оно получило статус самостоятельного меди-

цинского учреждения и нового главного врача в лице врача Чурмантеевой. В этой должности она проработала 17 лет. Вскоре медицинское учреждение не имело себе равных в Алтайском крае по уровню оснащенности и профессионализму специалистов!

Убедившись, что смогла найти и объединить единомышленников, Ксения Александровна ушла с руководящего поста, уступив дорогу молодым. Но родной коллектив она не оставила, считая его своим самым главным профессиональным успехом. Доктор Чурмантеева была одной из его важных составляющих и еще много лет принимала пациентов в качестве рядового врача-дерматовенеролога.

Также Ксения Александровна находила время читать лекции студентам медицинского училища, преподавать на вечерних курсах медицинских сестер, проводить профилактические работы на заводах, в общественных банях и парикмахерских. Стараясь сохранить горожанам здоровье, убедительно рассказывала им про венерические заболевания, приводила примеры из реальной жизни. Вела большую общественную работу. Как член городского комитета «Профессионального союза медицинских работников» неоднократно избиралась депутатом Рубцовского городского совета.

Среди многочисленных наград за ее многолетнюю и добросовестную работу - нагрудный знак «Победитель социалистического соревнования». Не менее дороги доктору Чурмантеевой и медали: «Ветеран труда» и «За доблестный труд», а также десятки почетных грамот краевого и городского уровней.



- Я всегда настолько любила свою профессию, - признается Ксения Александровна, - что готова была жертвовать ради нее всем. И только с годами начала понимать, что несколько обделила своих близких вниманием и любовью.

У Ксении Александровны выросли четверо детей, двое из которых пошли по стопам матери, продолжив семейную династию врачей: **Игорь Николаевич Чердаков** работает хирургом-травматологом в Рубцовской городской больнице №1, а дочь **Ольга Николаевна Чердакова** профессиональную жизнь посвятила стоматологии. Из шестерых внуков медицине посвятил себя **Михаил Александрович Чердаков**, который трудится врачом-рентгенологом лучевой терапии в Ярославле, а кем станут ее десять правнуков - еще покажет время.

Сердечно поздравляем с 95-летним юбилеем Ксению Александровну Чурмантееву! Желаем крепкого здоровья, жизненного задора, бодрости духа, любви близких и уважения бывших ваших коллег и учеников!

Татьяна Синкевич, коллектив КГБУЗ «Кожно-венерологический диспансер г.Рубцовска»



Компрессионный перелом позвоночника. Лечебная гимнастика

В прошлом номере журнала мы говорили о влиянии лечебной физкультуры в лечении неосложненных компрессионных переломов позвоночника, а также рассмотрели правила ортопедического режима при этой травме.

Сегодня мы познакомимся с комплексом лечебной гимнастики при сгибательном компрессионном переломе грудного отдела позвоночника.

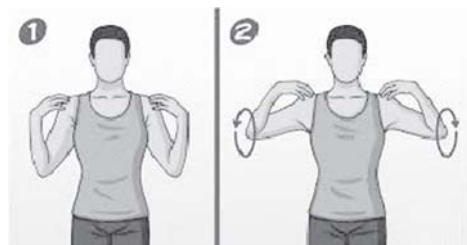
ЛФК пациент начинает заниматься в стационаре. Двигательный режим и объем нагрузки назначает врач ЛФК, он же и оценивает эффективность занятий ЛФК, решает о переводе с выполняемого комплекса на другой.

Вводная часть

Исходное положение (И.П.) - стоя на коленях.

1. Поднять руки вверх, потянуться - вдох, возврат в И.П. - выдох. Повторить 3 раза.

2. Кисти к плечам, круговые движения локтями назад, в спокойном темпе под счет от 1 до 4. Повторить 10 раз.



3. Руки на пояс, наклон туловища назад - живот втянуть, удерживать положение 6 секунд. Повторить 3 раза.

4. Руки вдоль туловища, наклоны туловища в сторону. Пальцами рук коснуться пола. Повторить 10 раз.

5. Руки за голову, локти отведены в стороны, оказывать встречное сопротивление руками и затылком - 4 секунды, отдых - 4 секунды. Повторить 4 раза.

