

6+

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№2 (218) МАРТ 2022



ОТ РЕДАКТОРА



Решения Верховного Главнокомандующего России не обсуждаются! Они должны быть выполнены вооруженными силами в полном объеме!

Дискуссии о справедливости или адекватности именно таких мер по возвращению МИРА народам ПРИЗНАННЫМ РЕСПУБЛИКАМ ДНР и ЛНР, народам Украины, по защите рубежей нашей Родины считаю не только неуместными сегодня, а даже вредными!

Поддержка лидеру нашей страны Владимиру Путину - это не только публичные слова одобрения его политики. Это прежде всего - повседневная честная работа каждого из нас на своих рабочих местах: врачей, работников коммунального хозяйства, педагогов, водителей, государственных служащих...

...Это - достижения амбициозных, поставленных лидером страны, целей и задач по развитию России.

...Это - деятельное волонтерство.

...Это - открытая и честная гражданская позиция, нетерпимость к проявлениям разжигания национальной розни, распространению фейков о нашей стране.

...Это - лад в семьях, воспитание детей в любви к своей Родине и миру.

...Это - поддержание порядка и чистоты в своих домах, селах и городах.

Мелочей - нет!

Но при этом недопустимо «толерантное отношение» к так называемым «псевдопацифистам», к тем, кто беззастенчиво переписывает наше героическое прошлое, нашу историю, прикрываясь якобы «миротворческими позициями» или «покаяниями». Мы - за мир! Мы - за дружбу между народами! Но, прежде всего, мы - за Россию!

Мы честны и открыты в своей позиции, в своих действиях.

В правильности принимаемых решений, в успешном завершении миротворческой операции и отражении очередного «крестового похода» Запада

И.В. Козлова,
главный редактор, сопредседатель
Регионального штаба ОНФ в Алтайском крае



**Новый порядок
онкологической
помощи**



**Спасем жизни от
туберкулеза!**



**Школьники
уже не те**



**Если вы решили
принять
на воспитание
в семью ребенка**

На обложке: Олег Александрович ЗУЙКОВ, главный внештатный специалист-неонатолог министерства здравоохранения Алтайского края, заведующий отделением экспертизы по педиатрической помощи КГБУЗ «АККЦОМД».

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ «ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

Врач - это не просто профессия..... 2-3

ЗА СЧАСТЛИВОЕ ЗДОРОВОЕ ДЕТСТВО!

О.А. Зуйков. Как обезопасить новорожденного ребенка от COVID-19 4-5

ПОБЕДИМ СВОЙ СТРАХ!

И.В. Вихлянов. Новый порядок онкологической помощи 6-9

Жизнь без гепатита С 10

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ «ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

Е.С. Анисимова. Спасем жизни от туберкулеза! 11-13

Есть антитела к коронавирусу? Получите QR-код! 14

Лучшие российские изобретения XXI века 15

ЖИЗНЬ ГЛАЗАМИ ЭНДОКРИНОЛОГА

С.И. Мазепа, И.А. Вейцман.

Эндокринные разрушители и нейроэндокринные опухоли 16-17

ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА

И.Н. Морякова, Е.И. Лебедева.

Anti-age и pro-age гинекология в жизни современной женщины 18-19

Новости здравоохранения России 20

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

Я.М. Кувардина. Питание детей при острых кишечных инфекциях 21-22

С.В. Тихомирова. Вакцинация как путь к спасению 23-24

О чем говорит ваш вкус? 25

Сладкие и полезные 26-27

СОВЕТЫ ЭНДОКРИНОЛОГА

А.А. Калиновская, А.О. Жданова, И.А. Вейцман.

Женщина циклична, как природа, но хороша в любой период и сезон! 28-29

Врачи выявили в пациентах агрессивность 30

Внимание на иммунодефицит 31

ЗА СЧАСТЛИВОЕ ЗДОРОВОЕ ДЕТСТВО!

Школьники уже не те 32-33

Как превратить уборку в медитацию 34

Новости здравоохранения России 35

ЗА СЧАСТЛИВОЕ ЗДОРОВОЕ ДЕТСТВО!

С.А. Маурер. Если вы решили принять на воспитание

в семью ребенка 36-37

Рецепты антихрупкости 38-39

Мы такие разные. И это здорово! 40-41

СОВЕТЫ ПСИХОЛОГА

А.В. Лобанова. Психологическая помощь пациентам с онкодиагнозом 42-44

Нововведения с марта 2022 года 44



Врач - это не просто профессия

17 марта 2022 года в Алтайском филиале Российской академии народного хозяйства и государственной службы под эгидой министерства здравоохранения Алтайского края прошел второй форум молодых врачей «Траектория профессионального и карьерного развития молодого врача 2022».

330 молодых врачей из медицинских организаций края собрались обсудить основную тему мероприятия - профессиональное и карьерное развитие молодого специалиста.

Открыли форум министр здравоохранения Алтайского края **Дмитрий ПОПОВ**, председатель АКЗС **Александр РОМАНЕНКО**, ректор Алтайского государственного медицинского университета **Ирина ШЕРЕМЕТЬЕВА**.

Руководитель регионального минздрава Дмитрий Попов рассказал об уникальности мероприятия:

- Форум посвящен молодым врачам - будущему здравоохранения Алтайского края. Мы хотим понимать запросы отрасли: в каком направлении ребята думают развиваться дальше, ведь именно они - основной костяк здравоохранения края через 5-10 лет, от их навыков, умения, приверженности профессии будет зависеть очень многое. Ведя прямой, открытый диалог с молодыми специалистами, мы закладываем необходимые тенденции в базу развития медицинских организаций, где они работают. Создавая положительную атмосферу внутри коллективов, социальные условия для молодых работников, мы тем самым сохраняем и преумножаем кадровый потенциал и работаем на перспективу развития нашего здравоохранения.

Сегодня мы обсудим не только вопрос привлечения в профессию, но и закрепление в ней. С какими трудностями ребята сталкиваются, что молодых работников заставляет уйти из здравоохранения, уехать из края. Всё это важно сверить с нашей точкой зрения, обсудить и найти варианты решения проблем.

Выступая перед молодыми медиками, председатель Алтайского краевого законодательного Собрания Александр Романенко отметил большую значимость здравоохранения в жизни общества, в краевой и государственной политике:

- В результате пандемии мы поняли, что наше первичное звено оказания медпомощи не совсем соответствовало данной ситуации. Поэтому мы сегодня поступательно движемся по пути его модернизации. Перед нами стоят серьезные задачи по строительству и капитальному ремонту ФАПов, амбулаторий в селах Алтайского края. На эти цели направляются очень значимые суммы. Продолжается обновление материально-технической базы учреждений. Новое оборудование, транспорт и другие ресурсы получают не только специализированные медицинские учреждения, учреждения, оказывающие высокотехнологичную медпомощь, или краевые больницы, но и районные, сельские больницы. Депутаты готовы поддержать любые программы и инициативы министерства здравоохранения и правительства Алтайского края, которые бы обеспечили кадровую составляющую и поддержку молодых ребят, которые приходят в здравоохранение.

Преподаватели Алтайского филиала РАНХиГС и АГМУ провели с участниками форсайты (технология, позволяющая создать образ будущего и найти ответы на актуальные проблемы) на разные темы: «Теория поколений», «Профессиональное выгорание», «Управление временем», «Юридическая защищенность врача», «Продуктивность рабочего дня» и т.д. Коуч в интерактивной форме и с использованием тренинговых приемов расска-



зал об особенностях мышления лидера, как правильно ставить себе цели и как грамотно распределять ресурсы.

Далее во время активной групповой работы молодые доктора высказали свое мнение о преимуществах и недостатках краевого здравоохранения, обсудили решения, которые будут способствовать профессиональному и карьерному развитию молодого врача.

На форуме были представлены члены первого созыва **Совета молодых врачей**. Совет сформировался в результате конкурса, который провели в январе-феврале этого года. В него вошли 16 активных и инициативных врачей, которые хотят улучшить здравоохранение Алтайского края. Они будут представлять в региональном минздраве интересы молодежи медицинских организаций и содействовать взаимодействию ведомства с новым поколением врачей. Также смогут участвовать в разработке проектов нормативно-правовых актов, оказывать консультативную поддержку коллегам в профессиональных вопросах.

В совет молодых врачей вошли: Эроль Геятович КАСИМОВ (КГБУЗ «Городская больница №12, г. Барнаул»), Алёна Игоревна СЕРГИЕНКО и Наталья Сергеевна КАРПОВА (КГБУЗ «Краевая клиническая больница»), Василий Владимирович СЕРОШТАНОВ (КГБУЗ «Краевая клиническая больница», ФГБОУ ВО «АГМУ»), Антон Вла-



димирович КОЖЕВНИКОВ и Виталий Олегович ЭЙХМАН (КГБУЗ «Алтайский краевой центр по борьбе со СПИДом»), Ольга Михайловна АТАМАНЧУК и Мария Евгеньевна МАМОНТОВА (КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн»), Камилла Сергеевна ЕРЕМКИНА (КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи»), Светлана Александровна ТКАЧЕВА (КГБУЗ «Усть-Пристанская ЦРБ»), Александр Валерьевич БОГОМОЛОВ (КГБУЗ «Алейская ЦРБ»), Яна Сергеевна ЕВГУШЕНКО (КГБУЗ «Стоматологическая поликлиника, г. Бийск»), Евгений Александрович ЗАХАРОВ (КГБУЗ «Городская больница №2, г. Рубцовск»), Наталья Сергеевна БЕКЕШКИНА (КГБУЗ «Онкологический диспансер, г. Рубцовск»), Екатерина Владимировна КОРЕНЁК (КГБУЗ «Городская больница №2, г. Рубцовск»), Мария Сергеевна ХРЕБТОВА (КГБУЗ «Каменская ЦРБ»).

Планируется, что заседания совета будут проходить на регулярной основе. В числе глобальных проблем региона, которые предстоит решать совместно, - кадровый дефицит, заработная плата молодых врачей, проблема социального найма жилья, получение компенсаций за съёмное жильё и другие.

В заключительной части форума Дмитрий Попов принял участие в дискуссии с молодежью по итогам групповой работы, участники представили свой план действий и обсудили с министром необходимые для этого ресурсы. 📷

В практическом здравоохранении Алтайского края работают 8077 врачей.

Из них в возрасте до 35 лет - 2523 человека (31,2%).

В сравнении с 2019 годом доля молодых специалистов увеличилась на 1,7%.

Большая доля молодых врачей работает в амбулаторно-поликлиническом звене - 54,6% (1378чел.), в стационарных подразделениях - 42% (1061чел.), на станциях СМП - 33% (84чел.).

В городских больницах работает 75,8% (1912чел.), в сельских - 24,2% молодых специалистов (611чел.).

Квалификационные категории имеют 23,7% (597чел.) врачей в возрасте до 35 лет.

Дмитрий Попов, министр регионального минздрава:

- Уровень заработной платы врачей у нас - самый низкий в СФО. Связано это, в первую очередь, с экономикой региона, поскольку считается средняя заработная плата по субъекту федерации. Но при этом у нас есть и достаточно серьезные диспропорции между медицинскими организациями по оплате труда одной и той же специальности. Основная наша задача - до 1 июня 2022 года пересмотреть все штатные расписания, исходя из уровня оказания медпомощи, утвержденных порядков, технологий, которые есть в конкретной медицинской организации, чтобы привести эти штатные расписания в соответствие к заработным платам.

Как обезопасить новорожденного ребенка от COVID-19



Олег Александрович ЗУЙКОВ,

главный внештатный специалист неонатолог министерства здравоохранения Алтайского края, заведующий отделением экспертизы по педиатрической помощи, врач-анестезиолог-реаниматолог высшей квалификационной категории, КГБУЗ «Алтайский краевой клинический центр по охране материнства и детства»

COVID-19, или новая короновиральная инфекция, - заболевание, которое вызвано новым коронавирусом SARS-CoV-2 и возникло в 2019 году в Китае в провинции Ухань с развитием последующей пандемии.

