

6+

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№4 (220) МАЙ 2022

*я помню!
я горжусь!*

9
МАЯ





С ДНЁМ ПОБЕДЫ!!!

Уверена, это не только мое ощущение - Великий Праздник когда-то став поистине всенародным, остается им и сегодня!

Героическое прошлое, подвиг наших дедов и прадедов очень органично вошли в сознание и душу не только их внуков, но пра- и праправнуков. Могу судить об этом по собственным. В прошлом году мы с внуком много читали про Ленинград в период Великой Отечественной войны. Испекли хлеб по «блокадной» рецептуре по мизерному «карточному кусочку» разделили для всего класса для урока, на котором одноклассники делились своими впечатлениями о прочитанном и увиденном о блокадном Ленинграде. Позже, составляя программу предстоящей летней поездки в Санкт Петербург, главное желание (!) внука было посетить мемориальные места, связанные с этими драматичными событиями. Всё состоялось. Конечно, был и великолепный Петербург времен Петра Первого и Екатерины Великой, дворцы и парки. Но посещение Государственного музея истории Санкт-Петербурга, занявшее практически целый день (огромная благодарность его сотрудникам, которые с таким вдохновением и трепетностью проводили нам персональные экскурсии, - к сожалению, в музее было немногочисленно), оставило одно из самых ярких впечатлений поездки.

Думаю, Май 2022 года для очень многих людей наполнился еще более глубоким смыслом... Очень уж вдруг реально ощутимо повеяло реваншем нацизма в мире! Даже при том, что информация о ситуации на Донбассе, в Украине эти годы была в «топе» новостей: то, что мы увидели и узнали из репортажей наших военных корреспондентов, заявлений официальных лиц после начала специальной военной операции, - буквально ввергло в шок!

Думаю, даже скупые рассказы очевидцев, участников этих событий в полной мере не отражают драматизма ситуации! Сотни, тысячи погибших, пропавших без вести, раненых. Миллионы - сорвавшихся с родных мест, лишившиеся дома, работы, родных...

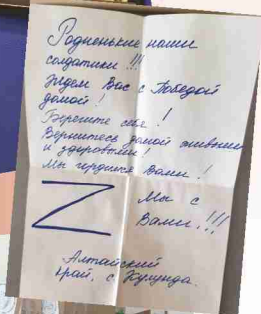
Специальная военная операция проводится силами ограниченных профессиональных армейских подразделений. Ни мобилизации, ни объявления в нашей стране «особого положения» нет. Но чувствуется, как изменилось само наше общество. Добровольцы, волонтеры, тонны гуманитарных грузов, собранных жителями регионов и переданных предпринимателями, посылки военнослужащим с трогательными письмами от ребят-школьников - как символ солидарности с теми, кто спасает мир с оружием в руках, кто оказался в зоне противостояния...

Знаю и восхищаюсь той работой, которую ведут в рамках гуманитарных миссий краевого отделения Союза женщин России, его отделения в городах и районах края, актив регионального штаба ОНФ.

Многие отмечают, что и на обычных предприятиях, в офисах изменилось отношение штаба людей к своим профессиональным обязанностям, к работе. «Всё для фронта! Всё для победы!» - как внутренний мобилизующий посыл сегодня для многих естественен, органичен и созвучен ситуации. Без громких лозунгов и лишней трескотни люди внутренне начали меняться... Меняются все: и взрослые, и молодежь, и дети.

К сожалению, есть и несогласные... Маркер «свой - чужой» всё более явственно разводит людей, иногда разрезая буквально «по живому». Но интеллигентное молчание, проявление ничем не оправданной лояльности, думаю, в этой ситуации не уместно. Прячется за «недостаточностью информации» или псевдопацифизмом не получится! Как говорится: «Иди и смотри!»

Надеюсь, что переживаемое сделает нас сильнее, человечнее, чище. Верю в Россию! Наше дело правое! Победа будет за нами!





5

Внутрикостный доступ



Дети и ВИЧ



16

Сахарный диабет: в фокусе - ноги!



28

Как подготовить ребенка-левшу к школе



40

COVID-19 - лечить или предотвратить?



