

6+

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№3 (231) МАРТ 2023



Итоги подведены, поставлены задачи

По материалам итоговой коллегии министерства здравоохранения Алтайского края, 22.03.2023



На заседании расширенной коллегии министерства здравоохранения края 22 марта 2023 года подвели итоги развития отрасли в прошедшем году и назвали задачи на ближайшую перспективу.

Коллегия прошла с участием более 400 человек: главные врачи медицинских организаций, представителей федеральных и краевых органов власти, глав муниципалитетов, депутатов Алтайского краевого законодательного собрания, общественности.

Коллегия состояла из трех блоков: посещение главами муниципальных образований Алтайского края девяти краевых медицинских организаций города Барнаула. Тема «Обеспечение равнодоступности медицинской помощи пациентам с использованием дистанционных технологий»; пленарная

часть в Алтайском филиале РАНХиГС с участием руководителей краевых медицинских и образовательных организаций, членов коллегии и приглашенных лиц; вручение автомобилей скорой медицинской помощи и передвижных мобильных комплексов. За счет федерального бюджета районы и города Алтайского края получили 63 специализированных автомобиля: 15 передвижных мобильных комплексов и 48 автомобилей скорой помощи.

С основным докладом об итогах работы отрасли и основных направлениях развития на 2023 год в свете реализации национального проекта «Здравоохранение» выступил министр здравоохранения Дмитрий Попов, специалисты обсудили развитие межрайонных центров в Алтайском крае, вопросы кадрового обеспечения в медицинских организациях.

В работе коллегии принял участие губернатор Алтайского края Виктор Томенко. Он отметил, что 2020-2022 годы для медицины стали временем сложнейших испытаний, и **поблагодарил всех работников здравоохранения за работу.**



Помимо текущих задач губернатор призвал обратить внимание на **развитие межведомственного подхода** для решения задач в области демографии и сохранения здоровья жителей края, **повышение ориентированности на пациентов** и конечный результат.

В числе приоритетов остается продолжение работы по **ликвидации дефицита медицинских кадров.**

- *Эта проблема продолжает в течение многих лет стоять остро не только в нашем регионе, и ковидная ситуация ее подхлестнула,* - отметил он.



По словам Виктора Томенко, принятый год назад в Алтайском крае **план мероприятий по привлечению и закреплению кадров** уже приносит определенные результаты:

- *Новые меры оказались востребованы, они получили поддержку на всех уровнях. Более 200 студентов лечебного дела и педиатрии перешли с платного обучения на целевое благодаря бюджетной поддержке. 18 ординаторам компенсировано обучение в ординатуре, отучившись, они пришли в нашу медицину. Введена целевая подготовка фельдшеров для ФАПов и скорой помощи: обучается 90 человек с годовой стипендией 50 тысяч рублей. Впервые в 2022 году мы начали компенсировать расходы на профессиональную переподготовку лицам, желающим трудоустроиться в краевые медицинские организации.*

Также в 2022 году впервые установлены выплаты отдельным категориям медицинских работников. Ежемесячные выплаты получают более 90 фельдшеров, свыше 120 участковых врачей и более 25 специалистов особо востребованных специальностей. Из краевого бюджета получают поддержку около 360 наставников.

Компенсация расходов на оплату найма жилых помещений в прошлом году назначена 228 медицинским работникам участковой службы.



- 16 марта подписано постановление правительства Алтайского края №82 об установлении специальных социальных выплат для работников, оказывающих медицинскую помощь за счет средств краевого бюджета, - сообщил Виктор Томенко. При этом размер краевых выплат аналогичен федеральным.

- Получателями выплат станут еще, помимо того, что установлено федеральными решениями, около 500 медицинских работников. На 2023 год на эти

цели запланировано порядка **70 миллионов рублей**, - рассказал глава региона.

По его словам, действие постановления распространено с 1 января 2023 года.

- **В ближайшее время выплаты будут произведены всем работникам**, - рассказал Виктор Томенко.

Напомним, федеральные специальные социальные выплаты в Алтайском крае уже получают более 12 тысяч медработников. Но медицинская помощь по профилям «психиатрия», «наркология», «фтизиатрия», «венерология» и другим не входит в программу ОМС.

- *Эту проблему мы решили выровнять и закрыть за счет краевого бюджета*, - подчеркнул Виктор Томенко.

В рамках коллегии также прошло вручение наград победителям профессионального конкурса «Лучший молодой врач» и лауреатам премии народного признания «Спасибо, доктор!». 📞

По информации
министерства здравоохранения
Алтайского края
Фото: Антон Федотов



Награждение достойных!

Награждение 30 медицинских работников края прошло в рамках итоговой коллегии министерства здравоохранения региона. В церемонии приняли участие губернатор Виктор Томенко, председатель АКЗС Александр Романенко, министр здравоохранения Алтайского края Дмитрий Попов.

● **Медали Алтайского края «За заслуги в труде» удостоены:**

Вера Ефимовна Гилева, врач-эндокринолог Поспелихинской ЦРБ;

Ольга Витальевна Малышева, врач-офтальмолог поликлиники Михайловской ЦРБ;

Нина Ивановна Морозова, фельдшер детской городской поликлиники Славгородской ЦРБ;

Ирина Сергеевна Потапова, главный врач детской городской поликлиники №9 Барнаула.

● **Почетной грамотой правительств Алтайского края награждены:**

Елена Николаевна Аксенова, медицинская сестра - анестезист ЦГБ Заринска;

Татьяна Геннадьевна Букрина, врач-невролог поликлиники Угловской ЦРБ;

Елена Павловна Долженко, главный врач ЦРБ Змеиногорска;

Наталья Вениаминовна Кобринина, врач-акушер-гинеколог Алейской ЦРБ;

Вера Алексеевна Массольд, медицинская сестра поликлиники Краснощековской ЦРБ;

Елена Николаевна Степанова, врач-терапевт участковый поликлиники Ключевской ЦРБ имени И.И. Антоновича.

● **Благодарности губернатора Алтайского края удостоены:**

Елена Николаевна Вебер, санитарка Кулундинской ЦРБ;

Раиса Семеновна Леер, главный врач детской городской поликлиники №3 Барнаула.

● **Почетной грамотой АКЗС отмечены:**

Василий Васильевич Алешкевич, врач функциональной диаг-

ностики консультативно-диагностического центра Алтайского края;

Татьяна Геннадьевна Винникова, старшая медицинская сестра консультативно-диагностического центра Алтайского края;

Андрей Анатольевич Иванов, главный врач Алтайского краевого наркологического диспансера.

Министр здравоохранения Алтайского края Дмитрий Попов наградил победителей и лауреатов краевого конкурса «Лучший молодой врач».

Комиссия рассмотрела работы 26 представителей 23 медорганизаций городов и районов края. Участники представили отчет о профессиональной деятельности, включая предложения по внедрению новых технологий диагностики и лечения, улучшению организации труда в медорганизации, подготовили эссе на тему «Мой выбор» и видеосюжет или слайд-шоу о себе.

Победителями признаны:

● **в номинации «Лучший молодой врач-терапевт участковый»:**

первое место - **Юлия Александровна Николаева**, врач-терапевт участковый Каменской межрайонной больницы;

второе место - **Вадим Юрьевич Селиванов**, врач-терапевт участковый Славгородской ЦРБ;

третье место - **Ирина Андреевна Шишкина**, врач-терапевт участковый Павловской ЦРБ;

● **в номинации «Лучший молодой врач-педиатр участковый»:**

первое место - **Татьяна Сергеевна Яковлева**, врач-педиатр участковый Смоленской ЦРБ;

второе место - **Екатерина Валерьевна Черкашина**, врач-педиатр участковый Благовещенской ЦРБ;

третье место - **Анастасия Александровна Масленникова**, врач-педиатр участковый детской городской поликлиники №9 Барнаула;

● **в номинации «Лучший молодой врач-хирург»:**

первое место - **Дмитрий Юрьевич Шестаков**, врач-хирург краевой клинической больницы скорой медицинской помощи №2;

второе место - **Владислав Вадимович Скороход**, врач-хирург краевой клинической больницы;

третье место - **Даниил Михайлович Штыров**, врач-хирург краевой клинической больницы скорой медицинской помощи;

● **в номинации «Лучший молодой врач-акушер-гинеколог»:**

первое место - **Антон Александрович Ярцев**, врач-акушер-гинеколог Славгородской ЦРБ;

второе место - **Юлия Михайловна Уварова**, врач-акушер-гинеколог краевой клинической больницы скорой медицинской помощи;

третье место - **Татьяна Викторовна Раченкова**, врач-акушер-гинеколог городской больницы №8 Барнаула;

● **в номинации «Лучший молодой врач-анестезиолог-реаниматолог»:**

первое место - **Артем Андреевич Козлов**, врач-анестезиолог-реаниматолог Алтайского краевого центра охраны материнства и детства;

второе место - **Илья Анатольевич Суржко**, врач-анестезиолог-реаниматолог Алтайского краевого клинического перинатального центра;

третье место - **Дмитрий Иванович Валутин**, врач-анестезиолог-реаниматолог городской больницы №8 Барнаула. 🌐

По информации сайта министерства здравоохранения Алтайского края





**Врожденная
ортопедическая
патология
у детей**



**Акушерские
аспекты задержки
роста плода**



**Атопический
дерматит
у взрослых**



**Подростковая
любовь. Советы
родителям.**

На обложке: Александр Владимирович ШМАТ, врач-травматолог-ортопед травматолого-ортопедического отделения КГБУЗ «Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства».

Итоги подведены, поставлены задачи
(по материалам итоговой коллегии министерства
здравоохранения Алтайского края, 22.03.2023) 1-2

Александр Шмат: «В медицине всегда учишься чему-то...» 4

ЗА СЧАСТЛИВОЕ ЗДОРОВОЕ ДЕТСТВО!

А.В. Шмат.

Врожденная ортопедическая патология у детей 5-11

Законы, вступившие в силу с 1 марта 12-13

ЗДОРОВАЯ СЕМЬЯ - ЭТО ЗДОРОВО!

Н.М. Егорова.

Бросить курить никогда не поздно 14-17

Как сохранить женское здоровье после 50 лет 17

ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА

Н.С. Долгова.

Акушерские аспекты задержки роста плода 18-20

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

Ю.В. Крапивина.

Как защитить себя от онкологии 21-24

Новости здравоохранения России 25

Ю.С. Ковалева, Я.М. Лукьянова.

Атопический дерматит у взрослых 26-27

Выбрать реабилитацию 28

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ "ЗДРАВООХРАНЕНИЕ"

Призвание служить людям 29-31

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ И СПИД: ЗНАТЬ - ЗНАЧИТ ЖИТЬ!

И.Ю. Сазыкина.

ВИЧ и приверженность к терапии 32-33

Семь правил достижения целей 34-35

КРАЕВОЙ КРИЗИСНЫЙ ЦЕНТР ДЛЯ МУЖЧИН

Е.В. Старосельцева.

Подростковая любовь. Советы родителям 36-39

Зачем организму нужен селен? 40-41

Чем опасна сибирская язва 42

Новости здравоохранения России 43

Демидовский вестник, 2023 год 44



Александр Шмат: «В медицине всегда учишься чему-то...»

ОТ РЕДАКЦИИ

Уважаемые читатели! У журнала сформировался и продолжает расширяться круг его партнеров - медицинских работников с высшим и средним специальным образованием. Это люди не просто с хорошим профессиональным опытом, авторитетные среди своих коллег, но и обладающие навыками (и главным - желанием) поделиться своими знаниями, обратить внимание в своих статьях на нюансы, с которыми им приходилось сталкиваться в клинической практике...

Мы решили помимо профессиональных вопросов по теме публикации задавать нашим авторам и некоторые личные вопросы - как говорится, «прошлись по широкому кругу вопросов»: об этапах жизненного пути, наставниках, семье и хобби, в преддверии 70-летнего юбилея АГМУ - и о студенческих годах, работе в вузе.

Думаем, что такие небольшие визитки авторов могут быть интересны читателям, а может, станут и отдельными материалами в журнале.

Сегодня наш автор - Александр Владимирович ШМАТ, врач-травматолог-ортопед первой квалификационной категории КГБУЗ «Алтайский крайевой клинический центр охраны материнства и детства».

Образование, старт профессии, наука. Окончил АГМУ в 2010 году, затем один год интернатуры и два ординатуры. Работа практическим врачом началась в 2011 году с работы в травмпункте городской поликлиники №9 Барнаула. Но свой трудовой путь в травматологии отсчитываю с 2008 года, еще со времени обучения в вузе, с начала работы «медсестра перевязочной» в травмпункте больницы скорой медицинской помощи №1 Барнаула.

Во время учебы в научной работе и работе кружков замечен был эпизодически. На шестом курсе в составе команды (решением НОМУИС меня назначили капитаном) на первой Олимпиаде Сибири по хирургии в Новосибирске заняли первое место. Большинство моих сокурсников так или иначе остались в профессии. Поддерживаем личные и профессиональные междисциплинарные связи, по крайней мере, с теми, кто остался в регионе.

Коллеги и учителя. Учитывая Год наставничества в России, свою позицию по учителям обозначаю так: медицина - это такая сфера деятельности, в которой ты либо всегда учишься чему-то, либо быстро начинаешь стагнировать, начинают хромать твои результаты и страдать пациенты.

Я благодарен всем докторам, под началом которых и рядом с которыми мне довелось работать. Не выделяя конкретных людей: учился я у всех и всему.

Моя alma mater в большей степени не АГМУ, а КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи». Все практические базовые навыки я получил там. Будучи студентом, нало-

жил первый аппарат Илизарова, «...проводил спицы, шил, репонировал, гипсовал...», помимо учебы работал и медбротом.

По окончании АГМИ имел возможность поработать в целом ряде ведущих медицинских организаций (где-то совместителем): в травмпункте взрослой и детской поликлиники №9, ортопедическом (еще тогда) отделении краевой детской больницы, в детском травматологическом отделении городской больницы №12, поликлиниках ФПОЭ Барнаула и Диагностического центра Алтайского края. Всем докторам, с кем пришлось работать, как старшим коллегам, так и ровесникам, - спасибо за науку, за желание работать и развиваться!

Преподавательская деятельность, ученики, последователи. Нет, молод, не обзавелся.

Семья, хобби. Женат, двое детей. Гараж и... «старое немецкое ведро с болтами» для разгрузки головы...

Общественная деятельность. Социальные вопросы и общественная деятельность тесно сплетены с профессией врача. И чем ближе врач к оказанию экстренной помощи, тем больше социального он через себя пропускает. По работе в больнице СМП, как наиболее ярком примере, погружения в общественные проблемы - приходилось сталкиваться и с органами опеки, и с полицией, и с прокуратурой, - безусловно, для организации помощи пострадавшим людям.

Статус, награды, заслуги. Квалификация «врач-травматолог-ортопед» первой категории. Ученых и почетных званий не имею. Заслуга - добросовестный труд.