За три года с начала пандемии COVID-19 накоплено достаточное количество данных относительно проявлений новой коронавирусной инфекции у младенцев, рожденных от инфицированных SARS-CoV-2 матерей.

Так, в начале пандемии были ограничены и неоднозначны суждения, касающиеся способов и путей передачи инфекции от больной матери к плоду, несмотря на описания положительных результатов тестов на SARS-CoV-2 у новорожденных с ранним началом инфекции. При этом передача инфекции вертикальным путем от матери к плоду рассматривалась как один из возможных вариантов. Однако убедительные доказательства этого отсутствовали, поскольку ранее считалось, что респираторные вирусы, как правило, не передаются внутритробно.

Первое сообщение о передаче вируса вертикально от матери к плоду было описано китайскими авторами в 2019 году: у ребенка, несмотря на отсутствие физического контакта с матерью, с рождения было обнаружено повышение уровня антител IgM к SARS-CoV-2 и цитокинов. При этом по результатам компьютерной томографии грудной клетки новорожденного не выявлено патологических изменений.

В нескольких крупных исследованиях и национальных регистрах было показано, что *вероятность вертикальной передачи вируса от матерей, инфицированных SARS-CoV-2, новорож-*

денным крайне низкая, однако вполне реальна.

Как правило, плоды от матерей, инфицированных SARS-CoV-2, чаще рождаются преждевременно путем кесарева сечения, по причинам, связанным исключительно с состоянием здоровья матери: в связи с развитием у беременной женщины респираторной недостаточности и таких состояний, как преэклампсия, эклампсия, HELP-синдром и другое.

Доказательством внутриутробного инфицирования новорожденного, помимо анамнестических данных о наличии инфицирования вирусом SARS-CoV-2 матери во время беременности, служит хотя бы один положительный мазок из носоглотки и (или) наличие специфических IgM, взятых у новорожденного непосредственно после рождения еще до контакта с инфицированной матерью.

Вертикальная передача вируса ребенку подтверждается примерно у 9% детей, из них 5,7% трансплацентарно заразились в III триместре беременности и 3,3% интранатально во время родов.

Симптомы инфекции COVID-19 у детей не специфичные. По данным собственных наблюдений и литературных источников, **к наиболее частым проявлениям инфекции относятся:**

- ◆ повышение температуры тела (в 44% случаев);
- ◆ желудочно-кишечные симптомы: рвота, диарея, нарушение толе-



Частота вертикальной передачи инфекции от матери к плоду составляет около 9%

По данным 2021 года, инфекция SARS-CoV-2 более типична для новорожденных, родившихся преждевременно. Частота инфекции SARS-CoV-2 составила 18,4 [9,8-31,4] на 10000 родившихся живыми среди недоношенных новорожденных (от 32 до 37 недель), в сравнении с 4,9 [3,6-6,5] на 10000 родившихся живыми среди доношенных новорожденных



рантности к пище и прочее (в 36% случаев);

◆ респираторные проявления: одышка, тахипноэ, респираторный дистресс-синдром, врожденная пневмония и прочее (в 52% случаев);

◆ неврологические проявления: гипоксически-ишемическая энцефалопатия, глиоз вещества головного мозга и прочие симптомы (до 18%);

◆ гораздо реже отмечается конъюнктивит, кожная сыпь (в 9,2% случаев).

В анализах крови отмечались низкий либо высокий уровень лейкоцитов (в 20% случаев) и С-реактивного белка (СРБ) и (или) прокальцитонина (в 12% случаев).

Исходы заболевания COVID-19 у новорожденных в подавляющем большинстве случаев благоприятные. Однако около 30% новорожденных детей в связи с недоношенностью и наличием сопутствующей патологии требовали дальнейшего перевода и лечения в отделении патологии новорожденных и недоношенных детей.

В последнее время в связи с циркуляцией новых штаммов коронавируса (Омикрон и другие) дети чаще инфицируются новой коронавирусной инфекцией дома от инфицированных матери и родственников, с возникновением «семейных очагов» новой коронавирусной инфекции.

Помните, что только соблюдение простых правил матерью новорожденного ребенка позволяет в разы снизить риск инфицирования новорожденного ребенка дома.

Уход за новорожденным в условиях пандемии

Вы можете не иметь никаких жалоб, но при этом быть источником заражения для вашего новорожденного малыша во время инкубационного периода, который длится от 2 до 14 дней с момента инфицирования.

Эти простые правила защитят вашего малыша:

● коронавирус передается воздушно-капельным путем и при близком контакте. Поэтому во время кормления, проведения гигиенических процедур **держите ребенка на руках минимально необходимое время;**



● **обязательно надевайте защитную маску** во время кормления, подмывания, укачивания ребенка;

● **не кашляйте и не чихайте при ребенке.** Если этого не избежать, чихайте в носовой платок, салфетку;

● **руки мойте с мылом и обрабатывайте их антисептиком** с содержанием спирта не менее 70% перед тем как взять малыша на руки, взять молокоотсос или бутылочку;

● **НЕ трогайте грудь, не мойте руки;**

● **НЕ приближайте ребенка к своему лицу** без лишней необходимости;

● если ваш ребенок находится на искусственном вскармливании, **тщательно обрабатывайте бутылочки перед кормлением** с моющим средством (можно в посудомоечной посуде);

● **после каждого контакта соски с любой поверхностью ее необходимо мыть с мылом в течение 20 секунд;**

● при сцеживании грудного молока **обрабатывайте молокоотсос и все его составляющие** с мылом перед каждым сцеживанием;

● **проводите влажную уборку помещений** в течение дня, обрабатывайте антисептиком телефон, клавиатуру, ручки дверей и прочие поверхности, к которым вы часто прикасаетесь;

● **проветривайте помещения** как можно часто.

Берегите себя и своих детей!

В Алтайском крае
внутриутробное
инфицирование SARS-CoV-2
было установлено:
- в 2020 году – у 14 детей,
- в 2021 году – у 26 детей.

За время пандемии не было
зарегистрировано ни одного
случая гибели
новорожденного ребенка от
новой коронавирусной
инфекции.



Новый порядок ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ.

О том, что изменилось в работе онкодиспансеров и как это отразится на пациентах

Новый «Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях» был принят и опубликован еще 1 апреля 2021 года. Его основная задача - совершенствование онкологической помощи, приведение ее к современным стандартам, обеспечение преемственности внутри системы здравоохранения и повышение доступности на всех этапах. Профильные медицинские организации должны были в течение восьми месяцев реформатировать свою работу согласно новым правилам.

О том, что изменилось в онкологической службе Алтайского края, - тема нашего разговора с главным внештатным специалистом-онкологом регионального министерства здравоохранения, главным врачом Алтайского краевого онкологического диспансера **Игорем Владиславовичем ВИХЛЯНОВЫМ**.

- Алтайский край начал работать по новому Порядку с 1 января 2022 года. Сократились ли объемы оказываемой онкологической помощи?

- Никакого сокращения онкологической помощи не произошло. Напротив, коечный фонд даже увеличился за счет организации в Бийском онкодиспансере десяти дополнительных коек - как говорится, мал золотник, да дорог. В настоящее время коечный фонд трех онкологических диспансеров края - это 770 коек в круглосуточных стационарных отделениях и 220 коек в дневных стационарах, работающих в три смены.

Самое главное был наведен порядок и в структуре коечного фонда. Раньше в онкологических диспансерах страны повсеместно существовала практика проведения курсов лекарственной терапии в

отделениях хирургического профиля. Новый же Порядок рекомендует работать иначе. Регламентирована строгая специализация отделений: в хирургических отделениях должны оперировать, в отделениях лекарственной терапии проводить специализированное лечение с помощью противоопухолевых препаратов, а в отделениях радиотерапии выполнять курсы лучевого лечения. Прохождение лекарственной терапии в хирургическом отделении допускается в ситуациях с уже прооперированными или готовящимися к операции пациентами, которым лекарственное лечение было необходимо либо для уничтожения остаточных раковых клеток и профилактики метастазирования, либо для сокращения злокачественного процесса и уменьшения объема опухоли перед хирургическим вмешательством - в рамках одной госпитализации.

В соответствии с этим в краевом онкодиспансере, например, было полностью перепрофилировано одно из торакальных хирургических отделений в отделение лекарственной терапии. Но прежде чем принять такое непопулярное решение, вызвавшее бурю про-



тиворечивых эмоций у жителей края, была тщательно проанализирована работа обоих отделений.

Мы изучили реальный объем хирургической помощи по торакальному профилю с учетом заболеваемости раком лёгкого, желудка и пищевода в регионе, оценили эффективность использования хирургических коек, проанализировали способность и желание хирургов каждого отделения выполнять необходимые виды хирургических вмешательств. По итогам этой работы стало очевидно, что одного торакального хирургического отделения на 50 коек более чем достаточно для оказания необходимой помощи населению Алтайского края в полном объеме и надлежащего качества.

Надо отметить, что прежние положения дел хоть и не противоречило документам, регламентирующим порядок оказания онкологической помощи на тот момент, но точно не способствовало и ее совершенствованию. Благодаря



новому Порядку хирургам больше не нужно углубляться в тонкости лекарственной терапии, а химиотерапевты больше не будут отвлекаться на работу, связанную с перевязками и прочими «хирургическими» процедурами. Это приведет к большей специализации и повышению квалификации онкологов: безусловно выполнять свою работу может тот врач, который выполняет ее часто и много.

- Правда ли, что пациенты теперь строго закреплены за регионом проживания, и попасть на лечение в другие регионы и федеральные центры больше невозможно?

- Возможность лечиться за пределами региона у онкологических пациентов была, есть и будет. Новый порядок в этом смысле не накладывает никаких специальных ограничений.

Пациент, получивший заключение онкологического консилиума с подтвержденным злокачественным диагнозом и расписанной тактикой лечения заболевания, в соответствии с программой госгарантий обязан получить бесплатную медицинскую помощь в полном объеме согласно клиническим рекомендациям. Для этого он направляется в профильное отделение (дневной или круглосуточный стационар) региональной специализированной медицинской организации по месту проживания - онкологический диспансер или другую клинику, прошедшую лицензирование и аккредитацию по профилю «онкология».

Если врачи данной организации по техническим причинам не могут провести предписанное лечение вообще или в какой-то его части (нет нужных специалистов, оборудования, медикаментов, условий, недостаточного опыта и квалификации и т.п.), они обращаются в медицинскую организацию другого региона Российской Федерации, где такая помощь оказывается полноценно. Специалисты знакомятся с результатами всех выполненных пациенту исследований, запрашивают необходимые пояснения по истории болезни и, про-



анализировав весь массив данных, выносят решение: готовы ли они взять этого больного на лечение, смогут ли они оказать ему квалифицированную помощь в необходимые сроки или же нет. Если решение положительное, то пациент получает направление установленного образца и отправляется в клинику, где его, по сути, уже поставили в план лечения. Если по каким-то причинам лечение в данной клинике невозможно, ищется равноценная альтернатива. Отмечу, что необходимую помощь пациент получит гарантированно.

Но есть и другая ситуация: пациент с установленным диагнозом не желает лечиться по месту проживания, хотя объективно необходимая медицинская помощь ему гарантированно будет оказана здесь в полном объеме. Он хочет, чтобы его здоровьем занимались врачи крупных федеральных клиник, и возможность обратиться туда у него была и есть в настоящее время. Причем, выдача направления не является прерогативой только онкологического диспансера, оформить его можно и в участковой поликлинике по месту прикрепления.

В обеих ситуациях это направление выглядит абсолютно одинаково. Но в первом случае оно, по сути, является переводом пациента по медицинским показаниям из одной организации в другую. Во втором же - направляющая орга-

низация обеспечивает только первичную консультацию специалиста клиники-партнера. Никаких гарантий, что больному будет проведена диагностика или специализированное лечение в этой организации, нет - ему также может быть рекомендовано и лечение по месту жительства.

