

6+

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№12 (216) ДЕКАБРЬ 2020



ОТ РЕДАКТОРА



Провожая 2020 год, мы все с большой надеждой встречаем Новый 2021 год!

Будет ли он справедливее и великодушнее уходящего - покажет время... Подводя итоги 2020 года, большинство всё же говорят о навалившихся проблемах. Это - и последствия перенесенного COVID-19, и отсроченное получение такой необходимой плановой медицинской помощи, и пресловутая «дистанционка» в образовании и на работе, и экономические проблемы в связи с ограничениями в целом ряде отраслей.

...Не говоря уже о потере родных и близких, соседей. Драма утраты коснулась многих жителей края. Особый скорбный список - медицинские работники, погибшие при исполнении служебного долга! Преподавателей АГМУ, работников ковидных госпиталей и других медицинских учреждений провожали буквально всем краем.

Но жизнь она продолжалась. Мне кажется, мы стали внимательнее, участливее друг к другу. Отзывчивее, бескорыстнее.

Самоотверженно работал не только персонал медицинских учреждений, но и волонтеры. Принципиально изменились подходы в обеспечении эпидемической безопасности работающих на большинстве предприятий - как крупных, так и среднего и мелкого бизнеса.

Далеко еще не все проблемы борьбы с эпидемией решены, допускались ошибки, были и факты несознательного нигилизма со стороны отдельных нарушителей вводимых ограничений, но общий вектор общественного поведения - солидарность, сплоченность, настрой на победу!

Хочу высказать особые слова признательности всем членам Редакционного совета журнала, нашим постоянным авторам. Благодаря их инициативе, буквально с мартовского номера в нашем журнале появились материалы по профилактике COVID-19, об особенностях его течения при отдельных хронических заболеваниях. Публикации, разъясняющие суть и смысл вводимых противозидемических мероприятий, ограничений. Мы не допустили изменения графика выхода журнала. Многие специалисты отмечают, что именно в этот период пандемии возросла потребность в материалах по самоконтролю при хронических заболеваниях, и более востребованными стали не только такие материалы в текущих публикациях 2020 года, но и цикловые публикации «школ здоровья» в журналах прошлых лет, наши тематические спецвыпуски.

Дорогие земляки, читатели нашего журнала! Здоровья вам, мира и умиротворения в новом году!

Уважаемые коллеги, дай вам Бог избежать новых потерь и сохранить здоровье не только своих пациентов, но и личное!

Перемены неизбежны и пусть будет их больше позитивных!

С Новым 2021 годом!

**И.В. Козлова,
главный редактор**



**Какой будет
в 2021 году
медицинская
помощь**



**Модернизация
первичного звена
здравоохранения
края
на 2021-2025 годы**



**Как уберечь
детей от болезней**



**Жизнь после
пандемии**

На обложке: Сергей Николаевич ЕВДОКИМОВ, заведующий отделением рентгенодиагностики КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер».

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ "ЗДРАВООХРАНЕНИЕ"

С.Н. Евдокимов. «Самое приятное - это снять диагноз» 2-5

Какой будет в 2021 году медицинская помощь 6-7

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ ЖУРНАЛА

О.В. Ремнева, С.Д. Яворская, Н.И. Фадеева.

Фитотерапия для женского здоровья 8-10

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ ЖУРНАЛА

А.Ф. Лазарев, И.В. Вихлянов 11

М.П. Киприянова. Медики - всегда на передовой! 12-15

ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА

А.И. Гальченко, В.В. Скоробогатова, А.П. Глиос.

Инфекции и цервикальный канцерогенез. Стратегии скрининга 16-19

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ "ЗДРАВООХРАНЕНИЕ"

И.В. Козлова. Модернизация первичного звена

здравоохранения края на 2021-2025 годы 20-21

Алкоголик или просто пьяница? 22

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

О.В. Апарина. Профилактика синдрома хронической усталости 23-25

Е.Г. Яшкина. Что такое МНО? 25-26

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ "ЗДРАВООХРАНЕНИЕ"

Ген во спасение 27

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ "ЗДРАВООХРАНЕНИЕ"

И.А. Вейцман, Н.С. Шабанова, А.Д. Кузьмина, М.О. Удалов.

Заболевания органов эндокринной системы и COVID-19 28-29

ЗА СЧАСТЛИВОЕ ЗДОРОВОЕ ДЕТСТВО!

Е.Е. Сафронова. Как уберечь детей от болезней 30-32

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ ЖУРНАЛА

Н.С. Ремнева 33

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ "ЗДРАВООХРАНЕНИЕ"

И.А. Вейцман, А.Г. Левченко. Реабилитация пациентов

с проявлениями метаболического синдрома 34-35

В ожидании третьей волны 36

И.Б. Климова. Боль нельзя терпеть! 37-39

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ ЖУРНАЛА

С.Д. Яворская 40

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ "ЗДРАВООХРАНЕНИЕ"

А.В. Лобанова. Жизнь после пандемии 41-43

#МыВместе-2020 44-45

Д.В. Кандракова. Как защитить ребенка от переутомления? 46-47

Новости здравоохранения России 48



«Самое приятное - ЭТО СНЯТЬ ДИАГНОЗ»

В ноябре в Алтайский краевой онкологический диспансер по федеральной целевой программе «Борьба с онкологическими заболеваниями» поступило новое рентгенологическое оборудование - два современных комплекса лучевой диагностики общей стоимостью около 60 миллионов рублей.

Наш разговор с **Сергеем Николаевичем ЕВДОКИМОВЫМ**, заведующим отделением рентгенодиагностики КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер», врачом-рентгенологом высшей квалификационной категории, - о достоинствах нового оборудования и в целом о работе отделения.

- С приобретением нового комплекса какие появились преимущества в лечении онкологических больных?

- В нашем отделении рентгеновский аппарат и маммограф работали с 2013 года. И чтобы расширить диапазон выполняемых обследований, требовалось существенное обновление. Теперь же мы можем проводить полное диагностирование больных в одном месте.

Если раньше специалисты отделения работали на полуаналоговом рентгенаппарате, то есть можно было снимать только на пленку, то сейчас это полностью цифровая установка экспертного класса. Помимо сокращения времени исследования - до 30 секунд на один снимок, ведется видеорентгенографическая запись исследуемых органов пациента, и при этом мы получаем улучшенное разрешение и большую информативность, что, безусловно, повышает точность проводимой диагностики. Оборудование позволяет проводить

обследование тяжелых больных, которые самостоятельно не двигаются: аппарат вращается вокруг больного, лежащего на столе, и сам выставляет нужное положение тела.

Новый современный цифровой маммограф оснащен стереотаксической приставкой: теперь у нас есть возможность и проводить пункцию молочной железы не под контролем УЗИ, и пунктировать те случаи, которые УЗИ «не видит», например, микрокальцинаты. Сейчас обучаем работу на новом аппарате врачей-маммологов, которые и будут определять контингент для диагностики.

С 2019 года мы имеем возможность просматривать ранние данные по пациенту - все результаты всех обследований бессрочно хранятся на центральном сервере нашего онкодиспансера и в единой справочной системе Алтайского края. То есть пациенту не нужно хранить снимки и приходить с ними на прием. Также большой плюс в том, что можно получать оперативные экспертные консультации узких специалистов в сложных ситуациях.

- Сергей Николаевич, по-вашему, каким должно быть современное отделение рентгенодиагностики?

- Диагностируя и подготавливая пациента к лучевому лечению, нам необходимо макси-



мально точно определить распространенность патологического процесса, его локализацию, размеры опухолевого очага и оценить состояние органов, которые находятся рядом.

После окончания Алтайского медицинского института в 1982 году я пришел работать рентгенологом в онкологический диспансер. В рабочем плане мне повезло, что и тогда был полный комплекс диагностики. Постепенно обновляли аппаратуру, вводили и осваивали новые методики. Поэтому, считаю, современное рентгенологическое отделение должно иметь наиболее полный комплекс оборудования для первичных обследований, чтобы пациент пришел в наше отделение и получил ответы на все вопросы: рак это или нет, если да, то требуется ли дообследование и каким должно быть оптимальное лечение, - пациент не должен ходить из одного кабинета в другой. Это же правило относится и к больным, которые ложатся в стационар. Например, больные с тазовыми опухолями обязательно проходят МРТ малого таза, где мы оце-





ниваем инвазию, внутренние окружающие ткани, лимфоузлы, то есть обследование проходит комплексно, в полном объеме, чтобы онкохирурги смогли определиться с дальнейшей тактикой оперативного лечения.

Хочу рассказать немного о технологическом росте нашего отделения, как мы работали раньше и как сегодня. В 1980-х годах для топометрии использовали тахомер и свинцовую ленту для получения передне-задних размеров и конфигурации тела. Далее от руки вы-

черчивалась топометрическая карта, на которой приблизительно вырисовывались прилежащие органы, мишень облучения по атласам. Кстати, и сейчас часть больных размечается в рентгенологических кабинетах диспансера по снимкам во взаимноперпендикулярных проекциях с нанесением рентгенонегативных меток на тело.

С 1995 года в Диагностическом центре Алтайского края больным выполнялся центральный скан через центр опухоли, который распечатывался на



Отдел лучевых методов исследования Алтайского краевого онкодиспансера состоит из четырех рентгенологических кабинетов, двух кабинетов компьютерной томографии, двух маммологических кабинетов и кабинета магнитно-резонансной томографии.

В диагностических целях широко используются:

- селективная томография и зонография для диагностики онкозаболеваний и воспалительных изменений в лёгких;
- пункционная биопсия образований в лёгких и средостении;
- исследование микрорельефа желудка;
- исследование толстой кишки в условиях ее медикаментозной релаксации и одномоментного двойного контрастирования;
- фракционный метод исследования тонкой кишки;
- зондовая и беззондовая релаксационная дуоденография;
- компьютерная томография и биопсия образований под контролем КТ.

Врач-рентгенолог-топометрист проводит топометрические исследования больным для планирования совместно с физиком-радиологом последующей лучевой терапии. Исследования проводятся как на рентгенологическом аппарате, так и на компьютерном томографе с последующей математической обработкой изображения, его сохранением в архиве данных на больных и распечаткой в масштабе 1:1 на бумаге.

Основным направлением работы отдела является уточняющая рентгенологическая диагностика онкологических заболеваний органов дыхания, пищеварения, молочных желез, мягких тканей и мочеполовой системы.

Врачи отделения имеют более 50 печатных работ по диагностике онкозаболеваний, а также рационализаторские предложения.

Отдел является центром организационно-методической работы и консультативной помощи лечебно-профилактическим учреждениям города и края, на его базе ежегодно проводятся семинары и практические занятия с врачами-рентгенологами, проходящими обучение на ФУВе по рентгенодиагностике и эндоскопии, а также проводятся занятия с врачами-интернами.



Национальный проект «Здравоохранение»

пленке. Потом этот кадр с учетом размеров тела, измеренных тазомером, с помощью фотоувеличителя увеличивался до масштаба 1:1 и рисовался от руки, как топометрическая карта. То есть на ней были истинные размеры опухоли и прилежащих органов. После кадр передавался физикам-радиологам для расчетов параметров облучения. По-моему, за Уралом такое никто не делал. Когда наши специалисты были на учебе в Москве, в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина», узнали, что по такому алгоритму работают и столичные коллеги-рентгенологи.

С 2000 года при разметке больных перед лучевой терапией мы стали использовать спиральный компьютерный томограф, на котором вычерчивались 2D-карты полей облучения. Но был существенный минус - нельзя было создать объемную модель органа-мишени. Сегодня в отделении лучевая подготовка проводится комплексом объединенного мультиспирального компьютерного томографа с высокоточной системой лазерного наведения на орган-мишень. МСКТ создаст 3D-реконструкцию опухоли с определением ее границ и объема, что важно для оценки регресса опухоли.

Недавно к нам приезжали из исследовательского центра онкологии имени Блохина. Оказывается, топометрические поля у них рисуют сами радиологи, рентгенологи в этом не участвуют. У нас же наоборот. Почему мы считаем, что так лучше? Рентгенолог смотрит по-другому, он при исследовании больного может больше увидеть в зоне обследования.

- Задам не совсем корректный вопрос: УЗИ, рентген, КТ, МРТ - по-вашему, за чем будущее?

- Каждый метод выполняет свою работу. Единственно, если раньше говорили, что ничего лучше-



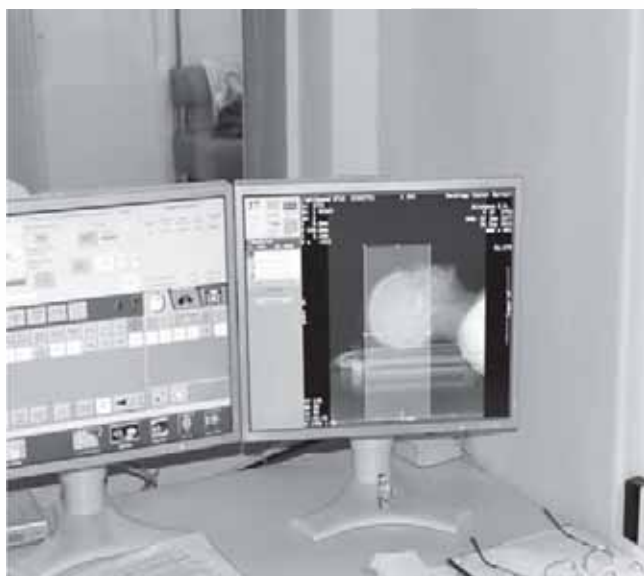
го нет рентгеновских пленок, то сегодня есть цифровые рентгенаппараты - и их качество просто нельзя сравнивать. Я всегда считал и считаю, что всё должно работать в комплексе, быть взаимозаменяемым. Так, нельзя нарушать алгоритм обследования пациента, который требует проведения конкретного метода исследования.

Когда появились компьютерные томографы, появились ускорители - сегодня мы работаем со 128-лепестковым (он, кстати, облучает строго на определенной глубине, поэтому у нас практически сошли на нет осложнения после лучевого лечения), но они не могут разметить больного, просчитать дозу. Врач-топометрист, как я говорил выше, всё выверяет, отправляет физику-радиологу, который просчитывает и уже после посылает данные на ускоритель, который создает поле облучения, рассчитанное именно для этого больного.

- Сергей Николаевич, буквально с каждым годом в вашем отделении появляются новые методики, новая современная аппаратура. Наверное, скоро можно будет говорить об активном использовании искусственного интеллекта в медицине...

- Думаю, что полностью этого не произойдет. Искусственный интеллект должен быть отлажен таким образом, чтобы слишком хорошо знать, видеть и определять норму. Но норма - это иногда понятие условное, она варьируется.

Моими учителями были Юрий Михайлович ДЕДЕРЕР, Зиновий Соломонович БАРКАГАН, Яков Нахманович ШОЙХЕТ. Это не искусственный интеллект, да и его не научить тому, что давали эти великие люди. Врач должен видеть человека, слушать и слышать его, улавливать интонацию, недосказанное. Глаза и уши, а также мозг специалиста ничем не заменить. Там, где должно быть общение с живым человеком, искусственный интеллект не может заменить никого.



Наверное, возможно использовать искусственный интеллект на первичной диагностике пациента. Или в тех методах лечения, которые подразумевают использование четкого алгоритма, и тогда пациент будет проходить такое же четкое лечение.

Чем больше работаешь в рентгенологии, тем больше понимаешь, что ничего не знаешь (*смеется*). И тем больше приходится читать, изучать, искать, советоваться с коллегами. У нас всегда была коллегиальность: врач-рентгенолог один не работает, рядом всегда есть кто-то более опытный, и они всегда могут посоветоваться. Так что у нас искусственному интеллекту с его усредненными понятиями нормы и патологии делать нечего.

- Учитывая прорыв в лечении разных заболеваний, прорыв в их диагностике, можно ли наконец говорить о том, что в сознании людей тоже что-то меняется в отношении собственного здоровья?

- Сегодня возможности для ранней диагностики онкологических заболеваний впечатляют. К примеру, полвека назад о таких вещах, как компьютерная, магниторезонансная томография, томография, маммография, эндоскопические обследования желудочно-кишечного тракта, органов бронхолегочной системы и т.п. жители Алтайского края в большинстве своем даже не слышали. Сейчас большинство онкопатологий можно уверенно диагностировать на ранних стадиях, когда они хорошо поддаются лечению. Всё, что для этого нужно, - своевременное обращение к врачу. Не только когда уже заболело, а прохождение профосмотров, диспансеризации с целью профилактики. К сожалению, в этом смысле наше традиционное русское «авось» нередко служит плохую службу - изменения менталитета в сторону более ответственного отношения к своему здоровью происходят медленнее, чем хотелось бы нам, врачам.



- Что самое приятное в вашей нелегкой работе?

- Самое приятное - это, как ни странно, раз в полгода в течение долгого времени видеть тех больных, которые у нас лечились. Они остались жить и они живут. Даже те, с кем были вначале некоторые недопонимания, после заходят и говорят тебе «спасибо».

Самое приятное - суметь помочь пациенту: вовремя и правильно поставить ему диагноз, успешно пролечить.

Еще самое-самое приятное - это снять больному диагноз, и надо видеть его глаза в этот момент! И мне радость.

Я глубоко удовлетворен своей работой, работой своего отделения. Знаете, как говорят, что если ты хочешь не работать, устройся на ту работу, которая тебе нравится, и ты будешь всю жизнь отдыхать. Так что можно сказать, что я всю жизнь отдыхаю.

- Сергей Николаевич, и несколько слов-пожеланий для наших читателей.

- Не стоит бояться, нужно вовремя ходить к врачам, обращаться за медицинской помощью, в том числе и специализированной. Есть хорошие врачи, грамотные, думающие. Помните, что пока вы в состоянии страха, уходит драгоценное время, которое может продлить вашу дальнейшую жизнь! Будьте здоровы! ☺

Мария Юртайкина

P.S. По итогам краевого смотра-конкурса «Лучший врач - 2020» заведующий отделением лучевой диагностики Сергей ЕВДОКИМОВ занял II место в номинации «Лучший врач по диагностическим исследованиям».

