

6+

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№6 (210) ИЮНЬ 2020



С профессиональным праздником, дорогие коллеги!

В юбилей медики страны традиционно отмечают свой профессиональный праздник.

В этом году отметили неторжественно. Преобладающее большинство - на своих рабочих местах: кто в условиях «красной зоны», кто - «дистанционного» оказания плановой медицинской помощи... Ситуация, прямо скажем, сейчас особенно не простая. Это понятно: в приоритете - победа над вирусом. Но традиционные текущие заботы медиков тоже требуют внимания, накапливаются проблемы. Есть временные ограничения в оказании плановой помощи, при этом медики не исключают риски ухудшения состояния пациентов, страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями, - и стараются не допустить этого. Относясь с пониманием к ситуации, в которой оказались учреждения здравоохранения в условиях пандемии, и отдавая должное мужеству медиков, у населения, тем не менее, нарастает недовольство невозможностью получить плановую медицинскую помощь и проблемами с лекарственным обеспечением и многими другими.

Параллельно требуют проработки, решения и стратегические вопросы организации медицинской помощи. Задачи, сформулированные национальным проектом «Здравоохранение», прямо скажем, - напряженные и по срокам, и по объемам текущей и еще предстоящей работы. Кроме того, последние события еще острее, ярче обозначили существующие проблемы, противоречия отечественного здравоохранения. Всё настойчивее экспертами, политиками высказываются предложения по принципиальному изменению подходов к организации помощи в стране, внесению корректив в уже сформированные и согласованные на федеральном уровне программы регионов.

В условиях пандемии, безусловно, темпы строительства и оснащения в стране инфекционных госпиталей оборудованием, - впечатляют. Но!!! Стены, оборудование - это еще не медицинская помощь! А только необходимые условия для ее оказания!

Лозунг «КАДРЫ решают все!» в нынешних реалиях звучит особенно актуально. Их наличие в принципе! Их квалификация! Их безусловная готовность пожертвовать своим комфортом, во многом - текущими интересами семьи. Не говоря уже о реальном риске для своего здоровья и даже жизни!

Кадров медиков остро не хватает в стране, в нашем регионе особенно. В отличие от оборудования, СИЗов форсировать ускоренное «производство» кадров невозможно - это процесс и сложный, и длительный. И, видимо, задача увеличить наборов в медицинские вузы и колледжи, активнее привлекать студентов к волонтерской (и не только) работе в медицинских учреждениях, не говоря уже о расширении практики работы клинических баз в медицинских учреждениях различных уровней, - это одна из важнейших государственных задач текущего периода. И, несмотря на «коронавирусную эпопею», эту тему нельзя отложить на потом!

Изменение отношения к представителям медицинской профессии, решение вопросов достойной оплаты труда, социально-бытовых условий медиков, возможности непрерывного повышения своей профессиональной квалификации - это важнейшая задача и государства, и общества. И самого профессионального медицинского сообщества - причем, еще более консолидированного и активного! Эта задача - каждодневная!

Говорю не первый раз о важной роли и месте в работе системы здравоохранения организаторов здравоохранения всех уровней. Их ошибки и просчеты отражаются на работе всей системы, специалистов. Организаторов, которых должно беспокоить всё: какая потребность в кадрах будет через 5-6 лет в конкретной ЦРБ или городской поликлинике, краевом центре и, как следствие, сколько ребят из территории поступят в медуниверситет или медколледж, сколько их вернется в родные места на работу... Обеспечен ли врач, средний медицинский работник жильем, имеют ли их дети возможность посещать детский сад, школу. Ну а производственные условия, адекватность вознаграждения за нелегкий труд, возможность профессионально реализоваться - это, безусловно, в приоритете работы любого грамотного руководителя!

И еще очень важно: не забывать сказать «спасибо» медикам за их труд - и не только в их профессиональный праздник!

В канун Дня медицинского работника многие сотрудники лечебных учреждений края отмечены государственными наградами (мы публикуем официальные сообщения об этом). Это - заслуженно, очень значимо и, конечно, приятно!

Но думаю, не менее значимы и наши, «местные» знаки внимания. Меня лично очень тронула искренность, живое участие, уважение к коллегам со стороны главного врача ЦРБ, выраженные необычно и публично. На весь район! Хочу поделиться: «Уважаемые читатели! Сегодня наши коллеги из газеты «Хлебороб Алтай» Рубцовского района начинают цикл материалов, посвященных медицинским работникам, работающим в инфекционном госпитале. Проект носит название «Мы не могли иначе...». Каждую неделю главный врач Рубцовской ЦРБ Людмила Кравцова будет рассказывать о буднях госпиталя и о настоящих героях нашего времени, волею судьбы оказавшихся на передовой борьбы с коронавирусом» (<https://rubtsovskmv.ru/zdravooxranenie/my-ne-mogli-inache-o-budnyax-koronavirusnogo-gospitalya-v-rubcovskoj-crb/2020/07/03/>). Почитайте - интересно! Буквально в конце мая текущего года я поздравляла Людмилу Ивановну Кравцову, главного врача Рубцовской ЦРБ, с 60-летним юбилеем больницы, а она в ответ в телеграфном стиле: «...45 лет - общий трудовой стаж, 41 год - в родной ЦРБ, 20 лет - главный врач...».

И таких примеров внимания коллег друг к другу, участия и поддержки - немало в каждом районе, городе, в каждом учреждении.

Поздравляю всех медиков Алтайского края с Днем медицинского работника! Здоровья, профессионального удовлетворения и надежного семейного тыла! Спасибо вам за ваш труд, самоотверженность и профессионализм...

Вы просто не можете иначе!



Фотодинамическая терапия в лечении рака лёгкого



Как сохранить ясный ум и твердую память



Большая помощь крошечным пациентам



Поднимись над собой!



Его величество Менингит. Как не пропустить заболевание?

Поздравляем с Днем медицинского работника!	2-3
Медики - всегда на передовой!	4-7
ПОБЕДИМ СВОЙ СТРАХ!	
Фотодинамическая терапия в лечении рака лёгкого	8-9
Точно по времени	10
Новости здравоохранения России	11
Под звуки карантина. Шумовое загрязнение временно отступило	12-13
Правила поведения на воде	14-15
ДЕСЯТИЛЕТИЕ ДЕТСТВА	
Е.И. Заречнева. Особенности сопровождения многодетных замещающих семей	16-17
Е.В. Сумина. Как сохранить ясный ум и твердую память	18-20
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ	
Ю.А. Фролова. Общероссийский день рассеянного склероза	21-22
Е.В. Маношкина. Грудное вскармливание - это волшебство!	23-24
ЗА СЧАСТЛИВОЕ ЗДОРОВОЕ ДЕТСТВО!	
Е.В. Ивченко. Большая помощь крошечным пациентам ...	25-27
СОВЕТЫ ПСИХОЛОГА	
А.В. Лобанова. Поднимись над собой!	28-30
Новости здравоохранения мира	31
Ложками по телу	32-33
Ю.В. Землянская. Его величество Менингит. Как не пропустить заболевание?	34-37
Возобновляется плановая медпомощь	37
Осторожно: мороженое!	38-39
Внести коррективы	40
Клетки взаимопонимания	41-43
Для чего нужна единая база генетической информации ...	44



Поздравляем с Днем медицинского работника!

21 июня отмечается День медицинского работника. Этот праздник - дань уважения заслугам врачей, которые ежедневно спасают жизни людей, оказывают необходимую помощь, выполняют свою работу профессионально и самоотверженно.

В Минздраве России в июне 2020 года были подведены итоги Всероссийского конкурса врачей.

Трое докторов Алтайского края стали лауреатами конкурса.

Второе место в номинации *«Лучший врач общей практики (семейный врач)»* заняла Татьяна Константиновна КЛИМАНТОВА, врач общей практики (семейный врач) КГБУЗ «Городская поликлиника №9, г.Барнаул».

Третье место в номинации *«Лучший участковый педиатр»* получил Владимир Иванович КОЛЫХАЛИН, врач-педиатр участковый КГБУЗ «Павловская ЦРБ».

Третье место в номинации *«Лучший травматолог-ортопед»* занял Вячеслав Дмитриевич ВИГЕЛЬ, заведующий отделением травмы кисти, врач-травматолог-ортопед КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи».

В честь Дня медицинского работника Президент Российской Федерации В.В. ПУТИН подписал *«Распоряжение о поощрении медицинских работников за вклад в борьбу с коронавирусной инфекцией, самоотверженность и высокий профессионализм, проявленные при исполнении врачебного долга»*.

Из Алтайского края 13 специалистов награждены Почетными грамотами Президента РФ, 15 медицинским работникам объявлена благодарность Президента РФ.

Почетной грамотой Президента Российской Федерации награждены:

АРТЮШЕНКО Оксана Михайловна, заместитель главного врача по медицинской части КГБУЗ «Городская больница №5, г.Барнаул»;

ГОНЧАРОВ Андрей Николаевич, заведующий отделением анестезиологии и реаниматологии, врач-анестезиолог-реаниматолог КГБУЗ «Городская больница №3, г.Рубцовск»;

ДОЛГОВА Юлия Петровна, старшая медицинская сестра отделения терапевтического профиля инфекционного госпиталя КГБУЗ «Городская больница №2, г.Бийск»;

КУЧЕРОВСКАЯ Татьяна Адольфовна, сестра-хозяйка инфекционного отделения КГБУЗ «Городская клиническая больница №11, г.Барнаул»;

МИТИНА Елена Александровна, медицинская сестра палатная инфекционного отделения КГБУЗ «Городская больница №5, г.Барнаул»;

ПЛОТНИКОВА Ольга Викторовна, медицинская сестра палатная (постовая) инфекционного отделения



КГБУЗ «Городская клиническая больница №11, г.Барнаул»;

ПОДКОЛЗИНА Дина Анатольевна, врач-инфекционист инфекционного отделения КГБУЗ «Городская больница №5, г.Барнаул»;

ПОСТНИКОВА Юлия Петровна, врач-анестезиолог-реаниматолог отделения реанимации и интенсивной терапии КГБУЗ «Городская больница №5, г.Барнаул»;

ПРИСЕКИНА Елена Викторовна, медицинская сестра перевязочной КГБУЗ «Городская больница №3, г.Рубцовск»;

СЕВОСТЬЯНОВА Светлана Михайловна, фельдшер-лаборант (общепольничной персонал) инфекционного госпиталя КГБУЗ «Городская больница №2, г.Бийск»;

ТРЕТЬЯКОВА Алена Валерьевна, врач-инфекционист инфекционного отделения КГБУЗ «Городская клиническая больница №11, г.Барнаул»;

ХАРЛОВА Алена Геннадьевна, заместитель начальника госпиталя по медицинской части КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войны»;

ЯНЧЕНКО Светлана Николаевна, акушерка акушерского наблюдательного отделения акушерского стационара межрайонного перинатального центра Барнаульской медико-географической зоны КГБУЗ «Городская клиническая больница №11, г.Барнаул».

Благодарности Президента Российской Федерации удостоены:

АХМЕДОВА Насиба Бахтиёр кизи, медицинская сестра палатная отделения терапевтического профиля инфекционного госпиталя КГБУЗ «Городская больница №2, г.Бийск»;

ВОРОНКИН Сергей Владимирович, главный врач КГБУЗ «Городская больница №2, г.Рубцовск»;

ЖДАНОВА Валентина Матвеевна, санитарка инфекционного отделения КГБУЗ «Городская больница №5, г.Барнаул»;

ЗАГАЙКИНА Нина Александровна, санитарка КГБУЗ «Городская больница №3, г.Рубцовск»;



КОБЗАРЕВА Екатерина Владимировна, медицинская сестра палатная отделения терапевтического профиля инфекционного госпиталя КГБУЗ «Городская больница №2, г.Бийск»;

КОВАЛЕНКО Юлия Александровна, медицинская сестра палатная КГБУЗ «Алтайский краевой центр охраны материнства и детства»;

КОВЯЗИН Сергей Викторович, главный врач КГБУЗ «Городская больница №2, г.Бийск»;

КОЙНОВА Александра Александровна, санитарка отделения реанимации и интенсивной терапии КГБУЗ «Городская больница №5, г.Барнаул»;

ЛЕСНИКОВА Марина Анатольевна, старшая медицинская сестра инфекционного отделения КГБУЗ «Алтайский краевой центр охраны материнства и детства»;

РЕЙДЕР Олеся Анатольевна, врач инфекционного отделения КГБУЗ «Городская больница №5, г.Барнаул»;

САЖЕНИНА Маргарита Николаевна, заведующий гериатрическим отделением, врач-гериатр КГБУЗ «Городская больница №3, г.Рубцовск»;

САПКИНА Моника Руслановна, заведующая клинико-диагностической лабораторией, врач клинической лабораторной диагностики КГБУЗ «Алтайский краевой центр охраны материнства и детства»;

СУМИНА Елена Владимировна, заведующая неврологическим отделением №2, врач-специалист инфекционного госпиталя КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн»;

ХИКМАТОВ Александр Тимурович, медицинский брат инфекционного отделения КГБУЗ «Городская больница №5, г.Барнаул»;

ЧУДИНОВА Наталья Александровна, медицинская сестра палатная инфекционного отделения КГБУЗ «Городская больница №5, г.Барнаул».

