

6+

# ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№3 (219) АПРЕЛЬ 2022



## ОТ РЕДАКЦИИ

# Во имя тех, кто верен и предан своему делу!

Медицинская профессия всегда была и остается профессией, связанной с высоким профессиональным осознанным риском, огромной ответственностью, мужеством и долгом!

Мировая пандемия COVID-19 стала новым испытанием и проверкой на верность и преданность своему делу медиков. Наградой их самоотверженному труду стали спасенные жизни многих и многих земляков! Многие жители края, общественные организации в знак уважения и солидарности медикам приняли свое посильное участие в борьбе с эпидемией. Как символ признательности жителей медикам края, стоящим на страже здоровья, родилась идея Памятника медицинским работникам.

Алтайские общественные организации выступили организаторами воздвижения этого Памятника. По их замыслу даже место его установки должно стать символом медицинского работника, который боролся и всегда будет бороться за жизнь человека. В открытом голосовании в сети интернет в 2021 году было утверждено место будуще-



го Памятника - Мемориала мужества, отваги и профессионализма медицинских работников Алтайского края. Им стал сквер возле учебного корпуса Алтайского государственного меди-



цинского университета (Барнаул, ул.Папанинцев, 126). Немаловажную роль сыграло, что в этом здании вуза находятся Музей истории медицины, Краевая медицинская библиотека, Симуляционный центр, расположена приемная комиссия, что позволит будущему знаковому месту стать точкой притяжения, поклонения всем представителям медицинской профессии, начиная от школьников, студентов и заканчивая уже действующими медицинскими работниками.

В апреле 2022 года завершен первый этап подготовительных работ: разработка и утверждение Общественной комиссией эскизного проекта «Памятник медицинским работникам Алтайского края» в г.Барнауле.

Медицинская палата Алтайского края открыла целевой счет для сбора добровольных пожертвований от юридических и физических лиц, которые будут направлены на строительство Мемориала мужества, отваги и профессионализма медицинских работников Алтайского края. Памятник расположен на территории АГМУ и логично, что координатором проекта выступает и вуз.



**Яков ШОЙХЕТ**, профессор, доктор медицинских наук, президент Медицинской палаты Алтайского края: *«Мемориал мужества, отваги и профессионализма медицинских работников Алтайского края будет посвящен всем медикам: и врачам, и медсестрам, и фельдшерам скорой помощи, и младшему персоналу. Всем поколениям, которые героически сражались и сражаются за здоровье и жизнь жителей региона в годы войны, в послевоенное время и сегодня - на переднем крае битвы с новой коронавирусной инфекцией. Всем, кто верен и предан своему делу. Ведь профессия медицинских работников по праву является синонимом героизма и самоотверженности».*

### БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ

**Получатель: Общественная организация «Медицинская палата Алтайского края»**

ИНН: 2224990397

КПП: 222301001

ОГРН: 1122202001492

Расчетный счет: 40703810402000031243

БИК: 040173604

Корр.счет: 30101810200000000604

Банк: АЛТАЙСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ №8644 ПАО СБЕРБАНК Г.БАРНАУЛ.

**Назначение платежа: «Перечисление пожертвований на строительство памятника»**



**Спасем наших  
детей от  
туберкулеза!**



**Что делать, если  
ребенок дерется?**



**Мигрень - это  
великий имитатор**



**Черно-белое  
мышление**

**На обложке:** Ирина Алексеевна КАМАНИНА, главный внештатный детский специалист-фтизиатр министерства здравоохранения Алтайского края, врач-фтизиатр высшей квалификационной категории, заведующая отделением мониторинга туберкулеза и иммунодиагностики КГБУЗ «АКПТД».

## НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ "ЗДРАВООХРАНЕНИЕ"

Статус медработника закрепят законодательно ..... 2-3

## ПОБЕДИМ СВОЙ СТРАХ!

К.А. Коростелева. Рак яичников: тихий убийца ..... 4-5

## ЗА СЧАСТЛИВОЕ ЗДОРОВОЕ ДЕТСТВО!

И.А. Каманина. Спасем наших детей от туберкулеза! ..... 6-7

## ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ И СПИД: ЗНАТЬ - ЗНАЧИТ ЖИТЬ!

И.Ю. Шадрина. Медленная, но такая опасная ..... 8-9

Список жизненно важных лекарств станет больше ..... 10

## ЗА СЧАСТЛИВОЕ ЗДОРОВОЕ ДЕТСТВО!

Л.В. Голованова. Что делать, если ребенок дерется? ..... 11-13

Новости здравоохранения России ..... 14

Как получить налоговый вычет за лечение ..... 15

## ЗА СЧАСТЛИВОЕ ЗДОРОВОЕ ДЕТСТВО!

Ю.В. Миллер.  
Желтушный синдром у новорожденных и младенцев ..... 16-19

Донорство как акт добра ..... 20

## ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

Т.Ю. Смолина. Что такое ангина ..... 21-23

Т.В. Корнелюк. Профилактика COVID-19 среди детей ..... 23-24

Оформить инвалидность станет проще ..... 25

Патчи прочь! ..... 26

Эко или органик? ..... 27

Е.В. Пархоменко. Мигрень - это великий имитатор ..... 28-29

Новости здравоохранения России ..... 30

Налоговый вычет на спорт ..... 31

Когда пыльца твой враг ..... 32-33

Питание против стресса ..... 34

Кому положены бесплатные лекарства ..... 35

## СОВЕТЫ ПСИХОЛОГА

А.В. Лобанова. Черно-белое мышление ..... 36-37

Вам здесь всегда помогут! ..... 38-39

## ЗА СЧАСТЛИВОЕ ЗДОРОВОЕ ДЕТСТВО!

О.В. Булганина. Сохраняя здоровье подростков ..... 40-43

О важности лечения постковида ..... 44



# Статус медработника закрепят законодательно

**Коллегия по итогам деятельности министерства здравоохранения Алашского края в 2021 году прошла 8 апреля 2022 года в Барнауле. В ее работе приняли участие главные врачи медицинских учреждений региона, главы муниципальных образований, депутаты АКЗС, общественные деятели.**

Глава региона **Виктор Петрович ТОМЕНКО**, открывая заседание коллегии, отметил высокую работоспособность системы здравоохранения и остановился на закреплении статуса медицинского работника на законодательном уровне Алтайского края.

- *За прошлый год сделано немало в сфере здравоохранения, и тот уровень благодарности, уважения, престижа работы системы здравоохранения и самих медработников подтверждает результат нашей деятельности*, - отметил губернатор. - *Система работает с важными задачами, поставленными в рамках реализации национальных проектов, программы «Модернизация первичного звена здравоохранения», программы по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями, онкологическими заболеваниями. И рабочий визит министра здравоохранения Российской Федерации **Михаила***



**МУРАШКО** в Алтайский край (в сентябре 2021 года. - прим.ред.) подтвердил, что здравоохранение в регионе находится на хорошем счету, целостность и работоспособность системы никто не ставит под сомнение.

Также губернатор в ходе заседания коллегии рассказал о реализуемой программе укрепления кадрового потенциала системы здравоохранения региона. Одним из ее важных аспектов является **закрепление на законодательном уровне статуса медицинского работника**. С такой инициативой выступили депутаты Алтайского краевого законодательного собрания, чтобы врачи и специалисты среднего звена могли быть уверены, что они могут рассчитывать на поддержку, закреплённую законом.

С основным докладом об итогах работы отрасли в 2021 году и основных направлениях развития на 2022 год в свете реализации национального проекта «Здравоохранение» выступил министр здравоохранения Алтайского края **Дмитрий Владимирович ПОПОВ**.

Министр отметил, что ожидаемая продолжительность жизни - это основной показатель работы системы здравоохранения. По предварительным данным Росстата, данный показатель в Алтайском крае в 2021 году составил **68,60 лет**, для достижения планового показателя на 2022 год - 69,66 - необходим рост фактического показателя на 1,06 года.



Объем финансирования отрасли в прошлом году составил **55млрд. 576,1млн. рублей**, превысив объем финансирования 2020 года почти на 12%.

Несмотря на все сложности эпидемиологического характера и изменение стоимости материалов в середине 2021 года, в Алтайском крае удалось решить основные задачи по модернизации материально-технической базы медицинских организаций.

В рамках региональной программы «Модернизация первичного звена здравоохранения Алтайского края» в 2021 году шло **строительство 21 объекта**, из них - 17 ФАПов, поликлиника в квартале 2002а Барнаула, филиал детской городской больницы №1 Барнаула, поликлиник в Ребрихинском и Смоленском районах. Кроме того, ведется строительство поликлиники в Алтайском районе и инфекционного корпуса в Павловском районе. В Славгородской ЦРБ был открыт третий в крае Центр амбулаторной онкологической помощи.

В рамках реализации программы первичного звена здравоохранения **налажена выездная работа специалистов в отдаленные села**, причем на регулярной основе не только работниками ЦРБ, но и специалистами межрайонных и краевых центров.

Медицинские учреждения Алтайского края в 2021 году **получили 51 единицу автомобильного транспорта**.

**Проведена работа по переоборудованию помещений**, в которых установлено 47 единиц высокотехнологического оборудования. Это - флюорографы, аппараты для компьютерной томографии, маммографии и рентгенографии.

Министр подчеркнул, что даже в сложной эпидемиологической ситуации в регионе **не была остановлена медицинская помощь для пациентов с онкологическими и сердечно-сосудистыми заболеваниями**. Так, количество пролеченных боль-



ных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в 2021 году выше, чем в предыдущем.

Большая работа проведена по укомплектованию амбулаторно-поликлинического звена врачами: **264 врача** трудоустроены в бюджетные поликлиники после окончания ординатуры, **198** - после окончания специалитета. В рамках целевой кампании 2021 года по квотам, выделенным Минздраву Алтайского края, зачислено **250 человек** в Алтайский государственный медицинский университет, причем еще **121 студент** специалитета и **24 ординатора** уже включены в программу компенсации обучения. Среди специалистов со средним медицинским образованием в поликлиники за 2021 год трудоустроено **426 сотрудников** и еще **71 студент** проходит целевое обучение.

По итогам заседания итоговой коллегии были **определены цели и задачи системы здравоохранения на 2022 год**, которые можно сгруппировать в четыре блока:

- **демографический:** достижение целевого показателя ожидаемой продолжительности жизни на 2022 год, а также - демографических индикаторов национальных проектов;

- **медицинский:** восстановление объемов специализированной медицинской помощи по основным профилям, полный охват качественным диспансерным наблюдением пациентов из групп высокого риска;

- **кадровый:** достижение целевых показателей укомплектованности физическими лицами, установленных для каждой медицинской организации;

- **финансово-экономический:** ликвидация кредиторской задолженности в медицинских организациях, централизация финансово-хозяйственных служб медицинских организаций. ☺

**Информация и фотографии предоставлены министерством здравоохранения Алтайского края**



# Рак яичников: тихий убийца

**Рак яичников - самый агрессивный вид среди онкопатологий женской репродуктивной системы. В первый год с момента обнаружения диагноза погибает около 20% пациенток! Так можно ли защитить себя от коварной болезни?**

В Алтайском крае рак яичников ежегодно выявляется у 260-280 женщин. И практически в 80% случаев болезнь обнаруживается уже на поздних стадиях. Это больше, чем в целом по России.

Опухолями весом 6-10 килограммов онкологов не удивишь, встречаются и гигантские опухоли - по 20-30 килограммов. И это притом, что в норме здоровый яичник женщины репродуктивного возраста весит около 10 граммов!

Причина проста: Алтайский край - это аграрный, сельский регион. Не все женщины из отдаленных сел имеют время, финансовую возможность да и, откровенно говоря, необходимую сознательность для регулярного посещения гинеколога. А между тем, даже однократный ежегодный поход к врачу может спасти вам жизнь!

*Наш разговор - с Ксенией Александровной КОРОСТЕЛЕВОЙ, онкогинекологом КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер».*

**- Почему и у кого возникает рак яичников?**

- Точные причины возникновения этого вида рака не установлены. Однако существует ряд факторов, которые могут провоцировать развитие заболевания.

Во-первых, примерно в 10% случаев рак яичников имеет *наследственный характер* и связан с мутациями в генах BRC1, BRC2, СНЕК1, СНЕК2. И если средний возраст пациенток с раком яичников составляет 59 лет, то наследственные формы, как правило, проявляются достаточно рано, в детородном возрасте.

**Именно поэтому каждой женщине важно пройти молекулярно-генетический тест (он делается однократно и его результаты не меняются в течение жизни), чтобы знать свою группу риска!**

Во-вторых, спровоцировать рак яичников может *бесплодие, отсутствие беременностей, аборт*, кото-

рые связаны с определенными гормональными нарушениями. Доказано, что роды, кормление грудью и особая эмоциональная связь с ребенком являются отличной профилактикой любых «женских» заболеваний.