Федеральных онкологических клиник, так называемые НМИЦ, можно на пальцах пересчитать. Они специализируются на диагностике и лечении редких и особо сложных случаев злокачественных патологий со всех регионов страны. Если ситуация, с которой обратился региональный пациент, стандартна и объективно решается в необходимом качестве у него по месту проживания (а это практически 85-90% диагнозов!), это указывается в его консультативном заключении. И это нормально. В противном случае рухнула бы вся система онкологической помощи.

- Какие онкологические заболевания будут лечиться в Алтайском крае, а для каких будет доступно лечение в федеральных центрах?

- В настоящее время в Алтайском крае оказывается комплексная специализированная помощь (хирургия, радиология, лекарственная терапия) пациентам со злокачественными заболеваниями крови и лимфы, бронхолегочной системы, пищеварительного



▶

Пациентам Алтайского края доступен ряд диагностических и лечебных методик, которых нет в большинстве регионов страны, в том числе и более крупных по численности населения. В частности, это - молекулярно-генетические исследования, радиоизотопные технологии, хирургия печени и поджелудочной железы.

тракта, женской и мужской половой сферы, мочевыводящих путей, опухолями молочной железы, головы и шеи, головного мозга, онкопатологиями глаз.

В то же время в нашем регионе отсутствует специализированная онкологическая помощь, например, при злокачественных новообразованиях опорно-двигательного аппарата. Кроме того, не выполняется ряд высокотехнологичных методик лечения, например, трансплантация костного мозга. Стереотаксическая лучевая терапия также пока проводится не в полном объеме, хотя в краевом онкологическом диспансере в 2021 году ее начали проводить при злокачественных патологиях костной системы.

Пациенты, нуждающиеся в уточняющей диагностике и лечении по данным профилям, направлялись и будут направляться и впредь в федеральные научные медицинские исследовательские центры. Мы все их хорошо знаем, со всеми у нас сложились партнерские отношения. Жителям Алтайского края подобное высокотехнологичное лечение было доступно. Таковым оно и останется.

- Какие медицинские организации включены в систему оказания онкологической помощи в Алтайском крае согласно новому Порядку?

- Уточняющая диагностика и специализированное лечение онкопатологий проводится в трех онкологических диспансерах (Барнаул, Бийск, Руб-

цовск), на базе краевой клинической больницы (лечение лейкозов и лимфом, а также хирургия опухолей головного мозга), краевой офтальмологической больницы и в центрах амбулаторной онкологической помощи Камня-на-Оби, Алейска и Славгорода (лекарственная терапия).

- Изменились ли в новом Порядке сроки оказания специализированной помощи онкологическим больным?

- Сроки утверждаются территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, они остались такими же, как и в прошлом году.

- Почему онкологическому консилиуму уделено особое внимание в новом Порядке?

- Онкологический консилиум - это «краеугольный камень» системы онкологической помощи. Это совершенно уникальное явление, которого нет ни в одной другой медицинской сфере. Обычно тактику лечения определяет лечащий врач единолично, максимум он может устно проконсультироваться с коллегами или заведующим отделением. Врачебные консилиумы, или совместные совещания, в неонкологической медицинской практике проводятся крайне редко - для принятия решения по особо редким или сложным случаям.

Онкологический же консилиум проводится всегда, когда необходимо принять решение, поменять или скорректировать тактику лечения, - то есть неограниченное количество раз за весь срок лечения пациента. Решение консилиума оформляется письменным протоколом - для онкологических пациентов это как второй «паспорт»: без этой «бумажки» начало специального противоопухолевого лечения невозможно.

Почему он так важен? Онкология - это в целом крайне сложная биологическая проблема, имеющая множество тонкостей и нюансов, в которых мировые ученые и медики до сих пор не разобрались до конца. А каждый рак, помимо всего прочего, имеет свои персональные особенности: как говорят врачи, не бывает двух одинаковых опухолей.

Чтобы составить рациональную комбинацию и последовательность лечеб-



ной терапии, нужно совместное совещание врачей нескольких разных специальностей. Согласно новому Порядку, в минимальный состав онкологического консилиума должны входить хирург, радиотерапевт и врач-онколог, специализирующийся на лекарственной противоопухолевой терапии, что возможно только в условиях крупных специализированных медицинских организаций, имеющих в своем составе все три компонента онкологической помощи.

Таким образом, из структуры онкологической службы автоматически выбывают клиники, профилирующиеся, как правило, на оказании только одного вида помощи. И это хорошо: ведь онкология - это системная проблема, требующая комплексного подхода, а для этого необходим «коллективный разум» ключевых специалистов.

- Новый Порядок регламентирует обязательное использование телемедицинских технологий при оказании онкологической помощи. О чем идет речь, и какие задачи решает это направление?

- По мере развития информационных технологий дистанционное взаимодействие постепенно становится нормой для специалистов разных сфер. Эта тенденция коснулась и сферы здравоохранения, где еще всего лишь два-три лет назад диагностика и лечение пациентов «на расстоянии» казались чем-то совершенно немыслимым.

Несмотря на весьма технологичное название, ничего «космического» в телемедицине нет. По сути, это совещание экспертов разного уровня с помощью видеоконференцсвязи. Но на данном этапе развития медицины это не просто обсуждение по видеозвонку, а обсуждение предметное - современные информационные технологии позволяют передавать цифровые изображения и видеозапись различных медицинских процедур и манипуляций без какой-либо потери качества. И благодаря средствам информационной безопасности личные данные пациента и сведения, относящиеся к врачебной тайне, защищены на 100%.

В прошлом году в краевом онкодиспансере появился сканер стеклопрепаратов, который не просто сканирует изображение, но и одновременно уве-



личивает его в 400 раз. С помощью этой технологии врач-патологоанатом, находящийся по ту сторону видеоконференцсвязи, получает оцифрованное изображение точно в таком же виде, как если бы он смотрел на него через окуляр микроскопа. Таким образом, чтобы подтвердить или уточнить сложный диагноз, больше не нужно возить стеклопрепараты через всю страну.

Телемедицина - это дорога с двухсторонним движением, говорят врачи. С одной стороны, специалисты краевого онкодиспансера могут обращаться в федеральные НМИЦ за экспертным мнением, с другой - они сами становятся экспертами для диспансеров городов Бийска и Рубцовска, центров амбулаторной онкологической помощи и для первичных медицинских организаций.

Главное преимущество, которое дают телемедицинские консультации, - это сокращение времени на принятие решения в трудных, нетипичных или спорных ситуациях. Раньше требовалось физически доставить все необходимые документы и результаты обследования экспертам федерального центра, порой процесс мог затянуться на несколько месяцев. Благодаря телемедицине появилась возможность в течение нескольких дней решить эти вопросы, а значит, как можно раньше начать лечение. ☺

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

Онкология - это системная проблема, требующая комплексного подхода, а для этого необходим «коллективный разум» ключевых специалистов.



Спасем жизни от туберкулеза!

Всемирный день борьбы с туберкулезом, учрежденный в 1982 году ВОЗ и Международным союзом борьбы с туберкулезом и легочными заболеваниями, отмечается 24 марта каждого года.

Дата выбрана неслучайно: именно в этот день в 1882 году немецкий микробиолог Роберт Кох выявил возбудителя туберкулеза.

В 2022 году Всемирный день борьбы с туберкулезом пройдет под лозунгом **«Мобилизуем ресурсы для борьбы с туберкулезом. Спасем жизни!»**. Его миссия - донести необходимость вложения ресурсов в принятие мер по активизации борьбы с туберкулезом и выполнения принятых мировыми лидерами обязательств по ликвидации этого туберкулеза в соответствии со стремлением ВОЗ к достижению всеобщего охвата услугами здравоохранения.

В нашем обществе существуют заблуждения, касающиеся туберкулеза, как социального опасного заболевания. Разберем их с нашим собеседником - **Еленой Сергеевной АНИСИМОВОЙ**, главным внештатным специалистом-фтизиатром министерства здравоохранения Алтайского края, заведующей диспансерным отделением, врачом-фтизиатром высшей квалификационной категории, КГБУЗ «Алтайский краевой противотуберкулезный диспансер».

- Считается, что туберкулез - это пережиток прошлого...

- Туберкулез вполне можно было назвать исчезающим заболеванием еще в 60-80-х годах прошлого столетия. О нем надеялись забыть, как о бубонной чуме или «испанке». Но в 90-х годах туберкулез вновь принял характер эпидемии: заболеваемость и смертность возросли в 2,5 раза и приблизились к послевоенным показателям. В Ал-

тайском крае в 2000-х годах заболеваемость туберкулезом превышала эпидемиологический порог в 2 раза. Впрочем, и по всей РФ дела обстояли весьма плачевно.

В 2014 году ВОЗ приняла масштабный План ликвидации туберкулеза, как массового инфекционного заболевания, к 2035 году, сформулировав четыре основных принципа, выполнение которых необходимо для реализации этого плана. Так, ежегодно должно быть снижение на 10% заболеваемости и на 6% смертности. Однако, как отмечено в документах ВОЗ, серьезным препятствием для этого являются две проблемы: **туберкулез с множественной и широкой устойчивостью (МЛУ/ШЛУ ТБ) микобактерий туберкулеза (МБТ) к противотуберкулезным препаратам и туберкулез, сочетанный с ВИЧ-инфекцией.**

В России с 2009 года отмечается благоприятная динамика основных показателей по туберкулезу: заболеваемость им снизилась на 46,2%, смертность - на 65,3%. В целом в разных федеральных округах России происходит снижение показателей неравномерно. На основе Плана по ликвидации туберкулеза, принятого ВОЗ, в нашей стране разработана **Стратегия борьбы с туберкулезом до 2025 года**. В ней декларировано **«повышение качества и экономической эффективности противотуберкулезных меропри-**



ятий на основе современных научно обоснованных подходов к профилактике, выявлению, диагностике и лечению туберкулеза, в том числе МЛУ туберкулеза и туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией». В доковидный период к улучшению эпидемиологической обстановки по туберкулезу привели четкая организация противотуберкулезных учреждений, единый комплексный подход к профилактике, диагностике и лечению туберкулеза, а также использование современных технологий. Благодаря таким положительным тенденциям, ВОЗ в 2020 году исключила Россию из списка стран с высоким бременем туберкулеза.

И всё было бы хорошо, но **пандемия новой коронавирусной инфекции COVID-19 внесла свои коррективы.** По предварительным данным, в ряде территорий, в том числе и в Алтайском крае, за последнее время зафиксирован рост показателя смертности от туберкулеза, и что самое печальное - выросло количество умерших людей, диагноз у которых установлен посмертно. Это свидетельствует о том, что туберкулез до конца не побежден 



Палочка Коха не признает званий и регалий, для своего черного дела ей необходим лишь восприимчивый организм. К сожалению, новая коронавирусная инфекция выступила союзницей МКБ.

и утверждать сегодня, что он является пережитком прошлого, - преждевременно.

- Другое мнение, что туберкулез является болезнью низших слоев общества. Так ли это?

- Такое мнение справедливо основывается на том, что раньше туберкулезом в основном болели люди, ведущие асоциальный образ жизни: заключенные, бомжи и наркоманы. Теперь в учреждениях исполнения наказаний существует строгий медицинский контроль. Зато в сфере нелегальной миграции контроля больше не стало, а проблема приобрела угрожающие масштабы. Поэтому **вполне благополучный человек, ослабленный стрессами большого города, может заразиться туберкулезом в общественном транспорте или любом другом людном месте.**

Палочка Коха не признает званий и регалий, для своего черного дела ей необходим лишь восприимчивый организм. И, к сожалению, новая коронавирусная инфекция выступила союзницей МКБ. В исследовании, проведенном в Ухане, из 552 пациентов с COVID-19 у 76% наблюдалось значительное снижение количества Т-клеточных лимфоцитов (эти клетки непосредственно отвечают за противотуберкулезный им-

мунитет). Количество как CD-4, так и CD-8 было сильно снижено, и выжившие Т-клетки, по-видимому, демонстрировали «функциональное истощение». Так как все мы инфицированы МБТ, это *истощение и дисфункция Т-клеток могут способствовать развитию активного туберкулеза.* При острой инфекции SARS-CoV-2 наблюдалось снижение периферических лимфоцитов, особенно Т-лимфоцитов. Восстановление показателей CD-8 и Т-лимфоцитов заняло около 2-3 месяцев, а восстановление CD-4 и Т-лимфоцитов может занять до года.

