

От редактора

▶ *Что же неожиданно стало предметом детального рассмотрения экспертов Народного фронта, активной дискуссии с участием лидера движения, сопредседателя Центрального штаба Леонида Михайловича Рошаля на упомянутом заседании?..*

Эксперты Народного фронта обратили внимание, что, несмотря на обозначенные Минздравом России планы по повышению мотивации граждан к ведению здорового образа жизни, параллельно **Правительством Российской Федерации** подготовлены поправки в антитабачное законодательство, которые могут свести к нулю результаты межведомственной работы всех уровней и ветвей органов власти по ограничению доступности никотинсодержащей продукции для детей, а также негативно повлиять на достижение стратегических целевых показателей по увеличению доли граждан ведущих здоровый образ жизни, установленных Единым планом по достижению национальных целей развития Российской Федерации.

Речь шла о направленных в Государственную Думу в качестве поправок для рассмотрения во втором чтении проекта Федерального закона «О внесении изменений в ФЗ «О государственном регулировании производства и оборота табачных изделий, табачной продукции, никотинсодержащей продукции и сырья для их производства» и в статью 44 Федерального закона «Об общих принципах организации публичной власти в субъектах Российской Федерации» (указанный законопроект был внесен в Государственную Думу Правительством РФ 25 сентября 2025 года, а 19 ноября 2025 года законопроект был принят Государственной Думой в первом чтении).

В настоящее время при рассмотрении во втором чтении законопроекта предлагается внести поправки в Федеральный закон «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма, последствий потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции» от 23 февраля 2013 года №15-ФЗ значительно ослабив норму по территориальным ограничениям продажи табака и вейпов. **Причем данное положение отсутствовало в одобренной в первом чтении Государственной Думой редакции законопроекта!**

Действующая редакция п.2 ч.7 ст.19 антитабачного закона запрещает продажу табака и вей-



пов «на расстоянии менее чем сто метров по прямой линии без учета искусственных и естественных преград от ближайшей точки, граничащей с территорией, предназначенной для оказания образовательных услуг».

Поправками Правительства России предлагается изложить норму в новой редакции, согласно которой продажа табака и вейпов запрещается:

«2) на расстоянии менее чем 100 метров от входа в здание, строение, сооружение, помещение, предназначенные для оказания образовательных услуг (за исключением услуг дополнительного профессионального образования), до входа в торговый объект, осуществляющий торговлю табачной и никотинсодержащей продукцией, кальянами, устройствами для потребления никотинсодержащей продукции, с учетом искусственных и естественных преград, а в случае, если объект, предназначенный для оказания образовательных услуг, включает в себя также огороженный земельный участок, указанное расстояние определяется от ближайшего входа на территорию огороженного земельного участка».



От редактора

Таким образом, если ранее расстояние между образовательным заведением и вейп-шопом измерялось от ближайшей точки павильона до ближайшей точки здания или территории, то теперь - от входа до входа, что существенно сокращает расстояние.

При принятии данной редакции измерение можно будет проводить от входа в вейп-шоп до входа в школу по пешеходной дорожке (обходным, самым длинным маршрутом). На практике расстояние от школы до павильона по прямой линии может составлять 25 метров. **Это значительно повысит территориальную доступность табачной и никотинсодержащей продукции для молодежи и в целом для всего населения.**

Ничто в проектируемой норме не мешает открыть павильон с табачной и никотиновой продукцией непосредственно рядом с территорией школы, например, с боковой или противоположной стороны от входа. Иными словами, может вернуться ситуация 1990-х годов, когда табачные ларьки располагались непосредственно у школьного забора, вовлекая детей в табачную зависимость.

Кроме того, непосредственно законопроектом предусмотрена возможность после завершения срока действия лицензии продолжать торговлю вейпами и сигаретами у школ в случае, если школа открывается на расстоянии менее 100 метров от магазина, при этом мага-

зин уже имеет лицензию. В законопроекте также установлено, что даже после завершения срока действия лицензии магазин, который находится на расстоянии менее 100 метров от школы, может получить еще одну лицензию на пять лет, невзирая на действующие ограничения. Как говорится «дьявол кроется в деталях»! Можно, казалось бы, махнуть рукой на эти «метры», не существенно, не важно. **Нет!** Если эти нормы так настойчиво хотят изменить, так настойчиво «протаскивают» послабления в антитабачное законодательство, - значит, это кому-то и важно, и нужно! Эксперты говорят о том, что не случайно для размещения таких объектов выбираются локации рядом с учебными заведениями, либо учитывая маршруты с максимальным трафиком от жилых массивов и остановок общественного транспорта к ним.

Приведенные выше положения подготовленных поправок явно противоречат Концепции осуществления государственной политики противодействия потреблению табака и иной никотинсодержащей продукции в Российской Федерации на период до 2035 года и дальнейшую перспективу, а также самому вектору государственной политики страны, определенному Президентом и направленному на сохранение населения России (согласно Указу Президента, одной из национальных целей является сохранение населения, укрепление здоровья и повышение благополучия людей, поддержка семьи).

Народный фронт предложил отклонить поправки Правительства России к законопроекту о регулировании оборота табачной и никотинсодержащей продукции.

Потребление табака и никотина является причиной возникновения заболеваний, приводящих к инвалидности и преждевременной смерти населения, что создает социально-экономическое бремя для системы здравоохранения и общества в целом. Потребление



данной продукции приводит к возникновению многих видов рака, таких, как рак губы, ротовой полости, глотки, пищевода, желудка, поджелудочной железы, трахеи, бронхов, легкого, мочевого пузыря, почек и других органов мочеиспускания, остро-го миелоидного лейкоза и других.

Эффективность любых инициатив должна измеряться не прибылью, а влиянием на здоровье нации и демографию. Потребление табака и никотина является причиной онкологических заболеваний, ряда других хронических неинфекционных заболеваний, являющихся причиной ранней инвалидизации и преждевременной смертности. Это не только создает серьезную дополнительную нагрузку на систему здравоохранения и общество в целом, но и значительной мере нивелирует усилия по стабилизации демографической ситуации в стране.

Тема ограничения продаж табака и никотинсодержащей продукции неоднократно поднималась на мероприятиях Тематической площадки Народного фронта «Здравоохранение», по результатам которых в адрес Правительства Российской Федерации, заинтересованных министерств и ведомств, Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации направлялись предложения, в том числе:

- по обеспечению ежегодного увеличения налоговой ставки акциза на табачную продукцию темпами, опережающими инфляцию;
- по введению запрета на брендинг упаковок сигарет;
- по распространению норм федерального законодательства в сфере защиты от окружающего табачного дыма и последствий потребления табака для обычной табачной продукции на все формы электронных средств доставки никотина, включая электронные средства нагревания табака;
- по введению запрета на использование кальянов (иных подобных курительных принадлежностей) в общественных местах;
- по введению запрета на продажу никотинсодержащей бестабачной продукции несовершеннолетним;
- по введению запрета на рекламу и пропаганду никотинсодержащей бестабачной продукции, а также запрет на пропаганду табака жевательного, насвая и табака сосательного (снюса).



Особое внимание эксперты Народного фронта обращают на предложение передать регионам право самостоятельно решать вопрос о запрете продажи вейпов. Таким образом, запрет на опасную продукцию может быть введен не повсеместно и не одновременно. Возникнет ситуация «лоскутного» запрета, когда в одном регионе вейпы продавать нельзя, а в соседнем - можно. Жители регионов «с запретом» будут закупать вейпы у соседей, что фактически сведет на нет усилия по ограничению потребления табака, формированию приверженности здоровому стилю жизни на территориях которые уже приняли такие решения.

Эксперты Народного фронта считают, что решение о запрете продажи вейпов и никотинсодержащей продукции следует незамедлительно принять на федеральном уровне, как это уже сделано в ряде других стран, без каких-либо «оговорок», допускающих отсрочивание его введения.

С 2018 года Народный фронт последовательно контролирует исполнение за-

конодательства и выступает с инициативами, направленными на сохранение и укрепление здоровья граждан, стоит на страже любых попыток «протащить» послабления для нарушителей в этой сфере. Так, эксперты неоднократно предлагали распространить нормы антитабачного закона на все формы электронных средств доставки никотина, запретить использование кальянов в общественных местах, запретить продажу никотинсодержащей продукции несовершеннолетним, а также ввести полный запрет на ее рекламу и пропаганду.

Как иллюстрация эффективности такого рода запретительно-просветительных мер, - **введенный по инициативе экспертов Народного фронта почти 20-летний запрет на продажу пива на стадионах, который показал позитивные результаты:** постепенно исчезает стереотип о связи спортивного зрелища с пивом, снижается количество конфликтов на стадионах, а дети реже привыкают к виду пьющих взрослых.

Необходимо отметить, что в 2021 году данные об электронных системах доставки никотина впервые были включены в доклад ВОЗ «О глобальной табачной эпидемии». Сегодня более 40 стран

(с охватом населения 2,5 миллиарда человек) запретили вейпы. Еще 79 стран (3,2 миллиарда человек) приняли ограничительные законодательные меры.

Эксперты Народного фронта осуществляют системную деятельность по общественному контролю в сфере ограничения потребления табака и никотинсодержащей продукции. **Эта работа сочетает два взаимосвязанных уровня: федеральный** (экспертная проработка законодательных инициатив) **и региональный** (мониторинг фактического исполнения запретов, выявление нарушений и доведение результатов до контрольно-надзорных органов).

Особого внимания заслуживает региональный контур работы. С 2015 года в субъектах Российской Федерации проводится всероссийский мониторинг соблюдения антитабачного законодательства, прежде всего в части продажи табачной продукции вблизи образовательных учреждений и несовершеннолетним. Наиболее частым предметом мониторинга является продажа табачной продукции вблизи школ и детских садов, что напрямую влияет на профилактику раннего вовлечения детей в потребление никотина. Результаты этой работы зафиксированы во многих регионах:

► в *Республике Коми* активисты Народного Фронта выявляли нарушения требований о запрете продажи табачной продукции вблизи образовательных учреждений; по выявленным фактам были наложены штрафы;

► в *Алтайском крае* по итогам проверок часть торговых точек прекратила продажу сигарет, а вопрос соблюдения нормы был жестко поставлен перед контрольно-надзорными органами и органами местного самоуправления;

► в *Республике Северная Осетия - Алания* проводились проверки магазинов вблизи школ и детских садов;

► в *Иркутской области* проверено 17 магазинов, расположенных ближе 100 метров от границ учебных заведений, выявлены факты продажи сигарет;

► в *Калининградской области* из 12 проверенных магазинов нарушения выявлены в 8, в 3 точках после проверки табачные изделия были сняты с продажи;

“Здоровая семья – это здорово!”

Ноябрь - месяц активных действий по ограничению курения
“Брось сигарету! Начни с себя”
в Ленинском районе города Барнаула

По инициативе:
члена Совета Федерации от Алтайского края
Ю.В. Шамкова;
краевого медико-социального журнала
«Здоровье алтайской семьи», главный редактор **И.В. Козлова;**
АКОО «Алтайское краевое научное общество кардиологов», председатель - главный кардиолог края, профессор **Г.А. Чумакова;**
АКОО «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников Алтайского края», президент - **Л.А. Плигина;**
Общественной палаты Алтайского края, председатель Совета - **П.М. Тулин;**
Дворца культуры города Барнаула, директор - Заслуженный деятель культуры РФ **Л.Г. Ильина.**

В программе итогового мероприятия:
открытие выставки дипломантов конкурса и подведение итогов конкурса «Папа, мама – не кури!» среди детей, посещающих детские дошкольные учреждения Ленинского района, награждение дипломантов и лауреатов конкурса;
встреча участников акции «Вырасти дерево - 2003 год!»;
гала-концерт творческих коллективов Ленинского района;
торжественные проводы делегации Ленинского района на итоговое мероприятие краевого месячника «Брось сигарету! Начни с себя», которое состоится 30 ноября в Краевом театре музыкальной комедии.

Итоговое мероприятие месячника пройдет во Дворце культуры города Барнаула 23 ноября 2011 года



► в *Брянской области* мониторинг охватил около 20 городских школ, нарушения выявлены примерно у трети объектов.

Аналогичные мероприятия с конкретными правоприменительными результатами проведены в Нижегородской области, Республике Башкортостан, Еврейской автономной области и других субъектах.

Таким образом, региональный общественный контроль не ограничивается разовой фиксацией проблемы: он включает повторные проверки и сопровождение вопроса до прекращения нарушения.

Сочетание федеральной экспертной работы и регионального мониторинга позволяет рассматривать деятельность Народного фронта как устойчивый механизм общественного контроля, направленный на обеспечение фактического исполнения Федерального закона №15-ФЗ. Эксперты обращают внимание на такой довольно неприятный аспект, как **распространенность табакокурения в медицинской среде!**

Справедливости ради нужно сказать, что и мы несколько ослабили такую работу, как на страницах нашего журнала, так и на различных общественных площадках. Как-то переключились на другие темы, расслабились...

Очень насыщенными в этом плане у нас конкретно были 2009-2011 годы. В рамках проекта «Здоровая семья - это здорово!» проводили системную работу по профилактике табакокурения и употребления алкоголя, в которой наряду с широким кругом активистов-общественников принимали участие и политики, и государственные структуры, учреждения культуры, образования. Тематические публикации в журнале, специальные его выпуски «Алкоголь - вкрадчивый враг», «Брось сигарету! Начни с себя» и одноименный месячник активных действий, завершившийся многолюдными форумами с работой нескольких площадок, - безусловно, играли свою позитивную роль.

Работу продолжим! ☺

**Ирина Валентиновна Козлова,
главный редактор,
сопредседатель регионального штаба НФ,
заместитель председателя
Общественной палаты Алтайского края**

Использованы иллюстрации из публикаций в журнале «Здоровье алтайской семьи» по программе «Брось сигарету! Начни с себя» в рамках проекта «Здоровая семья - это здорово!», 2003-2026 годы.

Официально

Наказание за продажу нелегального табака

Президент России Владимир Путин подписал закон, вводящий штрафы за нарушение правил продажи табачной и никотинсодержащей продукции.

Принятый закон предусматривает административные санкции за реализацию табачных изделий с нарушением установленных пределов цен и сроков годности. Так, запрещается продажа табака и вейпов ниже минимальной или выше максимальной розничной цены после получения уведомления из государственной системы мониторинга маркированных товаров.

Размер штрафа зависит от количества проданных за один день в одном магазине единиц товара. За продажу до 100 единиц предусмотрен штраф 5 тысяч рублей, от 101 до 1000 единиц - 50 тысяч рублей, свыше 1000 единиц - 500 тысяч рублей.

Также закон вводит ответственность за продажу табачной продукции с истекшим сроком годности после уведомления из системы мониторинга. Индивидуальные предприниматели должны будут уплатить 10 тысяч рублей за каждую просроченную единицу, юридические лица - 20 тысяч рублей за штуку.

Наказание предусмотрено и для продавцов, не зарегистрированных в системе мониторинга. Если через одну кассу за месяц продано более 10 единиц продукции без регистрации, штраф составит 50 тысяч рублей.

ГОСТ для вейпов обновили

В России утвержден обновленный ГОСТ для вейпов. Документ ограничивает объем жидкости и срок годности и запрещает изображать на упаковке вымышленных персонажей.

На упаковке и в дизайне вейпов нельзя использовать не только анимационных, но и вымышленных героев. Также как нельзя изготавливать и сами устройства в форме игрушек, сладостей и напитков.

Объем жидкости для картриджей не должен превышать 2мл, для одноразовых электронных сигарет - не более 10мл, для флаконов для заправки - не более 30мл. Максимальный срок годности для вейпа - два года. Новый ГОСТ вводит требование размещать на упаковках предупреждающие надписи. Они должны занимать не менее 30% ее площади. Также в документе есть раздел с методикой определения объема жидкости и правилами испытаний, что позволит сделать контроль более точным.

Продажу вейпов несовершеннолетним в России запретили в апреле 2023 года. В начале 2025 года ответственность за продажу вейпов детям и подросткам была ужесточена.



Процедура аккредитации специалиста будет упрощена?

Медики и фармацевты представляют почти одинаковые пакеты документов для аккредитации специалиста и присвоения квалификационной категории. Последняя подтверждает уровень профессиональных знаний и навыков. Правительство предложило продлевать аккредитацию при получении категории по той же специальности.

Исключить формализм

Работать в медицине или фармацевтике имеют право те, кто получил медицинское, фармацевтическое или иное образование в российских организациях и прошел аккредитацию. Запись об этом должна быть в единой государственной информсистеме в сфере здравоохранения для персонифицированного учета.