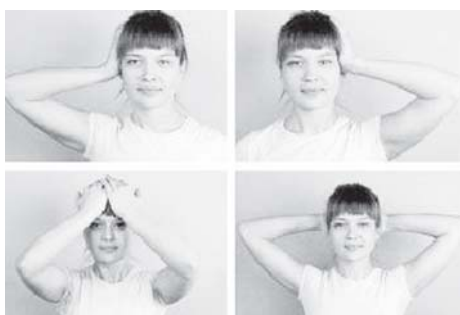
6. Руки положить на лоб. Оказывать встречное сопротивление руками и лбом - 4 секунды, отдых - 4 секунды. Повторить 4 раза.

7. Положить ладонь правой руки на боковую часть головы справа. Оказыва-



ем встречное сопротивление - 4 секунды, отдых - 4 секунды. Повторить 4 раза.

8. Повторяем упражнение, аналогичное предыдущему, но в левую сторону. Повторить 4 раза.



Основная часть

Исходное положение (И.П.) - лежа на животе, руки положить под лоб.

9. «Самовытяжение»: тянуть руки по полу вперед, носки ног в противоположную сторону. Тянуться до счета 4 и отдыхать 3-4 секунды. Повторить 4-6 раз.

10. Приподнять правую руку и левую ногу невысоко над полом и держать 4-10



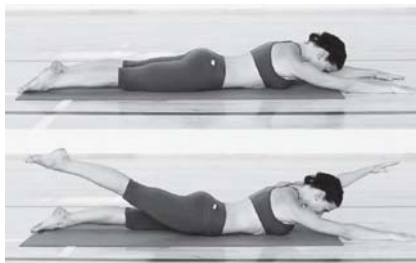
**Елена Ивановна
ВОРАНКОВА,**

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



Школа реабилитации

секунд. Приподнять левую руку и правую ногу невысоко над полом и держать 4-10 секунд. Повторить 4-6 раз.



11. И.П. - то же. На счет «раз» - приподнять прямые ноги над полом. На счет «два» - развести ноги в стороны. На счет «три» - соединить ноги вместе. На счет «четыре» - возврат в И.П. Повторить 8 раз.



12. И.П. - то же. На счет «раз» - руки вытянуть перед собой. На счет «два» - приподнять от пола грудь, руки, голову, ноги. На счет «три» - отвести руки в стороны до уровня плеч. На счет «четыре» - руки вперед. На счет «пять» - возврат в И.П. Повторить 6 раз.



13. Кисти под лоб, пятки вместе. Приподнять прямые ноги от пола и удерживать 20 секунд. Повторить 3 раза.

14. Руки положить на затылок, приподнять грудь от пола, удерживать положение по 6 секунд. Повторить 6 раз.

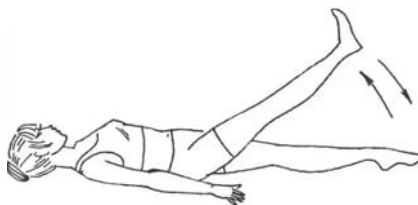
15. Плавание в стиле «басс», не касаясь руками пола. Ноги - прямые, приподняты. Выполнять по 20 секунд. Повторить 3 раза.

Исходное положение - лежа на спине.

16. Руки вдоль туловища. Стопы вместе, носки тянуть на себя 4 секунды. Повторить 4 раза.

17. Руки вдоль туловища. На счет «раз» - приподнять прямые правую руку, затем - левую. На счет «два» - приподнять левую руку, правую ногу, удерживать 10 секунд. Повторить 2 раза.

18. Руки в стороны. Вертикальные «ножницы» ногами - 15 секунд. Повторить 3 раза.



19. Руки за голову, локти прижать к полу. Приподнять прямые



ноги под углом 45 градусов, удерживать по 20 секунд. Повторить 3 раза.

20. Ноги согнуты, руки на живот. Диафрагмальное дыхание. Вдох (носом) - живот надуть, выдох (через рот) - втянуть. Повторить 5 раз.