Поздравляем Сергея Николаевича с заслуженной победой! Желаем вам крепкого здоровья, творческих успехов и благополучия!





**Ольга Васильевна
РЕМНЁВА,**
доктор медицинских наук,
доцент, заведующая
кафедрой;



**Светлана Дмитриевна
ЯВОРСКАЯ,**
доктор медицинских наук,
доцент, профессор кафедры,
президент «Ассоциации
акушеров-гинекологов»
Алтайского края,



**Наталья Ильинична
ФАДЕЕВА,**
доктор медицинских наук,
профессор, профессор
кафедры

- кафедра акушерства и
гинекологии с курсом ДПО
АГМУ

Фитотерапия для женского здоровья

**Истоки врачевания травами берут свое начало
с времен Гиппократ, который говорил:
«Для исцеления человека существуют три вещи:
первая - слово, вторая - трава, третья - нож».**

Активное внедрение в медицину хирургии и фармацевтики в XX веке привело к пониманию, что основными направлениями медицины XXI века должны быть уход от полипрагмазии и преобладания синтетических субстанций, демедицинализация (сведение к минимуму медицинского вмешательства) лечебного процесса и профилактическая направленность. В этом аспекте мы стали всё чаще возвращаться к фитотерапии, которая прошла испытание веками и подтвердила свои эффективность и безопасность.

Частота назначения фитопрепаратов в 90-е годы прошлого века составляла лишь 38%, в первое десятилетие XXI века - 55%, а в 2011-2018 годы достигла рекордных 72%.

Траволечение сегодня

Современная фитотерапия основана на научных разработках и имеет профессиональную основу. Это - фармацевтические препараты, которые созданы и произведены на современных фармпредприятиях и прошли проверку на эффективность и безопасность. *Они могут быть представлены в виде лекарственных средств (регистрация в РЛС) или в виде БАД (биологически активных добавок).* Первые могут быть использованы для терапии, как правило, хронических заболеваний, вторые - либо с целью профилактики, либо в сочетании с медикаментозной терапией заболевания, как дополнительный препарат, усиливающий действие. Доказано, что прием препаратов, изготовленных на основе растительного сырья, способствует оптимизации процессов саморегуляции организма, нормализует его работу, обо-

гащая биологически активными веществами.

С давних времен траволечение, фитотерапия использовалась при различных проблемах, связанных с женским здоровьем. **Практический интерес к использованию фитосборов в акушерско-гинекологической практике сегодня обусловлен рядом факторов:** несостоятельностью иммунитета (в том числе местного), коморбидностью заболеваний, повышенной частотой нервно-психических нарушений у современных женщин. С помощью фитосборов удается мягко провести восстановление эндокринного, гемостазиологического и иммунного потенциала женского организма.

Фитотерапия часто применяется для:

- ▶ профилактики и комплексной терапии воспалительных заболеваний мочеполовой сферы, гормонозависимых заболеваний;
- ▶ коррекции нарушений менструального цикла;
- ▶ купирования предменструального синдрома и симптомов климактерия.

Возможности местной флоры

Флора Алтайского края чрезвычайно разнообразна и богата растениями, которые обладают лекарственными свойствами. Сотрудники кафедры акушерства и гинекологии с курсом ДПО Алтайского государственного медицинского университета уделяют фитотерапии большое внимание: есть ряд патентов по профилактике и лечению воспалительных заболеваний нижних



отделов полового тракта и хронического эндометрита сборами лекарственных растений Алтайского края. Особое место в научных работах уделяется позитивному воздействию лекарственных трав при доброкачественной дисплазии молочных желез, профилактике акушерских осложнений и комплексной прегравидарной подготовке, как способа профилактики первичной плацентарной дисфункции с исходом в благополучное вынашивание беременности и рождение здорового ребенка.

По группам здоровья

Программа прегравидарной подготовки зависит от того, в какую группу здоровья входит женщина. **Всем женщинам минимум за три месяца до предполагаемого зачатия показано** отказаться от вредных привычек, нормализовать ритм сна и отдыха, сбалансировано питаться, придерживаться умеренной физической активности, не работать во вредных условиях труда, скорректировать психотравмирующие ситуации, для пациенток из семьи групп высокого социального риска показана работа с социальным работником.

Женщинам первой группы здоровья (здоровые) показано:

- ◆ переход на барьерные методы контрацепции за 2-3 месяца,
- ◆ фолиевая кислота (400мкг в сутки) не менее, чем за три месяца до планируемой беременности,
- ◆ препараты йода (200мкг в сутки).

Женщинам второй группы здоровья, имеющим факторы риска патологии репродуктивной сферы, **дополнительно настоятельно рекомендуется:**

- ◆ санация очагов хронической инфекции экстрагенитальной локализации,
- ◆ лечение хронических неинфекционных соматических заболеваний.

Женщинам третьей группы здоровья, имеющим нарушения со стороны репродуктивной системы: заболевания органов репродуктивной сферы, нарушение фертильности и /или невынашивание беременности, - **показано комплексное оздоровление,** в том числе в санаторно-курортных условиях.



В программах прегравидарной подготовки при наличии фоновых инфекционных и неинфекционных соматических заболеваний, а также при психотравмирующих ситуациях мы активно используем фитокомплексы Алтая.

Среди фоновых инфекционных заболеваний лидируют **болезни бронхолегочной системы и мочевыводящих путей.** В зависимости от патологии можно рекомендовать лёгочные фитокомплексы, содержащие фитонциды, которые оказывают противовоспалительное действие и способствуют очищению слизистой оболочки бронхов (*девясил, подорожник, солодка голая, мать-и-мачеха, крапива, эвкалипт круглый, алтей лекарственный, шалфей, чабрец*), либо фитоуросептики (*укроп, толокнянка, кипрей, хвощ полевой, эрва (пол-пала), зизифора*), которые обладают легким мочегонным эффектом, улучшают функцию почек, не нарушая ее электролитного микроэлементного состава, помогают восстановить биоценоз слизистой мочевыводящих путей и влагалища.

В случаях хронических и вялотекущих воспалительных процессов, как правило, органом-мишенью становится **печень,** поэтому в лечебной программе рекомендованы печеночные фитосборы, содержащие гепатопротекторы и холеретики (*расторопша пятнистая, володушка золотистая, солянка холмовая, бессмертник песчаный, кукурузные рыльца, одуванчик лекарственный*).

В прегравидарной подготовке при наличии фоновых инфекционных и неинфекционных соматических заболеваний, а также при психотравмирующих ситуациях мы активно используем фитокомплексы Алтая.





Окончание. Начало в №5(209)-№6(210), №9(213)-№11(215) 2020 года

Медики - всегда на передовой!

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

Вечная память!

В годы ВОВ руководству эвакогоспиталей приходилось решать и такую социально значимую задачу как захоронение умерших в эвакогоспиталях военнослужащих. Основными причинами смертности в алтайских эвакогоспиталях являлись осложнения и заболевания, развившиеся на предыдущих этапах лечения до прибытия в эвакогоспиталь, без учета несчастных случаев и самоубийств. Наиболее часто умирали больные с запущенными формами туберкулеза.

Через горрайвоенкоматы эвакогоспитали обязывались немедленно извещать родственников военнослужащих, умерших в госпиталях. Персональный учет потерь личного состава Красной Армии (убитые, умершие от ран, пропавшие без вести, попавшие в плен) был сосредоточен в Управлении по укомплектованию войск Главупрформа Красной Армии. О лицах, умерших в пути следования в лечебные учреждения, начальник транспорта, сопровождающий их, был обязан подробно доложить лицу, принимающему раненых, а также где они оставлены для погребения (или погребены) и чьим распоряжением и где будут погребены. Один экземпляр вкладыша медальона, снятого с умершего в пути следования, сдавался лицу, принимающему раненых. В случае отсутствия медальона сопровождающий обязывался принять меры к установлению личности умершего. Начальник эвакогоспиталя об-

умерших в пути доносил наравне с умершими в госпитале. Организация похорон возлагалась на местные органы власти. Сведения об умерших в эвакогоспиталях поступали в военные комиссариаты по месту призыва, а свидетельства о смерти отсылались по месту жительства военнослужащего. Во избежание двойного учета умершие в эвакогоспиталях военнослужащие не подлежали регистрации в гражданских ЗАГСах.

Списки военнослужащих, умерших от ран в лечебном учреждении, а также на умерших в пути при эвакуации, предоставлялись один раз в 5 дней. С этой же регулярностью эвакогоспитали Алтайского края представляли в санитарное управление СибВО именные списки умерших в госпиталях военнослужащих, эвакуированных с фронта. СибВО три раза в месяц отправляло сводный список в Управление по укомплектованию войск. В эвакогоспиталях учет велся отдельно на офицерский, сержантский и рядовой составы, умерших в лечебном учреждении от ран и полученных на фронте болезней.

Смерть каждого военнослужащего была предметом детального разбирательства со стороны органов власти. Для выяснения причин смерти проводились вскрытия в патологоанатомических отделениях эвакогоспиталей или при гражданских лечебных учреждениях. Для выяснения причин смерти и выявления диагностических и лечебных ошибок на раз-



личных этапах эвакуации и в эвакогоспиталях не реже 1 раза в 2 месяца проводились клиничко-анатомические конференции. По их итогам председатель делал заключение о причине врачебных ошибок и как их предотвратить. Врачебно-контрольная комиссия после разбора всех материалов выносила решение, копия которого прилагалась к истории болезни умершего или отображалась в эпикризе истории болезни в виде основных данных из акта патологоанатомического вскрытия, и отсылалась в УРЭП №62.

Городские и районные исполкомы обязывались отводить специальные участки кладбищ для погребения военнослужащих. В связи с тяжелой обстановкой и дефицитом материальных ресурсов в Алтайском крае рядовой и средний состав военнослужащих хоронили без гробов в минимальном обмундировании. Умерших военнослужащих, по инструкциям НКО СССР, хоронили в траншеях шириной 2м и глубиной 1,5м, на расстоянии 0,5м друг от друга, оставляя проход в 1м. Место моги-





лы отмечали столбом с прикрепленной жестяной дощечкой, на которой масляной краской писали порядковый номер, по которому регистрировали могилу в кладбищенских книгах и органах НКВД.

В годы ВОВ расходы, связанные с погребением умерших военнослужащих в эвакогоспиталях НКЗ, производились за счет средств местного бюджета края, в эвакогоспиталях ВЦСПС - за счет средств ВЦСПС, проведенных как расходы, непредусмотренные сметой.

Смертность в эвакогоспиталях Алтайского края была относительно низкой, но точное количество умерших воинов не указано даже в сводном отчете начальника отдела эвакогоспиталей П.А. Тонконова. В настоящее время имеются данные по отдельным городам и районам края, где располагались эвакогоспитали за годы ВОВ. Согласно выявленным источникам, количество умерших в эвакогоспиталях Алтайского края составляет более 730 человек.

Топчихинским районным краеведческим музеем установлены имена двух воинов, умерших в эвакогоспитале №2504 с.Топчиха, место их захоронения не установлено. За всё время работы эвакогоспиталя №3721 п.Тальменка умер один солдат, который похоронен на старом Тальменском кладбище. Умерших в эвакогоспиталях Славгорода военнослужащих хоронили на городском кладбище. Военнослужащих, умерших в эвакогоспиталях Бийска, хоронили на Вознесенском (центральном, старом нагорном) и на Заречном кладбище (179 человек). 125 военнослужащих, умерших за годы войны в эвакогоспитале №4100 с.Лебяжье, похоронены в восточной окраине курорта Лебяжье.

Военнослужащие, умершие в эвакогоспиталях Барнаула, похоронены на старом городском (воинском, Булыгинском, Кировском) кладбище. В эвакогоспитале №4094 Барнаула умерло пять воинов, поступивших в нетранспортабельном или крайне тяжелом виде. Место их захоронения не



установлено. В 1975 году на братской могиле установили мемориальный комплекс умершим от ран в госпиталях Барнаула, где на стенах указаны 420 фамилий военнослужащих. На центральной аллее - могилы заслуженных врачей А.Н. Чеглецова и К.И. Зерова. Булыгинское кладбище Барнаула с 1994 года имеет статус памятника истории и культуры регионального значения.

Кроме военнослужащих, прибывших с фронта, местные органы власти обязывались хоронить умерших в спецгоспитале Славгорода военнопленных. В марте 1943 года в пути до спецгоспиталя НКВД №1512 Славгорода погибли от голода и болезней 157 военнопленных, которые были похоронены на городском кладбище. Точных данных о количестве умерших и местах их погребения не сохранилось.

Работа на высоком уровне

Благодаря самоотверженной работе персонала эвакогоспиталей, местных органов власти и здравоохранения задачи по лечению и возвращению в строй военнослужащих, адаптации инвалидов ВОВ к трудовой деятельности эвакогоспиталями Алтайского края в целом была выполнена. По данным Управления эвакогоспиталями НКЗ РСФСР, эвакогоспитали

Алтайского края по результатам лечебной работы систематически занимали одно из первых мест среди краев и областей глубокого тыла. В них не было отмечено эпидемических вспышек инфекционных заболеваний, что свидетельствовало о систематической санитарно-эпидемиологической работе. Общий процент выписки в строй из алтайских эвакогоспиталей составил 46% (в 1943 году), что превысило аналогичные показатели соседних регионов.

За время войны на территории Алтайского края в эвакогоспиталях НКЗ лечилось 98707 раненых и больных, без учета гарнизонных и профсоюзных госпиталей. Суммарно по эвакогоспиталю края ведомств НКО, ВЦСПС и НКЗ прошли лечение свыше 100 тысяч раненых и больных воинов, преимущественно рядового и младшего начальствующего состава.

Основными специализациями эвакогоспиталей Алтайского края являлись терапевтическая, общехирургическая, восстановительная хирургия и ортопедия. Специализация определялась контингентом раненых и больных военнослужащих и не являлась постоянной. Основной контингент алтайских эвакогоспиталей составляли раненые с повреждениями костей, осложненные остеомиелитами, контрактурами, свищами, с вялозаживающими ранами и множествен-





ными осколочными ранениями, ампутациями, хроническими и инфекционными заболеваниями, требующими длительного лечения и восстановления. Узкоспециализированная помощь оказывалась раненым и больным в отоларингологическом, челюстно-лицевом, травматолого-ортопедическом, неврологическом и инфекционном эвакогоспиталях.

С завершением ВОв отдел эвакогоспиталей Алтайского крайздрава был расформирован. Барнаульские эвакогоспитали №1511 и 3500 были реорганизованы в госпитали для лечения инвалидов ВОв.

Социализация

Основной целью деятельности краевого комитета помощи раненым являлось обеспечение условий в эвакогоспиталях для максимального возвращения на фронт либо в трудовой тыл раненых военнослужащих. Комитет держал под наблюдением санитарное состояние госпиталей, работу подсобного хозяйства, организацию питания воинов, подготовку к зиме, культурно-бытовое обслуживание раненых, повышение квалификации врачей и среднего медицинского персонала, деятельность шефских организаций, контролировал трудоустройство и трудоустройство инвалидов войны, создание специальных мастерских при госпиталях.

В годы ВОв одной из важнейших задач командования эвакогоспиталей являлась социальная реабилитация раненых и больных.

Трудовое обучение в эвакогоспиталях было этапом подготовки военнослужащих, по состоянию здоровья подлежащих увольнению из армии, к трудовой деятельности или к дальнейшему обучению. Введение первичного трудового обучения в эвакогоспиталях позволяло не только получить профессию не имевшим образования или утратившим способность к прежней работе, но и осознать, что с инвалидностью можно жить и быть полезным стране в условиях войны, ресоциализироваться. По пригодности к труду выделялись три группы инвалидов ВОв: I - совершенно непригодные к труду в условиях предприятий и учреждений, II - могли трудиться при определенных созданных для них условиях, III - незначительно ограниченные к труду. Получая первичные трудовые навыки, инвалиды учились под присмотром врачей обходиться без ампутированных конечностей, имея дефекты тела и проблемы здоровья. В эвакогоспиталях набирали кандидатов на обучающие курсы, выбирали подходящую профессию для этой группы и организовывали занятия.

Эвакогоспитали за 10 дней до выписки подавали горрайсобесам списки на выбывающих военно-

служащих и заявку на трудоустройство инвалидов, остающихся в крае. В адрес эвакогоспиталей поступали заявки от предприятий, учреждений и госструктур края. Требовались вахтеры, дворники, кочегары, механики, монтеры, столяры, а также киномеханики, кинорадиотехники, художники, шоферы, переплетчики, инструктора военно-массовой работы, инструктора культурно-художественной работы.

Но при этом организация трудоустройства в эвакогоспиталях часто была пущена на самотек. Помимо слабой материально-технической и финансовой базы в госпиталях был дефицит педагогических кадров и инструкторов по учебным дисциплинам, отсутствовали учебные программы для инвалидов при строгой пропускной системе на территорию госпиталей. Негативное влияние оказывали и частая смена раненых и больных военнослужащих, их непостоянное количество, передислокация госпиталей. Были случаи отказов в приеме на работу инвалидов и создании для них необходимых условий. На 1 октября 1942 года не работали 4074 инвалидов войны, 50% из них по заключению ВТЭК к работе были допущены. Поэтому среди инвалидов наблюдались пьянки, драки, скандалы, спекуляция, нежелание идти на работу и моральное разложение.

Для размещения большого числа инвалидов войны требовалась реорганизация ряда домов инвалидов. В интернаты были преобразованы Зудилковский дом инвалидов - в трудовой интернат общего типа на 253 койко-места, Бийский - в интернат общего типа на 175 койко-мест, Барнаульский - в интернат больничного типа на 200 койко-мест. Крайсобес должен был организовать новый интернат трудового типа на 250 мест с отделениями для инвалидов войны с хроническими психическими расстройствами на 100 мест.