- Ошибочно ли считать, что туберкулез - это болезнь только лёгких?

- В подавляющем большинстве случаев туберкулез поражает именно лёгкие, но этот недуг может выбрать для себя и другое место в организме. Тогда возбудитель будет выделяться во внешнюю среду не с мокротой, а с другими физиологическими жидкостями (мочой, спермой, потом, слезами, слюной и т.д.). Это стоит учитывать при контакте с людьми, имеющими подозрительные симптомы. Не поражает МБТ только ногти и волосы.

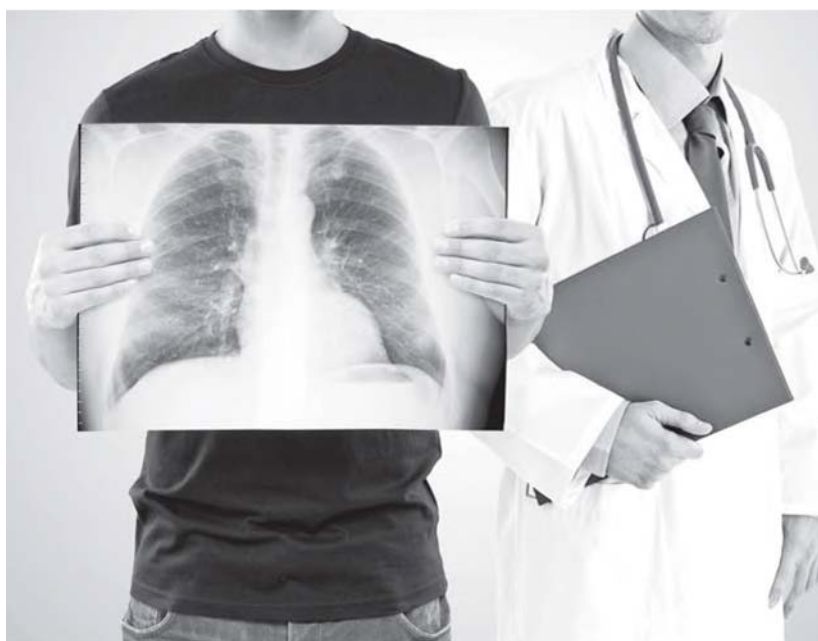
- Заражение туберкулезом возможно только при близком контакте - правдиво это утверждение?

- Чтобы вдохнуть туберкулезную палочку, совершенно необязательно стоять напротив больного, когда он кашляет. Вы можете случайно зайти в то помещение, где находился носитель МБТ, спустя несколько часов или даже дней, и подцепить заразу.

Другое дело, что **играет роль количество единовременно попавших в организм возбудителей.** При массивной и длительной атаке иммунитет действительно может не справиться с туберкулезными бактериями.

- Довольно распространенное мнение, что заражение туберкулезом равно самому заболеванию...

- Носителем туберкулеза (той самой микобактерии туберкулеза) является каждый третий житель на-



шей планеты. И только у пяти из ста носителей МБТ заболевание переходит в активную стадию. Повторю, чтобы случилось такое несчастье, - **требуется значительное ослабление иммунитета.**

- Некоторые люди считают, что туберкулез невозможно обнаружить на ранней стадии. Верно ли такое мнение?

- Заболевание можно диагностировать с большой точностью даже на самой ранней стадии. Проблема лишь в том, что большинство из нас с пренебрежением относятся к профилактическим обследованиям на туберкулез. Для взрослых людей достаточно пройти флюорографию. Исследования потому и называются профилактическими, что при отсутствии каких-либо клинических проявлений флюорография позволяет выявить изменения в лёгких. В прошлом веке фтизиатры говорили, что при туберкулезе «много видно, да мало слышно». И этот постулат верен и в наши дни.

- Два других встречающихся утверждения - диаметрально противоположны: одни люди уверены, что туберкулез неизлечим, другие же считают, что туберкулез моментально излечивается новейшими препаратами. Что истинно?

- Современные антибиотики и тщательно продуманные схемы лечения позволяют рассчитывать на положительный исход заболевания. Сложность представляют лишь поздно выявленные, мутировавшие и мультирезистентные формы туберкулеза. **Болезнь не станет приговором, если при первых же подозрительных симптомах вы обратитесь к врачу в поликлинику и пройдите простейшее обследование!**

Действительно, в арсенале современных врачей-фтизиатров имеются эффективные антибиотики с минимумом побочных эффектов. Последний изобретенный препарат Бедаквилин специалисты стали использовать с 2018 года, а в 2021 году на территории РФ зарегистрирован еще один препарат Деламаид, но на сегодня широко он еще не ис-

пользуется. Но, замечу, и эти препараты не гарантируют излечения мутировавших форм болезни. К тому же терапия длится не менее 18-24 месяцев.

За то время, пока вы читаете эту статью, где-то на планете от туберкулеза умирает один человек, и, как правило, - от лекарственно устойчивой формы туберкулеза.

- Сегодня есть такие родители, которые уверены, что детей опасно прививать от туберкулеза...

- Как врач-фтизиатр, я скажу только одну вещь: **очень опасно НЕ прививать детей от туберкулеза и НЕ проходить ежегодную пробу Манту или Диаскинтест.** Эти простые меры спасли тысячи детских жизней. И разговоры некоторых «продвинутых» родителей о том, что проблема туберкулеза преувеличена, а иммунитет ребенка не стоит лишней раз травмировать прививками, - просто преступны.

- Ну и заключительный вопрос: туберкулез - это диагноз уже на всю дальнейшую жизнь?

- После проведения полного курса противотуберкулезной терапии пациент остается на диспансерном учете минимум на три года. Период диспансеризации зависит от клинической картины течения заболевания. Если в этот период не было проявления заболевания, то такого пациента снимают с диспансерного учета и с него снимаются все ограничения, например, на выбор профессии.

Будьте внимательны к своему здоровью! Ведь достаточно пройти один раз в год флюорографию, чтобы быть уверенным, что палочка Коха не делает свое черное дело в вашем организме. ☺



За то время, пока вы читаете эту статью, где-то на планете от туберкулеза умирает один человек, и, как правило, - от лекарственно устойчивой формы туберкулеза.



Эндокринные разрушители и нейроэндокринные опухоли



Светлана Игоревна МАЗЕПА,
врач-эндокринолог
эндокринологического
отделения КГБУЗ «Краевая
клиническая больница»,
ассистент кафедры
пропедевтики внутренних
болезней имени профессора
З.С. Баркагана ФГБОУ ВО
«Алтайский
государственный
медицинский университет»
Минздрава России;



Инна Александровна ВЕЙЦМАН,
кандидат медицинских наук,
врач-эндокринолог высшей
квалификационной
категории, доцент кафедры
поликлинической терапии
ФГБОУ ВО «Алтайский
государственный
медицинский университет»
Минздрава России

Эндокринные разрушители - это вещества в окружающей среде, которые изменяют действие гормонов в нашем организме. Даже низкие дозы некоторых эндокринных дизрапторов могут иметь серьезные последствия для здоровья человека, включая увеличение риска развития рака.

Что такое эндокринные разрушители

В последние годы в научной литературе всё больше внимания уделяется роли химических веществ, которые разрушают эндокринную систему организма. Эти вещества (они имеют свое название - **дизрапторы**) содержатся в продуктах и средствах, которые мы все используем каждый день. Например, их можно найти в косметических товарах, продуктах питания, сельскохозяйственных и промышленных химикатах и других.

Эндокринный разрушитель - это соединение, поступившее в организм человека из окружающей среды, оно может мешать синтезу, секреции, транспорту, метаболизму, связыванию с рецепторами или выведению гормонов и, как следствие, нарушать работу эндокринной системы человека.

По происхождению эндокринные дизрапторы можно разделить на следующие группы:

- **промышленные** (диоксины, полихлорированные бифенилы и алкилфенолы),
- **сельскохозяйственные** (пестициды, инсектициды, гербициды, фитоэстрогены, фунгициды),
- **бытовые** (фталаты, полибромбифенилы, бисфенол А),
- **фармацевтические препараты** (парабены).

Даже тяжелые металлы, такие как кадмий, свинец, ртуть и мышьяк, могут быть включены в этот список дизрапторов.

Эндокринные аспекты дизрапторов

Наиболее изученный механизм действия эндокринных разрушителей состоит в их способности связывать эндокринные ядерные рецепторы и действовать как агонисты или антагонисты. Так, эндокринные дизрапторы могут активировать различные рецепторы гормонов (рецептор андрогена, рецептор эстрогена, глюкокортикоидный рецептор, рецептор гормона щитовидной железы, рецептор ретиноида и другие), а затем имитировать действие природного гормона. В некоторых случаях одно и то же вещество может активировать определенные изоформы рецепторов (например, агонисты) и блокировать другие изоформы (например, антагонисты).

Кроме того, эндокринные дизрапторы могут нарушать синтез, транспорт, метаболизм и выведение гормонов, тем самым снижая их концентрацию. Некоторые разрушители могут быть безвредны сами по себе, но при соединении с другими дизрапторами они могут приводить к опасным последствиям (так называемый «эффект коктейля»).

Мишенью для эндокринных разрушителей может быть любая эндокринная ось. Но действие этих веществ не ограничивается одной осью или органом. Известно, что чаще всего поражаются следующие оси:

- ▶ гипоталамус - гипофиз - щитовидная железа,
- ▶ гипоталамус - гипофиз - гонады,
- ▶ гипоталамус - гипофиз - надпочечники.



Эндокринные разрушители и рак

Точная взаимосвязь химических веществ, разрушающих эндокринную систему, и рака до сих пор неизвестна. Исследования в этой области затруднены, потому что **последствия дизрапторов проявляются только после длительного латентного периода**. Это усложняет установление причинно-следственной связи. Наиболее изучено влияние дизрапторов на такие виды рака, как рак молочной железы, рак простаты, рак матки, рак яичников, рак яичек и рак щитовидной железы. Однако имеются предположения, что эндокринные разрушители могут воздействовать также и на остеосаркому, рак шейки матки, рак лёгких и менингиому.

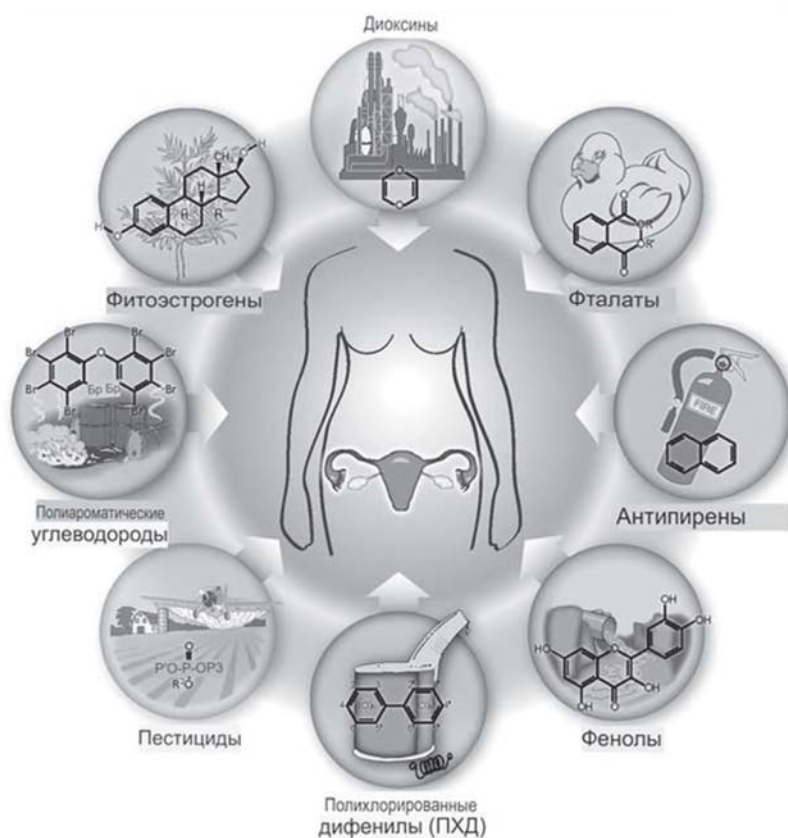
Стоит отметить, что эндокринные разрушители связаны не только с развитием некоторых видов рака, но и могут играть роль в прогрессировании или распространении уже существующих онкологических патологий. Было обнаружено, что **воздействие низких доз эндокринных разрушителей вызывает изменения в раковых клетках, которые могут привести к его прогрессированию**.