Жизненные принципы, общественная позиция. Из ставшей притчей во языцех: для каждого студента-медика из латыни больше всего запомнилось выражение «Alii inserviando consume» («светя другим - сгораешь сам»). Это и жизненная позиция: работаешь, сгораешь - давая свет. Это и предостережение: чем ярче горишь, тем быстрее огонь потухнет, и останется лишь огарок...



Врожденная ортопедическая патология у детей

Новорожденный ребенок в семье - это не только счастье родителей, но и несомненный стресс, а во многом страх и непонимание того, что же будет дальше.

Дети, будучи соматически здоровыми, легко проходят скрининг при рождении, и выписываются с матерью, как правило, к пятым суткам с момента плановых родов.

Дальше ребенок остается на практически полном попечении родителей, а также осмотров поликлиникой.

По ряду объективных причин, например в отдаленных районах края, при слабой транспортной доступности или иных, зачастую административных, проблемах, поликлинические осмотры могут быть не проведены вовремя. При этом многие вопросы ортопедической патологии требуют максимально раннего к себе внимания. Никогда больше человек не растет с такой скоростью, как в первые месяцы жизни, и соответственно, компенсаторные резервы организма никогда не будут так высоки, как у новорожденного ребенка.

Врожденная ортопедическая патология крайне разнообразна, и ее можно классифицировать по-разному. Однако сегодня поговорим о наиболее часто встречаемых частных случаях, заметных глазу и рукам неподготовленного человека, то есть не специалиста.

Редукционные пороки

Прежде всего следует рассмотреть наиболее простой вопрос: **аномалии и пороки развития конечностей.**

Среди них можно выделить редукционные пороки конечностей. Это - **група пороков, характеризующихся тотальным или частичным отсутствием или выраженной гипоплазией структур скелета конечностей.** Как то **амелия** (отсутствие) самой конечности це-

ликом или **фокомелия** - отсутствие сегмента (голени, кисти и т.д.), причем в разнообразных формах: как пример, может отсутствовать бедро при сохраненной голени и стопе. Так и **гипоплазия** - случай, когда конечность присутствует, есть все ее сегменты и кости, однако они недоразвиты и (или) отсутствует их функция.

В случае с этими пороками за редким исключением сделать ничего невозможно, поскольку соткать несуществующее неподвластно никому. В этих случаях необходима помощь специалиста с целью обучения родителей, которое будет направлено на улучшение качества жизни и возможность социализации пациента.



Александр Владимирович ШМАТ,
врач-травматолог-ортопед первой квалификационной категории, травматолого-ортопедическое отделение КГБУЗ «Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства»





Мультипликационные пороки

Длительное нахождение головы и шеи в вынужденном положении за счет высоких компенсаторных резервов ребенка и быстрого роста может приводить к деформациям лица и черепа, нарушениям прикуса, затруднениям при приеме твердой пищи, головным болям.

Другой группой являются **мультипликационные пороки**. Наиболее часто встречаются полидактилии и косвенно относящаяся к этой группе синдактилия.

В отношении **полидактилии** (наличие добавочного пальца на одной или нескольких конечностях) вопрос является решенным уже при выявлении порока - оперативное лечение в плановом порядке. Добавочный палец может как обладать возможностью движения, так и быть полностью афункциональным. В любом случае палец будет тем, что будет мешать в бытовой жизни (сложность в подборе обуви для стопы или перчаток для кисти).

При **синдактилии** (сращении пальцев между собой) оперативное лечение целесообразным является лишь на кисти, где необходима максимальная функция и многообразие движения. На стопе же сращение пальцев как кожные, так и костные, как правило, не несут функциональных проблем в опоре и ходьбе, поэтому их хирургическое разделение несет больше опасности, чем пользы.

Большинство пороков этой группы формируется на самых ранних этапах развития эмбриона - с 4 по 9 неделю развития плода, в период закладки конечностей. Некоторые пороки формируются на более поздних этапах развития и являются фетопатиями. Часть пороков имеет генетическую обусловленность, часть возникает под воздействием экзогенных факторов. Они могут быть самостоятельными заболеваниями, а могут входить в состав наследственно обусловленных синдромов (комплекс Груббера, синдром Аперта, синдром Холта-Орама, синдром Мейера и других).

Врожденная кривошея

Следующим вопросом для рассмотрения является **врожденная кривошея**. Этот диагноз часто звучит от педиатров, неврологов и ортопедов. Однако следует разделить понятия врожденной кривошеи, мышечной кривошеи и привычного положения головы.

Говоря о **врожденной кривошее**, подразумевают *стойкое, неустраняемое нарушение положения головы ребенка*. Как правило, эта патология связана с аномалиями развития позвоночника (сращение позвонков между собой; наличие сверхкомплектных добавочных полупозвонков). При этом разворот головы в какую-то из сторон невозможен, и голова постоянно находится в вынужденном положении.

Мышечная кривошея - это заболевание, развивающееся в результате травмы грудинно-ключично-сосцевидной мышцы во время родов или ишемии ее при внутриутробном развитии. Функция этой мышцы - наклонять и вращать голову. При этом часть мышцы с одной из сторон становится укороченной, часть ее перерождается в рубец, который менее эластичен и, укорачивая мышцу, препятствует ее нормальной функции. Как правило, при этом можно прощупать уплотнение в толще мышцы и ее утолщение по типу муфты. Стороной, с которой следует искать изменения, является сторона, в которую голова наклонена и противоположна той, в которую голова развернута.



Привычное положение головы - это состояние, при котором ребенок, как и при кривошее, наклоняет голову в одну из сторон, однако в этом случае нет анатомических изменений ни в толще мышц, ни в позвонках. Такое состояние обусловлено исключительно особенностями ухода за ребенком: ношение его в одной и той же позе, кормление преимущественно с одной груди, укладка в кровати, когда ребенку приходится для коммуникации разворачивать голову только в одну сторону, и т.п. При этом голова относительно свободно выводится из порочного положения, поворачивается в противоположную привычную сторону, однако эти действия могут вызывать дискомфорт у ребенка.

Почему необходимо лечить эти состояния. Длительное нахождение головы и шеи в вынужденном положении за счет высоких компенсаторных резервов ребенка и быстрого роста может приводить к деформациям лица и черепа, нарушениям прикуса, и, как следствие, к затруднениям при приеме твердой пищи, головным болям и, опосредованно, - к огромному количеству патологических состояний.

Как лечится. Конечно, при наличии костных изменений в шейном отделе позвоночника полная коррекция положения головы ребенка, как правило, невозможна даже при оперативном лечении. Но для мышечной кривошеи, независимо от причин, при своевременном раннем начале лечения (с 2-3-недельного возраста) возможна полная коррекция, при травматическом повреждении мышцы - еще и полное восстановление функции. Лечение в этом случае заключается в массаже, физиотерапевтических процедурах на само утолщение, и, самое главное, в коррекции положения головы воротником Шанца разных типов. При несвоевременно начатом лечении или в тех редких случаях, когда оно было не эффективно, в отсроченном порядке проводится оперативное лечение.



Лечение привычного положения головы заключается исключительно в изменении привычки ухода за младенцем (кормление с разных сторон, перекладывание в кроватке и т.п.), иногда в массаже.

Выделяют также **нейрогенную** (когда нарушена функция периферических нервов и управление мышцами), **дермо-десмогенную** (связанную с изменениями кожи и ее дефектами) и **артрогенную формы** (в результате вывиха или подвывиха шейных позвонков) **кривошеи**, однако эти состояния встречаются значительно реже.

Врожденный вывих бедра. Дисплазия тазобедренного сустава

Следующая патология, которую хотелось бы осветить, - это **врожденный вывих бедра и дисплазия тазобедренного сустава**.

Это - различные степени одной и той же **патологии, возникающей вследствие нарушения нормального развития тазобедренных суставов**. Процесс может быть как одно-, так и двухсторонним. Провоцирующими развитие патологии считаются такие факторы, как тазовое предлежание плода, маловодие и семейный анамнез (особенно у девочек). Следует отметить, что наличие этих факторов не обязательно приведет к формированию вывиха или дисплазии. Конкретной причиной здесь выделить, как правило, не удается.

В чем же разница этих состояний? **О дисплазии тазобедренного сустава** говорят тогда, когда и головка бедра, и суставная поверхность таза (вертлужная впадина) измене-

Для мышечной кривошеи, независимо от причин, при своевременно раннем начале лечения (с 2-3-недельного возраста) возможна полная коррекция, при травматическом повреждении мышцы - еще и полное восстановление функции.



Нелеченная дисплазия тазобедренного сустава может привести к изменению походки ребенка или перейти в вывих бедра. Вывих бедра приводит к резкому ограничению движений, грубому нарушению походки, укорочению конечности и к изменению оси позвоночника.

ны, однако головка находится в вертлужной впадине, хотя держится в ней и не очень крепко. **При врожденном вывихе бедра** - головка бедра и вертлужная впадина изменены, и головка находится в состоянии вывиха, то есть в стороне от вертлужной впадины (как правило, выше и впереди).

При осмотре ребенка на себя обращают внимание следующие признаки (особенно при вывихе бедра):

- ◆ **укорочение конечности.** Ребенка укладывают на спину, его ножки сгибают и прижимают к животу. При односторонней дисплазии тазобедренного сустава выявляется несимметричность (более глубокое) расположения коленных суставов, вызванная укорочением бедра на пораженной стороне;

- ◆ **асимметрия кожных складок.** Ребенка укладывают сначала на спину, а затем на живот для осмотра паховых, ягодичных и подколенных кожных складок. В норме все складки находятся на одном уровне и имеют похожую форму. Асимметрия является свидетельством врожденной патологии;

- ◆ **наружная ротация конечности.** Стопа ребенка на стороне поражения вывернута кнаружи. Симптом лучше заметен, когда ребенок спит. Необходимо учитывать, что наружная ротация конечности может выявляться и у здоровых детей;

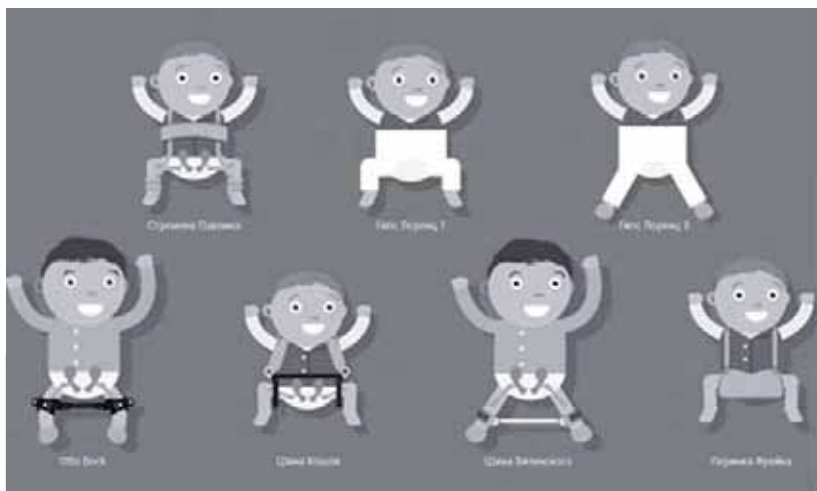
- ◆ иногда родители могут выявить также **симптом «щелчка»** на больной стороне: вправление голов-

ки бедренной кости на свое место происходит с характерным щелчком.

Дисплазия тазобедренного сустава внешне так ярко может не проявляться. И одним из немногих симптомов, воспроизводимых дома, может быть *ограничение отведения*: ребенка укладывают на спину, его ножки сгибают, а затем без усилия разводят в стороны. У здорового ребенка угол отведения бедра равняется 80-90 градусам. Следует учитывать, что в некоторых случаях ограничение отведения обусловлено естественным повышением мышечного тонуса у здорового ребенка. В этой связи большее диагностическое значение имеет одностороннее ограничение отведения бедер, которое не может быть связано с изменением тонуса мышц или явно является односторонним.

Почему необходимо лечить эти состояния. Нелеченная дисплазия тазобедренного сустава может привести к *изменению походки ребенка или перейти в вывих бедра*. Вывих бедра приводит к *резкому ограничению движений, грубому нарушению походки, укорочению конечности*, и, как следствие, - к *изменению оси позвоночника*. Причем самого ребенка его состояние может вполне устраивать, он приспосабливается ходить в состоянии иной анатомии тазобедренных суставов. Однако по мере формирования взросления это приведет к развитию *артроза тазобедренного сустава* с болями, ограничением движений, нарушением опоры. Крайняя же стадия артроза имеет лишь один максимально эффективный способ лечения - эндопротезирование (замена сустава металлическим).

Как лечится. Начало лечение - максимально раннее от момента выявления патологии. Чем раньше начато лечение, тем выше шанс ограничиться лишь консервативным лечением и получить полностью здоровые суставы. Логика всех лечебных манипуляций, будь они консервативными или оперативными, заключается в достижении соответствия положения головки бедра и впадины и максимально возможном углублении головки во впадину.



При дисплазии тазобедренного сустава достаточно наложении шин различных модификаций (шина Виленского, подушка Фрейка и других). Стоит отметить, что в течение суток ребенок должен находиться в таком положении до 21 часа. Следует также отметить, что некоторые легкие степени дисплазии не требуют столь активной тактики и ограничиваются лишь укладками и иногда шинированием. Все консервативные методы сочетаются с лечебной физкультурой и массажем нижних конечностей. Также применяются физиотерапевтические методы.

При вывихе бедра производится его вправление во впадину и фиксация в таком положении либо гипсовой повязкой в различных модификациях, либо индивидуально подобранной шиной. При невозможности вправить головку во впадину или при невозможности ее удержать во вправленном состоянии (даже в гипсе), применяется своеобразный аналог вытяжения - метод *over head*, когда ноги ребенка подвешиваются в максимально возможном отведении с прикрепленным к ним грузом, и постепенно ноги разводятся до положения полного разведения (как на шпагате), в таком положении головка вправляется в суставную впадину и находится в максимально выгодном для дальнейшего правильного развития положении. Этот метод может быть совмещен с малым оперативным вмешательством по «подсеканию» тянущих мышц в паху (тенотомия аддукторов бедра), которые зачастую мешают либо вправлению, либо удержанию головки во впадине. Фиксация в повязке или шине является крайне длительной - от шести недель и более, и родителю может показаться, что это «насилие» над ребенком, но лишь до того момента, пока они не узнают об оперативном лечении.

В ряде случаев даже изначально правильное и своевременно начатое лечение не приводит к положительному результату. Могла изначально анатомически отсутствовать суставная впадина на тазу (просто не развилась), или головка бедра по-



вторно вывихивается (релюкация) на фоне отказывающейся развиваться впадины или сильно деформированной головки бедра. В таких случаях проводится *оперативное лечение*. Логика оперативного лечения остается прежней - «спрятать» головку как можно глубже в сустав, однако сперва его нужно сформировать. В современных условиях для этого применяются различные варианты остеотомий: остеотомия таза (двойная или тройная) - операция, при которой таз перерубается в нескольких местах, и плоскость суставной впадины таза (вертлужной) вместе с вырубленным куском таза наклоняется над головкой бедра, фиксируется различными металлоконструкциями (от спиц под кожей до наложения аппарата Илизарова). Эти операции зачастую совмещаются с остеотомией бедренной кости - когда бедренная кость перепиливается на уровне подвертельной площадки (ниже сустава) и наклоняется внутрь суставной впадины, фиксируясь в таком положении с основной костью пластиной с винтами или спицами. Естественно, после такого объема вмешательства накладывается гипсовая повязка. Зная эту возможную альтернативу, дискомфорт ребенка и его беспокойство в связи с длительным нахождением в фиксации, что при вывихе бедра, что при дисплазии, кажется уже не столь значимым.