Инвалиды войны, не имеющие постоянного места жительства, направлялись в Барнаульский, Бийский и Зудилковский дома инвалидов. В 1943 году постановлением СНК РСФСР дома инвалидов





были преобразованы в интернаты. Для инвалидов войны, имеющих хронические психические расстройства, был организован интернат трудового типа.

Создание интернатов позволило усилить государственный контроль над материальным и продовольственным обеспечением, медицинским уходом и трудоустройством инвалидов войны. В трудовых интернатах все инвалиды участвовали в трудовых процессах и обслуживались самостоятельно. Было организовано трудоустройство по профессиям помощник бухгалтера, пчеловод, шофер, часовой мастер, ученик сапожника. Инвалиды войны поступали в учебные заведения края: акушеро-фельдшерские школы, Алтайские машиностроительный и сельскохозяйственный институты, краевые партийные курсы и другие. Инвалиды войны получали единовременные пособия, ордера на получение одежды и обуви, путевки на курорты. На территории СибВО инвалидам за годы войны было выдано помощи на 78064 тысяч рублей, на льготных условиях продано 59526 голов скота, выдавались одежда и обувь.

Активная воспитательная работа в эвакогоспиталях Алтайского края проводилась с медицинским и обслуживающим персоналом, сформированным из числа местного гражданского населения, не принявшего военную присягу и не знакомого с уставами и требова-



ниями военной службы. Учитывая сложную военную обстановку, практически круглосуточный труд, недостаточное питание и проблемы бытового обслуживания, требовалось сохранить высокую трудовую заинтересованность и дисциплину среди работников эвакогоспиталей. Наиболее распространенными нарушениями трудовой дисциплины в эвакогоспиталях были воровство, несоблюдение графика работы (опоздание, отсутствие на рабочем месте, ранний уход с работы и т.д.), игнорирование персональной ответственности за качество и сро-

ки исполнения должностных обязанностей, грубое и невнимательное отношение к раненым и больным воинам, распространение слухов и сомнения в победе советского народа.

Особого внимания требовал вопрос детской беспризорности. Из-за отсутствия возможности оставить малолетних детей одних дома и полная занятость на работе, приводили работников госпиталей к тому, что они брали детей с собой, что являлось нарушением правил лечебного учреждения. Вопросами бытовых условий сотрудников, ремонта квартир и общежитий персонала, открытием детских садов и детской беспризорности детей сотрудников занимался бытовый сектор профсоюзных комитетов эвакогоспиталей. При возможности для детей персонала организовывались детские сады. Дети постарше привлекались к посильной работе на территории госпиталя и подсобном хозяйстве. Девочки работали при госпитале нянями, уборщицами, стирали бинты. Относительно хорошее снабжение госпиталей привлекало на их территорию много беспризорных голодных детей. ☹

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

От редакции

Готовя в юбилейный 75 год Великой Победы к публикации цикл материалов о медиках края в годы Великой Отечественной войны, мы не предполагали, что пандемия 2020 года так жестко и без прикрас в очередной раз покажет всему миру - лидерам стран, политикам, всем жителям, то, что медики всегда: и тогда, и сейчас - на передовой! Их самоотверженность, чувство долга, профессионализм вызывают уважение. Именно благодаря их героизму (иначе не назовешь) сохранены многие и многие жизни. Медицинское сообщество в условиях пандемии несет и сегодня невосполнимые потери...

И если уж это война (!), то победа требует концентрации и дополнительных усилий не только от медиков, но и от власти, от всего общества... Отсидеться в «глубоком тылу» не получится, уж такая особенность этой необъявленной войны с COVID-19! И нам важно не забыть реальных героев после победы, не оставить без внимания семьи погибших товарищей...





**Анжелика Ивановна
ГАЛЬЧЕНКО,**
кандидат медицинских
наук, доцент;



**Виктория
Владимировна
СКОРОБОГАТОВА,**
клинический ординатор;



**Альбина Петровна
ГЛИОС,**
клинический ординатор

- кафедра акушерства и
гинекологии с курсом
ДПО АГМУ

Инфекции и цервикальный канцерогенез. Стратегии скрининга

На протяжении длительного времени злокачественные новообразования шейки матки стабильно занимают ведущее место в структуре женской онкологии. По данным официальной статистики за 2019 год, в структуре онкологии репродуктивных органов женщины рак шейки матки занял третье место, пропустив вперед только рак молочной железы и тела матки. В реальных цифрах это - 17221 первично выявленный рак в РФ и 280 случаев рака у жительниц Алтайского края.

В структуре общей заболеваемости женщин злокачественные новообразования шейки матки в возрастной группе 25-34 года занимают первое, а в возрастной группе 35-49 лет - второе ранговые места. Наибольшее число впервые выявленных случаев злокачественных новообразований шейки матки выявлено в возрасте 40-44 года. Это всё наши сестры, дочери и матери, бабушки, которые могли быть здоровы и счастливы еще долгие годы, если бы не «судьба-злодейка» (как часто сетуем), а на самом деле - наша безграмотность и пренебрежительное отношение к своему здоровью.

Предлагаем вместе ответить на вопросы: почему, кто виноват и что делать, чтобы горе не пришло к нам в дом?

Рак шейки матки

Рак шейки матки - это злокачественная опухоль, исходящая из слизистой оболочки шейки матки. Главной причиной развития данной патологии является инфицирование вирусом папилломы человека (ВПЧ), а именно онкогенными штаммами.

Инфицирование ВПЧ происходит преимущественно *половым путем*. При использовании презерватива риск заражением ВПЧ сводится к минимальному. Также возможно инфицирование *через предметы личной гигиены,*

при наличии трещин или микротравм на коже или слизистых оболочках. Доказано, что передача вируса возможна при оральном сексе. При инфицировании ВПЧ внедряется в эпителиальные клетки шейки матки. С помощью вирусной ДНК нормальные клетки, выстилающие поверхность шейки матки, начинают трансформироваться в атипичные клетки, которые превращаются в злокачественные.

В группе риска находятся:

● *девушки с ранним началом половой жизни, часто сменяющие и имеющие большое число половых партнеров - возрастает риск получения инфекции;*

● *женщины с ранними беременностями и родами (до 18 лет), потому что беременность связана с иммунодефицитом, позволяющим выносить ребенка, но это способствует размножению ВПЧ, кроме того в родах происходит травматизация шейки матки;*

● *пациентки с фоновой патологией шейки матки: лейкоплакией, эритроплакией, полипами, цервицитами, кондиломами шейки матки, так как эти заболевания снижают сопротивляемость тканей шейки матки;*

● *возникновению рака также способствуют уже имеющиеся инфекционные поражения шейки матки: генитальный герпес, хламидиоз, ВИЧ-инфекция;*



● **курение.** Медицинская статистика разными исследованиями во всех странах мира абсолютно четко подтверждает взаимосвязь курения и возникновение рака шейки матки. Дело в том, что смолы, которые женщина вдыхает вместе с табачным дымом, экскретируются слизью влагалища. Это изменяет качество слизи, она ослабляет и изменяет местный иммунитет. Эпителий влагалища и шейки матки становится более уязвимым для инфекционных заболеваний, в том числе ВПЧ. По статистике, с вирусом папилломы в течение жизни сталкивается 80% людей, но когда этот вирус попадает в организм курящей женщины, риск развития онкологических заболеваний у нее увеличивается в разы. Поэтому женщины с никотиновой зависимостью чаще подвержены возникновению рака шейки матки. Более того, курение способствует распространению рака в силу того, что у длительно курящих людей трофика тканей, их питание, значительно хуже.

Наличие вышеперечисленных факторов не говорит о 100%-ном развитии рака шейки матки, а лишь повышает риск!

Можно ли избежать рака?

Рак шейки матки - это не российский феномен, а серьезная мировая проблема. Однако это заболевание легко диагностируется, что в большинстве случаев помогает избежать «точек невозврата».

Все диагностические методы обследования шейки матки направлены на раннюю диагностику рака шейки матки и его облигатную форму предрака - цервикальную интраэпителиальную неоплазию (Cervical Intraepithelial neoplasia C(IN)), или дисплазию шейки матки. Цервикальная интраэпителиальная неоплазия, вызываемая ВПЧ, предшествует развитию рака на протяжении нескольких лет и даже десятилетий - это дает шанс вовремя диагностировать и провести лечение патологии. Цервикальный скрининг в России включает **тест на ВПЧ и цитологическое исследование клеток**, взятых с поверхности шейки матки и цервикального канала.

Формирование дисплазии шейки матки и рака шейки матки



ВПЧ-тестирование

ВПЧ-тестирование позволяет выявить наличие вируса папилломы человека в эпителии шейки матки женщины и оценить эффективность проводимой терапии. В Российской Федерации существует пять лабораторных видов тестирования на ВПЧ. Независимо от вида тестирования все они направлены на обнаружение генетического материала вируса.

Известно более ста типов ВПЧ. Типы - это своеобразные «подвиды» вируса, отличающиеся между собой. Типы обозначаются номерами, которые присваивались им по мере открытия. **Группу высокого онкогенного риска составляют 14 типов:** 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68 - они имеют отношение к развитию рака шейки матки. Кроме того, известны **типы низкого онкогенного риска** (главным образом это 6 и 11), которые приводят к образованию аногенитальных бородавок (остроконечных кондилом, папиллом). Папилломы располагаются на слизистой вульвы, влагалища, в перианальной области, на коже половых органов. Они практически никогда не становятся злокачественными, однако приводят к существенным косметическим дефектам в области гениталий.

Материал на ВПЧ-исследования может быть получен с помощью взятия материала цитощеткой с цервикального канала и влагалищной части шейки матки, либо забор материала может быть произведен самостоятельно.

Существует скрининг с самозабором вагинальных выделений для ВПЧ-

Рак шейки матки - это злокачественная опухоль, исходящая из слизистой оболочки шейки матки. Главная причина развития данной патологии - инфицирование вирусом папилломы человека, а именно онкогенными штаммами.



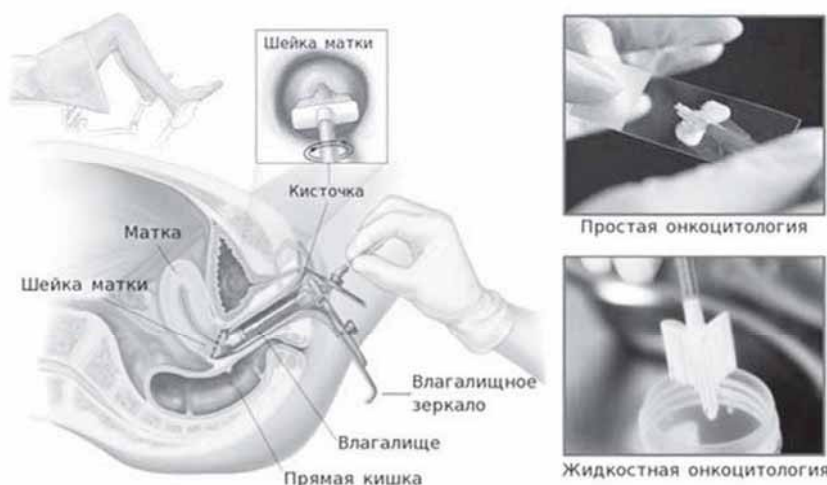
Начало цервикального скрининга начинается через два года после начала половой жизни или в 21 год, а заканчивается в 69 лет. До 29 лет проводится цитологическое исследование мазка с шейки матки не реже одного раза в три года, с 30-69 лет - цитология и тест на ВПЧ не реже одного раза в пять лет.

тестирования, который активно сегодня внедряется в странах Западной Европы. С помощью специального вагинального тампона, введенного во влагалище, производится забор вагинальных выделений, после женщина помещает тампон в специальную среду и герметично его закрывает. Затем пациентка самостоятельно маркирует пробирку и заполняет анкету, где указывает мобильный телефон или адрес электронной почты для обратной связи, и по почте отправляет их в лабораторию. Далее если женщина получает положительный результат мазка, то она направляется к акушеру-гинекологу для дальнейшего обследования. При отрицательном результате интервал повторного обследования составляет от 3 до 5 лет, но первые два исследования должны проводиться ежегодно. Безусловно, этот метод имеет свои преимущества перед традиционным взятием мазка на приеме у врача-гинеколога. Он подходит женщинам с нехваткой времени, к тому же экономически менее затратен, также этот метод безболезненный - взятие мазка производится без помощи гинекологических зеркал (при данном инструментальном обследовании большинство женщин испытывают определенный дискомфорт).

Цитологический скрининг

Цитологический скрининг позволяет обнаружить аномальные картины за счет атипических клеток.

Взятие мазков на онкоцитологическое исследование



Безболезненная процедура цитологического исследования **проводится** в первую фазу цикла у менструирующих пациенток или в любой день в возрасте менопаузы, с помощью специального инструмента - цитощетки.

Комбинированная цитощетка вводится в цервикальный канал, при этом часть ее остается на поверхности шейки матки и проворачивается несколько раз для взятия качественного мазка. После взятия материала мазок наносится на предметное стекло и окрашивается по Папаниколау. Либо же цитощетка помещается в специальную емкость со средой (жидкостная цитология) и отправляется в лабораторию на исследование. Заметим, что в современном подходе к скринингу предпочтительней жидкостная цитология, так как минимизируется риск получить некачественный материал, при этом остаточную клеточную суспензию - для ВПЧ-тестирования.

Чтобы результат был максимально информативен, не следует проходить обследование ранее 48 часов после полового акта, во время менструации, ранее 48 часов после использования lubricantов, тампонов или спермицидов, в период лечения генитальных инфекций или после проведения кольпоскопии, после вагинального исследования или спринцевания.

Интерпретацию результатов цитологических методов проводят согласно современной международной классификации Бетесда.

Начало скрининга начинается через два года после начала половой жизни или в 21 год, а заканчивается в 69 лет. До 29 лет проводится цитологическое исследование мазка с шейки матки не реже одного раза в три года, с 30-69 лет - цитология и тест на ВПЧ проводятся не реже одного раза в пять лет. Совокупность данных исследований и есть **цервикальный скрининг**, который обязательно должна проходить каждая женщина.

При получении аномального результата цитологического исследования мазка либо при наличии подозрительных визуальных аномалий, а также при выявлении ВПЧ женщина нуждается в дополнительном обследовании - проведении кольпоскопии (метод визуализации шейки матки).



Кольпоскопия

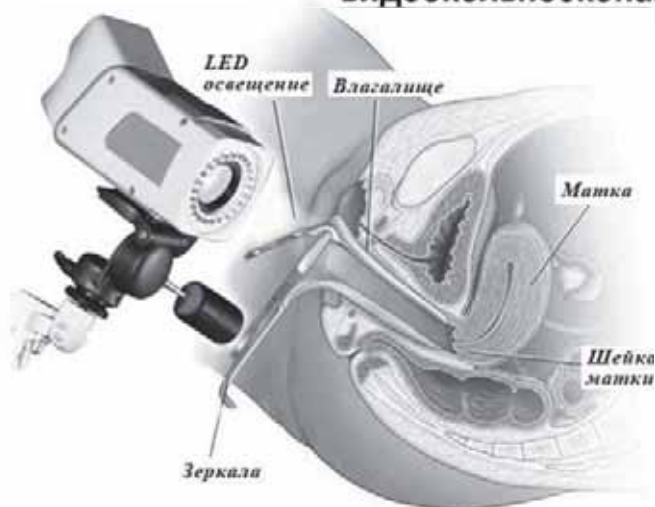
Кольпоскопия - это гинекологический метод исследования с проведением прицельного и детального осмотра шейки матки при помощи микроскопа особой конструкции. Основная цель метода - найти наиболее измененный участок и взять биопсийный материал для гистологического исследования.

Исследование проводит врач-гинеколог в специальном процедурном кабинете, где есть кольпоскоп. Это - особая система на штативе с подсветкой и возможностью дополнительного увеличения изображения линзами до 15-40 раз. Аппарат ставится на расстоянии примерно 20-25см от области шейки матки. Кольпоскопия проводится перед проведением двуручного исследования и других процедур в кресле гинеколога, но при этом предварительно удаляется отделяемое с поверхности шейки матки.

Обзорная или простая кольпоскопия - это осмотр шейки матки и цервикального канала без применения каких-либо средств. Дает представление о форме и размере шейки, ее состоянии, наличии травм и разрывов, характере выделений, состоянии слизистых и сосудов.

Расширенный метод кольпоскопии - осмотр шейки матки и ее оценка при помощи обработки особыми веществами. Обычно применяют 3%-ный раствор уксусной кислоты, которым обрабатывают шейку матки. Под ее действием здоровые сосуды сокращаются, и шейка матки бледнеет, при этом атипические сосуды не сокращаются и отчетливо визуализируются. Так можно выделить участки неоплазии. Вторым этапом проводят обработку раствором глицерина с йодом (раствор Люголя). Нормальный многослойный плоский эпителий шейки матки содержит крахмал, который должен окрашиваться в коричневый цвет. Патологические же участки не прокрашиваются этим раствором и явно видны при осмотре. После осмотра при отсутствии изменений делается заключение «нормальная кольпоскопическая картина», а при наличии изменений - «аномальная кольпоскопическая картина». Наличие последней требует биопсии и гистологического исследования,

Кольпоскопия видеокольпоскопами SANWE



которое завершает диагностику шейки матки. Заключение гистолога даст окончательный диагноз и определит тактику дальнейших действий.

Срочно к врачу!

К врачу нужно незамедлительно обратиться :

► **при наличии кровянистых выделений и кровотечений** (межменструальные, постменопаузальные, контактные (после полового акта), при обильных менструациях),

► **при появлении белей** - жидких, водянистых, желтоватого или прозрачного цвета влагалищных выделений, обусловленных лимфореей,

► **если выделения приобрели гнойный характер, имеют цвет «мясных помоев» и зловонный запах,**

► **при наличии болевого синдрома и интоксикации** (слабость, недомогание, снижение веса, повышение температуры тела, бледность кожных покровов).