В-третьих, с особой осторожностью женщинам необходимо относиться к заместительной гормональной терапии в период менопаузы. *Эстрогенсодержащие препараты* помогают замедлить процессы старения, снизить негативные проявления климакса и сократить риски тяжелых возрастных заболеваний. Но в то же время бесконтрольный прием таких препаратов может спровоцировать раковые опухоли.

**Гормональная терапия полезна и оправдана только в том случае, если ее назначил врач, и весь период лечения проходит при регулярном контроле состояния пациентки!**

**- Могут ли доброкачественные опухоли яичников переродиться в рак?**

- В небольшом проценте случаев, да, могут. Но наличие доброкачественной опухоли, или кисты яичника, особенно с папиллярными разрастаниями и атипичным кровотоком, уже само по себе является показанием к хирургическому лечению.

И это большая удача - если в результате удаления кисты обнаруживается рак яичников. Потому что в этом случае речь идет о ранней стадии рака, для лечения которой в арсенале онкологов существует гораздо больше возможностей, нежели для запущенных метастатических форм.

**- Каковы симптомы рака яичников?**

- Почти всегда болезнь долгое время протекает скрыто, так как в малом тазу, где расположены яичники, достаточно места для роста опухоли. **Появление симптомов означает, что процесс уже перешел в тяжелую стадию.**



Часто характерные проявления болезни связаны с метастазированием в другие органы. Например, *одышка* - из-за метастазов в лёгкие. *Боль, тянущие ощущения внизу живота, надутый, как шарик, плотный живот* - из-за распространения раковых клеток в большой сальник. *Нарушение стула, запор, потеря аппетита* - из-за поражения печени и кишечника.

Самый яркий признак рака яичников - конечно же, поздней его стадии, - это *асцит*, скопление жидкости (продуктов жизнедеятельности раковых клеток) в животе. Пациентка при этом сильно худеет, а живот, наоборот - растет.

**- Как лечится рак яичников?**

- Терапия включает два основных способа - *лекарственное лечение и операция*. Если болезнь диагностирована на ранней стадии, то сначала проводится операция, затем - курсы лекарственной терапии для уничтожения возможных оставшихся раковых клеток. И, наоборот - при поздних стадиях лечение начинается с химиотерапии. Если с ее помощью опухолевый процесс удастся уменьшить, то впоследствии может быть проведена операция.

В последние годы в лечении наследственных форм рака яичников активно применяются *таргетные препараты*. Пациентки с мутациями в генах BRC1, BRC2, СНЕК1, СНЕК2 хорошо отвечают на подоб-



ное лечение, в ряде случаев позитивные результаты возможны даже при 3-й и 4-й стадиях.

**- Можно ли полностью излечиться от рака яичников?**

- В онкологии не употребляют термин «излечение», а говорят о наступлении стойкой ремиссии. Ключевым фактором, определяющим судьбу пациентки, является **своевременная диагностика**. Так, при первой-второй стадии пятилетняя выживаемость составляет около 90%. А вот дальше она резко снижается - до 15% при 3-й стадии и 5% - при 4-й стадии. И это при условии правильно выбранной комбинации хирургического лечения и химиотерапии.

Важно также понимать, что **при позднем обнаружении опухоли даже при условии положительных результатов лечения болезнь со временем возвращается**. При рецидиве назначаются дополнительные курсы агрессивной химиотерапии.

**- Может ли рак груди или другие виды рака спровоцировать рак яичников?**

- Сам по себе рак груди спровоцировать возникновение рака яичников не может. Однако взаимосвязь между этими двумя формами онкологии всё же существует. Речь идет о наследственных видах рака, связанных с мутациями в генах BRCA1, BRCA2, CHEK1, CHEK2. Если у женщины такие мутации есть, то она в равной степени рискует заболеть как

раком молочной железы, так и раком яичников.

**- Может ли женщина родить после рака яичников?**

- К сожалению, нет. Если речь идет об истинном раке, то независимо от стадии удаляется весь женский органокomплекс - тело матки, оба яичника, шейка и большой сальник.

А вот при пограничных опухолях такая возможность есть. Если патологические изменения в клетках уже начались, но они еще не успели полностью переродиться, женщине могут удалить только один яичник, сохранив шанс родить ребенка.

**Чтобы защитить себя, женщине нужно совсем немного - ежегодно, начиная с 18 лет, посещать гинеколога и проходить УЗИ малого таза!**

К сожалению, многие этим пренебрегают. Но только так можно вовремя заметить любые изменения.

Конечно, УЗИ не покажет - рак это или не рак, но на основании косвенных признаков, например, наличия атипического кровотока, пациентка будет направлена на операцию. Клетки удаленного новообразования будут изучены на гистологической экспертизе. Если рак подтвердится, пациентке своевременно будет назначено необходимое лечение и последующий постоянный контроль за ее состоянием. ☺

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

## Представляем нашего автора - Ирину Алексеевну КАМАНИНУ!

После окончания Томского государственного медицинского института по специальности «лечебное дело» в 1962 году начала трудовую деятельность в качестве врача-фтизиатра Алтайского краевого костно-туберкулезного детского санатория в Барнауле. В 1965 году начала работать в краевом противотуберкулезном диспансере в должности врача-педиатра. В 1990 году Ирина Алексеевна была назначена заместителем главного врача по работе с детским населением. С 2017 года она заведует отделением мониторинга туберкулеза и иммунодиагностики КГБУЗ «Алтайский краевой противотуберкулезный диспансер».

**С 1973 года Ирина Алексеевна Каманина является бессменным главным внештатным фтизиопедиатром Алтайского края.** При ее непосредственном участии край перешел на единую туберкулинодиагностику с целью раннего выявления туберкулеза, на новые методы лечения туберкулеза у детей и подростков, что позволило добиться заметных успехов в снижении эпидемических показателей.

Ирина Алексеевна и сегодня оказывает высококвалифицированную консультативную помощь лечебным учреждениям города Барнаула и края, а также ведет консультативный прием больных.

За многолетний труд по охране здоровья жителей региона Ирина Алексеевна Каманина награждена медалью «За доблестный труд. В ознаменование 100-летия со дня рождения В.И. Ленина» (1970), нагрудным знаком «Отличник здравоохранения» (1977), орденом «Знак Почета» (1981). В 2014 году ей присвоено почетное звание «Заслуженный врач РФ». В 2019 году Ирина Алексеевна награждена орденом «За заслуги перед Алтайским краем» II степени.

Постановлением АКЗС в 2021 году Ирине Алексеевне Каманиной присвоено звание «Почетный гражданин Алтайского края» за многолетний добросовестный труд в деле охраны здоровья населения, высокий профессионализм и выдающиеся заслуги перед Алтайским краем. ▶



# Спасем наших детей от туберкулеза!



**Ирина Алексеевна  
КАМАНИНА,**

главный внештатный детский специалист-фтизиатр министерства здравоохранения Алтайского края, врач-фтизиатр высшей квалификационной категории, заведующая отделением мониторинга туберкулеза и иммунодиагностики КГБУЗ «Алтайский краевой противотуберкулезный диспансер»

**В 2022 году Всемирный день борьбы с туберкулезом, который отмечался 24 марта, прошел под лозунгом «Мобилизуем ресурсы для борьбы с туберкулезом. Спасем жизни!». Этот слоган говорит о настоятельной необходимости вложения ресурсов в принятие мер по активизации борьбы с туберкулезом и ликвидации этого заболевания.**

В Алтайском крае в последние три года отмечается положительная эпидемиологическая динамика по туберкулезу среди детей и подростков, но тем не менее основные показатели значительно превышают российские.

Общеизвестно, что **борьба с туберкулезом основывается на трех принципах:**

- быстрое и раннее установление диагноза,
- незамедлительное начало эффективного лечения, которое должно отслеживаться до конца,
- прекращение передачи инфекции.

Почему заболеваемость туберкулезом среди детей считается важным прогностическим эпидемиологическим показателем, который отражает общую эпидситуацию по туберкулезу в регионе? Это связано с тем, что **чаще всего туберкулез у детей возникает непосредственно после контакта с источником инфекции.** Дети и подростки заражаются туберкулезом от взрослых, у которых недавно выявлено заболевание, а также от тех, которые болеют туберкулезом, состоят на учете у врача-фтизиатра, но халатно относятся к своему здоровью, прерывают назначенное лечение или же вовсе не лечатся по ряду причин, основной из которых является злоупотребление алкоголем. Также дети могут заразиться от взрослых больных открытой формой туберкулеза, которые не знают о своем заболевании и на учете не состоят, так как в течение двух и более лет не обследовались на туберкулез. Напомню,

что *только один больной активной формой туберкулеза за год может заразить 10-15 человек.*

Сама по себе латентная туберкулезная инфекция никак не проявляется. Микобактерия туберкулеза находится в пассивном, «спящем» состоянии. Но **при ослаблении иммунитета в результате перенесенных заболеваний, особенно простудных, латентная инфекция переходит в активную форму болезни**, так как микобактерии «просыпаются» и начинают усиленно размножаться. Туберкулез может захватить любые органы организма, но преимущественно поражаются лёгкие.

**Для своевременной диагностики туберкулеза среди детей проводится регулярный скрининг.** Выявление живых («проснувшихся» или недавно попавших в организм) микобактерий очень важен еще и потому, что **у детей туберкулез долго протекает бессимптомно.** И именно скрининг позволяет не только «поймать» тот момент, когда ребенок уже проконтактировал с микобактерией туберкулеза, но и предпринять необходимые профилактические меры, направить детей на углубленную диагностику для выявления уже развившегося заболевания в его начальной стадии. **Диаскинтест помогает выявить только самую активную размножающуюся вирулентную туберкулезную инфекцию.** И в этом его ценность.

В России последние 60 лет существует единая схема выявления тубер-





кулеза у детей - скрининг всего детского населения методом иммунодиагностики, на последующее обследование у врача-фтизиатра попадают только дети с положительными результатами, которые входят в группу риска по заболеванию. Эти дети берутся на учет, наблюдаются у врача-фтизиатра в течение года и получают профилактическое лечение.

Методами выявления латентной туберкулезной инфекции у детей являются **иммунологические пробы**: *проба Манту* (для детей в возрасте от 0 до 7 лет) и *проба с Диаскинтестом* (проводится в возрасте с 8 до 17 лет). Они проводятся ежегодно и позволяют выявить и предотвратить такое опасное заболевание, как туберкулез.

**Проба Манту и Диаскинтест - не прививка, а всего лишь аллергическая проба. Она не наносит вреда здоровью, не дает температуры, вызывает исключительно местную реакцию. Поэтому отказ от иммунологических проб - неоправданная ошибка родителей!**

С 2015 года в Алтайском крае проводится новая, более точная проба - **Диаскинтест**. Проводится она не взамен, а **дополнительно к пробе Манту**. Диаскинтест - новый метод иммунодиагностики, разработанный в России на основе молекулярно-генетических технологий. Это - уточняющая проба, позволяющая определить, насколько активен возбудитель в организме человека, есть ли угроза заболеть ребенку.

Сегодня актуален вопрос взаимодействия с законными представителями детей, отказавшихся от профилактической противотуберкулезной помощи. Помните, что в соответствии с санитарно-эпидемиологическими правилами, «*дети, иммунодиагностика которым не проводилась, допускаются в детскую организацию при наличии заключения врача-фтизиатра об отсутствии заболевания*».

При письменном согласии родителей возможно проведение ребенку рентгенологического обследования - **обзорной рентгенограммы органов грудной клетки** (согласно методическим рекомендациям по совершенствованию диагностики и лечения туберку-



*леза органов дыхания, утвержденным Приказом Минздрава РФ №951 от 29.12.2014 года).*

Альтернативным методом выявления туберкулезной инфекции является и **тест T-SPOT.TB**. Всё, что нужно для проведения анализа этим методом, - стандартная проба крови. Во время исследования в образце крови определяется число Т-лимфоцитов, которые продуцируют интерферон-гамма. За счет этого выявляется наличие иммунного ответа и присутствие в организме микобактерии туберкулеза.

**Для выявления туберкулезной инфекции у детей не рекомендуется исследование крови методом ПЦР исследование крови (сыворотки) методом иммуноферментного анализа (ИФА), так как чувствительность теста не велика, что ограничивает его применение при скрининге туберкулезной инфекции (ВОЗ не рекомендует использование ИФА и любых серологических тестов).**

***Ваше здоровье и здоровье ваших детей в ваших руках! Чем раньше диагностируется болезнь, тем больше вероятность того, что ее удастся вылечить. Этот принцип справедлив как для туберкулеза, так и для многих других недугов. И в этом поможет своевременно проведенная иммунодиагностика.*** ☺

**Проба Манту и Диаскинтест - не прививка, а аллергическая проба. Она не наносит вреда здоровью ребенка, не дает температуры, вызывает исключительно местную реакцию. И отказ от иммунологических проб - неоправданная ошибка родителей!**



# Медленная, но такая опасная

Вокруг нее и сегодня существует множество мифов и неточностей.