Поддержка алтайских медиков будет усилена	2
Модернизация - жителям края	3
ГРАЖДАНСКОЕ ОБЩЕСТВО	
«Волонтеры здоровья» - поддерживаем инициативу!	4
ЗА СЧАСТЛИВОЕ ЗДОРОВОЕ ДЕТСТВО!	
А.Е. Завьялов, А.А. Бедарев, О.Р. Гибазова, А.А. Козлов.	
Внутрикостный доступ	5-7
ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА	
Ю.А. Дударева, Д.Н. Сероштанова.	
Риски беременности у женщин с сахарным диабетом	8-10
Реабилитация по электронному сертификату	10
Вы решили стать донором. Донором костного мозга	11
Т.С. Стародубова. Дети и ВИЧ	12-14
АКАДЕМИЯ МУЖСКОГО ЗДОРОВЬЯ	
Мужскому здоровью - государственное внимание!	14-15
СОВЕТЫ ЭНДОКРИНОЛОГА	
Ю.С. Пергаева, К.И. Сидоренко.	
Сахарный диабет: в фокусе - ноги!	16-17
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ «ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»	
«Победим йод-дефицит вместе!»	18
Об йодировании продуктов	19
Новости здравоохранения России	20
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ	
Ю.А. Фролова. Важные изменения	21
М.В. Герасимова. Жизнь без депрессии	22-24
ЗА СЧАСТЛИВОЕ ЗДОРОВОЕ ДЕТСТВО!	
С.А. Филлипов. Профилактика компрессионных переломов позвоночника у детей	25-26
Фитнес для ленивых	26-27
ЗА СЧАСТЛИВОЕ ЗДОРОВОЕ ДЕТСТВО!	
А.В. Сартакова. Как подготовить ребенка-левшу к школе	28-30
Это интересно!	30
Как получить налоговый вычет за лечение	31
Семь приемов для памяти	32-33
Всё под контролем	34
Пятиминутка против туннельного синдрома	35
СЕРДЦЕ ПОД КОНТРОЛЕМ	
А.В. Отт. Важность амбулаторного ведения пациентов с ХСН	36-39
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ «ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»	
Д.В. Петрова. COVID-19 - лечить или предотвратить?	40-43
Что расскажет ваша кожа	44

Поддержка алтайских медиков будет усилена

На сессии Алтайского краевого Законодательного Собрания 26 мая 2022 года в первом чтении был принят законопроект о дополнительных мерах поддержки медиков.

Законопроект «О регулировании отдельных отношений в сфере обеспечения кадрами медицинских организаций государственной системы здравоохранения Алтайского края» - это результат совместной работы Правительства региона, Губернатора Алтайского края и партии «Единая Россия». И очень важно, что инициатива о его создании исходила от самих врачей. Предложенные меры призваны не только обеспечить дополнительную поддержку специалистам, но и позволят привлечь в отрасль больше тысячи молодых медицинских работников в ближайшие три года.

Для молодежи главными мотивирующими факторами являются как заработная плата, так и чувство защищенности, в том числе юридической, а также развитие в профессии. В этой части министерством принято решение об усилении и развитии системы наставничества.

На дополнительные меры поддержки медиков в Алтайском крае выделят около 1,5 млрд. рублей. Соответственно, одной из форм поддер-

жки станут компенсационные выплаты разным категориям медицинских работников.

◆ **Фельдшерам, впервые трудоустроившимся в медицинскую организацию в течение полугода после получения допуска к профессиональной деятельности,** ежемесячно будут выплачивать **6000 рублей** в первый год работы, **9000 рублей** - во второй и **15000 рублей** - в третий год.

◆ **Участковым врачам-терапевтам и врачам-педиатрам, впервые устроившимся на работу,** доплата будет начисляться также в течение трех лет: в первый год в размере **9000 рублей**, **13500 рублей** и **22500 рублей** по годам соответственно.

◆ **Наставнику** устанавливается ежемесячная выплата в течении одного года в размере **1000 рублей** за каждого молодого специалиста.

◆ Медицинскому работнику, желающему трудоустроиться в медицинскую организацию, предоставляется **компенсация расходов на оплату обучения по программе профессиональной переподготовки** в области здравоохранения в размере **50000 рублей** за весь период обучения.

◆ Установлены и ежемесячные выплаты **специалистам, работающим в межрайонных медицинских организациях** по специальности «акушерство и гинекология», «анестезиология-реаниматология», «хирургия», за обслуживание населения в межрайонном округе в размере **10000 рублей**.

Депутаты намерены провести обсуждение с медицинским сообществом Алтайского края, чтобы дополнить законопроект и уточнить отдельные моменты. После на сессии АКЗС в июне запланировано второе чтение законопроекта. В случае принятия данного закона меры поддержки для медработников начнут действовать уже в этом году. ☺

При подготовке материала использована информация с официального сайта АКЗС



«Волонтеры здоровья» - поддерживаем инициативу!

В рамках реализации межведомственного проекта по вопросам воспитания подрастающего поколения «Школа наставничества - школа воспитания»

Общественная женская палата при Губернаторе Алтайского края, краевое отделение Союза женщин России, по инициативе их лидера Н.С. Ремневой, 24 мая провели очередное, шестое в текущем году, занятие.

Тема занятия - «Здоровье девочки - здоровая нация. Здоровая нация - сила государства». Слушателями стали студентки и преподаватели Алтайского архитектурно-строительного колледжа и Академии гостеприимства.

В мероприятии приняли участие председатель Комитета по социальной защите АКЗС, член Правления краевого отделения Союза женщин России **И.В. СОЛНЦЕВА**, заместитель министра здравоохранения края **С.В. НАСОНОВ**, сопредседатель краевого отделения ОНФ, главный редактор журнала «Здоровье алтайской семьи» **И.В. КОЗЛОВА**.

В холле актового зала краевой Центр общественного здоровья и медпрофилактики организовал выставку «Здоровье - главное богатство в жизни человека».