21 июня, в День медицинского работника, Президент Российской Федерации В.В. ПУТИН подписал Указ о награждении работников российских медицинских и научных учреждений орденом Пирогова и медалью Луки Крымского.

Орденом Пирогова будут награждаться граждане России, которые проявили самоотверженность при оказании медицинской помощи в условиях чрезвычайных ситуаций или военных действий, а также за заслуги в практической и научной медицине, разработку лекарств, методов диагностики и профилактики, за подготовку квалифицированных врачебных кадров. Награду смогут получить и добровольцы, внесшие вклад в реализацию социально значимых проектов и оказавшие бескорыстную поддержку, в том числе и занимавшиеся благотворительностью в хосписах, больницах, госпиталях.



Медалью Луки Крымского награждаются медицинские работники и фармацевты за высокий профессионализм, квалифицированное оказание врачебной помощи, обеспечение граждан лекарственными средствами и научную деятельность. Вручается за проявление самоотверженности в лечении пациентов в экстремальных условиях, спасение их жизни и сохранение здоровья.

В числе первых удостоенных этих государственных наград, которые учреждены Президентом России 19 июня 2020 года, - 19 жителей Алтайского края. Это - представители Центра гигиены и эпидемиологии в Алтайском крае. Отмечен их вклад в борьбу с коронавирусной инфекцией (COVID-19), самоотверженный труд при исполнении профессионального долга.

Орденом Пирогова удостоены:

главные врачи Александр Юрьевич ВОЛКОВ, Тамара Георгиевна КАБАНОВА, Елена Александровна КОСТРОМЕЕВА, врачи Валентин ДРОЗДОВ, Евгений КАЛАШНИКОВ, Виктор КОТЛЯР, заведующая лабораторией Ольга ИВАНОВА, заведующие отделениями Лариса МИШАГИНА и Ольга ПОПОВА, биолог Марина Крайнова.

Медалью Луки Крымского награждены: фельдшеры-лаборанты Анжелика БОТАЕВА и Наталья РЕБРОВА, медицинские дезинфекторы Ирина КОЗЛОВА и Наталья САМУСЕНКО, помощники врача Виктор МАСЛЮКОВ, Татьяна НАЗАРОВА и Екатерина ПАСЮРА, водитель автомобиля Владимир МАХНЕВ, инструктор-дезинфектор Надежда ТОРОВА. ☺

На фотоколлаже (стр.3): медицинских сотрудников, работающих в ковидных госпиталях Барнаула, с профессиональным праздником поздравили министр здравоохранения края Д.В. Попов, симфонический оркестр и мужской вокальный ансамбль Государственной филармонии Алтайского края.



Фото с Официального сайта Алтайского края и министерства здравоохранения Алтайского края



Продолжение. Начало - в №5(209) май 2020 года

Медики - всегда на передовой!

Мы продолжаем разговор с Мариной Петровной КИПРИЯНОВОЙ, руководителем Центра развития детского туризма КГБУ ДО «Алтайский краевой центр детского отдыха, туризма и краеведения «Алтай», - одним из активных исследователей организации и функционирования эвакуогоспиталей в Алтайском крае в период 1941-1945 годов.

- Марина Петровна, какой сетью оздоровительных учреждений ведомства ВЦСПС располагал Алтайский край?

- На базе санаториев и домов отдыха за счет средств ВЦСПС формировались госпитали для обслуживания раненых и больных военнослужащих. Они были частью единой системы эвакуогоспиталей, развертывание которой проходило согласно указаниям НКО и НКЗ СССР по установленным правилам и в строго предписанные сроки.

Эвакогоспиталь №4094 на 300 коек был развернут в сентябре 1941 года на базе бывшего Барнаульского дома отдыха работников леса и сплава (сегодня это санаторий «Барнаульский»). И только в октябре туда поступили инструментарий и медикаменты через Алтайское крайаптекоуправление и Новосибирское управление госпитальными ВЦСПС.

20 декабря 1941 года первых раненых принял эвакуогоспиталь курорта Лебяжье Егорьевского района №4100 (210 коек).

Эвакогоспиталь ВЦСПС №2735 был развернут в январе-феврале 1942 года в Бийске совместно с госпиталем, прибывшим из Красной Поляны Курской области.

В системе эвакуогоспиталей Алтайского края были три кадровых госпиталя системы НКО на 1400 коек: в Барнауле - №384 Харьков-

ского окружного гарнизона (прибыл в октябре 1941 года) и №388 из Полтавской области Украинской ССР, в Бийске - №425 из Ельца Гомельской области Белорусской ССР. Они предназначались для лечения исключительно военнослужащих и семей командно-начальствующего состава воинских частей и соединений, расположенных на территории края. Стоит отметить, что в эвакуогоспиталях НКЗ и ВЦСПС поступали только раненые и больные фронтовики, прибывающие из госпиталей предыдущих этапов эвакуации. Эвакогоспиталях НКЗ и НКО финансировались из местного бюджета и развертывались преимущественно за счет ресурсов лечебной гражданской сети и народного просвещения.

- Госпиталь - это не только медицинское оборудование и кадры, но и система жизнеобеспечения...

- Прием прибывающих в Алтайский край из фронтовых районов страны госпиталей производился органами здравоохранения создаваемой на ходу комиссией. После инвентаризации ею составлялся акт с отображением наличия и состояния сантехнического имущества, инвентаря, транспорта, продовольствия, медикаментов и инструментария госпиталя, степени обеспеченности медкадрами согласно штата, состояния отведенного под госпиталь здания. Большинство



госпиталей не имели хорошего оснащения, так как часто эвакуировались с мест боевых действий. Такие лечебные учреждения дооснащались необходимым имуществом из средств местного бюджета и укомплектовывались врачебным, средним и младшим медицинским персоналом. Значительная часть денежного, вещевого и продовольственного содержания персонала, раненых и больных была возложена на местные бюджеты.

- В исследовательских материалах есть много фактических документов, подтверждающих сложности работы того периода.

- На организацию работы госпитальной сети Алтайского края негативное влияние оказало значительное превышение реального числа эвакуогоспиталей над плановым. Для обеспечения 12 эвакуогоспиталей военного времени по мобилизационному плану заранее были выделены материальные и финансовые ресурсы. Но из-за отсутствия в крае приспособленных





помещений и материальных ресурсов часть прибывших госпиталей разворачивалась на базе местных эвакогоспиталей в порядке укрупнения коечной сети и объединения ресурсов. Например, Харьковский эвакогоспиталь №1779 в феврале 1942 года размещался на базе Барнаульского эвакогоспиталя №3701 в здании педагогического института.

При реэвакуации госпиталь выбывал в полной комплектации, восполняя недостающие кадры и оборудование из краевых ресурсов, а местный госпиталь мог использоваться или для доукомплектации других госпиталей, или сворачивался в резерв, или оснащался вновь. Некоторые прибывшие на Алтай госпитали не были развернуты и находились в резерве вплоть до реэвакуации, а размещение их штата и имущества было задачей местных органов власти и здравоохранения.

Сеть эвакогоспиталей в Алтайском крае в годы ВОВ зависела от обстановки на советско-германском фронте. С началом войны госпитали первой очереди были развернуты только в городах, но к осени 1941 года были задействованы и сельские районы края. Так, на 15 сентября 1941 года в Алтайском крае был 91 эвакогоспиталь: в Барнауле (2 НКО, 1 ВЦСПС, 19 НКЗ), Бийске (1 НКО, 18 НКЗ), Славгороде (6 НКЗ), Рубцовске (6 НКЗ), Алейске (5 НКЗ), Белокурихе (1 НКЗ, занят костно-туберкулезным детским санаторием), в райцентрах и станциях Поспелиха (3 НКЗ), Шипуново (2 НКЗ, 1 ВЦСПС), Топчиха (2 НКЗ), Тальменка (3 НКЗ), Троицкое (4 НКЗ), Карасук (4 НКЗ), Чесноковка (2 НКЗ), Повалиха (2 НКЗ), Лебяжье (1 ВЦСПС) и по 1 эвакогоспиталю в Соколово, Кулунде, Багане, Белоярке, Малахово, Овчинниково, Локоть, Зональном.

- Фактически эта работа не прекращалась: эвакогоспиталь выбывал к линии фронта, и работа по формированию новых госпиталей начиналась практически с нуля?

- Согласно документам, с 1 по 31 марта 1942 года с территории



СибВО к линии фронта убыли 66 госпиталей на 28150 коек, из них из Алтайского края - 17 на 6750 коек. На их место передислоцировали эвакогоспитали из неблагоустроенных помещений и удаленных районов края. 23 апреля 1942 года решением №55 Алтайского крайисполкома председатели Барнаульского, Бийского, Карасукского, Алейского, Шипуновского, Тальменского, Барнаульского сельского, Зонального райгорисполкомов в двухдневный срок (!) обязывались передать по акту райгорздравам для развертывания вновь формируемых эвакогоспиталей на 5000 коек помещения, провести ремонт и необходимые работы, обеспечить полную готовность не позднее 15 мая 1942 года. Решением Алтайского крайисполкома в счет ассигнований Алтайского крайздрава во внеочередном порядке были профинансированы все ремонтные работы. По заявкам райгорздравов из народного хозяйства приписывали необходимый для госпиталей инвентарь и оборудование, создавали месячный запас топлива, обеспечивали закуп требуемой госпиталю кухонной и столовой посуды, хозяйинвентаря (недостающее часто изымалось из предприятий, учебных заведений, других организаций по актам во временное

пользование госпиталю). Лошади и повозки для формируемых госпиталей были переданы по мобилизационным нарядам крайвоенкоматом. Алтайский крайздрав не имел возможности обеспечить формируемые госпитали медикаментами, медсанхозимуществом, медоборудованием и средствами для ремонта зданий госпиталей и ходатайствовал перед СНК РСФСР об отгрузке необходимого количества медицинского имущества и медикаментов для вновь формируемых госпиталей, а также о приписке части врачей из других областей. На 1 июня 1942 года в крае располагались 36 эвакогоспиталей на 15350 коек.

- Ситуация на фронтах прямо отражалась на работе эвакогоспиталей в тылу?

- Да, безусловно, это связанные процессы. В летнюю кампанию 1942 года Генштаб Красной Армии планировал проведение стратегического наступления, которое, по мнению советского командования, должно было переломить ход всей войны. В связи с этим было принято решение освободить фронтовые и прифронтовые госпитали от значительной части тяжелых раненых, что потребовало принятия мер по дополнительному развертыванию госпитальной





сети в районах глубокого тыла. К 1 декабря 1942 года в крае дислоцировались уже 52 эвакуогоспиталя.

Стабилизация обстановки на фронте и наступление Красной Армии в 1943 году привели к передислокации большого количества эвакуогоспиталей местного формирования к линии фронта на освобожденные территории. Некоторые эвакуогоспитали края сворачивались в резерв, частично выделяя ресурсы для гражданской сети лечебных учреждений. 9 декабря 1942 года свернулся эвакуогоспиталь №3713 в Шшунуово, 13 декабря - №2500 в Алейске, 21 декабря - №2504 в Топчихе. В январе 1943 года свернулись для передислокации на запад 12 эвакуогоспиталей Бийска, Барнаула, Алейска, Поспелихи и Троицкого, в марте 1943 года - Барнаульский госпиталь НКО №384 и Бийский эвакуогоспиталь НКЗ №1513. К 1 мая в западном направлении был передислоцирован МЭП №46 Омска, поэтому управление всеми госпиталями СибВО было сосредоточено в УРЭП №62 Новосибирска. К этому времени эвакуогоспиталь Славгорода №1512 на 600 коек был отведен для обслуживания военнопленных. Спецгоспиталь НКВД Славгорода №1512 находился в подчинении

УРЭП №62 и существовал до сентября 1944 года.

На 1 июня 1943 года в Алтайском крае функционировали 18 госпиталей, в том числе 14 эвакуогоспиталей НКЗ, 3 ВЦСПС и 1 госпиталь для военнопленных.

Сформированный в сентябре 1941 года в селе Боровиха эвакуогоспиталь №3724 был повторно развернут в феврале 1942 года на станции Повалиха и функционировал до сентября 1944 года, был передислоцирован на запад и с декабря 1944 года работал в Новобелице Гомельской области Белорусской ССР. В январе 1945 года на территории Алтайского края были только два эвакуогоспиталя, которые в послевоенное время реорганизованы в протезный госпиталь и краевой госпиталь для ветеранов войн.

- Марина Петровна, с какими сложностями, проблемами сталкивалось руководство развернутых на местах эвакуогоспиталей? Мы уже говорили о серьезных кадровых требованиях...

- Да, руководители, которые не обеспечивали выполнение поставленных задач, снимались с должности с последующей заменой более опытными и ответственными. В начале 1942 года начальник финансово-планового сектора отдела эва-

когоспиталей Тимченко снят в том числе и «за развал финансово-хозяйственной работы». В феврале 1943 года снят с занимаемого поста председатель Алейского райисполкома Вихорев «за беспечность, слабый контроль и плохую дисциплину, не выполнение законов правительства и важнейших государственных заданий» (а именно - несоздание материальных условий для деятельности эвакуогоспиталей). Но по архивным документам мы видим, что дефицит опытных специалистов приводил к невозможности их замены, поэтому чаще происходило ужесточение карательных мер без снятия с должности.