Она не имеет специфической симптоматики, может никак не проявить себя в течение многих лет, а обнаружить ее можно только при исследовании крови. Это всё - про ВИЧ-инфекцию.

Спустя долгое время, без должного лечения, ВИЧ-инфекция может проявить себя поражением абсолютно всех жизненно важных органов и систем организма человека.

### Чем опасна ВИЧ-инфекция?

ВИЧ-инфекцию часто называют «медленной инфекцией». После попадания в организм человека, она может проявиться только спустя много лет. Однако всё это время ВИЧ (вирус иммунодефицита человека) продолжает поражать иммунные клетки, снижая способность организма противостоять любым инфекциям извне. Сегодня процесс размножения вируса можно приостановить с помощью антиретровирусной терапии.

**Антиретровирусная терапия** - это комбинация из нескольких лекарственных препаратов, которые блокируют размножение ВИЧ на разных этапах. Она подбирается для каждого пациента индивидуально и выдается бесплатно. Терапия помогает замедлить процесс размножения вируса, однако полностью остановить его она не может.

ВИЧ ослабляет функцию иммунных клеток, а следовательно, - и всю иммунную систему организма. Вследствие этого, у ВИЧ-положительных



людей развивается так называемый **иммунодефицит**. Это состояние организма, при котором иммунитет не способен противостоять даже тем бактериям и вирусам, которые могут никогда не проявиться у здорового человека.

И чем больше развивается иммунодефицит, тем более опасные заболевания у человека проявляются впоследствии.

### Под какими масками скрывается ВИЧ-инфекция?

Впервые ВИЧ-инфекция может «показать себя» через пару недель после заражения ВИЧ в виде симптомов, похожих на ОРВИ. **Боль в горле, кашель и повышенная температура, обильная сыпь** - чаще всего эти симптомы не вызывают у инфицированного человека подозрений. И таким образом эта коварная болезнь остается незамеченной.

На следующие несколько лет (до 5-10 лет) заболевание переходит в **абсолютно бессимптомную стадию**. В это время человек еще не подозревает о своем диагнозе, но уже способен заражать других.

Новые признаки ВИЧ возвращаются только через несколько лет. **Чаще всего пациенты отмечают у себя:**

- ▶ *сильную усталость, быструю утомляемость,*
- ▶ *увеличение лимфоузлов* - не только шейных, а уже нескольких групп,
- ▶ *снижение веса* - обычно оно выглядит беспричинным, человек не понимает, в чем дело,
- ▶ *лихорадку, озноб, потливость* (преимущественно ночную),
- ▶ *проблемы с ЖКТ* (жидкий стул) - обычно проявляются без видимых на то причин,
- ▶ *обильные кожные высыпания.*



Если ВИЧ-инфекция выявляется на этой стадии, то должное лечение возвращает человеку прежнее качество жизни. В противном случае ситуация иммунодефицита усугубляется, и к ВИЧ-инфекции присоединяются более опасные заболевания:

- ◆ туберкулез,
- ◆ онкология,
- ◆ поражения периферической нервной системы,
- ◆ саркома Капоши и другие.

**В этом случае ответственность пациента играет огромную роль на пути возвращения к привычной жизни.** Ведь теперь необходимо не только блокировать распространение ВИЧ, но и вылечить уже присоединившуюся болезнь, которая ежедневно наносит сильнейшие удары по организму. Но и на этой стадии возвращение к приемлемому уровню жизни пациента всё еще возможно!

**Главная опасность - последняя стадия ВИЧ, это - СПИД** (синдром приобретенного иммунного дефицита). Она наступает при полном игнорировании симптомов и отказа пациента от обследований и лечения. На этой стадии иммунитет человека настолько слаб, что не способен противостоять даже обычному ОРВИ. Средняя продолжительность жизни на этой стадии - до 9 месяцев. Однако при ответственном отношении ко всем предписаниям лечащего врача и должной терапии пациент может прожить до трех лет.

## Что делать, чтобы не заболеть ВИЧ-инфекцией?

ВИЧ содержится в биологических жидкостях организма и имеет всего три пути передачи:

- через незащищенный половой контакт (более 70% всех новых случаев ВИЧ-инфекции приходится именно на этот путь передачи),

### Вирус погибает:

- при воздействии солнечных лучей;
- в щелочной и кислой среде. Женщины, имеющие здоровую микрофлору половых органов с повышенной кислотностью, заражаются реже;
- от высоких температур. На поверхности предметов в условиях умеренной температуры ВИЧ может жить до двух часов. При нагревании свыше 60°C погибает за 1-2 минуты. При кипячении - моментально;
- от действия хлора. То же действие вызывает 6%-ная перекись водорода, убивает патоген и 70%-ный этиловый спирт.

### ИППП КАК ФАКТОР РИСКА

**1 МЛН** ЗАРАЖЕНИЯ ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАВАЕМЫМИ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ (ИППП) КАЖДЫЙ ДЕНЬ В МИРЕ

Изнаны, но приводит к бесплодию

- сифилис
- гонорея
- хламидиоз
- трихомониаз

Нельзя вылечить

- Вирус простого герпеса (ВПГ, или герпес)
- Вирус папилломы человека (ВПЧ)

Могут привести к смерти

- Гепатит В
- ВИЧ

**У ПАРТНЕРА МОЖЕТ БЫТЬ МНОГО ПРИЧИН ПРОМОЛЧАТЬ О ТОМ, ЧТО У НЕГО ИППП:**

- Не знает о том, что болен
- Не хочет тебя потерять
- Боится осуждения и опалки
- Боится, что раскроется его измена
- Ему всё равно на тебя

### ЗАБОТА О ЗДОРОВЬЕ - ЛИЧНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ КАЖДОГО!



**ПРЕЗЕРВАТИВЫ НЕ ДАЮТ 100% ГАРАНТИИ ЗАЩИТЫ**

Презервативы являются одним из самых эффективных методов защиты от нежелательной беременности и ИППП, включая ВИЧ, но они не дают 100% гарантии.

**МОНОГАМНЫЕ ОТНОШЕНИЯ СО ЗДОРОВЫМ ПАРТНЕРОМ**

— это лучшее средство профилактики ИППП и возможность родить здоровых детей в будущем.

**ТЫ СИЛЬНЕЕ**

ПРОФИЛАКТИКА ИППП

- через совместное использование нестерильных инструментов для инъекций, пирсинга, татуажа, маникюра и т.п.,

- от ВИЧ-инфицированной матери ребенку (возможно инфицирование во время беременности, родов и при кормлении грудью).

Вопреки распространенным мифам, **заболевание НЕ передается бытовым путем**, так как вирус быстро погибает вне человеческого организма. Для продолжения жизнедеятельности ему необходима биологическая жидкость. Также **НЕВОЗМОЖНО заразиться через рукопожатие, объятия или использование общей посуды.**

Выявить наличие ВИЧ-инфекции в организме можно только с помощью специальных исследований крови. Сдать тест на ВИЧ можно в любом государственном учреждении здравоохранения, в котором проводятся подобные исследования.

**Специалисты советуют всем проходить обследование на ВИЧ-инфекцию хотя бы раз в полгода.**

**Инна Шадрина,**  
специалист КГБУЗ «Алтайский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями»



# Что делать, если ребенок дерется?

**Каждый ребенок в своей жизни хоть раз толкнул или стукнул другого. Но нужно иметь в виду, что желание драться - это не всегда признак плохого воспитания.**

Проявления агрессии могут появиться в период возрастных кризов, когда у ребенка происходит процесс осознания границ дозволенного поведения, он пытается установить свои правила взаимодействия с окружающими, изучает эффекты разных вариантов привлечения внимания.

Повышенная агрессивность детей является одной из наиболее характерных проблем современных детей. Они всё чаще и всё более жестоко дерутся, называют друг друга бранными словами, отнимают игрушки и прочее. В некоторых случаях эти особенности поведения считаются естественными и даже желательными (особенно для мальчиков) проявлениями детской активности и жизнестойкости.

**Те или иные формы агрессии характерны для большинства дошкольников.** Практически все дети ссорятся, дерутся, обзываются и т.д. Обычно с усвоением правил и норм поведения эти непосредственные проявления детской агрессивности уходят, уступая место более спокойным формам поведения. Но у определенной категории детей агрессия, как устойчивая форма поведения, не только сохраняется, но и развивается, трансформируясь в устойчивое качество личности.

**Причина агрессии** - это психологическое ограничение, также как и физическое. Оно лишает человека свободы действий.

Первым психологическим ограничением в жизни ребенка является «нельзя», которое говорят ему родители при попытках освоить большой и незнакомый мир. Неправильные, несправедливые действия и поступки окружающих, препятствия в достижении цели тоже могут стать источниками гнева.

Современным родителям очень сложно выдержать соперничество со средствами массовой информации (особенно с телевидением), оказывая воздействие на социальное развитие своих детей.

**Чем старше становится ребенок, тем большую роль в его поведении играет среда воспитания:**

- ◆ эмоциональные отношения, которые существуют в семье;
- ◆ принятые формы поведения;
- ◆ реакция взрослых на различные действия ребенка;
- ◆ принципы воспитания.

Социальная среда больше воздействует на формирование агрессивности ребенка, чем врожденная предрасположенность (возбудимость нервной системы).

**На формирование агрессивности влияют четыре момента:**

- **негативизм матери:** ее отчужденность от ребенка, постоянная критика, равнодушие;
- **терпимость матери к проявлению агрессивности ребенка** по отношению к другим детям и взрослым, то есть поощрение такого поведения;
- **суровость дисциплинарных воздействий:** физическое наказание, унижение, игнорирование;
- **индивидуальные особенности темперамента ребенка:** возбудимость, вспыльчивость.

Столкновение с детской агрессивностью всегда вызывает растерянность у взрослых. Но некоторые проявления жестокости, упрямства и непослушания не всегда свидетельствуют о наличии у ребенка каких-либо психических отклонений - часто ребенок просто не знает, как себя правильно вести, и ему достаточно просто немного помочь, оказать поддержку.



**Лариса Валерьевна ГОЛОВАНОВА,**  
педагог-психолог  
КГБУ «Алтайский краевой  
центр психолого-  
педагогической и медико-  
социальной помощи»



**Если ребенок считает, что агрессия является единственным способом добиться своего, или бьет слабых и беззащитных для того, чтобы самоутвердиться, - необходимо обратиться за помощью к специалисту.**

**Рукоприкладство** на детской площадке **надо пресекать сразу**, терпеливо объясняя ребенку, почему не следует толкаться или вырывать из рук игрушки. С самых первых «выходов в свет» учите ребенка социально приемлемым способам разрешения конфликтных ситуаций. *Если ребенок постоянно ссорится с другими детьми, не стесняйтесь обратиться за консультацией к детскому психологу.*

**Если ребенок бьет маму**, родители должны строго сказать ему, что так делать нельзя, маме больно.

Подумайте: **не слишком ли часто вы сами, как родители, прибегаете к телесным наказаниям?** Старайтесь как можно чаще объяснять ребенку правила поведения именно на словах.

**Драки между старшим и младшим ребенком в семье** - это привычное и почти неизбежное явление, особенно при небольшой разнице в возрасте. Чем меньше родители будут реагировать на ссору или драку своих детей, тем лучше, за исключением тех случаев, когда дети могут пораниться. Часто в отсутствие взрослых дети забывают про свои ссоры и дружно играют. Но в результате вмешательства родителей любая ссора приобретает значение важного события. Например, обиженный ребенок специально провоцирует брата или сестру на рукоприкладство, чтобы того наказали.

**Что лучше сделать в такой ситуации?** Рекомендуем родителям делать вид, будто они ничего не слышат и не видят, или чтобы под каким-нибудь предлогом развели детей как можно дальше друг от друга. *Разбираться что случилось следует только после того, как дети совсем успокоятся.*



### Профилактика агрессивного поведения

Для профилактики детской агрессивности очень важно культивировать в семье атмосферу теплоты, заботы и поддержки. Чувство защищенности и уверенность в родительской любви способствуют более успешному развитию ребенка. Чем более уверенным в себе он станет, тем реже будет испытывать гнев, зависть, тем меньше в нем останется эгоизма.

**Сосредоточьте свои усилия на формировании желательного поведения**, а не на искоренении нежелательного, подавайте детям пример «хорошего» поведения (заботы о других, помощи, сочувствия и т.д.).

**Будьте последовательными в своих действиях по отношению к детям.** Наибольшую агрессию проявляют те дети, которые никогда не знают, какую реакцию родителей вызовет их поведение на этот раз. Например, за один и тот же поступок ребенок в зависимости от настроения отца может получить или подзатыльник, или поощрение.

**Требования, предъявляемые детям, должны быть разумны**, а на их выполнении надо настаивать, ясно давая ребенку понять, чего от него ждут.