Эти симптомы могут свидетельствовать о различных заболеваниях женской половой сферы, одним из которых может быть рак шейки матки.

Таким образом, своевременное обращение женщин к специалисту, включая ежегодный профилактический осмотр, позволяют вовремя выявить патологию шейки матки еще до развития онкологического процесса, провести лечение, сохранить здоровье, улучшить качество и длительность жизни наших женщин. ☺

Обзорная или простая кольпоскопия - это осмотр шейки матки и цервикального канала без применения каких-либо средств. Дает представление о форме и размере шейки, ее состоянии, наличии травм и разрывов, характере выделений, состоянии слизистых и сосудов.



Модернизация первичного звена здравоохранения края на 2021-2025 годы

Принципы модернизации первичного звена здравоохранения в стране утверждены Правительством РФ еще в октябре 2019 года, во второй половине 2020 года - региональные программы должны были стартовать, но по объективным причинам (пандемия COVID-19) были изменены не только сроки, но и ряд существенных аспектов предстоящих изменений.

Еще в начале 2019 года состоялось публичное обсуждение краевой программы модернизации первичного звена здравоохранения. Региональное отделение ОНФ, наш журнал заняли тогда, как нам представляется, конструктивную и принципиальную позицию по данному направлению. Были дополнительные рабочие встречи с разработчиками программы. Были публикации по теме, в частности февральский, 2020 года но-

мер нашего журнала открывал материал «Мы хотим перемен!.. Но каких?». Наша позиция по целому ряду вопросов была услышана и учтена.

Решение неотложных задач, выработка и реализация части принципиальных решений, связанных с пандемией в стране, позволили вернуться к долгосрочным проектам. Так, в январе 2021 года предстоит старт Программы модернизации первичного звена здравоохранения и в

стране, и в Алтайском крае. Правительством Алтайского края 15 декабря 2020 года (Постановление №536) принята **региональная программа «Модернизация здравоохранения Алтайского края»**. В нее включены 93 медицинских организаций первичного звена, в том числе 58 ЦРБ, 21 городская больница и 13 городских поликлиник для детей и взрослых, а также МСЧ №128 в Яровом, подведомственности ФМБА РФ. По своей сути, это масштабная государственная программа развития первичного звена здравоохранения в стране. **Программа рассчитана на 5 лет, до 2025 года и ее реализация в крае оценивается в 8,4 млрд рублей, при этом средства краевого бюджета составляют 190,856млн. рублей (менее 3%)**. При том, что затраты на строительство, капитальный ремонт, оборудование составляют значительную часть вложений - 7,4млрд руб. Но задача данной Программы - это не просто выполнение работ по строительству и реконструкции объектов здравоохранения!

Цели и задача ее совершенно иного масштаба! **Обеспечение доступности и качества, как программы первичной медико-санитарной, так и медицинской помощи в целом для жителей сельской местности, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек**. Так одна из четырех целей данной программы обозначена **целью обеспечения приоритета профилактики при оказании первичной медико-санитарной помощи**. Реги-



ональная программа учитывает, как сложившийся уровень заболеваемости и смертности жителей края, так и специфику административно-территориального устройства, низкую плотность населения, уже сложившуюся и доказавшую свою эффективность трехуровневую систему оказания медицинской помощи. Остаются актуальными в рамках программы и **выездные формы работы**, как в виде «мобильного ФАПа», так и медицинских бригад в составе врачей педиатра, терапевта, невролога, хирурга, офтальмолога, отоларинголога и других узких специалистов. **Существенно возрастет роль учреждений, обеспечивающих медицинскую помощь по межмуниципальному принципу, а также тех, в которых планируются изменения в связи с перераспределением обслуживаемого населения, с организацией в них консультативно-диагностических центров, в некоторых и поликлиник или даже с изменением вида самой медицинской организации.** Особое место в программе занимают вопросы коммуникаций, как в части улучшения состояния дорог регионального и межмуниципального значения, так и обеспечение работы межмуниципального и муниципального и специального транспорта.

Принципиально, по нашему мнению, то, что ключевой задачей программы является **вопрос подготовки и укомплектования кадрами учреждений здравоохранения.** Это темы и профориентации, и целевой подготовки, и решения социально-бытовых вопросов медицинского персонала, и внедрение современных форм деятельности, и выработка реальных механизмов мотивации сотрудников. Программа, на наш взгляд, представляет довольно подробный системный документ, формирующий представление и о сложившихся (в основном выше среднероссийских показателей) уровнях за-



болеваемости и смертности в регионе, и прогнозам их динамики. О предстоящей модернизации системы оказания медицинской помощи, представленной в том числе в схемах территориального планирования, в картах размещения объектов здравоохранения в крае. Отражены сроки строительства, реконструкции, поставки нового оборудования, санитарного транспорта и реализации других разделов программы, и объемы их финансирования. С программой можно ознакомиться на сайте <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/2200202012170005>.

Программа, на наш взгляд, является чрезвычайно значимой для социального развития края, не только в части обеспечения прав жителей на соблюдение государственных гарантий в вопросах охраны здоровья. Считаем, что фактически ее участниками станут не только по-

именованные в Паспорте Программы: министерства здравоохранения, транспорта, строительства и жилищно-коммунального хозяйства, финансов, ТФОМС Алтайского края, но и муниципалитеты, профессиональные медицинские и другие общественные организации края, СМИ, а по сути, она касается практически каждого жителя нашего края. Именно поэтому на заседании регионального штаба ОНФ края, которое прошло в декабре 2020 года, принято решение о системной работе по контролю за выполнением данной Программы с формированием региональной и территориальных экспертных групп ОНФ. Мы открыты для совместной работы и рассчитываем, уважаемые земляки, на ваше деятельное и активное участие. ☺

Ирина Валентиновна КОЗЛОВА,
главный редактор журнала,
сопредседатель Алтайского
регионального отделения ОНФ



Профилактика синдрома хронической усталости и эмоционального выгорания

Согласно определению ВОЗ, синдром эмоционального выгорания - физическое, эмоциональное или мотивационное истощение, характеризующееся нарушением продуктивности в работе и усталостью, бессонницей, повышенной подверженностью различным соматическим заболеваниям.

Ольга Вячеславовна АПАРИНА,
старшая медицинская сестра отделения анестезиологии и реанимации, высшая квалификационная категория, КГБУЗ «Центральная городская больница, г.Заринск», член ПАСМР с 2006 года



Уважаемые коллеги! Дорогие друзья!

Примите самые искренние и добрые поздравления с наступающими новогодними праздниками Новым 2021 годом и Рождеством Христовым!

Новый год – пора волшебства, всеми любимый и ожидаемый праздник. Он всегда несет радость новых открытий и надежду на лучшее! Пусть наступающий год укрепит веру в будущее, принесет в дела процветание и успех, в ваши дома – благополучие и стабильность, а в сердца – любовь и взаимопонимание! Желаю крепкого здоровья, творческого вдохновения, душевной стойкости и оптимизма вам и вашим близким!

Счастливого Нового года,
исполнения самых заветных желаний!

Президент
АРОО «Профессиональная ассоциация
средних медицинских работников»

Ю.А. Романченко

Интерес к синдрому эмоционального выгорания (СЭВ) обусловлен тем, что он является непосредственным проявлением проблем, связанных с самочувствием работников, эффективностью их труда и стабильностью деловой жизни организации.

В условиях современной жизни проблема переутомления очень актуальна. Частые стрессы, которые сопровождают человека дома и на работе, стали неотъемлемой частью жизни. Длительный монотонный и однообразный труд, который требует полной отдачи сил, отсутствие отдыха и недосыпание приводят к тому, что организм человека ослабевает и наступает **переутомление**. Ежедневные эмоциональные перегрузки разрушают психику любого человека - **синдром эмоционального выгорания является частым вариантом психоэмоциональных нарушений**.

Истощение связано с высоким эмоциональным и интеллектуальным напряжением. Таким образом, выгорание часто поражает медицинских работников, сотрудников благотворительных фондов, полицейских, учителей. Также очень часто подвержены профессиональному выгоранию люди, чья деятельность связана с необходимостью общаться с незнакомцами, выстраивать взаимоотношения с новыми людьми и постоянно быть на виду у других. Зачастую на рабочем месте выгорают лучшие сотрудники, склонные к чрез-



Ни в коем случае нельзя не замечать проблему эмоционального выгорания: накопившись, она может не только повлиять на здоровье, но и привести человека к решению избавиться от работы или же сменить профессию.

мерной продуктивности и перфекционизму. Неограниченная работа без сна и отдыха также является прямым путем к профессиональному выгоранию.

К симптомам эмоционального выгорания относятся: потеря интереса к изначально любимой работе, немотивированное проявление отрицательных эмоций по отношению к коллегам, утрата мотивации, негативные установки по отношению к своей работе, и, как следствие, снижение эффективности работы, ее интереса, пренебрежение исполнением своих обязанностей.

Этот синдром обычно расценивается как **стресс-реакция** в ответ на безжалостные производственные и эмоциональные требования, происходящие от излишней преданности человека своей работе и сопутствующим этому пренебрежением семейной жизнью и отдыхом.

Конкретных последствий профессионального выгорания нет, но постоянная усталость и плохое настроение могут привести к **депрессии**, а хронический стресс **повышает частоту опасных для жизни заболеваний** (артериальной гипертензии, инфаркта миокарда, инсульта, аритмии).

Ни в коем случае **нельзя не замечать проблему эмоционального выгорания**, так как, накопившись, она может не только повлиять на здоровье, но и привести человека к

решению избавиться от работы или даже сменить профессию. Вследствие чего снизится уровень результативности его профессиональной деятельности.

Американские ученые Маслач и Джексон исследовали СЭВ и выявили **его проявление в трех группах переживаний:**

- *эмоциональное истощение* (переживание опустошенности и бессилия);

- *деперсонализация* (дегуманизация отношений с другими людьми: проявление черствости, бессердечности, цинизма или грубости);

- *редукция личных достижений* (занижение собственных достижений, потеря смысла и желания вкладывать личные усилия на рабочем месте).

Предотвратить синдром эмоционального выгорания крайне сложно. Но есть **определенные рекомендации для его профилактики**. Занимайтесь спортом и ведите активный образ жизни. На работе ставьте краткосрочные цели и задачи. Не отказывайтесь от обучения и профессионального самосовершенствования. Не конфликтуйте и не конкурируйте с коллегами. Не думайте о работе дома, не проверяйте рабочую почту и ограничьте вечерние звонки от коллег. Найдите плюсы в своей работе и постоянно помните о них. Не копите проблемы и просите помощи, если что-то не получается по работе. Не терпите пренебрежительное отношение к себе на работе. Никогда не отказывайтесь от отпуска, регулярно отдыхайте от работы не меньше двух раз в течение года. Помните, что важна любая смена обстановки.

Придерживайтесь следующих рекомендаций, если вам не удалось вовремя предотвратить синдром эмоционального выгорания.

Избавьтесь от перфекционизма. Навязчивое желание сделать всё идеально и страх ошибиться могут свести любого человека с ума. Расслабьтесь и позвольте себе быть просто хорошим сотрудником, а не идеальным роботом.



Снизьте нагрузку. Необходимо озвучить свою проблему руководителю и, по возможности, попросить пересмотреть ваши должностные обязанности. Возможно, часть из них можно распределить между другими менее загруженными коллегами.

Научитесь отказывать. Не обязательно взваливать на себя общественную нагрузку или, например, шефскую деятельность, брать работу еще «на полставки» или доделывать отчет за забывчивым коллегой и т.п. Научитесь говорить «нет!».

Возродите интерес к работе. Потеря интереса к профессиональной деятельности может быть следствием гиперквалифицированности. Изучите новые методики, пообщайтесь со специалистами из других компаний, запишитесь на профессиональный онлайн-курс.

Отдыхайте. Заведите себе новое хобби, наполните нерабочее время интересными занятиями. Заикленность только на работе как раз и приводит к выгоранию.

Распланируйте дела. Иногда кажется, что много несделанных дел, не знаешь, с чего начать и, как следствие, - плохое настроение и тоска. Научитесь грамотно планировать рабочий день и не копите дела на потом.

Увольтесь: если ничего не помогает и не удастся возродить интерес к работе, значит, пора сменить работодателя или даже переквалифицироваться.

Однако чаще всего преодолеть профессиональное выгорание помогает **хороший отдых**. Пересмотрите отношение к работе или гнетущим проблемам, возможно, всё еще не так плохо, и вам просто нужно в отпуск.

Научитесь управлять собой, умело закрывайтесь от негативных эмоций и фильтруйте их восприятие. Четко понимайте, что можно через себя пропускать, а что нельзя. ☺

Что такое МНО?

Всемирный день тромбоза отмечается 13 октября.

В этот день ведущие медицинские организации по всей России проводят масштабную социальную акцию «День МНО», в рамках которой пациенты, принимающие непрямые антикоагулянты, могут проверить уровень свертываемости крови МНО.

МНО - что это?

Аббревиатура «МНО» означает **«международное нормализованное отношение»** и является одним из исследований на протромбин - белка, стимулирующего формирование тромба.

МНО - это расчетное значение, абсолютное число, показывающее отношение протромбинового времени пациента к его стандартному значению (то есть, к протромбиновому времени здорового человека), сведенное к значению международного индекса чувствительности тромбопластина.

Одним из наиболее значимых показателей коагулограммы, отражающей состояние свертывающей системы, является сложный белок - **протромбин**. Он образуется в печени при участии витамина К. Именно по показателям протромбина, являющегося предшественником тромбина, можно оценить состояние свертывающей системы и склонность пациента к кровотечениям или тромбообразованию. Анализ на протромбин помогает врачу оценить функционирование печени, пищеварительной системы и выявлять их патологии.

Показания

Показаниями к назначению МНО является:



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

- ▶ скрининговое исследование состояния свертывающей системы;
- ▶ контроль свертывания крови при продолжительном лечении непрямыми антикоагулянтами;
- ▶ исследование функций печени - оценка синтеза в печени факторов протромбинового комплекса.

Этот анализ нужен тем пациентам, кто регулярно принимает непрямые антикоагулянты (препараты, разжижающие кровь и препятствующие образованию тромбов). При заболеваниях с высоким риском образования тромбов в пять раз увеличивается риск возникновения инсульта. К таким заболеваниям относятся мерцательная аритмия, тромбоз глубоких вен, лёгочная тромбоэмболия, а также наличие искусственного клапана сердца.

Подготовка к исследованию

Лучше кровь сдавать утром натощак. Подготовка ►



Советы медицинской сестры

▲ Как к исследованию на МНО стандартная:

- ▶ последний прием пищи вечером за 6-8 часов до взятия крови,
- ▶ исключение приема алкоголя и курения,
- ▶ исключение физических и эмоциональных нагрузок накануне исследования.

На фоне приема пациентом лекарственных препаратов **только врач решает вопрос о целесообразности проведения исследования или о возможности отмены лекарств перед исследованием** (длительность отмены зависит от периода выведения препарата из крови).

Читаем результат

Повышение уровня МНО означает:

- ◆ тромбоэмболические состояния, предынфарктные состояния и инфаркт миокарда, гипогидратации (из-за увеличения вязкости крови), гиперглобулинемия;

- ◆ прием лекарственных препаратов, тормозящих действие кумарина (барбитураты, витамин К) или способные его тормозить (кортикостероиды, пероральные контрацептивные средства, мепробамат);

- ◆ действие антигистаминных веществ;

- ◆ наличие злокачественной опухоли.

Понижение уровня МНО может говорить:

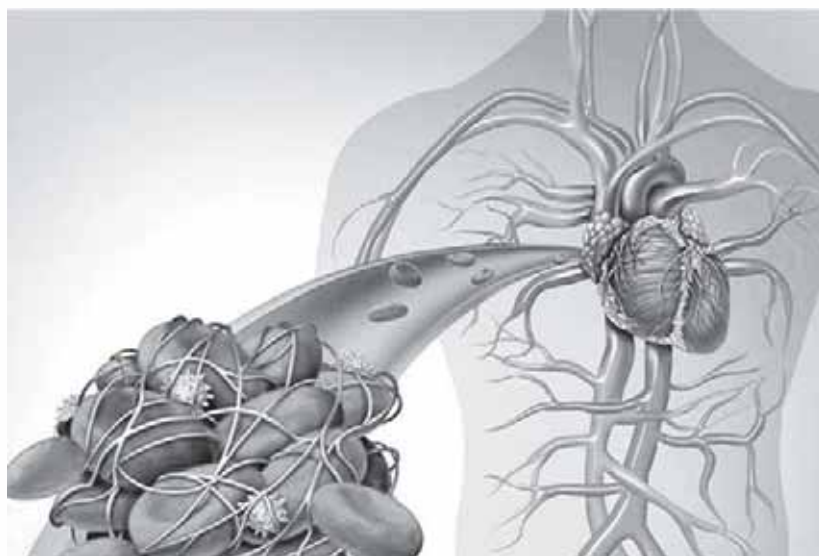
- ◆ о наследственном или приобретенном дефиците I, II, V, VII, X факторов крови, гипофибриногенемии;

- ◆ о дефиците витамина К в диете пациента или у матери (развивается геморрагический диатез у новорожденных);

- ◆ о идиопатической семейной гипопротромбинемии;

- ◆ о действии лекарственных препаратов антагонистов витамина К, антикоагулянтов, кумаринов и усиливающих их действие препаратов.

Сегодня исследование «международное нормализованное отношение» считается золотым стандартом в



оценке эффективности и безопасности проводимой терапии противосвертывающими препаратами. В зависимости от клинической картины разработаны нормы МНО, в соответствии с которыми лечащий врач осуществляет подбор дозы препаратов для пациента.

Очень важно для пациентов, принимающих антикоагулянтную терапию, регулярно, не реже одного раза в три месяца, контролировать показатель МНО, чтобы избежать возможных осложнений, связанных с действием принимаемых препаратов.