21. Правую руку положить вверх, левую - вдоль туловища. Сме-



на положения рук - руки идут до пола. Повторить 10-15 раз.

22. Руки в стороны. Горизонтальные «ножницы» ногами по 15 секунд. Повторить 3 раза.

23. Диафрагмальное дыхание.

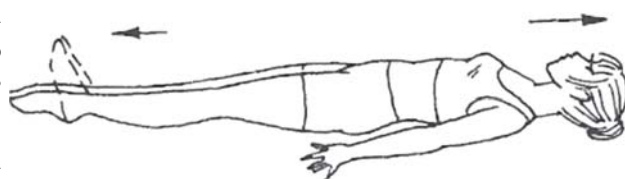
24. Руки под голову или вдоль тела. «Велосипед» по 10 секунд. Повторить 3 раза.



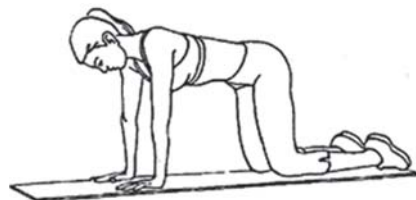
Заклучительная часть

25. Руки положить вверх, пятки вместе, вытяжение 4 секунды - отдых - 4 секунды. Повторить 3 раза.

26. Руки вдоль туловища, тянуться руками к стопам 4 секунды. Отдых 4 секунды. Повторить 3 раза.



27. Медленно перевернуться на живот, встать на четвереньки. На счет «раз» - вытянуть правую руку вперед, левую ногу назад. На счет «два» - возврат в И.П. На счет «три» - поменять руку, ногу. На счет «четыре» - возврат в И.П. Повторить 3 раза.



28. Стоя на коленях, поднять руки вверх - вдох, опустить - выдох. Повторить 3 раза. ☺



«Импровиз» дарит радость!

С Иваном АСТАХОВЫМ мы встретились на празднике Масленица. Он предлагал детям и взрослым на время стать музыкантами, освоив простые инструменты, которые были выложены тут же.

Некоторые из инструментов - незнакомые, некоторые - забавные. Одни подходили для маленьких детских рук, другие даже на столе звучали от прикосновения подобно колоколу. Иван с готовностью отвечал на вопросы и незаметно направлял интерес аудитории. Глаза детей и взрослых светились радостью и неподдельным интересом. Безусловно, такой обмен энергией важен для обеих сторон действия.

- Иван, волонтерство сегодня представлено разными видами деятельности. Вы выбрали музыкотерапию. Почему?

- В любой волонтерской деятельности самое главное, чтобы она соответствовала личным устремлениям. Моя мама - активный волонтер, работала в этом качестве на Паралимпийских играх в Сочи, Чемпионате мира по футболу, на Универсиаде в Красноярске. Направление моей волонтерской деятельности задано интересом к музыке, который был всегда, сколько себя помню. В 2014 году на Международном молодежном управленческом форуме «Алтай. Точки Роста. АТР» я познакомился с клиническим психологом, выпускником АлтГУ Антоном ЧЕРЕПАНОВЫМ. Он проводил тренинги с использованием элементов музыкотерапии, которые были направлены на улучшение эмоционального состояния человека. Позже Антон объявил о наборе желающих для обучения проведению таких тренингов. Так был собран оркестр музыкотерапии «Импровиз». В первую очередь, это благотворительный социальный проект, направленный на улучшение ка-



чества жизни людей. Его цель - создавать условия для изменения психоэмоционального и физического состояния людей посредством прослушивания и исполнения живой музыки, раскрывать таланты и творческие способности, быть вместе. Оркестр объединяет всех тех, кто любит музыку и хочет делать добрые дела. Мы проводим музыкальные занятия, тренинги и мастер-классы на социальных площадках Барнаула с 2014 года.

- Как собиралась коллекция инструментов, которые используются в работе?

- Одни инструменты приобретал Антон, другие дарили знакомые. Но не всегда берем с собой на мероприятия все имеющиеся инструменты. К примеру, на Масленице не использовали барабаны, поскольку низкая температура могла повредить их мембраны, и тогда мы бы лишились инструмента. В летний сезон на разных площадках города можно увидеть и освоить всю собранную нами коллекцию.