**Избегайте неоправданного применения силы и угроз для контроля поведения детей.** Злоупотребление такими мерами воздействия на детей формирует у них аналогичное поведение, что может стать причиной появления в их характере таких неприятных черт, как злость, жестокость и упрямство.

**Важно помочь ребенку научиться владеть собой, развивать у него чувство контроля.** Дети должны знать о возможных последствиях своих поступков и о том, как их действия могут быть восприняты окружающими. К тому же у них всегда должна быть возможность обсудить спорные вопросы с родителями и объяснить им причины своих поступков - это способствует развитию чувства ответственности за свое поведение.

**Научите ребенка говорить о своих переживаниях**, называть вещи своими именами: «я разозлился», «я обиделся», «я расстроился».

**Чем больше будет агрессии с вашей стороны, тем больше враждеб-**



ности зародится в душе ребенка. Не имея возможности ответить своим непосредственным обидчикам - родителям, ребенок отыгрывается на кошке или поьбет младшего.

**Иногда ребенку нужно просто понимание, и одно лишь ласковое слово способно снять его озлобление.** В других случаях только принятия и сочувствия ребенку бывает недостаточно. Выслушайте версию ребенка.

## Как помочь стать менее агрессивным

Очень активным и склонным к агрессии детям создайте условия, позволяющие им удовлетворить потребность в движении, заняться интересующим их делом. Например, можно предложить им занятия в спортивных секциях, участие в соревнованиях или в постановке спектаклей, организовывать для них разные игры, длительные прогулки или походы.

Задача взрослых в том, чтобы **научить детей правильно направлять, проявлять свои чувства.** Очень вспыльчивый ребенок может сдерживаться на людях (например, в школе), но дома он срывается: устраивает истерики, скандалит, грубит родным, дерется с братьями и сестрами. Такое проявление агрессии не приносит ему желаемого облегчения. Он недоволен случившимся и чувствует себя виноватым. Из-за этого напряжение еще больше увеличивается, и следующий срыв случается еще более бурным и продолжительным.

**Таким детям нужно предложить социально приемлемые методы для выражения подавленного гнева:**

- пусть ребенок останется один в комнате и выскажет всё, что накопилось, в адрес того, кто его разозлил;

- предложите ему, когда сложно сдержаться, бить ногами и руками специальную подушку, рвать газету, комкать бумагу, пинать консервную банку или мяч, бегать вокруг дома, написать на бумаге все слова, которые хочется высказать в гневе;

- дайте ребенку совет: в момент раздражения, прежде чем что-то сказать или сделать, нужно несколько раз глубоко вдохнуть или сосчитать до десяти - это помогает успокоиться;



- можно послушать музыку, громко попеть или покричать под нее;

- пусть ребенок нарисует свое чувство гнева - агрессия найдет выход в творчестве;

- родители могут научиться управлять поведением агрессивных детей:

- ▶ обратите внимание на игры ребенка. Именно в играх дети осуществляют свои мечты, фантазии и страхи,

- ▶ обсудите с ребенком, на кого он хочет быть похож, какие качества характера его привлекают, а какие отталкивают,

- ▶ следите за тем, какой пример вы подаете ребенку. Если ребенок судит других людей, награждает их «ярлыками», возможно, он повторяет ваши слова,

- ▶ внимательно выслушайте ребенка, если он хочет рассказать свой сон. Во сне дети часто видят то, чего им не хватает в жизни. Обратите внимание на повторяющиеся сюжеты сновидений,

- ▶ поощряйте ребенка говорить о том, что его волнует, что он переживает, научите его прямо говорить о своих чувствах, о том, что ему нравится, а что нет.

Не пытайтесь полностью оградить ребенка от отрицательных переживаний. Невозможно в повседневной жизни избежать гнева, обид или столкновения с жестокостью. Поэтому важно научить ребенка противостоять агрессорам, не уподобляясь им.

**Чтобы научить ребенка справляться с агрессией, будьте ему примером, наберитесь терпения, подсказывайте, как управлять эмоциями.** ☺

**Если вы рассержены, старайтесь сдерживать гнев, но свои чувства выскажите громко и серdito: «я поражен и обижен». Ни в коем случае не обзывайте ребенка глупым, тупым и т.д. - он будет вести себя также с другими детьми.**



# Желтушный синдром у новорожденных и младенцев



**Юлия Владимировна МИЛЛЕР,**

заместитель главного врача по педиатрии, врач-неонатолог высшей квалификационной категории, КГБУЗ «Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства»

**У новорожденных детей желтуха различной степени выраженности регистрируется в 85% случаев. Отчасти это связано с физиологическими процессами, происходящими в организме только что рожденного ребенка, сменой фетального гемоглобина плода на гемоглобин взрослого человека. Но желтушный синдром может быть и симптомом патологических процессов, возникших в первые дни жизни ребенка.**

Поэтому задача врача - опираясь на известные критерии, провести дифференциальный диагноз, чтобы отличить желтуху здорового ребенка первых месяцев жизни от других вариантов течения этого синдрома. Только в 2% случаев течение желтушного синдрома - тяжелое и угрожающее жизни и здоровью младенца.

## В чем опасность

**Особенно желтуха опасна в первые три дня жизни новорожденного ребенка.** Если имеет место выраженное повышение непрямой фракции билирубина, который обладает способностью проникать через гематоэнцефалический барьер в головной мозг и окрашивать некоторые его центры, то возможно развитие билирубиновой энцефалопатии. **Это происходит, если уровень непрямой фракции билирубина крови превышает 306 мкмоль/л у доношенного новорожденного и 170 мкмоль/л - у недоношенного младенца!** Исходом могут быть как легкие повреждения головного мозга (энцефалопатии), так и более тяжелые (нарушение слуха, судороги, двигательные нарушения, ДЦП).

## Диагностика

*Визуальное появление желтушного синдрома в виде окрашивания кожи лица и шеи наступает при повышении уровня билирубина кро-*

*ви выше 80 мкмоль/л.* Но следует учитывать, что субъективный осмотр новорожденного на степень выраженности желтухи крайне неточен. Часто встречается недооценка данного симптома ввиду особенностей окраски кожи новорожденных в неонатальном периоде в виде эритемы (гиперемии). Именно поэтому **при обнаружении желтухи у ребенка первых месяцев жизни нельзя полагаться только на внешний осмотр,** следует прибегнуть к более объективным методам исследования уровня билирубина: *лабораторным анализом или с помощью чрезкожного его определения билирубинометром.* Но последний метод следует использовать только как скрининговый, так как он имеет низкую чувствительность и специфичность. Важно обратить внимание, что он **не используется** для контроля показателей на фоне проводимого лечения в виде фототерапии.

После получения результатов лабораторного исследования уровня билирубина и осмотра ребенка врачу следует определить: носит желтуха физиологический или патологический характер.

## Физиологическая желтуха

К вариантам благоприятного течения относятся физиологическая желтуха новорожденных и желтуха естественного вскармливания («жел-



туха от грудного молока», прегна-новная желтуха). Тактика врача-педиатра в этих случаях - выжидательная, показано динамическое наблюдение, продолжение грудного вскармливания, проведение вакцинации не противопоказано.

### **Желтуха с затяжным течением**

Если же длительность желтушного синдрома **превышает 14 дней**, он переходит в разряд желтух с затяжным течением. В этом случае необходимо использовать дополнительные методы исследования, в частности *биохимический анализ крови на уровень как общего билирубина, так и его фракций*, чтобы исключить патологический характер течения желтушного синдрома, связанного с поражением печени и желчевыводящих путей.

**При выявлении отклонений в биохимическом анализе крови, в частности повышения прямой фракции билирубина, ребенка необходимо госпитализировать в отделение патологии новорожденных детской больницы для проведения более углубленного обследования!** Ему будут проведены: лабораторное исследование печеночных ферментов, системы гемостаза, исследования на инфекционные агенты, ультразвуковые методы исследования, консультации узких специалистов.

**Новорожденного с длительностью течения желтушного синдрома более 14 дней без патологических отклонений в биохимическом анализе крови** можно и дальше наблюдать на амбулаторном этапе.

**Врачу необходимо оценить эффективность естественного вскармливания для определения тактики ведения ребенка.** При недокармливании новорожденного и отставании параметров его физического развития желтуха носит затяжной характер. *Если у матери достаточное количество грудного молока*, но у ребенка наблюдается вялое сосание и быстрое засыпание, то необходимо назначить докорм сцеженным грудным молоком из шприца или бутылочки



и рассчитать норму кормления по соответствующим формулам на ту массу тела ребенка, которая должна быть. *При гипогалактии у матери* необходимо стимулировать лактацию у женщины и назначить докорм ребенка адаптированной молочной смесью в соответствии с расчетами необходимого объема. Предпочтение в выборе смеси для докорма в целях профилактики аллергии к белкам коровьего молока стоит отдать формулам на основе частичного гидролиза белка.

К затяжному течению желтушного синдрома приводят также наличие таких состояний у ребенка, как *кефалогематома, обильные кровоизлияния в кожу на лице или ягодицах* (как следствие течения родового акта) и *задержка отхождения стула*. У новорожденных с кефалогематомой или распространенными подкожными экхимозами нарастание непрямого билирубина может быть очень значительным. Так, установлено, что 1г гемоглобина является источником 35мг билирубина. При концентрации гемоглобина в периферической крови 200г/л каждые 10мл крови содержат 2г гемоглобина. Таким образом, кефалогематома объемом 10мл может стать источником 70мг билирубина.

*В этих клинических ситуациях желтушность кожного покрова исчезнет со временем самостоятельно после ликвидации выявленных изменений.*

**При обнаружении желтухи у ребенка первых месяцев жизни нельзя полагаться только на внешний осмотр, следует прибегнуть к более объективным методам исследования уровня билирубина.**





### Желтуха естественного вскармливания

Желтухой здорового новорожденного называют **желтуху естественного вскармливания**, длительность которой может быть до трех месяцев жизни.

Клинические проявления желтухи - оранжевый оттенок на розовом фоне, без дополнительных высыпаний на коже, удовлетворительная кратность стула, цвет мочи и кала обычные. Дети имеют удовлетворительные и даже превышающие норму параметры физического развития, не отстают в психомоторном развитии. Показатели билирубина, как правило, не превышают 210 мкмоль/л, преобладает его непрямая фракция, нормальные показатели трансаминаза печени. Поэтому **желтуха грудного вскармливания является диагнозом исключения, когда других патологических изменений не выявлено.**

**Причины желтухи естественного вскармливания** не совсем ясны. Здесь играют роль многие факторы:

◆ *гормоны матери*, которые угнетают ферменты печени и препятствуют трансформации билирубина,

◆ *высокое количество ПНЖК* (полиненасыщенных жирных кислот) в грудном молоке матери,

◆ *возможность прямого билирубина в просвете кишечника расщепляться* на исходные составные части и вновь всасываться в кровь.

При сохраняющемся высоком уровне билирубина в крови (210 мкмоль/л) один из методов лечения - *отмена грудного вскармливания на 24-48 часов*. Это помогает резко снизить уровень билирубина и выраженность желтухи. При возобновлении питания младенца материнским молоком после перерыва гипербилирубинемия и желтушность кожи не возвращаются.

Существует два варианта отказа от нативного материнского молока. Первый - это дача сцеженного, пастеризованного грудного молока: пастеризация снижает количество ПНЖК, активность гормонов и ферментов. Вторым вариантом - адаптированная смесь гипоаллергенной формулы в возрастной дозировке, рассчитанной на возраст и вес ребенка.

### Эффект фототерапии

Одним из основных методов лечения непрямого гипербилирубинемии, сопровождающейся желтушным окрашиванием кожи, является **фототерапия**, которая показала эффективность на протяжении многих лет и имеет значимую доказательную базу.

В ее основе лежит способность молекул билирубина под воздействием световой энергии изменять химическую структуру (фотоизомеризация) и связанные с ней физико-химические свойства. Фототерапия приводит к постепенному уменьшению концентрации непрямого билирубина в сыворотке крови.

Для фототерапии используют не кварцевые, а люминесцентные лампы, создающие достаточный световой поток в диапазоне 425-475 нм. В настоящее время в стандартных установках фототерапии используются люминесцентные лампы синего света повышенной мощности, обеспечивающие около 12 мкВт/см<sup>2</sup>/нм, а так же LED-лампы или фиброоптическое волокно. **Необходим непрерывный режим проведения фототерапии в течение суток**, допустимы лишь перерывы на кормление и манипуляции (не более 30 минут).

Фототерапия в медицинской практике используется более 40 лет. И за это время не выявлено каких-либо неблагоприятных отдаленных последствий для организма человека. У некоторых детей в ответ на фототерапию может возникнуть аллергическая сыпь и участиться стул. В единичных случаях цвет кожи мо-

жет приобрести бронзовый оттенок. Все три эффекта связаны с накоплением в организме фотоизомеров билирубина и, как правило, бесследно исчезают после прекращения фототерапии.