Изменение показателя МНО позволит лечащему врачу скорректировать лечение. Повышение показателя международного нормализованного отношения является критерием для уменьшения дозы антикоагулянтов (из-за увеличения риска кровотечения), снижение же этого показателя свидетельствует о недостаточной терапевтической дозе и указывает на сохраняющийся повышенный риск тромбообразования у пациента.

Будьте здоровы и скажите «НЕТ» тромбозу! ☺

На фоне приема пациентом лекарственных препаратов только врач решает вопрос о целесообразности проведения исследования или о возможности отмены лекарств перед исследованием.



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

На правах рекламы

ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ



Заболевания органов эндокринной системы и COVID-19



Инна Александровна ВЕЙЦМАН,
член Редсовета журнала, кандидат медицинских наук, врач-эндокринолог высшей квалификационной категории, доцент кафедры госпитальной терапии и эндокринологии;



Наталья Сергеевна ШАБАНОВА,
студентка 5 курса лечебного факультета, староста кружка НОМУИС по эндокринологии;

- Алтайский государственный медицинский университет

Щитовидная железа

Новая коронавирусная инфекция у лиц, исходно имеющих нарушение функции щитовидной железы (гипотиреоз или тиреотоксикоз), может вносить изменения в гормональный фон, но и сами некомпенсированные нарушения функции щитовидной железы могут влиять на ее течение. То есть на фоне COVID-19 любое эндокринное заболевание может ухудшиться (возникнуть декомпенсация) и утяжелить течение вирусной инфекции. Компенсированные заболевания щитовидной железы не создают дополнительных рисков инфицирования и не влияют на тяжесть течения атипичной пневмонии.



Учитывая достаточно низкую осведомленность о механизмах действия нового вируса, сейчас внимательно изучается опыт прошлых вспышек коронавирусных инфекций (SARS-CoV (Китай, 2003 год) и MERS-CoV (Саудовская Аравия, 2012 год)). Так, при первой вспышке в 2003 году вирус вызывал значительные повреждения ЦНС с развитием гипопизита (воспаление гипофиза), что сопровождалось снижением уровня гормонов щитовидной железы Т3 и Т4 и гормона, регулирующего их выработку, - тиреотропного гормона (ТТГ), который синтезируется в гипофизе. В период вспышки COVID-19 имеются данные о том, что вирус вызывает энцефалит, поэтому не исключено, что и в этом случае может наблюдаться подобная картина.

Реальные риски, которые есть у людей с гипотиреозом, - это прекращение приема тироксина, что может привести к декомпенсации гипотиреоза и замаскировать инфицирование. Тироксин повышает сопротивляемость любой инфекции, а плохая компенсация гипотиреоза может искусственно

снижать температуру тела, мешая реально оценить тяжесть инфекционного заболевания, тем самым снижая вероятность в адекватной помощи.

При **диффузном токсическом зобе** следует продолжать подобранную терапию тиреостатиками, или же тиреостатиками и тироксином, так как в настоящее время плановые оперативные вмешательства или лечение радиоактивным йодом отложены. Следует продолжать консервативную терапию, дистанционно обсуждая с врачом показания к контрольным исследованиям.

Больные с диффузным токсическим зобом, недавно начавшие терапию тиреостатиками, должны помнить, что у этих препаратов есть побочные явления (боль в горле, диарея), которые могут напоминать клинику инфицирования COVID-19, но на самом деле быть связаны с агранулоцитозом (состояние, при котором снижается количество лейкоцитов за счет особой группы - гранулоцитов).

На фоне новой коронавирусной инфекции **пациенты с гипотиреозом должны обязательно продолжить прием назначенной дозы Л-тироксина,** по возможности проконтролировать ТТГ, по результатам при необходимости провести коррекцию дозы. Контролировать АТ к ТПО не требуется!

Если больной с тиреотоксикозом заболел COVID-19, ему следует продолжить прием назначенных тиреостатиков (под контролем лейкоцитов крови, АЛТ, АСТ и Т4 св.).

Паращитовидные железы

Лицам с нарушением работы паращитовидных желез (с гипопаратиреозом) следует тщательно соблюдать режим рекомендованного лечения. При появлении типичных для декомпенсации заболевания жалоб (возникновение судорог) нужно минимально увеличить принимаемую терапию (например, на 500мг кальция в сутки и



на 0,5мкг активных форм витамина D). При сохранении симптомов обсудите дальнейшее ведение по телефону с врачом.

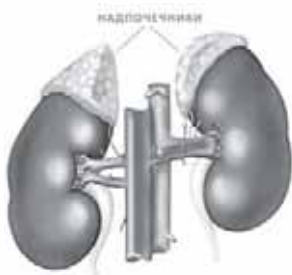
Лицам с гиперпаратиреозом, которым отложено запланированное оперативное лечение, **следует уменьшить потребление кальция с едой и увеличить прием жидкости**. В сложившихся условиях откладывание операции на 1-2 месяца не нанесет вреда здоровью. При появлении тошноты свяжитесь с врачом по телефону для анализа ситуации и коррекции лечения.

Надпочечники

При COVID-19 описаны случаи кровоизлияний в надпочечники, которые сопровождаются развитием острой надпочечниковой недостаточности и могут закончиться смертельным исходом.

Пациенты, которые уже имеют надпочечниковую недостаточность, более подвержены риску опасного для жизни состояния - острой надпочечниковой недостаточности, так как потребность в кортизоле при инфекции резко повышается, и если не скорректировать дозу (увеличить в несколько раз), то возникнет опасное для жизни состояние!

Другое нарушение функции надпочечников - **гиперкортицизм**, когда избыточная продукция эндогенного кортизола нарушает регуляцию иммунной



системы, - также может сделать пациентов более уязвимыми к инфекциям, включая COVID-19.

Следует строго соблюдать правило «дней болезни». Например, если у больного наблюдается сухой кашель и лихорадка, следует немедленно удвоить дневную дозу перорального гидрокортизона, и продолжать этот режим на весь период лихорадки. Больные с надпочечниковой недостаточностью (первичной или вторичной) при возникновении инфицирования увеличивают дозу глюкокортикоидов и всегда имеют в запасе инъекционные препараты глюкокортикоидов, которые следует ввести при угрозе криза, сопровождающегося такими симптомами, как резкое снижение артериального давления, тошнота или рвота.

Поскольку примерно 5% населения могут получать глюкокортикоиды с целью лечения хронических неэндокринных заболеваний, то примерно у половины таких больных можно ожидать наличие медикаментозной надпочечниковой недостаточности, вследствие подавления собственного стимулятора надпочечников - адренокортикотропного гормона. Эти люди из-за фармакологического действия стероидов находятся в группе риска заражения SARS-CoV-2 и как не молодые, и как коморбидные, нередко со стероидным диабетом, гипертонией и хроническими воспалительными заболеваниями, лечеными супрафизиологическими дозами. К сожалению, надо отметить, что супрафизиологические дозы увеличивают риски смерти от острой надпочечниковой недостаточности в случае резкой отмены подобной терапии, длившейся более трех месяцев. ☹



Анна Дмитриевна КУЗЬМИНА,

студентка 4 курса
лечебного факультета,
НОМУИС по
эндокринологии;



Максим Олегович УДАЛОВ,

студент 5 курса
педиатрического
факультета,
НОМУИС по
эндокринологии

- Алтайский
государственный
медицинский университет

ПОМНИТЕ!

Пациенты с эндокринной патологией независимо от своего возраста должны:

● **обязательно соблюдать правила эпидемиологического режима** (самоизоляция, ношение средств индивидуальной защиты, применение антисептиков);

● **НЕ ПРЕКРАЩАТЬ прием препаратов** для лечения эндокринного заболевания, а при необходимости провести корректировку дозы;

● **при первых симптомах недомогания СРАЗУ обратиться к врачу**, обязательно указав, что у вас есть эндокринное заболевание. При необходимости обсудите дальнейшее ведение по телефону с врачом.

И еще очень важно **не паниковать**, четко следовать рекомендациям, настроиться на выздоровление и идти к этой цели!



Как уберечь детей от болезней

Сезон простуд в самом разгаре. Особенно в период новогодних праздников и каникул так не хочется, чтобы детки болели. Эффективнее не допускать развития болезни у ребенка, чем в последующем пытаться ее вылечить. Именно поэтому профилактике ОРВИ у детей уделяется такое пристальное внимание.

Здоровый и крепкий иммунитет не дается от природы. Над укреплением иммунной защиты нужно постоянно работать, а перед сезоном наступления холодов - вдвойне. Грамотная профилактика простуды и гриппа, в первую очередь, должна быть основана на ведении здорового образа жизни. И это не только повышение физической активности, правильное питание. Есть и другие аспекты. Об этом наш разговор с врачом-оториноларингологом **Еленой Евгеньевной САФРОНОВОЙ**.

Микроклимат в помещении

В профилактике простуды у детей большую роль играет создание оптимального микроклимата в помещении. Поэтому замечательно, если удастся **поддерживать постоянную температуру в комнате**: для новорожденного оптимально прогреть ее до 23-24 градусов, а детям от трех лет и старше будет комфортно, если в комнате осенью и зимой будет около 21-23 градусов.

Чтобы не допустить пересушивание и травмирования слизистой носоглотки, **нужно позаботиться о создании оптимальной влажности в помещении**. Этот параметр должен находиться в пределах от 40% до 60%. Это лучшая профилактика простуды, ведь именно через слизистую в наш организм проникают вирусы. Зимой из-за включения центрального отопления под-

держивать нужную влажность в комнатах становится затруднительно. Поэтому можно установить в комнате ребенка увлажнитель воздуха, расставить комнатные растения, которые будут постепенно испарять влагу, купить аквариум или просто поставить в разных местах комнаты емкости с водой.

Противовирусные препараты

При наступлении холодов в аптеках начинают скупать противовирусные средства, чтобы с их помощью защититься от гриппа и ОРВИ. Детской профилактикой многие родители занимаются с особым усердием: капают в нос ребенку противовирусные капли, дают таблетки с таким же действием. А если ребенок все-таки заболел, то начинают давать всё те же противовирусные препараты, но только в больших количествах.

Россия - одна из немногих стран, где противовирусные медикаменты в аптеках можно купить без рецепта врача. Кроме того, на территории нашего государства рынок лекарств от вирусов чрезвычайно широк. Например, если в США имеется всего пять препаратов против гриппа, то у нас их - несколько десятков. Такой широкой рекламной кампанией, как в России, противовирусные таблетки и сиропы не имеют больше ни в одной стране мира. Подавляющая масса того, что реклама позиционирует как «эффективный способ защиты от



гриппа и ОРВИ», - не более, чем маркетинговый ход, который позволяет производителям получить огромную прибыль.

Особенности любого вируса заключаются в том, что он не способен воспроизводить себе подобных. Его жизнь происходит только в клетках человеческого организма. Встраиваясь в клетку, вирус с помощью своей ДНК меняет ее, заставляет «работать» на себя. Чтобы уничтожить вирус, требуется уничтожить клетку, им пораженную. А это не проходит для организма бесследно. Противовирусных средств с доказанной эффективностью, способных воздействовать на зараженные агенты клетки, - немного, но они существуют. И безвредными их назвать никак нельзя. Обычно такие препараты используются в условиях стационаров, многие из них требуют внутривенного введения. К ярким коробочкам на прилавках аптек эти серьезные средства никакого отношения не имеют! Еще раз подчеркну: **универсального противовирусного препарата, который бы мог действовать на вирусные инфекции вообще, не существует**.



ет. Поэтому профилактика простуд противовирусными препаратами малоэффективна!

Закаливание

Пожалуй, это самая трудная для выполнения рекомендация, потому что, не меняя своих собственных бытовых и пищевых привычек, вы не сможете привить их ребенку.

Закаливание - это система профилактических мероприятий, направленных на повышение сопротивляемости организма неблагоприятным факторам окружающей среды. Таким образом оздоровительное закаливание помогает нашему организму повысить адаптацию к условиям внешней среды. Также закаливание повышает выносливость организма, укрепляет нервную систему, повышает иммунитет и сопротивляемость болезням.

Закаливание организма в зависимости от проводимых процедур можно разделить на несколько видов.

Аэротерапия - закаливание воздухом. Это - воздушные ванны и долгие прогулки на свежем воздухе. Поэтому аэротерапия является самым простым и доступным методом закаливания. Свежий воздух охлаждает кожные рецепторы и нервные окончания слизистой, тем самым совершенствуя терморегуляцию организма.

Закаливание солнцем - воздействие на организм солнечным светом и теплом. Оно повышает устойчивость нервной системы и сопротивляемость организма, ускоряет обменные процессы, улучшает кровообращение и работу мышечной системы. Должно происходить постепенно. Необходимо учитывать возраст человека, его состояние здоровья, а также климатические условия и некоторые другие факторы.

Хождение босиком - этот вид закаливания полезен и детям, и взрослым. На наших стопах находится большое количество биологически активных точек, которые при хождении босиком стимулируются и помогают нормализовать работу многих органов и систем организма. Хождение босиком повышает сопротивляемость организма к простудным заболеваниям, повышает иммунитет, при этом является хорошей профилактикой очень многих заболеваний.



Закаливание водой - это очень полезная для организма процедура. В этом случае циркуляция крови в организме происходит интенсивней, принося органам и системам организма дополнительный кислород и питательные вещества. Есть несколько видов водного закаливания: обтирание, обливание, душ, лечебное купание и моржевание.

Существуют определенные правила закаливания. *Во-первых*, начинать закаливающие процедуры необходимо, когда ребенок полностью здоров, и только после консультации с врачом. *Во-вторых*, необходимо соблюдать принцип постепенности и регулярности. *В-третьих*, закаливание должно приносить бодрость и радость ребенку. Поэтому необходимо учитывать его индивидуальные особенности, состояние здоровья, а также время года и природно-климатические условия. *В-четвертых*, выполняя закаливающие процедуры, обязательно оценивайте общее самочувствие, пульс, кровяное давление, аппетит и другие показатели в зависимости от индивидуальных особенностей организма.

Питание

В питании должно присутствовать **много витаминов и свежей зелени**. Старайтесь меньше давать ребенку пищу, произведенную на заводах, - чем продукты проще и ближе к природе, тем лучше: крупы, овощи, по возмож-

Синтетические волокна и красители в тканях одежды способны долгое время выделять токсины, вызывать отравления и аллергические реакции.



За счастливое здоровое детство!

ности - деревенские яйца и молоко. Хлеб и выпечку лучше тоже делать дома.

Питаться нужно разнообразно и здоровыми продуктами. Фастфуд, газировка, избыток сладкого и мучного - всё это негативно влияет на функции защиты, делает иммунитет слабым.

Считается, что основным борцом против простуды является **витамин С**. Его очень много содержится в плодах шиповника, смородины, лимонах, белокочанной капусте, а также в репчатом луке.

Недавно было обнаружено, что неплохую поддержку иммунитету также оказывает **витамин D**. Он стимулирует работу иммунных клеток и помогает организму именно в сезон простуд противостоять вирусам. Как правило, организм вырабатывает витамин D самостоятельно под действием солнечных лучей. Но в период низкой активности солнца восполнить дефицит этого элемента можно, употребляя определенные продукты, например, морскую капусту (водоросли), печень трески.

Нередко в дополнение ко всем этим мерам профилактики родители дают детям аптечные витамины, витаминные комплексы. Помните, что **назначать любые лекарственные средства, тем более ребенку, должен исключительно врач!**

Также **необходимо соблюдать правильный режим питания:** максимально быстрое переваривание пищи происходит утром - с 6 до 8 часов, в обед - с 12 до 14 часов, вечером - с 16 до 18 часов. Пища, съеденная вовремя, быстро переваривается, не гниет в кишечнике и дает много энергии, при этом не откладываясь на талии.

Правильная одежда

Собирая ребенка в детский сад, школу или на прогулку, следите, чтобы одежда соответствовала погоде. Не нужно делать из малыша «капусту». Помните, **ребенок болеет не от переохлаждения, а от перегрева.** Если малыш вспотел, он теряет жидкость, это вызывает сухость слизистых оболочек и нарушает работу местного иммунитета.

Приобретая одежду ребенку, ознакомьтесь с составом исходного мате-



риала. Одежда, изготовленная из синтетических тканей, может принести вред ребенку.

Ткань из синтетики электростатична. Накапливание и отдача электрического заряда влияют на нервную систему ребенка, вызывают раздражительность кожи, нарушение сна, утомляемость.

Низкая гигроскопичность не дает коже дышать: влага, выделяясь из организма, не впитывается тканью, а закупоривает поры на теле, и тем самым нарушается естественный теплообмен.

Если вам не всегда удастся приобрести для ребенка одежду из натурального сырья, помните, что контакт синтетической ткани непосредственно с телом ребенка необходимо исключить. Поэтому детское белье, футболки и колготки не должны содержать синтетики.

В заключение хотелось бы обратить внимание родителей на необходимость своевременного обращения за медицинской помощью. **Если, несмотря на все предпринятые меры профилактики, ребенок все-таки заболел, необходимо оперативно обратиться к врачу и не в коем случае не заниматься самолечением.** Прием даже самых «модных», современных и дорогих препаратов может не только не помочь, но и навредить. **Помните, что лечение должно подбираться строго лечащим врачом с учетом анамнеза и индивидуальных особенностей ребенка.** ☺

Мытье рук должно быть обязательным. Поверхности в общественных местах просто кишат разного рода вирусами и бактериями. Простого ополаскивания водой недостаточно, нужно непременно воспользоваться мылом.



Наша сила - в единстве!

Уважаемые читатели, дорогие подруги, друзья, земляки!

2020 год, год славного юбилея - 75-летия Великой Победы, стал для каждого из нас годом нелегких испытаний и строгим учителем. Он научил нас ценить каждый прожитый день, помог понять, что в жизни истинно бесценно: здоровье, благополучие семьи, здоровые дети, родители, друзья. Это и есть те корневые ценности, которые исповедует, отстаивает, защищает уже почти 80 лет Союз женщин России (СЖР).