С основными докладами - эмоционально яркими, с убедительной аргументацией и с содержательно наполненным видеорядом - выступили

руководитель краевого Центра общественного здоровья и медицинской профилактики, к.м.н. **Т.В. РЕПКИНА**, профессор кафедры акушерства и гинекологии АГМУ,



д.м.н., президент Ассоциации акушеров-гинекологов Алтайского края **С.Д. ЯВОРСКАЯ**, главный внештатный специалист гинеколог детского и юношеского

возраста Минздрава Алтайского края, к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии АГМУ **О.В. БУЛГАНИНА**.

По реакции аудитории было понятно, что рассматриваемые темы являются для нее актуальными. Вопросы женского здоро-



вья и медицинской профилактики, культуры питания, остроты демографической ситуации в крае и стране, сохранения репродуктивного здоровья подрастающего поколения - те темы, которые в принципе определяют не просто «успешность», а даже высший смысл Женщины - матери, хранительницы и созидательницы своей семьи, ее здоровья.

Очевидно, что два часа общения не позволили в полной мере осветить все нюансы обсуждаемых проблем, ответить на все вопросы. Но, пожалуй, важно главное - аудитория оценила, что такой представительный состав участников, качество подачи материала определены сверхважностью темы! А вопросы здорового образа жизни, сохранения здоровья, и в том числе репродуктивного, требуют определенных знаний, навыков, ответственности и работы над собой. И в завершении мероприятия руководитель от имени присутствующей группы студентов сообщил о решении в рамках набирающего силу в стране волонтерского движения сформировать еще одно направление - «Волонтеры здоровья».

Системная работа по формированию здорового образа жизни в молодежной среде важна. И пионеров этого направления - студентов Алтайского архитектурно-строительного колледжа и Академии гостеприимства - мы, участники данного проекта, готовы поддержать. ☺



Внутрикостный доступ

- мгновенное решение сосудистого доступа в критических ситуациях

Актуальная проблема педиатрии Алтайского края, большинство жителей которого живут в сельской местности, - быстрое обеспечение внутривенного доступа при оказании экстренной медицинской помощи детям, находящимся в критическом состоянии.

При обеспечении центрального венозного доступа по-прежнему часто встречаются ятрогенные осложнения, которые могут приводить к фатальному исходу.

Конечный результат и качество оказания медицинской помощи напрямую зависит от безопасного и быстрого обеспечения внутрисосудистого доступа на любом этапе: скорой медицинской помощи или первые минуты пребывания ребенка в реанимационном отделении.

Острое обезвоживание, кровопотеря или шоковое состояние любого генеза, как правило, связаны с существенными техническими затруднениями при многочисленных по-

пытках пункций периферических вен вследствие наличия тяжелых нарушений периферической гемодинамики, а в ряде случаев - практически невозможно из-за обширных ожогов, декомпенсированного инфекционно-токсического шока, движения автомобиля скорой медицинской помощи и т.п.

Традиционно используемые с 80-х годов прошлого столетия методики пункций и катетеризаций центральных вен (подключичной и внутренней яремной вены) технически сложны, требуют очень высокой квалификации и опыта врача, при этом достаточно часто чреваты опасными для жизни пациента ятрогенными осложнениями: пневмоторакс, пневмомедиастинум, гемоторакс, гидроторакс. Выполнение доступа в центральное венозное русло также требует существенных временных затрат - от 15 до 30 минут, в некоторых ситуациях и более.



Алексей Егорович ЗАВЬЯЛОВ,

главный внештатный детский специалист-анестезиолог-реаниматолог министерства здравоохранения Алтайского края, доктор медицинских наук, профессор кафедры детской хирургии, анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии АГМУ, заведующий отделением анестезиологии-реанимации, врач анестезиолог-реаниматолог высшей квалификационной категории;



Алексей Александрович БЕДАРЕВ,

врач-анестезиолог-реаниматолог,





Ольга Романовна ГИБАЗОВА,
врач-анестезиолог-реаниматолог,



Артем Андреевич КОЗЛОВ,
врач-анестезиолог-реаниматолог,

- отделение реанимации и интенсивной терапии КГБУЗ «Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства»

Альтернативным методом доступа в сосудистое русло, который исключает вышеуказанные осложнения и является достаточно простым по технике выполнения, а также совершенно незатратным по времени (10-60 секунд), по мнению ведущих специалистов США и Европы, на сегодняшний день считается **внутрикостный доступ**.

Методика внутрикостной инфузии у человека была впервые описана еще в 1922 году. Врач С. Drinker из Гарвардского университета, США, исследовал циркуляцию крови в грудной клетке и заключил, что раствор, введенный в костный мозг, быстро всасывается в центральное сосудистое русло, обеспечивая возможность для сосудистого доступа. В годы Второй Мировой войны методика получила широкое распространение. Были получены сообщения о 4000 пациентов - тяжелораненых солдатах, которые в той или иной степени показывали положительную динамику в связи со своевременным обеспечением сосудистым доступом. В последние годы этот метод вновь приобрел популярность во взрослой и педиатрической сети здравоохранения. К сожалению, многие специалисты не владеют данной методикой, тогда как **внутрикостный доступ является одним из самых удобных способов для введения жидкостей, препаратов и компонентов крови.**

В соответствии с рекомендациями АНА (American Heart Association), ERC (European Resuscitation Council) и ILCoR (International Liaison Committee on Resuscitation) внутрикостный доступ является второй ли-

ней выбора у взрослых - после двух неудачных попыток катетеризации периферических вен в течение 60 секунд, и первой линией выбора - у педиатрических пациентов.