Подбор помещений для эвакуогоспиталей осложнялся дефицитом приспособленных помещений и крайне сжатыми сроками их размещения. В каждом эвакуогоспитале требовалось создать необходимые условия: провести канализацию, водопровод, отопление, электричество, выделить необходимую мебель, обеспечить персонал общежитием, складскими помещениями, сапропусками, овощехранилищами, столовыми, конюшнями, грузовым и автотранспортом. Положение осложнялось и тем, что мобилизационные запасы медицинского имущества были только для эвакуогоспиталей первой и частично второй очереди. Для обеспечения эвакуогоспиталей решениями государственных и партийных органов привлекались местные ресурсы системы здравоохранения и образования, учреждений, организаций и предприятий края, часто в ущерб их работе. Особенно сложная обстановка сложилась в школах Алтайского края: большинство их зданий были отведены под эвакуогоспитали, а школьники занимались в непригодных и часто неотапливаемых помещениях.

Другая тяжелая задача - обеспечение эвакуогоспиталя топливом. Приходилось идти на противоправные действия: самовольные заготовки дров, сжигание мебели и т.д. Однако подобные случаи отслеживались госорганами, и виновные привлекались к строгой дисциплинарной и уголовной ответственности.





Например, Барнаульский горисполком ходатайствовал перед командующим СибВО и военным прокурором округа о привлечении к уголовной ответственности начальника эвакогоспиталя ВЦСПС №4094 капитана Иванова за вырубку пригородной рощи в период зимы 1943-1944 годов.

Эвакогоспитали испытывали постоянную потребность в оконных стеклах и рамах для утепления, материалах для внутренней отделки помещений, ремонта отопительной и канализационной систем, починки крыш. Была проблема электроснабжения, особенно в эвакогоспиталях, размещенных в селах.

Городские и районные советы депутатов трудящихся обязывались следить за состоянием подъездных путей к эвакогоспиталю, обеспечивать их очистку от снега, оказывать помощь начальникам станций железных дорог в оборудовании площадок для разгрузки санитарных поездов в осенне-зимний период.

Архивные документы свидетельствуют, что эти все задачи решались трудно, так как требовали материальных и финансовых затрат и рабочей силы, особенно в сельских районах Алтайского края.

Важнейшее требование для эвакогоспиталей - соблюдение санитарно-гигиенических норм. Из-за большой загруженности, недостаточной хозяйственной обеспеченности, перебоев в водоснабжении и топливе, общественные прачечные часто задерживали постельное и нательное белье, обмундирование раненых и больных военнослужащих, что приводило к срыву запланированных санитарно-гигиенических мероприятий и задерживало выписку из эвакогоспиталя. В справке о работе эвакогоспиталей Алтайского края указано, что на 1 октября 1942 года свои прачечные имели только 7 госпиталей края из 30.

В отличие от эвакогоспиталей первой очереди большая часть дополнительных формирований располагалась в непригодных помещениях. В эвакогоспитале №4100 Егорьевского района были случаи пользования снеговой во-



А.П. Чернышова проводит переливание крови раненому бойцу в МСБ. 1942г.

дой для варки пищи и питья, а колодцы летней водопроводной сети были расположены вблизи выгребных ям. Все эвакогоспитали были обязаны обеспечивать раненых и больных военнослужащих только кипяченой питьевой водой, которая хранилась в бочках и разливалась в графины для каждой палаты. Не все кухонные моечные эвакогоспиталей края были снабжены горячей водой, что негативно сказывалось и на механической обработке посуды. В большинстве дополнительно развернутых эвакогоспиталей отсутствовали мраморные или обитые оцинкованным железом кухонные столы.

- Раненые и больные после восстановления в эвакогоспиталях вновь отправлялись на фронт. А что было с теми, кто не мог вернуться в строй?

- В эвакогоспитали Алтайского края поступало много тяжелораненых военнослужащих, которые по окончании сроков лечения в госпитале получали инвалидность и оставались в крае. Изначально нуждающиеся в протезах направлялись в Новосибирск, что приводило к увеличению сроков их фактического пребывания в госпитале и создавало затруднения в их транспортировке. И в апреле 1942 года Алтайский исполнительный

комитет принял решение о создании в Барнауле при органах социального обеспечения протезной ремонтно-сборочной мастерской, ориентированной на изготовление индивидуальных протезов для инвалидов, обслуживание и ремонт протезов в ходе эксплуатации. Первые алтайские протезы были низкого качества и изготавливались с большими задержками, вызванными отсутствием в крае специалистов-протезистов и мастеров с опытом работы, а также недостаточным материально-хозяйственным обеспечением мастерской (дефицит заготовок для протезов, непригодное помещение и непостоянное его электроснабжение). Постановлением СНК СССР №74 от 20 января 1943 года «О мерах по улучшению работы протезной промышленности» Барнаульская протезная мастерская передана в ведение Алтайского крайисполкома, за органами социального обеспечения края было оставлено планирование, техническое и медицинское руководство, снабжение полуфабрикатами - и впоследствии работа была отлажена. ⊕

Продолжение следует.

Благодарим за фотографии Музей истории медицины Алтай и лично его директора И.Г. Беккера.



Фотодинамическая терапия в лечении рака лёгкого

Врачи Алтайского краевого онкологического диспансера вдохновлены первыми результатами применения методики у пациентов с запущенными формами заболевания.

На Алтае фотодинамическая терапия используется в лечении злокачественных опухолей уже несколько лет. В краевом онкологическом диспансере ее успешно применяют у пациентов с опухолями кожи, раком шейки матки и мочевого пузыря.

На ранних стадиях методика позволяет вылечить на 100% злокачественную патологию за 1-2 сеанса. А при запущенных формах фотодинамическая терапия дает возможность существенно улучшить состояние больного и выполнить ему основной протокол противоопухолевого лечения (химио- или лучевую терапию, в некоторых случаях - и операцию). **Фотодинамическая терапия абсолютно безопасна, безболезненна и не вызывает никаких нежелательных побочных эффектов**, потому ее можно проводить неограниченное количество раз.

Что такое фотодинамическая терапия

Принцип фотодинамики удивительно прост. Процедура не требует обезболивания и может проводиться амбулаторно. Она позволяет направленно разрушать только патологические клетки, со-



храня при этом окружающую здоровую ткань, и, что немаловажно, не имеет никаких осложнений, возможных при хирургическом, лучевом или химиолечении.

Итак, первым этапом за 2-3 часа до процедуры пациенту внутривенно вводится особое вещество - *фотосенсибилизатор*, способное накапливаться в опухолевых клетках и повышать чувствительность патологического участка к свету. Затем измененные ткани в течение определенного времени облучают лазером. При этом в опухоли происходят фотохимические реакции, которые приводят к гибели раковых клеток. Полное их разрушение будет длиться 2-3 месяца.

Как и любая медицинская процедура, **фотодинамика имеет ряд противопоказаний**. К ним относятся: заболевания печени, почек и сердца в стадии декомпенсации, беременность и период лактации, а также повышенная чувствительность к фотосенсибилизаторам.

После проведения фотодинамической терапии пациент может вести привычный образ жизни. **Единственное ограничение - необходимость избегать солнечных лучей в течение суток после манипуляции.**

Вот так просто, в нескольких словах, можно описать методику, за которую ее родоначальник Нильс Финсен еще в 1903 году получил Нобелевскую премию.



Победим свой страх!

В российской практике лечения злокачественных опухолей фотодинамическая терапия используется относительно недавно. В Алтайском краевом онкологическом диспансере при злокачественных патологиях органов грудной клетки ее начали применять в начале 2020 года.

Результаты лечения первых пациентов с раком лёгкого и раком пищевода, пролеченных при помощи фотодинамической терапии в торакальном отделении №1 КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер», заставляют даже закоренелых скептиков поверить в чудеса.

У наших больных возрастает шанс выздороветь!

Лечением опухолей бронхолегочной системы с помощью фотодинамической терапии в Алтайском краевом онкологическом диспансере занимается заведующий отделением онкологическим торакальной хирургии №1, кандидат медицинских наук, торакальный хирург высшей квалификационной категории



Александр Григорьевич АГЕЕВ.

В октябре прошлого года Александр Григорьевич прошел обучение в Институте фундаментальной медицины и биологии Казанского федерального университета. А в феврале 2020 года в рамках федеральной программы «Борьба с онкологическими заболеваниями» в отделение торакальной хирургии №1 краевого онкодиспансера поступила специальная установка.

«Одним из показаний для фотодинамической терапии являются запущенные ситуации, при которых провести радикальное лечение уже невозможно. Раньше всё, что можно было сделать в таких случаях, - это облегчить самочувствие пациента с помощью обезболивающих препаратов. Благодаря фотодинамике, мы можем улучшить изначально тяжелое состояние больного настолько, чтобы специальное противоопухолевое лечение стало возможным. Это означает только одно - у тяжелых онкологических больных с раком лёгкого появился шанс!» - рассказывает Александр Григорьевич.

Опухоли бронхолегочной системы являются самой распространенной онкологической патологией в Алтайском крае. По словам Александра Григорье-

вича Агеева, запущенные стадии заболевания составляют примерно 30-40% всех пациентов. И применение новой методики не только вселяет оптимизм во врачей-онкологов, но и дает сотням больных возможность в дальнейшем жить полноценной жизнью.

«В этом и заключаются цели и задачи современной онкологической медицины - перевести ранее считавшееся смертельным заболевание в хроническую болезнь с тем, чтобы с помощью современных методик и препаратов продлевать нашим пациентам жизнь с сохранением ее качества,» - поясняет Александр Агеев.

История болезни

Андрей Иванович К. с диагнозом «мелкоклеточный рак лёгкого». Опухоль была настолько запущена, что заполняла внутренние просветы бронхов. Больной с трудом дышал.

В начале марта его положили в отделение химиотерапии, но внезапно открылось кровохаркание, лечение стало невозможным. Врачи решили попробовать фотодинамику. Уже на следующий день после процедуры кровохаркание прекратилось. Благодаря этому онкологи смогли провести пациенту первый курс химиотерапии. А когда спустя четыре недели Андрей Иванович приехал на контроль, врачи увидели, что просветы бронхов у него очистились, ушла одышка, улучшилось общее его самочувствие.

В настоящее время пациент прошел две процедуры фотодинамики и четыре курса химиотерапии. На последнюю «химию» больной, который еще пару месяцев назад практически не мог дышать, приехал из отдаленного района края на машине самостоятельно без сопровождающего. Сейчас его самочувствие значительно улучшилось, а опухоль в объеме уменьшилась на 70%. ☺

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



Особенности сопровождения многодетных замещающих семей



Елена Ивановна ЗАРЕЧНЕВА,
педагог-психолог,
КГБУ «Алтайский краевой
центр психолого-
педагогической и
медико-социальной
помощи»

Необходимость внутрисемейных отношений в воспитании физически здорового, духовно зрелого и гармонично развитого индивида - неоспорима. К тому же они влияют на создание взаимодействия человека с родственниками, друзьями, коллегами и со всем обществом в целом.

Семья - это сложная система взаимодействий, где каждый ее член занимает определенное место, участвует в выполнении определенных функций и своей деятельностью удовлетворяет потребности других членов. Именно в семье человек учится взаимодействовать с другими людьми, чтобы транслировать полученные паттерны поведения в форме подражания на протяжении всей жизни, немного корректируя их в соответствии с жизненным опытом.

В замещающей семье, где ребенок воспитывается некровными родителями (опекунами), процесс взаимодействия проходит сложнее: приемный ребенок может прожить в семье недолго, а также из-за специфичности процесса его адаптации к правилам и законам семьи. Но **замещающая семья, по мнению психологов, педагогов и социологов, наиболее полно отвечает психологическим потребностям ребенка**, так как замещение для него потерянных родителей происходит по всем параметрам устройства семьи: воспитание, принятие, привязанность, коммуникация, развитие. В идеале замещающая семья дает ребенку ощущение стабильности и постоянства, приобщает его к обычаям, традициям и ценностям, обучает социальным нормам и правилам, обеспечивает условия для полноценного развития его личности.

Замещающая семья часто многодетная (трое и более детей), как правило, в ней проживают и кровные, и приемные дети. **Сиблинги - это потомки одной семьи, братья и сестры, также это приемные и усыновленные дети.** Взаимоотношения между сиблингами в отдельно взятой семье часто складываются проблематично из-за постоянного перекрестного переключения с межличностных (между двумя детьми одной семьи) до более сложных детско-родительских отношений (между одним ребенком и родителем или несколькими детьми и родителем). Сложные отношения сиблингов могут

осложняться особенностями развития и поведения приемных детей, взаимоотношений кровных детей с приемными и соперничеством за любовь родителей между ними.

Многие исследователи утверждают, что часто люди, рожденные не первыми, обладают чертами ведомого, охотно подчиняются и выполняют поручения, тогда как «первенцы» имеют лидерские черты характера. Тем не менее сиблинговые отношения считаются одними из продолжительных. Именно общение и взаимодействие, общие семейные ритуалы и семейные традиции в любом возрасте формируют и развивают привязанность, эмоционально значимые связи и чувство семейного единения.

Отношения между сиблингами влияют на формирование четырех основных способностей человека:

- способности в ситуации стресса или затруднения искать поддержку у близкого человека, к которому имеется привязанность;
- умения оказывать поддержку другим людям;
- способности чувствовать себя комфортно, оставаясь в одиночестве;
- умения договариваться с другими.