Для краевого отделения СЖР и для сотен советов женщин Алтай семья, женщина-мать, дети, ответственное родительство находятся в сердцевине нашей многогранной деятельности. Советы женщин на местах служат прочным стержнем женского движения, являются «вечным запасом вечной прочности». Нам очень дорог девиз СЖР: «Наша сила - в единстве, наше богатство - в многообразии». Для краевого отделения СЖР это еще и название смотра-конкурса советов женщин Алтай, который мы посвятили своему 30-летию. В течение всего 2020 года муниципальные советы женщин своей работой доказывали, что они были и остаются движущей силой женского движения, никогда не теряют веру и надежду на достойную жизнь, не бросают близких в беде.

К счастью, **мы успели торжественно начать юбилейный год Памяти и Славы, дать старт Всероссийской акции «Женское лицо Победы», провести чествование наших славных женщин четырех поколений:** от участниц Великой Отечественной войны, тружениц тыла до сегодняшних молодых активисток женского движения. Значимым аккордом этого торжества стало награждение женщин губернатором края В.П. Томенко юбилейными медалями в честь 75-летия Победы, памятным медалем СЖР «Дочерям Отчизны» и медалью В.С. Гризодубовой.

Весь год мы вели напряженную работу в рамках семистороннего Соглашения органов власти и женской общественности, реализовывали наши **традиционные краевые проекты и программы** («Эстафета родительского подвига», «Соберем детей в школу», «Алтай - без сирот», «Читающая мама - читающий Алтай» «Дегустация счастья» и т.д.). С приме-

нением новых дистанционных технологий участвовали во многих всероссийских и краевых патриотических акциях. И у нас всё получилось!

Как не сказать слова благодарности в адрес журнала «Здоровье алтайской семьи», который все 18 лет был и остается нашей уникальной трибуной для освещения и пропаганды всех добрых дел советов женщин. Именно журнал первым нес в массы информацию о победителях Эстафеты материнского, а позже и родительского подвига, первым на своих страницах открывал школу ответственного материнства, давал старт многим инициативам и акциям краевого Совета женщин и краевого Совета отцов. Акция «Волна памяти», объявленная СЖР, на страницах журнала трансформировалась в масштабную «Вахту памяти», а акция «Вдовы России» с помощью журнала позволила нам в 2020 году объявить свою краевую акцию «Святая память и боль в глазах твоих», суть которой - адресная забота об оставшихся в живых вдовах, запись их воспоминаний, истории жизни. Мы начали работу по созданию в Барнауле памятника вдовам, которые вынесли на своих плечах героический труд в тылу, вырастили целое поколение детей войны.

Дорогие земляки! Наступил новый 2021 год. Уверена, что он принесет нам только то, что мы в него перенесем из 2020 года: самое нужное и важное, самое светлое и радостное. А главное, что мы в нем создадим, как умело реализуем «громкие наши планы». **Советы женщин Алтай продолжают все свои традиционные программы, проекты, акции, которые постоянно освещал журнал «Здоровье алтайской семьи».** Сохраним те ключевые направления, которые обозначены в долгосрочной Программе СЖР «Равенство. Развитие. Мир в XXI веке». Сообща с властью в рамках нашего социального партнерства будем следовать Указу Президента о национальных целях развития РФ до 2030 года, реализовывать Национальные проекты, продолжать все традиционные дела в интересах семьи, женщин, детей. Будем формировать молодежное крыло нашей организации.



Главное, что сегодня особенно тревожит умы и волнует женские сердца, - что в нашей жизни видны реальные вызовы и угрозы нравственности наших детей, молодежи, прочности семей, согласию и стабильности в нашем обществе и миру на земле. **Считаем, что нам надо укреплять и защищать наши нетленные ценности: мир, детей, семью.** Вырастить и воспитать достойное поколение детей и внуков, возвысить в этом важном деле роль матерей и отцов. И отцов - особенно! Непременно выполнять Конституцию России - основной закон страны, в котором защита интересов семьи, охраны материнства и детства закреплены в новых поправках и поддержаны нами, женщинами, в ходе всенародного голосования.

Считаем, что **надо задействовать весь наш накопленный миротворческий потенциал,** особый социальный опыт женщин. Для этого, как и в первые годы после войны, поднять свой голос в защиту мира, в защиту своей Победы. Недаром гласит уже вековая мудрость, что «женщина одной рукой качает колыбель, а другой - планету». Именно современная женщина России, огромная «мягкая сила» способна с трепетом и в тоже время с мужеством ради счастья поколений выполнить свой материнский, женский, гражданский долг! У матерей, как веками доказано, святая должность в мире!

Искренне желаю журналу нести все наши ценности в жизнь, «набатовать в сердца людей». А всем читателям журнала, женщинам-матерям, мужчинам-отцам, желаю крепкого здоровья и сил на великое служение своей семье, детям, Отчизне! ☺

Надежда Степановна РЕМНЕВА,
председатель краевого отделения
Союза женщин России



Реабилитация пациентов метаболического



Инна Александровна ВЕЙЦМАН,

член Редсовета журнала, кандидат медицинских наук, врач-эндокринолог высшей квалификационной категории, доцент кафедры госпитальной терапии и эндокринологии АГМУ;

Достижение гармоничных взаимоотношений между человеком и окружающей средой - биосферой (так называемый социально-биологический гомеостаз) - одна из проблем современности. Достижения цивилизации несомненны, но и они имеют обратную сторону, а именно **синдром психосоматической дезадаптации**. Проявляясь незаметно, исподволь, он готовит почву для возникновения и развития самых разных заболеваний, в том числе и необратимых.

Одним из ранних проявлений болезней цивилизации является **ожирение**. Причем, сегодня оно рассматривается не просто как косметическая проблема, а в большей степени как «надводная часть айсберга» метаболических проблем. Адипоцит (жировая клетка) - не простой накопитель энергии, а гормонально активная клетка. Адипоцит вырабатывает гормоны, биологически активные вещества, интерлейкины, которые запускают неинфекционное системное воспаление в организме. Результатом

становится **формирование метаболического синдрома**: гипертоническая болезнь, предиабет, дислипидемия, синдром поликистозных яичников, рак и другое. В разных странах, особенно индустриально развитых, распространенность метаболического синдрома достигает 45-55% среди лиц трудоспособного возраста. Метаболический синдром можно рассматривать как «трамплин» к развитию сахарного диабета второго типа, инфаркта миокарда, инсульта.

Учитывая распространенность метаболического синдрома и глобальные вызовы современного общества (продление качества и количества лет жизни человека), необходим системный подход, комплексное решение проблемы здоровья населения.

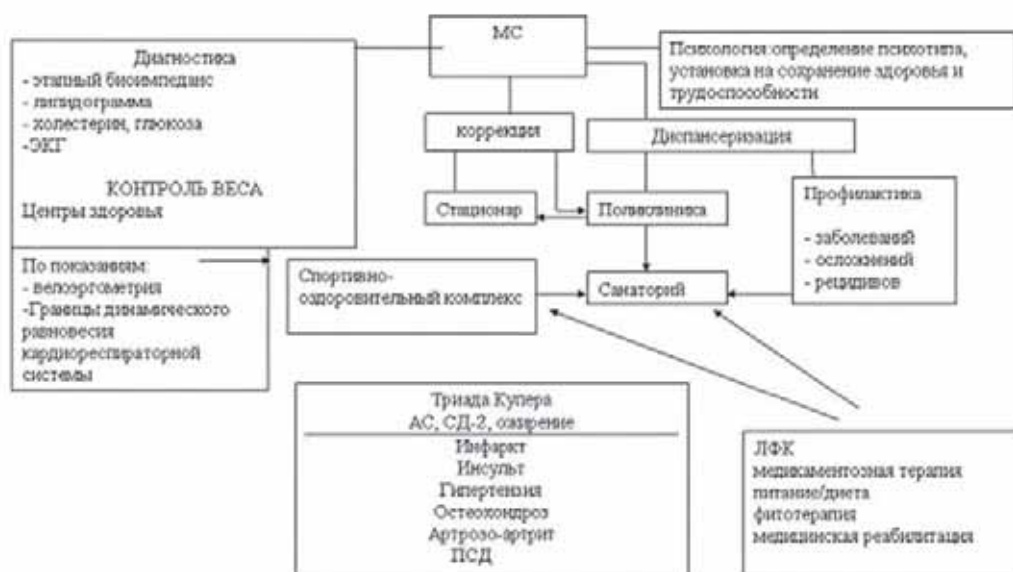
Целью реабилитации является **наиболее полное восстановление утраченных возможностей организма**, но если это недостижимо, - частичное восстановление либо компенсация нарушенной или утраченной функции, но в любом случае - замедление прогрес-



Андрей Григорьевич ЛЕВЧЕНКО,

врач лечебной физкультуры и спортивной медицины, врач медицинской реабилитации

ПРИНЦИПИАЛЬНАЯ СХЕМА (маршрутизации) ПРОВЕДЕНИЯ ФИЗИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ И БРАЧЕБНОГО КОНТРОЛЯ ПРИ ПРОЯВЛЕНИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА (МС) (Левченко А.Г., Чудован В.Ф.) 2014 год



Боль нельзя терпеть!

Некоторые люди так привыкли жить с постоянными болями, что уже не обращают на них внимания. Но переходя в хроническую стадию, боль утрачивает свои защитно-предупреждающие функции. И появление новых патологий, связанных с болезненными ощущениями, легко не заметить, а тем временем организму уже нанесен существенный вред.

Эксперты Международной Ассоциации по изучению боли трактуют боль как «*неприятное ощущение и эмоциональное переживание, связанное с реальным или потенциальным повреждением тканей или описываемое в терминах такого повреждения*». И ощущение боли может возникать не только при повреждении ткани или в условиях такого риска, но даже при отсутствии какого-либо повреждения, то есть вызвано психоэмоциональным состоянием человека.

Физиологическая боль выполняет так называемую сигнальную функцию, предупреждает организм об опасности и защищает его от возможных чрезмерных повреждений. При этом боль всегда субъективна, и ее конечная оценка определяется местом и характером повреждения, природой повреждающего фактора, психологическим состоянием человека и его индивидуальным жизненным опытом.

Боль, связанная с конкретными повреждениями, может быть **нейропатической** и **ноцицептивной**. При ноцицептивной боли (например, укол иглой, микротравмы мышц при занятиях спортом, синяк от удара) раздражитель действует на периферические болевые рецепторы - ноцицепторы, - которые расположены на коже, в мышцах, костях, суставах и внутренних органах. Нейропатическая боль связана с патологиями нервной системы, например, невралгия, при которой пережимаются нервные волокна, и возникает стреляющая боль. Также нейропатии бывают при диабете, рассеянном склерозе, повреждениях спинного мозга, инфекционных и онкологических заболеваниях. Есть еще поня-

тие **психогенной боли**: некие психологические факторы вызывают боль, но соматические расстройства при этом отсутствуют.

По временным параметрам выделяют острую и хроническую боль. **Острая боль** - это недавняя боль, неразрывно связанная с вызвавшим ее повреждением, как правило, она является симптомом какого-либо заболевания и исчезает при устранении повреждения. **Хроническая боль** часто приобретает статус самостоятельной болезни, продолжается длительный период времени, и ее причина в ряде случаев может не определяться. Но длящаяся долгое время эта патологическая боль изматывает людей, делает их нетрудоспособными, снижая активность,



Ирина Борисовна КЛИМОВА,

врач-невролог высшей квалификационной категории, отделение неврологии КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Общие клинические особенности пациентов, страдающих ХБС:

- Внимание пациента сосредоточено на своей боли, он постоянно жалуется на нее, но при этом боль не мешает ему выполнять повседневные обязанности.

- Пациенты часто драматизируют свои болевые ощущения, ярко их описывают, стараются демонстрировать свои болевые реакции (гримасничают, охают, стонут, хромают и пр.).

- Обычно пациенты считают боль постоянной и интенсивной, независимо от времени ее первоначального появления.

- Нередко физическая нагрузка усиливает боль, но повышенное внимание, забота со стороны окружающих ее облегчают.

- Как правило, больные используют большее количество разнообразных лекарственных препаратов.

- Больные часто обращаются за медицинской помощью.



Различные факторы в окружении пациента также могут закреплять модели поведения, приводящие к персистенции хронической боли. Она может привести к (или усугубить) психологические проблемы.

вызывая в некоторых случаях психоэмоциональные расстройства. В биологическом смысле такая боль представляет опасность для организма, так как запускает целый комплекс дезадаптивных реакций.

Хроническая боль - это боль, которая длится более трех месяцев. Персистирующая, постоянная, боль дополнительно усугубляется психологическими факторами. Таким образом, источником хронической боли обычно является сочетание влияния нескольких физических процессов. В некоторых случаях (например, хроническая боль в пояснице) источник боли очевиден; в других, как то постоянная головная боль, истинный источник боли может быть не таким явным.

У большинства пациентов в подержание хронической боли, безусловно, вовлечены физические процессы, которые в некоторых случаях выступают как основной фактор, так происходит, например, при онкологических заболеваниях. У больных с остеохондрозом, грыжами, мышечными болями, которые хронизируются, в спинном и головном мозге формиру-

ется очаг, который эту боль «подогревает»: то есть не столько болит, а сколько есть ощущения. И эта хроническая боль таких пациентов буквально изматывает. **Другая группа пациентов имеет определенный склад характера.** Им необходимо доказывать, что они больны, чтобы получить медицинскую помощь, страховое покрытие или улучшение условий труда, могут подсознательно усиливать восприятие болевых ощущений. Различные факторы в окружении пациента (например, отношение членов семьи, друзей) также могут закреплять модели поведения, приводящие к персистенции хронической боли. Она может привести к (или усугубить) психологические проблемы (например, депрессию, чувство тревожности). Поэтому важно, чтобы человек доверился врачу, вовремя пришел к нему со своей проблемой. Важен именно личный контакт.

В наше отделение поступают больные, имеющие соматические либо вертеброгенные заболевания (это грыжи, протрузии, остеохондроз и т.д.), у которых длительный болевой синдром вызывает длительный хронический синдром.

Отмечается, что **ХБС развивается у людей, склонных к депрессиям, ипохондрии, тяжелому переживанию стрессов.** Важно понимать, что у таких пациентов хронический болевой синдром является проявлением депрессии, ее «маской», а не наоборот, хотя сами больные и их близкие обычно считают именно подавленное настроение и апатию следствием болезненных ощущений.

Американские исследователи показали, что «среднестатистический пациент», страдающий хронической болью в течение семи лет, переносит три оперативных вмешательства, и ежегодная стоимость его лечения составляет от \$50 тысяч до \$100 тысяч. При этом экономические потери, связанные со снижением работоспособности только из-за хронической боли в спине, составляют \$1230 и \$773 в год на каждого пациента, мужчину и женщину соответственно. Примерно у 18% пациентов встречается сочетание хронической боли в спине, грудной клетке и головной боли. Головные боли, боли в шее и спине достоверно чаще отмечаются у лиц с начальным и средним образованием. При этом все виды хронических



10-12% детей и подростков страдают ХБС различного генеза. Девочки чаще испытывают хроническую боль, наибольшая частота случаев отмечается в 12-14 лет. Независимо от пола могут одновременно присутствовать несколько ХБС.

У пациентов старше 65 лет число безболевых инфарктов и безболевых язв желудка увеличивается. Что связывают со снижением пластичности ЦНС, которое проявляется замедленным восстановлением и увеличением длительности боли после повреждения тканей.

Мужчины и женщины воспринимают боль по-разному. У девочек и женщин пороги болевого восприятия и толерантность к боли ниже, чем у мальчиков и мужчин. Женщины чаще, чем мужчины в течение жизни испытывают головные и висцеральные боли, как острого характера, так и хронические.

В интраоперационном и постоперационном периодах женщины нуждаются в большем обезболивании, чем мужчины.

Висцеральная боль при определенных патологиях внутренних органов менее предсказуема у женщин, чем у мужчин, вследствие чего эти патологии хуже диагностируются и лечатся у женщин.



болей, за исключением болей в шее и спине, больше распространены среди неработающих. Хронические болевые синдромы чаще отмечаются у лиц с низкой самооценкой социального статуса, овдовевших и разведенных, а также при низкой удовлетворенности своими жилищными условиями.

Оценивать интенсивность боли можно по шкале вербальных оценок или визуально-аналоговой шкале. Есть и шкала определения уровня депрессивности. Врачам в процессе диагностики важно определить причину формирования ХБС. И на стратегию дальнейшего лечения влияет первоначальное определение ведущего механизма боли: психогенный, нейрогенный, воспалительный, вертеброгенный.

Замечу, что всегда необходимо искать физические причины боли у человека, даже если главными видятся психологические причины. Все происходящие в организме процессы, связанные с хронической болью, необходимо всесторонне исследовать и охарактеризовать. Но, естественно, после тщательного первичного обследования назначать повторные исследования без особых показаний не имеет смысла. Лучшим решением часто оказывается отказ от бесконечных диагностических процедур и сосредоточение на облегчении боли у пациента и восстановлении его функционального состояния.

Лечение хронического болевого синдрома часто имеет мультидисциплинарный характер (применение анальгетиков, физических методов, психологической помощи). Но, повторюсь, сначала необходимо лечить первопричину хронической боли. Раннее интенсивное лечение острой боли может ограничить или предотвратить сенсибилизацию и ремоделирование и, следовательно, предотвратить ее переход в хроническую.

Применяются как медикаментозные препараты, так и физические методы лечения. Часто эффективны **психотерапия и поведенческая терапия**. При необходимости направляем пациента для получения более усиленной медикаментозной терапии в кабинеты паллиативной медицинской помощи.

Полезными могут быть различные **когнитивно-поведенческие методики по контролю боли**: релаксация, отвлекающие методики, гипноз. Одной из



В зависимости от патогенеза болевые синдромы подразделяют на соматогенные, нейрогенные и психогенные болевые синдромы.