Нас приглашают в детские больницы и приюты, дома престарелых и интернаты, где мы с удовольствием работаем бесплатно. Формат выездной работы выбран не только потому, что у нас нет своего помещения, - так достигается максимальная эффективность деятельности. Летний период формат работы я бы назвал фестивальным: играем для всех желающих на набережной, на центральных площадках Барнаула во время различных праздников.

- В санатории с профильными сменами для детей с ДЦП рассказали, как в конце вашей работы играет настоящий оркестр, в котором музыкантами становятся все дети...

- Все дети любят музыку. Сначала мы помогаем каждому ребенку выбрать музыкаль-



← ный инструмент, минимально освоить игру на нем и забыть на время о своих физических ограничениях. Когда видишь, как загораются их глаза радостью, как улучшается настроение, для нас это дорогого стоит, окупает все усилия. Происходит взаимообмен позитивной энергией.

- С какой аудиторией больше любите работать?

- У каждой площадки есть свои особенности. На городских мероприятиях проходит много людей, но около инструментов они останавливаются на меньшее время: задали вопрос и пошли дальше. В любой же детской аудитории видна динамика настроения. Занимаемся час, объясняем, разучиваем приемы игры на разных инструментах и видим, что дети даже за это короткое время изменились. Пусть слушателей меньше, но ты услышан, ты интересен аудитории.

- Сколько у вас единомышленников?

- Их число непостоянно. В целом в «Школе музыкального волонтерства» обучили 20 человек. Для волонтерской деятельности требуется свободное время. И студентам, и работающим людям найти его не всегда просто. Поэтому есть люди, которые время от времени к нам присоединяются.

Стать волонтером может каждый. Волонтер многое должен знать, понимать, какая аудитория перед ним, как с ней взаимодействовать, какие использовать инструменты, как обеспечить соблюдение правил техники безопасности. Когда мы организовывали школу, среди участников было много студентов, но они чаще и уходили. В студенческие годы большинство ориентированы на получение новой информации. От волонтера требуется продуманность работы, грамотное ее выстраивание, что лучше получается у людей, более старших по возрасту. ☺

Соль на коже

Немецкие ученые выяснили, что избыток соли в организме влияет на иммунитет и может стать причиной развития атопического дерматита.



Они протестировали образцы кожи пациентов с этим заболеванием. Оказалось, что уровень натрия в пораженных участках кожи таких пациентов в 30 раз выше, чем в здоровой коже. Исследования показали: хлорид натрия (поваренная соль) запускает сложные химические реакции в Т-клетках, которые обеспечивают клеточную иммунную защиту организма. В результате они преобразуются в особые Th2-клетки, которые могут вызывать воспалительные заболевания кожи, такие как атопический дерматит. Сейчас выясняется, как влияют на развитие этого заболевания диеты с разным содержанием соли.

Диета для микробов

Жирная пища вызывает мутации у кишечных бактерий, сообщают китайские ученые. Таким образом в кишечнике запускаются воспалительные процессы, которые в конечном итоге приводят к развитию диабета и сердечно-сосудистых заболеваний.

Выводы были сделаны на основе исследований более 200 абсолютно здоровых добровольцев, которые в течение полугода придерживались определенных типов диеты. У разных групп испытуемых суточный рацион включал разную долю жиров. Эксперимент показал, что при повышенном содержании жира количество полезных бактерий существенно снижа-

лось. Зато увеличилось количество тех, которые влияют на повышение уровня холестерина, а также специфических веществ, связанных с воспалительными процессами.

Новое заболевание

Исследователи из Испании, Австралии и Швеции открыли заболевание, вызванное мутацией гена миоглобина, отвечающего за структуру мышечных белков.

Недуг удалось зафиксировать с помощью биопсии мышц. Заболевание, которому дали название «миоглобинопатия», проявляется у людей в возрасте от 30 до 50 лет. Оно провоцирует прогрессирующую слабость мышц туловища, шеи, рук и ног. В запущенном виде опасности подвергаются дыхательная мускулатура и сердце.