Сиблинги нередко ожесточенно борются за пространство, вещи, внимание родителей. И отношения между ними - конфликтные. Положение может усугубляться тем, что семья - замещающая. В этом случае взаимоотношения между детьми могут осложняться существующими последствиями депривации у приемных детей, особенностями протекания процесса адаптации и формирования привязанности в замещающей семье.

В Алтайском крае в организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, всё больше становится детей, от воспитания которых по разным причинам отказались замещающие родители. Большинство из них достаточно длительное время



воспитывалось в замещающих семьях, где проживали совместно кровные и приемные дети. При этом многие замещающие родители считают бесполезными и ненужными психологические консультации и групповые формы работы по стабилизации сиблинговых отношений в замещающей семье. И это приводит к упущенным возможностям воспитания и стабилизации внутрисемейных и детско-родительских отношений, в результате чего приемный ребенок возвращается в учреждение.

Наибольшую сложность вызывают взаимоотношения кровных и некровных сиблингов в замещающей семье. Например, в семье кровные сестра и брат конфликтуют, родители взяли на воспитание приемного ребенка (либо двух приемных детей-сиблингов). Взаимоотношения детей в такой семье, скорее всего, станут чрезвычайно сложными и будут длительно выстраиваться даже при благоприятной семейной атмосфере. То есть если в семье изначально отсутствует взаимопонимание, нарушены детско-родительские отношения, то вероятность того, что отношения между всеми детьми будут строиться конструктивно, - снижается до минимума.

В такой ситуации замещающая семья нуждается в **длительном комплексном психолого-педагогическом сопровождении**, чтобы исключить возврат приемных детей из семьи в учреждение (см. рисунок). Цель этого сопровождения - оказание помощи детям для наиболее комфортного их вхождения в семью. Это сложный процесс: дети, давно проживающие в семье, имеют сложившиеся межличностные отношения, а сиблинги должны включиться в нее и приобрести собственный статус. Поэтому педагоги и психологи на психологических консультациях и с помощью упражнений диагностируют и корректируют особенности взаимоотношений сиблингов для избежания возникновения конфликтов между ними и возврата приемных детей из семьи в учреждение.

Родители должны уделять особое внимание взаимоотношениям детей в семье, корректировать конкурентную детскую борьбу и помнить, что своевременная помощь специалистов эффективна и необходима.



Возможное развитие взаимоотношений сиблингов в замещающей семье

Чтобы не допустить вторичное сиротство детей-сиблингов, специалисты обучают родителей и детей эффективным способам внутрисемейного взаимодействия, помогают сформировать ответственную родительскую позицию по воспитанию детей, используют различные психолого-педагогические техники для формирования привязанности между членами замещающей семьи. **Для замещающих родителей полезными будут консультации по следующим темам:** отличие сиблингового соперничества от откровенной неприязни; стратегии поведения родителя при остром конфликте между сиблингами; особенности взаимоотношений сиблингов в зависимости от их пола и возраста; стили и стратегии воспитания для формирования привязанности между детьми в многодетной замещающей семье.

Также специалисты проводят групповые занятия, где обучают многодетные замещающие семьи психологическим упражнениям, которые способствуют не только успешной адаптации сиблингов в замещающей семье, но и профилактируют кризисы семьи, жестокое обращение с детьми, вторичное сиротство. Отмечено, что арт-терапевтические упражнения: аква- и совместное рисование, работа с манкой, песком, создание семейных Мандал и «Книги жизни» сиблингов - хорошо воспринимаются и отлично снижают напряжение между членами семьи, способствуют их сплочению. ☺

Психолого-педагогическое сопровождение многодетной замещающей семьи - один из основных факторов, формирующих адекватные отношения между сиблингами. Оно может помочь в дальнейшей жизни детям при решении сложных ситуаций взаимодействия с окружающими, поэтому его необходимо своевременно включать для продуктивной работы специалистов.



Как сохранить ясный ум и твердую память



Елена Владимировна СУМИНА,
заведующая
неврологическим
отделением №2,
врач-невролог, высшая
квалификационная
категория,
КГБУЗ «Алтайский
краевой госпиталь
ветеранов войн»

Нарушения когнитивных функций - одни из наиболее частых расстройств пожилого и старческого возраста. «Когнитивный» - научный термин и нечасто встречается в повседневной речи. Это слово указывает на способности, которые связывают нас с окружающим миром и позволяют составить представление о нем.

Все познавательные способности связаны с деятельностью головного мозга и зависят от общего состояния организма. Поэтому при нарушениях развития мозга, при его повреждениях, при сбоях в его работе, вызываемых воздействием иных заболеваний или сильных эмоциональных состояний, качество когнитивных функций снижается по сравнению с исходными личными показателями человека. Такое заметное снижение качества называют **когнитивными расстройствами**. Когнитивные нарушения отрицательно сказываются на самых разных сферах жизни человека: повседневной, бытовой, учебной, профессиональной, социальной.

Тяжелые когнитивные нарушения называют деменцией. По статистике, ею страдают от 4,7% лиц старше 60 лет. Распространенность

когнитивных расстройств у людей в возрасте старше 80 лет - еще выше и достигает, по некоторым данным, до 40% в зависимости от возраста.

Учитывая нарастающее с каждым годом постарение населения во всех странах мира, растет и распространенность когнитивных расстройств. В 2015 году на планете деменция была диагностирована у 47 миллионов человек (это приблизительно 5% пожилого населения планеты), но эта цифра может вырасти до 75 миллионов к 2030 году и 132 миллионов к 2050 году. По приблизительным оценкам в России насчитывается около двух миллионов пациентов с деменцией. В ближайшие десятилетия прогнозируется рост числа лиц пожилого и старческого возраста, что неизбежно повлечет увеличение числа людей с когнитивными расстройствами, включая деменцию, - недееспособных и нуждающихся в опеке, постоянном уходе и лечении. Поэтому профилактика деменции в пожилом возрасте сегодня является приоритетом общественного здравоохранения.

В мае 2017 году Всемирная ассамблея здравоохранения одобрила «Глобальный план действий сектора здравоохранения по реагированию на деменцию на 2017-2025 годы». К приоритетным направлениям деятельности в рамках этой программы можно отнести:

- повышение осведомленности населения о проблемах когнитивного здоровья;



- своевременную диагностику деменции и когнитивных расстройств на недементных стадиях;

- ориентацию на непрерывную помощь и услуги высокого качества больным с деменцией;

- оказание поддержки лицам, осуществляющим уход;

- профессиональную подготовку специалистов;

- оптимизацию методов лечения, профилактики и социальной адаптации пациентов;

- проведение соответствующих научных исследований.

Важнейшее препятствие на пути решения задачи профилактики деменции состоит в том, что **ее развитию могут способствовать десятки самых разных причин**. Среди наиболее распространенных и значимых - это расстройства сердечно-сосудистой системы и мозгового кровообращения, нарушения обмена веществ, неблагоприятные внешние условия, плохой сон, проблемы в эмоциональной сфере, нерациональная диета, наличие вредных привычек и нездоровый образ жизни. Более того, многочисленные факторы риска могут не только воздействовать самостоятельно, влияя на развитие разных типов деменции, но и взаимодействовать между собой, усиливая друг друга.

Тем не менее, есть определенные шаги, которые мы можем предпринять для уменьшения риска развития деменции, приостановки снижения когнитивных функций и улучшения когнитивных способностей. Среди профилактических мер важным является **коррекция модифицируемых факторов риска**, таких как артериальная гипертензия, повышение холестерина, сахара крови, отказ от курения, снижение массы тела. Для пожилых людей важно следить за снижением слуха, регулярно проверяться, носить слуховой аппарат, если это необходимо.

В связи с большим количеством факторов развития деменции, перспективным направлением профилактики может стать **усиление сопротивляемости мозга различным воздействиям, повышение гибкос-**



ти его работы, создание определенного запаса прочности. Специалисты полагают, что усиление положительных факторов (физические упражнения, интеллектуальная нагрузка, активный отдых) увеличивает когнитивный резерв и снижает риск деменции в старости даже среди людей, генетически предрасположенных к ее развитию.

Больше двигайтесь! Запишитесь физкультурой. Нет необходимости каждый день заниматься спортом до изнеможения, чтобы добиться видимых результатов. Существуют различные формы физической активности - от ходьбы до бега трусцой. И каждый человек может выбрать те упражнения, которые подходят именно ему и наилучшим образом адаптируются к его физической форме. Замечено, что у пожилых людей даже неширокие прогулки в течение часа благоприятно влияют на поддержание когнитивных функций и работу мозга. Для маломобильных пожилых людей рекомендуется физическая нагрузка по состоянию их здоровья.

Важно! Все упражнения делайте медленно и под наблюдением, чтобы избежать риска падения и ухудшения здоровья.

В любом возрасте, а особенно в пожилом, **следует придерживаться диеты.** Питание должно состоять из натуральных продуктов, содержащих минимальное количество холестерина, большое количество ово-

В профилактике деменции важным является коррекция модифицируемых факторов риска: артериальной гипертензии, повышенного холестерина, сахара крови, отказ от курения, снижение массы тела. Также важно следить за снижением слуха.

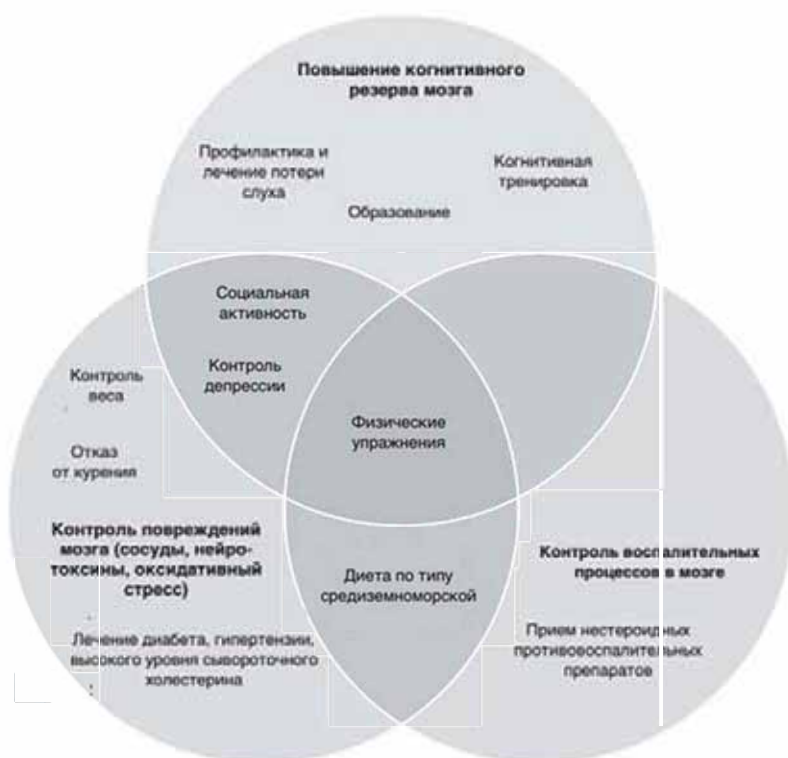


щей, фруктов. Нужно отказаться от жирной и жареной пищи, заменяя ее полезными блюдами, приготовленными в духовке или на пару, ограничить употребление соли.

Далее в деле профилактики деменции можно расположить **высокую социальную активность**. Все виды социальной деятельности: прогулки с друзьями, походы в кино или театр, знакомства с новыми людьми, которые отличаются от вашего привычного круга общения, - стимулируют головной мозг и способствуют созданию новых связей между нейронами. Любой способ преодоления одиночества и увеличения социальных контактов будет хорошим, так как для профилактики деменции крайне нежелательно замыкаться в себе. По мнению директора Российского геронтологического научно-клинического центра, главного специалиста-гериатра Министерства здравоохранения РФ Ольги Ткачевой, *«человек должен чувствовать свою востребованность, нужно добиться того, чтобы у пожилых людей была активная старость. Не обязательно наличие работы. Просто должны быть интересы и общение. Медики не смогут справиться с этим диагнозом в одиночку, нужно подключать к этому социальных работников»*.

Новые увлечения и занятия активно стимулируют когнитивные резервы головного мозга. Когда мы учимся делать что-либо новое или просто даже что-то не слишком привычное, мы поощряем активность различных областей головного мозга. В тот момент, когда стимулируется наш мозг, усиливаются связи между нейронами, и даже само число нейронов может возрасти. Есть много увлечений, которые человек может освоить: научиться играть на каком-либо музыкальном инструменте, записаться в школу танцев, читать книги разной тематики, изучать иностранные языки и т.д.

Необходимо помнить, что возраст является важнейшим известным фактором риска развития деменции,



по слабоумие не является неизбежным последствием старения. Более того, деменция поражает не только пожилых людей - на раннее наступление деменции (определяемое как появление симптомов в возрасте до 65 лет) приходится до 9% всех случаев деменции.