Так, в клетках рака молочной железы общее воздействие низких доз дизрапторов приводило к пролиферации клеток *рака молочной железы*, а также к активации ароматазы.

Точно также исследования по оценке клеток *рака яичников* показали, что воздействие химических веществ, разрушающих эндокринную систему, вызывает изменения в способе чтения ДНК (эпигенетические изменения), которые связаны с прогрессированием, распространением и устойчивостью к лечению.

Также высокие дозы дизрапторов в организме человека могут вызывать *аномальный рост поверхностного эпителия яичников*.

Данных о связи между воздействием эндокринных разрушителей и риском *рака щитовидной железы* недостаточно из-за ограниченного числа обширных эпидемиологических исследований, изучающих результаты после воздействия химических веществ, отрицательное влияние которых на функцию щитовидной железы было экспериментально сообщено. Было высказано предполо-



ложение, что нарушение функции щитовидной железы может лежать в основе процесса канцерогенеза, запускаемого загрязнителями окружающей среды. Эндокринные разрушители конкурентно связываются с рецепторами тиреоидных гормонов, что приводит к снижению их циркуляции и, как следствие, к аномальной пролиферации ткани щитовидной железы, что, в конечном итоге, заканчивается опухолью.

Перорально принимаемые эндокринные дизрапторы могут непосредственно контактировать с клетками слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта и, вероятно, оказывают токсическое воздействие на кишечник, что, возможно, усиливает трансформацию желудочно-кишечных клеток, в том числе наделенных эндокринной функцией, приводя к развитию *нейроэндокринных опухолей желудочно-кишечного тракта*.

Основная загадка заключается в том: почему химические вещества, вызывающие рак, и другие вредные вещества всё еще встречаются в потребительских товарах? Ведь несмотря на имеющиеся исследования о негативном их влиянии на организм человека, эндокринные разрушители по-прежнему используются. ☹

Последствия дизрапторов проявляются только после длительного латентного периода. Это усложняет установление причинно-следственной связи.





Anti-age и pro-age гинекология в жизни современной женщины



Ирина Николаевна МОРЯКОВА,
кандидат медицинских наук, заведующая женской консультацией ЧУЗ «Клиническая больница "РЖД-Медицина" города Барнаул», врач-акушер-гинеколог высшей квалификационной категории;



Екатерина Игоревна ЛЕБЕДЕВА,
кандидат медицинских наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии с курсом ДПО ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава РФ

Одним из современных и динамично развивающихся направлений антивозрастной медицины является эстетическая гинекология. Она представляет широкие возможности для коррекции у женщин нарушений со стороны урогенитального тракта - опущения тазовых органов генитоуринарного синдрома в менопаузе, недержания мочи и сексуальной дисфункции.

Принципы эстетической гинекологии предусматривают не только коррекцию проблемы с эстетической точки зрения (интимная пластика, контурная пластика с использованием филлеров с гиалуроновой кислотой), но и сохранение или восстановление нормального функционирования организма женщины.

Сегодня мы больше говорим не о возрасте, а о качестве жизни каждой пациентки. Известно, что общее здоровье и качество жизни женщины во многом определяет ее гинекологический статус. **Пролапс и дисфункция внутренних половых органов негативно влияют на общее самочувствие женщин, их сексуальную активность, являются причинами физического и психического страдания, вызывают депрессию, снижают мотивацию к работе, ментальному и сексуальному общению, вызывая общую дисгармонию в семейных и трудовых взаимоотношениях.**

Долгие годы проблемы со стороны генитоуринарного тракта женщины выходили за пределы официальной медицины и считались личными проблемами каждой женщины. Однако новые направления и технологии активно вступают в нашу повседневную жизнь. В XXI веке в гинекологической практике широкое распространение получило **направление эстетической гинекологии** в виде таких малоинвазивных процедур, как интимная контурная пластика, перинеопластика, биоревитализация, PRP-терапия и других.

Давайте обсудим эти технологии более подробно.

Интимная контурная пластика.

Ранее считалось, что это процедура направлена исключительно на достижение косметического улучшения внешнего вида гениталий. Это не совсем так. *Современными показаниями к интимной пластике филлерами могут быть следующие состояния:*

- потеря упругости мышц влагалища в результате возрастного влияния, после естественных родов, перенесенных операций;
- асимметрии больших и малых половых губ (гипертрофия, липодистрофия);
- увеличение размера влагалища;
- стрессовое недержание мочи;
- отсутствие ощущений во время полового акта, а также сухость, боль, жжение до и после него;
- неудовлетворение внешним видом своих половых органов.

Лифтинг перинеальной области.

Перинеовагинальное сужение - это самое эффективное решение задач по антивозрастной терапии у рожавших женщин с начинающимся пролапсом гениталий. Эффект создается с помощью двунаправленной нити, интегрированной в мышцы промежности для уменьшения входа во влагалище и укрепления мышц промежности. Важными преимуществами метода является то, что он входит в разряд малоинвазивных методик, проводится под местной анестезией, не требует длительного пребывания в стационаре («хирургия одного дня»).



В каких ситуациях показан этот вид эстетической терапии:

- если имеются патологические изменения промежности или зияние половой щели, в том числе после родов;
- при рецидивирующих вагинальных инфекциях (вагинозе, вагините);
- при недержании мочи, никтурии;
- при снижении тонуса мышц промежности, связанного с возрастными изменениями;

-- при снижении сексуальных ощущений и удовлетворенности, ощущении дискомфорта при половой жизни, в том числе и появившиеся неестественные звуки во влагалище в процессе полового акта.

В результате применения малоинвазивной перинеопластики качественно улучшается сексуальная жизнь женщины; снижаются симптомы недержания мочи; происходит профилактика опущения стенок и воспалительных заболеваний влагалища; восстанавливается утраченный в перименопаузальном периоде тонус мышц промежности.

Перинеовагинальный нитевой лифтинг, лабиопластика (коррекция половых губ) - это также «хирургия одного дня».

Одним из инновационных безоперационных методов восстановления и омоложения интимных органов является **плазмолифтинг**. Он основан на том, что пациентке вводят плазму собственной крови, обогащенную тромбоцитами (Platelet Rich Plasma - PRP, PRP-терапия). *В результате плазмолифтинга* ускоряются процессы восстановления тканей, улучшается кровоток и метаболизм в клетках, повышается упругость интимных мышц, прекращаются воспалительные процессы, замедляется размножение патогенных микроорганизмов. Применение аутоплазмы позволяет не просто справиться с проблемой, но и за счет эффекта иммунокоррекции избежать рецидива патологии. При всей своей эффективности плазмолифтинг является одной из самых безопасных процедур современной медицины, так как исключены аллергические реакции, ведь «лекарство» изготавливается из крови самой пациентки и не содержит чужеродных примесей. Эта методика успешно разработана и применяется для лечения женщин со скле-



роатрофическим лишаям, генитоуринарным синдромом в менопаузе, стрессовым недержанием мочи и т.д.

Если у вас есть признаки дисфункции тазового дна, то не надо отчаиваться, необходимо просто обратиться к специалисту. В зависимости от степени выраженности клинических проявлений заболевания, а также возраста пациентки, грамотный врач подберет метод коррекции, который будет приемлем лично для вас. Один из консервативных методов - **использование пессариев**. Показаниями для их введения являются стрессовое недержание мочи и пролапс гениталий, когда проведение хирургического вмешательства невозможно или временно нежелательно. Наиболее часто пессарии применяются у женщин старшей возрастной группы, имеющих «багаж» прожитых лет в виде наличия значимой соматической патологии, поэтому оперативное лечение им противопоказано. Следует отметить, что разнообразные виды современных пессариев имеют возможность самостоятельного введения, что делают данный метод лечения доступным и комфортным для пациентки.

Говоря о нехирургических методах восстановления и омоложения интимных органов, нельзя не отметить **биоревитализацию** (введение препаратов на основе стабилизированной гиалуроновой кислоты). Этот метод терапии эффективен при наличии атрофических и хронических воспалительных процессах наружных гениталий. ☺

Современные методы персонифицированной anti- и pro-age гинекологии могут значимо сгладить неприятные моменты естественного старения женского организма и уменьшить возрастные изменения со стороны уrogenитального тракта женщины, улучшить качество ее жизни в любом возрасте.



Питание детей при острых кишечных инфекциях

Острые кишечные инфекции занимают одно из ведущих мест в структуре детской заболеваемости. Согласно данным ВОЗ, они являются второй по значимости причиной смерти среди детей в возрасте до пяти лет. Ежегодно во всем мире регистрируется около 1,7 миллиарда случаев заболеваний.

Заболеваемость острыми кишечными инфекциями (ОКИ) высока и регистрируется в течение всего года с подъемом в летне-осенний период.

За последние годы отмечается смена доминирующих **возбудителей ОКИ у детей**: лидирующие позиции занимают *вирусные агенты*, а также фиксируется рост числа смешанных форм (вирусо-бактериальные). Этиология острых кишечных инфекций - бактерии, вирусы, простейшие. Среди вирусных агентов наиболее распространенные возбудители - ротавирусы, норовирусы, астровирусы, аденовирусы и т.д.

Возбудители ОКИ устойчивы во внешней среде, могут длительное время сохраняться на руках, посуде, игрушках и предметах обихода, в почве и воде, загрязненных фекалиями больного. Некоторые из них способны размножаться в продуктах питания при комнатной или даже более низкой температуре. Они обычно погибают при кипячении и обработке дезинфицирующими средствами.

Источником инфекции является больной человек или носитель возбудителей ОКИ. Наиболее опасны для окружающих больные легкими, стертыми и бессимптомными формами ОКИ. **Основной механизм передачи** - это фекально-оральный, реализующийся пищевым, водным и контактно-бытовым путями; значительно реже - воздушно-пылевой путь.

Факторами передачи являются пища, вода, предметы обихода, игрушки, инфицированные фекалиями больного, а также насекомые (мухи, тараканы). Заражению ОКИ способствуют антисанитарные условия жизни, не-

соблюдение правил личной гигиены, употребление загрязненных возбудителями ОКИ продуктов питания, хранившихся или готовившихся с нарушением санитарных правил.

Вирусная и бактериальная острые кишечные инфекции в клинической картине имеют ряд существенных отличий. Бактериальную этиологию диареи можно предположить по наличию патологических примесей слизи, зелени, крови в стуле, что соответствует инвазивному типу диареи. Для диареи вирусной этиологии более характерен так называемый секреторный тип с водянистым, обильным стулом.

Основными клиническими **признаками** ОКИ являются: повышение температуры, боль в животе, жидкий стул, тошнота, рвота, слабость.

Лечение включает регидратационную, дезинтоксикационную и симптоматическую терапию, режим, диету, средства патогенетической терапии (сорбенты, пробиотики, пребиотики, ферменты), противовирусную и иммуномодулирующую терапию, симптоматические средства (жаропонижающие, спазмолитики).

Правильно организованное питание ребенка с ОКИ с первых дней заболевания является одним из основных условий гладкого течения заболевания и быстрого выздоровления. Неадекватное питание и погрешности в диете могут ухудшить состояние ребенка, равно как и длительные ограничения в питании. Важно помнить, что на всех этапах лечения ОКИ необходимо стремиться к полноценному питанию с учетом возраста и функционального состояния желудочно-кишечного тракта ребенка.