Болевые синдромы, возникающие вследствие активации ноцицептивных рецепторов при травме, воспалении, ишемии, растяжении тканей, относят к **соматогенным болевым синдромам**. Клинически среди них выделяют: посттравматический и послеоперационный болевые синдромы, боли при воспалении суставов, миофасциальные болевые синдромы, боли у онкобольных, боли при поражении внутренних органов и т.д.

Развитие **нейрогенных болевых синдромов** связывают с повреждением структур периферической или центральной нервной систем, участвующих в проведении ноцицептивных сигналов. Примерами таких болевых синдромов являются невралгии (тригеминальная, межреберная и другие), фантомно-болевого синдромом, таламические боли.

Ведущее значение в механизме развития **психогенных болевых синдромов** отводится психологическим факторам, которые инициируют боль при отсутствии каких-либо серьезных соматических расстройств. Часто боли психологической природы возникают вследствие перенапряжения каких-либо мышц, которое провоцируется эмоциональными конфликтами или психосоциальными проблемами. К психогенным болям относят боли, связанные с депрессией, которые не предшествуют ей и не имеют какой-либо другой причины.

отвлекающих практик является метод управляемых мысленных образов, погружающих в спокойствие и комфорт (больной представляет себя лежащим на берегу моря или в гамаке и т.д.).

Профилактика ХБС может быть только одна - необходимо вовремя поставить диагноз и вовремя начать лечение острой стадии заболевания, не запускать его, не хронизировать. Не нужно, испытывая боль, пить самостоятельно назначенные лекарственные препараты. Это может только усугубить проблему боли, вызвать зависимость от препарата.

Помните, что врачи-неврологи могут вам помочь избавиться от боли, в том числе и хронического болевого синдрома. Главное, вовремя увидеть этот переход боли из острой стадии в хроническую, и обратиться к специалисту для назначения рационального и эффективного лечения. ☺

Не нужно, испытывая боль, пить самостоятельно назначенные лекарственные препараты. Это может только усугубить проблему боли, вызвать зависимость от препарата.



Семь шагов к счастью

Декабрь... Первый месяц зимы и последний месяц уходящего года. Мы устали от общего негатива, вирусов и болезней, вынужденного одиночества и с надеждой на лучшее ждем нового года.

Как женщина-мать, врач и педагог, считаю, что главное, чтоб все были здоровы. Ведь здоровье - это «состояние полного физического, духовного и социального благополучия». Разве это не то, к чему мы стремимся и желаем своим близким? По мнению ученых, 10% здоровья - это генетика, а 90% - наш образ жизни. И чтобы значительно улучшить свое здоровье (и качество жизни!), надо лишь сделать несколько шагов.

ШАГ 1. ПИТАЙТЕСЬ ПРАВИЛЬНО

Еда - это основа здоровой и долгой жизни. Старайтесь есть только качественную еду, вовремя и не переедать! Завтрак обязателен, перед сном лучше выдержать два часа без еды. Обязательно пересмотрите свои пищевые привычки. Хорошо, если половина тарелки - свежие овощи, не забывайте и про белки (мясо, творог, яйца или рыба) и сложные углеводы (каша или крахмалистые овощи). Сократите в рационе количество легких углеводов. По возможности исключите сахар и соусы, сладкое, фастфуд и снеки. Сначала будет тяжело, но уже через 1-1,5 недели тяга к вредным продуктам намного уменьшится.

ШАГ 2. ПЕЙТЕ БОЛЬШЕ ВОДЫ

Вода - основной элемент организма человека, жизненно важный для работы органов и терморегуляции. Она нужна для транспортировки питательных веществ и кислорода ко всем клеткам тела, помогает преобразовывать пищу в энергию и усваивать питательные вещества, избавляться от отходов. Количество воды в организме зависит от возраста: у младенцев она составляет 75%, у подростков - 65%, у взрослых - 60%, у пожилых людей - 55% массы тела.

Средняя рекомендуемая доза жидкости в день - 1,5-2 литра. В это количество входят все напитки и жидкие продукты. Приучитесь выпивать стакан воды сразу после пробуждения: это позволяет быстрее проснуться самому и «разбудить» желудочно-кишечный тракт.

ШАГ 3. ВЕДИТЕ АКТИВНЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Занимайтесь спортом - ведь 150 минут фитнеса в неделю продлят молодость на 5 лет. Какой именно

вид физической нагрузки выбрать - решать вам, главное - регулярность. Тяжелые тренировки совсем не обязательны. Для здоровья подходят танцы, йога, пилатес, ходьба. Для начала можно включить в план дня несколько гимнастических упражнений. Отказывайтесь от лифта, выходите из транспорта на две-три остановки раньше и т.д. Помните, что только благодаря активному движению ваше тело «накопит» меньше жиров, а повышенная масса тела - это первый враг здоровья и долголетия.

ШАГ 4. ОТКАЖИТЕСЬ ОТ ВРЕДНЫХ ПРИВЫЧЕК

Жизнь без сигарет спасет вас от множества вредных веществ, из которых никотин - далеко не самый опасный. Ограничьте количество потребляемого алкоголя, соблюдайте культуру его потребления.

ШАГ 5. НЕ ПУСКАЙТЕ ПЕЧАЛЬ В СВОЕ СЕРДЦЕ

Сократите до минимума общение с неприятными людьми, ограждайте свой социум от негативной информации, особенно если она не касается лично вас и ваших близких. Помните, что пессимизм - это завуалированная форма хронической депрессии, которая повинна в возникновении множества заболеваний. Старайтесь ни с кем не ругаться, выясняйте отношения спокойно и конструктивно, не теряйте головы и держите контроль над собой. Не копите в себе злость. Давайте ей выход - это гораздо полезнее для здоровья, чем сдерживать внутреннее недовольство. Старайтесь как можно меньше волноваться и переживать: чем больше человек нервничает, тем быстрее он стареет. Чаще улыбайтесь, радуйтесь и своим, и чужим успехам и достижениям, дарите людям любовь и добро.



ШАГ 6. НЕ ЗАБЫВАЙТЕ ОБ ОТДЫХЕ

Лучший отдых - смена деятельности. В выходные и в отпуске не сидите дома - встречайтесь с друзьями, ходите в театры, кино и музеи. Планируйте и совершайте путешествия, даже недалекие. Жизнь, насыщенная положительными эмоциями, может многое компенсировать. Не экономьте на сне - спите минимум 8 часов в сутки. Сон помогает восстановить физические силы, вернуть ясность голове, улучшить память и внимание, получить хорошее настроение, повысить иммунитет. Ложиться спать и просыпаться лучше в одно и то же время. Помните, что для стабильной работы эндокринной системы очень важен ночной сон.

ШАГ 7. НЕ БОЙТЕСЬ ВРАЧЕЙ

Любой организм требует регулярного медосмотра. Так можно вовремя заметить заболевания, когда их проще всего вылечить. Если вы почувствовали недомогание, обратитесь к специалисту как можно раньше, самолечение может усугубить проблему, не ждите момента, когда станет совсем плохо. Выполняйте предписания врача: не пропускайте прием лекарств, следуйте прописанным правилам активности и питания. Взаимопонимание и взаимодействие врача и пациента - залог успеха на пути к выздоровлению. И всегда помните, что ваше здоровье - в ваших руках, и именно в ваших силах не допустить серьезных заболеваний, или вовремя их выявить, а значит жить долго и счастливо. ☺

Светлана Дмитриевна ЯВОРСКАЯ, д.м.н., доцент, профессор кафедры акушерства и гинекологии с курсом ДПО АГМУ, президент «Ассоциации акушеров-гинекологов» Алтайского края



Жизнь после пандемии

Стремительное распространение пандемии COVID-19 в начале 2020 года за короткий срок перевернуло жизнь миллионов людей во всем мире с ног на голову. Изменение уклада жизни, ухудшение материального положения, постоянный риск быть инфицированным и серьезно заболеть или даже умереть, страх за своих родных и близких и абсолютное нарушение стабильности привели к всеобщей дезадаптации, а также к постоянной эмоциональной напряженности.

«У моей сестры после ковида начались панические атаки», «Мама не может находиться дома одна, у нее после болезни навязчивый страх», «Меня мучает постоянная тревога и напряжение после того, как я переболел ковидом», «Я стала такая слезливая, любая ситуация выводит меня на слезы», «Вдруг из ниоткуда возникает тревога, охватывает паника, и я - разумный, рассудительный человек - трясусь от страха» - такие жалобы стали появляться всё чаще у моих коллег, знакомых и пациентов, переболевших COVID-19. Кроме сохранения длительного кашля, затруднения дыхания, одышки, люди жалуются и на перепады настроения, плаксивость, панический страх, тревожность, напряжение, нарушение сна, депрессию, суицидальные мысли и другие психологические нарушения.

Жить с этим сложно, ухудшается качество жизни, с каждым днем людей с психологическими проблемами становится всё больше. **Опасность последствий заключается в хронических эмоциях.** Тело реагирует на приобретенный условный рефлекс, который может в дальнейшем даже не подкрепляться внешними факторами.

Без ценностей

С чем мы столкнулись? Почему появляются подобные симптомы? Ситуация с пандемией стала развиваться противоречиво и быстро, «посыпались» важные приоритеты - ведь наша жизнь строится на базовых принципах и основных ценностях, которыми руководствуется человек.

Американский психолог Абрахам Маслоу построил иерархию необходимых принципов («пирамида Маслоу»). В нее включены: физиологические нужды, безопасность, желание любить и быть любимыми, уважение, статус и самореализация. При анализе нынешней ситуации понятно, что **у людей возникли проблемы на каждом этапе.** Нарушена ценность сохранения жизни и ценность распоряжаться самим собой, своим временем, ценность свободно передвигаться, надевать то, что хочешь, или не надевать то, что не хочешь, зарабатывать, развивать свой бизнес, нарушена ценность построения взаимоотношений, формирования семей, ценность личностного роста. Естественно, всё это вызвало у людей очень много фрустраций, разнообразные тяжелые чувства, начинают цепляться к словам, в итоге «переходят на личности». Как результат - возникает ощущение, что хороших решений этих проблем нет и быть не может, все мы находимся в западне.

Эти провоцирующие факторы воздействуют на человека: он выгорает, у него переполнение эмоцией страха, ощущение катастрофы. А если он еще и переболел, слаб физически, то его состояние ухудшается еще более существенно.

О страхе

Страх - это естественная реакция организма на опасность. Он жизненно необходим с точки зрения эволюции и появляется одним из первых (можно видеть, как эмбрион «убегает» от инструментов хирургов). Если наш



Алла Владимировна ЛОБАНОВА,
клинический, семейный,
перинатальный психолог,
психоонколог,
ГБУЗ «Алтайский краевой
онкологический
диспансер»



◀

Страх - это наши галлюцинации о будущем: мы думаем о том, чего нет, и видим только негативный сценарий. Мы боимся того, что еще не произошло, и накручиваем себя этим страхом. Страх может серьезно нарушить нормальную жизнь человека.

мозг воспринимает нечто, как пугающее и неизвестное, - он преувеличивает степень риска. В конечном итоге страх перерастает в нечто изнурительное и всепоглощающее. Люди, испытывающие страх, часто больше боятся этих эмоций, чем сам объект страха.

Страх проявляется физиологически и психологически.

Физиологические проявления страха: аритмия, тахикардия, повышенное потоотделение, гипервентиляция, диарея, расширение и сужение зрачков, недержание мочи, бегающий взгляд, расстройства кровообращения, усиление мышечного напряжения, приводящее к скованности и затруднению движений, а при длительном сохранении напряжения может привести к дрожанию всего организма или тремору конечностей, губ, или же, наоборот, вызвать усиленную работу мышц.

Психологические проявления страха: вынужденное молчание, пассивность, отказ от действия, избегание общения, тревога, волнение, неуверенное поведение, возникновение дефекта речи (заикание) и вредных привычек (оглядывание, сутулость, обгрызание ногтей, теребление в руках предметов); человек стремится к уединенности, что способствует развитию депрессии, меланхолии, в некоторых случаях провоцирует суицид.

Американский психолог, специалист в области психологии эмоций Кэррол Эллис Изард пишет по этому поводу: «...резкие изменения соматических показателей при переживании челове-

ком сильной эмоции указывают на то, что в этом процессе задействованы практически все нейрофизиологические и соматические системы организма. Эти изменения неизбежно сказываются на восприятии, мышлении и поведении индивида, и в крайних случаях могут приводить к соматическим и психическим нарушениям. Эмоция активизирует вегетативную нервную систему, которая, в свою очередь, воздействует на эндокринную и нервно-гуморальную системы».

В современном мире, где каждый привык к определенной стабильности и расчетливости, к бизнес-планам, планам на отпуск и т.д., предчувствие катастрофы, неконтролируемость ситуации, нагнетание обстановки СМИ приводят к панике. Но у переболевших людей ситуация усложняется остаточными явлениями, слабостью и вялостью. У них генерализируется страх, а тело, сознание и подсознание имеют неделимую связь, поэтому возникают перепады настроения, плаксивость, панический страх, тревожность, напряжение, нарушение сна, депрессия, суицидальные мысли и другие психологические нарушения.

Что же делать? Нужно работать с эмоциями. Как правило, люди сразу обращаются к медикаментозному лечению. Но надо понимать, что в основном антидепрессанты и транквилизаторы работают, пока человек их употребляет. Они выравнивают состояние психики за счет изменений на нейрогормональном уровне, то есть искусственно поддерживают нормальное настроение, искусственно снижают уровень тревожности. Проблемы, приведшие к возникновению тревоги или депрессии, такие препараты не устраняют. Страх не купируется. Но если степень вовлеченности сильная, то надо подходить к решению комплексно: наряду с медикаментозной терапией параллельно работать со своими эмоциями, уравновешивать их и гармонизировать.

Помоги себе сам

Существуют несколько способов для самостоятельной работы над своим состоянием.

Медитация положительно действует на весь организм в целом. Согласно исследованиям, во время медитации клетки мозга не отдыхают, как можно



было бы подумать, а активно делятся. Причем, делятся те клетки, которые ответственны за память, творческие способности, мышление, а ответственные за агрессию и страх - нет.

Гипнотерапия - это перепрограммирование шаблонов неэффективного поведения, способствующих развитию иррациональных страхов, негативных мыслей и чувств, которые необходимо преодолеть. В измененном состоянии сознание поддается внешнему внушению, снижаются самосознание и самоконтроль. В состоянии транса все чувства человека обострены, сознание открыто для получения из него любой информации.

Поделитесь тем, что вы чувствуете. Найдите того, кто может выслушать вас, и кому вы можете доверять. Держать внутри себя всё взаперти не поможет ничему. Выпуская свои чувства, вы можете заставить их уйти.

Если вам не с кем поговорить (или как дополнение к разговору), **выразите свои чувства и мысли на бумаге.** Можно вести дневник. Многим людям помогает даже одно выражение своих чувств, и их страхи могут исчезнуть.

Осознанность - это постоянное отслеживание, сканирование текущих переживаний, то есть состояние, в котором субъект сосредотачивается на переживании настоящего момента, не отвлекаясь на события прошлого или фантазии о будущем. Многие люди не догадываются о том, что во многом их поведением управляют рефлексивные реакции психики, основанные на сформированных ранее убеждениях, концепциях, взглядах на себя, людей и окружающий мир. Всё это формирует призму, через которую, словно через искривленное зеркало, мы в дальнейшем смотрим на мир: видим не реальность, как она есть, а искаженную своим восприятием проекцию этой реальности. Привнесение в жизнь осознанности даст возможность избежать всего этого, совершать осознанный выбор в любой ситуации, а значит, совершать меньше ошибок и не привносить страданий в собственную жизнь.

Поддерживать и развивать волю к жизни. Физиологические процессы, происходящие в организме, реагируют на вспыхнувшую надежду и вновь появившееся желание жить. Обновленная надежда и желание жить дают тол-



чок физиологическим процессам, которые и приводят к улучшению здоровья. Разум, тело и эмоции - звенья одной системы, поэтому изменения на уровне психики вызывают изменения и в физическом состоянии. Это своего рода замкнутый круг, где улучшение состояния здоровья укрепляет надежду, которая приносит дальнейшее улучшение здоровья.

Восстановить ресурсы, научиться ценить те вещи, которые вы имеете и которые считаете естественными.

Используйте принцип «полной загрузки». Когда одолевают мрачные мысли, страх и тревога, засучите рукава и займитесь делом (лучше физической работой).

Превратите ситуацию в комическую, посмейтесь над ней.

Выполните упражнение: «Представьте, что вам дали чудо-лекарство и вы больше не испытываете страх, тревогу, нерешительность и неуверенность. Вы освободились от внутренней цензуры, внешнего давления. Действие чудо-лекарства продолжается неделю». Тщательно продумайте: как изменится ваша жизнь? Составьте план и используйте его в дальнейшем в реальной жизни.

Напишите письмо своему страху. Помните: вы - хозяин своей жизни и своих эмоций, вы ими управляете, а не наоборот. Если вы не можете самостоятельно справиться с проявлениями страха, не стесняйтесь обратиться к психологу! ☺

В момент страха мы рисуем в голове негативный сценарий, и наша психика на него ориентируется. Но если бы мы могли представить себе два-три альтернативных сценария, то это напряжение могло бы снизиться. Может, страх до конца бы и не ушел, но в голове были иные выходы и шансы.



#МыВместе-2020

Волонтеры. Совершенно неожиданно, из попытки, как многие считали, просто занять школьников, студентов полезным делом, обратить внимание молодых ребят на проблемы и нужды жителей края волонтерство стало жизненно необходимой реальностью нашей жизни.

Движение объединило активных, неравнодушных людей самых разных возрастов и социальных групп. Примеров поддержки, решения самых насущных проблем земляков - немало. И пандемия COVID-19 невольно стала своеобразным «катализатором» волонтерства.

Как иллюстрация значимости и многоплановости такой общественной работы, именно системной и последовательной работы, - волонтерские программы, координируемые региональным отделением ОНФ в рамках Всероссийской акции взаимопомощи #МыВместе. Наш собеседник - руководитель краевого исполкома ОНФ **Сергей Анатольевич ВОЙТЮК**:

- Напомню, что с конца марта по июль 2020 года волонтерскую

помощь в Алтайском крае в рамках акции #МыВместе уже получили **32 тысячи человек**. Работа волонтерского штаба возобновилась в Барнауле 7 октября этого года.