В настоящее время не существует какой-либо терапии для излечения деменции или изменения хода ее развития. Тем не менее можно многое сделать для поддержки и улучшения жизни людей с деменцией, тех, кто осуществляет уход за ними, и семей больных. **Основными целями медицинской помощи в отношении деменции являются следующие:**

- своевременная диагностика для обеспечения оптимального ведения;
- оптимизация физического здоровья, когнитивных способностей, активности и благополучия;
- выявление и лечение сопутствующих заболеваний;
- выявление и лечение поведенческих и психологических симптомов;
- предоставление информации и долгосрочной поддержки для тех, кто осуществляет уход. ☺

**Поздравляем
Елену Владимировну СУМИНУ
с объявлением
Благодарности
Президента РФ!
Желаем успехов в
работе, здоровья и
профессиональных
достижений!**



Общероссийский день рассеянного склероза

В России в течение десяти лет 11 июня отмечается День рассеянного склероза. Привлечение внимания общественности к проблемам пациентов с этим заболеванием и, в первую очередь, для его профилактики и раннего выявления продиктовано распространенностью и отсутствием методов полного излечения этого заболевания.

Рассеянный склероз - это заболевание центральной нервной системы, нарушающее способность мозга передавать и принимать различные сигналы. Рассеянный - потому, что поражает несколько отделов головного и (или) спинного мозга. Склероз - потому, что происходит уплотнение (склерозирование ткани, возникновение бляшек).

Источник возникновения рассеянного склероза неизвестен до сих пор, однако считается, что это - реакция иммунной системы на проникновение вирусов и бактерий в организм человека. Причиной заболевания может стать как влияние обычного вируса или бактерии, так и непредсказуемая реакция иммунной системы (которая отвечает за распознавание и уничтожение инородных организмов) атаковать клетки собственного организма. Встречаются также случаи, когда иммунная система организма ошибается и воздействует не только на вирусы и микробы, но и на клетки собственного организма.

Впоследствии происходит нарушение нормальной передачи импульсов от мозга больного человека по нервным волокнам в различные части тела. Наблюдается сбой в управлении всеми произвольными и непроизвольными движениями человека. Почему так происходит?

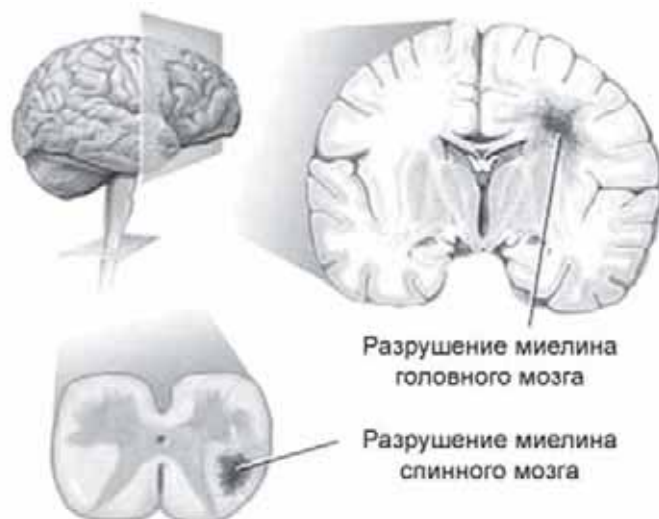
Основная часть здоровых нервных волокон изолирована миелиновой оболочкой, обеспечивающей свободную передачу электрических импульсов вдоль всех нервов. При рассеянном

склерозе иммунная система организма, атакуя, разрушают миелин, на месте разрушенных клеток образуются рубцы. Изрубцованная ткань может исказить либо даже полностью заблокировать передаваемые нервам импульсы. В результате больному человеку становится труднее контролировать свой организм, так как нервные сигналы не достигают своей конечной цели.

Считается, что причиной развития заболевания могут стать вирусные и бактериальные инфекции, устойчивые аллергические состояния, психоэмоциональные травмы и длительное стрессовое состояние, сосудистые заболевания, наследственные признаки, вредные привычки (алкоголизм и курение), недостаточное количество света, недостаточная выработка витамина D и другое.



Юлия Александровна ФРОЛОВА,
главная медицинская сестра, высшая квалификационная категория,
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»



Советы медицинской сестры

Учитывая вышесказанное, рассенвается первое популярное заблуждение: на самом деле **нарушение памяти и рассеянное внимание людей пожилого возраста не являются следствием рассеянного склероза**. Зачастую рассеянный склероз поражает людей в возрасте 15-45 лет. Имелись случаи диагностирования заболевания даже у младенцев.

Не подтверждается и второй миф, утверждающий, что рассеянный склероз - генетическое заболевание. **Рассеянный склероз не считается наследственным заболеванием**, однако некоторые генетические изменения увеличивают риск его развития. Семейный рассеянный склероз встречается в 2-10% всех случаев, в России - не более 3%.

Другое утверждение - о зависимости распространения рассеянного склероза от географической широты - является достоверным фактом. **Риск развития рассеянного склероза связан с территорией проживания и с принадлежностью к определенной расе**. В большей мере заболевание встречается у людей европеоидной расы, нежели чем у японцев, китайцев и корейцев. И чем дальше территория находится от экватора, тем выше фиксируется заболеваемость.

Невозможно помочь человеку, страдающему от рассеянного склероза, - еще одно заблуждение. **Полного излечения нет, но помочь больному можно!** В настоящее время существует большая группа лекарственных препаратов, назначаемых врачом-неврологом, которые способны замедлить - и зачастую остановить - прогрессирование заболевания. Для пациентов с рассеянным склерозом они выдаются бесплатно. Прием таких лекарств должен быть постоянным и непрерывным. Данная группа больных находится под постоянным наблюдением врачей-неврологов.

Проявляется рассеянный склероз по-разному у разных людей и у одного и того же человека в разное время. Симптомы могут быть легкой и тяжелой формы.

Возможные симптомы проявления заболевания:

- ◆ повышение жесткости мышц, мышечные спазмы;
- ◆ слабость, чрезмерная усталость;



Высокий риск - 30 и более случаев на 100 тысяч населения (сюда относятся регионы, расположенные севернее 30-й параллели на всех континентах).

Средний риск - от 5 до 29 случаев на 100 тысяч населения.

Низкий риск - менее 5 случаев на 100 тысяч населения.

- ◆ нарушения зрения (ухудшение или утрата зрения, двоение в глазах);
- ◆ ощущения онемения или покалывания;
- ◆ нарушение походки, покачивание или неустойчивость при ходьбе;
- ◆ тремор, произвольные движения;
- ◆ ухудшение координации;
- ◆ дисфункции мочеполовой системы или кишечника;
- ◆ нарушения речи;
- ◆ снижение познавательной активности и памяти;
- ◆ частичный или полный паралич какой-либо части тела.

Рассеянный склероз влияет на качество жизни не только пациента, но и его близких людей. Им приходится частично брать на себя денежные расходы, выполнять дополнительные домашние работы и оказывать близкому человеку, страдающему от рассеянного склероза, моральную поддержку.

Рассеянный склероз - непредсказуемая болезнь, но положительный подход, совместные усилия медицинских работников и родственников пациентов могут радикально изменить ситуацию! Распространение информации о рассеянном склерозе, изучение максимальной информации о заболевании помогут при раннем обнаружении симптомов рассеянного склероза и вовремя обратиться к лечащему врачу. ☺

Полного излечения от рассеянного склероза нет, но помочь больному можно благодаря лекарственным препаратам, способным замедлить и зачастую остановить прогрессирование заболевания.



Грудное вскармливание - это волшебство!

Грудное вскармливание - это искусство, которым может овладеть любая мама. Для этого нужно иметь большое желание кормить, которое рождается из любви к своему ребенку. Новорожденного окружает материнская любовь, которая приходит самым щадящим для его нежного организма способом - в виде грудного молока.

Состав женского молока полностью соответствует потребностям быстро растущего организма ребенка и максимально сбалансирован. Молоко индивидуально по составу, который регулируется самим ребенком, то есть у двух матерей будет разный состав молока, кроме того он меняется в течение одного кормления и в течение всего периода лактации.

Все питательные вещества содержатся в грудном молоке в оптимальной для усвоения форме. Никакая даже самая лучшая смесь не является полноценным заменителем грудного молока! Помимо оптимального для ребенка баланса жиров, белков и углеводов в нем содержатся вещества, способствующие его перевариванию (аутоферменты), иммунные тела к различным видам заболеваний, идеальный состав витаминов и ферментов.

Что дает грудное вскармливание (ГВ):

- ▶ снижение риска кишечных инфекций, профилактика дисбактериоза;
- ▶ снижение риска респираторно-вирусных заболеваний;
- ▶ снижение риска аллергических заболеваний (особенно с гипоаллергенной диетой мамы);
- ▶ преимущество физического развития детей;
- ▶ нервно-психическое развитие, интеллект, социальная адаптация (способствует формированию чувства уверенности в себе и чувства защищенности);
- ▶ снижение риска ожирения и заболевания диабетом;
- ▶ полноценность репродуктивной функции;
- ▶ формирование челюстно-лицевого скелета, речи и слуха.

ИЗМЕНЕНИЕ В ПРОЦЕССЕ ЛАКТАЦИИ СОСТАВА МОЛОКА

В процессе лактации происходят изменения многих биологических свойств и нутриентов молока. По степени зрелости молоко делится на молозиво, переходное и зрелое молоко.

Молозиво - густая клейкая желтоватая жидкость, заполняющая грудную железу в течение последнего триместра беременности. Появляется сразу после родов и до прихода переходного молока. Выделяется в очень малом количестве, которого достаточно для ребенка, оно не перегружает его почки и пищеварительную систему. Обладает послабляющим эффектом для облегчения отхождения мекония. Новорожденный высасывает первые капельки молозива, и в его организме формируется первичный иммунитет.

Введение воды и докорма в первые дни жизни является грубым вмешательством в процесс естественного вскармливания и значительно снижает действие молозива.

Переходное молоко появляется примерно с 4 по 13 день после родов. Может сопровождаться набуханием молочных желез и небольшим повышением температуры тела («прилив»). Приход переходного молока происходит в индивидуальные сроки после родов. Иногда встречается отсроченная секреция молока (галактостаз) в сроки до 15-20 дней после родов.

Зрелое молоко, как правило, появляется к 15 дню после родов.

В литературе по ГВ встречаются термины «раннее» и «позднее молоко». Они обозначают эволюцию состава и свойств молока в течение одного кормления из одной груди.



**Елена Владимировна
МАНОШКИНА,**

медицинская сестра
палаты, высшая
квалификационная
категория,
педиатрическое отделение
патологии новорожденных
КГБУЗ «Центральная
городская больница,
г.Заринск»,
член ПАСМП с 2010 года

Советы медицинской сестры

▶ **Раннее (переднее) молоко** скапливается в груди между кормлениями и вырабатывается в самом начале кормления. Имеет голубоватый оттенок, может быть прозрачным. Вырабатывается в большом объеме и удовлетворяет потребности ребенка в питательных веществах и в питье.

Позднее (заднее) молоко вырабатывается в конце кормления, после того как высосано переднее молоко. Оно белого цвета, иногда с желтоватым оттенком. Более густое, так как в нем больше жира, который является основным источником энергии при ГВ. Высасывая заднее молоко, ребенок прилагает больше усилий.

В грудном молоке содержится 87-90% воды, поэтому ребенок в первые 4-6 месяцев не нуждается в допаивании водой. Если ребенок кроме молока получает еще и воду, то он будет меньше высасывать молока, что приведет к снижению количества последнего.

КАК ОРГАНИЗОВАТЬ ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ

Очень важным условием для скорейшего становления лактации является **раннее прикладывание ребенка к материнской груди** в первые 30-120 минут после родов и отсутствие догрудного вскармливания.

Правильное прикладывание ребенка к груди - залог эффективного сосания, отсутствия трещин и выработка нужного количества молока.

Кормление по требованию, а не по режиму. Необходимо минимум 12 прикладываний в сутки. Кормление по требованию имеет свои преимущества: меньше проблем с нагрубанием груди, ребенок быстрее набирает вес, быстрое увеличение количества молока и усиление молокоотдачи, легче сформировать у ребенка навыки ГВ.

Обязательны ночные кормления, как условие достаточной и длительной лактации: наибольшее количество пролактина вырабатывается именно в ночные часы - в промежутке с 3 до 8 утра.

При кормлении по требованию грудь не нуждается в сцеживании, которое может привести к гиперлактации. Сцеживание оправдано в следующих случаях: послеродовое нагрубание, лактостаз, мастит, недостаточная лактация (по рекомендации специалиста консультанта по ГВ), при разлучении ребенка с мамой.

Не стоит ограничивать малыша в сосании. Большинство детей насыщаются за 10-20 минут, но есть и такие, которые сосут грудь 30 минут, 1 час и более. Ведь процесс сосания для ребенка - не только еда, но и общение с мамой. Количество времени не влияет на образование трещин и ссадин сосков. Когда ребенок наелся и удовлетворил свой интерес в общении с мамой, он отпускает грудь сам.

В одно кормление дается одна грудь. При недостаточной лактации и если ребенок крупный и требует еще, можно давать обе груди за одно кормление. В этом случае придерживаются двух основных правил:

♦ *у первой груди ребенок находится не менее 15-20 минут.* Он должен максимально ее опустошить (грудь становится мягкой, при надавливании с трудом выделяются капли белого (заднего) молока);

♦ *следующее кормление следует начать с груди, которая была последней в предыдущее кормление.*

На естественном вскармливании ребенок не нуждается в пустышке. Ее использование может привести к путанице сосков, неэффективному сосанию, снижению количества молока.