Внутрикостное пространство (ВПК) часто называют «неспадающейся веной». Шок и травма, как правило, являются причиной коллапса периферических вен, в то время как **внутрикостное пространство, окруженное костью, вне зависимости от состояния организма остается неотъемлемой действующей частью центрального кровообращения.** В большинстве шоковых ситуаций кровоток внутрикостного пространства является относительно постоянным. Артериальное давление ВПК составляет примерно 35/25 мм рт.ст. - треть системного артериального давления.

Обучение внутрикостному доступу легко может быть достигнуто после минимальных тренировок. Установка внутрикостного доступа занимает значительно меньше времени по сравнению с внутривенным. Кровь, полученная после достижения внутрикостного доступа, может быть исследована для лабораторных анализов (совместимость по системе АВ0, Rh-фактору).

Техника манипуляции

◆ Пациент в положении на спине с согнутым коленом (под колено можно подложить валик).

◆ По передне-внутренней поверхности большеберцовой кости найдите бугристость большеберцовой кости и пропальпируйте точку, расположенную на 2 пальца (у новорожденного и грудного ребенка - на 1 палец) дистальнее бугристости между передним и задним краем большеберцовой кости, - это место пункции.

◆ Обработайте кожу в месте пункции антисептиком.

◆ Если пациент в сознании, инфильтрируйте кожу в месте пункции 1%-ным раствором лидокаина, а затем продолжите анестезию до надкостницы и снова определите место пункции.

Термин «внутрикостное пространство» относится к связанным между собой губчатому веществу эпифиза и медуллярной полости диафиза.

Сосуды внутрикостного пространства связаны с центральным кровотоком продольными гаверсовыми каналами, каждый из которых содержит крошечные артерии и вены. Гаверсовы каналы связаны между собой каналами Фолькмана, которые собственно и подключают внутрикостное пространство к центральному кровотоку.



◆ Позиция иглы - 90° по отношению к коже и на 5-10° каудально (к стопе), направляйте иглу вкручивающими движениями до внезапной потери сопротивления. После этого движение иглы стоит прекратить.

◆ Извлеките троакар.

◆ Подтвердите правильное положение путем аспирации крови с помощью шприца 5мл.

◆ Если кровь не поступает, возможно, игла забила костным мозгом. Для того чтобы восстановить проходимость иглы, медленно введите 3-10мл натрия хлорида 0,9%-ного.

◆ Убедитесь, что конечность не изменилась на вид. Если тесты оказываются безуспешными, извлеките иглу и повторите манипуляцию на другой конечности.

Перед началом инфузионной терапии внутрикостно необходимо ввести раствор местного анестетика с целью профилактики боли распирающего характера от введения лекарственных препаратов.

◆ Закрепите иглу в месте пункции стерильной повязкой и пластырем методом «гусиной лапки».

Введение лекарственных средств проводят шприцевыми болюсами, шприцевыми дозаторами или с помощью тонометра, расположенного вокруг инфузионного пластикового мешка или флакона с давлением до 300мм рт.ст.

Размер иглы не играет важной роли в возрасте и весе пациента. При выполнении внутрикостного доступа предпочтительнее использовать внутрикостную инфузионную иглу Джамшиди, наравне с ней можно использовать иглы-бабочки 16-20G, спинальные и даже подкожные иглы. Высока вероятность того, что игла может быть заблокирована костным мозгом, - для предотвращения такой ситуации лучше использовать иглу с троакаром.

Таким образом, для выполнения техники вам понадобятся: стерильные перчатки, стерильная игла, антисептик, местный анестетик, шприцы объемом 5мл и 50мл.

Доступ в сосудистое русло Внутрикостный доступ



Стандартно используется бугристость большеберцовой кости

«Кость – это не спадающаяся вена» (Drinker CK et al. 1922 г)



Возраст ребенка (годы)	Глубина вкола иглы (см)
0-3	0,5-0,7
3-6	1-1,5
6-12	1,5
Место вкола большеберцовая кость	

Нахождение иглы внутри кости дольше 72 часов повышает риск развития локальной инфекции, поэтому иглу следует удалить, как только установлен постоянный венозный доступ.

К осложнениям стоит отнести перелом большеберцовой кости (чаще встречается у новорожденных), компартмент-синдром, остеомиелит (1%) и некроз кожи. Микроскопическая жировая эмболия не представляет серьезных проблем.

Противопоказаниями к данной методике являются перелом бедра на стороне манипуляции, перелом костей в месте манипуляции, остеомиелит.