**Яна Михайловна
КУВАРДИНА,**

старшая медицинская
сестра инфекционного
отделения №2,
КГБУЗ «Городская
клиническая больница
№11, г.Барнаул»

**ОКИ болеют
взрослые и дети,
наиболее часто дети
в возрасте от 1 года
до 7 лет.**



Советы медицинской сестры

Для детей первого года жизни с ОКИ питание является важнейшей составной частью лечения, так как при неадекватном питании возможно формирование длительной диареи и лактазной недостаточности.

Особую роль в питании детей старше года нужно уделять в соблюдении диеты в течение двух недель. **Запрещаются** жирные, острые, копченые, консервированные продукты, шоколад, наваристые бульоны, включая куриный, сырые овощи, фрукты, фруктовые пюре, соки, цельное молоко и другие молочные продукты. Нельзя вводить «новые» смеси, прикормы. **Разрешается** употреблять нежирное говяжье мясо, мясо кролика, индейки или нежирные сорта рыбы в отварном виде или паровые котлеты из них; крекер, сухари из белого хлеба, постные супы (овощные или крупяные), картофельное пюре, каши (гречка, рис).

Профилактика ОКИ

Выбирайте безопасные пищевые продукты. Цель последующей обработки продуктов - сделать пищу безопасной и удлинить срок ее хранения. Тщательно мойте продукты, которые употребляются сырыми. Нельзя употреблять продукты с истекшим сроком годности.

Тщательно готовьте пищу. Сырые продукты (птица, мясо и сырое молоко) часто обсеменены патогенными микроорганизмами. В процессе варки (жарки) бактерии уничтожаются, но температура во всех частях пищевого продукта при этом должна достигнуть 70°C. При готовке мяса или птицы их соки должны быть прозрачными, а не розовыми. Замороженное мясо, рыба и птица должны полностью размораживаться перед кулинарной обработкой НЕ при комнатной температуре.

Сразу употребляйте приготовленную пищу. Когда приготовленная пища охлаждается до комнатной температуры, микробы в ней начинают размножаться. Чем дольше она остается в таком состоянии, тем больше риск получить пищевое отравление.

Тщательно храните пищевые продукты. Не оставляйте приготовленную пищу при комнатной температуре более чем на 2 часа. Оставшуюся ее часть храните либо горячей (около или выше 60°C), либо холодной (в холодильнике).



Тщательно подогревайте приготовленную заранее пищу. Это наилучшая мера защиты от микроорганизмов, которые могли размножиться в пище в процессе хранения (правильное хранение угнетает рост микробов, но не уничтожает их). Перед едой еще раз тщательно прогрейте пищу.

Избегайте контакта между сырыми и готовыми или неподвергающимися при употреблении термической обработке пищевыми продуктами. Для обработки разных продуктов пользуйтесь разными и несоприкасающимися между собой разделочными досками и ножами.

Чаще мойте руки после посещения туалета, перед приготовлением еды и после каждого перерыва в процессе готовки. После разделки сырых продуктов (рыба, мясо или птица) вымойте руки с мылом, прежде чем приступить к обработке других продуктов. Обязательно перевяжите царапину (ранку) на руке или наложите на нее пластырь прежде, чем приступить к приготовлению пищи.

Содержите кухню в идеальной чистоте. Любая рабочая поверхность, используемая для приготовления пищи, посуда, разделочный инвентарь должны быть абсолютно чистыми.

Храните пищу защищенной от насекомых, грызунов, лучше всего в плотно закрывающихся банках (контейнерах).

Используйте чистую воду, которая важна и для питья, и для приготовления пищи, мытья посуды. Для питья используйте только кипяченую или бутилированную воду. ☺

Правильный подбор питания способствует повышению общей сопротивляемости организма и благоприятному исходу ОКИ у детей. Хороший лечебный эффект оказывает включение в рацион ребенка адаптированных и безлактозных лечебных смесей.



Вакцинация КАК ПУТЬ К СПАСЕНИЮ

История вакцинации, как и история человечества, неразрывно связана с эпидемиями инфекционных болезней, которые на протяжении многих веков уносили миллионы человеческих жизней. В поисках защиты от инфекций люди испробовали многое - от заклинаний и заговоров до дезинфекционных и карантинных мер. Но только с появлением вакцин началась новая эра борьбы с инфекциями.

Принято считать, что первая в российской истории прививка была сделана 23 октября 1768 года Екатерине II. Прививка была от **оспы** - в отдельные годы от оспы умирало более 1 миллиона человек. Императрица Екатерина II обратилась за помощью к Томасу Димсдейлу из Великобритании, который сделал ей и будущему императору Павлу I прививку от оспы. Димсдейл позже прививал и внуков императрицы. К этому моменту Российская империя была одним из лидеров в Европе по борьбе с оспой.

В России с **бешенством** боролись заговорами, выжиганием ран каленым железом и прочими «методами». Открытие в 1885 году Луи Пастером вакцины от этого заболевания стало настоящим спасением. Пастеровские станции вскоре начали открываться по всему миру, и Россия стала одной из передовых в этом отношении стран. Тысячи жизней были спасены с помощью антирабических вакцин.

В середине XX века от **полиомиелита** погибали около 10% заболевших и еще 40% становились инвалидами. Болезнь ежегодно уносила около 12 тысяч жизней. В 1955 году в США наладили производство вакцины от полиомиелита - вакцины Солка. После поездки советских ученых Михаила Чумакова и Анатолия Смородинцева в США было решено разрабатывать вакцину в Москве. И за 1,5 года с эпидемией полиомиелита было покончено. В 1960 году этой вакциной в СССР были привиты 77,5млн. человек.

Иногда страшные вирусы и заболевания, оставшиеся в прошлом, напоминают о себе.

Известный художник-плакатист Алексей Кокорекин в 1959 году после возвращения из поездки по Индии был госпитализирован в Боткинскую больницу, где и умер. Диагноз поставили не сразу: в

Индии художник заразился **натуральной оспой**, которую в СССР искоренили еще в 1936 году. Были вычислены все потенциальные контакты умершего - их оказалось около 9 тысяч человек. Тысячу человек с наибольшим риском заражения изолировали в Боткинскую больницу, а практически всё население Москвы (на тот момент это более 6млн. человек) срочно вакцинировали. Вспышку удалось локализовать за 19 дней, всего заболело оспой 46 человек, трое умерло. Оспа считается полностью побежденной с 1980 года. Но ее вирус до сих пор хранится в некоторых научных лабораториях.

Эпидемия **паралитического полиомиелита** в Чечне началась в конце мая и закончилась в ноябре 1995 года. Нормализация ситуации связана с массовым применением вакцины на территории республики в том же году. А вспышке полиомиелита предшествовало трехлетнее полное прекращение вакцинопрофилактики. Это свидетельствует о том, что **нарушение плановой иммунизации в течение нескольких лет ведет к развитию эпидемии.**

Масштабные антипрививочные кампании, к которым присоединяются молодые родители, массовая антипрививочная истерия в СМИ побуждают еще раз напомнить о важности профилактических прививок.

Дифтерия - это тяжелейшее заболевание: со смертельным исходом до 20% детей и взрослых старше 40 лет и 5-10% людей среднего возраста. В 1920-х годах в Америке во время эпидемии дифтерии погибали от 13 до 15 тысяч человек в год, большинство из них - дети. В 1943 году в Европе дифтерию перенесли 1млн. человек, 50 тысяч из них умерли. В 1974 году ВОЗ запустила программу иммунизации от дифтерии, результаты которой проявились моментально - эпидемии стали ред-



Светлана Витальевна ТИХОМИРОВА,
медицинская сестра
отдела ведения
наркотических средств,
КГБУЗ «Краевая
клиническая больница»,
член ПАСМР с 2000 года



Советы медицинской сестры

костью. В начале 1990-х годов в России был пересмотрен и значительно расширен список противопоказаний к вакцинации против дифтерии. В результате в 1994 году возникла эпидемия дифтерии, ею заболели около 40 тысяч человек!

Вакцина против **туберкулеза** была создана французскими учеными в 1919 году, с 1924 года начала массовая вакцинация новорожденных детей. В СССР такая иммунизация была введена с 1925 года. И проведение вакцинации позволило значительно снизить заболеваемость туберкулезом среди детей.

Столбняк - это мучительное заболевание, смертность от которого может достигать 50%. Токсины, которые выделяют бактерии клостридий тетани, - яды, приводящие к тоническим сокращениям жевательных мышц, судорогам мимических мышц, а затем к напряжению мышц спины, конечностей, глотки, живота. Вследствие сильных мышечных спазмов нарушается или полностью прекращаются глотание, дефекация, мочеиспускание, кровообращение и дыхание. Около 40% больных погибают в страшных мучениях. Благодаря массовой вакцинации опасность заболеть столбняком приняла гипотетический характер.

Все родившиеся в советское время были привиты от туберкулеза, дифтерии и полиомиелита. Со временем добавились прививки от коклюша, столбняка, кори и паротита. Детей, родившихся до 1979 года, прививали от оспы, а с 1980 года оспа стала считаться ликвидированной во всем мире, и прививку отменили. В конце 1990-х годов в Национальный календарь вакцинации ввели двукратную прививку против краснухи, повторную от кори и прививку от гепатита В, а в 2010 годы к ним добавилась прививка от гемофильной инфекции для детей из групп риска и прививка от пневмококковой инфекции.

Массово прививать от **гриппа** в России начали с 1996 года. Теперь эта вакцинация включена в Национальный календарь профилактических прививок и проводится в государственных медицинских организациях бесплатно. **Обязательной вакцинации против гриппа подлежат:** дети с 6 месяцев, школьники, обучающиеся в образовательных организациях среднего профессионального и высшего образования, взрослое население, работа-



ющее по отдельным профессиям и должностям. По данным Роспотребнадзора за период с 1996 по 2018 годы, только благодаря вакцинации заболеваемость гриппом в России снизилась в 196 раз.

В настоящее время Россия, как и весь мир, борется с новой коронавирусной инфекцией. В нашей стране уже зарегистрировано четыре вакцины против COVID-19.

Первой из них, в том числе и в мире, стала *комбинированная векторная вакцина «Гам-Ковид-Вак»* (торговая марка «Спутник V») НИЦ эпидемиологии и микробиологии имени Гамалеи Минздрава России. Она получила регистрацию 11 августа 2020 года. Массовая вакцинация препаратом в нашей стране началась уже в декабре 2020 года. Вторая российская разработка - *пептидная вакцина «ЭпиВак-Корона»* ГНЦ вирусологии и биотехнологии «Вектор» Роспотребнадзора. Третья вакцина - *цельновирионная инактивированная вакцина «Кови-Вак»* ФНИЦ исследований и разработки иммунобиологических препаратов имени Чумакова РАН. Все они находятся в гражданском обороте. Кроме того, в начале мая 2021 года регистрацию получила *однокомпонентная вакцина против коронавируса*

«Спутник Лайт» Центра Гамалеи.

Человечество прошло долгий путь к пониманию природы болезней и понесло значительные потери, пока разрабатывались способы защиты от них. И тем не менее мы справились. Природа постоянно бросает нам новые вызовы - в виде ВИЧ, лихорадки Зика, гриппа, который мутирует каждый год, а герпес умеет «жить» в организме, никак себя не проявляя. Но работа над новыми вакцинами идет, и скоро мы услышим новости о победе над новыми и старыми врагами.

В последнее время появились масса кампаний, направленных на принижение роли профилактических прививок против инфекционных заболеваний. Извращая факты, распространители этой пропаганды внушают населению, что вред от прививок многократно превышает их пользу. Но реальность подтверждает обратное. Глобальные исследования, проводимые в различных странах мира, очевидно подтверждают, что именно внедрение вакцинопрофилактики привело к резкому снижению и даже полной ликвидации многих заболеваний. 🌐



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

На правах рекламы

ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ





Анастасия Андреевна КАЛИНОВСКАЯ,
студентка 4 курса института
клинической медицины,



Алёна Олеговна ЖДАНОВА,
студентка 4 курса института
клинической медицины,



Инна Александровна ВЕЙЦМАН,
кандидат медицинских наук,
доцент кафедры
поликлинической терапии
АГМУ, врач-эндокринолог
высшей квалификационной
категории

- ФГБОУ ВО «Алтайский
государственный
медицинский университет»
Министерства
здравоохранения РФ

Женщина циклична, как природа, но хороша в любой период и сезон!