УХОД ЗА ГРУДЬЮ

▶ *Не мять грудь мылом, не мазать зеленкой и прочее.* Достаточно гигиенического душа 1-2 раза в день (без применения мыла и других средств для ухода за телом).

▶ *Перед кормлением* сцедить несколько капель молозива или молока и смазать сосок, затем приложить ребенка.

▶ *После кормления* сделать то же самое и дать груди обсохнуть на воздухе (воздушные ванны 5-10 минут) и только после этого при необходимости нанести мазь или крем.

▶ *Область сосков* должна быть сухой.

▶ *Учить ребенка правильно захватывать грудь:* женщине не должно быть больно; нос и подбородок ребенка прижаты к груди; верхняя и нижняя губа малыша вывернуты наружу, не поджаты; сосок после кормления не сплюснен.

Если вы подозреваете недостаток молока, нельзя хвататься за бутылочку со смесью! Нужно либо самостоятельно, либо при помощи специалиста (консультанта по ГВ) разобраться в ситуации. Ориентиром на частоту мочеиспусканий и прибавку в весе ребенка.

Тест на мокрые пеленки. Посчитайте, сколько раз ребенок писает в течение суток. В первые трое суток жизни достаточно двух мочеиспусканий, с третьих по шестые - четырех, начиная с шестых - не менее шести раз в сутки. Это нижние границы. Как только у мамы пришло молоко, количество мочеиспусканий сильно возрастает: от 10 до 20 и больше в сутки. Если по результатам «теста» ваш малыш писает больше 6-8 раз в сутки, моча бледно-желтая или прозрачная и без резкого запаха, значит с количеством молока у вас всё нормально.

Контроль веса. В первые несколько дней жизни новорожденные в норме теряют от 5 до 7%, а иногда и до 10% от своего веса при рождении. Однако после этого они должны набирать не менее 20-30г в сутки и на 10-14 сутки восстановить свой вес при рождении. ☺



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



Большая помощь крошечным пациентам

Появление на свет малыша может быть омрачено перинатальной патологией центральной нервной системы. В зоне риска - недоношенные дети, которым нередко нужна особая помощь специалистов. Чем раньше будет начато лечение и реабилитация, тем полнее восстановление нарушенных функций и меньше тяжелых последствий.

О том, какая помощь оказывается пациентам-крохам, рассказывает **Екатерина Владимировна ИВЧЕНКО**, заведующая отделением медицинской реабилитации для детей с поражением центральной нервной системы Алтайского краевого центра охраны материнства и детства.

- Какую помощь у вас получают недоношенные дети?

- Наше отделение существует с 2018 года. Основным направлением работы является реабилитационная терапия и динамическое наблюдение детей с последствиями перинатальной патологии ЦНС (перенесенные в периоде новорожденности тяжелая асфиксия, гипоксия, кровоизлияния в мозг, нейроинфекции), а также детей, родившихся раньше срока.

Недоношенные дети - это особая категория детей, которые до какого-то периода времени отличаются по своему развитию от доношенных деток. Время развития тех или иных моторных навыков у них также другое. Это нормально, поскольку идет поправка на срок гестации, то есть на срок беременности, на котором малыш появился на свет. Исходя из этого, оценивается нервно-психическое развитие ребенка.

Известно, что недоношенные дети составляют высокую группу риска по задержке психомоторного развития. Основным критерием здоровья ребенка, особенно не-

доношенного, является поэтапное формирование его психомоторных навыков, что указывает на правильное развитие нервной системы и компенсацию всех неблагоприятных влияний, связанных с преждевременным или «проблемным» рождением.

Нужно понимать, что бывают глубоко недоношенные дети, которых сейчас становится всё больше, потому что мы научились выхаживать таких деток. В Алтайском центре охраны материнства и детства есть два отделения патологии новорожденных, где способны выхаживать даже малышей, рожденных весом в 500 граммов. Всех этих деток неврологи нашего отделения наблюдают, но чаще всего малыши не нуждаются в реабилитации, пока не достигнут определенного веса.

При выписке домой мы обязательно даем мамам рекомендации по реабилитации в домашних условиях, в том числе назначаем по достижении определенного веса и возраста прохождения реабилитации в нашем отделении. Как правило, она необходима 95% недоношенных детей. Всего же на первом году жизни чаще всего диагностируется задержка развития, моторных навыков.

- Как много маленьких пациентов проходит лечение в отделении?

- В среднем недоношенные дети поступают к нам после трех меся-



цев. К этому времени они дома отдыхают, проводят время с мамой, «округляются» и возвращаются к нам. Наше отделение занимается детьми до года - до этого возраста ребенок успевает пройти две-три реабилитации. В среднем через отделение медицинской реабилитации для детей с поражением ЦНС проходит 48-50 детей. В год - более 200 малышей. Большую часть пациентов составляют именно недоношенные дети, не только из краевого перинатального центра, который входит в структуру Алтайского центра охраны материнства и детства.

- Бывает так, что малыш родился здоровый, но в какой-то момент мама замечает, что с ним что-то не так?

- Да, такое тоже случается. Как правило, изменения в здоровье определяет на приеме невролог или педиатр, который по необходимости связывается с врачами нашего отделения, обрисовывает ситуацию и «передает» пациента. ►

Совместно с врачами-физиотерапевтами мы расписываем всё, что будем делать для реабилитации. Есть мануальные методики, физиолечение, лечебная физкультура, массаж, кинезиотерапия, консультирует логопед.

- С какими наиболее частыми проблемами поступают малыши, как они проявляются?

- Первое - это нарушение моторных навыков. Например, в возрасте до двух месяцев ребенок должен уже держать голову, когда его кладут на животик, должен опереться на предплечья. Если малыш растет, а у него нет даже попытки удерживать голову, - это проблема, говорящая о какой-то задержке. Как правило, это замечает мама или педиатр. Другая ситуация. Ребенку 6 месяцев, а он не переворачивается со спины на живот. Это также повод насторожиться и обратиться к неврологу. Всё описанное говорит о задержке моторных навыков, чаще всего - нарушения мышечного тонуса.

Еще одна категория нарушений - родовые травмы, которые, к счастью, встречаются довольно редко. Акушерство в России сегодня находится на профессиональном уровне, но всё же имеют место быть ситуации, которые не зависят от врачей. Вследствие этого возникают родовые травмы спинного мозга, шейного отдела позвоночника. Такое бывает, когда новорожденный крупный: малыш застрял в родовых путях мамы, и в результате у него могут возникнуть нарушения. Плекситы - заболевание, в основе которого лежит поражение нервного сплетения. Чаще всего травмируется плечевое сплетение, в результате у ребенка висит рука, в ней нарушается чувствительность. По-другому это называется «акушерский паралич». Параличи лицевого нерва имеют место быть, они тоже относятся к родовым

травмам: это ситуации, когда наблюдается асимметрия лица при плаче, случается, что и в состоянии покоя. Есть много методик по реабилитации таких больных.

Например, в ситуации с плекситами мы занимаемся разработкой конечности. Есть определенные методики, каждая из которых сводится к тому, чтобы как можно раньше начать реабилитацию. Иногда такие малыши сразу после роддома поступают к нам в отделение, хотя, как я уже говорила, мы стараемся сначала отправить деток домой, чтобы, немного окрепнув, они вернулись к нам на реабилитацию примерно в три месяца жизни. Но при плекситах принципиально важно в остром периоде начать реабилитацию, и это того стоит. Результат выходит очень хороший. Часто полностью удается восстановить функции травмированной ручки.

- К слову о методиках. Расскажите о том, как строится реабилитация?

- Реабилитация в среднем занимает 10 дней. Поступает малыш вместе с мамой. Врач-невролог осматривает ребенка, отмечает нарушения - мышечного тонуса либо задержку когнитивных функций, выставляет предварительный диагноз.

Если требуется, составляется план диагностики. Хотя дети поступают к нам уже обследованные, но иногда требуется уточнить что-то дополнительно. К тому же в АКЦОМД можно сдать лабораторные анализы, сделать УЗИ головного мозга, выполнить нейрофизиологические исследования (электроэнцефалограмма, электронейромиография, акустические и зрительные вызванные потенциалы).

После этого составляется план реабилитации с учетом диагностированной патологии и особенностей развития малыша. Совместно с врачами-физиотерапевтами мы расписываем всё, что будем делать для реабилитации. Есть мануальные методики, физиолечение (электрофорез, тепловые процедуры), лечебная физкультура, массаж, кинезиотерапия (лечение движением), консультирует логопед.

- Логопед?..

- Да, дети до года, которые еще, по сути, не говорят, уже занимаются с



логопедом. С 1985 года в нашем учреждении развивается микрологопедия. Есть специалист, который занимается исключительно с маленькими детками. Сначала он проводит диагностику: разговаривает с мамой, спрашивает, как гулит ребенок, лепечет или разговаривает, есть ли какой-то минимальный словарный запас. После этого определяет тактику занятий с ребенком. Это может быть логопедический массаж, массаж язычка, лица, тех мышц, которые задействованы в процессе речи. Также логопед рассказывает мамам, как происходит речевое развитие у малышей, учит массажу, который впоследствии ребенку нужно выполнять дома. И, конечно же, наши маленькие пациенты посещают занятия по мелкой моторике (гимнастика пальчиков, игра с ладошками). Давно доказано, что «бабушкины игры» про сороку-ворону очень полезны. Занимаясь ими уже с первого месяца жизни, мы посылаем импульсы от кончиков пальцев рук в те участки мозга, которые находятся с речевым центром. Следовательно, чем лучше разработана мелкая моторика, тем меньше у детей проблем с речью. Это всё мы мамам и объясняем, чтобы они могли повторять дома.

Еще очень интересная методика - кинезиотейпирование, от слова «тейп». Это такая липкая лента по типу лейкопластыря. С помощью тейпов можно исправить очень многие нарушения: например, кривошею, когда голова повернута в одну из сторон, вальгусную косолапость. Суть методики в том, что в определенное место клеятся тейпы и под натяжением проблема постепенно исправляется. Это очень эффективно, особенно в комплексе с массажем или физиолечением.

Безусловно, всё описанное мной - это здорово, но часто во главе угла стоит медикаментозная реабилитация. Особенно это актуально для детей, родившихся с низкой оценкой по шкале Апгар, которые перенесли гипоксию. Им назначаются препараты для питания мозга, сосудистые лекарственные средства, которые обязательно нужно принимать.

- Вы сказали, что ваши пациенты - это новорожденные и дети до года. А как же остальные?



- В поликлиническом отделении нашего Центра есть кабинет катамнеза, который занимается более взрослыми детьми. Здесь ведут прием педиатр, невролог и другие специалисты. Их задача - диспансерное наблюдение детей, которые родились с какой-либо проблемой. Здесь мама с малышом могут получить полное обследование за один день. Понасть сюда можно по направлению участкового педиатра.

- После выписки какая ведется дальнейшая работа?

- Всё зависит от того, насколько серьезны нарушения. Если это легкая патология, например, связанная с тонусом, то чаще всего дети очень благодарно реагируют на лечение и им иногда нужна всего пара курсов реабилитации.

Однако, есть и грубые патологии, в том числе ДЦП. Иногда мы видим, что ребенку исполнился год, а он не сидит и не ходит. Такие дети передаются в другие отделения - например, в отделение психоневрологии детской больницы №7 Барнаула. После трех лет они также госпитализируются в наше отделение неврологии. Кроме того, на базе АКЦОМД есть дневной стационар.

- Если мама заподозрила, что у ребенка есть проблема, куда она должна обратиться за консультацией?

- Сначала - к неврологу или педиатру по месту жительства. Если проблема действительно есть, будет назначено соответствующее обследование и лечение, в том числе и на базе нашего медицинского учреждения. ☺

Давно доказано, что «бабушкины игры» про сороку-ворону очень полезны. Занимаясь ими уже с первого месяца жизни, мы посылаем импульсы от кончиков пальцев рук в те участки мозга, которые находятся с речевым центром. И чем лучше разработана мелкая моторика, тем меньше проблем с речью.



Поднимись над собой!



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

«Вы никогда не сумеете решить возникшую проблему, если сохраните то же мышление и тот же подход, который привел вас к этой проблеме»

Альберт Эйнштейн

«Измени мышление. Перестань думать так, как думал раньше, ведь это привело к болезни. Ломай стереотипы. Совершенствуйся, поднимись над собой, смотри на проблему под другим углом» - эти слова я всегда говорю своим пациентам...

Но чтобы изменить свою жизнь, нужно следовать трем важным правилам.

1. Воля к жизни или положительный психологический настрой.

Многие врачи и психологи убеждены, что обычных телесных болезней практически не бывает: у болезней всегда есть две причины - физиологическая и психологическая. Осознав, что организм человека - это единство души и тела, можно понять, что любая болезнь - это проблема всей личности человека, состоящей не только из тела, но и из разума, чувств и эмоций. Находясь в равных условиях болезни, кто-то быстро умирает, а другой - живет долго и счастливо. Всё зависит от настроя на дальнейшую долгую и счастливую жизнь.

Врачи знают, что эффективность медицинского лечения во многом зависит от веры самого больного в выздоровление и от доверия к лечащим врачам. Оптимистическое отношение к жизни и позитивный внутренний настрой порой эффективнее лекарств способствуют выздоровлению.

