

6+

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№11 (203) НОЯБРЬ 2019



ОТ РЕДАКТОРА



Ситуация в отечественном здравоохранении, особенно в первичном звене, - бесспорно, одна из самых обсуждаемых тем среди населения и в медийном пространстве. К сожалению, чаще все еще в негативном аспекте. К решению проблем здравоохранения активно привлекают общественный сектор.

Так, в декабре т.г. Общероссийский народный фронт намерен сформулировать свои предложения Президенту РФ по итогам мониторинга реализации федеральных проектов. Особое внимание в проведенном социологическом исследовании уделено проблемам уровня ЦРБ, включая вопросы их материально-технического и кадрового обеспечения, нормативно-правовой регламентации деятельности и правовой защищенности медицинских специалистов. По мнению экспертов ОНФ, полному исполнению функций ЦРБ мешают: излишняя отчетность на разных уровнях; нехватка площадей, из-за чего нет возможности развернуть в полном объеме все структурные подразделения; недостаток кадров и низкая мотивация персонала; недостаточное обеспечение оборудованием и автотранспортом; недостаток финансирования. При этом «недостаток финансирования» - это отнюдь не голословное заявление «фронтовиков». Так, в 2019 году Счетной Палатой Российской Федерации опубликован отчет о результатах экспертно-аналитического мероприятия «Анализ формирования в 2017 и 2018 годах и исполнения в 2017 году территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включая их финансовое обеспечение», в котором были перечислены причины сложившейся ситуации с ростом кредиторской задолженности медицинских организаций: недофинансирование территориальных программ за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации; низкие тарифы ОМС, которые не покрывают реальные затраты на оказание медицинской помощи; невыполнение объемов медицинской помощи; применение штрафных санкций страховыми медицинскими организациями по результатам экспертизы качества медицинской помощи; увеличение доли расходов на заработную плату в целях реализации Указа Президента РФ от 7 мая 2012 года №597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики»; рост цен на медикаменты и расходные материалы, продукты питания, горюче-смазочные материалы, увеличение тарифов на энергоресурсы.

Эксперты были единодушны в необходимости неотложных мер по вопросам кадрового обеспечения

*Традиции - это передача огня,
а не поклонение пеплу!*

Густав Малер

отрасли. Звучали предложения об увеличении целевого набора в учебные заведения. Однако, в решении этой проблемы их мнения были порой диаметрально противоположными: от возврата к системе обязательного распределения по окончании вуза или медицинского колледжа до «свободного» трудоустройства уже обучающихся «целевиков». Высказывались предложения о введении одинакового уровня оплаты специалистов первичного звена с аналогичным функционалом - независимо от места проживания (крупный город или село), без привязки к региональным показателям экономики. На мой взгляд, это было бы справедливо. Но если врачей и средних медицинских работников не хватает практически во всех территориях России, то «региональные преференции» не решат проблемы кадрового дефицита, в крайнем случае, радикально, а в регионах с более слабой экономикой - лишь усугубят ситуацию.

При этом я убеждена и в том, что для значимых качественных изменений, прорыва в организации медицинской помощи необходимо совпадение, как минимум, нескольких факторов: ресурсных возможностей, политической воли... Но главное - правильное формулирование целей, задач для каждого уровня, наличие лидеров, настроенных на такие изменения, и их умение вовлечь, мобилизовать достаточно широкий круг специалистов в эту работу. Многие эксперты солидарны со мной во мнении, что такого рода системные позитивные изменения произошли в здравоохранении края в период, когда отдел здравоохранения Алтайского крайисполкома возглавил Артур Александрович Аскалонов (1981-1990 годы). Мне довелось работать в то время - сначала в Целинной ЦРБ, затем в единственной тогда краевой больнице (в ее составе были и детские отделения) и в краевом отделе здравоохранения. В моем личном архиве сохранилась публикация в журнале «Здравоохранение Российской Федерации» (№5, 1987 год, стр. 15-19) «Интенсивные пути развития сельского здравоохранения» (есть соблазн опубликовать ее полностью: как-то по-новому взглянула на достигнутое тогда), в которой авторы рассказали об опыте работы по «модернизации» сельского здравоохранения края, в том числе по обеспечению доступности специализированных видов медицинской помощи. «За годы XI пятилетки были построены больницы общей мощностью 3066 коек, поликлиники на 6000 посещений в смену. Практически во всех районах края, с привлечением местных ресурсов за счет предприятий агропромышленного комплекса, расширены и реконструированы ЦРБ и участковые больницы, врачебные амбулатории, фельдшерско-акушерские пункты. В результате такого преобразования медицинскую помощь в крае оказывали 315 больниц, 30 диспансеров, 74 сельских врачебных амбулаторий, 1351 (!) ФАП, 540 медицинских колхозно-совхозных профилакториев...» (это без учета МСЧ промышленных предприятий в городах). «...За 1981-1985 годы в сельские лечебные учреждения для работы было направлено 1038 врачей.

Окончание - на 3 обложке.



**Нельзя оставаться
наедине с болью**



Дело - антитабак



**Эмоциональное
воспитание**



**Молодость -
это выбор!**



**Лечение рака
прямой кишки**

На обложке: Алла Владимировна ЛОБАНОВА, медицинский психолог КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер», постоянный автор и эксперт нашего журнала.

«Алтайский край - территория возможностей»	2-3
ДВИЖЕНИЕ К ЦЕЛИ 78+ Н.Н. Зяблова. Нельзя оставаться наедине с болью	4-7
Солнце внутри. Как работает витамин D	8-10
Когда знаешь, что станешь врачом!..	11
ЖИЗНЬ БЕЗ ТАБАКА Дело - антитабак	12-13
ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА Г.К. Гонохова. Лекарства и беременность	14-16
ДЕСЯТИЛЕТИЕ ДЕТСТВА А.В. Лобанова. Эмоциональное воспитание	17-20
Рак - не приговор!	20
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ Е.С. Давыденко. Как избавиться от ожирения и избыточного веса	21-22
Е.Н. Тряпицына. Женщина не должна курить!	22-23
С.А. Тарасова. Физиопрофилактика: что это?	24
Восемь лет в пути	25
Е.А. Брагина. Как правильно избавиться от домашних насекомых	26-28
ДВИЖЕНИЕ К ЦЕЛИ 78+ Т.В. Демина. Молодость - это выбор!	29-30
Новости здравоохранения мира	31
ДВИЖЕНИЕ К ЦЕЛИ 78+ Внуки в дефиците	32-34
Вакцина против менингококка	34
МУЖСКОЙ РАЗГОВОР А.В. Белоножка. Лечение рака прямой кишки	35-38
Проблема русской минтайности	38-39
Практичный Нобель	40-41
Начихать на холода	42-43
Взрыв мозга	43
Вопрос-ответ	44



«Алтайский край - территория возможностей»

- под таким названием 19 ноября в столице Алтайского края прошел Форум молодых врачей.

Участники встречи обсудили проблемы и перспективы современного алтайского здравоохранения.

В пленарном заседании, которое состоялось в Алтайском краевом театре драмы, приняли участие заместитель Председателя Правительства Алтайского края **Ирина Викторовна ДОЛГОВА**, региональный министр здравоохранения **Дмитрий Владимирович ПОПОВ**, руководители краевых медицинских организаций и молодые специалисты - всего более 700 человек.

Ирина Викторовна Долгова поприветствовала участников мероприятия от имени губернатора края **Виктора Петровича ТОМЕНКО**.

- Одно из приоритетных направлений политики нашего государства - это оказание доступной и качественной медицинской помощи. Решение этой задачи планируется путем подготовки квалифицированных кадров и поддержки молодых специалистов, возрождения наставничества и формирования привлекательных условий труда, мотивирования профессионального развития и карьерного роста.

Сегодня особое внимание сосредоточено на повышении объемов и улучшении качества подготовки молодых специалистов. В медицинском университете и колледжах края уже увеличен госзаказ на обучение необходимого числа врачей. Активно ведется и профориентационная работа.

Именно вам, молодым специалистам, принадлежит будущее нашей медицины. Программы, которые реализуются сегодня в системе здра-



воохранения, помимо высокой квалификации и личной ответственности требуют свежего взгляда, современного подхода к профессии. Я уверен, что вы сможете не только продолжить славные традиции отечественного здравоохранения, но и развить и приумножить достижения своих учителей, что ваши знания, творческая энергия и здоровые амбиции помогут совершенствоваться медицине Алтайского края.

Я благодарю вас за то, что вы посвятили себя одному из самых непростых, но благородных дел - спасению жизни! Уверен, что данный форум даст участникам возможность определить новые пути профессионального развития!

В своем выступлении министр здравоохранения Алтайского края отметил, что «сегодня выпускается недостаточно медиков, а отток кадров из отрасли не восполняется притоком новых специалистов. Молодые врачи считают, что опыт работы в районе не позволит им сформироваться как успешным специалистам. Но на самом деле неважно, где врач начал свою карьеру: в краевой клинической больнице или в одной из ЦРБ».



Также Дмитрий Владимирович подчеркнул, что проблема нехватки кадров решается. На 2021 год заявка в минобрнауки расширена на 120 врачей и теперь составляет 620 специалистов. Но результаты этого решения можно ожидать через 8 лет - столько времени требуется для подготовки медицинского специалиста.

Главной тематикой форума стало то, что карьеру успешного врача можно начинать не только в специализированных клиниках, но и в межрайонных центрах или районных больницах. Участникам форума рассказали, как правильно выстроить коммуникацию, бесконфликтно общаться с руководством и пациентами, избежать профессионального выгорания и спланировать карьеру. Но главная цель форума - не просто рассказать обо всем этом молодым врачам, но и получить от них обратную связь, которая обязательно будет услышана.

На площадках трех ведущих вузов региона, в том числе в Алтайском государственном медицинском университете, была организована работа проектных групп, на которых специалисты отрасли обсуждали мотиваторы и демотиваторы профессионального развития молодого врача. Участие в обсуждении принимали и молодые специалисты, и их более опытные коллеги.

Работа в группах строилась по принципу «мозгового штурма». Участники делились на подгруппы, в каждой из которых формулировали ответы на вопросы: какие существующие факторы мотивируют молодого специалиста оставаться в профессии и развиваться, а какие препятствуют этому. **Работа велась по четырем направлениям: «Я и коллеги», «Я и руководство», «Я и условия моей профессиональной деятельности», «Перспективы моего профессионального развития».**

В направлении «Я и коллеги» в числе мотиваторов участники обсуждения называли здоровую конкуренцию в коллективе (успехи и достижения коллег, которые стимулируют стремиться к хорошему результату), готовность к взаимопомощи, моральную поддержку коллег и руководства, корпоративную культуру и другое. К демотивирующим факторам отнесены несоблюдение врачебной этики в общении с коллегами и пациентами, халатное отношение коллег к своей работе, нежелание младшего медицинского персонала качественно выполнять свою работу, предвзятое отношение у пациентов к молодым специалистам.

В направлении «Я и руководство» в числе мотиваторов молодые врачи называли высокий про-



фессионализм руководителя, заинтересованность руководителя в молодом специалисте и помощь в профессиональном росте. В числе факторов, снижающих эффективность, отмечены увеличение нагрузки на врача, связанной с увеличением приема плановых и внеплановых пациентов, отсутствие материального поощрения за эффективность выполненной работы, несоблюдение субординации со стороны руководства.

Говоря о положительных сторонах профессиональной деятельности, молодые врачи называли престиж профессии, комфортные условия работы, включая полный набор необходимых материалов и инструментов, место для питания и отдыха, сменный график. При этом отмечено, что не во всех больницах края перечисленные факторы присутствуют. В качестве демотиваторов отмечены низкая оплата труда, недостаточное материально-техническое оснащение, рост количества пациентов и сокращение времени на их прием, и, как следствие, работа без перерыва, неэффективное внедрение компьютеризации (сохраняется заполнение карточек от руки).

Аналогичные демотиваторы отмечены в направлении «Перспективы моего профессионального развития и карьерный рост». В числе плюсов, стимулирующих к закреплению в профессии, молодые специалисты называли внедрение новых технологий в практическое здравоохранение, организацию дополнительного профессионального образования, позитивные отклики пациентов.

Результаты работы проектных групп вместе с ожиданиями молодых врачей от руководства регионального минздрава и форума были рассмотрены за **круглым столом «Профессиональный лифт для врача: профессиональное развитие и специализация»** в министерстве здравоохранения Алтайского края. ☺



Нельзя оставаться наедине с болью



Наталья Николаевна ЗЯБЛОВА,
заведующая ревматологическим отделением, врач-ревматолог, высшая квалификационная категория, КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

В Алтайском крае ревматические заболевания достаточно распространены. Пациенты, имеющие заболевания опорно-двигательного аппарата, почти всегда являются пациентами нашего профиля.

Лидирующую позицию занимает **остеоартроз**, относящийся к группе дегенеративно-дистрофических заболеваний. На второй позиции - **ревматоидный артрит**. Через призму проявлений этих заболеваний мы и сталкиваемся с такой проблемой, как боль.

Боль в своей классификации по временному промежутку **делится на острую и хроническую**.