Женщина по своей природе более эмоциональна, нежели мужчина. Но бывают периоды, когда женщина становится буквально «совсем другим человеком» - раздражительной, плаксивой, иногда агрессивной и «не узнающей саму себя». Это - предменструальный синдром, вокруг которого существует много загадок и легенд. Но что кроется за этим синдромом на самом деле?

Предменструальный синдром (ПМС), наряду с атеросклерозом, болезнью Альцгеймера, ожирением, синдромом хронической усталости, рассматривается как болезнь цивилизации. Всеобщая электрификация привела к нарушению суточных ритмов организма, и теперь уже женщина не ложится спать с приходом темноты, чтобы встать с рассветом. Она работает по ночам, в течение суток получает очень много нужной и ненужной информации из интернета, старается ее проанализировать - и на сон в итоге остается уже совсем мало времени...

Предменструальный синдром еще в 1948 году был официально признан заболеванием. **ПМС представляет собой клиническое состояние, которое характеризуется наличием физических и эмоциональных симптомов, возникающих за 2-10 дней до начала менструации.** Распространенность ПМС отмечается у 20-32% женщин в пременопаузе и у 30-40% женщин репродуктивного возраста.

Причины

Какие существуют причины возникновения ПМС? К ним относят:

- *психогенные факторы* (частые стрессы, конфликтные ситуации в семье, на работе);
- *увеличение секреции пролактина;*
- *заболевания щитовидной железы;*
- *нарушение водно-солевого обмена:* задержка натрия и воды почками;

- *гиповитаминоз* - нехватка витаминов группы В, магния;

- *генетическая предрасположенность.*

В большей степени ПМС подвержены женщины, которые проживают в городе и заняты интеллектуальным трудом, а также женщины, имеющие дефицит массы тела, чрезмерно заботящиеся о своем здоровье.

Симптомы

Иногда ПМС может проявляться *атипичными симптомами*, такими как:

- вегето-дисовариальная миокардиодистрофия - возникновение аритмии, боли в области сердца, нарушения сознания и другое;

- гипертермическая офтальмоплегическая мигрень;

- гиперсомническая болезнь - повышенная сонливость;

- циклические «аллергические» реакции.

А как у нас?

В 2022 году в рамках научно-исследовательской работы студентов АГМУ «Распространенность ПМС среди студенток Алтайского края» проведено исследование, участницами которого стали 164 студентки Алтайского края от 17 до 23 лет. Анализируя его результаты, были сделаны выводы:

а) все респондентки имеют те или иные симптомы предменструального синдрома,



б) наиболее часто встречается нейрорпсихическая форма, в которой преобладают следующие симптомы:

- раздражительность и агрессивность,
- плаксивость,
- апатия,
- быстрая утомляемость,
- вздутие живота,
- болезненность молочных желез.

Преобладающей стадией ПМС является компенсированная, для которой характерно появления симптомов в предменструальном периоде и купирование с началом менструации. С годами клиника ПМС не прогрессирует.

При анализе образа жизни опрошенных девушек у 85% из них выявлены нарушение формулы сна (засыпание после 23 часов и сон менее 6 часов), употребление сладкого и жирного, четверть опрошенных злоупотребляют курением и (или) алкоголем.

На основе полученных данных можно выделить причины предменструального синдрома у студенток.

Первая - нездоровый образ жизни, включая нарушение сна, нерациональное питание, курение, прием алкоголя.

Вторая - стрессовые ситуации, в том числе начало учебы в вузе, периоды сессии, характерологические особенности личности девушек - это чаще всего перфекционистки, которые учатся на «отлично» и «хорошо», имеют повышенную долю ответственности.

Третья - неполноценное питание с дефицитом продуктов, богатых магнием и витаминами группы В.



Лечение

Лечение ПМС проводится комплексное. В него входит:

- нормализация режима труда и отдыха с дозированными физическими нагрузками;
- рациональное сбалансированное питание: дробная низкокалорийная диета, обогащенная тиамином (витамин В6), каротином (витамин А), токоферола ацетатом (витамин Е), аскорбиновой кислотой (витамин С), минералами, полиненасыщенными жирными кислотами;
- рациональная психотерапия;
- медикаментозная терапия, в том числе гормональная, с коррекцией по показаниям. ☺



В большей степени ПМС подвержены женщины, которые проживают в городе и заняты интеллектуальным трудом, а также женщины, имеющие дефицит массы тела, чрезмерно заботящиеся о своем здоровье.



Если вы решили принять на воспитание в семью ребенка



Светлана Александровна МАУРЕР,
заведующий отделом развития замещающего семейного устройства, КГБУ «Алтайский краевой центр психолого-педагогической и медико-социальной помощи»

Чтобы ребенок мог нормально развиваться и гармонично формироваться как личность, ему необходимы взрослые, которые не только заботятся о нем, но и любят, принимают его таким, какой он есть, учитывая его особенности и желания.

В первую очередь маленькому ребенку нужна мать или тот человек, который полностью ее заменит. Доказано, что психологические потребности ребенка любого возраста лучше всего удовлетворяет семья. Именно семейный уклад дает детям позитивный опыт семейной жизни и возможность впоследствии самими стать ответственными родителями.

Замещающие семьи - это семьи, которые воспитывают детей, оставшихся без родительского попечения вследствие смерти родителей или лишения их родительских прав. Замещающая семья является понятием, которое объединяет различные формы устройства детей к некровным родителям или воспитателям: это - усыновление, опека (попечительство), приемная семья.

Если вы приняли решение взять в свою семью ребенка на воспитание, или только еще задумались об этом, вам сначала необходимо

пройти **обучение по специальной программе в «Академии замещающей семьи»**. Такое обучение с 1 сентября 2012 года является **обязательным** для всех граждан, которые оформляют опеку или усыновление. **Исключение** составляют только бабушки и дедушки, родные и братья и сестры ребенка, а также те граждане, которые являются или являлись опекунами (попечителями) детей и не были отстранены от исполнения возложенных на них обязанностей.

Алтайский краевой центр психолого-педагогической и медико-социальной помощи проводит обучение граждан по этой программе с 2009 года. Наши специалисты в своей работе используют различные формы обучения: лекции, дискуссии, занятия с элементами тренинга, упражнения, просмотр видеороликов. На занятиях совместно обсуждают самые разные темы, например:

- ◆ возможные формы устройства детей в семье;
- ◆ задачи, стоящие перед замещающей семьей;
- ◆ как проходит процедура подбора ребенка;
- ◆ стадии взаимной адаптации ребенка и семьи;
- ◆ как учитывать возрастные особенности ребенка и говорить с ним о его прошлом...

Какие задачи способно решить обучение в «Академии замещающей семьи»? В первую очередь, это помощь в определении своей готовности к приему на воспитание ребенка, в осознании реальных проблем и трудностей, с которыми пред-



стоит столкнуться в дальнейшем, а также выявление родительских навыков и ресурсов семьи.

Большинство людей думают, что для воспитания приемного ребенка достаточно просто любить детей и иметь свой собственный опыт родительства. Но нужно понимать и помнить, что *ребенок, пришедший в новую семью из-за потери собственной, - это всегда ребенок, который столкнулся с горем утраты, пренебрежением его нуждами, недостатком любви и заботы со стороны взрослых*. Возможно, это ребенок, от которого отказались еще в роддоме. Или, может быть, он имел опыт отвержения и жестокого обращения в родной семье. И этот травматический опыт делает ребенка настороженным и недоверчивым, эмоционально неустойчивым и ранимым. Пережив раннее отделение от матери, ему трудно вступать в близкие отношения с другими людьми. Такие дети боятся доверять, боятся возможной боли утраты и пытаются защитить себя от нее, закрываясь от мира агрессивными переживаниями.

Будущие родители должны понимать, осознавать тот эмоциональный опыт, с которым ребенок, потерявший собственную семью, приходит в новую семью, и как это будет сказываться на его дальнейшем развитии, самооценке и поведении. Поэтому на наших занятиях мы обязательно говорим о последствиях депривации детей, оставшихся без попечения родителей; о потребности ребенка в привязанности и на что она влияет; рассматриваем уровни и способы формирования привязанности с приемными детьми. Ведь если вы приняли в свою семью ребенка, то именно работа над формированием привязанности - это то, с чего следует начинать.

Принять ребенка в семью - это не так просто. И подготовка семьи и ребенка к семейному устройству, а также дальнейшее социально-психологическое сопровождение семьи - та работа, которая позволяет минимизировать риски возврата ребенка из замещающей семьи. В нашем центре, помимо подготовки граждан к приему ребенка в семью, дей-



ствующие опекуны и усыновители могут получить консультации юриста, логопеда и психолога, привести на коррекционно-развивающие занятия ребенка либо поучаствовать в семинарах-практикумах для родителей.

Для прохождения подготовки необходимо обратиться с заявлением в организацию, которой переданы соответствующие полномочия. В Барнауле это - КГБУ «Алтайский краевой центр психолого-педагогической и медико-социальной помощи» и «Барнаульский центр помощи детям, оставшимся без попечения родителей, №4».

С полным перечнем организаций, осуществляющих обучение граждан, решивших принять в свою семью детей, оставшихся без попечения родителей, можно ознакомиться на сайте министерства образования и науки Алтайского края в разделе «Счастливое детство - в семье!» (<http://deti.educaltai.ru/>) и на сайте Алтайского краевого центра психолого-педагогической и медико-социальной помощи (<http://ppms22.ru/>), где также можно ознакомиться с графиком, выбрать удобное время обучения.

Подготовка осуществляется уполномоченными организациями на безвозмездной основе. По итогам прохождения подготовки гражданину лично выдается свидетельство, форма которого утверждена Министерством образования и науки РФ. ☺

Будущие родители должны понимать, осознавать тот эмоциональный опыт, с которым ребенок, потерявший собственную семью, приходит в новую семью, и как это будет сказываться на его дальнейшем развитии, самооценке и поведении.



Психологическая помощь пациентам с онкодиагнозом



**Алла Владимировна
ЛОБАНОВА,**

клинический медицинский психолог,
КГБУЗ «Алтайский
краевой онкологический
диспансер»

**Все люди смертны,
и никаких
исключений нет. Но
когда смерть стоит
буквально за
порогом, вдруг
становится
панически
страшно. Ведь
раньше жизнь
была полна
планов: поход в
театр, встреча с
друзьями,
устройство
ребенка в школу.
Но теперь всё это
перестало иметь
хоть какое-то
значение...**

В людях живет такой сильный страх перед онкологией, что, как только они узнают, что у них этот диагноз, это очень часто становится главной их характеристикой. Американские специалисты Карл и Стефани Саймонтон в своей книге «Психотерапия рака» отмечают, что *«человек может выполнять в жизни огромное число ролей: быть родителем, начальником, возлюбленным, может обладать какими угодно качествами - умом, обаянием, чувством юмора, но с этой минуты он становится «раковым больным». Вся его человеческая сущность вдруг заменяется одним - болезнью».*

Мы знаем, что организм - это единство души и тела, поэтому любая болезнь - проблема не только физическая, но и проблема разума, чувств и эмоций. Психосоматические проявления возникают именно тогда, когда человек не способен адаптироваться к жизненным обстоятельствам. Нервная система не может принять определенный поток данных. То есть по сути - это **некий замкнутый круг: зачастую люди обретают заболевание из-за неспособности к адаптации, а болезнь дезадаптирует их еще больше, и они растрачивают и без того невысокую энергетику - и еще больше отчаиваются, а их состояние ухудшается.** Жизненные силы растрачиваются, не давая организму справиться с болезнью. Именно поэтому онкологические заболевания так трудно лечатся: все силы у человека идут на то, чтобы поддерживать неэффективные способы реагирования на жизненные ситуации, а уже на борьбу с болезнью их просто не остается. И вот здесь помогут онкопсихологи.