«Квалификационная категория является показателем, определяющим уровень профессиональных знаний и навыков специалистов, проводится очно (с использованием дистанционных технологий), включает также этапы тестирования и собеседования. В свою очередь, периодическая аккредитация проводится в один дистанционный этап - оценки портфолио и сводится к формальной проверке документов работников», - говорится в пояснительной записке к законопроекту.

С учетом того, что на обоих этапах требуются примерно идентичные комплекты бумаг, в Правительстве сочли возможным продлевать право на работу - аккредитацию специалиста при получении квалификационной категории по той же специальности или

должности на пять лет с даты внесения в Единую систему данных о ее присвоении.

Изменения предусматривают, что вопросы аттестации будет регулировать соответствующее положение Минздрава России. Это позволит установить регламент процедуры, а также создания и работы аттестационной комиссии, требования к площадкам для проведения аттестации и решить другие связанные с этим нюансы.

Добавить полномочий Минздраву

В случае принятия законопроекта увеличится количество медицинских и фармацевтических работников, имеющих квалификационную категорию, уверены его авторы. Кроме того, на основании результатов аттестации проведут дифференциацию оплаты труда.

Еще одна новация связана с информацией о лицах, занимающихся медицинской и фармацевтической деятельностью. Ее планируют дополнить сведениями о квалификационной категории, соответствии полученного образования требованиям, об основаниях допуска к работе после обучения за рубежом, о допуске на должности врачей-стажеров тех, кто учится по программам ординатуры по одной из специальностей укрупненной группы специальностей «Клиническая медицина».

Такие данные будут способствовать ведению личного кабинета в Единой системе, более прозрачному процессу формирования бумаг для аккредитации и допуска к работе, следует из пояснительной записки.

В законопроекте отмечается, что **разумно полностью прекратить выдачу свидетельства об аккредитации на бумаге.** Единую форму выписки о ее прохождении предложит Минздрав РФ, для этого его хотят наделить необходимыми полномочиями.

По словам председателя Комитета Государственной Думы по охране здоровья Сергея Леонова, *«аттестация - это получение квалификационной категории. И врач путем аттестации ее подтверждает. Если специальность, по которой он работает, совпадает с его специальностью, по которой он должен проходить аккредитацию, то эта аттестация засчитывается в счет аккредитации».*

Это большой плюс для врачей, потому что нужно собирать меньше бумаг, меньше заниматься бюрократическими процедурами, подчеркнул депутат. А значит, больше времени посвящать своей профессиональной деятельности. ☺





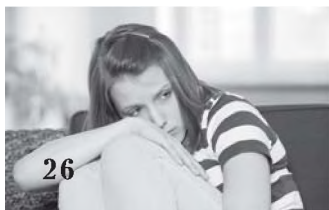
8

**Жизнь
с бронхиальной
астмой**



16

**Нарушение осанки
у детей**



26

**Когда поведение
ребенка -
это не просто
«характер»**



30

**Календарь
для аллергиков**

ОТ РЕДАКТОРА

Брось сигарету! Начни с себя. Поддержи друга! 1-5

Процедура аккредитации специалиста будет упрощена? 6

НАЦПРОЕКТ "ПРОДОЛЖИТЕЛЬНАЯ И АКТИВНАЯ ЖИЗНЬ"

Д.В. Петрова. Жизнь с бронхиальной астмой 8-14

«Индекс курения» и риск ХОБЛ 14-15

ЗА СЧАСТЛИВОЕ ЗДОРОВОЕ ДЕТСТВО!

А.Е. Мурашко. Нарушение осанки у детей 16-18

Новости здравоохранения России 19

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

Е.С. Осина. Пройдите диспансеризацию! 20

А.Д. Сидорова. Цифровая трансформация
скорой медицинской помощи 21-23

И.Н. Толстова, А.Ю. Хрисанов.

«Клятва юного помощника скорой помощи» 24-25

ЧЕЛОВЕК ПОД МАСКОЙ СВОЕЙ БОЛЕЗНИ

А.А. Ефремов.

Когда поведение ребенка - это не просто «характер» 26-29

Календарь для аллергиков 30-33

Как помочь суставам при занятиях спортом 34-35

Новости здравоохранения России 35

ЗА СЧАСТЛИВОЕ ЗДОРОВОЕ ДЕТСТВО!

Е.С. Бодрова. Первые шаги к большим победам.

Когда нужно обратиться в отделение ранней помощи? 36-37

Комары, аскариды и мыши. Чем можно заразиться весной 38-39

НАЦПРОЕКТ "ПРОДОЛЖИТЕЛЬНАЯ И АКТИВНАЯ ЖИЗНЬ"

Н.Г. Целок. Ведение пациента со старческой астенией 40-42

А.А. Коломиец. Боевая травма мирного времени 43-44

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№04 (268) апрель 2026 г.

Лауреат Губернаторской премии
среди СМИ по итогам 2003 года

Почетная грамота
Союза журналистов России

Благодарность от Управления
Алтайского края
по физической культуре и спорту

Почетная грамота Правительства
Алтайского края, 2017 год

Регистрационный номер ПИ-12-1644 от
04.02.2003 г., выданный Сибирским окружным
макрорегиональным территориальным
управлением Министерства РФ по делам
печати, телевидения и средств массовых
коммуникаций

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

Время подписания в печать:
по графику - 14:00 29.04.2026 г.,
фактически - 14:00 29.04.2026 г.
Дата выхода: 30.04.2026 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» -

Адрес издателя: 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: lebolel@mail.ru. Группа ВКонтакте: <https://vk.com/lebolel>.

Архивные материалы журнала на сайте:

<https://www.zdravaft.ru/> и <https://ait-hospital.ru/>

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.

Подписной индекс в каталоге "Почта России" - ПР893

В номере использована информация с сайта www.rpr.ru, фото из архива авторов, редакции и открытых источников сети интернет



Жизнь с бронхиальной астмой



Дина Владимировна ПЕТРОВА,

кандидат
медицинских наук,
заведующий отделением
пульмонологии,
врач-пульмонолог
высшей квалификационной
категории,
КГБУЗ «Краевая
клиническая больница»

Астма в переводе с греческого означает «тяжелое дыхание».

Упоминание о ней можно найти еще в поэмах Гомера. В то время астмой именовали все заболевания, сопровождающиеся одышкой, включая одышку сердечного (кардиальная астма) и лёгочного генеза.

Вынужденное положение больного во время приступов удушья - сидя с прямой спиной и фиксированным плечевым поясом - впервые описал **Гиппократ** в трактате «О священной болезни». Правда, в этой работе он поставил больных с приступами бронхиальной астмы в один ряд с больными с эпилепсией из-за внезапного характера возникновения приступов той и другой болезни.

В I веке до нашей эры **Артеий Каппадокийский** разделил астму на две формы болезни, и связал одну из них с болезнью сердца, а вторую, которая провоцируется холодным влажным воздухом и сопровождается спастическим затруднением дыхания и хрипами, - с заболеванием лёгких.

Первым шагом к современной классификации бронхиальной астмы, подразделяющей заболевание на две формы - аллергическую и неаллергическую, была классификация **Ван Гельмонта**, который в XVII веке выделил «мокрую» и «сухую» формы астмы, учитывая наличие откашливаемой мокроты. Он также отметил, что приступы астмы провоцируются пылью и резкими запахами, а также впервые провел параллель между одновременным наличием у человека астмы и дерматита - различными клиническими проявлениями аллергической реакции.

Полностью аллергическая теория бронхиальной астмы сформировалась только к началу XX века.

Что такое бронхиальная астма

Бронхиальная астма (БА) - гетерогенное заболевание, которое характеризуется хроническим воспалением дыхательных путей, наличием респираторных симптомов, таких, как свистящие хрипы, одышка, заложенность в груди и кашель, которые варьируют по времени и интенсивности, и проявляются вме-

сте с вариабельной обструкцией дыхательных путей.

Простыми словами это можно изложить так: **астма - неинфекционное хроническое воспалительное** (чаще всего аллергического характера) **заболевание проводящих дыхательных путей** (бронхов), при котором в результате воспалительного процесса, который приводит к сужению бронхов из-за утолщения их внутренней стенки и бронхоспазма, **нарушается проходимость воздуха по воздухоносным путям**, что клинически проявляется свистящим дыханием, одышкой, заложенностью в груди и кашлем.

Бронхиальной астмой, по оценкам ВОЗ, болеет каждый десятый житель планеты. В детском возрасте бронхиальная астма распространена больше.

Возникнуть заболевание может в любом возрасте, но примерно у половины больных бронхиальная астма развивается до 10 лет, а еще у трети - до 40 лет. Есть фенотип поздно возникшего заболевания, которое развивается чаще у женщин к 40-50 годам. Среди детей, больных бронхиальной астмой, - мальчиков в два раза больше, чем девочек, но к 30-40 годам соотношение полов выравнивается.

С середины 1980-х годов наблюдался рост заболеваемости бронхиальной астмой, что связывали с загрязнением окружающей среды, изменением характера питания и малоактивным образом жизни. В последние же годы прослеживается снижение заболеваемости астмой, что объясняется успехами базисной терапии.

К счастью, **большинство пациентов, страдающих бронхиальной астмой, хорошо отвечают на традиционную терапию**, достигая контроля заболевания. Однако около 20-30% пациентов имеют трудные для терапии варианты течения: фенотипы БА (тяжелая атопическая бронхиальная астма; бронхиальная



астма, связанная с ожирением; астма курильщиков, поздновозникшая бронхиальная астма; бронхиальная астма с фиксированной бронхиальной обструкцией) и может быть рефрактерна к традиционной терапии. У таких больных отмечается высокая частота обострений и обращений за неотложной медицинской помощью.

Благодаря успехам современной медицины и появлению широкого спектра новых препаратов и методик для лечения бронхиальной астмы, **смертность от нее невысока** и, например, в США она составляет 0.3 на один миллион населения.

В большинстве случаев при этой болезни летального исхода можно избежать, если лечить заболевание должным образом.

Причины развития бронхиальной астмы

Бронхиальная астма - генетически предопределенное заболевание. Почти у трети больных заболевание носит наследственный характер. Часто встречаются случаи астмы у детей, родители которых больны астмой, или даже случаи БА сразу в нескольких поколениях одной и той же семьи.

Внутренние факторы, предрасполагающие к развитию бронхиальной астмы:

- *генетическая предрасположенность* к атопии и бронхиальной гиперреактивности,

- *пол* - в детском возрасте БА чаще развивается у мальчиков, в подростковом и взрослом - у женщин,

- *ожирение* - по данным различных исследований, у детей, которые страдают от ожирения, риск развития бронхиальной астмы увеличивается на 52%.

Внешними факторами развития БА являются:

- ◆ *аллергены,*
- ◆ *инфекционные агенты* (преимущественно вирусные),

- ◆ *вредные профессиональные факторы и аэрополлютанты:* озон, диоксиды серы и азота, про-



дукты сгорания дизельного топлива, табачный дым (активное и пассивное курение). Например, по данным девятилетнего эпидемиологического исследования ECRHS-II, включавшего 6588 здоровых лиц, был сделан вывод, что от 3 до 6% новых случаев заболевания астмой провоцируются воздействием поллютантов. Десятилетнее исследование ECRHS в 10 странах Евросоюза показало, что моющие средства для пола и чистящие аэрозоли содержат вещества, провоцирующие астму у взрослых - и с применением этих средств связывают около 18% новых случаев;

- ◆ *диета.* Люди, которые употребляют продукты растительного происхождения, богатые витаминами, клетчаткой, антиоксидантами, имеют тенденцию к более благоприятному течению бронхиальной астмы, в то время как употребление продуктов животного происхождения, богатых жирами, белками и рафинированными легкоусвояемыми углеводами, связано с тяжелым течением заболевания и частыми обострениями.

Астма нередко проявляется *при недостатке витаминов В1 и D.*

Пусковым фактором развития заболевания или его обострения являются *триггеры:* холод, резкие запахи, физическое напряжение, химические реагенты, аллергены, лекарственные препараты, вирусные и бактериальные инфекции, стресс.

Возникнуть бронхиальная астма может в любом возрасте, но примерно у половины больных заболевание развивается до 10 лет, еще у трети - до 40 лет.

Есть фенотип поздно возникшего заболевания, которое развивается чаще у женщин к 40-50 годам.





Симптомы бронхиальной астмы

Характерными симптомами бронхиальной астмы являются приступы удушья, свистящие хрипы, одышка, чувство заложенности в груди и кашель.

Симптомы переменны по времени и интенсивности и часто ухудшаются ночью или рано утром.

Вероятно заподозрить бронхиальную астму, ответив на следующие вопросы:

1. Бывают ли у вас приступы или повторяющиеся приступы свистящих хрипов?

2. Бывают ли у вас мучительный кашель, свистящие хрипы по ночам с последующим просыпанием?

3. Бывают ли у вас свистящие хрипы, нехватка воздуха (одышка) или кашель после физической нагрузки?

4. Бывают ли у вас свистящие хрипы, стеснение в грудной клетке или кашель в результате воздействия аэроаллергенов или поллютантов?

5. Наступает ли у вас облегчение в результате противоастматического лечения (после использования бронхолитических препаратов, таких, как сальбутамол или беродуал, препаратов, которые содержат глюкокортикоидные гормоны)?

Если вы отмечаете наличие этих симптомов у себя, то вам нужно незамедлительно обратиться к терапевту или пульмонологу!

И, наоборот, **если вы положительно отвечаете на эту группу вопросов, то бронхиальная астма у вас менее вероятна:**

1. Сопровождается ли возникновение чувства затрудненного дыхания выраженными головокружениями, потемнением в глазах, парестезиями?

2. Беспокоит ли вас хронический продуктивный кашель при отсутствии свистящих хрипов или удушья?

3. Беспокоит ли вас изменение голоса?

4. Возникают ли симптомы исключительно на фоне простудных заболеваний?

5. Возникли ли респираторные симптомы на фоне большого стажа курения?

6. Есть ли у вас значимые заболевания сердца?

Для верификации диагноза проводятся **дополнительные обследования:** анализы крови, мокроты, ЭКГ, рентген и спирография - исследование функции внешнего дыхания.

Лечение бронхиальной астмы

Несмотря на всю древнюю историю заболевания, настоящее лекарственное средство для его лечения впервые было применено только в 1905 году. Это был адреналин, использовавшийся для купирования приступов удушья.

Широко известные и поныне используемые кортикостероиды начали применять только в 1950-х годах, а современные ингаляторы для купирования приступов удушья, типа сальбутамола и беротека, вошли в широкое применение в 1960-е годы. Ингаляционные кортикостероиды, без которых сейчас немыслимо лечение бронхиальной астмы, пришли в пульмонологию в 1980-х годах.

Симптомы бронхиальной астмы переменны по времени и интенсивности и часто ухудшаются ночью или рано утром.



В настоящее время основной формой для лечения бронхиальной астмы являются ингаляторы, которые могут содержать различные лекарственные вещества или их комбинации.

Первые карманные ингаляторы для лечения бронхиальной астмы содержали **бронхорасширяющие средства** (бронхолитики) **короткого действия**. Это вещества, подобные адреналину, призваны быстро купировать приступ удушья. Сейчас самым известным таким ингалятором является сальбутамол. В отличие от адреналина, сальбутамол обладает избирательным действием на рецепторы, находящиеся в бронхах, и лишен таких побочных эффектов, как действие на сосуды и сердце, которые есть у адреналина.

Следом появились **ингаляторы, содержащие ингаляционные стероиды**. Сейчас они являются основными препаратами для лечения бронхиальной астмы. Системные стероиды применяются только в тяжелых случаях и в настоящее время не рекомендованы для постоянной терапии. Действительно, системное применение глюкокортикоидов (ГКС) влечет за собой массу побочных эффектов: повышение артериального давления, массы тела, отеков, уровня глюкозы в крови, остеопороза, язвенной болезни желудка, катаракты и т.д. **Ингаляционные препараты** лишены этих эффектов, так как они не обладают системным воздействием и доза их поступления в организм минимальна. Их не надо бояться, они **не вызывают привыкания. Они уменьшают воспаление в дыхательных путях и симптоматику**. К ним надо относиться также, как больные с сахарным диабетом относятся к своей сахароснижающей терапии, а больные с сердечно-сосудистыми заболеваниями - к своей гипотензивной и кардиальной терапии. Ни психической, ни физической зависимости ингаляторы не вызывают.