Врожденная косолапость

Еще одна врожденная патология, на которой хотелось бы остановиться, - это **врожденные аномалии развития стоп**, наиболее частой из которых является **врожденная косолапость**.

При использовании метода *over head* ноги ребенка подвешиваются в максимально возможном отведении с прикрепленным к ним грузом, и постепенно они разводятся до положения полного разведения. В таком положении головка вправляется в суставную впадину и находится в максимально выгодном для дальнейшего правильного развития положении.



Если косолапость не лечить, то стопа вырастет в том положении, в котором она заложилась. При обучении ходьбе ребенок будет опираться на наружную поверхность стопы. Опора на ногу будет неправильной, появится хромота, со временем в суставах стопы разовьется артроз, возникнут боли.

Врожденная косолапость - сложный порок развития, при котором изменение внешней формы стопы является проявлением костной, суставной, мягкотканной, нервной и сосудистой системы нижней конечности. Косолапость определяется по УЗИ на третьем месяце беременности, но бывает, что обнаруживается только после рождения ребенка. В роддоме предварительный диагноз может быть поставлен педиатром или же заподозрен родителем дома.

При косолапости имеется характерная деформация стопы с варусом пятки (поворотом кнутри) и приведением переднего отдела стопы. Также есть грубое нарушение анатомии голеностопного сустава и стопы, иногда с несоответствием суставных поверхностей таранной кости к костям предплюсны и большеберцовой кости.

Классификация косолапости сложна и разнообразна. Основным для родителя является тот факт, что делится косолапость на четыре степени тяжести, в зависимости от выраженности деформации:

- ◆ *легкая* - возможно без усилий выполнить полное устранение всех элементов деформации;
- ◆ *средняя* - первичная коррекция возможна до среднего положения стопы;
- ◆ *тяжелая* - элементы деформации одномоментно не корригируются;
- ◆ *атипичная* - глубокая подошвенная складка, изначально маленький размер стоп, короткие пальчики.

В зависимости от степени деформации и ее ригидности подбираются план и тактика лечения.

Почему необходимо лечить. При изначально неправильно сформированной анатомии голеностопного сустава и стопы с нарушением ее позиции, если это положение не будет компенсировано, то и дальнейшее развитие и рост стопы пойдут в неправильном положении. Со временем деформация станет ригидной (неустранимой), и иные методы, кроме оперативного лечения, применить будет невозможно. Но и после хирургического устранения деформации и неправильной анатомии кости, изначально росшие кривыми, полностью функциональными уже не станут. Наиболее ярким примером является уплощение таранной кости, при котором *страдает объем движений в голеностопном суставе*, и как следствие - *ходьба*.

Если косолапость не лечить вовсе, то стопа вырастет в том положении, в котором она заложилась. При обучении ходьбе ребенок будет опираться на наружную поверхность стопы. Ходить он будет, но опора на ногу будет неправильной, появится *хромота*, со временем в суставах стопы разовьется *артроз*, возникнут *боли*. К тому же подбор обуви будет крайне затруднен: стандартную обувь надеть будет невозможно.

Как лечится. Лечение косолапости должно начинаться в максимально ранний срок, который возможен. Золотым стандартом в консервативном лечении косолапости на данный момент является *этапная редрессация сменными гипсовыми сапожками по методу Понсети*. При применении этого метода ребенку на больную ногу или обе накладываются гипсовые повязки (до середины бедра) в положении максимальной коррекции стопы к ее правильному положению. С улучшением положения гипсовые повязки этапно меняются один раз в неделю. За время нахождения в гипсе в скорректированном состоянии связки и суставы, изначально находившиеся в порочном, неправильном положении, за счет своего развития и роста постепенно фиксируются в положении, в котором доктор фиксирует стопу. Наименьший срок



лечения, как правило, составляет около шести недель, наибольший - до трех месяцев. Срок тем больше, чем позднее было начато лечение и чем ригиднее деформация. В значительной части случаев на финальном этапе смены гипсовых сапожков проводится малоинвазивная операция (зачастую под местной анестезией) - *подкожная ахиллотомия*. При этой операции пересекается ахиллово сухожилие поперек и в методе Понсети не сшивается. Стопа фиксируется в положении максимальной коррекции, и за несколько недель в гипсовой повязке ахиллово сухожилие в месте пересечения срастается с формированием рубца.

После проведения курса лечения гипсами далее, до возраста 1-1,5 лет, применяются шины на стопы, в современных условиях наиболее частым вариантом являются *брейсы*. Эти ортопедические средства применяются для профилактики потери коррекции (чтобы деформация не вернулась). Причем, как и в случае с вывихом бедра, нахождение в брейсах занимает до 21 часа в день, в особенности во время сна. И, как и в случае с врожденным вывихом бедра, такая ситуация может показаться многим родителям определенным «насилием» над ребенком и явным доставлением ему неудобств, особенно, когда он начинает вставать и пытаться ходить. Но, как и в случае с врожденным вывихом бедра, альтернатива - много дискомфорта и опаснее.

Оперативное лечение косолапости несет на себе те же функции, что и консервативное - вернуть стопе ее физиологическую позицию, а костям анатомические взаимоотношения. Для этого применяются различные операции, и чем старше ребенок и чем более стойкой является деформация, тем более жесткими к сухожилиям и костям они будут.

В ходе типовой операции, не важно каким автором она предложена, проводится вскрытие голеностопного сустава с вправлением в него таранной кости, удлинению ахиллова сухожилия, как правило, удлинению сухожилия длинного сгибателя первого пальца стопы. Могут быть при-



менены различные варианты остеотомий на стопе с пересечением костей плюсны и сопоставлением их в более правильном положении, после чего также проводится фиксация металлоконструкциями (чаще спицами) и наложение гипсовой повязки на столь же длительный срок.

Во благо здоровья малыша

Вопросы классификации и методов лечения много сложнее и разнообразнее, чем мы осветили.

В заключение хочу отметить, что проблема врожденных ортопедических патологий была и будет актуальной всегда. На определенные факторы - наследственность, маловодие, тазовое предлежание и прочие - повлиять не только крайне сложно, но зачастую и невозможно. Но **ребенок, родившийся с такой патологией, - не приговорен, ведь при своевременном (в большинстве случаев максимально раннем) начале лечения многие патологии могут быть излечены или откорректированы до состояния, при котором не будут мешать человеку как в детстве, так и во взрослой жизни.**

Раннее начало лечения для ряда патологий необходимо и для того, чтобы отойти от оперативных методов.

Работа с такими детьми ведется не только доктором, значительная часть реабилитации и выхаживания пациента ложится на родителей. Поэтому важно понимание, что ни одна рекомендация, какой бы она вам не казалась неудобной, не делается просто так. 🌟

Задача оперативно-го лечения косолапости - вернуть стопе ее физиологическую позицию, а костям - анатомические взаимоотношения. Чем старше ребенок и чем более стойкой является деформация, тем более жесткими к сухожилиям и костям будут операции.



Бросить курить НИКОГДА НЕ ПОЗДНО



**Наталья Михайловна
ЕГОРОВА,**
врач-психиатр-нарколог
высшей квалификационной
категории
КГБУЗ «Алтайский краевой
наркологический
диспансер»

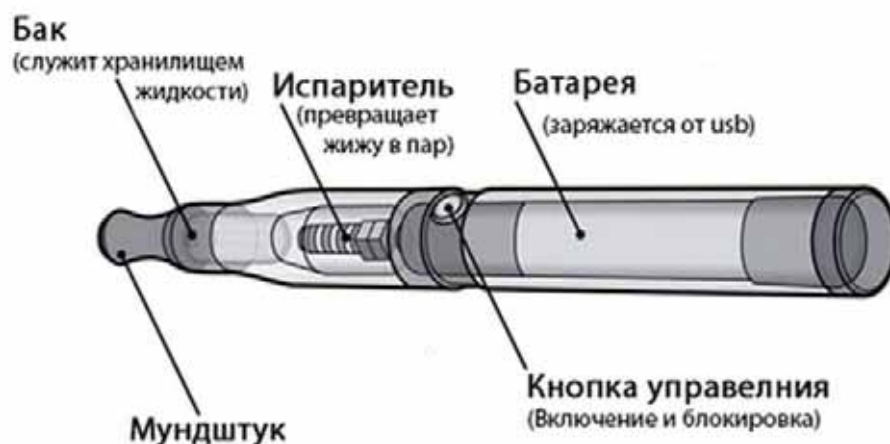
**За 10 лет число
курильщиков в
стране снизилось
больше чем на 20%.
Но вместо обычных
сигарет некоторые,
и часто это
молодежь, стали
выбирать
электронные
средства доставки
никотина.**

Электронная сигарета - вредно или нет?

Электронная сигарета, парогенератор, вапорайзер, вейп - это устройство, которое создает высокодисперсный аэрозоль, простыми словами - пар, предназначенный для вдыхания. Пар генерируется из специальной жидкости, которая испаряется при нагревании. Внешне устройство может быть схоже как с сигаретой, так и с электронной трубкой для курения.

- ▶ никотин (в безникотиновой жидкости отсутствует);
- ▶ красители используются для придания жидкости цвета;
- ▶ ароматизаторы отвечают за аромат и вкус.

В жидкости для вейпов есть никотин. А значит, электронные сигареты тоже вызывают зависимость. **Электронные сигареты содержат гораздо больше никотина в своем аэрозоле,** чем обычные сигареты в табачном дыме. Кроме того, курильщику



Конструкция электронного парогенератора проста и состоит из двух основных частей:

- батарейного блока, который обеспечивает работу устройства;
- атомайзера или испарителя, состоящего из фитиля и нагревательного элемента. Испаритель предназначен для равномерной подачи жидкости к нагревательному элементу.

Действие электронных сигарет основано на нагревании жидкости и превращении ее в пар, который вдыхает курильщик.

Как правило, в состав жидкостей входят следующие соединения:

- ▶ глицерин - это обязательный компонент, необходимый для образования пара;
- ▶ пропиленгликоль (растворитель);
- ▶ вода дистиллированная;

сложно контролировать количество выкуренной жидкости, от этого зачастую никотина вдыхается почти вдвое больше.

Никотин - это мощный нейротоксин. Он не только вызывает зависимость, но и способствует возникновению сердечно-сосудистых и бронхолегочных заболеваний. Хотя сам по себе никотин не является канцерогеном, но он может способствовать развитию рака. Никотин участвует в повышении свертываемости крови, разрушении клеток коронарных артерий и других кровеносных сосудов. На поврежденных никотином стенках сосудов легче откладывается плохой холестерин, что ведет к сужению их просвета и нарушению питания сердца, мозга, нижних конечностей. Это мо-



жет привести к инфаркту, инсульту, гангрене. Установлено, что у курящих людей в 2,6 раза выше риск ишемической болезни сердца, в 2,3 раза - внезапной сердечной смерти, в 4 раза - перемежающейся хромоты (вследствие атеросклероза сосудов нижних конечностей), в 2 раза - эректильной дисфункции.

Еще одно отличие. При курении обычных сигарет табак сгорает, и возникают канцерогенные смолы, угарный газ и прочие «химикаты», которые попадают в лёгкие. При курении электронной сигареты такого нет. И на этом тоже основывается реклама производителей и продавцов, которые утверждают, что «электронные сигареты менее вредны». Однако в жидкость для нагревания добавляются специальные растворители: глицерин, пропиленгликоль и другие. Часть этих веществ не превращается в аэрозоль, а *в виде капель масла попадает в лёгкие и оседает в них.* Это может приводить к воспалению лёгких и накоплению жидкости в них, что, в свою очередь, способно провоцировать развитие липоидной пневмонии. В аэрозоле электронной сигареты содержится формальдегид, а также тяжёлые металлы - свинец, ртуть, кадмий и т.д., которые являются канцерогенными веществами. Сверхмелкие частицы тяжёлых металлов легко проникают в ткань лёгких, сердца, в кровь. *Уровни содержания метал-*

лов, таких как никель и хром, в паре электронной сигареты выше, чем в табачном дыме.

О болезни вейперов

В последние несколько лет начали определять новую болезнь со сложным названием **EVALI**, которую вызывает курение электронных сигарет.

«Болезнь вейперов» (EVALI, от англ. E-cigarette and Vaping use-Associated Lung Injury - «повреждение лёгких, ассоциированное с курением электронных сигарет и вейпов») - это **неинфекционное респираторное заболевание, которое связано с использованием электронных сигарет и наиболее сходно с экзогенной липоидной пневмонией или химическим пневмонитом.** В международной медицинской литературе употребляются аббревиатуры EVALI, VAPI (от англ. Vaping-associated pulmonary injury) и VALI (от англ. vaping-associated lung injury).

Причины и механизм развития этого заболевания пока не изучены. Известно только, что *причиной является накопление в клетках лёгочной ткани масляных компонентов аэрозоля электронных сигарет.*

Чаще всего с развитием EVALI связывают:

◆ **витамин E** - вещество обычно безопасно при употреблении в пищу или нанесении на кожу, но в составе аэрозоля может негативно влиять на функции лёгких. В процессе его нагревания образуется исключительно токсичный газ кетен, предположительно ответственный за рост травм лёгких, а также опасные для человека соединения алкен и бензол;

◆ **масляные добавки**, которые могут способствовать накоплению липидов в тканях лёгких. К этой группе относят не только растительные масла, но и дистилляты нефти, которые при нагревании выделяют токсичные летучие органические соединения. Минеральные масла и триглицериды, вероятно, цитотоксичны и связаны с дисфункцией эпителиального барьера;

◆ **глицерин и пропиленгликоль**, продуктами разложения которых является канцерогенный формальдегид;

◆ **ароматизаторы**, ассортимент которых на рынке превышает 7500 вариантов. Большинство из них не были протестированы на токсичность и считаются потенциальными возбудителями;

◆ **мышьяк и металлы**, включая алюминий, сурьму, кадмий, кобальт, хром, медь, железо, свинец, марганец, никель, селен, олово и цинк. Их присутствие в аэрозолях электронных сигарет потенциально представляет серьёзную угрозу для здоровья, например, они могут вести к развитию раковых опухолей.

Симптомы заболевания EVALI типичны для классической липидной (липоидной) пневмонии и включают кашель, боль в груди, затрудненное дыхание, тошноту, рвоту и диарею, а также другие респираторные, конституциональные и гастроэнтерологические расстройства. ▶



Брось сигарету. Начни с себя!