В цивилизованных странах в онкологических клиниках и отделениях **клинический онкопсихолог** выступает одним из главных действующих лиц. Вместе с лечащим врачом-онкологом он проводит терапию и ориентирует пациентов на позитивное восприятие

назначенного лечения. Американские ученые доказали на практике, что подключение внутренних психологических резервов приводит к увеличению числа излеченных пациентов от онкологии: количество излеченных от рака 2-3-й стадии возрастает до 45-65%, 4-й стадии - до 25%.

Онкопсихология - довольно молодое направление в клинической психологии. Оно берет свое начало в 70-х годах XX века, когда психиатры и психотерапевты стали обращать внимание на то, что у онкологических больных есть свой особый взгляд на мир и свои особые ожидания от мира. Сегодня онкопсихология в России только набирает свои обороты, но уже можно сказать, что психологическое сопровождение с начала заболевания позволяет избежать серьезных психических нарушений, а также привести к длительной ремиссии, улучшить психическое здоровье пациентов. Психологическая терапия снижает уровень дистресса, депрессии и тревожности, ориентирована на способность человека к самоисцелению, создаваемый позитивный эмоциональный настрой усиливает эффективность специального лечения, уменьшает реакцию организма на химиотерапию и облучение.

Примерно у трети всех онкобольных от сильного психологического стресса возникает психическое расстройство, сопутствующее основному заболеванию. **Но стресс может быть не только из-за онкологии, он может оказаться причиной самого заболевания.** В анамнезе у онкологических больных часто отмечаются многочисленные стрессовые состояния. Онкозаболевание у многих больных сопровождается изменением привычного образа жизни, разрывом привычных связей, сужением одних возможностей и выявлением других, а также депрессией.

Депрессия является одним из наиболее частых психических нарушений у онкобольных. Вот часть жалоб, ко-



торые предъявляют пациенты психологу: тревога, напряжение, повышенная утомляемость, утрата жизненных интересов, пессимизм, снижение настроения, или частая смена настроения, плаксивость, суицидальные мысли, снижение активности, упадок сил, фиксация на болезни, неуверенность в себе, нарушение сна, тоска, подавленное настроение, уныние, тоска, идея собственной никчемности, раздражительность, агрессивность, страх, ненависть к себе и т.д.

С помощью психологических методов можно бороться даже с самой тяжелой болезнью, это еще один шанс - удивительный механизм нашей психики, дающий надежду на исцеление. **«Неподдающихся» работе с онкопсихологом практически не бывает.**

Чем может помочь онкопсихолог?

Он поможет изменить ложные установки пациента относительно течения болезни и ее излечения, снизить влияние сильных эмоциональных расстройств, запустить обратный процесс - от болезни к здоровью. Онкопсихолог также поможет найти резервы жизненных сил, о которых сам человек забыл, - и когда он уже окрепнет, то специалист поможет пациенту «взять» силу там, где он ее раньше терял. Поиск «болевого точки» каждого пациента (отправной момент негативного отношения к жизни), совместный анализ разру-

шающей позитивизм ситуации и поиск выхода из нее - еще одна задача в работе онкопсихолога. Также он способен помочь пациенту увидеть реальное свое состояние и начать системное преодоление неприятностей со здоровьем, эмоционально поддержать для скорейшего возвращения к душевному балансу, спокойному и даже деловому отношению к жизни, когда рак воспринимается не как трагедия со скорой гибелью, а как хроническое заболевание, которое не только трудно и долго лечится, но и излечивается. Специалист может помочь человеку мобилизовать свои дополнительные психические ресурсы на борьбу с болезнью, увеличение эффективности проводимого лечения, полноценное общение, создание психологического и физического комфорта, что в целом приведет к улучшению качества жизни.

Психологическая формула для каждого заболевшего раком: осознать, принять и жить дальше. Сделать это самостоятельно - трудно, так как страшно, да сил и знаний не хватает на первые шаги. **Поэтому никогда не нужно отказываться от помощи профессионалов.**

Можно выделить основные психологические направления, которые особенно эффективны в онкологии:

● *программа Саймонтонов.* Метод, основанный на визуализа-

ции процесса выздоровления, самовнушении и интроспекции. Американские врачи исходили из известного положения, что личное отношение к болезни пациента может повлиять на ее течение;

● *терапия с использованием ресурсных техник* - высокоэффективная методика, используемая для привлечения психологических резервов больного и тем самым улучшения его общего и эмоционального состояния;

● *глубинная психотерапия*, которая работает с глубинными структурами мозга, подсознанием. Оно не только содержит информацию, находящуюся вне сознания, но и обрабатывает информацию, поступающую от ощущений и управляет функциями тела;

● *когнитивная психотерапия* - восстановление в человеке способности к здоровому мышлению: не к позитивному, не к негативному, а здоровому;

● *арт-терапия* помогает пациентам справиться со стрессом о болезни, развивая творческий потенциал;

● *лечение рака методом визуализации.* Это специальная техника, позволяющая «перепрограммировать» работу мозга на состояние здоровья, уменьшить болевой синдром, физический дискомфорт, активировать защитные силы организма. Доказано, что в результате сеансов с этим методом резко возрастает эффективность традиционных методов лечения: снижаются побочные эффекты химио- и лучевой терапии, уменьшаются размеры опухолей, а большинство «безнадежных больных» добивается длительной ремиссии и даже выздоровления. Также отмечается снятие тревожности, страхов, улучшение настроения, нормализация сна, появление чувства уверенности, позитивного настроения;

◆ коррекция предоперационной тревоги с помощью специальных упражнений;

◆ позитивная терапия;

◆ нейролингвистическое программирование;

◆ гипнотические техники; ▶



◆ поддерживающая психотерапия.

В идеальном варианте психологическая помощь должна оказываться на каждом этапе взаимодействия с пациентом. Пациент начинает ощущать тревогу еще ожидая результаты анализов, затем, когда слышит свой диагноз. Тревога перерастает в панику, ужас. После ему предстоит нахождение в стационаре, лечение. Всё это требует огромных душевных сил, которые также нужны для излечения. Противоопухолевая терапия может сильно изменить внешность человека. После нее иногда выпадают волосы, могут быть выраженные отеки, создающие впечатление лишнего веса, или, наоборот, выраженное похудение. Многие солидные опухоли требуют проведения обширных хирургических вмешательств, которые подчас носят калечащий характер (например, удаляются половые органы, накладывается стома). После удаления лимфатических узлов может развиваться лимфедема - слоновость конечности. Разумеется, такие метаморфозы очень сложно принять и адаптироваться к ним в повседневной жизни. Помимо физической реабилитации такие пациенты должны получать и психологическую помощь.

Но и при достижении ремиссии не означает, что рак побежден навсегда. Чтобы вовремя обнаружить возврат болезни, такие пациенты должны периодически проходить обследования. Иными словами, человек так или иначе не прощается с болезнью. И это действует на него очень угнетающе. Чтобы поддержать таких людей, и нужен психолог.

Когда пациенты мобилизуют все свои ресурсы и активно участвуют в борьбе за свое выздоровление, они способны намного продлить отведенный им срок и существенно изменить свою жизнь. Традиционное и психологическое лечение должны и могут дополнять друг друга. ☺

Нововведения с марта 2022 года

И в загс идти не надо

В России будут созданы федеральные реестры медицинских документов о рождении и смерти. И получить эти документы можно и на бумаге, и в электронном виде.



Вносить в Федеральный реестр медицинских документов о рождении информацию о появлении на свет ребенка будут медицинские организации. Сам реестр войдет в состав единой государственной информационной системы здравоохранения. Помимо Минздрава доступ к нему также будет у Минцифры, Федеральной налоговой службы, органов регистрации актов гражданского состояния, Федеральной службы госстатистики, федеральных и региональных органов исполнительной власти. Вскоре нужное свидетельство появится в личном кабинете на госуслугах.

В новый федеральный реестр попадет информация о реквизитах свидетельств о рождении, данные о ребенке и его матери, месте рождения и регистрации.

Если родители хотят получить свидетельство о рождении на бумажном носителе, то медорганизация должна внести сведения о ребенке и его матери в реестр в течение одного рабочего дня с момента выдачи данного документа.

Аналогичные правила предусмотрены и для оформления свидетельств о смерти.

Об изделии больше информации

Вступает в силу обновленный порядок ведения государственного реестра медицинских изделий и их производителей. В перечень включенных сведений внесены фотографии медицинских изделий, электронные копии инструкций по их применению и самого регистрационного удостоверения. Это позволит участникам отрасли получать более полную информацию о зарегистрированной в стране медицинской продукции.

Для цифровых продуктов в реестр будут вносить фотографии электронного носителя, а также скриншоты их интерфейса. Речь идет о цифровых программах, которые используются для помощи врачам в диагностике онкологических заболеваний, планировании техники проведения хирургических операций, мониторинге состояния здоровья пациентов с хроническими заболеваниями, реабилитации больных.

В остальном список данных, которые должны содержаться в реестре, не изменился. В нем должны отображаться назначение изделия, его вид и класс риска применения, регистрационный номер, код по ОКВЭД (общероссийский классификатор видов экономической деятельности), место производства, сведения о взаимозаменяемых медицинских изделиях.



Как защитить себя и ребенка от туберкулеза?

Пути передачи



Симптомы

ВНИМАНИЕ! Часто туберкулез протекает в форме обычной простуды или пневмонии.



Профилактика

- Регулярная влажная уборка, проветривание помещений
- Индивидуальная посуда (особенно вне дома)
- Повышение иммунитета (закаливание, витамины, физкультура)
- Здоровый образ жизни, правильное питание
- Избегать кашляющих людей
- Отказ от курения

ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ПОРАЖАЮТСЯ, ЛЕГКИЕ, ЛИМФОУЗЛЫ, ПОЧКИ, КОСТНАЯ СИСТЕМА, МОЗГ, ОРГАНЫ ЗРЕНИЯ.

Защита

- Прививка БЦЖ или БЦЖ-М (делают в роддоме, поликлинике или туберкулезном диспансере на 3-7 сутки после рождения, в 7 и 14 лет)
- Ежегодная проба Манту (ставят в детсадах, школах, поликлиниках 1 раз в год)
- Для взрослых - ежегодная флюорография
- Диаскинтест (ставят как Манту с 1 года 1 раз в год)

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№2 (218) март 2022 г.



Лауреат Губернаторской премии среди СМИ по итогам 2003 года

Почетная грамота Союза журналистов России



Благодарность от Управления Алтайского края по физической культуре и спорту

Почетная грамота Правительства Алтайского края, 2017 год



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

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

Время подписания в печать: по графику - 14:00 18.03.2022 г., фактически - 14:00 18.03.2022 г. Дата выхода: 24.03.2022 г.

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

Ответственный редактор - Мария Уртайкина.

Компьютерный дизайн и верстка - Ольга Жабина, Оксана Ибель.

Учредитель-Издатель ООО «Издательство «Вечерний Новоалтайск - Добрый день»»: 658080, Алтайский край, г. Новоалтайск, ул. Обская, 3.

Тел. 8(385-32) 2-11-19. Адрес редакции: 658080, Алтайский край, г. Новоалтайск, ул. Обская, 3. Тел. 8(385-32) 2-11-19.

Адрес работы с общественными представителями: 656038, Алтайский край, г. Барнаул, пр. Ленина, 56.

E-mail: nebolen@mail.ru. Группа ВКонтакте: <https://vk.com/nebolen>

Отпечатано в типографии ИП Назаров А.В.: 656049, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Чкалова, 228. Тел. (3852) 38-33-59. Печать офсетная. Тираж - 2500 экз. Цена свободная.



ФОРУМ

«Траектория профессионального
и карьерного развития
молодого врача»

17 марта 2022