Понимание и применение принципов внутрикостной инфузии важны как никогда. Потенциал применения внутрикостного доступа растет с каждым годом, и в ближайшем будущем можно ожидать закономерное и значительное возрастание интереса к этой жизнеобеспечивающей технике.

Как в гражданской, военной сфере, так и в условиях приемного покоя и реанимационного отделения, где время является критическим фактором и условия не всегда оптимальны, внутрикостная инфузия может рассматриваться как доступ выбора. ☺

Глубина введения иглы:
ребенку
от 0 до 3 лет
- на 0,5-1,0см;
от 3 до 6 лет
- на 1-1,5см;
от 6 до 12 лет
- на 1,5см;
взрослым
- на 2,5см.





Риски беременности у женщин с сахарным диабетом



**Юлия Алексеевна
ДУДАРЕВА,**

доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии с курсом ДПО ФГБОУ «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, врач-акушер-гинеколог высшей квалификационной категории;



**Дарья Николаевна
СЕРОШАНОВА,**

врач-акушер-гинеколог - консультативно-диагностическое отделение поликлиники КГБУЗ «Алтайский краевой клинический перинатальный центр "ДАР"»

Сахарный диабет - это группа метаболических (обменных) заболеваний, характеризующихся хронической гипергликемией, которая является результатом нарушения секреции инсулина, действия инсулина или обоих этих факторов.

Начнем с обмена глюкозы. После приема пищи в крови повышается уровень глюкозы, которая является основным источником энергии для клеток. Глюкоза не может проникнуть в клетку просто так сама по себе, ей необходим инсулин. **Инсулин - это гормон, который вырабатывается поджелудочной железой, и его основной задачей является «запуск» глюкозы в клетку.** Инсулин взаимодействует со специальными клеточными рецепторами, благодаря чему клетка становится проницаема для глюкозы. У пациентов с сахарным диабетом глюкоза в клетки не проникает, - она остается в кровеносном русле в повышенном количестве, это и называется **хронической гипергликемией.**

Влияние гипергликемии на плод

Плод в процессе своего роста в качестве основного энергетического субстрата получает от матери питательные вещества, прежде всего глюкозу. Известно, что в организме плода уровень глюкозы ниже, поэтому она легко проникает от матери к плоду, - в отличие от инсулина. Поэтому если у матери с сахарным диабетом имеется повышенный уровень глюкозы в крови, то, как правило, это избыточное количество глюкозы поступает через плаценту к плоду.

Реакция плода на повышенный уровень глюкозы в крови зависит от срока беременности. Если в первые недели беременности плод с гипергликемией справиться не может, то это, как правило, приводит к гибели эмбриона (неразвивающаяся беременность), самопроизвольному выкидышу

или же возможно формирование врожденных пороков развития. Во второй половине беременности в ответ на высокий уровень глюкозы в своей крови плод начинает «бороться» путем повышенной выработки инсулина. Еще внутриутробно его поджелудочная железа начинает работать с повышенной активностью - «за двоих». Повышенный уровень инсулина в крови плода приводит к усилению синтеза белка, жирных кислот, факторов роста, которые могут способствовать развитию патологического состояния плода с изменениями во всех органах и системах - **диабетическая фетопатия.**

Чем опасна диабетическая фетопатия

Плоды с диабетической фетопатией имеют *вес более 4000г*, что влечет за собой осложнения в родах для матери и плода. К сожалению, это не единственная проблема этих деток.

Также у них наблюдаются *метаболические, дыхательные нарушения.* Такие новорожденные *рождаются с низким уровнем глюкозы в крови*, что при рождении считается потенциально опасным осложнением, которое увеличивает риск ближайшего и отдаленного поражения центральной нервной и сердечно-сосудистой системы.

Для этих деток в родах есть высокий риск таких грозных осложнений, как - *затрудненное рождение плечиков, травмы плечевого сплетения, внутриутробной гипоксии.* Поэтому роды часто заканчиваются путем кесарева сечения.

Такая чрезмерная работа поджелудочной железы у плода и вызванные ею изменения в других органах и си-



стемах не пройдут бесследно, и в той или иной мере проявятся позже. Неблагоприятная внутриутробная среда, в которой находится ребенок, особенно при некомпенсированном сахарном диабете матери, приводит к стойкому изменению метаболизма как во внутриутробном периоде и в детстве, так и во взрослой жизни.

На сегодня известно, что **существуют эпигенетические механизмы, приводящие к изменению активности генов без изменения их первичной структуры**, причем эти изменения направлены на адаптацию организма к изменяющимся условиям его существования. Именно этими изменениями преимущественно и объясняется высокий риск развития ожирения, заболеваний сердечно-сосудистой системы, сахарного диабета во взрослом возрасте.

Кроме рисков для ребенка существует высокий риск осложненного течения беременности и родов для матери. Прежде всего, развитие грозного акушерского осложнения - *преэклампсия*. Оно сопровождается повышением артериального давления, нередко отеками, повышением белка в моче, при этом могут появиться головная боль, головокружение, поэтому беременные с сахарным диабетом должны знать эти симптомы и при их появлении незамедлительно обратиться к врачу.