Наибольшее распространение болезнь получила во время вспышки в США в 2019-2020 годах, когда число госпитализированных превысило 2500 человек, зафиксировано 68 смертей.

Медицинские службы развитых стран говорят о нарастающей эпидемии EVALI, которая стала скрытой на фоне пандемии коронавируса из-за схожести симптомов этих заболеваний.

Помогут ли вейпы бросить курить?

Многие люди покупают электронные сигареты, чтобы отказаться от обычных, а со временем и совсем бросить курить. Но это только миф.

Прежде всего, **электронные сигареты сами вызывают и поддерживают никотиновую зависимость**, порой большую, чем табачные изделия. К тому же большинство курильщиков, прибегая к потреблению электронных сигарет, как к меньшему из зол, рискуют стать «двойными» курильщиками. В силу высо-

кой никотиновой зависимости они не могут бросить курить и продолжают курить обычные сигареты в сочетании с электронными, тем самым нанося непоправимый вред своему здоровью.

Никотиновая зависимость

Курение - это сильная зависимость. Считается, что освободиться от нее так же тяжело, как и от зависимости от наркотиков.

Зависимость от курения состоит из трех компонентов: психической, поведенческой и физической зависимости.

- **поведенческая зависимость** связана с курением как с деятельностью. Человек привыкает покупать сигареты, зажигать их и курить в определенных ситуациях. Курение превращается в привычку, от которой трудно освободиться;

- **психическая зависимость** связана с получением чувства удовольствия от курения. Курильщику необходимо продолжать употребление никотина, чтобы снизить неприятные, отрицательные ощущения, угнетенность, депрессию, стресс, и чтобы усилить психофизические способности, например бодрость, память и интеллектуальные способности;

- **физическая зависимость.** С сигаретным дымом в организм человека попадают никотин и более 4000 опасных для жизни соединений, которые и вызывают сопутствующие курению заболевания. **Никотин формирует физическую зависимость:**

- **привыкание** - никотин влияет на отдельные рецепторы мозга, в результате чего высвобождается вещество дофамин, которое вызывает чувство кратковременного удовольствия. Чтобы ощутить удовольствие заново, необходимо всё большие дозы никотина;

- **синдром отмены** - поступающий при выкуривании сигарет никотин вызывает в организме человека фармакологические эффекты, которые воспринимаются как положительные и приятные. При прекращении поступления никотина рецепторы мозга посылают сигналы, что им нужна новая стимуляция, то есть новая доза никотина. Это проявляется в возникновении таких неприятных симптомов, как раздражительность, бессонница, головная боль, волнение, головокружение, проблемы с концентрацией внимания и прочее. Это состояние человека называется «**синдром отмены**».

Если вы откажетесь от курения...

Продлите вашу жизнь. В зависимости от того, в каком возрасте вы бросаете курить, продолжительность жизни увеличивается в среднем на 10-20 лет.

Снизите риск возникновения заболеваний (включая сердечно-сосудистые заболевания, рак лёгких, гортани, язвенную болезнь, болезни десен, болезни дыхательной системы и другие).

АЗИЯ ♣
Курение электронных сигарет беременными женщинами провоцирует невынашивание плода мужского пола – таковы результаты исследований, организованных в ряде стран Азии.

КОРЕЯ ♣
В Корее был проведен интернет-опрос молодежи о курении, в котором участвовали более 70 тысяч респондентов. 80% опрошенных признались, что курят одновременно и электронные, и обычные сигареты.

ЯПОНИЯ ♣
Японские ученые обнародовали итоги проверки электронных сигарет, согласно которым, испускаемый устройствами пар содержит два типа альдегидов – химических соединений, провоцирующих рак.

США ♣
Исследователи из университета Сан-Франциско опубликовали данные проведенного ими исследования люди, которые перешли с обычных сигарет на электронные, в итоге стали курить больше, при этом фактов полного отказа от курения оказалось сравнительно мало (всего пара процентов).

АНГЛИЯ ♣
В английском Минздраве полагают, что электронные сигареты не только не способствуют отказу от курения, а, наоборот, укрепляют психологическую зависимость курильщиков.



Улучшите вашу физическую форму и самочувствие. При отказе от курения уменьшается кашель, который характерен для курильщиков, уменьшается одышка, повышается выносливость.

Улучшится внешний вид. Курение вызывает раннее старение кожи и появление мелких морщинок на лице, желтизну зубов и ухудшает цвет кожи.

Улучшатся вкусовые и обонятельные ощущения, поскольку исчезнут неприятные запахи изо рта, от одежды, волос и кожи и своеобразный привкус во рту.

Появится дополнительное свободное время.

Существенно снизится риск выкидыша у беременных женщин и развитие пороков у плода.

Снизится риск пассивного курения.

Сэкономите деньги.

Продемонстрируете правильный пример своим детям и окружающим.

Это есть повод гордиться собой!

НАСКОЛЬКО ВЫ ЗАВИСИМЫ?

Вопрос	Ответ	Баллы
Когда вы тянетесь за сигаретой после пробуждения?	В первые 5 минут	3
	Через 6-30 минут	2
	Через 31-60 минут	1
	Через 1 час	0
Вам тяжело не курить там, где это запрещено?	Да	1
	Нет	0
От какой сигареты сложнее отказаться?	Утренней	1
	Последующей	0
Сколько сигарет вы выкуриваете в день?	10 или менее	0
	11-20	1
	21-30	2
	31 и более	3
Когда вы больше курите?	Утром	1
	В течение дня	0
Вы курите во время болезни (постельного режима)?	Да	1
	Нет	0

0-3 балла - низкий уровень зависимости. При прекращении курения основное внимание уделите психологическим факторам.

4-5 баллов - средний уровень зависимости. Если вы уже пробовали бросать курить самостоятельно и не справились, посоветуйтесь с врачом. Возможно, есть смысл использовать никотинзаместительные препараты, которые он вам пропишет.

6-10 баллов - высокий уровень зависимости. Более всего, вам знаком дискомфорт при резком отказе от курения, когда появляются головокружение, тошнота, голод, трудности с концентрацией внимания и сном, повышенная возбудимость. Избавиться от вредной привычки никогда не поздно. Справиться с неприятными ощущениями помогут никотинзаместительные препараты. Перед их применением посоветуйтесь с врачом. ☺

Как сохранить женское здоровье после 50 лет

50 лет - это возраст мудрости, свободы и переоценки жизненных взглядов. Смягчить возрастные изменения можно, изменив образ жизни.

Исследования показывают, что риск сердечного приступа и инсульта можно снизить примерно наполовину в течение первых пяти лет после **отказа от курения.**

Еще ключевой элемент для сохранения здоровья - **правильное питание.** Необходимо ограничить или полностью исключить продукты из переработанного мяса (колбасы, сосиски, копчености), фастфуд, соленые и сладкие снеки, подслащенные напитки, кондитерские изделия, консервы, соль.

Рацион должен содержать: полноценный белок (мясо, яйца, рыба, орехи, бобовые, гречневая и овсяная крупа, орехи, молочные продукты); **сложные углеводы** (корнеплоды, бобовые, крупы (кроме манной), зеленые и листовые овощи); **витамин D и ненасыщенные жирные кислоты** (жирная рыба, икра или рыбий жир, яйца, сливочное масло, оливковое и льняное масло, авокадо, орехи); **кальций** (молочные продукты, зеленые листовые овощи, капуста, цитрусовые, орехи, бобовые, кунжут, овес, соя); **витамин B12** (печень, мясо, морепродукты, яйца, молочные продукты); **магний** (зеленые овощи, орехи, бобы); **калий** (неочищенный картофель, помидоры, цитрусовые, бананы); **клетчатку** (бобовые, цельные злаки, орехи, свежие овощи и фрукты, ягоды, цитрусовые); **антиоксиданты** (облепиха, черника, виноград, клюква, рябина, черноплодная рябина, смородина, гранаты, фасоль, какао, зеленый чай, иван-чай); **про- и пребиотики** (кисломолочные продукты, йогурт, кефир, квашеная капуста, кимчи, квас, цикорий, топинамбур, чеснок, лук, спаржа, яблоки, чечевица, темный шоколад).

Сколько калорий в день нужно потреблять? Калорийность рациона - около 1600-1800ккал, если у вас сидячая работа, и около 2200ккал - если она связана с большой физической активностью.

Обязательно проконсультируйтесь с врачом, если вы принимаете какие-либо лекарственные препараты и БАДы. К примеру, компоненты грейпфрута вступают в лекарственное взаимодействие с целым рядом препаратов, что может привести к тяжелейшим побочным эффектам, а зеленые листовые овощи и зеленый чай - ослабить действие варфарина. ☺





Акушерские аспекты задержки роста плода



Надежда Сергеевна ДОЛГОВА,

врач-акушер-гинеколог, ассистент кафедры акушерства и гинекологии с курсом дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» МЗ РФ.

Задержка роста плода - термин, при котором плод не достигает биологически детерминированного потенциала роста из-за субоптимальной окружающей среды и имеет высокий риск перинатальных осложнений. По данным мировой литературы ЗРП имеет место в 5-22% случаев от всех беременностей.

Такое акушерское осложнение, как задержка роста плода (ЗРП), характеризуется замедлением показателей прироста предполагаемой массы плода (ПМП) и (или) окружности живота менее 10-го перцентиля в сочетании с патологическим кровотоком по данным УЗ-доплерографии или значения ПМП и (или) окружности живота менее 3-го перцентиля.

Виды задержки роста плода

ЗРП является одной из весомых причин перинатальной смертности, на которую приходится 30% мертворожденных детей. Многочисленные исследования свидетельствуют о том, что **фундаментом формирования ЗРП является плацентарная дисфункция**. В рамках этого общего патогенеза дифференциация ЗРП имеет два различных фенотипа с разной степенью тяжести, ассоциацией с преэклампсией и естественным течением ухудшения состояния плода.

ЗРП с ранним началом составляет 20-30% всех ЗРП, сочетается с ранней преэклампсией в 50% случаев. Раннее начало ЗРП тесно связано с *тяжелой плацентарной недостаточностью, хронической гипоксией плода*, а также *преждевременной гибелью плода*, которые отражаются в картине доплеровских изменений, что позволяет своевременно диагностировать и отслеживать прогрессирование ухудше-

ния состояния плода и адаптировать плановое родоразрешение, балансируя между рисками пролонгирования беременности и осложнениями преждевременных родов.

ЗРП с поздним началом составляет 70-80% всех ЗРП, связь с поздней преэклампсией низка, примерно 10%. *Степень поражения плаценты легкая*, при этом, несмотря на нормальные показатели доплерометрии пупочной артерии, существует *высокая связь с аномальными значениями цереброплацентарного соотношения*. Несмотря на более доброкачественный характер по сравнению с ранним ЗРП, существует *риск острого ухудшения состояния плода перед родами, интранатального дистресса плода и неонатального ацидоза*, что, возможно, связано с очень низкой толерантностью доношенных плодов к гипоксии по сравнению с недоношенными. Не диагностируемый антенатально поздний фенотип ЗРП способствует увеличению частоты мертворождений на поздних сроках беременности.

Последствия ЗРП

Накапливаются данные о том, что **низкий вес при рождении** является значимым предиктором низкого качества здоровья во взрослом возрасте, включая *нарушения неврологического и когнитивного развития, сердечно-сосудистые, эндокринные заболевания, короткой продолжительности жизни в целом*.



Повреждение головного мозга у детей с ЗРП является основным фактором, способствующим заболеваемости и смертности во всем мире. Неблагоприятные исходы варьируются от легких трудностей в обучении до проблем с вниманием, нейрорепродуктивных проблем, церебрального паралича, эпилепсии и других когнитивных и психических расстройств.

Рост плода является энергозатратным процессом, и когда оксигенация мозга нарушается, процессы роста в мозге могут быть изменены, включая нейрогенез, синаптогенез и миелинизацию. Хотя эти изменения формируются внутриутробно, но они могут поддаваться послеродовым терапевтическим вмешательствам. Поэтому **крайне важно установить раннее прогнозирование повреждений центральной нервной системы.**

Профилактика ЗРП

Встает логичный вопрос: как избежать столь грозного осложнения? Проблему всегда лучше предупредить, чем потом ее решать.

Сегодня уже доказаны **три основные группы факторов, приводящих к развитию ЗРП:**

- **материнские факторы:**
 - демографические (возраст 15-17 лет, а также старше 35-40 лет),
 - социально-экономические (профессиональные вредности, тяжелый физический труд, эмоциональное перенапряжение, курение, алкоголизм, наркомания, недостаточное питание),
 - расовые и этнические особенности,
 - конституционально-генетические особенности (особенности матери и отца, их рост, масса при рождении, рождение детей с малой массой тела в анамнезе),
 - соматические заболевания матери (артериальная гипертензия, аутоиммунные заболевания, анемия, хронические сердечно-легочные заболевания, хронические заболевания почек, сахарный диабет с сосудистыми заболеваниями, хронические и острые инфекции и другие),



- акушерско-гинекологические факторы (инфантилизм, аномалии матки, дисфункция яичников, первичное бесплодие, привычное невынашивание беременности, врожденные пороки развития, случаи перинатальной смертности в анамнезе) и факторы, связанные с беременностью (преэклампсия, угроза прерывания беременности);

● **маточно-плацентарные факторы:** инфаркты плаценты, аномалии развития плаценты, отслойка плаценты, ее врастание, гемангиомы, низкая плацентация, предлежание плаценты (расположение плаценты там, где условия ее функционирования не являются оптимальными), плацентарный мозаицизм;

● **плодовые:**

- конституциональные (генетические особенности, пол) хромосомные аномалии (трисомии, триплоидии, полиплоидии и др.),
- внутриутробные инфекции (ВУИ),
- пороки и аномалии развития плода,
- многоплодная беременность.

Мы можем повлиять только на управляемые материнские факторы и лучше это сделать в прегравидарный период (в период планирования беременности) **или в ранние сроки гестации** (до 12 недель беременности), когда плодное яйцо и плацента только еще формируются.

Вторая задача - **своевременная диагностика формирования мало-**

Задержка роста плода имеет два различных фенотипа с разной степенью тяжести, ассоциацией с преэклампсией и естественным течением ухудшения состояния плода: ЗРП с ранним и ЗРП с поздним началами.



◀ **весного плода.** Это уже задача врача-акушера-гинеколога. Сегодня в акушерских учреждениях всех уровней оказания медицинской помощи *проводятся классические методы оценки роста плода* (прибавка веса беременной, определение высоты стояния дна матки после 22 недель беременности, ведение гравидограммы), а также *внедрены современные методы диагностики* (ультразвуковые скрининги, доплерометрия, кардиотокография), что *позволяет уже на начальных стадиях развития хронической внутриутробной гипоксии плода и ЗРП вовремя поставить диагноз, определить тактику дальнейшего ведения беременной.*

О лечении ЗРП

Вопрос о медикаментозной коррекции плацентарной дисфункции в период беременности остается дискуссионным. Большинство специалистов считают, что повлиять на сформированную плаценту практически невозможно, однако научный поиск в этом направлении продолжается.