**Другие методы лечения желтушного синдрома**, в частности лекарственная терапия, не имеют ни доказательной базы, ни патогенетического обоснования для лечения непрямого гипербилирубинемии. Использование «гепатопротекторов» в лечение новорожденных детей необоснованно.

В современной литературе достаточно хорошо освещены проблемы изоиммунизации новорожденного, внутриутробных гепатитов, пороков развития печени и желчевыводящих путей, наследственных болезней крови и печени, генетических заболеваний, приводящих к желтушному синдрому. Однако пролонгированная неонатальная желтуха неуточненной этиологии - самый частый вариант желтухи, с которой встречается врач-педиатр.

**Желтуха у любого ребенка в возрасте старше трех недель должна рассматриваться как патологическая и побуждать врача-педиатра к диагностическому поиску.** В ряде случаев установить причину затяжной неонатальной желтухи практически не представляется возможным.

**Умение распознать желтуху, отнести ее в ту или иную группу, выбрать тактику лечения - всё это определяет не только ближайший, но и отдаленный прогноз развития ребенка. Перенесенная в младенчестве длительная гипербилирубинемия является фактором риска дискинезии желчевыводящих путей и камнеобразования. Также установлено, что высокий уровень билирубина оказывает угнетающее действие на иммунные процессы.** ☺



## ЖЕЛТУХА ЖЕЛТУХЕ РОЗНЬ ДИАГНОСТИКА ЖЕЛТУХ: ДО ЛАБОРАТОРИИ И ПОСЛЕ



### ЖЕЛТУХА У РЕБЁНКА

#### 1 Непрямая гипербилирубинемия

Желтушная кожа: стул и моча обычной окраски

3-14-й день жизни

2-8-я неделя жизни



Физиологическая  
желтуха  
новорожденного

Желтуха  
грудного  
молока

Желтуха неоптимального  
вскармливания  
(отстают показатели  
роста и развития)

Желтуха здорового ребёнка

Считают кормой лишь при условии сокращения уровня непрямого билирубина в границах до 210 мкмоль/л вне зависимости от выраженности окраски кожных покровов

Критерии: исключительно грудное вскармливание, усилен только непрямым билирубин, не нарушено состояние и параметры роста и развития

- Кефалогематома
- Кожно-геморагический синдром
- Функциональное нарушение ЖКТ, запор

#### 2 Прямая гипербилирубинемия

Желтушная с зеленоватым или коричневым оттенком кожа, темная моча (цвет пива); обесцвеченный (ахоличный) или фрагментированно окрашенный стул



Дети старше 2 недель с желтой кожей должны быть немедленно обследованы независимо от цвета стула

**ВЫВОД:** Ориентируясь на сроки возникновения, оттенок желтухи, характеристики мочи и кала, можно еще до получения результатов из лаборатории быстро дифференцировать физиологические состояния от тех, что угрожают здоровью и требуют дальнейшего обследования.



# Что такое ангина

*С ангиной, или, как ее еще называют, острым тонзиллитом, наверное, сталкивался каждый. Кто-то слышал про это заболевание от других людей, а кто-то и сам ощущал характерные симптомы - высокую температуру с ознобом, сильную слабость и резкую боль в горле при глотании.*

## Почему ангина так опасна?

Когда-то ангина считалась достаточно серьезным заболеванием, которое в некоторых случаях могло привести даже к летальному исходу, но ситуация в корне изменилась с момента открытия антибиотиков. Сейчас ангина хорошо поддается лечению антибактериальными препаратами при условии правильно подобранного лекарства и соблюдения лечебного режима.

**Ангина (острый тонзиллит)**, от латинского «angile» - давить, сжимать, - **острое инфекционное заболевание, вызываемое исключительно бета-гемолитическим стрептококком группы А, который поражает лимфоидный аппарат глотки.** Клинически характеризуется синдромом общей инфекционной интоксикации, острым тонзиллитом и углочелюстным лимфаденитом.

Впервые стрептококк был обнаружен немецким хирургом Теодором Бильротом в 1874 году.

**Стрептококки** являются неподвижными грамположительными бактериями. Они располагаются парами, цепочками. Их таксономическое деление основано на различиях строения А-липополисахарида (обеспечивает сродство к соединительной ткани).

**Источником инфекции** выступают больные ангиной, скарлатиной и другими формами стрептококковой инфекции (бета-гемолитический стрептококк группы А) и носители стрептококка.

**Механизм передачи** преимущественно аэрозольный (воздушно-капельный), также возможен алиментарный (связанный с неполноценным

питанием) и контактный пути передачи, особенно у детей раннего возраста. **Восприимчивость к инфекции** - высокая, сезонность - осенне-зимняя. Значительную роль в распространении заболевания имеет повышенная скученность населения.

Ангина возникает остро с подъемом температуры тела до 39-40°C (может достигать до 41°C). Также отмечаются резкая и сильная боль в горле, особенно при глотании, резкая слабость, головная боль, увеличение лимфоузлов под нижней челюстью ближе к шее, их прощупывание болезненное. Ангина может протекать и при меньших температурах тела - от 37 до 38°C, но с большим поражением горла.

## Чем опасен хронический тонзиллит?

Все **осложнения ангины** можно разделить на две большие группы - местные и общие.



**Татьяна Юрьевна  
СМОЛИНА,**

старшая медицинская  
сестра подразделения №1  
КГБУЗ «Городская  
поликлиника №1,  
г.Барнаул»,  
член ПАСМР с 2006 года

Хроническим тонзиллитом страдают до 15% всего населения.

*Достоверно описана связь хронического тонзиллита с более чем ста другими заболеваниями.*

**В 24% случаев хронический тонзиллит протекает без ангины.**

*При ангине рекомендуется соблюдать постельный режим 7-10 дней.*

*Иначе не миновать возникновения осложнений.*

**На воспаленных миндалинах живут около 30 видов болезнетворных микробов.**

*Из 200 страдающих бесплодием женщин у 120 есть хронический тонзиллит.*

**Местные** развиваются в непосредственной близости к очагу инфекции и обусловлены распространением патологических микроорганизмов из миндалин на окружающие ткани. Развиваются они обычно на фоне активной фазы заболевания или через небольшое время после улучшения состояния.

Самым частым местным осложнением ангины является **паратонзиллит** - воспаление в тканях, окружающих «болеющие» миндалины. Процесс чаще затрагивает одну миндалину, хотя иногда бывает и двусторонним. Паратонзиллит сопровождается ухудшением общего состояния, повышением температуры, усилением боли при глотании, затруднением из-за этого приема пищи и воды, иногда появляются боли при поворотах головы. В запущенных случаях паратонзиллит может превратиться в паратонзиллярный абсцесс, что сопровождается появлением тризма жевательной мускулатуры (жевательные мышцы сильно спазмированы, что препятствует разжатию челюстей).

Если инфекция через близко расположенную евстахиеву трубу попадает в среднее ухо, развивается еще одно осложнение местного характера - **средний отит**, который также сопровождается ухудшением общего состояния, появлением стреляющих болей в ухе.

Все местные осложнения связаны с распространением бактерии, вызвавшей ангину, поэтому и лечат

их с помощью **антибиотиков**. При формировании абсцесса его вскрывают хирургическим путем, опять же - на фоне массивной антибактериальной терапии.

Более опасными являются **общие осложнения** острого тонзиллита. В их развитии виноват, как ни странно, собственный иммунитет человека.

Так получилось, что некоторые белки, из которых построен бета-гемолитический стрептококк, очень похожи на белки клеток человека, из которых построены сердце, почки и суставы. **Вырабатывая против стрептококка** специальные вещества - антитела, - **иммунитет поражает не только бактерию, но и собственные клетки, вызывая аутоиммунные процессы**. Всё это происходит в течение длительного времени, поэтому первые симптомы поражения органов появляются через несколько недель, а то и месяцев после перенесенной ангины.

*При поражении сердца* чаще всего формируются **пороки клапанов**, это сопровождается развитием сердечной недостаточности, выражающейся отеками ног, одышкой при ходьбе, бледностью, акроцианозом (синюшность кончиков пальцев, носа, ушей), повышенной утомляемостью и слабостью.

*При ревматическом артрите* в большинстве случаев **страдают коленные и голеностопные суставы**, появляются боль и припухлость, наблюдается покраснение и повышение температуры кожи в области суставов.

**Гломерулонефрит** приводит к появлению отеков, которые чаще локализуются на лице, в моче может присутствовать кровь.

**Осложнения общего характера не лечат антибиотиками**, так как возбудитель в организме отсутствует. Как правило, лечение в этом случае симптоматическое. Полностью контролировать развитие осложнений невозможно, так как это зависит от состояния иммунной системы человека, наличия или отсутствия каких-либо хронических заболеваний и агрессивности микроорганизма, вызвавшего заболевание.

Учитывая современный ритм жизни, многие не совсем серьезно



воспринимают ангину и, «наевшись» каких-нибудь лекарств по совету соседа, бегут на работу, перенося болезнь «на ногах». **Это абсолютно неправильно!** Так как в этом случае в разы увеличивается риск развития осложнений, которыми на самом деле и опасна ангина.

### Как избежать осложнений?

**Помочь организму можно, если придерживаться некоторых простых правил:**

Ни в коем случае нельзя переносить болезнь «на ногах»! Постельный режим очень важен для выздоровления, ведь организму нужны силы для того, чтобы бороться с инфекцией.

**Не стоит заниматься самолечением.** Для лечения ангины в подавляющем большинстве случаев используются антибиотики, которые должны назначаться врачом в зависимости от клинической картины и возбудителя заболевания. Одни антибиотики эффективны против одних бактерий, другие - против других.

**Антибактериальные препараты следует принимать строго в той дозировке и ровно столько дней, сколько назначил доктор.** Нельзя прекращать прием лекарств сразу же после улучшения самочувствия, так как не все бактерии могут погибнуть к этому времени, а оставшиеся выработают устойчивость к применяемому препарату. В итоге будет рецидив ангины, но уже без эффекта от применяемого антибиотика.

**Местное лечение.** Помимо антибиотиков внутрь помогут быстрее справиться с болезнью регулярные частые полоскания антисептиками.

*Ангина может пройти практически бесследно, если не перенапрягать организм и следовать всем рекомендациям врача. В таком случае риск развития осложнений будет минимальным.* ☺

# Профилактика COVID-19 среди детей

**В последнее время мы сталкиваемся с тем, что подростки и дети младшего возраста стали чаще заражаться новой коронавирусной инфекцией, переносят COVID-19 тяжело с высокой температурой, сильным поражением лёгких и постковидным синдромом.**



**Татьяна Викторовна КОРНЕЛЮК,**

фельдшер второй квалификационной категории, отделение организованного детства КГБУЗ «Детская городская поликлиника №7, г.Барнаул»

Одним из надежных способов профилактики новой коронавирусной инфекции среди детского и подросткового населения - это вакцинация.

**Вакцинация** - создание иммунитета для защиты организма от тяжелого течения болезни и развития осложнений.

В то же время вакцинация подростков от коронавируса, пожалуй, самая обсуждаемая и спорная тема последних месяцев.

Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации №1122н от 06.12.2021 «Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок», вакцинация против коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2, проводится детям в возрасте от 12 до 17 лет (включительно).

Надо отметить, что внесение вакцинации детей в календарь прививок не устанавливает, что данная прививка для указанной возрастной группы является обязательной. Таким образом, **вакцинация проводится добровольно при наличии письменного заявления**

**одного из родителей** (или иного законного представителя). После получения такого заявления оформляется информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в соответствии с требованиями статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

**Вакцинация проводится комбинированной векторной вакциной «Гам-КОВИД-Вак-М».** Вакцина получена биотехнологическим путем, при котором не используется патогенный для человека вирус SARS-CoV-2.

*Препарат состоит* из двух компонентов: компонент I и компонент II. *Интервал* между введением компонента I и компонента II составляет не менее 21 дня. Введение второй дозы (компонент II) вакцины также важно, поскольку это способствует



## Советы медицинской сестры

◀ формированию максимально возможной защиты от развития COVID-19 благодаря более интенсивному и зрелому иммунному ответу.

При остром заболевании или обострении хронического заболевания введение компонента II необходимо провести после выздоровления или начала стадии ремиссии при хроническом заболевании.

В состав компонента I входит рекомбинантный аденовирусный вектор на основе аденовируса человека 26 серотипа, несущий ген белка S вируса SARS-CoV-2.

В состав компонента II входит вектор на основе аденовируса человека 5 серотипа, несущий ген белка S вируса SARS-CoV-2.