Чтобы ребенок родился здоровым

Как уменьшить риск акушерских и перинатальных осложнений женщинам с сахарным диабетом и родить здорового ребенка?

1. Все женщины с сахарным диабетом 1 и 2 типа должны быть **информированы о важности планирования беременности**, также они должны очень тесно взаимодействовать со специалистами, прежде всего с врачом-акушером-гинекологом и врачом-эндокринологом, для оптимизации своего медицинского состояния до зачатия ребенка.

2. На этапе подготовки к беременности до тех пор, пока врачи не сказали, что показатели глюкозы, гликированного гемоглобина находятся в пределах целевых показателей, **необходимо использовать эффективный метод контрацепции** (обсудить с врачом-акушером-гинекологом).



3. Если женщина получает пероральные антидиабетические средства, особенно это характерно для сахарного диабета 2 типа, то необходим **перевод на инсулинотерапию до наступления зачатия**, чтобы добиться компенсированного состояния заболевания до зачатия и не допустить приема вышеуказанных препаратов на ранних сроках беременности.

4. На этапе подготовки к беременности женщине **необходимо изменить образ жизни, питания**, применять регулярные физические упражнения для нормализации массы тела.

5. Каждая женщина с сахарным диабетом 1 и 2 типа вместе со своим супругом должны еще до зачатия (оптимально 3 месяца), а будущая мама - и весь первый триместр беременности, **принимать препараты фолиевой кислоты, препараты йода** (после консультации с врачом-эндокринологом) - это необходимо для профилактики пороков развития плода.

6. При наступлении беременности **незамедлительно обратиться к врачу в раннем сроке** (до 9-10 недель), своевременно проходить рекомендуемые скрининговые ультразвуковые исследования и другие необходимые обследования.

7. **Помнить, что при беременности, особенно в первом триместре, в связи физиологическими изменениями, может быть низкий уровень глюкозы в крови** (гипогликемия). Это состояние может возникнуть, если вы едите недостаточно пищи, пропускаете ее прием, не едите в нужное время дня. Вы и

**Неблагоприятная
внутриутробная
среда, в которой
находится ребенок,
особенно при не-
компенсированном
сахарном диабете
матери, приводит к
стойкому измене-
нию метаболизма
как во внутриут-
робном периоде и в
детстве, так и во
взрослой жизни.**



Реабилитация по электронному сертификату

Члены вашей семьи должны знать, что делать, если появились симптомы гипогликемии: головокружение, дрожь, внезапный голод, потливость или слабость. **Необходимо незамедлительно обратиться к врачу.**

8. Женщина с сахарным диабетом во время беременности для минимизации всех рисков для своего здоровья и здоровья плода **должна правильно питаться**, строго соблюдать диету, рекомендуемую врачом-эндокринологом, **выполнять определенную физическую активность**, прежде всего - ходьба, **отказаться от курения.**

9. Во время беременности беременной с сахарным диабетом необходимо вести дневник самонаблюдения, в котором четко отражать показатели самоконтроля гликемии: не менее семи раз в сутки (перед и через один или два часа приема пищи, на ночь), при плохом самочувствии, при необходимости (при риске гипогликемии, титрации дозы пролонгированного инсулина) - в 3 часа ночи и в 6 часов утра. Указывать в дневнике показатели артериального давления, а затем отмечать и шевеления плода.

10. Наиболее правильным и безопасным для плода является инсулинотерапия, но доза инсулина в течение беременности, как правило, требует коррекции, что связано с физиологическими изменениями в разных триместрах беременности.

11. Способ родоразрешения зависит от состояния матери и плода, его выбор определяет консилиум врачей.

Таким образом, оптимальная прегравидарная подготовка, приверженность женщины к выполнению рекомендаций врачей, диспансерное наблюдение во время беременности в специализированном учреждении мультидисциплинарной бригадой врачей, тщательный контроль уровня гликемии во время беременности, выбор оптимального срока и способа родоразрешения позволят минимизировать все возможные риски для будущей матери и плода. ☺

Несомненное достоинство цифровых технологий - возможность адаптироваться и интегрироваться в социальную жизнь людям с ограничениями по здоровью. С прошлого года появился новый сервис для инвалидов: заработала система электронных сертификатов на получение технических средств реабилитации.

Электронный сертификат - это электронная запись в реестре, которая привязывается к номеру банковской карты МИР и содержит сведения о зарезервированной сумме на приобретение средств реабилитации. **Удобство сертификата состоит в том**, что гражданин, которому присвоена определенная инвалидная группа, может самостоятельно в кратчайшие сроки приобрести рекомендованное техническое средство реабилитации (ТСР), не затрачивая собственных средства.

Заявление на обеспечение ТСР с использованием электронного сертификата подается любым удобным способом:

- через Единый портал государственных услуг,
- на личном приеме,
- по почте,
- через МФЦ,
- через подразделения Пенсионного фонда Российской Федерации.