Так, например, еще недавно многообещающими были разработки терапевтического средства ингибиторов фосфодиэстеразы-5 (силденафила) для раннего начала тяжелой ЗРП с высоким риском гибели плода. Однако в международном сотрудничестве (STRIDER) рандомизированные контролируемые испытания антенатального применения силденафила цитрата при ЗРП не показали пользы от такой терапии.

Много исследований проводится по использованию антиоксидантов, таких как L-аргинин. Этот вариант привлекателен, так как это пищевая добавка, которая вряд ли будет иметь неожиданные нежелательные побочные эффекты. Недавний межвидовой метаанализ, объединяющий все доступные данные исследований на людях и животных, показывает, что добавки семейства аргинина улучшают рост плода при осложненной беременности.

Прежде чем определить эффективность лечения ЗРП, необходимо



тщательное исследование осложненной беременности у человека.

Более радикальным, но интересным подходом является *генная терапия фактора роста эндотелия сосудов (VEGF)*, при которой аденовирусные векторы, кодирующие белки, такие как VEGF, вводятся в маточную артерию матери. В доклинических исследованиях было показано, что он увеличивает маточный кровоток и снижает сократимость сосудов. Эта смелая стратегия требует дальнейших шагов, включая обширные клинические испытания, прежде чем ее можно будет внедрить в клиническую практику.

Таким образом, **в современном мире проблема ЗРП в акушерской практике не решена.** Ученые продолжают поиск методов прогнозирования и ранней диагностики формирования маловесного плода. Обсуждаются вопросы о сроках и методах родоразрешения, возможности коррекции и медикаментозной поддержке, прогнозирования и ранней диагностики церебральной ишемии у маловесных новорожденных, оптимизации неонатологического ухода.

С позиции акушера можно сказать, что прегравидарная подготовка семейной пары к беременности - это реальный шанс снижения всех осложнений беременности и родов, в том числе и задержки развития плода. ☺

В акушерских учреждениях всех уровней оказания медпомощи проводятся классические методы оценки роста плода, внедрены современные методы диагностики, что позволяет на начальных стадиях развития хронической внутриутробной гипоксии плода и ЗРП вовремя поставить диагноз, определить тактику дальнейшего ведения беременной.





Как защитить себя ОТ ОНКОЛОГИИ

Всемирный день борьбы против рака отмечается 4 февраля. Его тема в 2022-2024 годах - «Сокращение разрыва в медицинской помощи». Онкологическую патологию можно предотвратить благодаря раннему обнаружению патологии, ведению ЗОЖ и повышению качества жизни.

Рак (злокачественные опухоли и новообразования) - это общее обозначение большой группы болезней, которые могут поражать любую часть тела. Характерным его признаком является быстрое образование аномальных клеток, прорастающих за пределы своих обычных границ и способных проникать в близлежащие части тела и распространяться в другие органы. Именно метастазирование является причиной летального исхода.

Механизм возникновения рака

Пока никто не знает 100%-ного ответа на этот вопрос. Но определенные механизмы, закономерности и причинно-следственные связи уже разгаданы.

В ядре - центральном элементе структуры клеток нашего организма - хранится ДНК, то есть вся биологическая информация, отвечающая за «социализацию» клетки в организме: какую задачу она будет выполнять и когда ей предстоит умереть. Под влиянием определенных факторов (канцерогенов) в некоторых клетках могут происходить мутации - **поломки ДНК**. Значимые с точки зрения онкологии поломки - это те, что происходят в генах, отвечающих за процесс деления клетки. Клетка не после первой же поломки становится злокачественной: для разрушения программы обязательной запрограммированной гибели необходимо как минимум 5-9 мутаций. **Опухоли**, возникшие из здоровых клеток из-за случайных или обусловленных вредными внешними факторами поломок, называются **спорадическими**.

Но некоторые поломки есть в наших генах уже с рождения. Злокачественные опухоли, возникающие из таких генетически обусловленных мутаций, относятся к категории **наследственных**, на их долю приходится не более 10% всех случаев онкологии.

В подавляющем большинстве ситуаций **рак - это результат неправильного образа жизни и вредных привычек**. И снизить риск развития онкозаболеваний помогает корректировка образа жизни. Вам нужно:

- ▶ **отказаться от вредных привычек**, в первую очередь от курения (в табачном дыме содержится более 40 канцерогенов);

- ▶ **сократить время нахождения на солнце**, не злоупотреблять посещением солярия. Ультрафиолет негативно влияет на кожу человека, понижает ее защитную функцию. Не загорайте с 11 до 16 часов. На улице летом используйте солнцезащитные косметические средства, очки, одежду;

- ▶ **не принимать гормонсодержащие препараты без назначения врача;**

- ▶ **спать минимум 7 часов в сутки** - это повысит стрессоустойчивость, поможет укрепить иммунитет;

- ▶ **не пренебрегать прививками от гепатита В, а также вируса папилломы человека** - эти заболевания признаны провокаторами рака печени и шейки матки соответственно;

- ▶ **кормить ребенка грудью**, что снижает риск образования опухоли груди;

- ▶ **для поддержания веса в норме сохраняйте физическую активность** - достаточно по 30 минут в день уделять время умеренным тренировкам;



**Юлия Владимировна
КРАПИВИНА,**

старшая медицинская сестра отделения противоопухолевой лекарственной терапии №1, КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер», член ПАСМР с 2005 года



▶ *лечить и наблюдать:* предраковые патологии (дисплазии, эрозии, полипы, аденомы, папилломы и т.п.), здоровье при наличии вредных факторов на работе (асбест, кремний, бензин и т.п.),
▶ для профилактики рака кишечника *ешьте больше фруктов, овощей и грубоволокнистой пищи;*
▶ *избегайте стрессов.* Во время стресса выделяется гормон кортизол, который угнетает иммунную систему. Поэтому со стрессами, тревогами, плохим настроением нужно бороться! Один из эффективных способов - хобби.

Овощи и фрукты

Для максимального снижения онкориска **ежедневно употребляйте овощи и фрукты.** Эти «живые» поливитамины относятся к числу продуктов, лишаящих раковые клетки жизненной энергии, а также содержат антиоксиданты, которые уничтожают свободные радикалы, то есть мутирующие клетки, образующие злокачественные опухоли.

В овощах и фруктах, имеющих плотную кожуру (апельсины, мандарины, яблоки, гранаты, морковь, свёкла), больше всего сохраняется витаминов к концу зимы. Например, **кожура** у моркови, яблок, огурцов - **самая полезная часть.** Корка апельсина содержит больше антиоксидантов, чем его мякоть. Рекомендуется натирать корку на мелкой терке в цедру, а затем добавлять в качестве приправы в самые разные блюда.

Средиземноморская диета считается самой полезной именно благодаря большому количеству овощей в разнообразных блюдах.

Ежедневно необходимо съедать **не менее пяти порций** фруктов и овощей - это примерно 400 граммов. Помните, что большую ценность для организма имеют морковь, свёкла, капуста и т.п., выращенные в своем регионе, а еще лучше - на своем огороде. Одна порция - это 80г свежих овощей и фруктов, то есть примерно 1 стакан, 1 горсть или 3ст.л. с верхом нарезанных продуктов. Например, тарелка борща - это одна порция овощей, а если он густой, то две порции.

Суточная норма овощей и фруктов в 400 граммов - это:

- ▶ яблоко, банан, апельсин,
- ▶ пакет замороженной овощной смеси,
- ▶ 1ст. тушеной капусты, яблоко, 2 небольших огурца,
- ▶ 3 помидора, 2 огурца, болгарский перец, зелень,
- ▶ 1ст. салата «Витаминный» (капуста с морковью), груша Конфеденция, 2 мандарина,
- ▶ 0,5ст. вареной свёклы, 3ст.л. зеленого горошка, морковь, яблоко, огурец, маленькая луковичка, несколько перьев зеленого лука,
- ▶ киви, мандарин, банан, хурма,
- ▶ 1ст. квашеной капусты, яблоко, горсть клюквы.

Употребляйте максимально разнообразные овощи и фрукты в каждом приеме пищи. Используйте их для перекуса или в качестве закусочки. Отдавайте предпочтение сезонным овощам и фруктам.

Самые полезные способы приготовления овощей - варка и тушение. Во время жарки и запекания в них образуются канцерогены, то есть эти продукты превращаются в очень вредные.

Рак угрожает полным людям

Жировая ткань - это полноценный орган эндокринной системы, так называемая железа внутренней секреции. Она вырабатывает особые иммунные клетки - *интерлейкины*. Когда микроорганизмы-патогены атакуют здоровые клетки, интерлейкины блокируют механизмы их запрограммированной гибели (апоптоза), из-за чего клетки получают суперспособность бесконтрольно делиться, становясь на редкость живучими. И если жировой ткани много, то в организме созданы почти тепличные условия для озлокачествления клеток, возникновения и развития раковых опухолей.

В абсолютном большинстве случаев профилактировать и избавляться от лишнего веса можно соблюдением простых правил.

Не решайте психологические проблемы с помощью еды (от скуки, стресса, одиночества, страха перед жизнью).

Больше двигайтесь в оптимальном режиме, без одышки. Забудьте про лифты. Идеальная нагрузка для любого человека - ходьба, гуляйте не менее часа в день.

Суточный калораж рациона для мужчин - это около 2500ккал, для женщин - 2200ккал.

Ешьте 4-5 раз в день, в одно время, правильно распределяйте калорийность пищи в течение дня: завтрак и ужин - по 25%; обед - 35-40%; полдник - 10-15%. Последний прием пищи - не позднее 1,5-2 часов до сна.

Уменьшайте в рационе животные жиры, выбирайте маложирное мясо и рыбу, молочные продукты. Растительное масло, орехи и семечки употребляйте в небольшом количестве (20-30г в сутки). Увеличивайте потребление клетчатки (овощи и фрукты), бобовых.

Пользуйтесь «правилом тарелки»: половину заполняйте овощами, одну четверть - белковой едой (мясо, рыба, бобовые, яйца), вторую - сложными углеводами (крупы, бурый рис, цельнозерновой хлеб).

Чаще готовьте на пару, используйте отварные и запеченные блюда. До максимума сократите жареные продукты, полуфабрикаты и снеки, копчености, соленья, покупные соусы, сдобную выпечку и сладости.

Избавьтесь от вредных привычек.

Ложитесь спать не позднее 23 часов, спите с плотно задернутыми шторами, убирайте на ночь гаджеты в другую комнату, не засыпайте под телевизор. Старайтесь спать не менее 7-8 часов в сутки.

Наши возможности

В рамках программы по борьбе с онкозаболеваниями с 2019 года в регионе активно шло переоснащение медорганизаций современным диагностическим оборудованием. За эти годы в крае открыты центры амбулаторной онкопомощи в Камне-на-Оби, Алейске, Славгороде, Заринске. Количество онкопатологий, выявляемых на ранних стадиях, выросло с 56,9% в 2021 году до 59,8% в 2022 году. В том числе *insitu* (нулевая стадия рака, когда еще только скопление измененных клеток без прорастания в подде-



жашую ткань) диагностировано 283 случая, это те пациенты, которым рак будет вылечен радикально. **Поэтому так важно проходить ежегодную диспансеризацию по месту жительства и профосмотры.**

В Алтайском крае постепенно снижается смертность от рака и растет пятилетняя выживаемость. Так, по итогам 2022 года одногодичная летальность сократилась с 24,9 до 23,4%, общая смертность от злокачественных новообразований упала на 2,5%, а доля пациентов, переживших пять и более лет с момента постановки диагноза, достигла почти 60%.

Благодаря нацпрограмме по борьбе с онкозаболеваниями в 2022 году в АКОД было поставлено новое современное оборудование на сумму почти 370млн рублей. Врачи активно осваивают современные технологии в ведущих онкоцентрах страны, развивая малоинвазивную и реконструктивно-пластическую хирургию. Так, доля органосохранных операций на молочной железе в 2022 году составила почти 60%. Примерно такой же процент эндоскопических операций провели толкальные хирурги при опухолях лёгких, желудка и пищевода.

Алтайские онкологи активно используют в лечении около 80 противоопухолевых препаратов, в том числе 39 таргетных и 8 иммунных - по большому счету все, которые разрешены к использованию на территории России. В клинической практике применяют более 260 схем их сочетания друг с другом. Сегодня есть возможность подобрать каждому пациенту максимально эффективный и безопасный вариант лечения его болезни. Процедура получения лекарственного лечения стала намного доступнее за счет развития амбулаторных подразделений лекарственной терапии.

Ранняя диагностика

Одна из задач федеральной стратегии по борьбе с онкологическими заболеваниями - ранняя диагностика, ведь чем раньше выяв-

В КАКИХ СЛУЧАЯХ СЛЕДУЕТ ОБРАЩАТЬСЯ К ОНКОЛОГУ



лена онкопатология, тем лучше прогноз по ее лечению, тем легче это лечение будет для пациента.

Людам старше 50 лет пужно ежегодно обследоваться у онколога. Женщинам следует регулярно посещать гинеколога, маммолога, мужчинам - проктолога, уролога, гастроэнтеролога.

По мере старения организма вероятность развития заболеваний увеличивается, поскольку организм накапливает вещества-провокаторы, возникают хронические болезни, снижается степень сопротивляемости иммунной системы. Плохая экология тоже вносит свой вклад в развитие онкозаболеваний. По данным статистики, у мужчин чаще встречается рак бронхолегочной системы, опухоли предстательной железы и кожи. У женщин - рак груди, кожи и тела матки. Дети в большинстве случаев страдают от злокачественных болезней системы кроветворения. В раннем возрасте нередки случаи формирования сарком - опухолей опорных тканей, мягких либо костных.

Профилактика - лучшая тактика

Коварство онкозаболеваний в том, что чаще всего их симптомы проявляются уже на поздних стадиях, когда лечение бывает малоэффективно или вовсе бесполезно. Но чтобы опухоль выросла до такого опасного состояния, в большинстве случаев должны пройти годы. Первая и вторая стадии сегодня уверенно поддаются лечению, прогнозы для запущенных случаев часто, увы, печальны. **Поэтому проверять свое здоровье пужно регулярно, даже если ничего не беспокоит.**

Около 20-25% от всех диагностируемых ежегодно случаев онкопатологий в регионе выявляется именно на профилактических медицинских мероприятиях. И это при том, что участвует в диспансеризации и профосмотрах менее половины жителей края.

Злокачественная опухоль, выявленная на раннем этапе, и та же самая опухоль, но до-

росшая до метастатической формы, - это две совершенно разные истории. В качестве примера - рак шейки матки. После массового внедрения цитологического мазка Папаниколау (пап-тест), выявляющего раннюю онкопатологию в 95% случаев, смертность от рака шейки матки сразу снизилась на 70%: при обнаружении и лечении этой болезни на нулевой или первой стадии прогноз выживаемости составляет 90-100%, а пятилетняя выживаемость при этом же виде рака, но обнаруженном в четвертой стадии, не превышает и 10%.