В 2000 году на рынок вышли ингаляторы, которые содержали вещество, напоминающее продленную



Антикварный карманный ингалятор

форму сальбутамола. Это были **бронхорасширяющие препараты**, которые начинали действовать не так быстро, как сальбутамол, зато длительно, и **в течение 8-12 часов могли защищать бронхи от спазма**.

Сейчас в арсенале средств для лечения бронхиальной астмы есть многочисленные **комбинированные ингаляторы**, содержащие сразу два и даже три различных противоастматических компонента, которые действуют синергично, оказывая одновременно противовоспалительное и бронхорасширяющее действие. Такая форма выпуска очень удобна и эргономична, так как пациенту вместо целого паке-



В 1864 году появился «паровой распылитель Зигеля», работающий по принципу нагревания от спиртовой горелки и ознаменовал собой начало эпохи терапии небулайзерами

Антикварный небулайзер



Нацпроект «Продолжительная и активная жизнь»

Современный карманный бронхорасширяющий ингалятор



та ингаляторов и таблеток необходимо иметь только один ингалятор, который обычно используется один или два раза в сутки, тем самым делая прием лекарства более понятным и удобным.

Современные ингаляторы теперь могут быть обязательно аэрозольными, но и порошковыми.

Современный аэрозольный ингалятор



Кроме ингаляторов существуют еще и таблетки, и уколы для лечения бронхиальной астмы.

Таблетки - это антилейкотриеновые препараты, оказывающие противоаллергическое и противоастматическое действие. Они широко применяются, особенно в детском возрасте.

Уколы содержат в себе иммунобиологические препараты. Они назначаются по строгим показаниям пациентам с тяжелым, осложненным течением бронхиальной астмы. Такое лечение не начинают, не исчерпав все другие возможности лечения.

Течение заболевания

Бронхиальная астма является хроническим заболеванием и поэто-

Мультидиск (порошковый ингалятор 3-го поколения)



му термин «излечимое» к ней применять не корректно. Также, как и все другие хронические болезни: например, сахарный диабет, гипертония, - они, единожды начавшись, могут сопровождать человека всю жизнь.

У хронических заболеваний бывают периоды обострений и ремиссии. **Ремиссия** при этом может быть как **медикаментозной**, то есть на фоне регулярного приема препаратов симптомы заболевания отсутствуют и человек чувствует себя здоровым, а единственным напоминанием о болезни является необходимость регулярного приема медикаментов.



Также ремиссия может быть **спонтанной**, даже в отсутствие какого-либо лечения.

Бронхиальная астма является очень варибельным заболеванием. Она может быть различной по тяжести течения заболевания. К счастью, ведущее место в структуре бронхиальной астмы занимает легкая форма болезни. На нее приходится от 50 до 75% всех случаев.

Степень тяжести заболевания может быть различной не только у разных людей, но и у одного человека в разные временные промежутки.

Аэрозольный трехкомпонентный ингалятор со счетчиком доз



Изменчивость течения бронхиальной астмы определяет и гибкий подход к ее терапии. Если на фоне лечения у человека бронхиальная астма остается неконтролируемой, то есть ее симптомы возникают более двух раз в неделю, то следует пересмотреть схему лечения и усилить ее. Если же на фоне проводимой терапии у человека отсутствуют симптомы на протяжении трех месяцев, то необходимо пересмотреть лечение в сторону его уменьшения. Возможно легкое течение астмы, когда врачи могут и не назначить постоянного лечения, но в таком случае обязательно нужно иметь ингалятор, который содержит и бронхорасширяющий компонент для снятия симптомов аст-

Порошковый ингалятор со счетчиком доз



мы при их возникновении, и одновременно противовоспалительный (гормональный), потому что, если у человека начинаются астматические проявления, значит, воспалительный процесс в бронхах по какой-то причине усилился, и необходимы средства для его купирования.

Реабилитация

Реабилитация пациентов с бронхиальной астмой в первую очередь вклю-



Работа Астма-школы



▲ чает в себя обучение пациентов. Такие образовательные программы известны как «Астма-школа». Занятия в них обычно проводит врач-пульмонолог. На таких уроках пациентам немедицинским языком рассказывают о самом заболевании, его причинах, вариантах течения, возможностях современной терапии. Пациентам объясняют, из-за чего может развиваться приступ удушья, какие механизмы лежат в его основе, как его можно предотвратить своими силами, обучают приемам самопомощи. Обязательно происходит знакомство с ингаляторами и подробно изучается техника пользования ими.

Также при бронхиальной астме широко применяется **физическая реабилитация**, которая улучшает сердечно-легочную функцию. Аэробные нагрузки, плавание, тренировка инспираторной мускулатуры с пороговой дозированной нагрузкой улучшают течение бронхиальной астмы.

Широко применяются также различные виды **дыхательной гимнастики**.

Русский советский писатель Константин Паустовский отмечал, что «астма - это когда ходишь в четверть шага, думаешь в четверть мысли, работаешь в четверть возможности и только задыхаешься в полную мощь». К сожалению, в годы жизни Константина Георгиевича еще не было эффективных средств для лечения бронхиальной астмы. **Сейчас астма не является приговором больному, и при обучении и рациональном лечении она вполне может быть спутником вашего благополучного долголетия!** ☺

«Индекс курения»

**Опасно ли, если при выходе на холод из теплого помещения возникает или усиливается кашель?
О чем говорит утренний кашель, если человек курит?
Какие тревожные симптомы, связанные с кашлем, требуют немедленного обращения к врачу?**

Кашель может быть связан с несколькими факторами. Зимний период и ранняя весна - это пик респираторных инфекций. Холодный воздух сам по себе раздражает дыхательные пути.

Но есть и тревожные сигналы, которые нельзя игнорировать.

Опасный кашель

Хронический утренний кашель у курильщиков. Если вы курите и каждое утро откашливаетесь, - это не норма. Так называемый «кашель курильщика» - это ранний признак хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). Многие к кашлю привыкают и не обращают на него внимания, а болезнь тем временем прогрессирует.

Кашель с изменением цвета мокроты. Если появилась мокрота - это также может говорить о ХОБЛ. Если мокрота изменила цвет с прозрачной или белой на желтую, зеленую или коричневую - это признак бактериальной инфекции, требующее немедленного лечения. Для людей с ХОБЛ это особенно опасно.

Кашель, сопровождающийся одышкой. Одышка при обычных действиях, без особой нагрузки - подъеме по лестнице, быстрой ходьбе, переодевании - это всегда тревожный признак. Если кашель сочетается с затрудненным дыханием, это может указывать на серьезные проблемы с легкими или сердцем.

Кашель, длящийся более восьми недель. Бывает, что после перенесенного ОРВИ остаточный кашель может держаться даже месяц и больше, хотя человек уже чувствует себя вполне здоровым. Но иногда длительно сохраняющийся кашель указывает на серьезные проблемы. Хроническим считается кашель, который продолжается дольше восьми недель. Это может быть признаком ряда заболеваний, включая ХОБЛ. Такой



и риск ХОБЛ

кашель требует обязательного обследования.

Кашель со свистящим дыханием. Свистящий звук при дыхании (хрипы) указывает на сужение дыхательных путей. Это тоже является характерным признаком ХОБЛ.

Кто в зоне риска

По данным исследований, ХОБЛ развивается у каждого второго курильщика с большим стажем.

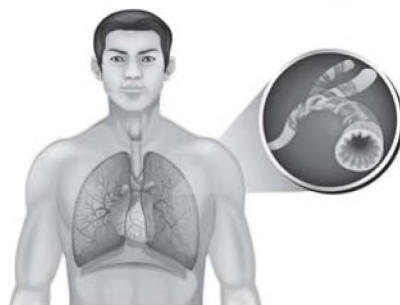
Риски можно определить, рассчитав **«индекс курения»** (количество выкуриваемых пачек в день, умноженное на количество лет курения). В группу высокого риска попадают те, у кого индекс равен или выше 10. То есть, выкуривая одну пачку в день в течение 10 лет, уже можно с высокой вероятностью предположить, что у человека велик риск развития ХОБЛ.

К врачу немедленно!

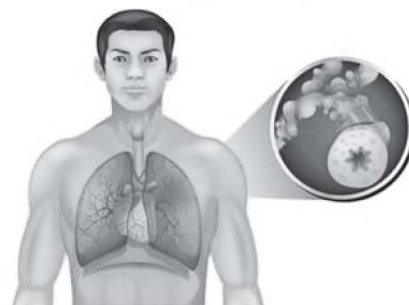
Немедленно вызывайте скорую помощь, если:

▶ кашель сопровождается невозможностью дышать,

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)



Здоровые бронхи



Воспаленные бронхи

Как ХОБЛ влияет на дыхание?



- ▶ появилась синюшность губ или кончиков пальцев,
- ▶ наблюдается учащенное сердцебиение,
- ▶ появилась спутанность сознания,
- ▶ наблюдается кровохарканье.

Все эти симптомы свидетельствуют об обострении у человека ХОБЛ.

Тяжелые обострения - основная причина смерти пациентов с этим заболеванием.

Как уменьшить риск обострения

В холодную погоду особенно важно защищать дыхательные пути. **Носите шарф, прикрывающий нос и рот, дышите через нос** - он естественным образом согревает воздух. **Избегайте резких перепадов температуры.** И главное - **если вы курите, сейчас самое время бросить.** Это поможет остановить прогрессирование ХОБЛ.

По статистике, в холодное время года смертность от респираторных заболеваний возрастает на 17-20%, причем 31% избыточных смертей связаны именно с болезнями органов дыхания. Поэтому внимательное отношение к любым изменениям в состоянии своей дыхательной системы может буквально спасти вам жизнь. 🌿



Нарушение осанки у детей



**Александр Евгеньевич
МАРУШКО,**

врач-травматолог-ортопед
высшей квалификационной
категории
травматолого-
ортопедическое отделение
КГБУЗ «Алтайский краевой
клинический центр охраны
материнства и детства»

**Осанка - это
привычная поза
непринужденно
стоящего человека,
манера держаться
стоя или сидя.**

С *анатомической стороны* осанка характеризуется формой позвоночника, грудной клетки, взаимным расположением головы, туловища, плечевого пояса, таза, рук и ног, а также развитием и состоянием мускулатуры.

С *физиологической стороны* осанка является своеобразным навыком, сочетанием условных рефлексов, обеспечивающих сохранение привычного положения тела.

Осанка формируется к 6-7 годам. Правильная осанка обеспечивает наиболее рациональное положение тела. Физиологические изгибы позвоночника играют роль рессоры, позволяют смягчать толчки при ходьбе и беге и снижать нагрузку на костные структуры позвоночника. Прямое положение головы и одинаковые очертания шейно-плечевой линии, одинаковый уровень лопаток, симметричность треугольников талии, средние положение линии позвонков, одинаковая длина нижних конечностей, правильное симметричное положение стоп и нормальные физиологические изгибы позвоночника являются **структурой правильной осанки**.

Функциональное изменение структуры правильной осанки приводят к ее изменениям. Проявляется оно разнообразными жалобами.

Жалобы при нарушениях осанки

При нарушениях осанки могут возникать различные жалобы, которые зависят от типа, степени выраженности и прогрессирования патологии:

- часто встречаются **неловкость, неумение** справиться с упражнениями на координацию движений, равновесие, не удаются игры с мячом;
- чувство **усталости**, особенно после малоподвижных занятий;
- нежелание активно двигаться, **вялость**, либо, наоборот, неспособность «усидеть на месте»;

- **раздражительность**, обидчивость, плаксивость;
- **отказ** от физкультурных и спортивных занятий.

Причины нарушений осанки

- ◆ Врожденные и приобретенные **дефекты развития костей** (в том числе рахит);
- ◆ врожденные и приобретенные **изменения структуры** мышц, мышечного тонуса;
- ◆ **нарушения в работе** центральной и периферической **нервной системы**, отражающиеся на тоне мышц (в том числе «родовая травма»);
- ◆ **нарушение** поступления с пищей или всасывания в кишечнике минеральных веществ и белка;
- ◆ **недостаточная двигательная активность** в детском возрасте;
- ◆ **использование неправильных, несимметричных и «порочных» поз** закрепляет возникшее нарушение осанки, делая его трудноисправимым.

Внимание! В положении сидя позвоночник нагружен сильнее, чем когда мы стоим!

НЕПРАВИЛЬНЫЕ ПОЗЫ

Сидение на стуле на подвернутой ноге вызывает скручивание позвоночника в поясничном отделе.

В положении сидя на подвернутой ноге возникает перекося тазового пояса и постепенное формирование разновеликости ног.

Поза сидя со скрученным плечевым поясом способствует развитию бокового искривления позвоночника.

Такие позы вызывают развитие избыточного изгиба назад в грудном отделе позвоночника, уменьшение объема грудной полости, затруднение работы сердца и дыхания.

Привычное неправильное положение стоя с опорой на одну ногу и разворотом туловища в сторону



возникает при нарушениях тонуса мышц и способствует развитию несимметричной осанки со скручиванием туловища.

МЕБЕЛЬ

Неправильно подобранная мебель создает условия для развития заболеваний позвоночника.

Упор ступнями в пол позволяет прижать поясницу к спинке стула и перенести тяжесть тела на крупные мышцы бедра.

Дома вместо стула можно использовать ортопедический мяч, который вынуждает балансировать и позволяет сохранять правильную осанку.

Для снятия напряжения с мышц спины можно использовать валик под поясницу.

Правильное положение тетради на столе уменьшает нагрузку на мышцы плечевого пояса и предотвращает скручивание туловища.

При длительном чтении и списывании необходима подставка (пюпитр), которая поддерживает книгу вертикально, на достаточном расстоянии от глаз, чтобы верхнюю часть туловища не надо было наклонять вперед.

При утомлении необходима физкультминутка. После этого легче занять правильную позу и сохранять ее.

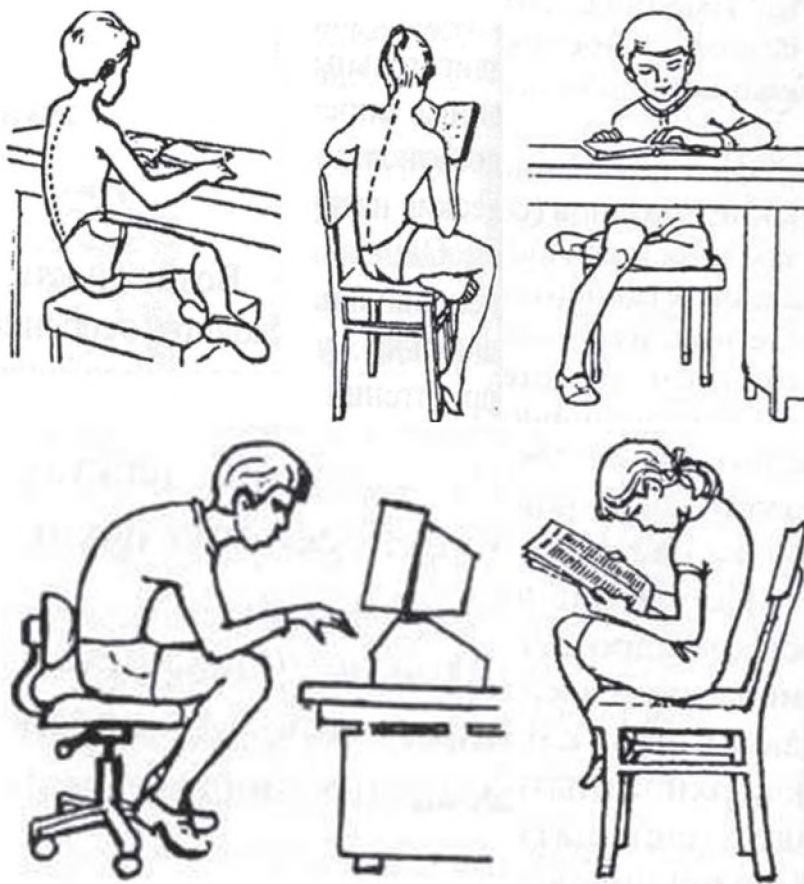
Слишком тяжелый ранец провоцирует неправильное положение туловища стоя и в ходьбе.

Правила лечения нарушения осанки

При легких нарушениях бывает достаточно соблюдать «правила ортопедического режима».

При умеренных нарушениях дополнительно нужны специальные упражнения, тренирующие неправильно работающие группы мышц. Такие упражнения необходимо выполнять не реже трех раз в неделю на протяжении не менее шести недель.

При значительном (тяжелом) нарушении осанки и заболеваниях позвоночника необходимо обследование для выявления причины.