Также различают боль по патогенезу. На первом месте стоит **боль ноцицептивная**, или рецепторная, связанная с раздражением болевого рецептора. Ее примеры: боль от укола, ожога, удара. Это острое состояние, на которое человек быстро реагирует: отдергивает руку, вскрикивает и т.д. В то же время пациенты с хроническими заболеваниями опорно-двигательного аппарата тоже испытывают боль ноцицептивного характера: происходит повреждение суставов, в результате которых заинтересованно страдают рецепторы. Они берут на себя стимул боли и передают ее в центральную нервную систему.

Повреждение при заболевании суставов может быть разного характера. **Остеоартроз - это дегенеративно-дистрофические изменения в суставах, приводящие, с одной стороны, к закономерно инволютивным процессам, процессам старения тканей.** С другой стороны, темпы развития этого заболевания не всегда имеют долгоиграющий хронический характер, приводящий к возрастному изменению в суставе. Остеоартроз диагностируется и в молодом возрасте. Боль повреждения при этом заболевании часто имеет механический характер - возникает при движении.

Боль при ревматоидном артрите в своей основе имеет воспаление. Существует механизм, в результате которого иммунитетом атакуются все структуры суставов: кость, хрящ, связки, синовиальная выстилка (достаточно деликатная структура). В резуль-

тате развивается воспаление, повреждающее эти ткани, рецептор воспринимает боль и передает сигнал в центральную нервную систему. И эта боль изначально тоже ноцицептивная.

Существует так называемая **проводящая боль**, или проводниковая, нейропатическая. Чаще всего она возникает в результате повреждения проводящей и воспринимающей систем. Это боли продленные. Самый яркий пример: боль при ударе локтем - простреливающая в месте удара и продленная по ходу руки. Пациенты с остеоартрозом, с воспалительными болезнями суставов тоже страдают проводниковой болью, которая формируется в результате происходящих дегенеративных изменений при заинтересованности проводящей и нервной систем. Другой пример - тоннельные синдромы, висцеральные боли - внесуставные проявления артрита. Они могут затрагивать периферические нервы, и возникает нейропатическая боль.

Однако чаще пациенты и врачи сталкиваются с проявлениями **комбинированной боли**, объединяющей оба описанных механизма. К ним может прибавляться **психогенная боль**.

В целом **боль - состояние адаптации организма к определенной ситуации, его стрессовая реакция.** Возникает повреждающее воздействие - об этом рецепторы сигнализируют в головной мозг. И уже он должен принять решение, что с этим делать. Мозг воспринимает информацию и раздает приказы. Отдернуть руку, если это острая боль. Если хроническая боль, - охранять, не сгибать, не опираться на больную ногу, например. Дополнительно раздаются приказы эмоциональной окраски, психологического характера: сосредоточиться, напрячь мышцы лица, стабилизировать в это время организм, закрыть его от окружающего мира, сконцентрироваться на участке повреждения. Помимо приказов головного мозга формируются опре-



деленные физиологические изменения: если боль хроническая, участок повреждения не устранен, причина не выявлена или не получается с ней разобраться полностью, - возникают гиперактивные нейроны, замыкается патологическая петля - всё время происходит стимуляция, активность нейронов, которые могут сохранять свою пульсацию, даже когда очаг повреждения нивелирован, купирован. Это механизм **фантомной боли**, тяжелого патологического состояния.

Очевидно, что **боль - это заболевание, которое обязательно надо лечить**. Человека надо доставать из этого комплексного патологического состояния. Значение противоболевой терапии для качественной жизни человека подтверждается фактом создания Международной ассоциации по исследованию боли. Ею введено следующее определение боли: **«это состояние ощущения психологического, физического, эмоционального переживания в связи с тканевым повреждением любого характера»**.

Существуют пациенты, впервые столкнувшиеся с болью, и пациенты, давно переживающие такое состояние. Но такое деление достаточно условно. Боль может возникнуть впервые, но пациент обратится к врачу только через месяц или два, когда боль стала уже хронической. Помощь пациенту с острой болью - скорее удел других специалистов: стоматологов, хирургов, травматологов. Ревматологи, как правило, имеют дело с хронической болью. К нам пациент не приходит в тот день, когда он заболел, а тогда, когда уже не справляется с болью, не помогают различные мази, прочие доступные ему средства.

Как должен вести себя пациент, столкнувшийся с болью в суставе? Однозначно - он должен идти к врачу. И чем раньше он это сделает, тем более результативной будет терапия и тем меньшим объемом лекарственных средств удастся помочь.

При остеоартрозе неизбежны изменения в суставах. И задача врача замедлить развитие заболевания. Пациент получает рекомендации по изменению образа жизни, которые будут способствовать тому, что анальгетическая



терапия потребуется в меньшем объеме. **Пациентам с ревматоидным артритом принципиально важно прийти в «терапевтическое окно», чтобы врач имел возможность максимально быстро поставить диагноз и назначить специфическую терапию**, которая будет контролировать развитие заболевания.

В лечении хронической боли в первую очередь надо уделить внимание поиску ее причин. Так, рецепторная боль в коленном суставе является следствием раздражения рецепторов - и нужно определить, каких именно. Во время опроса пациент рассказывает, какую боль он испытывает, используя субъективные термины, но они понятны врачу: «жжет», «распирает», «давит» и т.д. Во время осмотра выявляются другие критерии повреждения. Далее формируется спектр необходимых обследований для уточнения характера боли и ее причины. Также привлекаются консультанты - врачи других специальностей: невропатологи, травматологи и т.д.

Но сначала пациент должен прийти к терапевту, который обладает не только общими терапевтическими знаниями, но и координационными ресурсами. При осмотре пациента он понимает, к какому специалисту его надо далее направить.

Заниматься самолечением, приобретать самостоятельно анальгетические препараты категорически нельзя! Во-первых, пациент не может самостоятельно оценить характер боли и с боль-

Боль - субстанция, о которой может рассказать только пациент, врач ее не видит, ему доступны только косвенные признаки: отечность, гиперемия, нарушение функций сустава.



Когда врач принимает решение о конкретном назначении препаратов пациенту, всегда взвешивает все за и против, оптимизирует назначения через призму своих медицинских знаний, результата осмотра, объективных методов исследования.

шой вероятностью просто не попадет в нужный спектр воздействия. Он не в состоянии взвесить все риски, оценить предполагаемую пользу конкретного препарата, а также не владеет нужной информацией для грамотного приема конкретного средства не только системного действия (таблетки, инъекции), но и локального (пластыри, мази).

Существует немедикаментозная терапия пациентов с болью в опорно-двигательном аппарате. Часто боль бывает обусловлена неправильной механикой движения вне зависимости от того, имеем мы дело с остеоартрозом или ревматоидным артритом. Иногда достаточно изменить ортопедический режим пациента, чтобы боль уменьшилась или исчезла. К примеру, неправильная постановка ног при ходьбе меняет степень опоры, а страдают суставы. Использование ортопедических стелек, подпятников тоже может дать положительный эффект. Если коленный сустав давно нестабилен, есть его деформация, предлагаем на время фиксировать его ситуационно - носить наколенники. Ортопедическими салонами предлагаются разные конструкции фиксаторов суставов, но нельзя делать выбор, без рекомендации врача.

В России все врачи без исключения в 2016 году прошли дополнительный тренинг-обучение по курации пациентов с хроническим болевым синдромом. **Анальгетическая терапия представлена тремя ступенями: первая - самая легкая, третья - наибо-**

лее широкого анальгетического влияния. Все рекомендации пациент получает от специалиста, курирует процесс лечения боли участковый терапевт.

Первая ступень - использование препаратов ненаркотического действия: простые анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), обязательно добавляется парацетамол и используется адьювантная терапия. Адьювантная терапия - терапия-помощник, которая назначается по симптоматике: есть тонический синдром, напряжение мышц, значит, необходимы релаксанты; при проявлениях эмоционально-психологического характера пациенту могут быть назначены антидепрессанты и т.д.

Вторая ступень более серьезная. К перечисленным выше препаратам могут быть добавлены опиоидные анальгетики. Спектр разрешенных препаратов этой группы достаточно большой, назначение упрощено, в каждой поликлинике есть кабинеты паллиативной помощи, где врач достаточно быстро ориентируется, какой препарат надо назначить. Широкое применение этих лекарственных средств обусловлено и тем, что они выпускаются в разной форме: таблетированные, инъекционные, в виде трансдермальных пластырей. Кстати, пластыри достаточно популярны, потому что инъекции - это тоже травма, значит, они нежелательны для пациентов с хронической болью, чтобы не усиливать восприятие боли в целом.

На **третьей ступени** лечения боли применяются более сильные наркотические препараты в сочетании с простыми нестероидными и противовоспалительными препаратами.

Принцип анальгетической терапии следующий: от низких доз простой анальгетической терапии - к высоким дозам; от высокодозной неопиоидной терапии - к низкодозной опиоидной. Иначе говоря, всегда идет движение от малого к большому.

Нестероидные противовоспалительные препараты настолько популярны, что есть мнение, что человек сам может определить какой препарат ему подойдет. Однако такая позиция ошибочна. В ряду доступных НПВП есть препараты селективные, которые могут выполнять только конкретную



работу, и неселективные, разнонаправленные, имеющие много побочных эффектов. Повторю, выбор лекарственного средства для каждого пациента - удел врача.

Важно не игнорировать проблему хронической боли. Она имеет социальное значение, поскольку именно боль нарушает качество жизни пациента. Поэтому, чтобы быть более объективным к тому синдрому, который врач не видит, но который ощущает пациент, создана **шкала оценки боли** (визуальная аналоговая шкала) - линейка от 0 до 100мм. Пациент с ее помощью указывает какому значению линейки соответствует переживаемая им боль. Эффективность подобранной анальгетической терапии также определяется по этой шкале. В домашних условиях пациент должен вести дневник боли, также опираясь на шкалу. В идеале, переживаемую боль надо оценивать несколько раз в день. На контроль к врачу нужно приходиться с заполненным дневником, чтобы оценить эффективность применяемой терапии. Продвигаться вперед без ошибок в назначении лекарственной терапии без такой информации практически невозможно.

Переход от ступени к ступени лечения боли зависит от ее выраженности по оценке пациента. Если он говорит, что боль каждый день не превышает 10%, анальгетическая терапия системного характера не назначается. Можно ограничиться околomedикаментозным лечением и динамическим наблюдением. Первая ступень анальгетической терапии начинается, когда боль оценивается в интервале от 10 до 40%. Если боль на фоне проводимой терапии остается на уровне 40-70%, переходим ко второй ступени. Что делать с пациентом, который сразу обозначает 100%? И в этом случае проходим три ступени терапии.

Принципиально важна **психологическая адаптация пациента**. Почти всегда пациенты с хронической болью замкнуты на своих переживаниях, находятся в депрессии, не исполняют или исполняют с большим трудом свои социальные роли. От состояния человека страдают и члены его семьи, коллеги и т.д. Однозначно, из этого состояния пациента надо возвращать к нормальной жизни с помощью подобран-



ной необходимой терапии. По достижению результата человек должен вернуться в состояние комфортного для него социального окружения. Иногда в психологической адаптации нуждаются коллеги, семья пациента.

Причину боли не всегда можно устранить. Так, ревматоидный артрит требует специального длительного лечения, цель которого - стойкая ремиссия. Препараты лечения ревматоидного артрита направлены на купирование воспаления: если пациент выполняет назначения врача и лекарство работает, тогда и боль купируется. При обострении именно боль сигнализирует о нем, и врач назначает анальгетические препараты.

Другая когорта пациентов имеет диагноз «остеоартроз», при котором хронизация боли выше. Эти пациенты чаще используют пролонгированную анальгетическую терапию. Если степень разрушения опорно-двигательного аппарата существенно, нужно скорее принять решение об ортопедической адаптации сустава, возможно, провести его протезирование, другие реконструктивные операции, тем самым устранить источник боли. Если это невозможно, пациент постоянно получает анальгетическую терапию.

В настоящее время в поликлиниках создаются кабинеты боли, которые упрощают получение необходимой помощи. Оставлять пациента наедине с болью нельзя. При высокой степени хронизации боли даже третья ступень оказания помощи может оказаться нерезультативной. ☹

Только действуя сообща, врач и пациент, безусловно, смогут справиться с проблемой боли, а близкие пациента помогут ему обрести комфортное состояние жизни.



Когда знаешь, что станешь врачом!..

Алтайский государственный медицинский университет ведет круглогодичную профориентационную работу со школьниками.

Главная ее цель - привлечение в вуз мотивированных и хорошо подготовленных абитуриентов.

Клуб «Будущий медик» - уникальный профориентационный проект АГМУ. Помимо целенаправленного поиска и отбора будущих студентов он привлекает тех школьников, которые вместе с вузом выбирают и свою будущую специальность.

Очередное заседание клуба «Будущий медик», которое прошло 20 ноября, началось с конкурса на лучшие знания биологии. За 45 минут учащимся 11 класса гимназии №42 Барнаула предстояло выполнить 50 тестовых заданий, которые соответствовали школьной программе по биологии. Все члены клуба успешно справились с заданиями, показали глубокие знания по ботанике, анатомии, физиологии и генетике. Наибольшее количество баллов набрали **Юлия Юртайкина** (1 место), **Ульяна Ерчихина** (2 место), **Андрей Долгополов** (3 место).