Чем реально занимаются волонтеры? Направлений много.

Актуальная проблема - **содействие людям, которые в силу своего возраста обязаны соблюдать режим самоизоляции**. Таким жителям наши волонтеры, например, бесплатно доставляют продукты, нужно оплатить только сумму покупки. Замечу, что такая помощь востребована. В Барнауле заявки, поступающие на **горячую линию 8-800-200-3411**, обрабатывают более ста волонтеров. Обращаем внимание, что *волонтеры не выезжа-*



ют к людям, болеющим коронавирусом. И мы призываем пожилых людей и тех, кто страдает хроническими заболеваниями, в случае крайней необходимости посещать магазины у дома в утренние часы, чтобы минимизировать контакты, и не пользоваться общественным транспортом.

Фактически на старте к работе в этом проекте присоединились алтайские музыканты **Евгений Трофимов** и **Юрий Мещеряков** - участники известных телепроектов «Новая фабрика звезд», «Новая волна», «Новая звезда» и музыкального лейбла M.A.R.S. Интересен их первый опыт доставки продуктов по просьбе 89-летней **Галины Федоровны Алесовой**, который они осуществили вместе с более опытным волонтером акции #МыВместе, студенткой АГМУ **Ириной Ожогойной**. Ребята отнеслись к поручению с выдумкой: они не просто принесли заказанные покупки, а прямо в подъезде исполнили для Галины Федоровны песню Юрия Антонова «Мечты сбываются», чтобы ее подбодрить. Более 48 лет Галина Федоровна отдала медицине - в прошлом она врач-педиатр. И за помощью к волонтерам обратилась впервые: *«Очень спокойно знать, что в случае чего вы, волонтеры, придете и накормите нас. Этих продуктов мне хватит больше, чем на неделю. Спа-*



сibo большое! Буду с удовольствием пользоваться вашими услугами».

Очень много было вопросов, особенно от городских жителей: что делать, если был в контакте с больным COVID-19? Наш волонтерский штаб акции взаимопомощи #МыВместе и министерство здравоохранения края **подготовили специальные памятки для тех, кто контактировал с больными COVID-19.** Из памятки можно узнать, как себя вести, какие лекарственные препараты принимать, когда вызывать врача и куда обращаться, чтобы дистанционно получить лист нетрудоспособности. Помощь в печати и распространении памяток оказывают активисты регионального отделения Общероссийского народного фронта. Памятки получили все четырнадцать поликлиник Барнаула, где работают колл-центры. При поддержке администрации Барнаула и группы компаний «Оранжевый СЛОН» 5000 памяток размещены на рекламных стендах в подъездах многоквартирных домов. Также памятки для дальнейшего распространения среди жителей получили и управляющие компании и ТОСы.

В рамках акции #МыВместе в **Алтайском краевом центре крови** при участии «Волонтеров-медиков» 23-26 ноября 2020 года около сотни барнаульцев **пополнили запасы донорской крови.** Одним из участников марафона стал член регионального штаба ОНФ, бронзовый призер Олимпийских игр в Лондоне, чемпион Европы и мира по дзюдо **Иван Нифонтов.** «Из-за спортивных травм я перенес много операций, мне самому требовалась донорская кровь, и теперь настал мой черед, возможно, спасти чью-то жизнь», - рассказал Иван.

Вместе с прославленным дзюдоистом в Алтайском центре крови побывала и член регионального штаба ОНФ, председатель краевого профсоюза работников культуры **Лариса Зорина:** «Это не первый донорский марафон, прошедший в столице края в рамках акции #МыВместе. В июне больше сотни человек стали участниками донорской недели, организованной «Молодежкой ОНФ» и «Волонтерами-медиками». В



сентябре 78 участников команды «Молодежка ОНФ» и бойцов краевого студенческого отряда «Алтай» сдали кровь на мобильной станции переливания».

Мы продолжаем взаимодействие с медицинскими организациями края. С 14 декабря в регионе возобновилось оказание плановой медицинской помощи. Поликлиники начали принимать пациентов, постепенно возвращаются к обычной работе и медицинские учреждения, задействованные в лечении больных коронавирусом. Только в декабре мы передали 483 тысяч защитных масок больницам и поликлиникам, которые возобновили оказание плановой медицинской помощи жителям региона. Ведь использование медиками средств индивидуальной защиты не теряет своей актуальности. Машину со средствами индивидуальной защиты разгружали волонтеры регионального штаба акции #МыВместе, бойцы российских студенческих отрядов, работники Барнаульского ДСУ-4.

При этом важно понимать, что работники первичного звена здравоохранения часто подвергаются не меньшей опасности, чем бригады скорой помощи. Посещение пациентов на дому чревато заражением новой коронавирусной инфекцией. Поэтому мы предложили партнерам акции #МыВместе по-

мочь минздраву региона и обезопасить именно этих людей с помощью **портативных рециркуляторов** отечественного производства. Они очень легко устанавливаются в автомобилях и эффективно очищают воздух.

Средства на приобретение рециркуляторов краевому благотворительному общественному фонду «Алтайский центр развития добровольчества» перечислили депутаты Барнаульской городской думы Кристина Юстус, Юрий Ряполов, Роман Репа, Александр Лисицын и Александр Локтев, ООО «Хирон», ООО «Единый расчетно-кассовый центр», ООО ПСК «Индустрия», ООО «Научно-технический центр Галэкс».

Например, десять приборов для очистки воздуха получили в краевой клинической больнице. Там их помимо прочего установят в автомобилях, которые используются для доставки больных на гемодиализ - жизненно необходимую процедуру очищения крови с помощью аппарата «искусственная почка». Портативные рециркуляторы воздуха получили еще 18 взрослых и детских больниц, поликлиники Барнаула, а также Диагностический центр Алтайского края.

Мы продолжаем эту работу, готовы ее расширять, и открыты к сотрудничеству. ☺



Как защитить ребенка от переутомления?

Середина учебного года и окончание года календарного всегда становятся сложным периодом, как для учащихся, так и для их родителей.

В этом году они дополнились и усложнились последствиями сложной эпидемиологической обстановки. Всем пришлось адаптироваться к новому образу жизни - дистанционному, и, конечно, этот процесс не мог не отразиться на детях и не вызвать массу вопросов у родителей.



На часто задаваемые вопросы ответила педагог-психолог Алтайского краевого центра психолого-педагогической и медико-социальной помощи **Дарья Васильевна КАНДАРАКОВА**.

Как понять, что ребенок перегружен, если он сам не высказывает жалоб по этому поводу?

Последствия такой «перегрузки» у человека имеют накопительный эффект и заметить их получается не сразу. К тому же не каждый ребенок способен распознавать и анализировать свое состояние. Родителям важно быть наблюдательными и задавать вопросы, интересоваться состоянием ребенка, его настроением и здоровьем.

Часто симптомами переутомления становятся плаксивость, раздражительность, вспышки агрессии, снижение внимания и ухудшение памяти. Ребенок становится раздражительным, плохо запоминает новую информацию, отвлекается, негативно реагирует на что-либо новое. Также к симптомам переутомления можно отнести нарушения аппетита, сна, частые заболевания. Например, у ребенка часто, но не продолжительно поднимается температура.

Если ребенку нравятся все кружки, которые он посещает, обязательно ли отказываться от чего-то, чтобы снизить его нагрузку?

Если родители видят, что развивается хотя бы один симптом из тех, что описаны выше, то да, обязательно! Необходимо хотя бы на время отказаться от кружков и секций, чтобы увеличить время отдыха. И, конечно же, нужно оставить ребенку время на детство!

Уместно ли родителям помогать детям с выполнением домашнего задания?

Помогать детям вообще очень уместно. Не важно, с чем помогать, важно, чтобы формировалась и развивалась надежная детско-родительская привязанность, а у ребенка формировалось понимание «моя семья - мой крепкий тыл!». Вне зависимости от оценок за домашнюю работу ребенок будет успешным тогда, когда будет чувствовать поддержку своих взрослых - своей семьи.

Как в таковой помощи с уроками нет ни плохого, ни хорошего, а вот в том, как она организована и какую роль играет в

семейных отношениях, - может быть и хорошее, и плохое. Если подготовкой уроков подменяется общение ребенка с родителем и уроки являются единственным поводом и способом провести время вместе, то логично предположить, что ребенок никогда не станет делать их самостоятельно. Если же уроки ежедневно являются причиной конфликтов в семье, будет также логично предположить, что у ребенка не сформируется положительное отношение к урокам и желание ими заниматься, он просто будет всячески их избегать. Если же родитель приходит на помощь, когда ребенок не справляется сам, помогает преодолевать трудности, поддерживает, то тем самым он постепенно формирует мотивацию достижения успеха, и ребенок понимает, что даже самые трудные задания ему по плечу, если рядом семья, готовая прийти на помощь. Главное, чем может помочь родитель, - это поддержка в преодолении сложностей, уверенности в себе и формирование позитивного отношения к урокам.



Как относиться к тому, что ребенок некоторые задания делает вместе с одноклассниками, хотя задание не предусматривает коллективной работы?

В процессе такого общения дети учатся работать в команде, договариваться, отстаивать свое мнение и слышать мнение других. Всё это очень важные социальные навыки, и если результатом такого развивающего общения станет задание, в котором все вместе разобрались, - то это только прекрасно! Если говорить о детях подросткового возраста (с 10-11 до 16-17 лет), то для них общение со сверстниками является ведущим видом деятельности, и совместное выполнение заданий становится отличным поводом для удовлетворения потребности в таковом.

Некоторые современные эксперты рекомендуют давать детям внеплановые выходные дни после особо напряженных периодов в обучении. Правильно ли это?

Если родители видят, что развивается хотя бы один симптом из тех, что описаны в ответе на первый вопрос, тогда да, это правильно. Не каждый взрослый, а уж тем более ребенок, способен распознать симптомы эмоционального выгорания и правильно и вовремя его профилактировать.

Что наиболее оптимально для детей: назначать дополнительные занятия в выходные или оставить выходные исключительно для отдыха?

Невозможно сказать, что оптимально для всех детей. В этом вопросе следует индивидуально подходить к каждому ребенку. Главное, что следует помнить и учитывать родителю, - это баланс между трудом и отдыхом. Избегайте чрезмерной нагрузки и переутомления.

В этом году многие образовательные учреждения (в том числе и учреждения дополнительного образования)



перешли на дистанционную форму обучения. В связи с этим начала стираться грань между учебой, работой и отдыхом, и кажется, что нагрузка значительно выросла. Что наиболее важно в организации времени во время дистанционного обучения?

Во-первых, важно наладить режим, составить четкое расписание рабочего и личного времени. Во-вторых, соблюдать это расписание - даже если трудно, но без всяких «потом» и «если». В режиме «удаленки» границы личного и рабочего стираются. Поэтому очень важно устанавливать эти границы и отстаивать их, именно поэтому необходимо придерживаться четкого расписания. Коллектив также должен соблюдать границы, если речь не идет о форс-мажоре, требующем незамедлительной реакции.

Необходимо договориться с членами семьи о времени использования компьютера и других гаджетов. Распределить время в соответствии с потребностями и графиком всех членов семьи, и этот график тоже нужно соблюдать.

Не лишними будут ежедневные ритуалы, которые дают сигнал организму о начале и окончании работы или отдыха. Например, зачеркивать дела из списка или пить кофе. Не стоит забывать про режим сна: чем более стабильным он будет, тем легче пройдет адаптация к новому образу жизни. ☺

Часто симптомами переутомления у ребенка становятся плаксивость, раздражительность, вспышки агрессии, снижение внимания и ухудшение памяти. Он становится раздражительным, плохо запоминает новую информацию, отвлекается, негативно реагирует на что-либо новое.



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., профессор, главный
внештатный кардиолог
министерства здравоохранения
Алтайского края, профессор
кафедры терапии и общей
врачебной практики
с курсом ДПО 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
с курсом ДПО АГМУ,
председатель комитета АКЗС
по здравоохранению и науке



**Миллер
Виталий Эдмундович**
к.м.н., доцент кафедры
пропедтики 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**
Заслуженный работник
здравоохранения РФ,
почетный член
Профессиональной сестринской
ассоциации Алтайского края



**Ремнева
Надежда Степановна**
к.с.н., председатель Алтайского
краевого Совета женщин -
отделения Союза женщин России,
председатель Общественной
женской палаты при губернаторе
Алтайского края



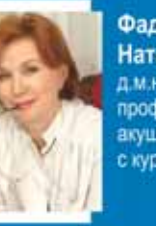
**Ремнева
Ольга Васильевна**
д.м.н., доцент,
заведующая кафедрой
акушерства и гинекологии с курсом
ДПО АГМУ



**Реуцкая
Елена Михайловна**
заместитель главного врача
по медицинской части КГБУЗ
«Краевая клиническая больница»



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



**Фадеева
Наталья Ильинична**
д.м.н., профессор,
профессор кафедры
акушерства и гинекологии
с курсом ДПО АГМУ



**Яворская
Светлана Дмитриевна**
д.м.н., доцент, профессор кафедры
акушерства и гинекологии с курсом
ДПО АГМУ,
президент «Ассоциации
акушеров-гинекологов»
Алтайского края

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№12 (216) декабрь, 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

Выпуск издания (рубрика
"Национальный проект
"Здравоохранение") осуществляется
при финансовой поддержке
Федерального агентства по печати и
массовым коммуникациям.

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

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

Время подписания в печать:
по графику - 14:00 26.12.2020 г.,
фактически - 14:00 26.12.2020 г.
Дата выхода: 31.12.2020 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

ФАКТОРЫ РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

ФАКТОРЫ, КОТОРЫЕ МЫ НЕ МОЖЕМ ИЗМЕНИТЬ:



Возраст



Наследственность

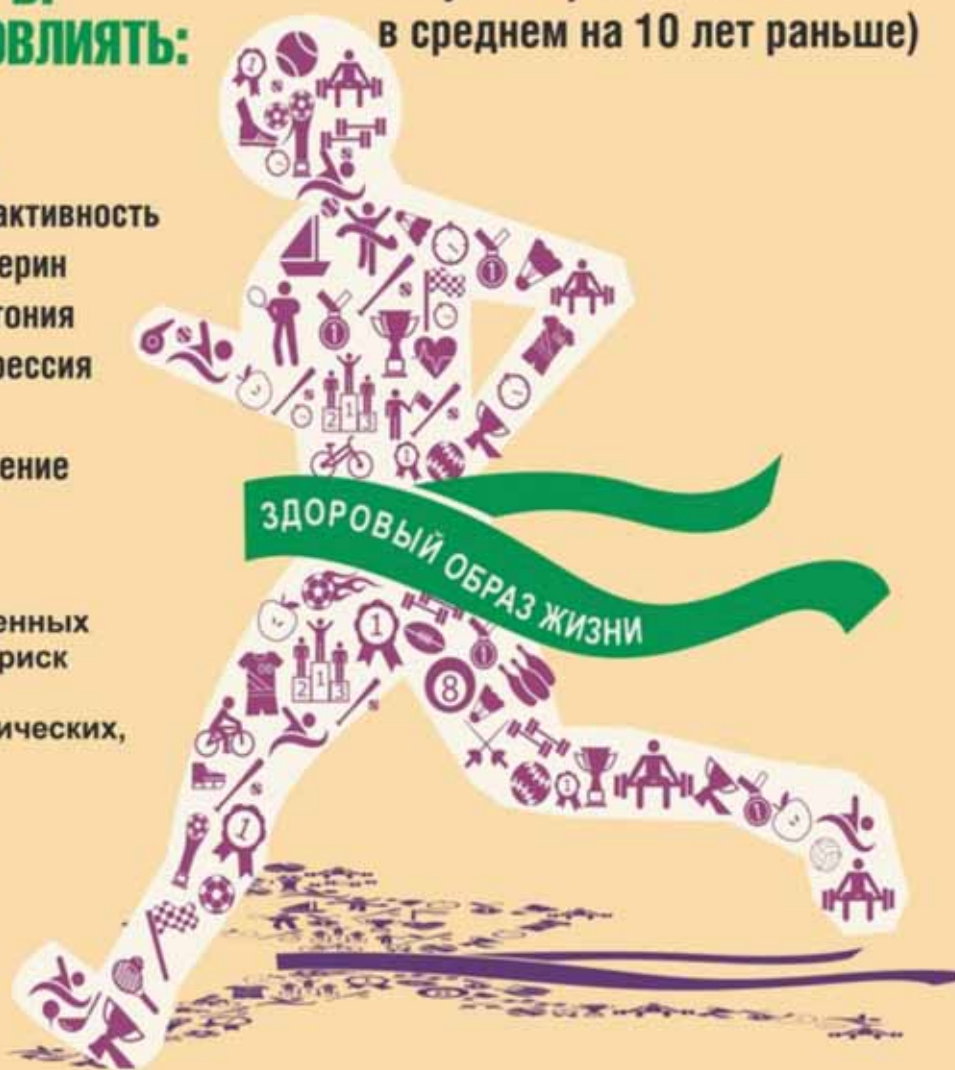


Пол (у мужчин инфаркт миокарда и мозговые инсульты развиваются в среднем на 10 лет раньше)

НА ЭТИ ФАКТОРЫ МЫ МОЖЕМ ПОВЛИЯТЬ:

- Курение
- Нездоровое питание
- Низкая физическая активность
- Повышенный холестерин
- Артериальная гипертензия
- Стресс, тревога, депрессия
- Ожирение
- Избыточное потребление алкоголя

Каждый из перечисленных факторов повышает риск развития сердечно-сосудистых, онкологических, бронхолёгочных заболеваний, сахарного диабета. Эти факторы взаимосвязаны и усиливают действие друг друга.



ВАЖНО! Чтобы сохранить здоровье на долгие годы, надо вести здоровый образ жизни!