Надо помнить, что для проведения вакцинации имеется ряд противопоказаний. К ним относятся:

- ▶ гиперчувствительность к какому-либо компоненту вакцины или вакцине, содержащей аналогичные компоненты;

- ▶ тяжелые аллергические реакции в анамнезе;

- ▶ острые инфекционные и неинфекционные заболевания, обострение хронических заболеваний. Вакцинацию в этих случаях проводят через 2-4 недели после выздоровления или наступления ремиссии. При нетяжелых ОРВИ, острых инфекционных заболеваниях ЖКТ - вакцинацию проводят после нормализации температуры;

- ▶ возраст до 12 лет (в связи с отсутствием данных об эффективности и безопасности).

Противопоказанием для введения компонента II являются тяжелые поствакцинальные осложнения (анафилактический шок, тяжелые генерализованные аллергические реакции, судорожный синдром, температура тела выше 40°C и т.п.) на введение компонента I вакцины.

Для вакцинирования подростков в нашей поликлинике назначены ответственные лица за проведение вакцинации, создана мобильная медицинская бригада, определены графики проведения вакцинации, разработаны и утверждены стандартные операционные процедуры, схема маршрутизации и планы мероприятий по реализации «холодовой цепи» при хранении вакцины.



**Вакцинация против новой коронавирусной инфекции (COVID-19) проводится как в прививочном кабинете поликлиники, так и в прививочных кабинетах школ, имеющих лицензию на данный вид медицинской услуги.**

Перед проведением вакцинации врач осматривает подростка, измеряет температуру его тела, собирает жалобы, анамнез (включая эпидемиологический), измеряет сатурацию, ЧСС, артериальное давление, аускультацию дыхательной и сердечно-сосудистой системы, осматривает зев.

В обязательном порядке доктор предупреждает всех подростков о возможных поствакцинальных осложнениях и выдает памятку с информационным материалом.

Хотелось бы отметить, что мы наблюдаем положительный настрой на вакцинацию со стороны детей и родителей.

Привитые дети перенесли вакцинацию хорошо, без осложнений. Только у небольшой части привитых подростков отмечалось небольшое повышение температуры тела до субфебрильной, что является нормой на введение большинства вакцин и не является опасным для жизни.

**Прививайтесь и будьте здоровы! 🇷🇺**

**Инфекционисты и эпидемиологи единодушны: остановить дальнейший рост заболеваемости и окончательно справиться с эпидемией может только вакцинация. Для того чтобы взять под контроль распространение COVID-19 следует продолжить вакцинацию детей и подростков.**

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



# Мигрень - ЭТО ВЕЛИКИЙ ИМИТАТОР



**Екатерина Васильевна  
ПАРХОМЕНКО,**

кандидат медицинских наук, доцент кафедры неврологии и нейрохирургии с курсом ДПО ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, врач-невролог высшей квалификационной категории, руководитель специализированного приема по головной боли в Алтайском крае

**Мигрень и сегодня остается притягательной загадкой, к разрешению которой медицина прикладывает немало усилий. Почти невозможно объяснить, что такое приступ мигрени, человеку, который ею не страдает. Часто к мигрени относятся как «это же просто болит голова». А людям, кто живет с мигренью, количество и разнообразие испытываемых симптомов кажется бесконечным.**

У каждого человека существует свое представление о мигрени. Для кого-то - это литературный образ молодой богатой аристократки прошлых веков, отказывающей в приеме надоедливый кавалерам из-за очередной мигрени. Кто-то вспомнит яркие описания гемикрании у римского прокуратора Понтия Пилата в романе Михаила Булгакова «Мастер и Маргарита» или рассказ «Ионыч» Антона Чехова. Для другого - это коллега, которая вынуждена уйти с работы из-за сильной головной боли, не дающей пошевелить головой и сопровождающейся рвотой. Сначала это вызывает сочувствие окружающих, но когда коллеги видят «страдалицу» совершенно «здоровой» между приступами, возникает непонимание и даже раздражение. Не случайно появилось высказывание на эту тему - «мигрень - опять работать лень».

**Мигрень - это заболевание головного мозга с множеством симптомов, которые могут быть болезненными и изнурительными.** Безусловно, главное проявление мигрени - это **головная боль**, она мучает большинство пациентов и нередко заставляет изменять жизненные планы.

Но мигрень у всех пациентов разная. Люди могут иметь **разные провокаторы приступа** и **испытывать различные симптомы в разные фазы приступа**. *Приступ мигрени проходит три или четыре фазы:*

- продромальный период,
- аура (около 20% людей с мигренью имеют ауру),
- головная боль,
- постдромальный период.

*Фазы продромы и ауры* обычно возникают до того, как разовьется головная боль.

**Продромальный период** предшествует головной боли за несколько часов или даже дней. Еще эту фазу можно назвать «фазой предчувствия», так как это уже первые «гонцы» накрывающего приступа. Около 75% людей с мигренью испытывают продромальный период, но часто не распознают его как начало приступа. *Проявления этой фазы просто невероятны:*

- ◆ усиленное зевание,
- ◆ тяга к еде (особенно к сладкой),
- ◆ изменение настроения: раздражительность, капризность, скованность в шее, проблемы с концентрацией внимания, памятью, у одних отмечается необычайный прилив энергии, а у других - выраженная усталость и сонливость.

**Аура** встречается реже и обычно начинается непосредственно перед началом головной боли. Большинство людей испытывают зрительные «специальные эффекты»: вспышки света, слепые пятна, радужные зигзаги, затуманенное зрение, потерю зрения, в то время как другие отмечают покалывание, онемение или проблемы с речью. Все эти ощущения возникают и проходят за 5-60 минут. Встречаются случаи, когда есть только мигренозная аура, а после нее головная боль не возникает («обезглавленная мигрень»).

**Фаза головной боли.** При мигрени может болеть как половина головы (гемикрания), так и вся голова, или шея, или затылок, или даже лицо. Головная боль длится от 4 часов до 3 дней. Может сопровождаться тошнотой.



той, рвотой или чувствительностью к свету, звукам, запахам.

Заключительной фазой приступа мигрени является **постдром**. Продромальный период имеет еще одно интересное название - «похмелье от мигрени». Это когда уже не «колокол бьет в голове», а ощущается тяжесть в голове, «чугун», головокружение, сонливость, отмечаются проблемы с памятью и полное отсутствие сил, разбитость.

**Но поставить диагноз «мигрень» пациенту не всегда просто.** Потому что мигрень - это великий имитатор. Например, мигрень очень часто сопровождается напряжением и спазмом мышц шеи, а во время приступа мигрени боль может начинаться в области шеи, затылка. Такие проявления болезни могут ввести врача в заблуждение. Пациенту с такими жалобами более всего поставят диагноз «шейный остеохондроз» и назначат лечение. Но последующее лечение не принесет облегчения. Так как лечение мигрени подразумевает совершенно иной подход. Поэтому многие больные остаются и без правильного диагноза, и без соответствующего лечения.

Мигрень можно разделить на эпизодическую и хроническую. У людей с **эпизодической мигренью** - 14 или меньше дней в месяц проходят с головной болью. Люди с **хронической мигренью** испытывают более 15 дней в месяц головную боль (в течение трех и более месяцев), из которых по меньшей мере 8 дней отмечаются вышеописанные признаки мигрени.

У некоторых людей эпизодическая мигрень может стать хронической. Это может произойти в том случае, если не лечить эпизодическую мигрень, при этом злоупотреблять анальгетиками, триптанами (лекарственные препараты, которые специально создавались для купирования приступа мигрени).

На сегодня **не существует какого-либо анализа или метода нейровизуализации (МРТ или КТ головного мозга), которые могли бы подтвердить, что ваша головная боль является именно мигренью.** Единственный реальный способ «узнать» мигрень - это проконсультироваться с врачом-неврологом или врачом-цефалгологом (врач-невролог, специализирующийся на проблеме головной боли). Специалист подробно расспросит о специфике вашей головной боли, семейной истории вашей головной боли, о том, как испы-



тываемая боль влияет на качество вашей жизни. Тщательная оценка также включает общий медицинский и неврологический осмотры.

Мигрень - это не просто головная боль, а серьезное неврологическое заболевание, требующее консультации невролога и выбора правильной стратегии поведения и лечения. Мигрень может быть очень изнурительной, часто не позволяющей человеку жить полноценной жизнью. **Поэтому, если такая головная боль мешает вашей личной или общественной жизни, работе, пришло время записаться на прием к врачу-неврологу!** Если четыре или более дня в месяц у вас проходят с мигренью, приступы очень тяжело переносятся и плохо «поддаются» препаратам для купирования, - это точно требует консультации у врача-невролога, а лучше у врача-цефалголога, для назначения оптимального лечения, направленного на уменьшение числа дней с головной болью и снятия тяжести приступов.

Чтобы оптимизировать визит к врачу, перед консультацией в течение хотя бы одного месяца ведите дневник головной боли, в котором вы будете фиксировать день с болью, ее характеристики, какие анальгетики принимали, были ли они эффективны.

**Помните о том, что сегодня есть высокоэффективные средства, купирующие даже самый тяжелый приступ мигрени, а индивидуально подобранное профилактическое лечение способствует урежению и уменьшению интенсивности приступов.** ☺

**На сегодня не существует какого-либо анализа или метода нейровизуализации, которые могли бы подтвердить, что ваша головная боль является именно мигренью. Единственный реальный способ «узнать» мигрень - это проконсультироваться с врачом-неврологом или врачом-цефалгологом.**





# Черно-белое мышление



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

**Как часто в своей жизни вы пользуетесь черно-белым мышлением? Что это? Это - систематические поведенческие шаблоны людей, когда принимаемые ими решения в основном не являлись рациональными, а исходили из навязанных стереотипов.**

С систематическими ошибками в мышлении может столкнуться практически каждый человек, независимо от уровня образования и социального положения. Когнитивные искажения - это свойство работы головного мозга, который в сложных ситуациях упрощает и корректирует полученную информацию для лучшего усвоения.

Так, в повседневных ситуациях человек начинает действовать «на автомате», опираясь на свой прошлый ограниченный опыт. Это помогает эффективно и быстро решать простые задачи. Однако если такой подход применяется в сложных ситуациях, когда необходима оценка многих факторов и тщательный анализ, - это приводит к иррациональному поведению. В этом случае человек мыслит ограниченно, выносит неточные суждения, принимает неверные решения.

**Дихотомическое, или черно-белое, мышление бывает в следующих вариантах:**

● **сверхообщение** - умозаключение, основанные на единичном эпизоде, с последующей их генерализацией, например: «ты всегда на меня кричишь»; «ты мне всю жизнь испортил»; «ты постоянно везде лезешь»; «у меня это никогда не получится»;

● **преувеличение и преуменьшение** - противоположные оценки самого себя, ситуаций и событий. Субъект преувеличивает сложность ситуации, одновременно преуменьшая свои возможности с ней справиться, например: «я этого не вынесу»; «это ужасно»; «я чуть не умерла»; «для меня это уже бесполезно»;

● **негативное прогнозирование** - ориентация только на один, самый худший вариант развития событий, игнорирование возможности более благоприятных вариантов, например: «всё напрасно»; «мы все погибнем»; «всё пропало»;

● **долженствование** - чрезмерное фокусирование на «я должен» поступать или чувствовать определенным образом, без оценки реальных последствий такого поведения или альтернативных вариантов. Часто возникает из-

за навязанных в прошлом стандартов поведения и схем мышления, например: «я должен идти туда, несмотря ни на что» (даже путем лишения себя каких-то благ и здоровья) или «с детства мне говорили, что в нашей семье никогда не разводятся, вышла замуж - терпи»; «я должен им помочь», «я должен идти в армию - не служил, не мужик»;

● **предсказывание** - индивид считает, что может точно предсказать будущие последствия определенных событий, хотя он не знает или не учитывает всех факторов, не может правильно определить их влияние, например: «я знаю, ты меня не любишь»; «ты хочешь мне зла»; «ты специально это сделала»;

● **наклеивание ярлыков** - ассоциирование себя или других с определенными шаблонами поведения или негативными типажками, например: «я неудачник»; «я никому не нужна, я никогда не выйду замуж»;

● **чтение мыслей** - человек считает, будто точно знает, что по этому поводу думают другие люди, хотя его предположения не всегда соответствуют реальности, например: «он думает, что я не справлюсь с этим»; «я знаю, что вы думаете, будто я...».

То есть, по сути, черно-белое мышление - это причисление себя или какого-либо события к одному из двух полюсов, положительному или отрицательному (в абсолютных оценках). Например, «если я не стану богатым и знаменитым, то вся моя жизнь будет прожита зря».