Вторая часть заседания была посвящена встрече с выпускниками клуба «Будущий медик» прошлых лет, которые сегодня студенты и успешно обучаются в АГМУ. **Татьяна Алексеева** (староста 4 курса педиатрического факультета) рассказала об организации учебного процесса на факультете, об интересной работе с маленькими пациентами. **Константин Фелов** (4 курс стоматологического факультета) познакомил с особенностями учебы на своем факультете, отметил, что для врача-стоматолога важно найти полное взаимопонимание с пациентом, стремление своевременно и эффективно оказать ему помощь. **Лолита Образцова** (3 курс лечебного факультета) призвала поступать в АГМУ, потому что это один из лучших медицинских вузов России, где созданы все необходимые условия для получения знаний и внеучебной дея-



тельности студентов. **Михаил Чуханов** (староста 3 курса лечебного факультета) отметил большую значимость изучения базовых дисциплин на 1-2 курсах, которые позволяют успешно познавать клинические дисциплины, и подчеркнул важную роль учебной и производственной практики в учебном процессе. **Татьяна Бубнова** (2 курс лечебного факультета) поделилась воспоминаниями о том, как ей, медалистке с очень высоким баллом по итогам ЕГЭ, было трудно учиться в вузе первые 2-3 недели, но адаптационный период быстро прошел, и сейчас она успешно учится в университете. **Богдан Хабаров** (1 курс лечебного факультета) также отметил, что в вузе учиться сложно, много задают для самостоятельной работы и строго спрашивают на занятиях, «но нам по силам преодолеть эти трудности и стать хорошими врачами, для этого есть все условия и возможности».

На предыдущем заседании клуба «Будущий медик» учащиеся выпускного класса гимназии №42 побывали на кафедре онкологии, лучевой терапии, лучевой диагностики с курсом ДПО. Доктор медицинских наук, профессор **Александр Федорович Лазарев**, который возглавляет кафедру, рассказал об организации онкологической помощи жителям края, достижениях и проблемах современной онкологии в целом, истории ее развития, рассказал о механизмах развития доброкачественных и злокачественных опухолей у человека. Гимназисты посетили отдел лу-

чевой терапии, где увидели линейный ускоритель и рентгентерапевтический аппарат для лечения злокачественных опухолей различных органов.

На кафедре факультетской хирургии имени профессора И.И. Неймарка и госпитальной хирургии с курсом ДПО учащиеся встречали ее заведующий член-корреспондент РАН, профессор **Яков Нахманович Шойхет**. Он провел экскурсию по кафедре для гимназистов, которые были приятно удивлены созданными условиями для получения студентами хирургических знаний (многочисленные тематические учебные стенды, компьютерные классы, филиал симуляционного центра по хирургии и другое).

Ранее на заседании участники клуба «Будущий медик» встретились с ответственным секретарем приемной комиссии АГМУ **Павлом Геннадьевичем Воронцовым**, который рассказал о правилах приемах в АГМУ в 2020 году, об особенностях набора на первый курс по целевым договорам, по свободному конкурсу и на коммерческой основе. Во второй части работы клуба состоялся конкурс на лучшие знания химии. В течение 45 минут гимназисты выполнили 50 тестовых заданий на компьютерах по программе вступительных испытаний в АГМУ. Результаты тестового контроля показали, что все справились с конкурсными заданиями. Наибольшее количество баллов набрали: **Юлия Юртайкина**, занявшая 1 место, **Ульяна Ерчихина** (2 место) и **Анастасия Шалабод** (3 место). ☺



Лекарства и беременность



Галина Константиновна ГОНОКОВА,

врач - клинический фармаколог, отделение клинической фармакологии, КГБУЗ «Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства»

Какие лекарства можно принимать во время беременности? Ведь в этот период будущая мать и плод составляют единую функционирующую систему. И очень важно, чтобы при лечении будущей матери соблюдалось условие защиты еще нерожденного ребенка.

По данным ВОЗ, рецептурные или безрецептурные лекарственные препараты, социальные фармацевтические средства (табак и алкоголь) или нелегальные препараты (наркотики, галлюциногены и т.п.) во время беременности принимают более 90% женщин. Согласно результатам эпидемиологических исследований, проводимых в различных странах, более 80% женщин во время беременности принимают различные лекарственные препараты.

Назначения лекарственных препаратов во время беременности непростая и очень ответственная задача. Так как **при назначении лекарства оно действует одновременно на два тесно взаимосвязанных друг с другом организма.** Большинство лекарств, принимаемых беременными, способно проникать через плаценту и оказывать действие на развитие плода, чаще всего негативное. Но оценить точный вклад лекарственных средств в развитии врожденной патологии сложно, так как фармакологическое действие большинства медикаментов на эмбрион и плод до сих пор остается неизученным из-за невозможности проведения рандомизированных исследований и отсутствия достоверных сведений о применении лекарственных средств беременными, поскольку подобные эксперименты считаются антигуманными. Достаточно большая часть сведений о действии того или иного препарата получены в ходе прямого показания или случайного приема (до диагностирования беременности).

Предположительно 1-3% врожденных аномалий является следствием приема лекарственных препаратов. Об этом очень важно помнить врачу, назначающему какое-либо лекарство, и провизору, выдающему лекарство женщине детородного возраста. **Основной проблемой фармакотерапии во время беременности является правильное определение соотношения степени возможного риска с потенциальной пользой от назначения лекарственного средства.** В то же время важно помнить, что иррациональные

опасения относительно применения лекарственных средств могут привести к тяжелым последствиям.

Известно, что **большинство лекарственных средств проникают через плаценту за счет диффузии и (или) активного транспорта.** Степень проникновения зависит от размера частиц средства, растворимых в липидах, степени ионизации и связывания с белками, толщины плацентарной мембраны и скорости кровотока в плаценте. **При увеличении срока беременности увеличивается и степень трансплацентарной диффузии лекарственных веществ в кровотоки плода и амниотическую жидкость.** Лекарственные вещества с низкой молекулярной массой (менее 600г/моль) проходят через плацентарный барьер значительно лучше, чем препараты с более высокой молекулярной массой. Лекарственные средства, имеющие молекулярную массу более 1000г/моль, очень редко проникают через плаценту. **Жирорастворимые средства значительно лучше проникают через плаценту, чем водорастворимые. Вероятность проникновения через плаценту зависит от времени пребывания препарата в крови,** поэтому средства с длительным периодом полувыведения или лекарственные формы с медленным высвобождением действующего вещества потенциально более опасны в отношении неблагоприятного воздействия на плод, чем быстро метаболизирующиеся и короткодействующие средства.

Лекарственные средства делятся на категории: **непроникающие через плаценту** (не причиняют непосредственный вред плоду); **проникающие через плаценту, но не оказывающие вредного влияния на плод;** **проникающие через плаценту и накапливающиеся в тканях плода,** в связи с чем существует опасность его повреждения.

Механизмы влияния лекарственных средств на плод:

► прямое действие на плод, приводящее к повреждению, нарушению развития или смерти;



► нарушение функции плаценты, чаще всего путем сужения сосудов и уменьшения обмена газами и питательными веществами между матерью и ребенком;

► сокращение миометрия, приводящее к нарушению кровоснабжения плода.

Критическими с точки зрения потенциальной опасности воздействия лекарственного средства на эмбрион являются периоды:

◆ *предшествующий зачатию.* В этот период наибольшую опасность представляет прием незадолго до зачатия (не только женщиной, но иногда и мужчиной) лекарственных средств, способных к кумуляции, которые могут продолжать циркулировать в организме матери в период органогенеза. Например, описаны врожденные уродства у детей, матери которых до зачатия завершили курс лечения ретиноидами (витамином А);

◆ *с момента зачатия до 11-го дня.* В этот период эмбрион отвечает на неблагоприятные воздействия по принципу «всё или ничего»: он или погибает, или выживает без каких-либо повреждений. Наблюдается высокая устойчивость к врожденным дефектам;

◆ *с 11-го дня до 3-й недели.* После 11-го дня начинается органогенез, поэтому данный период максимально опасен с точки зрения формирования врожденных аномалий, и прием лекарственных средств особенно нежелателен. Период, когда лекарственные средства могут вызывать тератогенный эффект, весьма короток - с 31 по 81 день после последней менструации. Поскольку все лекарственные средства, принимаемые внутрь, поступают в кровоток плода, ни одно из них не может рассматриваться как абсолютно безопасное в этот период;

◆ *с 4-й по 9-ю неделю.* Это период активного эмбриогенеза - закладки всех органов и систем организма будущего ребенка. Прием лекарственных препаратов в этот период может привести к формированию пороков развития плода и/или негативно повлиять на рост и созревание нормально сформированных органов и тканей;

◆ *с 9-й недели до родов.* В этот период структурные дефекты, как правило, не возникают. Возможно нарушение метаболических процессов и постнатальных функций, включая поведенческие расстройства.



Для обозначения потенциального риска лекарственных средств для плода в разных странах разработаны классификации категорий риска при беременности. Наиболее широко применяются классификации FDA (США), FASS (Швеция) и ADEC (Австралия).

В медицинской практике обычно используют упрощенную трактовку классификации FDA:

● **категория А.** Контролируемые исследования не выявили риска для плода. Вероятность вредного воздействия на плод мала;

● **категория В.** Опыты на животных не выявили риска для плода, исследования на беременных отсутствуют. В эту же категорию входят лекарственные препараты, оказывающие вредное воздействие на плод у животных, но не влияющие на человеческий плод;

● **категория С.** Исследования на животных выявили неблагоприятное действие на плод, данные о влиянии на человеческий плод отсутствуют. Также в эту группу относятся препараты, исследование которых не проводилось ни на человеке, ни на животных. Препараты категории С должны назначаться только тогда, когда ожидаемая польза от их применения превышает потенциальный риск для плода;

● **категория D.** Имеются данные о риске для плода, но польза от применения препарата оправдывает возможное негативное воздействие на плод. К этой категории препаратов относятся средства, применение которых необходимо при угрозе жизни беременной женщины, либо при наличии

Непроведение лечения не может быть решением существующей проблемы. Зачастую болезненное состояние представляет большую опасность, нежели фармакологический риск для здоровья беременной (сахарный диабет, бронхиальная астма, пневмония, опухолевые заболевания и другие).



серьезного сопутствующего заболевания, когда менее безопасные препараты отсутствуют или неэффективны;

● **категория X.** Исследования на животных или людях свидетельствуют о развитии аномалий плода на фоне приема препаратов этой группы, либо есть свидетельства о риске для плода на основании человеческого опыта. Риски применения препаратов категории X при беременности значительно перевешивают возможную пользу от его использования. Препараты противопоказаны беременным женщинам или женщинам, которые планируют беременность.

При назначении лекарственных средств беременным женщинам необходимо соблюдать рекомендации:

◆ тщательно взвешивать потенциальную пользу применения лекарственного средства и его потенциальный вред (как в отношении матери, так и плода);

◆ избегать применения лекарственных средств в первом триместре;

◆ не использовать комбинаций и одновременный прием нескольких лекарственных средств;

◆ использовать минимальную эффективную дозу (учитывая изменения фармакокинетики у беременных, она может превышать среднетерапевтическую) на протяжении минимального времени;

◆ отдавать предпочтение местным лекарственным формам;

◆ беременная женщина должна консультироваться с врачом по поводу приема любых препаратов, включая анальгетики, витамины, БАДы, растительные препараты и т.д., используемые при самолечении;

◆ контролировать прием всех лекарственных средств беременной, а также в период лекарственной терапии контролировать состояние матери и плода.

Вакцинация во время беременности

Иммунизация также эффективна у беременных женщин, как и у небеременных.

Вакцинация против гриппа рекомендуется всем беременным во 2 или 3 триместре во время сезона гриппа.

Вакцинация против других заболеваний должна проводиться только



при высоком риске инфицирования беременной или плода, учитывая, что возможное побочное действие вакцины минимально.

Вакцинация против холеры, гепатитов А и В, чумы, полиомиелита, бешенства, тифа и желтой лихорадки может быть проведена во время беременности только если риск инфицирования обоснован.

Живые вирусные вакцины не следует вводить женщинам, которые беременны или могут быть беременны.

Ослабленная живая вирусная вакцина против краснухи может вызвать субклиническое инфекционное поражение плаценты или плода. Однако дефекты у новорожденных, предположительно вызванные вакциной, - не документированы, и женщинам, прошедшим вакцинацию в ранние сроки беременности, следует рекомендовать прервать беременность только на основании теоретического риска.

Ослабленная живая вирусная вакцина против ветряной оспы также потенциально может инфицировать плод. Такой риск наиболее высок между 13 и 22 неделями. Поэтому эта вакцина противопоказана во время беременности.

В заключение разговора о фармакотерапии во время беременности хочу сказать: избегайте ненужного и необоснованного использования лекарственных средств, помните о важности осторожного обращения с лекарственными препаратами во время беременности! ☺

Вопрос о приеме лекарств до беременности и во время ее должен решаться только совместно с врачом!