Сейчас исследователи сосредоточены на поиске лекарства от заболевания.

Движение - радость

Небольшая, но регулярная физическая активность каждый день существенно снижает риск развития депрессии даже при наличии генетической предрасположенности.



Ученые из США изучили данные более чем 600 тысяч людей - их показатели здоровья, генетические параметры, а также уровень двигательной активности. Оказалось, что людям, которые много двигались в течение дня, практически неизвестно было состояние депрессии. Если ваш пульс начинается с 60, доведите его до 90 - для этого достаточно минут пятнадцать побегать трусцой или час поработать в саду. Главное - двигаться, это лучшее средство от чувства подавленности.



Общественный Редакционный совет журнала



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



**Асанова
Татьяна Алексеевна**
к.м.н., заместитель главного
врача по организационно-
методической работе,
КГБУЗ "Алтайский краевой
клинический центр охраны
материнства и детства"



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



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



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



**Костромицкая
Марина Вячеславовна**
главный врач КГБУЗ
«ЦРБ с. Завьялово»



**Кравцова
Людмила Ивановна**
главный врач КГБУЗ
«Рубцовская ЦРБ»



**Лазарев
Александр Федорович**
д.м.н., профессор, заведующий
кафедрой онкологии, лучевой
терапии и лучевой диагностики
Алтайского государственного
медицинского университета,
председатель комитета
по здравоохранению и науке АКЗС



**Миллер
Виталий Эдмундович**
к.м.н., доцент кафедры
пропедевтики детских болезней
АГМУ, заведующий детским
консультативно-диагностическим
центром КГБУЗ "Алтайский
краевой клинический центр
охраны материнства и детства"



**Насонов
Сергей Викторович**
к.м.н.,
заместитель министра
здравоохранения
Алтайского края



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



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



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



**Реуцкая
Елена Михайловна**
Отличник здравоохранения РФ,
врач-пульмонолог высшей
квалификационной категории,
и.о. заместителя главного врача
по медицинской части, КГБУЗ
"Краевая клиническая больница"



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



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



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



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

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№3 (195) март 2019 г.



Лауреат Губернаторской премии
среди СМИ по итогам 2003 года



Почетная грамота
Союза журналистов России



Благодарность от Управления
Алтайского края
по физической культуре и спорту



Почетная грамота Правительства
Алтайского края, 2017 год

Свидетельство о регистрации СМИ
№ПИ-12-1644 от 04.02.2003 г.,
выданное Сибирским окружным
межрегиональным территориальным
управлением Министерства РФ по
делам печати, телерадиовещания и
средств массовых коммуникаций.

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

Время подписания в печать:
по графику - 14:00 29.03.2019 г.,
фактически - 14:00 29.03.2019 г.
Дата выхода: 04.04.2019 г.

Главный редактор - Ирина Валентиновна Козлова.
Тел. 8-960-939-6899.

Ответственный редактор - Мария Юртакина.
Креативный редактор - Лариса Юрченко.

Компьютерный дизайн и верстка - Ольга Жабина, Оксана Ибель.

Учредитель-Издатель ООО «Издательство «Вечерний Новоалтайск - Добрый
день»: 658080, Алтайский край, г. Новоалтайск, ул. Обская, 3.
Тел. 8(385-32) 2-11-19. Адрес редакции: 658080, Алтайский край,
г. Новоалтайск, ул. Обская, 3. Тел. 8(385-32) 2-11-19.

Адрес работы с общественными представителями:
656038, Алтайский край, г. Барнаул, пр. Ленина, 56, тел. 8-902-141-79-83.
E-mail: nebolen@mail.ru. Группа ВКонтакте: <https://vk.com/nebolen>

Отпечатано в типографии ИП Смирнов Е.В.:
656049, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Чкалова, 228. Тел. (3852) 38-33-59. Печать
офсетная. Тираж - 4100 экз. Цена свободная.

Подписной индекс - 31039



Торжественное открытие Центра симуляционного обучения врачей



Алтайский государственный медицинский университет, 26.03.2019 год