Доброкачественные аномалии разных органов из категории предраковых заболеваний (полипы, папилломы, кисты, дисплазии, носительство некоторых бактерий и вирусов и т.п.) - излечимы полностью.

Диспансеризация

Основная форма вторичной профилактики - диспансеризация. Она была введена в России в 2013 году в рамках



Советы медицинской сестры

реализации программы «Здоровье» и проводится **бесплатно по полису ОМС в массовом порядке всем жителям, начиная с 18 лет.**

Именно в рамках диспансеризации **проводится активный онкопоиск наиболее распространенных и опасных онкопатологий:** скрининги на рак шейки матки, злокачественные опухоли молочных желез, простаты, лёгких, желудочно-кишечного тракта, кожи, щитовидной железы и лимфатической системы. **Используется широкий спектр обследований** - от лабораторных тестов (пап-тест, кал на скрытую кровь, уровень ПСА в крови) до высокоинформативных инструментальных обследований (УЗИ, маммография, колоноскопия, эзофагогастродуоденоскопия, дерматоскопия, компьютерная томография лёгких).

Почему же при наличии доступных и эффективных форм медицинской профилактики всё ещё встречаются в медицинской практике запущенные онкологические заболевания?

Не все люди ответственно относятся к здоровью. Да, в ряде случаев существуют объективные обстоятельства, по которым человек не может своевременно попасть на прием к врачу. Но чаще аргумент про «нет времени» - это простая отговорка. Порой даже люди с опасными хроническими заболеваниями, имеющими высокий риск перерождения в раковую опухоль, не приходят на медицинский контроль по несколько лет!

Пациентов, вовремя не являющихся на медосмотры, медики называют молчунами. Отсидевшись дома, они дают отличную фору болезни, если она уже поселилась (но пока еще не проявилась) в их организме. Именно молчуны формируют когорту онкологических больных с запущенными формами рака. А ведь это - тяжелые мучительные болезни, делающие человека глубоким инвалидом.

Принцип «предотвратить - лучше, чем лечить» никто не отменял. Спросите себя: «А когда я последний раз был у врача? Уверен ли я, что сейчас у меня нет новообразования?».

Современные методы лечения рака

В XX веке врачи-онкологи, помимо хирургических вмешательств, стали активно применять лучевую терапию и химиотерапию. Открытия в области молекулярной биологии и генетики способствовали развитию гормональной, таргетной терапии, иммунотерапии. В хирургии стали появляться малоинвазивные методики.

Хирургическое лечение, Химиотерапия. Химиопрепараты - это вещества, которые токсичны для быстро размножающихся опухолевых клеток. Существуют разные группы химиопрепаратов, у которых различаются механизмы действия. Лечение обычно проводят двумя и более химиопрепаратами с разными механизмами действия.

Таргетная терапия. Эти препараты отличаются от классических химиопрепаратов более прицельным действием. Каждый из них блокирует определенную «мишень» - молекулу, которая необходима раковым клеткам для поддержания жизненно важных процессов, размножения, уклонения от агрессии со стороны иммунной системы. Таргетные препараты могут быть эффективны, когда не помогает химиотерапия, они вызывают меньше побочных эффектов.

Иммунотерапия. Это метод лечения онкозаболеваний, который помогает иммунной системе распознавать и уничтожать злокачественные опухоли. Существует несколько ее разновидностей, наиболее широкое применение в онкологии нашли две: цитокины и ингибиторы контрольных точек. Цитокины - это вещества, стимулирующие иммунный ответ. Иммунотерапия ингибиторами контрольных точек при правильном определении показаний к ее применению работает намного эффективнее химиотерапии, она по-


могает продлевать жизнь пациентов с запущенными злокачественными опухолями.

Гормональная терапия. Разновидность таргетной терапии. Применяют при гормонально-чувствительных опухолях (раке молочной железы, простаты, яичников). Цель - заблокировать гормональные эффекты, которые способствуют росту злокачественной опухоли.

Лучевая терапия. Как и химиотерапия, может применяться до, после операции или при поздних стадиях как один из основных методов лечения, чтобы замедлить прогрессирование заболевания, купировать симптомы. Существуют две основные разновидности: из внешнего источника (процедура напоминает рентгенографию, но доза облучения намного выше) и брахитерапия (источник излучения в виде мелких частиц помещают непосредственно в опухолевую ткань, рядом с ней или в просвет полых органов).

Фотодинамическая терапия - метод, применяемый для лечения рака и некоторых других заболеваний. Состоит из двух этапов. Сначала в организм пациента вводят особое вещество - фотосенсибилизатор, который накапливается в опухолевых клетках. Затем на опухолевую ткань воздействуют светом определенного спектра. В результате фотосенсибилизатор активируется, становится токсичным для раковых клеток и уничтожает их. Фотодинамическую терапию применяют при раке поджелудочной железы, желчных протоков, пищевода, легких, раке и предраковых заболеваниях кожи.

Рак можно лечить или предотвратить, владея информацией о болезни. **Чтобы записаться на прием к врачу-онкологу АКОД, достаточно позвонить: +7(3852) 502-909, 507-346 (с 7.30 до 18.00 часов).** ☎



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





**Юлия Сергеевна
КОВАЛЁВА,**

главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии министерства здравоохранения Алтайского края, доцент, доктор медицинских наук, заведующая кафедрой дерматовенерологии, косметологии и иммунологии, врач-дерматовенеролог высшей квалификационной категории, ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России;



**Яна Матвеевна
ЛУКЬЯНОВА,**

студент 2003 группы института клинической медицины ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России

Атопический

Почему у людей с атопическим дерматитом может возникнуть бронхиальная астма? Может ли пищевая аллергия поспособствовать появлению атопического дерматита?

Атопический дерматит - это хроническое воспалительное заболевание кожи, проявляющееся чаще всего в детском возрасте, однако начаться развиваться оно может и во взрослом возрасте.

За последние годы встречаемость атопического дерматита возросла на 2-3%. В целом этим заболеванием страдают до 20% детского и 2-8% взрослого населения.

Хорошо известно, что 45% всех случаев атопического дерматита начинается в течение первых шести месяцев жизни, 60% - в течение первого года и 85% - в течение первых пяти лет. Тем не менее, заболевание может начаться и во взрослом возрасте. Так, считается, что лишь 2% пациентов заболевают атопическим дерматитом в возрасте после 20 лет, однако распространенность этого заболевания у взрослых намного больше.

Атопический дерматит может быть ассоциирован с респираторной аллергией. Риск развития респираторной аллергии у пациентов, страдающих атопическим дерматитом, по разным данным, составляет 30-80%; 60% пациентов с атопическим дерматитом имеют латентную склонность к развитию бронхиальной астмы, а 30-40% пациентов заболевают бронхиальной астмой.

Научные исследования могут свидетельствовать о том, что **существует не менее двух форм атопического дерматита:**

- **аллергическая,** которой страдает около 70-80% пациентов;
- **неаллергическая,** которой страдает около 15-30% пациентов (большинство из них женщины).

У людей с атопическим дерматитом **существует генетический дефект в строении кожных покровов,** из-за чего кожа становится бо-



лее уязвимой к различным окружающим факторам. Ее строение отличается от здоровой кожи тем, что клетки, образующие кожный по-



кров, перестают плотно прилегать друг к другу. Из-за такого строения кожа быстро теряет влагу и легко воспаляется. Этот дефект также затрагивает работу иммунной системы, которая ассоциирована с выработкой специального белка (иммуноглобулина E). Из-за этого высока вероятность появления аллергической реакции и бронхиальной астмы.

Если больной имеет характерные признаки атопического дерматита и пищевую аллергию, то употребление продуктов, вызывающих аллергию, может повлечь обострение атопического дерматита.

В подростковом и взрослом возрасте **высыпания** в основном локализируются на сгибательной поверхности конечностей (в области локтевых и коленных сгибов и т.д.),



дерматит у взрослых

на задней поверхности шеи и за-ушных областях. Высыпания пред-ставлены эритемой, папулами, ше-лушением, множественными тре-щинами, утолщением кожи и вы-раженным рисунком. После раз-решения высыпания на его месте может появляться **сильная пигмен-тация**. Зуд выраженный, постоян-ный, но может быть и приступооб-разным.

Наиболее тяжелым проявлением атопического дерматита является **эритродермия** (интенсивное покраснение кожных покровов). В этом случае поражаться может около 70% всей кожи.

Чтобы диагностировать ато-пический дерматит, необходимо посещение врача-дерматолога-ал-лерголога, который при осмотре выявит:

- ◆ наличие зуда;
- ◆ усиление рисунка, пигмента-ции, расчесы в области сгибов ко-нечностей;
- ◆ наличие атопических заболе-ваний в анамнезе семье;
- ◆ хроническое течение заболева-ния.

Из-за сниженной барьерной фун-кции первым делом **при лечении необходимо минимизировать нега-тивное влияние окружающей сре-ды и восстановить ее барьерную функцию**. Прописано лечение про-

Атопический дерматит Возрастные стадии:



тивовоспалительными средствами. Для некоторых больных необходи-ма диета. Ⓢ



Клиническая картина для взрослых. Атопический дерматит, взрослая стадия, лихеноидная форма.

У людей с атопи-ческим дерматитом клетки, образую-щие кожный покров, перестают плотно прилегать друг к другу. Из-за такого строе-ния кожа быстро теряет влагу и легко воспаляется.



От редакции

Наш журнал имеет санитарно-просветительскую направленность, поэтому и его материалы всегда ориентированы на повышение грамотности населения в вопросах формирования ЗОЖ, профилактику распространенных заболеваний. Наши авторы - преимущественно специалисты медицинских учреждений краевого центра (третьего уровня), преподаватели, ученые АГМУ. Такая просветительно-обучающая деятельность требует определенных компетенций, навыков, системности, и она ориентирована не только на широкие слои населения, но и на проводников этих идей - работников первичного звена. В повседневной жизни вопросами профилактики, обучения населения занимаются преимущественно специалисты первичного звена - работники ФАПов, участковые врачи-терапевты и педиатры, участковые медицинские сестры... И от того, насколько все этапы оказания медпомощи в регионе работают в единой синхронизированной системе, как срабатывает каждый из этапов, и вообще - не «выпадает» ли какой-то этап из системы оказания медпомощи, зависит и результат, эффективность совместных усилий. К сожалению, вопрос дефицита медкадров не уходит из «горячей» повестки, особенно в первичном звене. Но за статистическими цифрами всегда стоят люди. Люди, которые преданы своей профессии, которые осознанно или в силу обстоятельств оказались в том или ином статусе, и порой, несмотря на трудности, находят свое призвание, идут к цели и создают. Большинство из них заслуживают благодарности за свою работу, в том числе и такой публичной - через СМИ.

Мы будем стараться поближе знакомить вас с теми, кто работает на передовом рубеже здравоохранения - в первичном звене - и с постоянными авторами наших материалов. Надеемся, что их пример позволит вам увидеть героев наших материалов иначе, а кого-то и подтолкнет к выбору профессии медика...

Призвание служить людям

**Заведующая
Половинкинским ФАПом
Рубцовского района
Надежда Анатольевна
НЕДОЗРЕЛОВА - из тех
специалистов, про
которых говорят,
что их профессия -
это их призвание.**

Надежда родилась в Половинкино, здесь же окончила школу, затем поступила в Рубцовское медицинское училище. На выбор профессии, по ее мнению, в большой степени повлияла работающая в тот период заведующая местным ФАПом **Зинаида Васильевна ПУЧКИНА**. В школе села Половинкино она вела кружок «Юный медик». Показывала, как останавливать кровотечение, накладывать повязки. Одним словом, учила оказанию первой помощи, которая может потребоваться любому человеку. Надежда внимала каждому ее слову, и путь в медицину казался для нее очень естественным.

В Рубцовском медицинском училище, помимо теоретических знаний, важная роль всегда отводилась практике. Первым местом практики во время учебы у студентки Надежды стал дом престарелых, где она выполняла обязанности санитарки. Но самое большое впечатление получила, впервые присутствуя на родах.

- Когда рождается человек - испытываешь такие чувства, которые не передать словами! - говорит Надежда Анатольевна.

Правда, сама роды не принимала, не довелось. Может, оно и к лучшему: очень опасно делать это в условиях ФАПа, хотя при острой необходимости и возможно.



Продолжая лучшие традиции

По распределению после окончания медицинского училища Надежду направили в поселок VI Конгресса Коминтерна, где она отработала 12 лет, а затем - в Половинкино, где и работает вот уже 20 лет. Родной район Надежда Анатольевна не покидала. В прямом смысле: где родилась, там и пригодилась.

В Половинкино снова встретила с Зинаидой Васильевной Пучкиной, которая когда-то была наставником и для нее, и для других школьных кружковцев, и стала непосредственным руководителем на ФАПе. Именно Зинаида Васильевна многое сделала для профессионального становления молодого фельдшера, как и для многих других молодых специалистов Рубцовской ЦРБ. Когда убедилась, что вырастила себе смену, она ушла на заслуженный отдых. А Надежда Анатольевна продол-



Местным людям не надо объяснять прописные истины. Когда возникают проблемы со здоровьем, они не затагивая, обращаются на ФАП, не игнорируют направление в ЦРБ.

жает дело своего наставника - как говорится, всегда на боевом посту, продолжая лучшие традиции сельских медиков.

Примечательно, что за все годы своей работы Надежда Анатольевна от жителей села, пациентов, коллег по ЦРБ - участковых терапевтов, узких специалистов - не слышала нареканий, а вот слова благодарности - много раз!

Надежда Анатольевна признается, что в маленьком населенном пункте работать сложнее: здесь все друг друга знают - чем живешь, чем дышишь... Как у тебя в семье, какая ты хозяйка... Односельчане о Надежде Анатольевне говорят, что «а еще она замечательная жена, мать, подруга. Ее высокие человеческие и профессиональные качества выше всяких похвал!».

Вспоминая начало своей трудовой деятельности в поселке VI Конгресса Коминтерна, Надежда Анатольевна подмечает:

- До меня в селе долго не было постоянного медработника, и поэтому было трудно приучить людей к тому, что периодически надо проходить профосмотры, своевременно обращаться за медицинской помощью. А в Половинкино, думаю, за счет ответственности - всё по-другому. Местным людям не надо объяснять про-

писные истины. Когда возникают проблемы со здоровьем, они не затагивая, обращаются на ФАП, не игнорируют направление в ЦРБ.

Время перемен

Село Половинкино по современным меркам - не большое, но и не маленькое. Находится всего в 15 километрах от города Рубцовска, где находится и ЦРБ Рубцовского района. В селе работают детский сад, школа, а также оно центр большого фермерского хозяйства. В Половинкино проживает около 1000 жителей, в том числе 192 ребенка. И очень важное место в жизни села занимает ФАП.

За 20 лет ФАП в Половинкино преобразился. Текущий ремонт здесь стараются делать каждый год, поэтому помещение не просто в полном порядке, а блещет чистотой. Отремонтирована крыша, поставлены пластиковые окна. С помощью администрации района заменили сантехнику.