Эмоциональное воспитание

**Любите ли вы своих детей? Странный вопрос!
Но ведь важно не просто любить, а уважать,
понимать, испытывать эмоциональную близость.
Ребенок должен постоянно ощущать себя
частью семьи, чувствовать поддержку близких.**

Эмоциональная сфера начинает развиваться у ребенка с 12-й недели, когда закладываются базовые эмоции: радость, печаль, гнев и страх. Ребенок чувствует то же, что и мама, правда, еще не понимая сути. Поэтому психологи утверждают, что родители начинают формировать эмоциональную сферу своего ребенка уже внутриутробно: мама - своим умением гармонично реагировать на негативные воздействия окружающей среды, а папа - своей заботой, вниманием и любовью к жене.

Если родители занимаются эмоциональным воспитанием ребенка с самого раннего возраста, то он сможет деактуализировать проблемы, оставаться спокойным в состоянии стресса, что, в свою очередь, уменьшает вероятность возникновения его плохого поведения.

Выделяют несколько типов родителей:

● **отвергающие** не придают значения негативным эмоциям своих детей, игнорируют их или считают пустяком. Они считают, что концентрация на отрицательных эмоциях еще больше усугубляет ситуацию, поэтому минимизируют чувства ребенка, преуменьшая события, которые вызвали эмоцию. Не решают с ребенком проблемы, считая, что со временем они сами разрешатся.

В результате таких действий дети уверены, что их чувства неправильные, неуместные и безосновательные. Они могут решить, что обладают каким-то врожденным недостатком, который не позволяет им правильно чувствовать. Им может быть трудно регулировать свои эмоции;

● **неодобряющие** критикуют своих детей за проявление отрицательных эмоций, могут сделать выговор или даже наказать за их проявление. Такие родители считают, что ребенок использует отрицательные эмоции для

манипуляции родителями, что эмоции делают людей слабыми, поэтому дети должны быть эмоционально холодными. Они считают отрицательные эмоции непродуктивными, пустой тратой времени. Часто такие родители озабочены тем, чтобы ребенок слушался старших.

Благодаря влиянию этого стиля, дети мало доверяют собственному мнению. Когда им раз за разом объясняют, что их чувства неуместны или необоснованны, они вырастают с уверенностью, что с ними что-то не так. Их самооценка занижена, они испытывают больше трудностей в учебе и управлении своими эмоциями, с трудом преодолевают проблемы;

● **невмешивающиеся** (либеральные) принимают эмоции своих детей, сопереживают, но при этом не предлагают пути решения и не устанавливают рамки поведения своих детей, всё разрешая. Свободно принимают все эмоциональные выражения ребенка. Предлагают ему утешение, если он испытывает негативные чувства, но мало рассказывают, как нужно себя вести. Не помогают ребенку справиться с эмоциями и не учат его способам решения проблем.

В результате воздействия такого стиля воспитания дети не учатся регулировать свои эмоции; у них есть проблемы с концентрацией внимания, завязыванием дружеских отношений, они хуже ладят с другими детьми;

● **эмоциональные** считают мир отрицательных эмоций областью, требующей родительского участия. Уважают эмоции ребенка, не подтрунивают и не преуменьшают негативные его чувства, не говорят, как ребенок должен себя чувствовать. Используют эмоциональные моменты, чтобы выслушать ребенка, посочувствовать и успокоить его словами и лаской, помочь ему назвать эмоции, которые тот ис-



**Алла Владимировна
ЛОБАНОВА,**
медицинский психолог,
КГБУЗ «Алтайский краевой
онкологический
диспансер»



◀

Воспитание ребенка - это очень сложный процесс. К сожалению, об этом мало кто задумывается. Проще думать, что всё как-то само собой произойдет. Но когда в семье растут дети, оказывается, что и им нужно уделять особое внимание.

пытывает, предлагают варианты урегулирования эмоций. Такие родители устанавливают границы и учат приемлемому выражению эмоций, формируют навыки решения проблем. Они могут сказать своим детям неприятные вещи, но не боятся извиниться. В состоянии стресса родители могут реагировать бездумно, давая ребенку нелестные эпитеты или угрожающе повышая голос, но если после этого они выражают сожаление, то тем самым учат своих детей извиняться. Таким образом родители демонстрируют детям способы, позволяющие справиться с такими неприятными чувствами, как вина, сожаление и печаль.

Воспитанные в этом стиле дети учатся доверять своим чувствам, управлять эмоциями и решать возникающие проблемы. Они имеют высокую самооценку, лучше учатся, хорошо ладят с другими детьми. Ребенок, который видит, как его родители горячо спорят, а затем улаживают свои разногласия мирным путем, получает ценные уроки по разрешению конфликтов и выдержке в отношениях между любящими людьми. Если ребенка окружают поддерживающие и любящие взрослые, которые, испытывая горе, утешают друг друга и помогают близким справиться с трудными ситуациями, то и ребенок сможет впоследствии знать, как справляться с горем и отчаянием, он понимает, что совместном переживании горе близость и связь между людьми усиливаются.

Итак, эмоциональное воспитание - это последовательность действий,

которая помогает создавать эмоциональные связи. Когда родители сочувствуют своим детям и помогают справиться с негативными чувствами, такими как гнев, печаль и страх, они создают взаимное доверие и формируют привязанность, любовь.

Воспитание ребенка - это очень сложный процесс. К сожалению, об этом мало кто задумывается. Проще думать, что всё как-то само собой произойдет. Но когда в семье растут дети, оказывается, что и им нужно уделять особое внимание.

Как же стать эмоционально близким с ребенком, последовательно действовать и правильно прокладывать путь в будущее?

Изначально надо понять потребности человека. Первые базовые потребности: сон, еда, здоровье. Это то, на что родители всегда обращают много внимания. Далее - удовлетворение потребности в безопасности: ребенок в семье должен чувствовать себя безопасно. После - потребность в любви и принадлежности, потому что, когда мы кого-то любим или чувствуем себя любимыми, осознаем, что принадлежим к чему-то общему: у нас есть семья, сообщество родных людей. Затем идет потребность в уважении и принятии, и дальше - потребность в самореализации.

Но здесь есть очень интересная закономерность - пирамида потребностей работает таким образом, что, если не удовлетворены потребности низшего уровня, ребенок не задумывается об удовлетворении потребностей более высокого уровня. Поэтому *если мы не удовлетворяем детскую потребность в любви, ребенок не будет стремиться дальше, он будет делать всё для того, чтобы эту потребность удовлетворить.*

Каким же образом заставить детей делать уроки, и почему они не хотят этого делать? Потребность в самореализации, которая стоит на вершине этой пирамиды, как раз и отвечает за желание ребенка узнавать что-то новое.

Родители детей любят, а дети эту любовь не чувствуют исключительно потому, что родители не знают, каким образом эту любовь донести.

Как же детям показать, что их любят, поддерживают и ценят? Лю-



бовь - это поступки. Многие родители считают, что любовь - это переживание, глубокое чувство к ребенку. Это, конечно же, важно, но поскольку ребенок не умеет читать мысли, он не способен понять, что творится в душе у родителя. Он определяет, любят его или нет, исключительно по поступкам.

И если попробовать систематизировать признаки, по которым ребенок может понять, что его любят, то это:

- **физический контакт:** обнять, прикоснуться, идти вместе за руку;

- **свобода движений ребенка.** Некоторые родители не понимают, что для ребенка движение - это развитие. До школьного возраста ребенок должен двигаться, в это время развиваются его физиология, нервная система, психика. И если ребенка делать искусственно «удобным», послушным, то мы, по сути, ему вредим. Поэтому, если ребенок сам по себе «удобен», посетите детского психолога;

- **воспитание собственным примером.** С какого возраста нужно прививать ребенку хорошие манеры? Важно понимать, что они прививаются не словами, а поступками родителей. Если ребенок, например, видит постоянно, что папа придерживает дверь перед идущей мамой, то и для него это будет нормой. Родители должны быть примером, поддержкой и опорой, и только тогда, когда ребенок привыкнет к этому с детства, он будет приходить и пытаться получить какой-то совет. Хорошие манеры должны стать не просто словами и советами, а образом жизни;

- **разделение понятий:** *совет* - можно выполнить и прислушаться к нему, но не обязательно; *просьба* - это когда вы просите помочь вам в чем-то или в каком-то деле; *запрет* - это явное указание, ограничение. Умейте найти баланс между этими тремя понятиями. Помните, что запретов должно быть как можно меньше: ограничение приводит к агрессии и негативным эмоциям, которые рано или поздно ребенок должен будет выплеснуть;

- **умение советоваться с детьми в семейных вопросах** - так малыш поймет, что он неотъемлемая часть семьи. Не бойтесь попросить его совета или помощи, показав, что вы что-то не знаете или не умеете: ребенок поймет, что он востребован и что вы нуждаетесь в



нем так же, как и он в вас. Уважайте ребенка не за достижения или хорошие поступки, а просто потому, что он у вас есть;

- **формирование самостоятельности ребенка.** Не бойтесь возложить на ребенка ответственность или часть домашних дел. Конечно, не всё сразу будет получаться как у вас, но дайте ему время, и он обязательно научится. По мере взросления «отпускайте» ребенка, давайте ему возможность быть самостоятельнее;

- **умение видеть хорошее в поступках ребенка.** Часто родители стараются искоренить недостатки детей, заикливаются на них и из-за этого упускают достоинства. Многие ошибочно думают, что важнейший этап воспитания - борьба с недостатками. Но намного эффективнее будет сконцентрироваться на хороших и положительных аспектах. Хвалите малыша, отмечайте его достоинства. При таком методе воспитания недостатки сами себя искоренят;

- **предупреждение эмоциональных реакций детей.** Обращайте внимание на эмоциональные реакции детей до того, как они предстанут во всей своей интенсивности, то есть предупреждайте их. Постепенно дети придут к мысли, что привлекать внимание родителей капризами, истериками, скандалами им незачем, - родители без этих манипуляций внимательны и эмоционально близки им;

- **внимательное отношение.** Конечно, мы любим своих детей и стараемся дать им самое лучшее, работаем,

Родители детей любят, а дети эту любовь не чувствуют исключительно потому, что родители не знают, каким образом эту любовь донести.



◀ не покладая рук, чтобы у них было всё, что они пожелают. Но для ребенка любовь равна уделенному ему вниманию. А на то, чтобы просто посидеть и поговорить с ним по душам, поиграть, поинтересоваться его достижениями, рассмотреть рисунки, почитать книгу, сходить вместе на прогулку или покататься на велосипеде, - у нас как раз часто и не хватает времени. В итоге ребенку кажется, что родители недостаточно его любят;

● **отсутствие давления.** Мы хотим, чтобы наш ребенок в будущем имел достойное образование, интересную денежную работу. Контролируем его учебу и требуем отдачи от вложенных в него сил и средств. В результате ребенок оказывается под постоянным давлением. Это не обязательно крики или физическое насилие: иногда достаточно тяжелого маминого вздоха или выразительного папиного взгляда, чтобы ребенок понял, насколько он неуклюж и бестолков. Так у ребенка складывается впечатление, что он не ценен для родителей (и для мира в целом) сам по себе, важны только его победы и достижения. Из-за этого он становится нервным, упрямым, ему важно всё время побеждать и он совершенно не умеет проигрывать. Предъявляя повышенные требования к себе, он не имеет снисхождения к окружающим, часто поддается иллюзиям, врет себе и окружающим, чтобы почувствовать себя более значимым, упрочить свое положение;

● **исключение гиперопеки.** Иногда родители мешают ребенку повзрослеть, не позволяют делать ничего самостоятельно из-за своих личных психологических проблем. Такие дети растут неуверенными в своих силах и чувствуют себя беспомощными. И когда родители вдруг начинают требовать от них каких-то действий, принятия решений, они просто уклоняются от этого. Причем, дети не притворяются - они просто не привыкли действовать самостоятельно. Ребенок с такой проблемой в поведении постоянно отказывается от любой деятельности, сдаётся при первых трудностях и не желает участвовать ни в каких мероприятиях, не хочет, чтобы от него что-либо требовали, не может перед собой ставить высокие цели.

Родители, подкрепляющие свою любовь поступками, дающие внимание своим детям, использующие эмоциональное воспитание, и реагируют на эмоции своих детей до того, как те стали слишком интенсивными. Другими словами, эмоции не успевают набрать градус, как ребенок получает внимание, которого он добивается. Со временем дети начинают испытывать уверенность, что родители их понимают, сопереживают им и интересуются всем, что происходит в их жизни. Детям не приходится капризничать только для того, чтобы почувствовать участие своих родителей. Тем не менее родители устанавливают определенные границы, ясно и последовательно объясняют, какое поведение является приемлемым, а какое - нет. **Обладая хорошо развитым эмоциональным интеллектом, дети подготовлены к рискам и проблемам, с которыми им предстоит справиться в дальнейшей жизни.** ☺

Рак - не приговор!

**Более 300 профильных специалистов
обсудили актуальные вопросы
психологической помощи
онкологическим пациентам
на XI Всероссийском съезде
онкопсихологов в Москве.**



С авторским докладом выступила на съезде психолог Алтайского краевого онкологического диспансера **Алла Владимировна ЛОБАНОВА**, постоянный партнер нашего журнала.