Специальные упражнения (лечебная гимнастика) выполняются ежедневно в течение нескольких месяцев, часто дополнительно требуется назначение массажа и физиолечения.

Занятия спортом, хореографией, плаванием не могут заменить лечебную гимнастику, но могут ее дополнять при правильном выборе вида спорта.

Лечебная гимнастика не принесет эффекта, если не соблюдаются правила ортопедического режима.

Упражнения по выработке правильной позы тела обязательно проводятся под контролем зрения (перед зеркалом).

Нельзя ругать, а тем более наказывать ребенка за неправильную позу.

Массаж и физиолечение без упражнений малоэффективны.

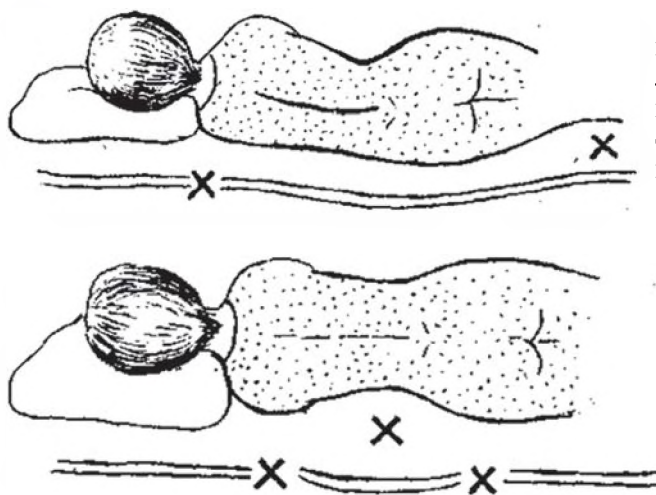
Правильно подобранная постель должна обеспечивать ровное и удобное физиологическое положение позвоночника даже во сне.

Назначение подушки - поддерживать в физиологическом положении

Правильное положение тетради на столе уменьшает нагрузку на мышцы плечевого пояса и предотвращает скручивание туловища.



За счастливое здоровое детство!



▲ шейный отдел, предотвращая нарушение тока крови по позвоночной артерии.

Помните, что использование неправильных, несимметричных и «порочных» поз закрепляет возникшее нарушение осанки, делая его трудноисправимым.

Комплекс упражнений для формирования и закрепления навыка правильной осанки

Исходное положение (ИП) - стоя у стены без плинтуса или гимнастической стенки.

Правильная осанка: затылок, ягодицы, пятки касаются стены.

1. Принять правильную осанку у стены. Удержаться в этом положении с напряжением всех мышц на 4-6 счетов. Вернуться в ИП. Повторить 10 раз.

2. Принять правильную осанку у стены. Отойти от стены на

1-2 шага, сохраняя принятое положение осанки с напряжением на 4 счета. Вернуться в ИП. Повторить 10 раз.

3. Принять правильную осанку у стены. Сделать 2 шага вперед, присесть, вытянув руки вперед, встать. Вновь принять правильную осанку с напряжением мышц. Повторить 10 раз.

4. Принять правильную осанку у стены. Сделать 1-2 шага вперед, расслабить последовательно мышцы шеи, плечевого пояса и туловища. Вновь принять правильную осанку с напряжением мышц. Повторить 10 раз.

5. Принять правильную осанку у стены. Приподняться на носки, удерживаясь в этом положении 3-4 секунды. Вернуться в ИП. Повторить 10 раз.

ИП - лёжа на спине в правильном положении (голова, туловище, ноги располагаются по прямой линии, проходящей через вертикальную осевую линию тела, руки прижаты к туловищу).

1. Приподнять голову и плечи, взглядом проверить правильное положение тела, вернуться в ИП. Повторить 6-8 раз.

2. Прижать поясницу к полу. Встать, принять правильную осанку, сохраняя в пояснице то же напряжение, что и в положении лёжа. Повторить 6-8 раз.

Упражнения в ходьбе. Исходное положение - стоя.

1. Принять правильную осанку в ИП стоя. Ходьба с изменением направления, остановками, поворотами, различным положением рук и сохранением правильной осанки в течение 1-2 минут.

2. Ходьба с мешочком на голове с сохранением правильной осанки. Выполнить 1-2 круга.



3. Ходьба с мешочком на голове, перешагивая через препятствие (веревку, гимнастическую скамейку), остановки для проверки правильной осанки перед зеркалом или партнером. Выполнить 1-2 круга.

4. Ходьба с мешочком на голове с одновременным выполнением различных движений - полуприсед, высокое поднимание бедра (чередовать 4-8 шага) в течение 1-2 минут. ☺



Наночастицы для лечения депрессии

Томские ученые совместно с коллегами нашли эффективный способ стимуляции нейронов мозга без операции. Разработанные ими наночастицы могут стать основой для терапии депрессии и лечения нейродегенеративных заболеваний.



В современной медицине для нейромодуляции клеток и тканей используют имплантируемые металлические электроды. Однако такая процедура может вызывать ряд осложнений, например, травмировать или инфицировать ткани. В качестве безопасной альтернативы политехники предложили биосовместимые магнитоэлектрические наночастицы. Это класс материалов на стыке материаловедения, физики и биомедицины, обеспечивающий возможность преобразовывать магнитное поле в локализованные электрические импульсы, что позволяет реализовать неинвазивную стимуляцию живых клеток.

Исследования показали, что наиболее перспективными являются наночастицы, синтезированные при температуре 185 градусов. Они в три раза усилили приток ионов кальция в нейроны и активировали на 20% больше нервных клеток по сравнению с аналогичными частицами. Новую технологию можно легко адаптировать под конкретную клиническую задачу: от лечения боли до восстановления после инсульта. В будущем такие наночастицы могут стать основой для терапии депрессии, лечения нейродегенеративных заболеваний (болезни Паркинсона и Альцгеймера), а также восстановления нервных волокон.

MiLEP: щадящая методика удаления аденомы простаты

Ученые Сеченовского университета предложили при удалении аденомы простаты использовать микроинструменты, которые почти не травмируют ткани, тем самым уменьшая риск побочных эффектов.

Хирурги Института урологии и репродуктивного здоровья человека Сеченовского университета применяют технику MiLEP (минимально инвазивная лазерная энуклеация гиперплазии простаты) с 2023 года. Для удаления разросшейся ткани предстательной железы врачи стали использовать более тонкий инструмент - диаметром 22 шарьер (около 7мм) по сравнению с «классическим» инструментарием диаметра 26 шарьер. За два года таким способом прооперировали 300 пациентов - это самый массовый опыт в России.

Если сравнивать новую щадящую методику со стандартной лазерной операцией, эффективность обеих техник оказывается одинаково высокой: скорость мочеиспускания и объем остаточной мочи через месяц и три месяца после операции были сопоставимы. Но побочных эффектов после вмешательства с использованием микроинструментов стало заметно меньше. Частота стрессового недержания мочи после удаления катетера оказалась значительно ниже в



группе MiLEP - 6,5% против 29,5%. То есть риск того, что мужчина не сможет удержать мочу при кашле или чихании (распространенное осложнение), снизился в 4,5 раза. Кроме того, в группе, прооперированной малотравматичным способом, реже возникали стрик-

туры уретры - рубцовые сужения мочеиспускательного канала, которые мешают нормальному оттоку мочи (1,3% против 6,4% при стандартной операции).

Как активировать иммунные клетки при раке

Ученые из Саратовского государственного исследовательского университета совместно с коллегами из Сколтеха и ряда других вузов разработали метод фототермической иммунотерапии для лечения онкозаболеваний.



Исследователи научились менять режим работы иммунных клеток внутри опухоли. При онкологических заболеваниях особые иммунные клетки - макрофаги - не защищают организм, а «дезориентируются» и начинают «играть» на стороне болезни: подавляют иммунный ответ, стимулируют рост сосудов и помогают опухоли распространяться. Чтобы вернуть эти клетки к нормальному поведению, ученые разработали особую терапию.

В опухоль вводятся особые светочувствительные микрокапсулы с действующим веществом, а затем новообразование подвергается лазерному воздействию. В результате инфракрасного облучения капсулы разрушаются, и препарат попадает в опухоль. В клетках начинается выработка интерферона и запускается процесс биохимических реакций, который меняет фенотип макрофагов. В результате эти клетки возвращаются к правильному поведению - начинают защищать организм, бороться с новообразованием сами и привлекают к этому другие иммунные клетки.





Пройдите диспансеризацию!



Елена Сергеевна ОСИНА,
рентгенолаборант
КГБУЗ «Консультативно-
диагностическая
поликлиника №14,
г.Барнаул»,
член АРОО ПАСМР
с 2024 года

Здоровье - высшая ценность жизни! Ежегодно с 1950 года 7 апреля отмечается Всемирный день здоровья. Эту дату выбрали в честь дня создания в 1948 году Всемирной организации здравоохранения.

Сегодня я работаю рентгенолаборантом в консультативно-диагностической поликлинике №14 города Барнаула. Именно в отделении анестезиологии и реанимации, где я начинала свою трудовую деятельность, я поняла, как важно следить за своим здоровьем и здоровьем своих близких. Из-за современного ритма жизни мы не обращаем внимания на свое здоровье, на знаки, которые подает наш организм. При этом иногда бывает уже поздно, когда жизнь уже начинает обрываться. А ведь было время для обследования - возможности современной медицины позволяют диагностировать заболевания на ранних этапах.

Поэтому я хочу рассказать, как важно уделять своему здоровью время и проходить ежегодную диспансеризацию.

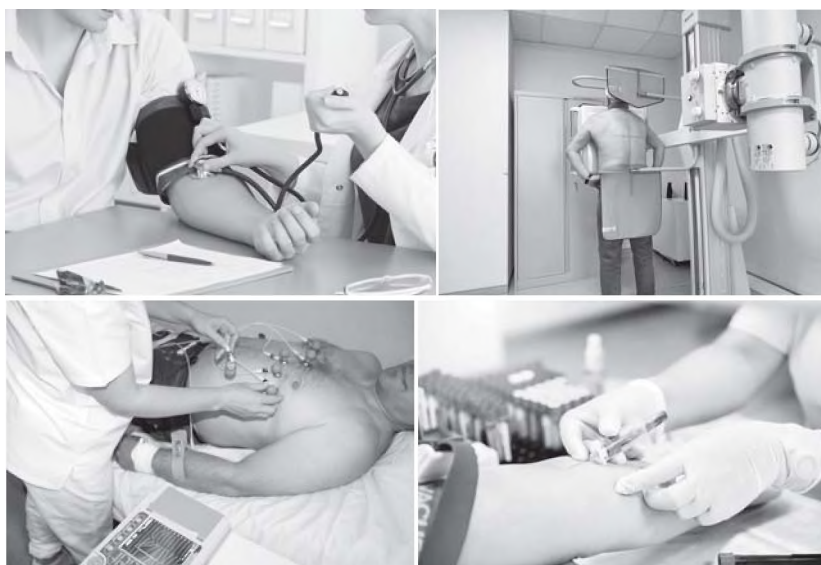
Диспансеризация - это комплекс мероприятий, включающий в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, которые проводятся в целях ранней оценки состояния здоровья.

В нашей поликлинике есть специальное отделение медицинской профилактики. Если раньше прохождение диспансеризации затягивалось на недели и месяцы, то сейчас для пациентов нашего отделения выделяется так называемый «зеленый коридор». Пациенты сдают анализы, в том числе женщины мазок на онкоцитологию, делают ЭКГ, флюорографию, маммографию и получают консультацию терапевта всего за 1,5 часа.

В отделении лучевой диагностики ежедневно проводим различные профилактические исследования. Маммография выполняется женщинам старше 40 лет, так как рак молочной железы диагностируется у женщин в период менопаузы. Выполняется она в двух проекциях, что позволяет врачам выявить любые изменения в молочной железе. Флюорография позволяет выявить туберкулез органов дыхания, онкологические заболевания органов грудной полости, врожденные аномалии развития видимого скелета и лёгких, профессиональные болезни лёгких и другие.

Считаю, что Всемирный день здоровья нужен, чтобы мы все не забывали, что не существует ничего ценнее здоровья. Правильное питание, занятия спортом и отсутствие вредных привычек позволяют человеку оставаться молодым, но даже и такой правильный образ жизни не может стать гарантией, что не возникнут проблемы со здоровьем. Именно поэтому, когда вам предложат в поликлинике пройти диспансеризацию, - примите правильное решение относительно своего здоровья.

Будьте по-медицински активны! Своевременно посещайте врача, проходите профилактические медицинские осмотры, вакцинируйтесь. ☺



Цифровая трансформация скорой медицинской помощи

В экстренных ситуациях время - это жизнь. Скорость - одно из важнейших условий работы скорой медицинской помощи. Обеспечить это условие помогает цифровизация работы отделения скорой помощи.

Сегодня без современных технологий не сможет функционировать ни одна сфера деятельности. И отделение скорой помощи - не исключение.

В 2014 году в Алтайском крае была создана ЕДС (единая диспетчерская служба), в которую поступают все вызова. Их круглосуточно принимают опытные и обученные специалисты под постоянным контролем дежурного старшего врача.

Наше отделение скорой помощи было обеспечено планшетными компьютерами и мобильными телефонами последнего поколения, которые периодически меняются и обновляются. Автомобили подключили к ГЛОНАСС, то есть диспетчер круглосуточно в режиме реального времени видит, где находится бригада, тем самым отправляя на вызов наиболее близко расположенную машину, что существенно сокращает время доезда до пациента.

В таблице №1 можно наглядно посмотреть динамику улучшения.

Автомобили обеспечены всем необходимым оборудованием, которое со временем также «трансформируется». Появились современные дефибрилляторы - мониторы, на которые выводится непрерывный контроль электрической активности сердца, артериального давления, насыщение гемоглобина крови кислородом; инфузоматы с широким функционалом настроек; аппараты ИВЛ; мощные и точные пульсоксиметры; чувствительные глюкометры. И нужно отметить, что вся аппаратура является переносной, а та, что требует периодической подзарядки, может заряжаться в автомобиле.

Особого внимания заслуживают кардиометры. С их помощью мы всегда можем передать ЭКГ-пленку в Алтайский краевой кардиологический диспансер, проконсультироваться с врачом-кардиологом, совместно принять решение о дальнейшей тактике, а самое главное - приступить к незамедлительному проведению тромболитической терапии (ТЛТ) у пациентов с острым инфарктом миокарда, которая спасает их



Анастасия Дмитриевна СИДОРОВА,

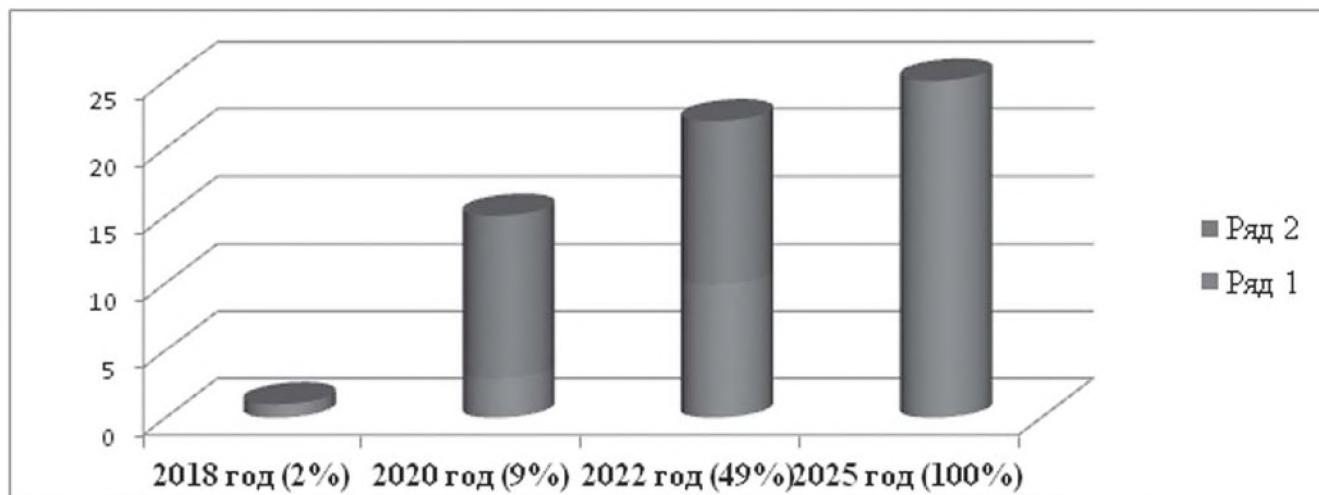
фельдшер отделения скорой медицинской помощи КГБУЗ «Мамонтовская ЦРБ», член АРОО ПАСМР с 2018 года

Таблица №1

Год	2013	2015	2024
Число вызовов за год	6487	6245	6542
Число бригад	2	2	2
Вызова со временем доезда более 20 минут	2645	2014	342
Вызова со временем доезда менее 20 минут	3842	4231	6200



Диаграмма №1



Фельдшер еще у постели больного заполняет на планшете специальные чек-боксы, и на основании внесенных параметров формируется описание его состояния. То есть стационар готовится к приему пациента еще до его прибытия.