Этот тип мышления проявляется, когда мы категорично оцениваем события своей жизни, самих себя и окружающих. Например, человек может допустить одну ошибку на работе и сделать вывод, что он не справляется, что он неудачник и лучше всего ему будет уволиться. Или один из супругов решает: «Раз мы время от времени ссоримся, наш брак в целом - ошибка». Вообще, **черно-белое мышление способствует оценке всего мира в полярных категориях:** хорошо - плохо, правильно - неправильно, умный -



глупый, успешный - неудачник и т.д. Ученые считают, что черно-белое мышление было изначально полезно человеку и способствовало выживанию человеческого вида в процессе эволюции, так как помогало быстро реагировать на опасность - реакция «бей или беги». Возможно, и сейчас где-нибудь в темном переулке при встрече с угрожающим незнакомцем нам оно пригодится, но...

Но в современном мире становится всё меньше ситуаций, требующих ради выживания применения черно-белого мышления. И в итоге **оно нам чаще вредит, чем помогает.**

Исследования показывают, что черно-белое мышление характерно для различных психологических расстройств. Люди, страдающие депрессией, часто используют категории «*всегда или никогда*», «*всё или ничего*», «*прекрасный или ужасный*». При ипохондрическом расстройстве (постоянном беспокойстве о собственном здоровье) люди чаще размышляют в категориях «*я или абсолютно здоров, или смертельно болен*», при пищевых расстройствах - «*я худой или толстый*». Или при перфекционизме - «*я идеален или несовершенен*». Черно-белое, или дихотомическое, мышление упрощает восприятие мира. Но нам труднее устанавливать отношения с людьми, ведь они могут быть то слишком хорошими, чтобы общаться с нами, то наоборот - слишком плохими, недостойными. В результате наше восприятие мира оказывается суженным, а наши возможности в нем сильно ограниченными.

**Предлагаю вам проанализировать свое мышление в течении нескольких дней. Какое оно? Оцениваете вы что-то в полярных категориях? Помогает ли это вам?**

Если вы решите, что черно-белое мышление вам скорее мешает, и вы хотели бы изменить эту привычку, предлагаю вам следующую простую последовательность действий. Допустим, у вас было ответственное мероприятие на работе, и вы оценили его как провальное, а себя как никчемного специалиста. Черно-белое мышление - привычный механизм, который срабатывает автоматически и практи-



чески мгновенно. Поэтому, прежде всего, возьмите время на анализ, для того, чтобы еще раз, более тщательно подумать о своей оценке, о своих мыслях о себе.

**Запомните алгоритм (серию вопросов), которые вы будете задавать себе, как только черно-белое мышление начнет превалировать:**

► «Какие положительные стороны можно выявить в этом мероприятии, даже если они совсем небольшие?»;

► «Возможно ли, что это мероприятие дало вам какой-то опыт, полезный для вашего будущего?»;

► «Как бы вы оценили свое мероприятие по шкале от 0 до 100?»;

► «Возможно ли, что вы - ценный специалист и работаете вполне эффективно, даже если у вас бывают не очень удачные действия?»;

► Попробуйте переформулировать оценку своего мероприятия, например, вместо «полный провал» сказать «*не самое удачное мероприятие, хотя мне удалось то-то и то-то*».

**Мышление в палитре разных оттенков будет способствовать более объективной оценке реальности, снизит степень выраженности негативных эмоций, тревоги и стресса, поможет вам принимать более рациональные решения. Но обязательно дайте себе время, будьте терпеливы: изменить привычку непросто, это требует регулярного наблюдения за собой и постоянной практики.**

**Удачной вам работы над собой!** ☺

**Черно-белое мышление - это причисление себя или какого-либо события к одному из двух полюсов - положительному или отрицательному (в абсолютных оценках).**



# Вам здесь всегда помогут!

*Эндокринологическое отделение КТБУЗ «Городская больница №4, г.Бийск» в этом году отметит золотой юбилей - 50 лет!*

## Как всё начиналось

Эндокринологическое отделение было организовано в августе 1972 года.

Первой заведующей отделением была врач-эндокринолог высшей квалификационной категории **Тамара Васильевна КОШКИНА**. И она проработала на этом посту более 30 лет. Тамара Васильевна внесла огромный вклад в развитие эндокринологической службы города Бийска. Это не осталось незамеченным - ее труд был по достоинству оценен: Тамара Васильевна Кошкина занесена на городскую доску почета, награждена значком «Отличник здравоохранения» и удостоена звания «Ветеран труда города Бийска».



Т.В. Кошкина

В дальнейшем эндокринологическое отделение получило статус межрайонного. Сегодня специалисты эндокринологического отделения Бийской городской больницы №4 обслуживают жителей города Бийска и 13 районов, входящих в Бийскую медико-географическую зону.

За год в отделении, рассчитанном на 40 коек, проходят лечение более тысячи пациентов, из них 30% составляют сельские жители.

## Жизнь отделения сегодня

Основную массу пациентов составляют больные сахарным диабетом, а также с другой эндокринной патологией: заболеваниями щитовидной железы (гипотиреоз, тиреотоксикоз), надпочечников (хроническая надпочечниковая недостаточность) и другие.

Специалисты эндокринологического отделения в своей работе широко внедряют современные методы диагностики и лечения эндокринной патологии, соответствующие мировым стандартам, с внедрением в процесс лечения новейших групп сахароснижающих препаратов и инсулинов.

**Доступен полный спектр лабораторных исследований.** Для ранней диагностики осложнений сахарного диабета используется определение гликированного гемоглобина и микроальбуминурии.

Доктора, работающие в отделении, прошли обучение по использованию **помповой инсулинотерапии**.

С 1988 года организована **Школа сахарного диабета**. Обучение пациентов проводится врачами и средним медицинским персоналом отделения во время госпитализации в стационар.

В 2007 году в отделении открыт **кабинет диабетической стопы**, где проводится обработка стоп и обучение пациентов уходу за ногами с целью профилактики развития диабетической стопы.

## «Золотой коллектив»

В 1985 году после окончания Алтайского государственного медицинского института в отделении начала свою трудовую деятельность **Лидия Александровна ЖУРИКОВА**.

Под ее руководством в 1988 году и была организована Школа сахарного диабета.

В 1998 году Школу возглавил **Алексей Алексеевич КОШКИН**, который проработал в эндокринологическом отделении более 15 лет.

С 2004 года межрайонное эндокринологическое



Л.А. Журикова



отделение возглавляет **Лидия Александровна Журикова**, главный эндокринолог Бийского межрайонного медицинского округа, врач-эндокринолог высшей квалификационной категории. За заслуги в области здравоохранения и многолетний добросовестный труд Лидия Александровна награждена многочисленными грамотами, в 2017 году - значком «Отличник здравоохранения» и званием «Ветеран труда Российской Федерации».



**Т.Ф. Журикова**

За годы существования отделения здесь начали свою трудовую деятельность и получили «путевку в жизнь» такие специалисты, как **Алексей Алексеевич Кошкин, Ольга Викторовна Цыликова, Алена Сергеевна Мошкина, Наталья Анатольевна Паристова** и другие медицинские работники, многие из которых достигли карьерного роста в учреждениях здравоохранения не только Алтайского края, но и в других регионах.

С 2019 года в отделении свою трудовую деятельность начала молодой перспективный специалист **Татьяна Геннадьевна Журикова**, окончившая с отличием две ординатуры. Не менее опытный работает в отделении и средний медицинский персонал под руководством **Татьяны Яковлевны Ласкиной**, старшей медицинской сестры высшей квалификационной категории.



**Т.Я. Ласкина**

Около 40 лет трудится постовая медицинская сестра **Евдокия Николаевна Чернышева**. Многие годы работают в эндокринологии опытные медицинские сестры: процедурная медсестра **Наталья Николаевна Киселева**, постовые медицинские сестры **Марина Иго-**

**ревна Неверова, Алена Вячеславовна Кузьменко, Марина Анатольевна Казанина**. Они являются наставниками молодых медицинских сестер - **Елены Васильевны Лубянецкой, Натальи Витальевны Машковой** и других.



**В. Лубянецкая**

Коллектив в отделении очень дружный и сплоченный, квалифицированный и грамотный. Пациенты неизменно отмечают доброжелательность и внимание к себе со стороны специалистов, кото-



**Н.В. Машкова**

рые заслуженно снискали любовь и уважение. Так, пролечившиеся в эндокринологическом отделении всегда говорят, что на лечение они идут, как к себе домой, потому что знают, что здесь их встретят с пониманием и теплотой, и всегда помогут.

В последнее время несколько осложняет работу напряженная эпидемиологическая ситуация по COVID-19. Отмечается снижение потока плановых больных, увеличение числа пациентов с декомпенсацией углеводного обмена после перенесенной коронавирусной инфекции.

**Но юбилей специалисты отделения встречают с оптимизмом и надеждой на лучшее! ☺**



**Н.Н. Киселева**



# Сохраняя здоровье подростков



**Олеся Валентиновна  
БУЛГАНИНА,**

главный внештатный специалист-гинеколог детского и юношеского возраста министерства здравоохранения Алтайского края, кандидат медицинских наук, заведующая центром охраны репродуктивного здоровья подростков КГБУЗ «Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства», врач-акушер-гинеколог высшей квалификационной категории, ассистент кафедры акушерства и гинекологии с курсом ДПО ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ

**Здоровье подрастающего поколения, наших девушек и юношей, является важным социальным и экономическим параметром для каждого государства. Ведь от этого зависят такие перспективные показатели, как рождаемость, ожидаемая продолжительность жизни, экономический потенциал и другие.**

Многие аспекты роста и развития управляются биологическими процессами, а достижение полового созревания знаменует переход из детства во взрослую жизнь. Биологические детерминанты подросткового возраста носят, как правило, всеобщий характер, однако продолжительность и характерные особенности этого периода зависят от различных факторов. Большинство исследователей единодушны во мнении: реализация наследственной предрасположенности к патологическим отклонениям чаще всего происходит именно в периоде полового созревания.

С этих позиций трудно переоценить значение пубертатного периода в формировании репродуктивной системы, когда она высокочувствительна к неблагоприятным факторам. **К неблагоприятным факторам относят:**

- ▶ разнообразные хронические соматические, эндокринные и неврологические заболевания,
- ▶ аллергические состояния,

- ▶ неблагоприятные или резкоменяющиеся метеорологические условия,
- ▶ особенности климата,
- ▶ экологическое неблагополучие,
- ▶ нарушение баланса микроэлементов,
- ▶ гиподинамию,
- ▶ чрезмерную физическую или умственную нагрузку,
- ▶ несоблюдение режима питания,
- ▶ дефицит или избыток массы тела,
- ▶ раннюю половую жизнь и другие.

Для объективной характеристики репродуктивного здоровья подростков принято оценивать распространенность у них общесоматических заболеваний и нарушений репродуктивной системы, состояния физического и полового развития.

Численность женского населения в возрасте от 0 до 17 лет включительно в Алтайском крае за период с 2016 по 2020 год **увеличилась** незначительно **(на 0,7%)**.

В настоящее время отмечается ухудшение соматического здоровья и физического развития детей и подростков. Общая заболеваемость в подростковом возрасте в 2021 году **увеличилась на 10,4%** по сравнению с предыдущим годом. В структуре заболеваемости преобладают заболевания дыхательной системы, болезни глаза и пищеварительной системы.

У девочек с заболеваниями репродуктивной системы в **75% случаев имеются 2-3 хронических экстрагенитальных заболевания**. Снижают качество репродуктивного здоровья девушек неблагоприятные сдвиги в физическом развитии.



## За счастливое здоровое детство!

Отставание физического развития отмечается более чем у **20%** обследованных несовершеннолетних девушек.

Гинекологическая заболеваемость в подростковом возрасте по результатам обращаемости в 2021 году **увеличилась на 13%** по сравнению с 2020 годом. В структуре гинекологической заболеваемости преобладают *нарушения менструальной функции и воспалительные заболевания женских половых органов*. Так, нарушения менструальной функции в 2021 году составили **59,2%** от всей гинекологической патологии, а воспалительные заболевания - **23,3%**.

За последние годы отмечается **рост патологии органов репродуктивной системы мальчиков, юношей и мужчин**. По итогам профилактических осмотров андрологические состояния и заболевания, определяющие их репродуктивное здоровье, выявлены у **46,9%** детей и подростков. Примерно **60%** патологических состояний, приводящих к репродуктивной несостоятельности лиц мужского пола, имеет «точку отсчета» в детском и подростковом возрасте.

Особую тревогу и озабоченность вызывает **высокая распространенность поведенческих рисков в подростковой среде**. Раннее начало половых отношений, частая смена партнеров, низкая сформированность контрацептивных установок - характерные черты поведения современных подростков. Особенности сексуального поведения подростков определяют рост числа инфекций, передаваемых половым путем, а также аборт, что снижает репродуктивный потенциал подростков и качество их жизни в последующие годы.

Несмотря на то, что служба охраны репродуктивного здоровья в последние годы существенно модернизирована, тем не менее сохраняется тенденция увеличения числа заболеваний органов репродуктивной системы подростков.