Она рассказала коллегам, как с помощью комплексного подхода помочь семьям с диагнозом «рак» преодолеть психологические барьеры и отредактировать репродуктивное поведение, что и является одной из наиболее частых проблем в онкопсихологии.

- *В моей практике нередко случаются,* - рассказывает Алла Владимировна, - *когда женщины не хотят рожать детей, боясь тем самым спровоцировать рецидив заболевания. Многие пациенты и вовсе отказываются от секса, например, после удаления груди, матки или после хирургического лечения рака простаты. Они испытывают стыд и страх телесной неполноценности не только перед своими партнерами, но и перед самими собой.*

Специалист представила коллегам алгоритмы работы с подобными психологическими состояниями, рассказала об особенностях индивидуального консультирования и психологической помощи в группах, дала рекомендации по взаимодействию с родными онкопациентов и медицинским персоналом онкологических клиник.

Также Алла Владимировна поделилась собственным опытом организации психологической помощи в Алтайском краевом онкологическом диспансере. Коллеги высоко оценили практику выявления психологических проблем пациентов в ходе активных профилактических обходов, а также консультирование врачей и медицинских сестер в вопросах экстренного оказания психологической помощи онкобольным. ☺



Как избавиться от ожирения и избыточного веса

О негативном влиянии ожирения на организм известно давно. Еще 2500 лет назад Гиппократ писал, что «внезапная смерть более характерна для толстых, чем для худых».

Избыточный вес и ожирение - результат формирования аномальных и чрезмерных жировых отложений, которые могут наносить вред здоровью. **Основная причина ожирения и избыточного веса - энергетический дисбаланс**, при котором калорийность рациона превышает энергетические потребности организма. Неизрасходованные калории уходят в жировые запасы.

В современном мире выделяют следующие тенденции и ситуации, при которых в популяции возможно появление избыточного веса:

- ▶ рост потребления продуктов с высокой энергетической плотностью и высоким содержанием жира (систематическое переедание, приверженность дешевой калорийной пище: жирное, мучное, сладкое, фастфуд);

- ▶ снижение физической активности в связи с «сидячим» характером многих видов деятельности, изменениями в способах передвижения и возрастающей урбанизацией;

- ▶ снижение обменных процессов организма в силу возраста;

- ▶ беременность, лактация, климакс;
- ▶ нарушение в эндокринной системе организма;

- ▶ стрессовые и депрессивные состояния, которые могут вести как к изменению пищевых привычек, так и к нарушениям обмена веществ.

Наиболее удобной мерой оценки уровня ожирения и избыточного веса человека является **индекс массы тела (ИМТ)** - он одинаков для обоих полов и для всех возрастных категорий взрослых, но у разных людей он может соответствовать разной степени полноты. У детей при определении избыточного веса и ожирения обязательно учитывается возраст.

Чтобы высчитать свой ИМТ, необходимо массу тела в килограммах разделить на квадрат роста в метрах. В зависимости от полученных значений ИМТ выделяют **четыре степени ожирения:**

- ◆ *первая* - превышение идеальной массы тела более чем на 29%;

- ◆ *вторая* - избыток составляет от 30 до 40%;

- ◆ *третья* - превышение веса достигает 50-90%;

- ◆ *четвертая* - избыток веса составляет 100% и более.

Согласно ВОЗ, диагноз «избыточный вес» у взрослых ставится, если ИМТ больше или равен 25, диагноз «ожирение» - если ИМТ больше или равен 30.

Ожирение может развиваться по абдоминальному (в области живота и груди, преобладает у мужчин), **бедренно-ягодичному** (в нижней части тела, преимущественно у женщин) **или смешанному типу** (равномерное распределение жира).



Елена Сергеевна ДАВЫДЕНКО,

медицинская сестра
участковая,
КГБУЗ «Городская
поликлиника №3,
г.Барнаул»,
член ПАСМР с 2009 года



Советы медицинской сестры

С медицинской точки зрения лишний вес является отнюдь не только эстетической проблемой. Ожирение ведет к артериальной гипертензии, способствует развитию ишемической болезни сердца и повышает риск развития инфаркта миокарда, инсульта, диабета. Только представьте себе: **каждые лишние 4 килограмма приводят к повышению систолического (верхнего) давления на 4,5мм рт.ст.!**

Тяжело «носить» лишние килограммы позвоночника и суставам, что приводит к нарушениям со стороны опорно-двигательной системы (возникновение остеоартрита - крайне инвалидизирующего дегенеративного заболевания суставов).

Опаснейшее следствие избыточного веса заключается в том, что **человек с ожирением - это плацдарм для системного воспаления организма**, так как в жировой ткани находятся вещества цитокины, поддерживающие воспаление в организме. Хроническое системное воспаление - это путь к онкологическим заболеваниям (в том числе рак эндометрия, молочной железы, яичника, предстательной железы, печени, желчного пузыря, почки и толстой кишки). У тучных людей нередко развивается цирроз печени.

Ожирение у детей повышает вероятность ожирения во взрослом возрасте, а также преждевременной смерти и инвалидности.

В мире от последствий избыточного веса и ожирения умирает больше людей, чем от последствий аномально низкой массы тела. Изменения в рационе и физической активности часто становятся следствием экологических и социальных изменений в результате процесса развития.

Появление избыточного веса, ожирения и связанных с ними неинфекционных заболеваний в значительной мере предотвратимо. Профилактике способствует принятие решения человеком о переходе на более здоровый рацион и регулярную физическую активность.

Каждый человек может самостоятельно ограничить калорийность своего рациона за счет снижения количества потребляемых жиров и сахаров; увеличить потребление фруктов и овощей, зернобобовых, цельных злаков и орехов; вести регулярную физическую активность (60 минут в день - для детей и 150 минут в неделю - для взрослых).

Ежедневный набор продуктов должен соответствовать простой схеме:

- ◆ основа рациона - овощи и фрукты (на день достаточно одной порции овощного салата и двух больших фруктов);
- ◆ на втором месте в рационе - злаки: утренние каши, зерновой хлеб;
- ◆ далее - бобовые, которые содержат необходимые аминокислоты;
- ◆ рыбу необходимо употреблять из холодных морей - два раза в неделю;
- ◆ мясной рацион преимущественно должен состоять из индейки, кролика, куриного мяса без кожи, нежирных сортов говядины.

В день должно быть три приема пищи - это полноценный завтрак, обед и ужин, а также два перекуса (фрукты и овощи, сухофрукты, цукаты).

Помните: поддержание оптимального веса способствует снижению риска возникновения и развития сердечно-сосудистых заболеваний, что позволит продлить вашу жизнь! ☺

Женщина не должна курить!

Елена Николаевна ТРЯПИЦЫНА,

главная медицинская сестра, КГБУЗ «Городская поликлиника №3, г.Барнаул», член ПАСМР с 2008 года



Последние десятилетия эксперты ВОЗ говорят о глобальной эпидемии табакокурения, масштабы которой неуклонно растут с каждым годом. Курение занимает лидирующее положение среди факторов образа жизни, оказывающих отрицательное влияние на здоровье.

После того, как в силу вступил Федеральный закон от 23 февраля 2013 года №15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака», количество взрослых курильщиков в России сократилось до **29%** (на 1,9%) по итогам 2017 года. Причем, если отмечается значительное сокращение процента курящих мужчин, то среди женщин статистика практически не изменилась. Так, среди представителей сильной половины человечества в прошлом году курили **45%** (год назад - 50,9%), среди женщин - **15%** (ранее - 14,3%).

Предлагаю не говорить сегодня о вредном воздействии никотина на организм человека, о повышении риска сердечно-сосудистых заболеваний у курильщика, о высоком риске возникновения злокачественных опухолей в лёгких, ротовой полости, пищеводе, желудке, поджелудочной железе, шейке матки, матке, почках, мочевом пузыре. Не будем мы говорить и о риске отслойки плаценты и предлежании плаценты у будущих мам, о повышении риска смертности плода, понижения веса новорожденного, поражения центральной нервной системы, врожденных аномалий и пороков развития сердца у детей курящих мам. Все эти факты широко освещаются в СМИ и известны даже детям со школьной скамьи.



Советы медицинской сестры

Рассмотрим проблему табакокурения с женской позиции. Красота и сигарета - совершенно несовместимые вещи!

Интересно, но никотин сам по себе не вызывает возникновение рака, он вызывает привыкание к сигаретам и непреодолимое желание закурить. Самые вредные компоненты содержатся в табачном дыме и их порядка 4000. Из них 43 являются канцерогенами, в первую очередь - это бензол, кадмий, нитрозамины.

В дерматологии существует такое понятие, как **«лицо курильщика»**: кожа под воздействием никотина приобретает характерные признаки, по которым визуально можно выделить человека, имеющего эту вредную привычку. Курящая женщина с возрастом будет выглядеть старше, чем ее некурящая ровесница. При этом все негативные последствия влияния никотина на кожу очень выражены и проявляются в комплексе. **Кожа стремительно теряет влагу**, и если она и без курения была сухой, позднее ее состояние становится катастрофическим.

Также **никотин угнетает синтез коллагена** - особого белка, который делает кожу упругой и сохраняет ее молодой и свежей. Кожа курящей женщины теряет защиту от УФ-излучения, что является причиной образования на поверхности пигментированных, темных участков. **Образуются пигментные пятна.**

Нарушение кровообращения в дерме приведет к образованию купероза. **Сосудистая сеточка** с каждым годом будет проступать всё более явно.

Микрочастицы сажи при курении оседают на коже, забивают поры, в результате **появляются черные точки и воспаления**. Курение и прыщи на лице взаимосвязаны между собой.

Понятие «лицо курильщика» было введено в 1985 году доктором Дугласом Моделом, который доказал, что токсины из сигарет, проникая в кожу, сужают кровеносные сосуды. Особенно при этом страдают крошечные капилляры, которые расположены в верхних слоях кожи лица. После трех лет регулярного курения проявляются **основные симптомы «лица курильщика»**:



- ▶ резко обозначенные носогубные борозды и глубокие складки, отходящие от углов рта;
- ▶ сетка морщинок вокруг глаз - «гусиные лапки»;
- ▶ впалые щеки - на них образуются морщины, перпендикулярные линии губ;
- ▶ резко очерченные скулы;
- ▶ изможденная, атрофичная кожа с серым оттенком;
- ▶ круги под глазами - красноватый, лиловатый, оранжевый и коричневатый оттенки получаются из-за того, что нарушено нормальное снабжение кожи кислородом.

Быть красивой или продолжать курить - является добровольным выбором каждой женщины.

Для тех, кто хочет сохранить свежесть лица, предлагаю несколько рекомендаций врача-дерматолога.

Устраните первопричину ухудшения состояния кожи и бросьте курить. Не допускайте быть вовлеченной и в пассивное курение.

Регулярно используйте увлажняющие и питательные кремы. Особенно полезны для кожи антиоксиданты (витамины E, C, коэнзим Q10, альфа-липоевая кислота), альфа-гидроксикислоты, производные витамина A, фитоэстрогены. Обязательно ухаживайте не только за кожей лица, но и за кожей шеи. Это избавит вас от проблемы преждевременного старения шеи.

Защищайте кожу от солнца. Выбирайте уходовую и декоративную косметику с УФ-фильтрами. УФ-излучение повреждает коллаген - главную структуру, отвечающую за упругость кожи. Кроме того избыточная солнечная инсоляция приводит к появлению пигментации кожи. Важно помнить, что находиться на солнце лучше до полудня и после 15 часов, когда сила палящего солнца ослабевает.

Посетите косметолога. Регулярные химические пилинги стимулируют активную регенерацию кожи.

Сбалансированное правильное питание, полноценный и здоровый сон, позитивное мышление и борьба со стрессами будут благоприятно влиять на общее физическое здоровье и, конечно, на красоту вашей кожи. ☺



Физиопрофилактика: что это?



Светлана Анатольевна ТАРАСОВА,

старшая медицинская сестра, физиотерапевтическое отделение, КГБУЗ «Городская поликлиника №3, г.Барнаул», член ПАСМР с 2018 года

Формируя здоровый образ жизни, мы сохраняем и укрепляем свое здоровье, прививаем полезные навыки детям.

Профилактика заболеваний существенно уменьшает их частоту и улучшает здоровье людей. Она имеет как медицинскую направленность, так и социальную: улучшение экологической обстановки, создание благоприятных условий труда, быта и отдыха и т.п. Профилактика будет эффективной лишь при стремлении каждого человека и общества в целом к здоровому образу жизни, правильному питанию, отказу от вредных привычек, занятию спортом, рациональному сочетанию труда и отдыха и т.д.

Физиопрофилактика - это оздоровление и предупреждение заболеваний путем использования естественных и искусственно создаваемых физических факторов. Основывается на способности физических факторов повышать общую сопротивляемость и реактивность организма и возможность с их помощью устранить фактор риска возникновения заболевания.