жизни и улучшает дальнейший прогноз, которая ранее проводилась только в стационаре.

В диаграмме №1 хорошо видна динамика выполненного процента тромболитика на догоспитальном этапе.

Работа фельдшера скорой помощи существенно отличается от других специализаций тем, что ты никогда не знаешь, с чем тебе придется столкнуться, поэтому необходимо обладать умением быстро переключиться с одной экстренной ситуации на другую (недавно проводили сердечно-легочную реанимацию, а сейчас едем на роды...). Поэтому большим плюсом для нас сейчас является круглосуточная поддержка и возможность консультации со специалистами Алтайского кардиодиспансера при сердечных патологиях, с краевой клинической больницей при подозрениях на инсульт, а также с краевым перинатальным центром «Дар» по всем вопросам, касающимся беременных женщин.

Как показала практика, совместными усилиями фельдшеров общепрофильных бригад и специалистов краевых медучреждений было сохранено много жизней и возвращено здоровье.

В 2024 году произошла важная трансформация - введение бригады неотложной помощи. Бригады «неотложки» также вошли в единую систему управления бригадами, как и бригады скорой помощи. Когда

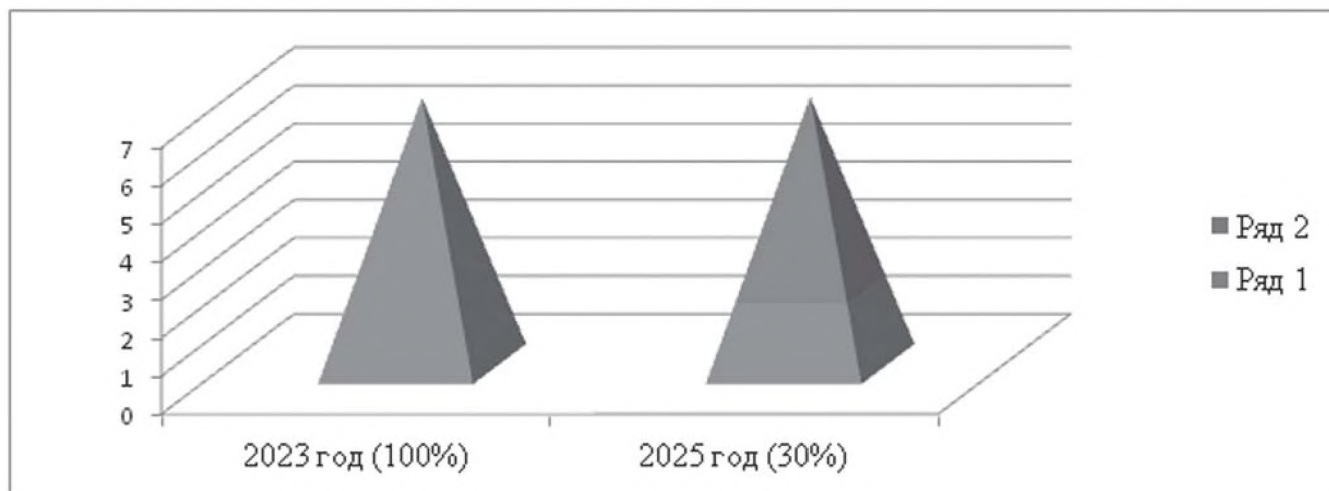
поступает звонок, диспетчер определяет тип вызова: если ситуация экстренная, то незамедлительно выезжает СМП, а если неотложная (то есть нет состояния, угрожающего жизни и здоровью и «терпит» обслуживания в течение двух часов), то вызов направляют в ЕДС неотложной помощи города Бийска, где уже распределяют между бригадами неотложной помощи и фельдшерами ФАПов. Это снизило нагрузку на бригады скорой помощи и существенно сократило время доезда до экстренных вызовов.

В диаграмме №2 наглядно видно, как снизился процент обслуживания неотложных вызовов бригадами скорой помощи.

В 2025 году прошла комплексная «цифровая трансформация» - построение информационного канала между бригадами СМП и больницами. Программное обеспечение существенно модернизировалось, нас интегрировали с ЕМИАС (единая медицинская информационно-аналитическая система). Теперь стационар, куда госпитализируется пациент, сразу получает информацию о нем в режиме реального времени. Фельдшер еще у постели больного заполняет на планшете специальные чек-боксы, и на основании внесенных параметров формируется описание его состояния. То есть стационар готовится к приему пациента еще до его прибытия. Такое взаимодействие позволя-



Диаграмма №2



ет заблаговременно подготовиться к проведению необходимого комплекса мероприятий и ускоряет процесс приема-передачи пациента. Эту информацию видит и дежурный старший врач ЕДС, который берет на контроль качество и объем оказания помощи на месте вызова и во время транспортировки, дистанционно наблюдает за действиями по видеокамере, установленной в автомобиле скорой помощи, дает необходимую консультацию по телефону.

После того, как бригада на вызове определила, что требуется посещение врача, информация направляется в поликлинику в электронном виде, тогда как раньше мы звонили по телефону.

Также планируется установить функционал обратной связи, то есть когда мы получаем информацию от стационара: был ли госпитализирован пациент, в какое отделение, на какую койку его положили и т.д. Такая информация поможет в работе и оценке ее качества, к тому же медработники всегда переживают о судьбах своих пациентов.

При использовании планшета бригада всегда может запросить поддержку от смежных экстренных служб: полиции, спасателей, пожарных.

Внедрение электронного документооборота послужило толчком к замене рукописной подписи электронным вариантом. Сегодня у каждого нашего сотрудника есть элек-

тронная подпись. Медицинские карты и прочие документы не занимают много места и их очень легко хранить. В цифровом формате невозможно потерять или подделать информацию. Всё это обеспечено цифровизацией процессов, которая во многом определяет быстроту, удобство и прозрачность в работе. Руководители разных уровней могут контролировать качество оказания помощи на всех этапах.

Цифровые технологии также затронули и обучение медицинских работников. Если раньше приходилось один раз в пять лет уезжать на прохождение обучения-специализации с отрывом от работы, то сейчас обучение происходит регулярно, благодаря специально разработанным сайтам и платформам для обучения, мы активно участвуем в семинарах и конференциях. Используем удобные онлайн и мобильные приложения, которые всегда под рукой. Например, разработанные Минздравом единые «Алгоритмы оказания скорой и неотложной медицинской помощи», которые регулярно пересматриваются и актуализируются и в соответствии с которыми каждый больной получает должный необходимый объем медицинской помощи.

Применение цифровых технологий повышает эффективность работы медицинского персонала, качество диагностики и лечения. ☺

При использовании планшета бригада всегда может запросить поддержку от смежных экстренных служб: полиции, спасателей, пожарных.



«Клятва юного помощника»

Ирина Николаевна ТОЛСТОВА,
старший фельдшер,
высшая категория,

Антон Юрьевич ХРИСАНОВ,
фельдшер скорой
медицинской помощи
высшей категории,

- КГБУЗ «Станция скорой
медицинской помощи,
г.Барнаул» подстанция
«Западная»,
члены АРОО ПАСМР
с 2021 года

В средней школе №89 города Барнаула прошло необычное и важное мероприятие - урок-посвящение в одну из самых ответственных профессий - «скорая медицинская помощь».

Инициаторами и проводниками в мир медицины выступили мы - старший фельдшер подстанции «Западная» Ирина Николаевна Толстова и фельдшер выездной бригады скорой медицинской помощи Антон Юрьевич Хрисанов.

Ведь мы не понаслышке знаем, что значит ежедневно спасать жизни, и пришли в гости к ученикам 5Д класса, чтобы поделиться своим бесценным опытом.

Призвание спасать

Урок начался с рассказа о самой профессии. Мы объяснили детям, что скорая помощь - это не просто машина с мигалкой, а целая мобильная больница на колесах, которая должна примчаться по вызову в любое время суток и в любую погоду.

Наша работа - это не просто поставить укол или измерить давление, часто мы первыми приходим на помощь к человеку, и от наших знаний, скорости и собранности зависит его жизнь. Это большое доверие и огромная ответственность.

Ребята с интересом узнали, как устроен рабочий день бригады, что находится в специальных чемоданах-укладках и почему врачи скорой помощи должны уметь быстро принимать решения.

Правила зимней безопасности

Поскольку встреча проходила в преддверии зимы, значительная часть беседы была посвящена профилактике сезонного травматизма.

Мы, как работники скорой медицинской помощи, ежедневно сталкиваемся с последствиями падений и переохлаждений. И рассказали детям о них не как учителя, а как опытные специалисты.

- *Гололед - наш частый «работодатель»*, - с долей профессионального юмора заметил Антон Юрьевич.

Показали ребятам, как правильно и безопасно падать, чтобы отделаться испугом, а не переломом. Объяснили, почему «бублик»-тюбинг может быть опаснее санок, как распознать первые признаки обморожения.



СКОРОЙ ПОМОЩИ»



Особый акцент сделали на том, как важно в критической ситуации не растеряться и позвать на помощь. Доступно объяснили алгоритм действий: от звонка по номеру 103 до четкого сообщения диспетчеру адреса и того, что произошло.

Ценный навык на всю жизнь

Также мы уделили большое внимание основам первой помощи, которые под силу выполнить даже ребенку. Научили школьников, как обработать небольшую ранку, что делать при носовом кровотечении и как вести себя, если рядом с тобой человеку стало плохо.

Главный навык, который мы хотели донести, - это не бояться и не проходить мимо чужой беды. Но при этом всегда, в первую очередь, звать взрослых. Ребенок-герой - это не тот, кто всё делает сам, а тот, кто грамотно вызывает помощь.



Клятва и гордое звание

Кульминацией встречи стала торжественная церемония посвящения. Ребята хором произнесли клятву юного помощника скорой помощи, пообещав соблюдать правила безопасности, заботиться о своем здоровье и здоровье близких, и никогда не шутить, вызывая экстренные службы.

В знак присвоения нового почетного звания каждый ученик получил от медиков не только тематическую памятку, но и обожаемые детьми сладкие угощения.

- *Такие уроки бесценны*, - поделилась своим мнением классный руководитель 5Д Светлана Васильевна Боркова. - *Они не только дают практические знания, но и открывают для детей мир взрослых профессий, наполненный смыслом, мужеством и человечностью. Кто-то из ребят сегодня, возможно, всерьез задумался о том, чтобы в будущем надеть белый халат.*

Встреча завершилась, но у школьников осталось желание задать еще вопросы. А это значит, что семья интереса и уважения к профессии фельдшера скорой медицинской помощи было посеяно в самых благодарных и открытых сердцах. ☺

КОНТАКТНЫЙ ТЕЛЕФОН



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

На правах рекламы

Когда поведение ребенка - это не просто «характер»



**Антон Анатольевич
ЕФРЕМОВ,**

врач-психиатр-психотерапевт
КГБУЗ «Алтайская
краевая клиническая
психиатрическая больница
имени Эрдмана Ю.К.»

**Возможности
когнитивно-
поведенческой
терапии в детской
психиатрии**

Каждому врачу, работающему с детьми и подростками, знакома ситуация, когда родители жалуются на «сложный характер» ребенка. Повышенная его тревожность, агрессивность, избегающее поведение, снижение успеваемости - всё это часто воспринимается как этап взросления или особенности личности ребенка. Однако за этими проявлениями нередко скрываются психические расстройства.

По современным данным, от 10 до 20% детей страдают психическими нарушениями, причем наблюдается устойчивая тенденция к росту заболеваемости. В условиях активного формирования личности, высокой чувствительности к стрессу и зависимости от семейной среды такие расстройства приобретают особую клиническую значимость.

Именно поэтому раннее выявление и своевременное психотерапевтическое вмешательство становятся ключевыми факторами лечения и профилактики психических расстройств.

Когнитивно-поведенческая терапия

Детский возраст - это период, когда вмешательство может принципиально изменить траекторию развития.

Психотерапия позволяет не только повысить комплаентность пациента, потенциально снизить медикаментозную нагрузку, но и уменьшить риск рецидивов и улучшить социальную адаптацию ребенка.

Особое место среди методов занимает **когнитивно-поведенческая терапия (КПТ)**. Она основана на простой, но клинически подтвержденной модели.

Мысли (глубинные убеждения) - эмоции (чувства) - поведение (поступки).

Если рассматривать данную модель глубже, напрашивается вывод о взаимном влиянии данных факторов.

Дисфункциональные убеждения ребенка формируют патологические эмоциональные реакции и закрепляют неадаптивные поведенческие паттерны. Например:

▶ мысль «меня все осудят» - чувство «тревога» - поведение «избегание школы»;

▶ мысль «я ничего не могу» - чувство «апатия» - поведение «отказ от активности»;

▶ мысль «все настроены против меня» - чувство «страх» - поведение «агрессия, побег».

И задача терапии - изменить этот замкнутый круг.

Инструменты, которые работают

В практике детского психотерапевта используются конкретные техники. Это:

◆ когнитивная реструктуризация (работа с искаженными убеждениями);

◆ экспозиция (постепенное столкновение с объектом страха);

◆ поведенческая активация;

◆ дневники наблюдения;

◆ ролевые игры и моделирование ситуаций;

◆ дыхательные и релаксационные техники;

◆ позитивное подкрепление;

◆ работа с эмоциями через карточки и таблицы.

Важно: у детей эти методы почти всегда адаптируются через игру, визуализацию. **Немаловажным является участие родителей!**

Как меняется стратегия?

Ранний возраст (2-6 лет)

На данном возрастном этапе невозможна полноценная когнитивная работа.



Основной акцент в эти детские возраста делается на поведенческие методы, игровую терапию, участие родителей, а также обучение распознаванию эмоций, использование мягкой экспозиции (например, через картинки).

Целью здесь является - обучение ребенка базовой регуляции поведения и эмоций.

Младший школьный возраст (6-12 лет)

Появляется возможность частичного когнитивного анализа.

В работе с детьми этих возрастов **используются** элементы когнитивной реструктуризации, направленные на развитие самоконтроля, обучение планированию, проводится работа с тревогой и агрессией.

Также дополнительно **активно применяются** арт-терапия, игровые методы, гештальт-техники.

Подростковый возраст

Этот возрастной этап подходит для работы с мышлением.

Фокус терапии **направлен** на глубинные убеждения, самооценку и идентичность, социальную адаптацию, анализ триггеров (АВС-модель).

В работе с подростками **используются** как индивидуальная когнитивно-поведенческая терапия, так и групповая, семейная терапии, экзистенциальный анализ.

Применение КПТ при расстройствах

Рассмотрим некоторые расстройства, при которых применяется когнитивно-поведенческая терапия.

Тревожные расстройства и фобии

Основные мишени, связанные с когнитивными и поведенческими механизмами, которые могут быть связаны с тревогой и тревожными расстройствами: катастрофизация, избегание, гиперфокус на угрозе.

В работе психотерапевт **использует** такие **методы**, как когнитивная реструктуризация, экспозиция (в том числе in vivo), релаксация.

В результате у пациента отмечается снижение тревоги, страха и формирование адаптивного поведения.



Депрессия и суицидальное поведение

Дети часто не формулируют жалобы напрямую, поэтому так важна клиническая настороженность.

Когнитивно-поведенческая терапия **помогает** выявить и изменить негативные мысли, которые снижают эмоциональный фон, развить навыки когнитивной реструктуризации для улучшения настроения.

Мишени при депрессии - это конкретные симптомы или аспекты состояния, на которые направлено воздействие в процессе терапии. Они могут включать негативные убеждения, снижение активности и социальную изоляцию.

Используются такие **методы**, как поведенческая активация, когнитивная работа, социальный тренинг, развитие навыков совладания со стрессом.

Обсессивно-компульсивное расстройство

Классическая схема лечения обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР) включает несколько ключевых компонентов: экспозицию с предотвращением реакции, работу с тревогой и психообразование. Эти элементы направлены на изменение поведения, снижение тревоги и формирование новых навыков реагирования на навязчивые мысли.

Дисфункциональные убеждения ребенка формируют патологические эмоциональные реакции и закрепляют неадаптивные поведенческие паттерны.