В октябре 2021 года для повышения качества оказания медицинской помощи, которая направлена



на сохранение репродуктивного здоровья подростков Алтайского края и во исполнении приказа Минздрава России №1130Н от 20 октября 2020 года «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология”» в КГБУЗ «Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства» организован Центр охраны репродуктивного здоровья подростков (ЦОРЗП).

**Сегодня Центр охраны репродуктивного здоровья подростков оказывает консультативную, лечебно-диагностическую, реабилитационную, психологическую помощь подросткам (как девочкам, так и мальчикам) в возрасте от десяти до семнадцати лет включительно, направленную на сохранение их репродуктивного здоровья. Они могут обратиться как самостоятельно, так и по направлению специалистов других медицинских организаций в соответствии с законодательством Российской Федерации.**

**У подростков старше пятнадцати лет есть возможность самостоятельного посещения и конфиденциального приема специалистов Центра охраны репродуктивного здоровья подростков, что способствует увеличению гарантий сохранения врачебной тайны.**

**При направлении в ЦОРЗП пациенту при себе необходимо иметь следующие документы:**

- ◆ выписку-направление врачебной комиссии (форма 027/у);
- ◆ страховой полис (оригинал);
- ◆ свидетельство о рождении или паспорт (оригинал);
- ◆ СНИЛС (оригинал);
- ◆ справку об эпидокружении (отсутствии контактов с инфекционными больными);
- ◆ талон на прием с указанием врача-специалиста, номера кабинета и времени посещения (выдается регистратурой поликлиники по месту жительства пациента при наличии выписки-направления по форме 027/у).





### Показания для направления несовершеннолетних к врачу-акушеру- гинекологу:

- зуд, жжение, покраснение, высыпания, расчесы, эрозии, налеты, участки лихенификации кожи наружных половых органов;
- папилломы, кондиломы и опухолевидные образования на кожных покровах наружных половых органов и промежности;
- выделения из половых путей патологического характера;
- кровяные выделения из половых путей различной интенсивности и продолжительности;
- травматические (бытовые и насильственные) повреждения наружных половых органов;
- патологические анализы мочи (бактериурия, лейкоцитурия, гематурия и другое);
- боль в животе;
- отсутствие вторичных половых признаков (молочных желез и оволосения лобка) в возрасте тринадцати лет и старше;
- перерыв в менструациях более чем на 48 дней в пубертатном периоде (с менархе до семнадцати лет включительно);
- отсутствие менструации в возрасте пятнадцати лет и старше;
- указание на наличие множественных кожных складок на шее и лимфа-

тического отека конечностей в периоде новорожденности;

- наличие стигм дисэмбриогенеза, пигментных пятен, множественных родимых пятен или витилиго, костных дисплазий при низкорослости и высокорослости в любом возрасте;

- нарушение строения наружных половых органов, в том числе, гипертрофия клитора и малых половых губ, уrogenитальный синус, отсутствие входа во влагалище в любом возрасте, свищи с вовлечением женских половых органов;

- аплазия, гипоплазия, гипермастия, гигантомастия, асимметрия и другие аномалии, доброкачественная дисплазия молочных желез и узловые образования молочных желез, мастит в пубертатном периоде;

- отклонения от нормативного индекса массы тела в периоде полового созревания (в возрасте от восьми до семнадцати лет включительно) более чем на 10%;

- повышенный рост волос и оволосение по мужскому типу;

- задержка физического развития;

- низкорослость (рост 150 см и менее) в периоде полового созревания;

- высокорослость (рост 175 см и более) в периоде полового созревания;

- состояние после хирургических вмешательств на органах брюшной полости;

- указание на патологию матки и яичников по результатам эхографии и томографии внутренних органов, в том числе органов малого таза;

- начало сексуальных отношений;

- необходимость консультирования несовершеннолетних по вопросам интимной гигиены;

- необходимость консультирования несовершеннолетних (их законных представителей) по вопросам вакцинации против ВПЧ;

- необходимость консультирования по вопросам риска заражения инфекциями, передаваемыми половым путем, в том числе ВИЧ, вирусом гепатита В и С;

- необходимость консультирования для индивидуального подбора контрацепции у сексуально активных несовершеннолетних, в том числе после аборта.

**У девочек Алтайского края с заболеваниями репродуктивной системы в 75% случаев имеются 2-3 хронических экстрагенитальных заболевания.**



## Когда требуется консультация врача-акушера-гинеколога:

- хронические гинекологические заболевания с частыми обострениями, с полной или частичной компенсацией функций органов репродуктивной системы;

- хронические гинекологические заболевания в стадии клинической ремиссии, требующие назначения поддерживающего лечения, в том числе с генитальным эндометриозом, с синдромом поликистозных яичников, с задержкой полового созревания при хромосомных болезнях;

- последствия травм и операций с неполной компенсацией функций органов репродуктивной системы, повлекшими ограничениями возможности обучения и труда по причине торпидного течения, частых обострений, локальных и (или) системных осложнений, сопутствующей экстрагенитальной, в том числе эндокринной, патологии в стадии неполной компенсации;

- тяжелые хронические экстрагенитальные заболевания с редкими ремиссиями, частыми обострениями, непрерывно рецидивирующим течением, с сопутствующими гинекологическими заболеваниями и (или) выраженной декомпенсацией функций органов репродуктивной системы;

- с дефицитом гормонов репродуктивной системы после лечения онкологического заболевания;

- доброкачественные диффузные заболевания молочных желез, при отсутствии гинеколога детского и подросткового возраста;

- доброкачественные узловые заболевания молочных желез;

- опухоли и опухолевидные образования яичников и матки;

- состояния после проведенного оперативного вмешательства на органах малого таза в экстренном порядке по месту жительства;

- нарушения полового созревания (задержка или преждевременное половое созревание), нарушение половой дифференцировки;

- гинекологические заболевания, при отсутствии гинеколога детского и подросткового возраста.



## Когда требуется консультация врача детского уролога-андролога:

- врожденные аномалии половых органов (нарушение формирования пола, крипторхизм, гипоплазия/аплазия яичек, гипоспадия, эписпадия, искривления полового члена, гидроцеле);

- варикоцеле, варикозная болезнь малого таза;

- заболевания крайней плоти: фимоз, синехии крайней плоти, эпидермоцеле, папилломы, остроконечные кондиломы наружных половых органов;

- воспалительные заболевания половых органов: уретрит, простатит, дисфункция предстательной железы, подозрение на инфекции, передаваемые половым путем, орхит, эпидидимит, синдром острой мошонки;

- дизурический синдром: болезненное, учащенное, затрудненное мочеиспускание;

- недержание мочи: ночное (энурез), дневное, смешанное;

- нарушение полового созревания: задержка полового развития, преждевременное половое созревание, неправильный пубертат;

- определение репродуктивного потенциала и прогноза при ранее перенесенных заболеваниях и/или после оперативной коррекции патологии органов половой системы;

- заболевания органов мочевыводящей системы: гидронефроз, мегауретер, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, воспалительные заболевания верхних и нижних мочевых путей (пиелонефрит, цистит) у детей обоих полов;

- мочекаменная болезнь. ☺

**Примерно 60% патологических состояний, приводящих к репродуктивной несостоятельности лиц мужского пола, имеет «точку отсчета» в детском и подростковом возрасте.**







## 2 апреля - Всемирный день распространения информации о проблеме аутизма



это расстройство, влияющее на общение с другими людьми,  
на восприятие и понимание окружающего мира

### ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ АУТИСТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

НЕ ЛЮБИТ ТЕЛЕСНЫЙ  
КОНТАКТ



НЕТ СЛОВА «Я»



ЧАСТО ХОДИТ БОСИКОМ, НЕ  
ЛЮБИТ ОДЕЖДУ

ХАОТИЧНО ПЕРЕДВИГАЕТСЯ, БЕРЕТ  
ПРЕДМЕТ, СОВЕРШАЕТ  
НЕПОНЯТНЫЕ ДЕЙСТВИЯ И БРОСАЕТ



БОИТСЯ РЕЗКИХ, ГРОМКИХ ЗВУКОВ,  
МУЗЫКИ... ЗАКРЫВАЕТ УШИ РУКАМИ

ИПОЛЬЗУЕТ ОДНИ И ТЕ ЖЕ  
РИТУАЛЫ



ПОСТОЯННО ПРОИЗНОСИТ ОДНИ И ТЕ ЖЕ  
ЗВУКИ, СЛОВА, ИЛИ ФРАЗЫ ИЗ  
МУЛЬТФИЛЬМОВ, УСЛЫШАННЫЕ РАНЕЕ

ОТСУТСТВУЕТ УКАЗАТЕЛЬНЫЙ ЖЕСТ (НЕ  
ПОКАЗЫВАЕТ ПАЛЬЦЕМ)



Ребенок с диагнозом «АУТИЗМ»  
внешне не отличается от  
обычных детей. Однако,  
посещение общественных мест  
могут быть для него и его  
родителей настоящим  
испытанием.

### ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ АУТИСТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

ИЗБЕГАЕТ ВЗГЛЯДА В ГЛАЗА, ИЛИ  
СМОТРИТ «СКВОЗЬ» ТЕБЯ



НЕ ИГРАЕТ СО  
СВЕРСТНИКАМИ

ИЗБЕГАЕТ ЛЮБОГО  
ОБЩЕНИЯ



ИЗБИРАТЕЛЕН В ЕДЕ И  
ОДЕЖДЕ



ИГРАЕТ С ОДНОЙ И ТОЙ ЖЕ ИГРУШКОЙ,  
РИСУЕТ ОДНИ И ТЕ ЖЕ РИСУНКИ, СМОТРИТ  
ОДНИ И ТЕ ЖЕ МУЛЬТФИЛЬМЫ

ВЫСТРАИВАЕТ ПРЕДМЕТЫ В РЯД

ПАНИЧЕСКИ БОИТСЯ ИСПАЧКАТЬСЯ,  
ЛИБО, НАОБОРОТ, ВООБЩЕ БЕЗРАЗЛИЧЕН  
К ВНЕШНЕМУ ВИДУ



СОПРОТИВЛЯЕТСЯ ЛЮБЫМ  
ПЕРЕМЕНАМ

## ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ



№3 (219) апрель 2022 г.



Лауреат Губернаторской премии  
среди СМИ по итогам 2003 года

Почетная грамота  
Союза журналистов России



Благодарность от Управления  
Алтайского края  
по физической культуре и спорту

Почетная грамота Правительства  
Алтайского края, 2017 год



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

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

Время подписания в печать:  
по графику - 14:00 21.04.2022 г.,  
фактически - 14:00 21.04.2022 г.  
Дата выхода: 26.04.2022 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.

E-mail: [nebolen@mail.ru](mailto: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 - 2500 экз. Цена свободная.

Подписной индекс в каталоге «Почта России» - ПР893.  
Цена за 1 номер (месяц) - 200 рублей.

# Набор социальных услуг для федеральных льготников

Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе назначаемых по решению медицинских организаций, перечень медицинских изделий, специализированных продуктов лечебного питания для детей-инвалидов утверждается Правительством Российской Федерации.

## Натуральная форма или денежный эквивалент

Гражданин может отказаться от получения набора социальных услуг полностью, от одной из социальных услуг либо двух любых социальных услуг в натуральной форме в пользу денежного эквивалента или наоборот. Сумма средств, которая направляется на оплату социальных услуг (социальной услуги) в натуральной форме, удерживается из состава установленной гражданину ЕДВ.

## ОТКАЗ ОТ НАТУРАЛЬНОЙ ФОРМЫ В ПОЛЬЗУ ДЕНЕЖНОГО ЭКВИВАЛЕНТА



ОТ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ЧАСТИ



ОТ САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ ЧАСТИ



ОТ БЕСПЛАТНОГО ПРОЕЗДА



ОТ ЛЮБЫХ ДВУХ УСЛУГ



ОТ ВСЕГО НАБОРА

### Я войду в программу обеспечения необходимыми лекарственными средствами, потому что:

1. В перечень льготных лекарственных средств входят жизненно важные препараты
2. В случае необходимости выписка рецептов может осуществляться и на дому
3. В Алтайском крае с каждым годом увеличивается количество пунктов отпуска, где можно получить лекарства по льготному рецепту, в том числе и в отдаленных селах
4. Федеральным льготникам пенсионного возраста выписка и отпуск препаратов осуществляется сразу на 3 месяца

**Я – социально защищен!**

**Мое здоровье под контролем врача!**



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
АЛТАЙСКОГО КРАЯ

ТЕЛЕФОН ГОРЯЧЕЙ ЛИНИИ  
**8-800-350-3525**



Заявление о принятом решении достаточно подать один раз до 1 октября текущего года. Поданное заявление будет действовать с первого января следующего года и до тех пор, пока гражданин не изменит свой выбор. В этом случае ему надо будет обратиться с новым заявлением:

- онлайн через Личный кабинет на сайте Пенсионного фонда России;
- непосредственно в территориальный орган Пенсионного фонда России;
- через многофункциональный центр (МФЦ).