Различают первичную и вторичную физиопрофилактику. *Первичная* используется для повышения защитных сил организма и для профилактики различных заболеваний, *вторичная* - для предупреждения прогрессирования и купирования проявлений начавшегося заболевания. *В первичную физиопрофилактику входит закаливание организма:* из естественных факторов применяют солнце (солнечные ванны), воздух (воздушные ванны), воду (купание в открытых водоемах); из искусственных факторов - обтирание, обливание, души, различные ванны. *Для вторичной физиопрофилактики применяют ультрафиолетовое облучение, водолечебные процедуры (души, ванны), УВЧ, СВЧ-терапию, грязелечение, лечение глиной, песком.*

Ультрафиолетовые лучи - одни из наиболее эффективных и распространенных методов физиопрофилактики. Их проводят для предотвращения авитаминоза, гиповитаминоза витамина D у детей, профилактики «солнечного голодания» у лиц, испытывающих дефицит солнечной радиации. Общее ультрафиолето-

вое облучение (УФО) применяют для повышения сопротивляемости организма к различным инфекциям, а также как общеукрепляющее средство у больных, страдающих хроническими вялотекущими воспалительными заболеваниями. Профилактические общие УФО проводятся по индивидуальной и групповой методикам.

Гидропроцедуры в сочетании с физическими упражнениями эффективно снимают утомление, повышают работоспособность, увеличивают функциональные резервы сердечно-сосудистой системы, улучшают регуляцию артериального давления и сосудистого тонуса. **Бальнеопроцедуры** оказывают разнообразное действие на организм: тонизируют сердечно-сосудистую и нервную системы, способствуют развитию коллатерального кровообращения и компенсаторно-приспособительных механизмов, что обосновывает их применение для профилактики самых различных заболеваний, особенно нервных и сердечно-сосудистых.

Повышению неспецифической резистентности организма к факторам внешней среды, в том числе к ионизирующему излучению способствует применение физических методов и факторов: электросонотерапии, электрофореза лекарственных веществ, оксигенотерапии, вибротерапии, магнитотерапии, аэроионоотерапии и других.

В народной медицине широкое применение получили **ингаляции фитонцидов** (лук, чеснок, сок каланхоэ и т.д.) и **ингаляции отваров из лекарственных трав** для профилактики острых респираторных заболеваний. Ингаляции эффективны для предупреждения бронхолегочных заболеваний у людей, занятых на производстве с высокой пыленностью и загазованностью, наличием в воздухе вредных химических веществ. Используют различные виды ингаляторов: индивидуальные, камерные генераторы электроаэрозолей.

Арсенал средств физиотерапии разнообразен и постоянно расширяется. Основу наиболее доступных и распространенных методов физиопрофилактики составляют естественные факторы природы: воздух, вода и солнце.

Помните, что лечение определяется врачом-физиотерапевтом в индивидуальном порядке! ☺

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

На правах рекламы



Восемь лет в пути

Врачи автопоезда «Здоровье» ежегодно бывают в каждом районе Алтайского края, а при необходимости приезжают и по несколько раз.

За 9 месяцев 2019 года специалисты автопоезда «Здоровье» успели побывать в **45 районах** Алтайского края и осмотреть **более 27 тысяч человек**.

В настоящее время **выездные бригады работают в составе передвижных комплексов - «Женское здоровье», «Мужское здоровье», «Многофункциональный» и двух передвижных маммографов**. Это позволяет приблизить высокоспециализированную медико-диагностическую помощь жителям районов Алтайского края, в том числе из отдаленных и труднодоступных сел.

За 9 месяцев специалисты автопоезда «Здоровье» направили на дополнительное специализированное обследование **более 9 тысяч жителей края**, на госпитализацию в ЦРБ и краевые специализированные учреждения - **248 человек**. Пациентам в общей сложности **провели свыше 39 тысяч лабораторных и инструментальных исследований**.

Передвижные маммографы работали в 20 районах края, где было проведено более 11 тысяч маммографических исследований. У 39% женщин выявлена патология молочных желез, из них у 9% диагностированы новообразования. Все пациентки с диагностированной патологией направлены на дополнительное обследование.

Специалисты комплекса «Женское здоровье» за 9 месяцев этого года выехали в 18 районов. На приеме у врача-гинеколога побывали почти 4 тысячи женщин. На местах, в мобильном комплексе, им было проведено более 17 тысяч исследований: УЗИ в гинекологии, УЗИ молочных желез и других органов, кольпоскопия, цитологические и лабораторные исследования. У 69% осмотренных пациенток выявлены гормонозависимые опухоли репродуктивной системы, у 14% - воспалительные заболевания органов малого таза.

Врачи-урологи комплекса «Мужское здоровье» совершили 32 выезда в 22 района, где приняли почти 4 тысячи пациентов из 60 сел. Специалисты автопоезда провели почти 5 тысяч ультразвуковых исследований. На дополнительное обследование в Диагностический центр Алтайского края с подозрением на злокачественное новообразование направлено 132 человека. Болезни мужских половых органов (гиперплазия предстательной железы, хронический простатит и другие) составляют 78,8% всех случаев обращений.

«Многофункциональный» комплекс за 9 месяцев побывал в 20 районах Алтайского края. К кар-



диологам, неврологам, эндокринологам, офтальмологам и другим узким специалистам, которых часто не хватает на местах, обратилось 8,5 тысяч человек из 56 сел. Им провели почти 6 тысяч исследований.

Сельские жители, прошедшие обследование у врачей автопоезда «Здоровье», остались довольны приемом краевых специалистов и оставили теплые отзывы об их работе.

Автопоезд «Здоровье», созданный по инициативе губернатора Алтайского края, работает в регионе с октября 2011 года. Координатором проекта является Диагностический центр Алтайского края.

Согласно приказу министерства здравоохранения Алтайского края №181 от 8 июля 2019 года, специализированная медицинская помощь автопоездом «Здоровье» оказывается тем пациентам, которые были отобраны на уровне первичного звена (ФАПы, врачебные амбулатории, ЦРБ). На прием к врачам автопоезда попадают те пациенты, которые нуждаются в более квалифицированном и углубленном осмотре.

Графики выездов передвижных медико-диагностических комплексов («Мужское здоровье», «Женское здоровье», «Мультифункциональный», «Передвижной маммограф») формируются специалистами Диагностического центра Алтайского края с учетом поступающих из районных центров заявок от главных врачей ЦРБ, и обязательно согласуются с региональным министерством здравоохранения. **Запись на прием осуществляется через регистратуру ЦРБ, прием ведется строго по расписанию.** ☎

**КОНТАКТНЫЕ ТЕЛЕФОНЫ
КГБУЗ «Диагностический центр
Алтайского края»:
(3852) 250-400 - единый номер
регистратуры.**

Адрес: г.Барнаул, пр.Комсомольский, 75а

На правах рекламы



Как правильно избавиться от домашних насекомых



Екатерина Александровна БРАГИНА,
врач-эпидемиолог,
КГБУЗ «Городская
больница №8, г.Барнаул»

Готовы ли мы пригласить к себе домой незваных гостей? Даже если они такие мелкие, что не сразу и разглядишь. Насекомые живут практически в каждом доме, квартире, складских помещениях - это факт. И если мы их не видим, это не значит, что их нет - просто «сожители» очень успешно скрываются и какое-то время не дают о себе знать.

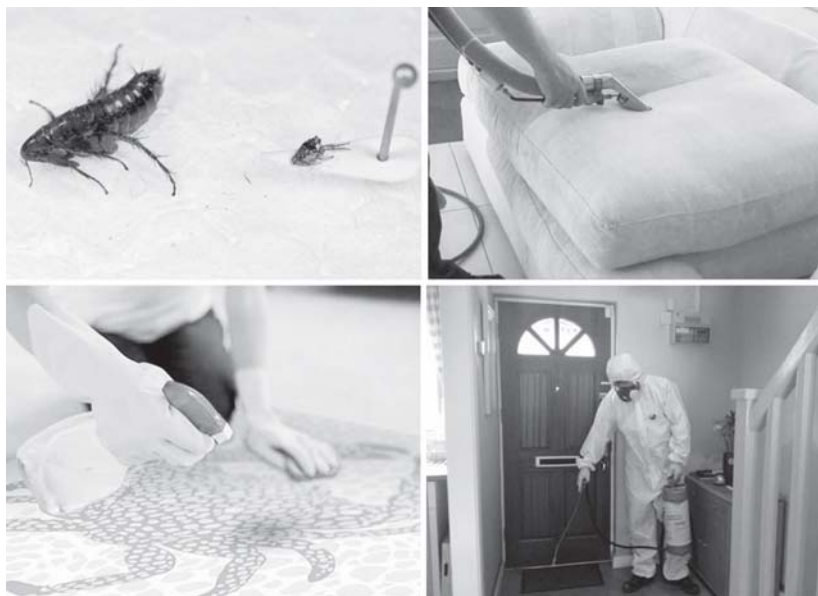
Домашние насекомые делятся на паразитов и вредителей. **Домашние паразиты** - это все кровососущие насекомые: клопы, комары, вши и блохи. **Вредители** - членистоногие, которые для человека безопасны, но активно вредят различным предметам в доме или продуктам питания, делая их непригодными. К ним относятся хорошо известные людям тараканы, моль, муравьи, термиты и другие.

Из-за опасности переноса человеку такими «соседями» возбудителей инфекционных заболеваний (гельминтоза, псевдотуберкулеза, чумы, туляремии, различных кишечных инфекций) необходимы меры борьбы по уничтожению либо снижению численности домашних насекомых. Кровососущие насекомые переносят, напри-

мер, бактерии чумы: блоха заражается ими в момент кровососания больного животного, а заражение произойдет при повторном кровососании ею здорового млекопитающего. Гельминтозами насекомые заражают людей, перенося яйца гельминтов на своих лапках, а также откладывая свои испражнения на предметах обихода человека.

Препаратов для борьбы существует очень большое количество: от профессиональных сертифицированных, доступных только для лицензированных фирм, до препаратов, продающихся в любом хозяйственно-бытовом магазине. Также есть препараты универсальные, которые действуют как на несколько видов насекомых сразу, так и на определенный вид. Например, **для уничтожения тараканов используют инсектициды контактного и кишечного действия:** фосфорорганические соединения, карбаматы, пиретрины, пиретроиды, неорганические кислоты (борная кислота), неорганические соли (бура). **Для борьбы с клопами используют препараты** на основе также фосфорорганических соединений, пиретроидов, карбаматов. Особенно эффективно применение препаратов на основе соединений, обладающих овицидной активностью (ФОС). **Из-за быстрого привыкания (устойчивости) насекомых к используемым препаратам необходимо время от времени проводить ротацию средств.**

Несмотря на наличие в домах электромагнитных излучений, микроволн,



синтетической отделки помещений сегодня остается актуальной проблема борьбы с насекомыми в домашних условиях.

При любой протравке необходимо соблюдать элементарные меры безопасности. В первую очередь, нужно оценить масштаб проблемы, площадь заселения, постараться определить вид насекомых и причину их появления. Далее уже разрабатывается тактика борьбы с непрошеными жильцами.

Препараты различаются между собой по действующему веществу и по форме применения.

Форма применения определяется рядом факторов: видом членистоногого, стадией его развития, путем проникновения яда в организм и его токсичностью, физико-химическими свойствами активноедействующего вещества. Также выбранная форма должна обеспечивать максимальную эффективность препарата при наименьшей токсичности для живущих людей и домашних питомцев.

По формам применения инсектицидные средства подразделяют на дусты (порошки), жидкие инсектициды (смачивающиеся порошки, эмульгирующие концентраты, суспензионные концентраты, растворы, гели, микрокапсулированные препараты и концентраты водных суспензий), **твердые формы** (гранулы, гранулированные порошки, таблетки, бруски, карандаши). Применяют **аэрозоли, лаки, пасты, отравленные приманки**. Для уничтожения летающих насекомых применяют **фумигаторы** (инсектицидные спирали, таблетки, пластины, электрофумигаторы).

При наличии дома животных или детей, препараты, которые распыляются, распыскиваются, применять нельзя, а приманки в виде шариков или таблеток нужно раскладывать только в недоступном месте! В данном случае лучше использовать клеевые ловушки, ловушки-тоннели. Либо при проведении обработки помещения детей и животных изолировать на несколько дней. Для комнатных растений особых требований не предъявляется.

При борьбе с тараканами, муравьями основной проблемой является то,



что их кланы, семьи, колонии имеют несколько гнезд, сообщаясь друг с другом тропками, расположенными в разных квартирах, а также мусоропроводах, подвалах. Именно поэтому уничтожение одного гнезда не приносит желаемого результата и носит временный характер: пока существует единая «семья», «гости» будут продолжать заходить. Поэтому бороться с этими домашними вредителями нужно сообща всеми соседями и жильцами дома.

Основные меры подготовки

К борьбе с насекомыми нужно хорошо подготовиться:

- ▶ вымыть всю мебель с применением моющих средств и вытереть ее насухо;
- ▶ упаковать все продукты в полиэтиленовые пакеты, все салфетки и мягкую бумагу протрясти и убрать;
- ▶ вымыть грязную посуду;
- ▶ раковину и стол вытереть насухо;
- ▶ заделать все щели и отверстия (по возможности провести косметический ремонт), ободрать или подклеить отошедшие обои;
- ▶ вынести мусор.