Произошла полная компьютеризация. Сотрудники освоили электронный документооборот. ФАП работает в единой системе с районной поликлиникой, краевыми медицинскими организациями. Есть электронная подпись, АРМ «Поликлиника». Все необходимые сведения о пациенте автоматически хоть в Москве посмотреть можно.

Конечно, работы прибавилось, и к ней совсем другие требования, чем были десять или даже пять лет назад. Сейчас особое внимание уделяется работе с пациентами из групп высокого и очень высокого риска. Важная роль отводится профилактике, то есть диспансеризации. Цель - не просто осмотреть население, а делать это регулярно и своевременно оказывать необходимую помощь.

Соответственно, и отклик от населения есть. Жители Половинкино, в хорошем смысле, привыкли, что о них заботятся.

- В том, как люди охотно идут на профилактический прием, с какой периодичностью они обследованы, насколько охвачены диспансеризацией и прививками, - 100% заслуга работников ФАПа, - считает главный врач ЦРБ Ирина Олеговна УКОЛОВА. -



Помимо неотложной помощи, которую они оказывают в круглосуточном режиме, бывает, что и не заходя домой, на их долю выпал период пандемии. Пласт работы, который лежит сегодня на работниках ФАПов, - просто необъятный. Без первичного звена не было бы эффективной работы медучреждения.

По мнению заведующей ФАПом, одной из проблем в первичном звене в последнее время стал настрой людей. Не то, чтобы они хуже стали относиться к медикам. Но стрессовые ситуации, тревожность, связанные и с политическими событиями в стране и мире, и с социальными моментами, влияют на душевное состояние. В селе есть жены и дети участников СВО, им сейчас особенно трудно. У людей внутренний накал. Кого-то можно в этой ситуации уговорить обследоваться, кто-то даже воспринимать информацию не готов. Но когда знаешь человека, можешь и подход к нему найти.

Школа передового опыта

Половинкинский ФАП - один из лучших в районе. На протяжении последних десяти лет он неизменно в тройке лидеров по показателям. А в 2012 году коллектив был отмечен благодарностью губернатора Алтайского края.

- По качеству ведения медицинской документации (а это существенно! - прим.ред.) им, пожалуй, нет равных в районе. Как и по охвату населения профосмотрами, диспансеризацией, углубленной диспансеризацией, флюорографическим обследованием, акушерскими скринингами. При посещениях ФАПа специалисты ЦРБ могут получить исчерпывающую информацию о любом пациенте, о группе жителей, находящихся под диспансерным наблюдением, подлежащих прививкам, или по другим критериям - говорит Ирина Олеговна.

По сдаче отчетов, как квартальных, так и годовых, они тоже в передовиках. А это не просто цифры. За ними - здоровье и жизни людей.

В последние два года качество организации работы на ФАПах Руб-



цовского района регулярно контролируется комиссионно. В составе группы специалистов ЦРБ, помимо главврача или его заместителя, главной медицинской сестры, обязательно присутствует и эпидемиолог. Проверяется не только документация, но и санитарное состояние. В Половинкинском ФАПе в этом отношении тоже всё отлично.

В коллективе ФАП, помимо Надежды Анатольевны Недозреловой, трудятся две медицинские сестры - **Марина Владимировна** и **Татьяна Викторовна ЮЖАКОВЫ**, и **Светлана Леонидовна ЗАГУРСКАЯ**, уборщик служебных помещений.

По мнению главврача Рубцовской ЦРБ Ирины Олеговны Уколовой, **Половинкинский ФАП - это команда**. И заслуга Надежды Анатольевны в том, что она собрала эту команду вокруг себя и своим добрым отношением, добрым словом и делом, личным примером показывает всем, как надо жить, трудиться и идти вперед. Можно сказать, что это своеобразная «школа передового опыта» по организации работы на ФАПе. Именно поэтому молодых специалистов, которые только начинают работать в Рубцовской ЦРБ, стараются направить в Половинкинский ФАП за опытом. ☺

Редакция журнала благодарит Людмилу МАКОВЕЦКУЮ, сотрудника газеты «Хлебороб Алтай», за участие в работе над материалом.

Особое внимание уделяется работе с пациентами из групп высокого и очень высокого риска. Важная роль отводится профилактике, то есть диспансеризации. Цель - не просто осмотреть население, а делать это регулярно и своевременно оказывать необходимую помощь.



ВИЧ и приверженность к терапии



Инна Юрьевна САЗЫКИНА,
психолог, отдел профилактики КГБУЗ «Алтайский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями»

Специалисты Алтайского краевого центра СПИД делают всё возможное для того, чтобы каждый ВИЧ-положительный человек мог прожить долгую и качественную жизнь. Одну из ключевых ролей в этом играет приверженность к терапии.

Что такое АРВТ?

Антиретровирусная терапия (АРТ, АРВТ) - это комбинация препаратов, которые позволяют подавить развитие ВИЧ-инфекции в организме. Современная терапия позволяет контролировать инфекционный процесс и значительно продлить жизнь человека.

На сегодня мы можем говорить о том, что всё больше пациентов находятся на терапии. Так, с 2010 года в Алтайском крае уровень охвата терапией пациентов с ВИЧ-инфекцией повысился более чем **на 70%**. Если в 2010 году уровень охвата составлял 9,8%, то в 2022 году он достиг отметки **86,7%** от числа лиц, состоящих на диспансерном учете.

Безусловно, очень важная задача специалистов в системе здравоохранения Алтайского края своевременно обеспечить больных ВИЧ-инфек-

цией жизненно необходимыми лекарственными препаратами. Но еще не менее важная задача - добиться эффективности от назначенной терапии. И в этом контексте решающее значение имеет приверженность проводимой терапии наших пациентов.

Напомним, что **приверженность лечению - степень соответствия между поведением пациента и рекомендациями, полученными от врача.** В настоящее время неудовлетворительная приверженность является еще одним доказанным фактором риска при любых заболеваниях, который снижает эффективность и повышает затраты на лечение, увеличивает риск развития различных осложнений, ухудшает прогноз заболевания и жизни.

Формирование приверженности терапии у пациента - многофакторная задача. Согласно классификации ВОЗ, эти факторы подразделяют на пять групп:

- ▶ факторы, связанные с пациентами,
- ▶ факторы, связанные с врачами и организацией системы здравоохранения,
- ▶ факторы лекарственной терапии,
- ▶ факторы заболевания,
- ▶ группа социально-экономических факторов.

Конечно, в своей ежедневной работе с пациентами специалисты Алтайского краевого центра СПИД профессионально учитывают все эти факторы. Эта работа всегда требует немалых временных, эмоциональных затрат от специалистов. Но это точно стоит того. Ведь сохраняя приверженность своему лечению, паци-



енты не только повышают качество и продолжительность собственной жизни, но и заботятся о здоровье своих близких.

Прием антиретровирусных препаратов - это тот редкий случай, когда одновременно решаются сразу две важные задачи:

- снижение активности влияния ВИЧ на иммунную систему человека;
- снижение вирусной нагрузки до неопределяемого уровня, что исключает возможность передачи вируса от инфицированного человека к его партнеру.

Подчеркну, что **всё это возможно лишь при регулярном, добросовестном приеме терапии**. Специалисты Алтайского краевого центра СПИД подбирают индивидуальные комбинации препаратов для каждого пациента, чтобы процесс приема терапии для них был максимально комфортным.

ВИЧ в Алтайском крае

Сегодня в Алтайском крае проживает около 18000 людей с диагнозом «ВИЧ-инфекция», а за первые два месяца 2023 года было выявлено 260 новых случаев ВИЧ-инфекции. Исследования говорят о том, что более 70% всех новых случаев ВИЧ-инфекции в Российской Федерации приходится на работоспособное население возрастом от 25 до 44 лет. Так как эта группа находится в репродуктивном возрасте, то под угрозой находится и здоровье будущего поколения.

Поэтому особое внимание Алтайский краевой центр СПИД уделяет беременным женщинам и женщинам фертильного возраста. Ведь **чтобы у ВИЧ-положительной женщины родился здоровый ребенок, она должна соблюдать все предписания лечащего врача. В том числе и регулярно принимать терапию**. Ведение беременности у ВИЧ-положительных женщин - это командная работа многих специалистов: врача-инфекциониста, акушера-гинеколога, педиатра и других. Каждый случай требует особого внимания и участия. И результаты этой работы очень хрупкие и зависят от многих факторов, в том числе общего состояния здоровья пациентки, ее эмоционального состояния и приверженности к терапии.



Если тест на ВИЧ оказался положительным

В этом случае поддаваться страхам и жить в неведении - абсолютно неверная позиция. Помните, что ВИЧ-инфекция - это, прежде всего, серьезное заболевание, которое без должного и своевременного лечения со временем может привести к необратимым последствиям.

Во-первых, **не нужно паниковать**. Абсолютно нет повода оставаться в ситуации «один на один» и замкнуться в себе. В этот момент важно подумать не только о своем будущем, но и о своем здоровье и здоровье своих близких.



Во-вторых, **необходимо сразу обратиться к специалистам регионального Центра СПИД**, пройти все необходимые обследования.

Важно! Результаты теста на ВИЧ является информацией строго конфиденциальной. Поэтому распространение ее даже ближайшим родственникам возможно исключительно при условии личного согласия пациента.

В-третьих, **если диагноз подтвердился, пациенту нужно следовать всем рекомендациям врача и принимать терапию**. 🌐

Помните, что современные препараты позволяют ВИЧ-положительному человеку прожить долгую и качественную жизнь, иметь здоровых детей и полноценную семью.



Подростковая любовь. Советы родителям



**Елена Викторовна
СТАРОСЕЛЬЦЕВА,**
психолог КГБУСО «Краевой
кризисный центр для
мужчин»

**Подростковый
возраст - важный
и трудный этап
в жизни человека,
время выборов,
которое во многом
определяет всю
последующую
жизнь. Это переход
от зависимого
детства, с
установленными
родителями
правилами и
нормами к более
самостоятельной
жизни.**

Чувство взрослости у подростка проявляется в стремлении быть самостоятельным, в ограждении некоторых сторон своей жизни от вмешательства родителей. Это касается не только вопросов внешности и учебы, но и отношений со сверстниками. Появляются собственные взгляды, интересы, оценки, линия поведения. В этот период подросток претендует на равноправие в отношениях со старшими и идет на конфликты, отстаивая свою «взрослую позицию». Также в этом возрасте появляются первые влечения, первый опыт взаимоотношений с противоположным полом, желание любить и быть любимым.

Подростковая влюбленность - это тема, как показывает опыт практической деятельности в психологическом консультировании, волнует многих родителей, да и самих подростков тоже.

Давайте попробуем ответить на вопрос «Подростковая любовь - что же это?».

...это сильное чувство

В подростковом возрасте человек способен на глубокие чувства. Особенностью подростковой любви и влюбленности будет ее обусловленность физиологическим развитием и потребностью в принятии кругом сверстников. Здесь главная задача подростка - стать частью мини-общества друзей, одноклассников. И он ее пытается реализовать.

Если говорить о подростке, который вступает в романтические отношения, то, скорее, это преследующее его желание быть признанным другими, а вот потребность в самоуважении здесь отходит на второй план. Именно поэтому иногда взрослые расценивают увлеченность ребенка противоположным полом как нечто-то непонятное.

Первая любовь в подростковом возрасте - это очень романтично, когда ты влюбленный подросток, и целая проблема, если ты родитель этого подростка.

Влюбленность - это сильное, яркое чувство, способное целиком овладеть человеком. Дело в том, что эмоции, которые находятся в подростке, для него гораздо важнее, чем даже сам объект симпатии. Бывает, что за месяц может смениться несколько возлюбленных - и каждый раз будет считаться, что это всерьез и надолго.

Трудное время и для родителей подростков: их просто перестают слышать. К тому же вы впервые в жизни понимаете, что ваш ребенок отдельно от вас может быть совершенно счастлив. Или же в случае безответной любви - абсолютно несчастлив.

...это любовь любви

С какими проблемами сталкивается влюбленный впервые подросток? Какую роль в этой истории играет родитель? Как вести себя с влюбленным ребенком, чтобы сохранить положительные отношения?

Что же здесь происходит? В первую очередь - **буйство гормонов**, к которым сложно адаптироваться самому подростку. Он смотрит на другого человека и ощущает нечто особенное. Знакомится с чувством любви. В первой любви мало что зависит от объекта, его обычно идеализируют до неузнаваемости, а потом разочаровываются. Потому первая любовь, как правило, не долговечна. **В этом процессе важно само чувство.** Он не столько любит объект обожания, сколько любит саму любовь.

Если говорить о практическом уровне - **с этого этапа юный человек учится строить отношения.** От того, как сложатся первые отношения, во многом зависит, как он будет вести себя в подобных взаимоотношениях в будущем.



Во-вторых, **появляется чувство взрослости** - в стремлении к независимости, самостоятельности, утверждению своего личностного достоинства и требовании к взрослым уважать эти стремления и считаться с ними. Чувство взрослости выступает как стимул активности подростка, направленный на переориентацию с «детских» норм на «взрослые», на усвоение ценностей, установок, норм, которые, с точки зрения подростков, подтверждают представление о них как о взрослых.

В-третьих, **изменение внешнего вида подростка**. Дети начинают тщательно следить за своей привлекательностью. Могут менять имидж, стиль одежды, внешности и т.д.

В-четвертых, **изменение привычек, внезапная смена интересов и образа жизни**.

Каким бы волнующим ни было первое чувство, мозг подростка не может долго поддерживать такое состояние происходящего. *Средний период пребывания в состоянии романтической влюбленности чаще всего составляет от трех до шести месяцев*. А потом эмоции, как правило, утихают. Этим и отличается подростковая любовь от взрослого зрелого чувства, которое не такое, как в юном возрасте, оно более устойчивое.

Но бывают и исключения, поэтому **будьте внимательнее, если этот период затягивается**.

Что делать взрослым

На основе изучения психологической литературы и опыта практической деятельности, хочу остановиться на часто встречающихся ошибках родителей.

«Он нас не слышит»

Подросток сталкивается с проблемой и первым делом идет за советом к родителям - такая ситуация вряд ли будет. Подросток, очевидно, будет обсуждать свои отношения с друзьями - с таким же подростками. Как показывает практика, многие родители отчаиваются и со временем прекращают попытки побеседовать с ребенком. Действительно, он в этом возрасте может реагировать остро и пытаться



отстраниться от подобных бесед, но это не значит, что он вас не слышит. Скорее всего, его отталкивает то, что говорит родитель или же как он это говорит.

Чтобы он не просто услышал вас, но принял информацию к сведению, важно принять всю серьезность его внутренних чувств.

Обесценивание

Взрослые знают, что первая любовь, будь она взаимной или безответной, обычно проходит. И какими бы сильными не были эмоции, которые сейчас переживает ребенок, через пару лет воспоминания о них, скорее всего, станут всего лишь впечатлением. Но как бы вы не пытались ему это объяснить, он воспримет подобные слова, как обесценивание его чувств. Ведь он переживает их прямо сейчас и ему сложно. У него всё очень серьезно.