Синдром дефицита внимания и гиперактивности

Когнитивно-поведенческая терапия при синдроме дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) носит преимущественно поведенческий характер:

- структурирование дня;
- постановка четких целей;
- поведенческие контракты;
- обучение саморегуляции;
- психообразование с родителями.

Когнитивно-поведенческая терапия направлена на изменение дезадаптивных мыслей и поведенческих стратегий, которые помогают пациентам лучше справляться с повседневными задачами, контролировать импульсы и снижать уровень стресса.

Расстройства аутистического спектра

Методы работы с детьми с расстройствами аутистического спектра (РАС) направлены на развитие социальных навыков, снижение тревожности и формирование гибкости поведения. Они включают комплексный подход с учетом индивидуальных особенностей и потребностей.

Детская шизофрения

Даже при тяжелой патологии когнитивно-поведенческая терапия используется как **поддерживающий метод**. Этот подход включает **несколько ключевых компонентов**, направленных на улучшение состояния пациента, социальную адаптацию и снижение риска рецидивов:

психообразование, работа с критикой к состоянию, поведенческая активация, тренинг социальных навыков.

Влияние семьи и других значимых взрослых

Одна из ключевых идей в области лечения и реабилитации - понимание того, что **лечебным фактором является не только медикаментозная или терапевтическая терапия, но и окружающая среда**, а также активное вовлечение семьи, медицинского персонала и других участников процесса.

Психообразование родителей - обучение родителей и других членов семьи знаниям о заболевании, его особенностях, методах поддержки и коррекции, психологическим аспектам воспитания. Это не только помогает снизить стресс, улучшить взаимодействие с ребенком, но и повысить эффективность коррекционной работы.

Семейная терапия. Направлена на динамику взаимоотношений между членами семьи. Проблемы одного человека рассматриваются как симптом дисбаланса в системе. И психотерапевт помогает родственникам осознать деструктивные паттерны взаимодействия, найти способы решения конфликтов и общения.

Участие медицинского персонала (в случае госпитализации). Медицинский персонал играет ключевую роль в создании терапевтической среды и обеспечении комплексного подхода к лечению.

Создание терапевтической среды. Терапия средой предполагает использование терапевтического потенциала взаимодействия пациента с окружающим его окружением: вещами, людьми, процессами, событиями. Цель - максимизация адаптивных возможностей больного и восстановление его личного и социального статуса. Терапевтическая среда может включать интерьерные и экстерьерные компоненты, социально-медицинские и психолого-педагогические мероприятия, направленные на создание благоприятных условий для жизни и реабилитации.

Участие медицинского персонала (в случае госпитализации). Медицинский персонал играет ключевую роль в создании терапевтической среды и обеспечении комплексного подхода к лечению.



Дополнительные методы и инструменты

Когнитивно-поведенческая терапия редко используется изолированно. На практике ее **часто сочетают с другими методами, подходами или видами терапии** для повышения эффективности лечения и решения комплексных проблем.

На практике в работе с детьми подключаются, например арт-терапия, игровая терапия, сказкотерапия, гештальт-подход, психодинамические методы. Такой интегративный подход значительно повышает эффективность лечения.

Важные ограничения

Когнитивно-поведенческая терапия - эффективный метод психотерапии, но она не является универсальным решением и имеет ряд ограничений.

Низкая мотивация пациента. Успех терапии во многом зависит от готовности человека к изменениям, самоосознания и активного участия в процессе. Если он не мотивирован или не готов работать над своими проблемами, КПТ может оказаться неэффективной.

Выраженные когнитивные нарушения. При серьезных нарушениях когнитивных функций (памяти, концентрации внимания, понимания речи) работа с методами КПТ может быть затруднена. Это связано с тем, что терапия требует осознанного участия и способности к логическому анализу мыслей.

Тяжелые психические расстройства в острой стадии. В этот период КПТ может быть не только неэффективной, но и опасной. В таких случаях может потребоваться более срочная медицинская помощь.

Неблагоприятная семейная среда. Неблагоприятные семейные условия могут влиять на общее состояние человека и его способность к адаптации. В некоторых случаях для комплексного решения проблем может потребоваться совместная работа с семьей или другими специалистами.



Когнитивно-поведенческая терапия сегодня - это:

● **базовый метод психотерапии у детей и подростков.** Это научно обоснованный и широко применяемый подход, который помогает корректировать поведение, изменять иррациональные убеждения и развивать навыки управления эмоциями и поведением;

● **инструмент с доказанной эффективностью.** Исследования подтверждают эффективность КПТ при различных психологических расстройствах у детей и подростков, включая тревожные и депрессивные состояния, обсессивно-компульсивное расстройство, нарушения пищевого поведения, проблемы с поведением, СДВГ, аутизм и другие. Причем эффекты часто долгосрочны;

● **подход, требующий гибкой адаптации под возраст и нозологию.** Успех терапии напрямую зависит от того, насколько эффективно терапевт адаптирует методы под возраст, тип проблемы, индивидуальные особенности ребенка, подростка.

При правильном применении когнитивно-поведенческая терапия позволяет не только уменьшить симптомы, но и изменить жизненную траекторию ребенка - улучшить адаптацию, повысить качество жизни и снизить риск хронизации психических расстройств. ☺

На практике в работе с детьми подключаются арт-терапия, игровая терапия, сказкотерапия, гештальт-подход, психодинамические методы. Такой интегративный подход значительно повышает эффективность лечения.



Календарь для аллергиков

Аллергия на пыльцу ежегодно усиливается из-за глобальных изменений климата и урбанизации.

Сезон становится длиннее, а концентрация пыльцы - выше.

Календарь цветения - это график или таблица, отображающая время пыления растений-аллергенов. Он помогает аллергикам заранее узнавать периоды опасности, чтобы вовремя начинать прием лекарств, избегать контакта с аллергенами, планировать отпуск с учетом этих периодов.

Кроме того, знание периода пыления позволяет точно определить причинно-значимое растение, точно подобрать препарат и снизить тяжесть проявлений аллергии, улучшив качество жизни.

Календарь может не совпадать с погодными условиями год к году, поэтому рекомендуется **использовать приложения с онлайн-мониторингом пыльцы.**

Волны пыления

В России выделяют три волны, охватывающие период с конца марта вплоть до начала октября на юге. Каждая вызывает разные типы аллергии.

ПЕРВАЯ ВОЛНА

Деревья (март - май).

Основные аллергены: береза (самый сильный аллерген), ольха, орешник (лещина), ива (верба), клен, дуб, ясень, осина.

Особенности: начинается сразу после таяния снега.

ВТОРАЯ ВОЛНА

Злаковые, луговые травы (июнь - середина июля).

Основные аллергены: тимофеевка, мятлик, овсяница, пырей, лисохвост, рожь.



Особенности: пыльца злаков очень мелкодисперсная.

ТРЕТЬЯ ВОЛНА

Сорные травы (август - сентябрь).

Основные аллергены: амброзия (особенно юг), полынь, лебеда, крапива.

Особенности: самая длительная и тяжелая волна, до первых заморозков.

Календарь цветения по регионам России

Юг России - эпицентр распространения амброзии; ее пыльца здесь самая агрессивная. Сухой воздух, жара и сильные ветры поднимают пыльцу высоко и разносят на сотни километров, чему способствует малое число лесов. Из-за низкой влажности пыльца почти не прибывает к земле. Из-за перепадов высот и разных климатических зон сезон растягивается.

Средняя полоса. В Московском регионе береза - главный источник поллиноза весной. В марте-апреле возможен занос пыльцы ольхи с юга, что ускоряет начало сезона. Пыльца в городах агрессивнее из-за взаимодействия с выхлопными газами. Высокий риск аллергии на споры плесневых грибов.

Северо-Запад (в том числе Санкт-Петербург и Ленинградская область). Основные особенности: интенсивное цветение березы в мае, затяжной сезон злаковых летом и влияние плесени из-за высокой влажности. Активное пыление крапивы и полыни. Частая ветреная погода способствует переносу пыльцы.

Верхнее и Среднее Поволжье. Ключевые аллергены Верхнего Поволжья - береза, ольха, полынь и лебеда, в Среднем Поволжье - злаковые и луговые травы, позднее амброзия. Пик симптомов (чихание, ринит, слезотечение) приходится на теплые сухие дни. Теплая и ветреная погода



КАЛЕНДАРЬ ЦВЕТЕНИЯ ПО РЕГИОНАМ РОССИИ. СИБИРЬ И ДАЛЬНИЙ ВОСТОК*

РАСТЕНИЯ	МАЙ	ИЮНЬ	ИЮЛЬ	АВГ.	СЕНТ.
БЕРЕЗА					
ОДУВАНЧИК					
ЕЖА, МЯТЛИК					
ТИМОФЕЕВКА					
ПОЛЕВИЦА БЕЛАЯ					
ОВСЯНИЦА					
ПЫРЕЙ					
ЛЕБЕДА					
ПОЛЫНЬ					

* кроме Приморья

способствует распространению пыльцы на большие расстояния. Помимо нее, аллергию часто провоцируют споры плесневых грибов, активные в сырые периоды.

Урал. Сезон аллергии начинается, как правило, в конце апреля - начале мая и продолжается до середины сентября, но сроки могут сдвигаться на 7-14 дней в зависимости от погоды. Главная местная особенность - высокая концентрация пыльцы березы в мае.

Сибирь и Дальний Восток, кроме Приморья. Сезон аллергии начинается в среднем на 2-4 недели позднее, чем в Центральной России, по причине затяжной весны. Из-за короткого лета все растения цветут интенсивнее, что создает высокую нагрузку на иммунную систему за короткий промежуток времени. Особенно активны полынь и ольха.

Приморье. Сезон аллергии отличается высокой интенсивностью из-за раннего цветения деревьев (береза, ольха, лещина), сменяющегося луговыми травами. Влажный морской климат способствует долгому сохранению пыльцы в воздухе и может провоцировать аллергию на плесневые грибки.



Растения-аллергены

Береза (*Betula*) - ее пыльца очень летуча, концентрация может достигать 20000 зерен на 1м³; аллергия вызывается белком.

Ольха (*Alnus*) часто цветет раньше березы; сенсибилизация к пыльце ольхи встречается примерно у трети пациентов с аллергическим ринитом.

Дуб (*Quercus*) цветет чуть позже (конец апреля - май), выделяет много пыльцы, переносимой ветром.

Тимофеевка луговая (*Phleum pratense*) - самый сильный аллерген (пик - май-июль).

Ежа сборная (*Dactylis glomerata*) активно пылит в июне.

Мятлик луговой (*Poa pratensis*) распространен везде, цветет в мае-июне.

Овсяница луговая (*Festuca pratensis*) пылит в июне-июле.

Пырей ползучий (*Elytrigia*) - сильный природный аллерген из семейства злаковых, вызывает слезотечение, зуд, спазм в бронхах.

Лисохвост луговой (*Alopecurus*) - злак, пыльца которого является сильным сезонным аллергеном; вызывает ринит, конъюнктивит, астму.

Плевел многолетний или райграс (*Lolium perenne*) - частая причина сезонного ринита.

Амброзия полыннолистная (*Ambrosia artemisiifolia*) наиболее опасна в южных регионах.

Полынь обыкновенная или чернобыльник (*Artemisia vulgaris*) активно цветет с июля по сентябрь по всей России, вызывает аллергический ринит и астму.

Как защититься от аллергии в сезон цветения

Рекомендуется **ежедневно проверять данные уровня пыльцы в России онлайн** через специализированные сервисы и приложения, особенно в сухую и ветреную погоду, когда концентрация пыльцы максимальна. Важно учитывать уровень (низкий, средний, высокий) и аллерген. ►



◀ **Борьба с аллергией требует комплексного подхода.** Она включает не только уборку дома, стирку одежды, но также и специальный режим дня.

Ограничение контакта с аллергеном:

- в сухие и ветреные дни старайтесь не выходить на улицу, пик пыления приходится на утро,

- держите окна в квартире и машине закрытыми,

- для очистки воздуха используйте кондиционеры с HEPA-фильтрами,

- не сушите белье на улице.

Гигиена:

- ▶ приходя с улицы, сразу принимайте душ, мойте голову и меняйте одежду,

- ▶ промывайте нос и глаза солевыми растворами,

- ▶ носите солнцезащитные очки и маску на улице.

Бытовые меры:

- ежедневно проводите влажную уборку,

- используйте очистители или увлажнители воздуха.

Медикаментозная помощь:

- ▶ заранее начните прием антигистаминных препаратов по назначению врача.

- ▶ используйте барьерные спреи для носа.

Диета:

- исключите продукты с перекрестной аллергией (орехи, мед, некоторые фрукты и овощи, в зависимости от аллергена).

При тяжелом течении заболевания, по мнению специалистов, эффективна **аллерген-специфическая иммунотерапия (АСИТ)**.

Частые ошибки аллергиков и риски

Ожидание симптомов - человек ждет начала аллергической реакции, вместо того чтобы прини-



мать препараты заранее (превентивно) при известном аллергене.

Неправильный режим проветривания - открытые окна в сезон цветения, что увеличивает концентрацию пылицы.

Неэффективное использование очистителей воздуха - они бесполезны, если двери и окна открыты.

Неверная диагностика - принятие аллергического ринита за простуду или ОРВИ.

Самолечение - возможен неправильный выбор препаратов, применение которых без контроля врача часто приводит к ухудшению состояния.

Игнорирование календаря цветения - это приводит к позднему началу лечения, что неизбежно снижает его эффективность.

Основные осложнения

Развитие аллергической астмы - без лечения поллиноз часто перерастает в бронхиальную астму, вызывая приступы одышки и хронические проблемы с легкими.

Хронические болезни ЛОР-органов - длительная отечность слизистой носа приводит к аллергическому риниту, синуситу и образованию полипов.

Перекрестная аллергия - аллергия на пыльцу деревьев (например, березы) часто вызывает реакцию на фрукты и овощи (яблоки, орехи, морковь).

Тяжелые аллергические реакции - риск возникновения отека Квинке или тяжелого аллергического дерматита.

Чтобы снизить риски, необходимо пройти тестирование, строго избегать аллергенов и следовать плану лечения, разработанному врачом.

Как подготовиться к сезону аллергии

Подготовку надо начинать за 1-2 месяца до начала цветения (для большей части территории России - в феврале-марте).



ПОШАГОВЫЙ ПЛАН ПОДГОТОВКИ

Диагностика - посетите аллерголога, чтобы подтвердить аллерген и подобрать препараты (антигистаминные, спреи, капли). Рассмотрите АСИТ-терапию (аллерген-специфическая иммунотерапия) как самый эффективный метод.

Подготовка аптечки - пополните запасы назначенных лекарств заранее, не дожидаясь симптомов.

Подготовка дома - уберите ковры, тяжелые шторы и открытые книги, собирающие пыль. Установите очиститель воздуха с НЕРА-фильтром.

Защита окон - установите сетки «антипыльца» или подготовьте марлю для увлажнения оконных проемов.

ПЛАН ДЕЙСТВИЙ НА СЕЗОН

Минимизируйте прогулки в сухую, ветреную погоду, особенно утром.

Закрывайте окна в квартире и автомобиле.

Принимайте душ и мойте голову сразу после возвращения с улицы.

Стирайте одежду после каждого выхода на улицу.

Используйте маски и солнцезащитные очки.

Коррекция питания - исключите из меню перекрестные аллергены (например, орехи, косточковые плоды при аллергии на пыльцу березы).

Факторы, определяющие окончание сезона аллергии

Длительные дожди ускоряют процесс окончания сезона аллергии, «прибивая» оставшуюся пыльцу к земле. В теплую и сухую осень сезон может затянуться на 2-3 недели.

Для каждого аллергена свой срок окончания сезона. Людям, страдающим аллергией на березу, вздохнуть свободно удастся в конце мая - начале июня. Люди, реагирующие на злаковые травы, отмечают снижение симптомов в середине-конце июля. Самая долгая осень у тех, кто страдает от сорных трав (полыни и амброзии), - их



сезон длится до первых заморозков, которые в разных регионах наступают в период с сентября по ноябрь.

Однако важно помнить, что у некоторых людей реакцию могут поддерживать споры плесневых грибов, которые остаются в воздухе до первого снега.

Сезонная аллергия требует системного подхода: ранняя профилактика, грамотное лечение проявлений и уменьшение контактов с аллергенами. Чем раньше вы начнете использовать календарь для аллергиков по регионам, тем легче перенесете сезон цветения.