После определения препарата необходимо выполнить обязательные правила защиты:

- ▶ внимательно ознакомиться с инструкцией к препарату,

Обратите внимание: в домашних условиях рекомендовано использовать только те средства, которые разрешены для применения именно в быту!



Ключи к здоровью: безопасный дом

▶ надеть защитную одежду (резиновые перчатки, марлевую повязку, респиратор, косынку, халат). Наиболее уязвимыми местами являются глаза, слизистые оболочки рта и носоглотки, поэтому их необходимо защитить в первую очередь. Для этого используется комбинация из очков и респиратора либо застекленная маска,

▶ смешивание, приготовление и разбавление суспензий проводится исключительно в помещении с мощной активной вентиляцией. Если условия не позволяют соблюсти данное правило, то рабочий раствор готовят вне помещения,

▶ посуду, использованную для работы с химикатами, не применять в дальнейшем для приготовления пищи,

▶ после того, как помещение (пол, стены, потолок, мебель) обработано инсектицидами, его следует проветрить в течение 30-60 минут либо до полного исчезновения резкого запаха,

▶ при работе с сильнодействующими токсичными эмульсиями (например, хлорофос) нужно делать перерыв каждые 40-45 минут. Во время 15-минутного перерыва рекомендуется продышаться свежим воздухом на улице,

▶ после работы следует принять теплый душ с мылом. Рабочую спецодежду в жилое помещение не вносить. Обработать ее деактивирующим раствором согласно инструкции,

▶ после проведенной обработки, согласно инструкции, выдержать время экспозиции и после отмыть поверхности.

Борьба с клопами

В последние годы численность клопов во всем мире, включая и Россию, возрастает. Эти насекомые при низкой и умеренной численности обитают в спальном мебели, при высокой численности заселяют корпусную мебель, прячутся в книгах, в рамках картин, деревянных подоконниках.

Расселение клопов внутри строений из одного помещения в соседнее может происходить самостоя-



тельно. Заселение строений бывает и пассивным, когда люди заносят клопов с предметами обихода - мебелью, картинами, книгами, багажом, одеждой, постельными принадлежностями и т.п.

Клопы могут существовать и размножаться в помещениях, содержащихся в надлежащем санитарном состоянии, однако наиболее часто они встречаются в жилых помещениях с высокой плотностью людей и неудовлетворительным санитарно-техническим состоянием (общежития, коммунальные квартиры, строительные бытовки и т.п.).

Для предотвращения заселения клопами помещений необходимо регулярно проводить их санитарную уборку, лучше с использованием пылесоса, часто менять постельное белье, причем, сразу стирать его, не держа в емкостях для хранения грязного белья; периодически осматривать диваны, ковры и обращать внимание на следы жизнедеятельности клопов: темные точки («засиженности») в стыках деталей мебели, рам картин, на внутренней стороне отстающих обоев, пятнышки крови на постельном белье.

Педикулёз

Гораздо проще бороться с более локальной, но актуальной в любое время проблемой - с педикулёзом. Причем, это глубокое заблуждение, что вшами могут заразиться только нечистоплотные, малообеспеченные люди.

Противопедикулёзные мероприятия в организованных коллективах (в лечебно-профилактических учреждениях, детских домах, домах ребенка, детских дошкольных учреждениях, домах престарелых, домах инвалидов и т.д.) осуществляет медицинский персонал.

В домашних очагах головного педикулёза возможно проведение дезинсекционных мероприятий с использованием разрешенных для применения в быту педикулицидных средств (аэрозоль Пара-Плюс, шампунь Веда-2, Перметрин форат+, Педикулен ультра). ☺



Молодость - это выбор!

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, возрастная периодизация претерпела существенные изменения. Сегодня молодыми считаются люди от 18 до 44 лет, средний возраст - это от 45 до 59, пожилыми называют 60-74-летних, старческий возраст - от 75 до 90 лет, после 90 лет - это долгожители.

Следует заметить, что восприятие возрастных изменений произошло не только или не столько теоретическое, сколько очевидны изменения отношения к возрасту в реальной жизни.

Сегодня **молодость - это, скорее, осознанный выбор**, нежели факт, который с нами «случается».

Для того чтобы иметь возможность сделать выбор «оставаться молодым» в отношении собственной жизни, о старости надо кое-что знать.

Если физиологические изменения, что называется, «на лицо», способы поддержания себя в хорошей физической форме общеизвестны и широко культивируются средствами массовой информации и социальными сетями - питание, физические нагрузки и отказ от вредных привычек, - то с психологическими аспектами «серебряного возраста» не всё так очевидно.

За плечами каждого человека в возрасте - целая история, которую психологи называют личной историей: со своими печальями и радостями, приобретениями и потерями, взлетами и падениями, любовью и отвержением, признаниями и изгнаниями... И то, как человек входит в свой новый возрастной этап - старость, во многом зависит от принятия или непринятия им этой самой личной истории.

Условно возрастную категорию граждан от 75 лет можно разделить на три категории.

Первая группа - это те люди, которые сохраняют оптимистический взгляд на мир и, воспринимая возраст как новый этап, продолжают творчески относиться к своей жизни, сохраняют активность в коммуникациях, получают наслаждение от хобби, интересуются новым и не утрачивают желания обучаться и удивляться.

Вторая категория представителей «серебряного возраста» выбирает старение по женскому типу - им очень важно заботиться о ближних, поддерживать материальное и духовное благополучие семьи, они воспитывают внуков и берут на себя основную долю домашних хлопот.

Самая сложная группа стареющих людей, по мнению психологов, - **третий**, так называемый «неудовлетворенный тип» - это люди, разочарованные прожитой жизнью, проявляющие ворчливость, раздражительность, настороженность. Они не принимают противоположные мнения и отрицают всё новое.

Возрастное типирование, описанное выше, как и любое другое, **носит условный характер и не имеет чётких границ.** В зависимости от самочувствия, ситуации, настроения, от степени включенности и многих других факторов возрастная человек может проявлять черты и особенности, не



Татьяна Викторовна ДЕМИНА,
психолог, методист,
КГБУСО «Краевой
кризисный центр
для женщин»



Движение к цели 78+

◀ свойственные его ведущему типу. И это - нормально. Всё живое пребывает в движении, поскольку любая стагнация имеет одно направление - деградация и смерть.

Со старостью мы впервые сталкиваемся в лице наших ближайших родственников: сначала бабушек и дедушек, позже - родителей. **Вы очень облегчите свою и их жизнь, соблюдая некоторые рекомендации.**

Во-первых, не стоит рассказывать своим возрастным близким о своих неприятностях. Это связано с тем, что старшее поколение связывают свое благополучие с вашим, поэтому начинают очень тревожиться, когда у вас что-то не ладится, поскольку их психика воспринимает это как угрозу для собственного благополучия.

Во-вторых, принимайте своих родителей такими, какие они есть, не перевоспитывайте их. По правилам семейной иерархии старшие родственники всегда являются ресурсом для младшего поколения. Не стоит проявлять высокомерие, поучая своих родителей.

В-третьих, будьте в курсе событий жизни вашего старшего поколения. Если нет возможности приезжать и сопровождать, скажем, в магазин, на прогулку или в больницу, то звоните, интересуйтесь новостями, их жизнью. Это даст вашим родным возможность чувствовать себя «включенными» в семейную систему, любимыми и нужными.

В-четвертых, воздерживайтесь от конфликта со старшими родственниками, учитывая, что агрессивность без видимых причин, переход от доброжелательности к негодованию могут быть у них мгновенными. Это связано с изменениями в органике мозга, и если вы не поддержите «вспышку», то она также быстро угаснет, как и возникла.

В-пятых, старайтесь не втягиваться в спор! В споре очень легко ранить вашего родителя, а конструктивного вывода при этом может и не случиться.

В-шестых, старайтесь, чтобы у ваших возрастных родных было больше приятных впечатлений. Присмотритесь к ним, наблюдайте, от



чего теплеют их лица и появляется улыбка, по возможности, содействуйте в получении приятностей от жизни: от общения, чтения, просмотра фильмов, гастрономических вкусностей и т.п. Введите семейные традиции с их участием.

В-седьмых, не обвиняйте ваших стариков и ни в чем не вините себя. И то, и другое чувство не конструктивно, оно, как ржавчина, может «разъесть» душу, делая общение очень тяжелым. Научитесь принимать ситуации такими, какими они сложились. И если они вам не комфортны, сделайте вывод, чтобы не повторить свои ошибки.

В-восьмых, научитесь прощать, а еще лучше - научитесь понимать старшее поколение. Помните, что благодаря им вам дарована жизнь.

В-девятых, хвалите себя за сдержанность и позитивный настрой, которые вы проявляете в общении со своими родителями. Обязательно хвалите себя!

В XXI веке молодость, как состояние тела и духа, действительно стала осознанным выбором! И если ваше старшее поколение выбрало молодость, поддержите их во всем, так как на определенном жизненном этапе такой выбор требует не только мужества и силы духа, но и участия близких людей.

Помните, что вы сами вполне можете унаследовать молодость в старшем возрасте, ведь влияние генетической детерминанты никто не отменял. ☺

От того, как человек входит в свой новый возрастной этап - старость, во многом зависит от принятия или неприятия им своей личной истории.



Лечение рака прямой кишки

Рак прямой кишки - заболевание конечного отдела кишечной трубки, при котором на определенном ее участке начинает расти опухоль, постепенно суживающая внутренний просвет.

Окончание. Начало в №10 (202) 2019 года.

Основная опасность рака этой локализации состоит в том, что на поздних стадиях он может вызывать кишечную непроходимость (то есть полностью перекрывать просвет кишки и препятствовать прохождению пищи), а также может метастазировать в окружающие лимфатические узлы и другие органы (чаще всего - печень, позвоночник и лёгкие).

Лечение рака прямой кишки

Для сохранения естественного заднего прохода часто требуется не только выполнение высокотехнологичной операции, но и использование перед этим методом химиотерапии и лучевой терапии. При этом у некоторых пациентов с благоприятными формами заболевания возможно также излечение рака прямой кишки вовсе без операции.

Основными факторами, которые влияют на выбор плана лечения больных раком прямой кишки, является степень распространения заболевания и расстояние от опухоли до заднего прохода.

Существует четыре наиболее распространенные ситуации, требующие различных лечебных подходов.

◆ **Ранний рак прямой кишки или рак прямой кишки на фоне полипа прямой кишки.** Стадии T1 или Tis N0M0. Данная ситуация встречается редко, в основном у пациентов, которые проходят профилактическое обследование.

Такие формы рака не имеют симптомов.

Возможно удаление опухоли изнутри просвета кишки. Метод лечения,

дающий наилучшие результаты в такой ситуации, - трансанальное эндоскопическое удаление (ТЭО). Операция проводится под общим наркозом. В прямую кишку устанавливается специальная трубка, через которую удаляется пораженный участок с прилежащими тканями, стенка прямой кишки после ушивается. Большинство пациентов могут выписываться домой уже через 2-3 дня.

При окончательном морфологическом исследовании удаленной опухоли могут выявляться дополнительные факторы риска, в том числе может встать вопрос о необходимости дополнительного лечения.

◆ **Локализованный рак прямой кишки.** В эту группу входят больные с относительно небольшими опухолями прямой кишки без факторов негативного прогноза.

Многим этим пациентам может быть предложено чисто хирургическое лечение или хирургическое лечение после предоперационной химиотерапии. Преимуществом таких подходов является возможность отказа от использования на дооперационном этапе лучевой терапии, которая может иметь ряд стойких побочных эффектов.

У ряда больных локализованным раком прямой кишки может рассматриваться другой подход к лечению - проведение интенсивного курса химиолучевой терапии с целью возможного дальнейшего отказа от выполнения операции. Некоторые формы рака прямой кишки могут иметь высокую чувствительность к химиолучевой терапии, что позволяет избежать операции. Такой подход к лечению пока не утвержден в клинических рекомендациях и проводится только в ряде специализированных учреждений под строгим контролем врача-онколога.

Операции по поводу рака прямой кишки могут выполняться как тра-



Анатолий Васильевич БЕЛОНОЖКА,
заведующий отделением абдоминальной онкологии, врач-онколог, высшая квалификационная категория, КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер»



В Алтайском краевом онкологическом диспансере выполняются любые объемы операций, в том числе требующие сложных этапов реконструкции и резекции соседних органов.

диционным открытым способом (с использованием большого разреза), так и лапароскопически (через проколы с использованием маленького разреза только для удаления опухоли).

Хирургические вмешательства в абдоминальном отделении Алтайского краевого онкологического диспансера проводятся с использованием самого современного оборудования, включая электроинструменты, ультразвуковую скальпель, швивающие аппараты. Это позволяет до минимума снизить кровопотерю во время большинства стандартных операций.

Во время лапароскопических операций используется камера, которая позволяет получать трехмерное изображение брюшной полости для максимально точного и тщательного проведения любых манипуляций. Выполняются любые объемы операций, в том числе требующие сложных этапов реконструкции и резекции соседних органов. Широко используется методика ускоренной реабилитации, благодаря которой большинство пациентов может вставать и принимать жидкую пищу уже через несколько часов после операции. А методы комбинированного обезболивания позволяют практически исключить неприятные ощущения со стороны послеоперационных ран.