Психологический настрой на выздоровление является очень важным шагом на пути к ремиссии. У истоков большинства болезней находятся стрессовые ситуации, серьезные нагрузки, сильные переживания. Организм реагирует на кризис включением всех доступных ресурсов на борьбу с вторжением. И в это время человек буквально заряжен отрицательными эмоциями, и есть мнение, что в этот момент стрессовая ситуация программирует организм на саморазрушение (ставит задачу на болезнь). Поэтому, чтобы поправиться, необходимо устранить эту отрицательную психологическую программу, а затем настроиться на положительное отношение к себе и миру, и, как следствие, - на выздоровление.

Визуализируя цель, мы со временем понимаем, что она осуществима, и осознаем, как ее достичь. Дело в том, что мозг каждую секунду обрабатывает свыше 400млн бит информации, а осознаем мы лишь 2000 бит. Мы видим только то, что считаем возможным, а остальная информация просто не доходит до нашего сознания, так как считается ненужной. Можно сказать, что мы всегда видим то, что считаем возможным. Например, при хронической болезни в подсознании есть убеждение, что заболевание свойственно вашему телу и вылечить его нельзя или очень сложно. То есть способ излечения отвергается прежде, чем он дойдет до сознания человека.

2. Общие и узкие знания.

«Меньше знаешь - крепче спишь» - говорят некоторые, но, считаю, что



никогда знания не мешают человеку: именно развиваясь и самосовершенствуясь, человек меняет свое отношение к проблемам, ломает стереотипы и автоматизмы, меняет свое мышление.

Обищие знания касаются узнавания информации о людях, их поведении, реакциях и т.д. Например, ваш супруг быстро раздражается, заводится с пол оборота, постоянно кричит. Зная, что он холерик, которому надо выплескивать свое раздражение, вы будете смотреть на ситуацию без обиды, с пониманием. Но если вы не обладаете общими знаниями (в данном случае - о типах темперамента), то обида и плохое настроение, а также стресс после ссоры вам обеспечены.

Знание дает человеку пять важнейших для жизни вещей:

◆ возможность принести большую пользу другим людям, быть нужным, востребованным, уважаемым, как следствие, - уважать самого себя;

◆ свободу выбора, так как именно знание является ключом к свободному выбору во всех сферах жизни, позволяет делать осознанный выбор в пользу чего-либо;

◆ удовольствие от жизни, знание наполняет наш мозг, дает возможность «купаться» в информационном потоке, дает ощущение полета мысли, стимулирует вдохновение, дает инструменты для творчества, в конечном счете - для ощущения внутреннего счастья;

◆ сохранить себя как вид, ведь в условиях естественной природы человечество, как очередная ступень развития жизни, подвергается множеству испытаний (природные катаклизмы, болезни), и только наука и знание позволяют выжить человечеству;

◆ эволюционировать, именно тяга к новым знаниям позволила человечеству двигаться вперед, развиваться, передавать знания, накопленные предыдущими поколениями.

Чем больше знаний, тем больше опыта и практики, а значит, движения вперед по жизни. В целом наши знания - это большая сила, которая заставляет человека действовать и стремиться вперед и вперед, чтобы покорять вершины, которые ему по плечу в данный момент.

Узкие знания - это знания о той проблеме, которая сейчас актуальна



для человека, приоритетна для него. Например, пациенты онкологического диспансера должны немного владеть терминологией, потому что врачи разговаривают с ними и пишут заключения, используя медицинские термины. И чтобы не придумывать себе лишнего, не гуглить в интернете (где зачастую бывают искаженные сведения), информацию лучше узнавать у профессионалов, поэтому их язык надо хоть немного понимать.

3. Улучшение качества жизни. Чтобы изменить свою жизнь, надо изменить себя, а не других.

Несколько советов для улучшения качества жизни:

► *жалейте свою физическую оболочку, но не духовную.* Часто люди взваливают на себя работу, делают ее за всех только для того, чтобы их похвалили, или потому, что неудобно. Старайтесь извлекать пользу из неудобств и прекратите двигаться по пути наименьшего сопротивления. Не стоит загружать себя обязательствами перед другими. Хвалите себя сами, ведь вы у себя главный человек;

► *цените время* - оно наше главное богатство, но почему-то многие живут так, словно в нашем распоряжении целая вечность: «Это я отложу, это сделаю потом». Чтобы подчинить себе время, нужно ежедневно сосредоточиться на главном. Чтобы по-настоящему сделать что-то в жизни, надо понять, чего делать не следует;

► *прощайте.* Не обижайтесь на людей по пустякам. Некоторые трудности в жизни нужны для того, чтобы изменить отношения и увести вас от

Окружающий нас мир создается из нашего представления о нем. Поэтому важно мечтать, строить планы на будущее, формировать цели - это всё укрепляет внутренне человека в том, что он намерен жить дальше.



беды. Поэтому воспринимайте трудности и конфликты не как устрашающий фактор, а как возможность изменить ситуацию;

► *научитесь говорить «нет»*. Если вы не хотите участвовать в каких-либо общественных делах, говорите «нет». Прекратите просто так смотреть телевизор и бесполезные программы. Определите для себя то, что важно вам, и выделяйте для этого время;

► *начните свой день с позитива*, пытайтесь видеть во всем хорошее. Вы можете читать стихи, созерцать прекрасное, петь, побежать - в каждом действии нужно оценить прекрасное, это поможет поменять мироощущение. К сожалению, люди начинают ценить только тогда, когда теряют, а вы сделайте это сейчас, и увидите, насколько легче вам станет радоваться жизни;

► *делайте то, что нравится*. Вам надо увлечь себя, заинтересоваться чем-либо. Когда человек чем-то увлечен, каждый новый день он встречает с нетерпением и радостью;

► *двигайтесь к своим целям каждый день*. Выделите время для своих целей. Формируйте их, прописывайте. Так вы будете чувствовать себя спокойней, и то, что вы не стоите на одном месте, будет придавать силы;

► *проявляйте к себе снисходительность*. Все дела разом не переделайте и поэтому нужно оставлять место для своих потребностей. Вы не робот и поэтому необходимо упрощать. Да, у вас есть обязанности, но вы можете отбросить всё то, что вызывает у вас стресс, отнимает больше времени и делает вас несчастливym;

► *смотрите на общение с людьми «играючи»*. Качество нашей жизни иногда портят люди, с которыми нам приходится иметь дело каждый день. И порой, от этого нам никуда не деться. Есть такой вариант: представить, что эти люди - актеры, а свою жизнь - фильмом. Так вот эти люди играют в вашем фильме и очень хорошо справляются со своей ролью. Как профессионально они злят и расстраивают вас! Этот способ поможет вам снять стресс и снизить эмоциональную нагрузку, а также вызвать у вас улыбку. Опробуйте этот метод;

► *прокручиваете (визуализируете) в голове свою счастливую жизнь*.



Каждый день, хотя бы по пять минут во время медитации визуализируйте свою идеальную жизнь с чувствами. Вы заметите, как в вашей жизни появятся «нужные» ситуации и «правильные» люди. Делайте это в настоящем времени;

► *заботьтесь о себе*. Если вы не здоровы, то как вы будете чувствовать себя счастливым? Заботьтесь о своем теле, правильно питайтесь, обеспечьте себя физическими нагрузками и отдыхом;

► *улыбайтесь*. Улыбка - это наше настроение. Она делает людей привлекательней. Когда вы волнуетесь, злитесь или расстраиваетесь, попробуйте улыбнуться (как внешне, так и внутри) - и вам сразу станет легче;

► *слейтесь с природой* - это прекрасный способ высвободить свои творческие силы и обрести свежие идеи. Творчество помогает человеку в самовыражении, самопознании, саморазвитии и самосовершенствовании. Через творчество человек познает свой внутренний мир, свои способности и склонности. А созданные шедевры дарят положительные эмоции и повышают самооценку.

Измените мышление. Перестаньте думать так, как думали раньше. Ломайте стереотипы, смотрите на проблему под другим углом, и вы увидите, как ваша жизнь засияет новыми красками, как люди по-другому начнут относиться к вам, и как ваше тело будет платить вам здоровой благодарностью. ☺

Двигайтесь к своим целям каждый день. Выделите время для своих целей. Формируйте их, прописывайте. Так вы будете чувствовать себя спокойней, и то, что вы не стоите на одном месте, будет придавать силы.



Его величество Менингит. Как не пропустить заболевание?

«Не ходи без шапки, менингит заработаешь!» - каждый в детстве слышал от родителей об этой загадочной болезни. Об одном из самых известных заболеваний, вокруг которого до сих пор существует множество заблуждений, рассказала врач-невролог неврологического отделения КГБУЗ «Городская больница №8, г.Барнаул» Юлия Викторовна ЗЕМЛЯНСКАЯ.

ЧЕМ ОПАСЕН МЕНИНГИТ

Менингит - воспаление оболочек головного и спинного мозга, вызываемое проникшей в оболочки инфекцией. **Причиной воспаления могут стать:**

- ▶ вирусы, в том числе вирус гриппа, герпеса, кори, паротита, энтеровирус;
- ▶ бактерии. Чаще всего бактериальный менингит вызывается пневмококком, менингококком, гемофильной палочкой, а у ослабленных и пожилых людей причиной менингита может стать обыкновенная кишечная палочка;
- ▶ микобактерия (возбудитель туберкулеза);
- ▶ грибки, паразиты, простейшие могут вызывать менингит у людей с нарушениями иммунитета.

Менингит - смертельно опасное заболевание. Тяжесть его

протекания зависит от состояния здоровья заболевшего, от того, каким возбудителем вызван менингит (вирусные менингиты в большинстве случаев протекают легче, чем бактериальные), от своевременности оказания медицинской помощи. Но даже при своевременно начатом правильном лечении погибает до 10% заболевших, а у почти 20% людей, перенесших менингит, остаются стойкие нарушения слуха, зрения, движений, судорожные приступы.

Менингиты принято разделять на первичные и вторичные. В первом случае заболевание развивается у здорового человека при контакте с инфекцией, а во втором - развитию менингита предшествует инфекционное заболевание другого органа (гнойный отит, гайморит, ангина и другое) или сепсисе,



когда бактерия с током крови попадает в мозговые оболочки.

КАК ПРОИСХОДИТ ЗАРАЖЕНИЕ

Большая часть возбудителей менингита передается воздушно-капельным путем от больного или бессимптомного носителя, но некоторые бактерии и простейшие могут проникать в организм с водой, едой и при укусах насекомых. Также менингит могут вызывать многие переносимые клещами инфекции, поэтому начеку должны быть даже те, кто привит от клещевого энцефалита.

Родители пугают непослушных детей: «Не ходи без шапки, менингит заработаешь!». Эта расхожая фраза связана с тем, что в нашем сознании существует связь: «холод - это простуды, сильный холод - это сильные простуды, в том числе менингит». На самом деле это не так: **менингитом можно заболеть и в теплое время года.** Дело в том, что если из-за переохлаждения ослабнет иммунная защита и в этот же момент организм столкнется с бактерией или вирусом, шансы заболеть менингитом повысятся.



Чтобы не подцепить бактерию или вирус, нужно соблюдать правила гигиены: часто и тщательно мыть руки, особенно в период эпидемий ОРВИ, минимизировать контакты с больными людьми, вести здоровый образ жизни, чтобы не заболеть или выздороветь с минимальными последствиями. Против менингококка, пневмококка, гриппа проводится профилактическая вакцинация.

КТО БОЛЕЕТ МЕНИНГИТОМ

Ответ прост: все. Менингитом болеют и дети, и взрослые.

Но риск заболеть менингитом выше у маленьких детей, пожилых и людей с угнетенным иммунитетом (из-за ВИЧ-инфекции, химиотерапии, врожденного иммунодефицита, хронического алкоголизма). Кроме того, маленькие дети не защищены прививками и болеют менингитом в десятки раз чаще взрослых.

Фактором риска для заболевания менингитом являются недавние черепно-мозговые травмы, нейрохирургические и лор-операции.

КАК ПРОЯВЛЯЕТСЯ МЕНИНГИТ

Клиническую картину менингита составляют *общинфекционные и общемозговые симптомы и менингеальный синдром*. Менингеальный синдром выявляется при осмотре пациента врачом или фельдшером, а общинфекционные и общемозговые симптомы может заметить сам пациент или его близкие, что позволит вовремя обратиться к врачу и начать лечение.

Общинфекционные симптомы - общие признаки борьбы организма с любой инфекцией, от ОРЗ до кишечной. К ним относятся повышенная (не обязательно высокая!) *температура, сонливость, слабость, недомогание, боли в мышцах, снижение аппетита*.

Общемозговые симптомы - это тревожный знак, говорящий о поражении головного мозга. К ним относятся *сильная головная боль, светобоязнь* (яркий свет раздражает, режет глаза), *тошнота, многократная рвота*, не приносящая облегчения и не связанная с приемом пищи, *выраженная сонливость, спутанность сознания* (заболевший человек вяло реагирует на



вопросы, речь путается, его трудно разбудить). **Появление перечисленных признаков говорит о необходимости немедленной медицинской помощи!**

У маленьких детей появляются раздражительность, плаксивость, отказ от еды, температура, слабость, вялость, сонливость, рвота, монотонный плач без видимой причины. Детский менингит опаснее взрослого, потому что его труднее обнаружить, особенно когда малыш еще не умеет говорить или выражать мысли.