Часто задаваемые вопросы

Когда начинается аллергия на цветение в России? Сезонная аллергия в России начинается с конца марта - начала апреля (ольха, верба, лещина) и продолжается до октября. Основные волны: апрель - май (деревья), июнь - июль (злаковые травы) и август - сентябрь (сорняки). Пик активности часто приходится на май.

Когда цветет береза и сколько длится сезон? Береза цветет весной, обычно с конца апреля по конец мая, когда распускаются листья. Сезон пыления длится около 2-3 недель (иногда до месяца), а пик активности приходится на теплые и сухие дни. На юге цветение начинается раньше (март), а в северных регионах - позже (май). В апреле в большей части регионов России начинается сезонная аллергия на пыльцу деревьев. Основными виновниками являются ольха, лещина (орешник) и верба (ива), а с середины апреля наиболее опасна береза.

Как понять, на что аллергия? Чтобы понять, на какое растение или дерево у вас аллергия, необходимо сопоставить время появления симптомов (насморк, зуд глаз, чихание) с календарем цветения, а также пройти диагностику у аллерголога: сдать анализ крови на специфические IgE или сделать кожные прик-тесты.

Где меньше всего пыльцы в России? Меньше всего пыльцы в России наблюдается на побережьях морей, в высокогорных районах и в северных регионах, где морской бриз или отсутствие аллергенных растений создают безопасную среду. 🌿



Как помочь суставам при занятиях спортом

Экипировка и поддержка суставов

Ключевой элемент экипировки - **обувь с хорошей амортизацией**, особенно для бега, прыжков и игровых видов спорта. Она должна надежно фиксировать стопу и строго соответствовать размеру.

Тренироваться предпочтительнее на упругих покрытиях: резиновые дорожки стадионов, прорезиненные полы в залах, избегая бетона и асфальта.

Использовать фиксаторы (ортезы, наколенники) **во время спорта следует только по медицинским показаниям:** в период реабилитации после травмы или при диагностированной нестабильности сустава. Здоровым суставам постоянное ношение ортезов не нужно и может даже навредить, так как снижает нагрузку на собственные мышцы-стабилизаторы, ослабляя их.

Питание и образ жизни

Хрящевая ткань на 70-80% состоит из воды. Хроническое обезвоживание ухудшает ее амортизирующие свойства. Кроме того, каждый лишний килограмм веса увеличивает нагрузку на коленные суставы в 4 раза при ходьбе и в 5-6 раз при беге. **Контроль массы тела - одна из лучших мер профилактики заболеваний суставов.**

Эффективность добавок (глюкозамин, хондроитин, коллаген) для здоровья суставов не имеет однозначных научных доказательств, подтвержденных масштабными исследованиями. Их прием может быть оправдан в составе комплексной терапии, но только после консультации с врачом. Важно понимать: не существует «чудо-таб-



летки», способной компенсировать ошибки в технике и режиме тренировок.

Если суставы болят после тренировок

Если боль легкая, ноющая и возникает через 24-48 часов после нагрузки (крепатура), а объем движений в суставе сохранен, **можно снизить интенсивность, но не прекращать занятия полностью.** Временно смените вид активности: например, замените бег плаванием или велосипедом.

Немедленно прекратить тренировки и записаться к ортопеду или травматологу необходимо при:

- ▶ острой, резкой боли во время движения,
- ▶ отеке, покраснении или локальном повышении температуры в области сустава,
- ▶ ощущении нестабильности (подкашивания, щелчка, «выскакивания») или резком ограничении подвижности.

Чаще всего причина боли - перегрузка из-за технических ошибок или слишком быстрого прогресса. В этом случае стоит **сделать паузу на 3-5 дней, а затем пересмотреть программу:** вернуться к меньшим весам, увеличить время на разминку и заминку, возможно, сменить вид спорта на более щадящий.

Здоровье суставов зависит не от отказа от спорта, а от грамотного, осознанного подхода к нагрузкам. Правильный выбор активности, акцент на технике, а не на весе снарядов, а также достаточное время на разминку и восстановление позволяют тренироваться долгие годы без травм и боли. Если суставы подают сигналы, - важно не игнорировать их, а вовремя скорректировать программу тренировок.



Можно ли заниматься спортом при болях в коленях? Да, но нужно выбирать виды активности без ударной нагрузки. Плавание, аквааэробика, велосипед с умеренным сопротивлением и йога - оптимальные варианты. Следует исключить бег, прыжки и приседания с отягощением.

Какой спорт самый щадящий для суставов? Плавание - абсолютный лидер по безопасности. Вода минимизирует гравитационную нагрузку, разгружая суставы, при этом эффективно укрепляя мышцы всего тела.



Нужно ли полностью исключить бег? Не обязательно. Бег - хорошая нагрузка при отсутствии лишнего веса, правильной технике (приземление на среднюю часть стопы под центр тяжести) и правильно подобранной обуви. Начинать лучше с бега по грунтовым или резиновым покрытиям, избегая асфальта.

Помогают ли наколенники при тренировках? Они помогают стабилизировать уже травмированный сустав в период реабилитации.

Для профилактики травм у здорового человека их эффективность не доказана. Лучшая защита - сильные мышцы ног и правильная техника.



Что важнее - техника или интенсивность? Техника всегда важнее. Выполнение упражнений с идеальной техникой в спокойном темпе принесет больше пользы и исключит вред, чем интенсивная, но небрежная тренировка. 🏃

Онковакцины включены в программу ОМС

Правительство расширило программу государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи. Новые возможности появились у пациентов с онкологическими заболеваниями и будущих мам.



По словам премьер-министра Михаила Мишустина, теперь по полису ОМС можно будет пройти лечение с использованием российских онковакцин. Прежде всего - персонализированных, которые разрабатываются индивидуально под конкретного пациента и обучают его иммунитет бороться с опухолью. Пока что в ОМС войдут отдельные виды болезней крови и рака ряда внутренних органов. Государственные гарантии распространены на лекарственную противоопухолевую терапию с применением персонализированных мРНК-вакцин, разработанных на основе молекулярно-генетических характеристик опухоли пациента; противоопухолевую лекарственную терапию метастатического колоректального рака персонализированной пептидной вакциной «Онкопепт»; Т-клеточную иммунотерапию с использованием генетически модифицированных аутологических Т-лимфоцитов с химерным антигенным рецептором CAR-T.

Еще одно дополнение в ОМС внесено для поддержки беременных женщин, проживающих в сельской местности и отдаленных населенных пунктах. Там, где нет регулярных маршрутов общественного транспорта до женских консультаций и других профильных учреждений, региональные власти должны будут организовать поездки будущих мам на осмотр к врачам и обратно. Это будет бесплатно для пациентов.

Кроме того, по поручению президента в программе предусмотрена возможность увеличения предельных сроков записи пациента на прием к врачу и для проведения исследований через единый или региональный порталы Госуслуг. Они будут установлены отдельно для каждого региона в территориальных программах ОМС.



Первые шаги к Когда нужно обратиться в



Елена Сергеевна БОДРОВА,
педиатр развития
и специалист
по мобильности дете
до трех лет,
отделение медико-
социальной реабилитации
КГБУСО «Краевой
реабилитационный центр
для детей и подростков
с ограниченными
возможностями
„Журавлики“»

Многие считают, что в отделение ранней помощи нужно обращаться, когда «что-то пошло не так» и проблема уже налицо. Это глубочайшее заблуждение. Ранняя помощь - это маршрут здоровья, по которому нужно идти параллельно с педиатрическими осмотрами.

Давайте разберемся, какие сигналы и возрастные этапы являются прямым показанием для обращения в отделение ранней помощи.

Возрастные «контрольные точки»

В раннем возрасте мозг ребенка настроен на активное развитие: он, как губка, впитывает новые слова, осваивает движения и учится взаимодействовать с окружающими. Это благоприятное время, когда **навыки формируются наиболее гармонично.**

Задача родителей мягко поддерживать этот процесс и обратить внимание, если что-то вызывает вопросы, пока малыши наиболее восприимчивы к помощи.

В первые месяцы жизни малыша обратите внимание на следующие моменты: трудно ли малышу сосать грудь или бутылочку, наблюдайте, улыбается ли ребенок вам в ответ после трех месяцев, следит ли он взглядом за яркой игрушкой и пробует ли удерживать головку, лежа на животе, - **в этих случаях особенно полезно показаться специалисту, даже если в остальном всё хорошо.** Если была диагностирована родовая травма или недоношенность, - также нужно показаться специалисту.

До 11 месяцев. Присмотритесь, сидит ли ребенок без поддержки, пробует ли вставать у опоры (держась за диван или кровать), пытается ли повторять простые слоги: «ма-ма», «ба-ба», «да-да». Дети ос-

ваивают навыки в своем темпе, но если вам кажется, что движений и звуков становится мало, - мы всегда готовы взглянуть на ситуацию со стороны.

После 12 месяцев обратите внимание, если малыш пока не ходит (хотя бы за ручку или у опоры), не понимает простые просьбы вроде «дай мяч» или «пока-пока».

В два года понаблюдайте, использует ли ребенок в речи хотя бы несколько простых слов, показывает ли части тела, пробует ли пользоваться ложкой, понимает ли обращенную к нему речь, выполняет ли



большим победам. отделение ранней помощи?

просьбы из двух шагов (например, «возьми мишку и положи в кроватку»).

Ближе к трем годам обратите внимание на такие факты, как: понятна ли речь ребенка для окружающих, появляются ли в его играх простые сюжеты (кормит куклу, возит машинку), проявляет ли он интерес к другим детям.

Красные флаги: когда ждать нельзя

Есть ситуации, которые не терпят выжидательной тактики «ребенок перерастет». Лучше обратиться и убедиться, что всё хорошо, чем однажды потом понять, что время было упущено. В раннем возрасте это правило работает без исключений.

Необходимо записаться к нам первичный прием, если вы заметили:

- *регресс навыков* - ребенок умел сидеть, ходить, говорить несколько слов, а потом перестал это делать. Подобное всегда требует немедленной консультации!

- *проблемы с контактом*: малыш не смотрит в глаза, не откликается на свое имя, не указывает пальчиком на интересные предметы, не следует за взглядом взрослого, равнодушен к другим детям;

- *стереотипные движения* - ребенок часто и подолгу совершает однообразные действия: раскачивается, бегаёт по кругу, машет руками;

- *особенности пищевого поведения*. Ребенок ест только очень ограниченный набор продуктов (например, только пюре определенной консистенции или только пищу одного цвета), давится твердой пищей после года, отказывается жевать;

- *повышенная тревожность или агрессия*: самоповреждения (бьется головой, кусает себя), чрезмерная реакция на сенсорные стимулы

(громкий звук, свет, тактильные прикосновения).

Отягощенный анамнез. Группа риска

В зоне особого внимания находятся дети, которые изначально входят в группу риска. Если у вашего малыша есть такие особенности, то наблюдаться в отделении ранней помощи нужно с первых месяцев жизни:

- *недоношенность* (при рождении менее 2000 граммов),

- *генетические синдромы* и врожденные пороки развития,

- *перенесенные тяжелые инфекции*, менингит, судороги.



Зачем нужно отделение ранней помощи?

Мы - междисциплинарная команда: психологи, логопед, педиатр и специалист по двигательному развитию.

Наша задача - оценить функциональное состояние ребенка: как он двигается, как играет, как общается, как ест - чтобы выстроить маршрут мягкой реабилитации.

Мягкая реабилитация - это история про любовь, терпение и мудрость. Это не борьба с болезнью, а бережное сопровождение малыша на пути его развития, с учетом всех его особенностей.

Ранняя помощь - это мощь, которая не ломает, а поддерживает и раскрывает потенциал, заложенный в каждом ребенке. ☺

Лучше обратиться и убедиться, что всё хорошо, чем однажды потом понять, что время было упущено. В раннем возрасте это правило работает без исключений.



Комары, аскариды и мыши. Чем можно заразиться весной

Аллергия и проблемы с нервами

Дирофиляриоз - заболевание, в целом давно известное и хорошо изученное. Оно может встречаться повсеместно, поскольку его переносчиками являются обычные комары. Причем вне зависимости от вида. Всего в России наиболее распространены **три рода кровососущих комаров, и все они могут переносить возбудителей дирофиляриоза.** Конечно,



чем теплее климат - тем риск заражения дирофиляриозом выше. Но случаи заболевания всё чаще отмечаются и в центральной части страны.

После заражения в теле человека **появляются паразиты:** тонкие черви длиной до 20 сантиметров. Они активно **перемещаются под кожей**, в зависимости от вида возбудителя могут попадать в глаза, в полости внутренних органов. К летальному исходу дирофиляриоз не приводит, но приятного в этой болезни, мягко говоря, мало.

Любой чужеродный биологический агент внутри человека представляет опасность. Прежде всего это **риск аллергических проявлений**, поскольку в нашем теле фактически находится чужеродный белок. Ну и, конечно, это **проблемы с психикой** - у человека под кожей ползает червь и, узнав об этом, он как минимум занервничает.

Поскольку дирофиляриоз переносят обычные комары, бороться с ним следует **строгим соблюдением «антикомариных» мер безопасности:** ре-



пелентов, специальных защитных костюмов, противомоскитных сеток на окнах. Визуально «здорового» комара от «зараженного» отличить невозможно, так что лучше беречься ото всех.

Еще одним фактором риска могут являться **собачьи питомники**, поскольку возбудители заболевания - дирофилярии - часто живут в собаках. Соответственно, возможен путь передачи, при котором комар кусает собаку, подхватывает паразита, а потом кусает человека и передает ему.

Мыть руки и не есть с земли

Другими сезонными паразитарными заболеваниями являются **геогельминтозы**. Их возбудителей очень много, однако наиболее распространенными являются **аскариды**. Земля уже оттаяла, так что яйца аскарид вполне могут начать созреть.

Чтобы они проникли в организм человека, он должен каким-то образом принять их внутрь, то есть **съесть немного «зараженной» земли**. Сделать это куда проще, чем кажется. Например, внук приехал к бабушке, а она накормила его морковкой с огорода. Морковка же натуральная, своя, тщательно мыть ее не надо. А на ней остались частички земли с яйцами аскарид - вот и получилось заражение. Или ребенок в песочнице поленил куличики, а потом кто-нибудь дал ему пирожок. Или он сам потянул грязные руки в рот.

Таким образом, **избежать заражения геогельминтозами несложно:** достаточно лишь не есть ничего с земли, тщательно мыть любые овощи и фрукты, а также руки после игр в песочнице, работ в саду или огороде.



Чем опасны мыши для человека

Весенний сезон - период наибольшей активности мелких млекопитающих, в связи с чем значительно возрастает риск заражения человека.

Мыши часто становятся источником заражения геморрагической лихорадкой. Основным резервуаром возбудителя в природе служат дикие мышевидные грызуны, в Центральной части России - рыжая полевка. Эти животные выделяют вирус во внешнюю среду с мочой и фекалиями в большом количестве.

Заражение человека происходит преимущественно **воздушно-пылевым путем** при вдыхании высохших испражнений грызунов. Передача вируса возможна также **через поврежденную кожу и слизистые оболочки** при соприкосновении с грызунами или инфицированными объектами внешней среды (хворостом, соломой, сеном и т.п.) во время отдыха на природе, работы на дачных и приусадебных участках. Еще один путь заражения - **при употреблении продуктов, которые не подвергались термической обработке**, но на них присутствуют следы жизнедеятельности грызунов. При этом от человека к человеку инфекция передаваться не может.

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) - это вирусное заболевание, для которого характерно поражение мелких кровеносных сосудов, выраженная интоксикация и развитие риска геморрагического (кровоточивость) синдрома. Заболевание начинается с подъема температуры тела до 38-40°C, озноба, резких головных болей, болей в мышцах. Отмечается покраснение лица, шеи, верхней половины туловища. В начальном периоде эту лихорадку можно принять за грипп. Но в отличие от него ГЛПС быстро развивается и поражает все внутренние органы. Основной «мишенью» становятся почки, вплоть до развития почечной недостаточности. **Опасность ГЛПС связана не только с тяжестью симптомов, но и с быстрым прогрессированием заболевания.** Именно поэтому ГЛПС относится



к числу потенциально опасных для жизни состояний и требует обязательного медицинского наблюдения.

Больше всего рискуют заразиться этой лихорадкой люди, которые могут взаимодействовать с грызунами и продуктами их жизнедеятельности: работники сельского хозяйства, садоводы и дачники, жители сельской местности, любители походов и отдыха на природе.

Поскольку вакцинации нет, то для предотвращения заболевания ГЛПС следует соблюдать правила личной гигиены.