После операции, в зависимости от результатов морфологического иссле-

дования удаленного заболевания, может быть назначена профилактическая химиотерапия, что вовсе не означает, что в организме остались проявления заболевания, - просто при изучении удаленных тканей морфолог выявил определенные факторы риска более агрессивного течения болезни. Наиболее часто это бывает при выявлении метастазов в удаленных лимфоузлах. В этом случае проведение профилактической химиотерапии может снизить риск возврата заболевания на 10-15%.

◆ **Местнораспространенный рак прямой кишки.** При этой форме заболевания, в отличие от локализованного рака прямой кишки, химиолучевая терапия является обязательным компонентом лечения. Исключения составляют единичные пациенты - с начальной стадией процесса или те, чье функциональное состояние не позволяет проводить столь сильную терапию (возраст, тяжелые сопутствующие заболевания и т.п.).

До операции курсы химиотерапии и лучевого лечения проводятся для того, чтобы максимально уменьшить размеры опухоли и в дальнейшем провести функционально более выгодную для пациента операцию. Также подобная терапия помогает избавиться от микрометастаз: если химиолучевое лечение не проводить на дооперационном этапе, то во время операции они могут «разлететься» по организму и в дальнейшем спровоцировать рецидив заболевания.

Принципы хирургического лечения, лучевой и химиотерапии аналогичны описанным выше. При правильном планировании лечения, несмотря на большое исходное распространение болезни, у большинства пациентов возможно добиться стойкого излечения.

◆ **Рак прямой кишки с метастазами в другие органы.** Выбор плана лечения зависит от количества метастазов и риска развития кишечной непроходимости. До определения плана лечения пациент должен обязательно получить консультацию химиотерапевта, при наличии небольшого количества метастазов, локализующихся только в печени или лёг-



ких, - консультации хирурга-гепатолога и хирурга-пульмонолога.

При наличии небольшой опухоли в кишке и метастазов в других органах на первом этапе лечения может проводиться не операция, а химиотерапия. Каждый из очагов рака прямой кишки является самостоятельным и при невозможности удаления всех проявлений заболевания удаление отдельных метастазов или первичной опухоли может быть нецелесообразным.

В Алтайском краевом онкологическом диспансере доступен широкий спектр методов лечения: выполняются как одномоментные, так и последовательные операции на кишке и печени или лёгких, используются методы радиочастотной абляции метастазов в печени («выжигание» метастазов через тонкие проколы без необходимости удаления участка печени).

Основным методом лечения для большинства пациентов с метастатическим раком прямой кишки является химиотерапия, используются все современные схемы и таргетные препараты. Кроме того, в отделении абдоминальной онкологии Алтайского краевого онкологического диспансера постоянно проводятся национальные и международные клинические исследования, в рамках которых пациенты могут получить лечение с использованием новейших научных разработок. Узнать о возможности участия в клинических исследованиях можно на консультации у врача-онколога в поликлинике или у химиотерапевта краевого онкологического диспансера.

Формирование колостомы или илеостомы часто используется во время хирургического лечения рака прямой кишки - либо для временного отключения прямой кишки из процесса пищеварения, либо после полного удаления прямой кишки со сфинктерным аппаратом. При этом участок кишки подшивается к стенке живота, а опорожнение кишечника происходит самопроизвольно в специальный клеящийся мешок (калоприемник).

В зависимости от используемого участка кишки различают *колостому* (стома с использованием толстой кишки, обычно формируется в левых отделах живота) и *илеостому* (исполь-



зуется тонкая кишка, обычно формируется в правых отделах живота). У пациентов с колостомой пищеварение происходит полноценно, у пациентов с илеостомой в пищеварении толстая кишка совершенно не используется, из-за чего могут быть повышенные потери жидкости и нарушение усвоения ряда микроэлементов. Илеостомы чаще временные, исключение - пациенты с наследственными и системными заболеваниями (диффузный семейный аденоматоз и неспецифический язвенный колит, при которых требуется полное удаление толстой кишки).

Временные стомы формируют у пациентов с кишечной непроходимостью (для дальнейшего комбинированного лечения) и, если во время операции требуется соединение кишки (формирование анастомоза), на очень низком уровне. Формирование временной стомы в такой ситуации - необходимый этап для обеспечения безопасности пациента. На определенных участках стенка прямой кишки, особенно в случае проведения ранее химио- или лучевой терапии, настолько слабая, что может не выдержать минимальной нагрузки после формирования швов в раннем послеоперационном периоде. Чтобы обеспечить пациенту в дальнейшем возможность естественного опорожнения кишечника, свежесоединенную кишку временно отключают из процесса пищеварения и через 2-3 ме-

В Алтайском краевом онкологическом диспансере доступен широкий спектр методов лечения: выполняются как одномоментные, так и последовательные операции на кишке и печени или лёгких, используются методы радиочастотной абляции метастазов в печени.



◀ сяца делают небольшую операцию по закрытию стомы. Если соединение кишки будет заживать в условиях постоянного прохождения каловых масс, тогда высока вероятность ее разрыва, последующего нагноения, из-за чего восстановление нормального пищеварения может стать невозможным.

Постоянные кишечные стомы формируют либо при непосредственном врастании опухоли в сфинктерный аппарат, когда ее удаление с сохранением естественного заднего прохода невозможно (к счастью, такие случаи относительно редки), либо при низкой вероятности сохранения хорошей функции удержания кала после операции.

В отделении абдоминальной онкологии проводится индивидуальная оценка функции сфинктерного аппарата до начала комбинированного лечения и непосредственного перед операцией, используются современные технологии восстановительного лечения, которые позволяют значительно увеличить число пациентов, которым возможно сохранение естественного заднего прохода с хорошими функциональными результатами.

Наблюдение после лечения проводится для пациентов в поликлинике «Надежда» по индивидуальным программам. Контрольные визиты после операции обычно проводятся в первый год - каждые 3 месяца, на следующий год - дважды, а в последующем - один раз в год до конца жизни. Во время каждой консультации выполняется осмотр хирургом-онкологом, проводятся анализ крови на маркеры, УЗИ брюшной полости и малого таза. Не реже одного раза в год должна выполняться колоноскопия и рентгенография органов грудной клетки. По показаниям выполняется компьютерная или магнитно-резонансная томография брюшной полости и малого таза.

Профилактика рака прямой кишки

Рак прямой кишки относится к заболеваниям, развитие которых у большинства пациентов всё-таки можно предотвратить.

Чаще всего рак прямой кишки развивается на фоне длительно существующих доброкачественных полипов. Полипы не вызывают симптомов и никак не проявляются, но у ряда людей могут превратиться в рак. Чтобы этого избежать, таким пациентам **при достижении возраста 45 лет рекомендуется выполнение колоноскопии.** Некоторые полипы могут быть безболезненно удалены прямо во время процедуры, что в дальнейшем избавит человека от риска развития рака. При выявлении полипов колоноскопия в дальнейшем повторяется ежегодно, при их отсутствии - только 1 раз в 10 лет. В промежутке между обследованиями достаточно выполнять анализ кала на скрытую кровь. ☺

Проблема

В Корее и Японии минтай - король стола. Из него готовят множество национальных блюд. В России же он долгое время считался «едой для кошек», потому что стоил копейки. Поэтому минтай у нас незаслуженно обделяли вниманием. При этом он ничем не хуже своих сородичей из семейства тресковых.



Минтай принадлежит к семейству тресковых. Это самая распространенная рыба дальневосточной акватории. В основном минтай ловят рыбаки двух стран - России и Америки, причем почти в одинаковых количествах. Китай, Корея и Япония тоже добывают его, но в гораздо более скромных объемах.

Как и положено родственникам, минтай и треска обладают одинаковым набором положительных качеств.

Большая разница?

Минтай - морская рыба, и она считается полезнее речной, поскольку накапливает меньше токсичных веществ. **Йода в минтае даже больше, чем в треске (150мкг на 100г против 135мкг), количество белка у этих родственников практически одинаковое (15,9г).**

Эта рыба с полным правом может считаться диетической, поскольку **не жирная**. Так же, как и треска, **минтай содержит «полный» белок:** в нем есть все необходимые человеку незаменимые аминокислоты. Кроме того, эта рыба **считается гипоаллергенным продуктом** и вводится в качестве прикорма детям с 9-10 месяцев.

Но в отличие от суховатого минтая треска чуть более богата полезными веществами, да и вкус у нее ярче выражен. Но зато минтай значительно дешевле трески.

Как выбрать

Наряду с треской и сельдью минтай - главная промысловая рыба России, но всё равно в наши магазины он поступает в замороженном, а не охлажденном виде. Однако сквозь ледяную корку можно разглядеть цвет - **на хорошо замороженном филе не может быть желтых пятен.**



Окончание. Начало - на 2 обложке.

Исполкомом краевого Совета народных депутатов и местными органами приняты меры к обеспечению врачей благоустроенными квартирами...». Именно тогда были апробированы и выделены 4 этапа оказания специализированной медицинской помощи: помимо участковых больниц и врачебных амбулаторий, ЦРБ пошли на создание межрайонных специализированных учреждений (подразделений) и краевых специализированных центров. Последние формировались в содружестве и клиническими кафедрами медицинского института (часть которых размещалась на базе МСЧ промышленных предприятий, и госпитализация в них до этого была просто недоступна для не работающих на предприятиях). Фактически была предвосхищена и реализована современная многоуровневая структура здравоохранения - безусловно, с другим технологическим наполнением, но с развитием его первичного звена. Достигнутый в тот период «...кадровый и технический потенциал с учетом созданной (многоуровневой) структуры позволили улучшить основные показатели здоровья населения и работы медицинской службы в крае. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности снизилась на 4,2%, первичный выход на инвалидность - на 17%, детская смертность - на 22%. Уменьшилась на 21,8% летальность при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости...». Но это было уже результатом достижения поставленных организаторами здравоохранения целями «по принципиальному изменению материально-технических и кадровых ресурсов в сельской местности» и «совершенствованию системы управления здравоохранением, использованием дистанционных диагностических систем, стандартизацию технологий диагностики и лечения». Именно тогда были подготовлены эффективные управленцы здравоохранения края - на уровне учреждений, отделений, отдельных специальностей. Именно они не дали «провалиться» здравоохранению в непростые 90-е годы, при переходе на систему ОМС!

И вспоминаю сегодня о том времени я не для того, чтобы «побрызгать» о том, как было хорошо раньше (когда мы были молодыми!) и как плохо сейчас... Тот, кто не видит очевидных возможностей и позитивных изменений в современном отечественном здравоохранении, - видимо, и слеп, и глух. Но и игнорировать те проблемы, которые сегодня мешают здравоохранению, а также проявлять равнодушие -

сродни преступлению! На мой взгляд, медицинское сообщество, именно сообщество - и не важно в какой форме оно будет реализовываться как саморегулируемая организация профессионалов. Как совет специалистов края (всего края!), Медицинская палата, Ассоциация медиков края... Именно профессиональное сообщество, в первую очередь, несет ответственность как за принимаемые решения, так и за их реализацию и, безусловно, результаты. И позиция «...я лично свои обязанности выполняю честно!» или «это не мы принимали такие решения!» - неприемлема в сфере здравоохранения!

В медицине невозможно быть профессионалом-одиночкой.

Я завидую возможностям сегодняшних 25-30-летних, которые у них, безусловно, больше, чем во времена нашего профессионального старта. Их возможностям в образовании, возможности реализоваться в профессии лечебника, реализоваться как организатору здравоохранения (не устаю говорить о значимости этой профессии для всей системы здравоохранения!). Возможности распорядиться и распорядиться грамотно и эффективно теми огромными ресурсами, которое государство выделяет сегодня на развитие здравоохранения! Фактически вы уже приняли эстафету ответственности за нашу медицину. Но сказать уверенно, что все приняли ее осознанно, с готовностью нести ответственность, - пока, увы, не могу. Медицина, при всей ее инновационной составляющей, - та сфера деятельности, где преемственность, почитание Учителей, традиции и справедливости всегда были и остаются непременными составляющими профессии. Истинный врач, медицинская сестра в своем профессиональном служении никогда не опускались до неблаговидных поступков, даже до невзвешенных высказываний. А уважение к представителям медицинской профессии было и остается, в моем понимании, камертоном зрелости самого общества.

«Aliis inserviendo consumer» («Светя другим, сгораю сам!») - девиз врачей с XVII века. И он не должен стать символом саморазрушения, выгорания в профессии!

Пусть Огонь останется символом передачи традиций!

Главный редактор, сопредседатель
Регионального штаба ОНФ в Алтайском крае
И.В. Козлова

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№11 (203) ноябрь 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

Выпуск издания (рубрика "Движение к цели 78+") осуществляется при финансовой поддержке Федерального агентства по печати и массовым коммуникациям.

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

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

Время подписания в печать:
по графику - 14:00 29.11.2019 г.,
фактически - 14:00 29.11.2019 г.
Дата выхода: 05.12.2019 г.

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

Ответственный редактор - Мария Юртайкина.
Компьютерный дизайн и верстка - Ольга Жабина, Оксана Ибель.

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

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

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

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



Наша цель - осознанный выбор будущей профессии