Поэтому, заводя разговоры со своим подростком о его новых отношениях и чувствах, *попробуйте выйти на взаимоотношения как с другом*. Иначе он закроется и будет придумывать, как решать проблему самостоятельно.

Отрицание выбора

Реакция родителей на выбор партнера может сильно повлиять на дальнейшие отношения подростка с ними. Одним словом родитель может оборвать даже самые крепкие отношения с подростком.

В первой любви мало что зависит от объекта, его обычно идеализируют до неузнаваемости, а потом разочаровываются. Потому первая любовь, как правило, не долговечна. В этом процессе важно само чувство. Подросток не столько любит объект обожания, сколько любит саму любовь.





Ребенку самому важно научиться разбираться в людях. Просто будьте рядом.

Запрет

Запрещая ребенку встречаться с объектом первой любви, *родитель добровольно выбирает звание врага*. Этот поступок может разорвать отношения между вами на долгие годы, и подросток, вероятно, еще много времени будет припоминать вам об этом.

Налаживаем связь

Многokrатно встречаемый вопрос родителей - «Что делать? Как быть в подобной ситуации?».

Универсального ответа нет. Но есть некоторые рекомендации, которые могут помочь в отношениях с подростками.

Во-первых, **больше интересуйтесь его личностью, его счастьем и благополучием, нежели тем, что он делает или не делает**. Подумайте: чего вы боитесь? Того, что ребенок наделает глупостей и пострадает от душевной боли, как это было с вами когда-то? В таком случае, возможно, будет важным напомнить подростку, что:

► *у него есть своя ценность*, а это то, за что его любят другие;

► *любовь не должна изменять поведение* в соответствии с желаниями другого человека;

► *любить - это не только думать друг о друге каждую секунду*. Совсем не обязательно прекращать заниматься тем, что нам нравится, например спортом.

Во-вторых, **не задавайте слишком много вопросов**, тем самым вы можете оттолкнуть подростка.

В-третьих, **делитесь с ним своим опытом, как с другом**.

В-четвертых, **дайте подростку возможность приобрести свой опыт**.

Также **очень важны доверие между вами и поддержка**.

И бывают ситуации, когда важно и просто необходимо **предлагать помощь**.

А если расставание?..

Когда счастлив ваш подросток, он обойдется и без вас. Но вот если подросток (ребенок) переживает безответную любовь или разрыв отношений?

Как бы то ни было, подростку важно побыть в этих горестных чувствах. **Возможный отказ во взаимности вовсе не означает, что с ним что-то не то**: все люди разные, их чувства далеко не всегда совпадают. **Окажите**, как уже писали выше, **поддержку подростку**. В случае же затруднений справиться самостоятельно в разрешении сложившейся ситуации можно обратиться за помощью к психологу.

Возможно, подростку в это время даст отвлечение **совместная деятельность** - спорт, путешествие, прогулка, творчество - всё то, что поможет постепенно расширить рамки его мира. Ведь те занятия и увлечения, которые нравятся подростку, пойдут ему на пользу. **Осторожно направляйте интересы подростка в новое русло, переключайте его внимание на другие стороны жизни**.

Помните, что для подростков построение отношений, как дружеских, так и любовных, - это центральная задача развития. В этом возрасте они пробуют те методы общения, которые будут использовать во взрослой жизни, получая ценный жизненный опыт. Поэтому **не стоит преуменьшать важность романтических отношений для подростков**. А те переживания, которые были у него в этот период и как именно он их проживал, - повлияет на дальнейшее выстраивание отношений с противоположным полом.

Возможный отказ во взаимности не означает, что с подростком что-то не то: все люди разные, их чувства далеко не всегда совпадают. Окажите поддержку подростку. В случае затруднений справиться самостоятельно в разрешении сложившейся ситуации можно обратиться за помощью к психологу.



Как помочь себе самому

Есть несколько практических упражнений, с помощью которых можно помочь подростку улучшить эмоциональное состояние и дать возможность побыть с самим собой или же обратить внимание на себя и свои чувства.

Существуют различные техники саморегуляции или отреагирование эмоций, с помощью которых можно развивать навыки понимания своего состояния или немного уравновесить его. Наиболее действенный способ использовать их при совместной работе с психологом, но некоторые упражнения можно выполнять и самостоятельно.

Пузырьковое дыхание

Это разновидность глубокого дыхания, которое может быстро помочь при эмоциональной перегрузке. Пузырьковое дыхание усиливает обмен веществ, способствует быстрому восстановлению сил, а также регулирует работу организма во время сна. За счет насыщения мозга кислородом эта техника помогает лучше мыслить, делать более разумный выбор.

Инструкция выполнения. Медленно вдохните через нос в течение четырех секунд, как будто хотите надуть большой пузырь. Задержите дыхание. Выдохните через рот медленно в течение шести секунд (задержка воздуха на вдохе должна быть дольше, чем на выдохе).

Повторяйте это упражнение и фиксируйте, как вы себя чувствуете с каждым новым вдохом.

Мышечная релаксация

Это упражнение на напряжение и расслабление различных мышц тела. Прогрессивное расслабление мышц как бы сообщает мозгу, где именно сейчас находится ваше тело, позволяет сфокусироваться не на мыслях, а на ощущениях. Это средство для снятия стресса, а также для подавления гнева и агрессии.

Инструкция выполнения. Зафиксируйте свои чувства и как будто «положите» их себе на плечи. Напрягите плечи. Задержитесь в этом положении пять секунд и расслабьте мышцы. Продолжайте тоже самое с запястьями, паль-



цами, коленями, лодыжками и пальцами ног. Чувства должны стать более управляемыми или вообще исчезнуть.

Упражнение «Выкинь»

Инструкция выполнения. Желательно выполнять стоя. Представьте, что в ваших руках лежит комок из неприятных эмоций, от которых вы хотели избавиться. Он становится всё тяжелее, тяжелее и тяжелее. И вот уже настолько тяжело, что невозможно больше держать и необходимо избавиться от него. И теперь вы должны выкинуть этот комок за спину, собрав при этом все силы, при этом даже можно крикнуть, чтобы стало легче.

Упражнение

«Что меня определяет?»

Исследования показывают, что написание положительных утверждений о личных ценностях и положительных качествах улучшает самооценку человека, снижает тревожность и усиливает контроль над ситуацией.

Инструкция выполнения. Подумайте о 10 вещах, которые вас определяют и делают вас особенным. Не торопитесь. Напишите свой список. Положите составленный список в такое место, где вы будете регулярно его видеть, например, рядом с кроватью или на рабочем месте. Попросите подростка, чтобы он заменял негативные мысли о себе на положительные утверждения, например: «Я хороший человек независимо от того, что со мной сегодня происходит». 🌀

Построение отношений, как дружеских, так и любовных, - это центральная задача развития подростков. В этом возрасте они пробуют те методы общения, которые будут использовать во взрослой жизни. Поэтому не пренебрегайте для них важность романтических отношений.



Демидовский вестник, 2023 год

В Государственном музее истории, литературы, искусства и культуры Алтая 17 марта 2023 года при участии членов попечительского совета Демидовского фонда, соискателей и лауреатов Демидовского фонда прошлых лет состоялась торжественная церемония вручения гуманитарных Демидовских премий по итогам 2019-2021 годов.

По понятным причинам церемония не состоялась в 2022 году. Сегодня, по общему мнению ее участников, таких публичные патриотичные, жизнеутверждающие мероприятия, направленные, как гласит устав Демидовского фонда «... на решение задач, связанных с развитием культуры, науки, предпринимательства, творчества, духовности, сохранением и умножением традиций в этих сферах», - свидетельство нашего единения, уверенности в победе, торжества созидательной силы.

В номинации «Изобразительное искусство» лауреатом объявлен **Виктор Михайлович ХВОСТЕНКО**, члена Союза художников РФ, представитель города Бийска - за многолетнюю творческую деятельность, графическую серию иллюстраций к рассказам В.М. Шукшина.

В номинации «Литература» отмечена **Юлия Анатольевна НИФОНТОВА**, член Союза писателей РФ, за серию книг для детей «Ермошка Добродей и волшебные часы», «Ермошка Добродей и заколдованная кукла», «Ермошка Добродей и куриный бог».

В номинации «История и краеведение» лауреатами объявлены ответственные редакторы научно-популярного издания «История Алтая» в трех томах - **Евгения Валентиновна ДЕМЧИК**, д.и.н., профессор кафедры отечественной истории АГУ, и **Алексей Алексеевич ТИШКИН**, д.и.н., профессор, заведующий кафедрой археологии, этнографии и музеологии АГУ. Соредактор издания **Валерий Анатольевич СКУБНЕВСКИЙ**, д.и.н., профессор кафедры отечественной истории АГУ, в 2001 году был отмечен званием лауреата Демидовской премии, которая повторно не присуждается.

В номинации «Архитектура» лауреатом стал **Алексей Владимирович КВАСОВ**, руководитель персональной творческой мастерской, член Союза архитекторов России, - за реализованный проект «Лапландия» в городе Барнауле.

За достижения в промышленном производстве и предпринимательстве отмечен званием лауреата **ООО «Алтайский трансформаторный завод»**, генеральный директор **Александр Александрович КАРЛОВ**.

В номинации «Музыка, исполнительское и театральное искусство» премия не присуждалась ввиду отсутствия заявок от соискателей.

Без конкурса попечительский совет имеет право своим решением объявить о присуждении почетного звания «Почетный член Демидовского Фонда» и почетного звания «Прославляющий Алтай».

Званием «Почетный член Демидовского фонда» отмечен **Виктор Адольфович Герман**, председатель правления ЗАО «Алтайский завод прецизионных изделий», председатель Правления Союза Промышленников Алтайского края.

За период деятельности Демидовского фонда почетного звания «Прославляющий Алтай» были удостоены:

● в 2003 году - **Валерий Сергеевич Золотухин**, актер театра и кино, народный артист РСФСР, художественный руководитель Театра на Таганке, уроженец с.Быстрый Исток Быстроистокского района,

● в 2004 году - **Зиновий Соломонович Баркаган**, д.м.н., член-корреспондент РАН, почетный гражданин города Барнаула, «За создание научной школы и собственную научно-практическую деятельность»,

● в 2005 году - **Геннадий Викторович Сакович**, д.т.н., академик РАН, Герой социалистического труда, лауреат Ленинской премии, Почетный гражданин Алтайского края,

● в 2008 году - **Василий Макарович Шукшин**, кинорежиссер, киноактер, сценарист и писатель, лауреат Ленинской премии, уроженец с.Сростки Бийского района,

● в 2016 году - **Роберт Иванович Рождественский**, поэт, переводчик, автор песен, лауреат Государственной премии СССР и премии Ленинского комсомола, уроженец с.Косиха Косихинского района,

● в 2018 году - **Михаил Тимофеевич Калашников**, д.т.н., генерал-лейтенант, конструктор стрелкового оружия, лауреат Государственной и Ленинской премий СССР, Почетный гражданин Алтайского края, уроженец с.Курья Курьинского района.





Демидовский вестник, 2023 год

Почетное звание Демидовского фонда «**Прославляющий Алтай**» в 2023 году за высокие заслуги в профессиональной деятельности, большой вклад в культуру России принял уроженец города Славгорода **Владимир Иванович ХОТИНЕНКО**, известный советский и российский кинорежиссер, сценарист, актер, педагог, народный артист Российской Федерации.

Он обратился с приветственным словом к землякам, направив видеообращение:

- Дорогие мои земляки! К сожалению, не могу увидеть вас воочию, но это не меняет сути моего вам обращения. Я чрезвычайно благодарен за честь, оказанную мне, Демидовскому фонду - за честь оказаться в этом списке награжденных таким замечательным званием. Ключевое слово для меня - это «земляки». Всегда с гордостью говорил, что «я - алтайский паренек». И для меня это всегда важно, всегда будет той связующей нитью между нами. Я еще раз благодарен вам, и надеюсь на очную встречу. Всегда ваш, Владимир Хотиненко!

Попечительский совет Демидовского фонда принял решение обратиться в органы власти края, муниципалитетов края об увековечивании памяти наших великих земляков, удостоенных высокого общественного признания «Прославляющий Алтай», как создатели, творцы! Заслуги таких людей по праву должны быть отмечены не только мемориальными табличками по месту их проживания или работы. Их имена могут носить улицы, площади, скверы и на их малой родине, и в краевом центре. Среди них и наш учитель - Зиновий Соломонович Баркаган.

От лица попечительского совета Демидовского фонда обращаюсь к медицинской палате Алтайского края, общественному совету при министерстве здравоохранения Алтайского края с просьбой поддержать такую инициативу и после обсуждения в профессиональном сообществе войти с конкретным совместным предложением в администрацию города Барнаула по увековечиванию памяти Зиновия Соломоновича Баркагана, что будет достойным знаком внимания в предстоящем 100-летнем юбилее ученого (25 апреля 2025 года).



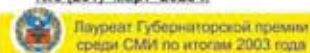
Хотиненко Владимир Иванович



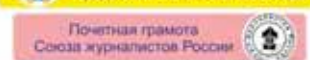
ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№3 (231) март, 2023 г.



Лауреат Губернаторской премии среди СМИ по итогам 2023 года



Почетная грамота Союза журналистов России



Благодарность от Управления Алтайского края по физической культуре и спорту



Почетная грамота Правительства Алтайского края, 2017 год

Регистрационный номер ПИ-12-1644 от 04.02.2003 г., выданный 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 27.03.2023 г., фактически - 14:00 27.03.2023 г. Дата выхода: 31.03.2023 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»:

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. Группа ВКонтакте: <https://vk.com/nebolen>

Отпечатано в типографии ИП Назаров А.В. Адрес типографии:

656049, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Чкалова, 228. Тел. (3852) 38-33-59.

Печать офсетная. Тираж - 2500 экз. Цена свободная.



Демидовский вестник, 2023 год



С Демидовским фондом медицинское сообщество края связывает еще одно, как мне представляется, важное событие. В декабре 2023 года свое 30-летие отмечает музей истории медицины. Его создатель Иван Генрихович БЕККЕР, выпускник АГМИ 1977 года, практически в самом начале деятельности Демидовского фонда, в 1996 году, за его создание был отмечен званием лауреата гуманитарной Демидовской премии в номинации «История» (премии вручаются с 1993 года). Этот юбилей музея истории медицины Алтай включен в календарь мероприятий Демидовского фонда на 2023 год.

Демидовский фонд поддержал идею продолжения нашей патриотической акции «О мире и о войне. Вахта памяти», осуществляемой многие годы журналом «Здоровье алтайской семьи» в партнерстве с Барнаульским заводом АТИ, заслуженным художником РФ, лауреатом Демидовской премии Ильбеком Хайрулиновым (1939-2021 гг.), другими ее участниками. Формируем программу продолжения проекта, открыты к обсуждению.



Демидовский фонд благодарит Андрея Каспришина и Дмитрия Лямзина за предоставленные фотографии.



С уважением,
Ирина Валентиновна Козлова,
президент, почетный член Демидовского фонда