Выпускается сертификат в течение пяти дней с даты подачи заявления, для паллиативных инвалидов - в течение трех дней.

Постановлением Правительства РФ №819 от 6 мая 2022 года **изменен механизм определения стоимости сертификата для приобретения ТСР.** Нововведение позволяет ориентироваться на недавно заключенные контракты при определении предельной стоимости компенсации и определять стоимость сертификата с учетом роста рыночной стоимости. Документ был разработан с учетом предложений производителей ТСР

и общественных объединений инвалидов.

Обладатель электронного сертификата может выбрать и приобрести необходимое средство реабилитации самостоятельно в каталоге технических средств реабилитации Фонда социального страхования (<https://ktsr.fss.ru>). Сервис содержит сведения о ТСР с указанием точек продаж, описанием и фотографиями. Электронный каталог помогает найти трости, слуховые аппараты, подгузники, кресла-коляски, ортопедическую обувь и другие изделия, предусмотренные индивидуальной программой реабилитации и абилитации инвалида (ИПРА), либо в программе реабилитации пострадавшего на производстве. Сервис постепенно пополняется и будет расширяться, в том числе за счет ТСР индивидуального изготовления.

По данным Алтайского регионального отделения Фонда социального страхования РФ, с начала действия проекта увеличилось количество заявок на электронный сертификат. С начала года в Алтайское региональное отделение поступило 399 заявок на обеспечение 1236 единицами изделий на общую сумму 3,8млн. рублей. На реализацию дополнительного механизма обеспечения инвалидов ТСР в текущем году выделено около 60млн. рублей. Наиболее востребованными для приобретения с помощью электронного сертификата ТСР являются ортопедическая обувь, кресла-коляски, трости и костыли. ☺



Дети и ВИЧ

Многие люди считают, что ВИЧ-инфекция - это диагноз исключительно взрослых людей. Но на самом деле это не так. Дети тоже болеют ВИЧ-инфекцией. Многие из них живут с этим вирусом и начинают принимать терапию с самых первых минут своей жизни.

Как ребенок может заразиться ВИЧ-инфекцией? Отличаются ли ВИЧ-положительные дети от сверстников? И что будет, если не принимать терапию? На эти вопросы ответила врач-педиатр Алтайского краевого центра СПИД **Татьяна Сергеевна СТАРОДУБОВА**.

- Как ребенок может заразиться ВИЧ-инфекцией?

- Основная причина заражения детей ВИЧ-инфекцией - *вертикальный путь передачи* (от матери к ребенку).

Для того чтобы заражения не произошло, необходимо учитывать несколько факторов. Во-первых, **планирование беременности**. Во-вторых, **приверженность будущей мамы к терапии**. В-третьих, **профилактика после рождения и отказ от прикладывания к груди**. В грудном молоке содержится большая концентрация вируса. Поэтому все дети, рожденные от ВИЧ-положительных матерей, с первых дней находятся на искусственном вскармливании. *При учете всех этих факторов вероятность инфицирования ребенка стремится к нулю.*

Сейчас в крае проживает более 5000 детей, рожденных ВИЧ-положительными мамами. И абсолютное большинство этих детей здоровы.

Также у нас на учете состоят дети с крайне редким *гемоконтактным путем передачи* (через контакт с кровью). В этом

случае инфицирование возможно только если в открытые раны или на слизистые попадет большое количество крови с высокой концентрацией вируса.

Кроме того, в группе подростков возможна реализация *полового пути передачи ВИЧ*. В основном это возрастная группа пациентов 16-18 лет.

- В каком возрасте ребенок обычно узнает о своем диагнозе?

- **Специалисты рекомендуют сообщать ребенку диагноз в 10-12 лет.** Но, к сожалению, не все дети в этом возрасте знают о своем ВИЧ-статусе.

Причин для этого несколько. Чаще всего родителей *останавливает возможная реакция окружающих*. Ведь маленький ребенок может рассказать о своем диагнозе друзьям и близким, реакция которых, к сожалению, может быть непредсказуемой. Это связано с распространением *огромного количества мифов о заболевании*. В частности о том, что ВИЧ-инфекция, якобы, может передаваться бытовым путем. Это не так. **ВИЧ-положительный ребенок ни при каких обстоятельствах не заразит другого при использовании общих игрушек, посуды, через прикосновения и объятия.**

Нередко *родители не знают, как ответить детям на «неудобные» вопросы*. В процессе разговора о диагнозе ребенок может спросить не только о том, как он инфицировался, но и о том, откуда это заболевание у



родителя. А взрослым при этом часто очень сложно признаваться детям в собственных минусах и ошибках.

Также бывают случаи, когда сами родители отказываются принять диагноз своего ребенка. Тогда к работе врачей-специалистов дополнительно подключаются психолог и юрист.