МЕНИНГОКОККОВЫЙ МЕНИНГИТ У ДЕТЕЙ

Особое внимание стоит уделить менингококковому менингиту у детей.

Менингококковый менингит - это тяжелый менингит, вызываемый бактерией *Neisseria meningitidis*. По данным ВОЗ, в любой момент времени до 10% населения являются носителями *N.meningitidis* в горле. Более чем в 90% случаев заболевают здоровые дети. Заболеваемость среди детей до двух лет в 22 раза выше, чем среди других возрастных групп. Заболевание распространяется от человека к человеку при кашле, чихании, поцелуях, разговоре или через пользование столовыми приборами. Так как заражение происходит при тесном общении, основным источником инфекции для маленьких детей являются их родители, братья и сестры, родственники, а также другие дети в яслях и детском саду.

Менингеальный синдром выявляется при осмотре пациента врачом или фельдшером, а общинфекционные и общемозговые симптомы может заметить сам пациент, что позволит вовремя обратиться к врачу и начать лечение.



Симптомы менингококковой инфекции на начальной стадии схожи с симптомами ОРВИ и гриппа, поэтому родители медлят с обращением к врачу. Но болезнь развивается быстро и может унести жизнь ребенка даже в первые сутки от начала заболевания.

Период от заражения ребенка до появления признаков заболевания в среднем длится четыре дня, но может варьироваться от 2 до 10 дней. У ребенка появляются *высокая температура, чувствительность к свету, спутанность сознания, головная боль и рвота*. У младенцев также часто наблюдается *выбухание родничка, вялость, монотонный крик*.

Менее распространенной, но еще более тяжелой формой менингококковой инфекции является **менингококковый сепсис**, для которого характерны быстро появляющиеся нарушения сознания, кровянистая точечная сыпь на теле и конечностях, быстро сливающаяся в крупные звездчатые элементы. Даже в случае диагностирования и надлежащего лечения на ранних стадиях болезни 15% пациентов умирают в течение 24-48 часов после появления симптомов. При отсутствии лечения менингококковый менингит в 50% случаев заканчивается смертельным исходом, у 20% выживших - инвалидизацией.

Симптомы менингококковой инфекции на начальной стадии схожи с симптомами ОРВИ и гриппа, поэтому родители медлят с обращением к врачу, занимаясь самолечением. Но болезнь развивается быстро и может унести жизнь ребенка даже в первые сутки от начала заболевания.

Помните, что спасти ребенка могут плановая вакцинация и своевременно начатое лечение!

ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИРОВАНИЯ МЕНИНГИТА

Первоначальный диагноз «менингит» может быть поставлен при клиническом осмотре, когда у пациента выявляются общенфекционные, общемозговые и менингеальные симптомы. При подозрении на менингит пациент направляется в больницу, где проводятся измерение температуры, анализ крови, рентгенография лёгких и ряд других обследований. Но чтобы поставить диагноз «менингит», определить, какой бактерией или вирусом он вызван, и начать правильное лечение, необходимо проведение люмбальной пункции.

Люмбальная пункция - введение иглы в субарахноидальное пространство спинного мозга на поясничном уровне с целью диагностики состава спинномозговой жидкости. Вокруг этой несложной и безопасной процедуры до сих пор существует множество устрашающих утверждений.

№1: люмбальная пункция - это прокол спинного мозга.

ПРАВДА: при проведении люмбальной пункции берется только ликвор - жидкость, которая омывает головной и спинной мозг и в которой плавают бактерии или вирусы, вызвавшие менингит.

№2: после люмбальной пункции люди могут остаться инвалидами.

ПРАВДА: нет, при условии соблюдения техники безопасности. Пункцию проводят на том уровне позвоночника, где у человека уже нет спинного мозга. Спинной мозг заканчивается на уровне 1-2 поясничных позвонков, а прокол делается на целых два позвонка ниже. Случайно повредить спинной мозг нельзя.

№3: люмбальную пункцию проводить не обязательно, ее может заменить анализ крови, проведение компьютерной томографии, МРТ или других обследований.

ПРАВДА: нет, не может. Во всем мире люмбальная пункция - самый достоверный и безопасный метод диагностики менингита. Исследование спинномозговой жидкости - единственный способ, позволяющий подтвердить диагноз менингита и определить возбудителя. У трех из десяти пациентов после проведения люмбальной пункции



возникает умеренная головная боль в положении стоя и при ходьбе, вызванная снижением внутричерепного давления, которая проходит самостоятельно в течение недели.

ЛЕЧЕНИЕ МЕНИНГИТА

Лечение проводится обязательно в стационаре под наблюдением врача. В зависимости от свойств микроорганизмов, вызвавших менингит, назначают антибиотики, противовирусные, противогрибковые препараты. Проводится поддержание водно-электролитного баланса под контролем введенной и выведенной жидкости, биохимических показателей крови. При тяжелом течении болезни назначают глюкокортикостероиды.

Симптоматическое лечение для облегчения состояния пациента: постельный режим, анальгетики, противорвотные средства, детоксикация, иногда седативные средства.

Для оценки эффективности лечения, отмены антибиотиков в процессе лечения проводят 2-3 контрольные люмбальные пункции. Если менингит вторичный, то есть возник на фоне другого воспалительного процесса, одновременно с лечением менингита проводят лечение первичного очага инфекции.

РЕАБИЛИТАЦИЯ

Пассивные, а затем и активные упражнения необходимо начинать непосредственно после стабилизации состояния пациента.

После завершения стационарного лечения рекомендуются мероприятия, направленные на укрепление организма: лечебная физкультура, рациональное питание, коррекция заболеваний, приведших к угнетению иммунитета. Проводится коррекция нарушений слуха, движения, занятия с логопедом, кинезиологом, психологическая реабилитация.

До 20% перенесших менингит нуждаются в оформлении группы инвалидности и проведении длительных реабилитационных мероприятий, направленных на улучшение качества жизни.

Предотвратить заболевание и минимизировать его последствия можно с помощью профилактической вакцинации, внимательного отношения к близким и знаний о признаках и опасности менингита. ☺

Возобновляется плановая медпомощь

Минздравом совместно с Роспотребнадзором по Алтайскому краю разработаны критерии для поэтапного снятия ограничений на оказание плановой медицинской помощи в крае.

Для первого этапа снятие ограничений возможно, если заболеваемость внебольничными пневмониями и острыми респираторными вирусными инфекциями в городах (селах) не превышает ее средний уровень по городам (селам), охват лабораторным исследованием населения на COVID-19 выше или равен среднему по городам (селам), заболеваемость COVID-19 ниже или равна средней по городам (селам).

На первом этапе будут доступны следующие виды плановой помощи.

Для амбулаторного звена:

- предварительные профилактические осмотры для определения профессиональной пригодности в рамках приказа Минздрава РФ от №302н;

▶ проведение профилактических прививок взрослым по эпидемиологическим показаниям;

▶ диспансерное наблюдение пациентов, перенесших ОКС, ОНМК, ХСН, внебольничные пневмонии, в том числе коронавирусной этиологии;

▶ диспансерное наблюдение пациентов с глаукомой, отслойкой сетчатки, психическими расстройствами, наркологическими заболеваниями;

▶ ежемесячные осмотры врачом педиатром здоровых детей первого года жизни, детей в возрасте 1 год 3 месяца, 1 год 6 месяцев;

▶ оформление справок детям в дежурные группы детских дошкольных учреждений;

▶ оформление справок для санаторно-курортного лечения и в детские оздоровительные лагеря

▶ проведение профилактических прививок детям в рамках национального календаря и по эпидемиологическим показаниям.

В условиях дневного стационара при амбулаторно-поликлиническом учреждении:

◆ состояния после перенесенного ОКС, ОНМК, внебольничной пневмонии, в том числе коронавирусной этиологии;

◆ лечение пациентов с глаукомой, отслойкой сетчатки;

◆ реабилитация детей по рекомендации невролога, ортопеда-травматолога после стационарного лечения.

В условиях круглосуточного стационара:

▶ реабилитация после перенесенного ОКС, ОНМК, тяжелых травм, нейрохирургических операций на позвоночнике после стационарного лечения;

▶ лечение пациентов с ХСН;

▶ лечение пациентов с отслойкой сетчатки, глаукомой.

В минздраве проводится оценка готовности медицинских учреждений к работе в новых эпидемиологических условиях: наличие средств индивидуальной защиты, отдельного приема для лихорадящих больных, шлюзов. При этом к каждой медицинской организации разработан индивидуальный подход, что позволяет вносить в работу изменения с учетом количества прикрепленного населения, планировки здания.

Оценка возможности перехода на следующий этап проводится не ранее 14 дней с начала реализации предыдущего этапа. Переход на следующий этап возможен при отсутствии в течение 14 дней роста заболеваемости COVID-19, ОРВИ, внебольничными пневмониями при сохранении уровня охвата лабораторными обследованиями на COVID-19.

При ухудшении санитарно-эпидемиологической обстановки ограничения возобновляются. ☺



Общественный Редакционный совет журнала



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



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



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



**Вихлянов
Игорь Владиславович**
д.м.н., профессор,
главный внештатный
онколог министерства
здравоохранения Алтайского
края, главный врач
КГБУЗ "Алтайский краевой
онкологический диспансер"



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



**Салдан
Игорь Петрович**
д.м.н., профессор



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



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

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№6 (210) июнь 2020 г.



Лауреат Губернаторской премии
среди СМИ по итогам 2003 года



Почетная грамота
Союза журналистов России



Благодарность от Управления
Алтайского края
по физической культуре и спорту



Почетная грамота Правительства
Алтайского края, 2017 год

Свидетельство о регистрации СМИ
№Ф5-12-1644 от 04.02.2003 г., выданное
Сибирским окружным межрегиональным
территориальным управлением
Министерства РФ по делам печати,
телерадиовещания и средствам 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 30.06.2020 г.,
фактически - 14.00 30.06.2020 г.
Дата выхода: 06.07.2020 г.

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

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

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

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

Отпечатано в типографии ИП Назаров А.В.:
656049, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Чкалова, 228. Тел. (3852) 38-33-59. Печать
офсетная. Тираж - 4120 экз. Цена свободная.

Подписной индекс в каталоге АП "Алтай" - 73618
Подписной индекс в каталоге "Почта России" - ПР893

ПРОФИЛАКТИКА БОЛЕЗНЕЙ ГЛАЗ

7 ВЕЩЕЙ

КОТОРЫЕ ВЫЗЫВАЮТ НАПРЯЖЕНИЕ ГЛАЗ



1 Напряжение глаз может быть вызвано **чрезмерным освещением**. Верхнее освещение должно быть не ярче экрана.

3 Сидение **слишком близко к экрану** может вызвать усталость глаз и затуманивание зрения.

5 **Не держите мышь слишком далеко от себя**, вы будете наклоняться ближе к экрану, увеличивая нагрузку на глаза при фокусировке.

1

3

5

2

4

6

7

2 **Не носите очки со старым рецептом**. Для максимального комфорта спросите вашего окулиста о компьютерных очках.

4 Используйте **дисплей с высоким разрешением** для меньшей усталости глаз. Старые мониторы с низким разрешением плохо для глаз.

6 Вы сидите в **плохом кресле**? Ваша спина должна поддерживаться, чтобы вы могли сидеть вертикально и на удобном расстоянии от вашего экрана монитора.

7 Избегайте позы **"черепахи"** - сидя с закругленной спиной, подбородок, выступающий вперед и голова наклонена назад, чтобы приблизиться к экрану. Если Вы не можете четко видеть экран с хорошей осанкой, обратитесь к окулисту.

Быстрые советы

Проходите осмотр глаз: ваш доктор может определить проблемы зрения и предписать особые очки для компьютера для большего комфорта.

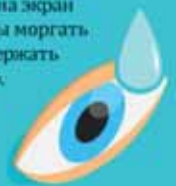


Правило "20 на 4"

В других странах есть правило:
- держать глаза в 20 дюймах от монитора
- делать 20 секундный перерыв каждые 20 минут, чтобы смотреть на расстояние в 20 дальше чем до монитора.

20'

Избегайте **"компьютерного взгляда"**: легко забыть моргать, глядя на экран компьютера. Помните, чтобы моргать часто и полностью, чтобы держать глаза влажными комфортно.



Простые упражнения



УПРАЖНЕНИЕ 1

Посмотрите **наверх**, задержитесь на 5 секунд, расслабьте глаза. Посмотрите **вниз**, задержитесь на 5 секунд, расслабьте глаза. Повторите 5 раз. Поморгайте глазами несколько раз.



УПРАЖНЕНИЕ 2

Посмотрите **вправо**, задержитесь на 5 секунд, расслабьте глаза. Посмотрите **влево**, задержитесь на 5 секунд, расслабьте глаза. Повторите 5 раз. Поморгайте глазами несколько раз.



УПРАЖНЕНИЕ 3

Помотрите **вверх вправо**, задержитесь на 5 секунд, расслабьте глаза. Посмотрите **вниз вправо**, задержитесь на 5 секунд, расслабьте глаза. Повторите 5 раз и сделайте то же самое на **левую** сторону.

Информация предоставлена только в образовательных целях.

Пожалуйста, всегда консультируйтесь с вашим медицинским специалистом относительно ваших индивидуальных возможностей.