- Когда образуется много пыли при сборе хвороста, сухого листа, желательно закрывать нос и рот масками.

- Не следует брать грибы со следами зубов грызунов или наличием их кала.

- Ссадины и ранки на коже рук перед походом в лес нужно заклеить лейкопластырем.

- При ранении кожи в лесу ранку следует промыть и обработать настойкой йода или зеленки.

- Нельзя ночевать в копне сена или в заброшенных лесных постройках, брать в руки живых лесных грызунов или их трупы.

- Первую уборку дачных домиков после зимы важно проводить в перчатках и маске.

Также **важно принимать меры, чтобы ограничить возможные контакты с мышами:**

- исключить проникновение мелких млекопитающих в здания;

- поставить мышеловки и разложить яд для грызунов в местах, недоступных для детей, домашних и сельскохозяйственных животных;

- на прогулках в лесу выбирать поляну или светлый участок леса, не располагаться в стогах сена или соломы;

- хранить продукты и воду в закрытой таре;

- мыть овощи и фрукты перед едой;

- не пить, не готовить, не мыть посуду и не умываться водой из неизвестных источников. ☹



Ведение пациента со старческой астенией



Наталья Георгиевна ЦЕЛЮК,
заведующий
Алтайским краевым
гериатрическим центром,
врач-гериатр первой
квалификационной
категории
КГБУЗ «Алтайский
краевой госпиталь
для ветеранов войн»

Исследователи отмечают «демографическое цунами» - стремительное старение населения и накопление у одного пациента нескольких взаимосвязанных патологий (мультиморбидности).

Почему так важен переход от стратегии «лечения болезни» к стратегии «сохранения автономности и безопасности» пожилого человека со старческой астенией?

● **Стандартные протоколы лечения гипертонии требуют строгого контроля АД** (ниже 130/80). Однако у пациентов со старческой астенией такая агрессивная терапия резко повышает риск ортостатической гипотензии, что приводит к обморокам и падениям. Целевые значения САД:

- 130-139/80-89 мм рт.ст. (при отсутствии старческой астении);
- 140-150/80-89 мм рт.ст. (при наличии старческой астении).

● **Падение в стационаре для пациента со старческой астенией часто заканчивается переломом шейки бедра.** Смертность в течение года после такой травмы достигает 30-40%, что делает профилактику падений более приоритетной задачей, чем достижение идеальных цифр давления.

● **Гипертония - главный фактор сосудистых когнитивных нарушений.** В условиях стационара такие пациенты склонны к развитию делирия (острой спутанности сознания). Это увеличивает срок госпитализации в 2-3 раза и повышает риск летального исхода.

● **Проблема полипрагмазии:** такие пациенты получают в среднем 5-8 различных препаратов. Взаимодействие лекарственных препаратов часто усиливает мышечную слабость и когнитивный дефицит. Стационар - это критическая точка для депрескрайбинга (отмены лишних лекарств).

● **Социально-экономический аспект:** ведение пациентов со старческой астенией требует большего участия среднего медперсонала и адаптации среды стационара, что ставит вопрос о создании специализированных гериатрических коек и обучении персонала мультидисциплинарному подходу.

Рассмотрим клинический случай: ведение пациента в гериатрическом отделении с проведением комплексной гериатрической оценки, формированием плана лечения и реабилитации.

Пациентка В. (82 года) поступила в плановом порядке в приемное отделение КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн» с диагнозом «гипертоническая болезнь».

Жалобы на повышение АД до 175/95 мм рт.ст. в течение 25 лет, одышку при ходьбе по квартире, нарушение равновесия и слабость в ногах в течение 15 лет, быструю утомляемость и головокружение при ходьбе, два эпизода падений за последние 6 месяцев,



навязчивый страх падения, приводящий к невозможности выхода на улицу без посторонней помощи и социальной изоляции, потерю равновесия из-за страха упасть, при этом пациентка испытывает непреодолимые трудности при входе в ванну, а также при процессах одевания и раздевания, снижение силы рук около 10-11 лет, снижение памяти на имена знакомых людей, недержание мочи, снижение зрения и слуха.

В приемном отделении пациентка была осмотрена врачом-гериатром.

Соматический статус: пациентка среднего роста, правильного телосложения, пониженного питания, передвигается с тростью. Снижение слуха, нарушение зрения (за подбором очков не обращалась).

Кожные покровы сухие, бледно-розовые с сосудистым рисунком. Тургор кожи снижен. Язык обложен, сухой. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, тоны сердца ритмичные, приглушенные. АД dext = АД sin = 160/80 мм рт.ст. (утром принимала гипотензивные препараты). Живот мягкий, безболезненный.

В приемном отделении проведена оценка: артериального давления (АД dext - 160/80 мм рт.ст., АД sin - 160/80 мм рт.ст.), частоты сердечных сокращений (85 ударов в минуту), термометрии (36,8°C), частоты дыхательных движений (17 в минуту), насыщения крови кислородом (98%), рост (161 см), массы тела (47 кг), ИМТ (18,1 - недостаточная (дефицит) масса тела).

В приемном отделении Алтайского краевого госпиталя для ветеранов войн:

- ▶ проведены скрининги:
 - «Возраст не помеха» (результат: 6 баллов - СА),
 - тест Мини-Ког (результат: 2 балла - КН),
 - краткая шкала оценки спутанности сознания (результат: делирия - нет),
 - тест Морсе (результат: 90 баллов - высокий риск падений);

▶ результаты скринингов внесены в медицинскую карту стационарного больного, которую промаркировали красным цветом: КН - когнитивные



нарушения, П - высокий риск падений;

▶ на пациентку надет красный браслет (высокий риск падений);

▶ медицинская сестра убедилась, что у пациентки обувь для ношения в отделении подобрана соответствующим образом (есть задник, каблук 1,5 см);

▶ пациентка госпитализирована в гериатрическое отделение госпиталя с целью подбора гипотензивной терапии и коррекции гериатрических синдромов и в сопровождении младшего медицинского персонала на лифте была транспортирована в отделение.

С учетом выявленного высокого риска падений и когнитивных нарушений пациентка нуждается в постоянном контроле и размещена в палату, расположенную рядом с медицинским постом (палата снаружи промаркирована, также промаркирована кровать «Пациент с КН, П», над ней - кнопка вызова персонала). Пациентке разъяснили, что для вызова дежурной медицинской сестры необходимо использовать кнопку вызова персонала, которая рядом с больничной койкой (ее можно нажать, не вставая с кровати).

Медицинской сестрой палатной проведено обучение пациентки по профилактике падений: вставать не спеша, не вставать с постели, стула одной, не вставать резко, особенно если кружится голова после приема лекарственных препаратов, вызывать медперсонал по кнопке вызова, если нужно в туалет, душ или выйти из палаты.

В гериатрическом отделении в течение часа с момента поступления в отделение пациентка осмотрена врачом-гериатром, данные внесены в лист назначений, включающий медикаментозное лечение, двигательный режим, диетический стол с повышенным содержанием белка. Также врачом даны разъяснения для палатной медицинской сестры по физической активности, питанию, когнитивному тренингу.



Мультидисциплинарной медицинской бригадой во главе с врачом-гериатром пациентке проведена комплексная гериатрическая оценка (КГО). Из-за быстрой ее утомляемости КГО проводилось в течение двух дней.

ПЕРВЫЙ ДЕНЬ КГО

Проводилась *антропометрия* (рост 161 см, масса тела 47 кг), проведен расчет ИМТ = 18,1 кг/м² - недостаточная (дефицит) масса тела).

Оценка состояния питания (результат: 17,5 баллов - риск недостаточности питания (риск мальнутриции)).

Оценка наличия ортостатической гипотонии (результат: положительная проба).

Оценка зрения с использованием таблицы Розенбаума (результат: для улучшения зрения необходимо использовать очки).

Проводилась *аудиометрия* (результат: снижение слуха, рекомендован слуховой аппарат).

Оценка хронического болевого синдрома: визуально-аналоговая шкала, шкала PAINAD, нейропатический компонент боли (результат: умеренная хроническая боль).

Оценка функциональной активности: базовая функциональная активность (результат: БФА умеренно снижена, индекс Бартел - 65 баллов, умеренная зависимость).

Инструментальная функциональная активность: ИФА снижена (результат: индекс Лоутона - 2/8 баллов).

ВТОРОЙ ДЕНЬ КГО

Проводилась *оценка мобильности*: тест «Встань и иди» (результат: 20 секунд - высокий риск падений).

Способность поддержать равновесие на одной ноге (результат: 0 - высокий риск падений).

Краткая батарея тестов физического функционирования (результат: 6 баллов - старческая астения).

Оценка мышечной силы: кистевая динамометрия (результат: правая рука - 12-14 кг, левая - 10-11 кг, саркопения).

Оценка когнитивных функций: тест рисования часов (результат: 5 баллов); тест Мини-Ког (результат: 2 балла - когнитивные нарушения); краткая шкала оценки психического статуса (результат: 23 балла - деменция легкой степени выраженности).



Критически важный этап второго дня - работа врача-гериатра с лекарственной терапией. С использованием критериев STOPP/START проведен **аудит назначений** для исключения «каскада назначений», чтобы убрать препараты, которые могут усиливать риск падений или ухудшать когнитивные функции.

На основании данных первого и второго дня КГО врачом-гериатром выставлен клинический диагноз пациентки. *Основной:* гипертоническая болезнь 2 стадия, 2 степень, риск 3 (ГЛЖ), ХСН1. *Сопутствующие заболевания:* умеренная старческая астения (R54). *Гериатрические синдромы:* высокий риск падений, когнитивные нарушения (деменция легкой степени выраженности), сенсорные дефициты (снижение зрения и слуха), умеренное снижение функциональной и инструментальной активности, недержание мочи, полипрагмазия, недостаточность витамина D, саркопения.

Структура диагноза разделена на стандартные нозологии и специфические гериатрические домены.

Основной диагноз отражает состояние сердечно-сосудистой системы: это гипертоническая болезнь второй стадии с поражением органов-мишеней (ГЛЖ) и начальные проявления хронической сердечной недостаточности (ХСН 1) (код I11.9).

В блоке сопутствующих заболеваний на первый план выходит диагноз «Умеренная старческая астения» (код R54). ☺

Окончание в следующем номере

Вывод по КГО: клинический случай описывает пациентку с синдромом деменции на фоне старческой астении. Это сочетание требует от врача-гериатра разработки плана лечения и реабилитации, где приоритетом станут безопасность среды и коррекция нутритивного статуса для борьбы с саркопенией.



Боевая травма мирного времени

В краевом центре травмы кисти КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи» ежегодно проходят лечение до 3000 пациентов с травмами верхней конечности, которые поступили в круглосуточное отделение по экстренным показаниям.

Чем опасны травмы

Наиболее тяжелыми являются **производственные травмы**: они приводят к сложным комбинированным дефектам кисти и предплечья с разрушениями костных структур, сухожилий и мягких тканей. Тяжесть поражения сопоставима с огнестрельными и минно-взрывными ранениями.

Восстановление хватательной функции кисти требует многоэтапного подхода, включающего первичную санацию, последующую костно-пластическую реконструкцию, а также вторичные операции и длительную реабилитацию.

На фотографиях (стр.44) отражены этапы лечения одного из таких пациентов, которому были восстановлены основные функции кисти после ее тяжелой травмы.

Однако, в общем потоке пострадавших преобладают бытовые и производственные, колотые и резанные ранения сухожилий, нервов и сосудов кисти и предплечья.

Почему нельзя медлить

Основная проблема - это позднее обращение за медицинской помощью пациентов с небольшими колото-резаными ранами, сопровождающимися повреждением сухожилий и нервов. Пациентов, а часто и врачей на местах долго не настораживает утрата активных сгибательных и разгибательных движений в пальцах, утрата чувствительности. Теряется драгоценное время, рана заполняется рубцовой тка-

нью, а мышцы утягивают сухожилия далеко от места повреждения с образованием дефекта. По этой причине вместо шва сухожилия мы вынуждены делать двух- или трехэтапную тендопластику, функциональный результат которой всегда гораздо хуже.

Также **непонятно нам «оптимистическое» отношение пациентов к такой частой травме, как перелом дистального метаэпифиза лучевой кости** (как пишут «ДМЛК» или «луча в типичном месте»), когда даже серьезные смещения отломков считаются допустимыми по принципу «и так сойдет». Деформация лучезапястного сустава всегда сопровождается стойким болевым синдромом и значительным нарушением функции кисти. Вместе с тем имеющиеся в нашем арсенале классический остеосинтез спицами, а в сложных случаях - пластиной с угловой стабильностью, позволяют на 100% предотвратить эти осложнения.

Наши возможности

Отделение оснащено С-дугой и инструментарием для малоинвазивных операций и динамического рентгенконтроля репозиции костных отломков при остеосинтезе костей верхней конечности и ключицы пластинами с угловой стабильностью и гвоздями с блокированием, которые позволяют обходиться без гипсовой фиксации или существенно сократить сроки ее применения.

В краевом центре травмы кисти работают опытные специалисты и имеется оборудование для проведения артроскопических операций при различных повреждениях тканей плечевого сустава. Умение правильно прочитать



Андрей Александрович КОЛОМЕЦ,
доктор медицинских наук,
профессор,
врач-травматолог-ортопед
высшей
квалификационной
категории,
Краевой центр
травмы кисти
КГБУЗ «Краевая
клиническая больница
скорой медицинской
помощи»



МРТ-картину, сопоставить ее с клинической симптоматикой, выставить правильный диагноз и определить доказательные показания к операции дается только при большой практике. Наши специалисты обладают этими навыками в полном объеме.

Со времени открытия отделения в 2003 году практически полностью сменился состав врачей, но это естественная смена поколений. Из первого состава продолжают работать заведующий отделением **Вячеслав Дмитриевич ВИГЕЛЬ** и первый заведующий профессор, доктор медицинских наук **Андрей Александрович КОЛОМИЕЦ**. Новое поколение - это пятеро врачей со стажем работы более 10 лет. Молодое поколение - трое вчерашних ординаторов травматологов-ортопедов. Профессионального опыта молодые врачи набираются быстро, так как ежедневно нами оперируется больше десяти больных.

Консультативный прием заведующего отделением для решения вопроса об оперативном лечении проводится в консультативном кабинете больницы. Предварительная запись по телефону: 8(3852)36-75-07 с 14 до 16 часов (кроме выходных и праздничных дней).

Основные операции, выполняемые в отделении

- Удлинение и реконструкция культей кисти и пальцев по Илизарову.
- Лечение переломов и последствий переломов ключицы, плечевой кости, костей предплечья и кисти.
- Закрытый спицевой остеосинтез переломов лучевой кости в типичном месте.
- Лечение травм и последствий травм плечевого, локтевого, лучезапястного суставов и суставов кисти.
- Микрохирургический невролиз при посттравматических брахиоплекситах (на вторичных пучках).
- Микрохирургический шов нервов и сухожилий верхних и нижних конечностей.
- Пластика нервов и сухожилий верхних и нижних конечностей при застарелых травмах.
- Реплантация ампутированных конечностей.
- Эндопротезирование суставов кисти.
- Остеосинтез имплантами с угловой стабильностью.
- Кожная пластика полнослойными лоскутами на питающей сосудистой ножке.
- Костная аутопластика питающим трансплантатом.
- Различные виды операций при заболеваниях кисти.



Фото 1. Локальный статус при поступлении



Фото 2. Рентгенография правой кисти при поступлении

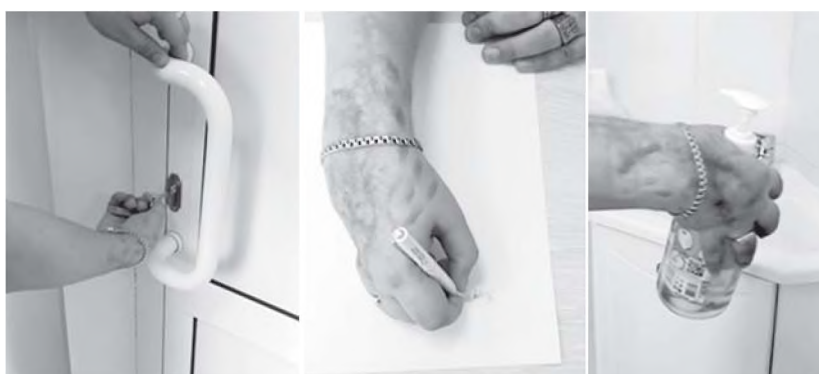


Фото 3. Восстановленные функции кисти



Фото 4. Рентгенография обеих кистей по окончании лечения