Опекуны и родители часто обращаются к нам за советом о том, **как лучше сообщить диагноз**. Советуем составить с ребенком доверительный разговор в комфортной атмосфере. Взрослый должен быть готов максимально честно ответить на любой детский вопрос. В сложных ситуациях предлагаем помощь наших врачей и психологов. **Ведь очень важно, чтобы у ребенка сложилась полноценная и правильная картина его дальнейшей жизни.**

В моей практике был случай, когда пятнадцатилетняя девочка знала о своем диагнозе, однако не подозревала о том, что при ответственном лечении она может родить здорового ребенка, и не будет заражать других. Об этом ей по какой-то причине опекуны не сообщили. Информация о том, что ее жизнь



будет полноценной и качественной, очень воодушевила девочку. Сейчас она хорошо себя чувствует, привержена к терапии и строит планы на будущее.

- Бывает такое, что ребенок не принимает свой диагноз?

- В моей практике был один случай, когда подросток отвергал свой диагноз. Его главным аргументом было утверждение «я ни в чем не виноват». Он никогда не вел аморальный образ жизни, а ВИЧ-инфекцией его заразила мама во время родов.

Подобных детских реакций порой боятся родители в момент, когда необходимо сообщить ребенку о диагнозе. В таких сложных случаях нужно плотно работать с психологом.

- Отличается ли лечение ВИЧ-инфекции у ребенка и у взрослого?

- Препараты для детей отличаются в основном формой выпуска. Для того чтобы малышам было комфортно принимать терапию, препараты выпущены в форме сиропа, жевательной таблетки с различными вкусами. Когда ребенок взрослеет, то он переходит на взрослые формы препаратов (таблетки, капсулы).

Очень важно, чтобы у каждого ребенка с самого начала выработывалась приверженность к лечению. Ведь терапию необходимо будет принимать на протяжении всей жизни.

- А если ребенок не будет принимать терапию?

- На сегодня доказано, что у детей без терапии ВИЧ-инфекция прогрессирует в разы быстрее, чем у взрослых. Это связано с тем, что детский неокрепший иммунитет еще не научился бороться с инфекционными агентами, но уже с самого раннего возраста подвержен мощной атаке ВИЧ. Именно поэтому без терапии вирусная нагрузка ВИЧ у детей растет в геометрической прогрессии в короткий промежуток времени, что приводит к фатальному поражению иммунной системы.



Так у детей с низкой приверженностью к терапии могут проявляться нейро-когнитивные нарушения. Они могут отставать в умственном и психическом развитии, быть нервными и раздражительными, могут замыкаться в себе. Их организм становится особенно восприимчивым к различным инфекционным заболеваниям, туберкулезу, пневмонии и т.д. В среднем у детей до 5 лет без терапии риск летального исхода в разы выше, чем у взрослого человека.

Такого не происходит, если родитель или опекун ответственно относится к лечению ребенка. Конечно, детям необходимо привыкнуть к самой процедуре ежедневного приема лекарственного препарата. Обычно это происходит в течение двух-трех недель. Часто для родителей это время становится одним из самых сложных. Ребенок может капризничать, отказываться принимать препарат в строго отведенное время и т.д. Конечно, любому родителю захочется пойти на уступки. Но **принимать терапию беспорядочно нельзя.** Вирус станет устойчивым к этим препаратам, и они просто не смогут с ним бороться. Это явление называется **резистентность.** В случае если у ребенка выявляется резистентность ВИЧ к терапии, мы меняем схему лечения, и ребенку вновь нужно привыкать уже к новым препаратам.

Как лучше сообщить диагноз? Составьте с ребенком доверительный разговор в комфортной атмосфере. Взрослый должен быть готов максимально честно ответить на любой детский вопрос. В сложных ситуациях предлагаем помощь наших врачей и психологов.



Мужскому здоровью

◀ - Отличаются ли дети, живущие с ВИЧ, от обычных детей?

- В большинстве своем дети, имеющие ВИЧ-инфекцию, ничем не отличаются от среднестатистического здорового ребенка - ни в физическом, ни в социальном плане. Многие дети, состоящие у нас на учете, занимаются спортом, отлично учатся в школе, при этом знают о своем диагнозе.

Однако таких результатов нам удается достигнуть во многом благодаря ответственности каждого родителя. Ведь именно они своевременно дают препараты детям, ежедневно следят за физическим и психологическим состоянием ребенка и обеспечивают своевременную явку к медицинским специалистам для осмотра и проведения необходимого обследования.

- **Можно ли ребенку, живущему с ВИЧ, ходить в детский сад, школу? И кто должен знать о его диагнозе?**

- В отношении детского сада, школы, спортивных секций, летних оздоровительных (спортивных) лагерей **нет абсолютно никаких ограничений.**

Препараты, которые принимает ребенок, не только подавляют развитие вируса, но и сохраняют детский иммунитет на высоком уровне.

Разглашать и обсуждать диагноз ребенка не имеет право никто: ни врачи, ни учителя, ни воспитатели. Сведения, составляющие врачебную тайну, разглашать запрещено!

При желании родителя (опекуна) о диагнозе ребенка может знать медицинская сестра в образовательном учреждении или врач-педиатр по месту жительства. 🌐

Тема мужского здоровья не первый год активно продвигается медиками. Благодаря их инициативе только в нашем журнале уже более 15 лет публикуются материалы по вопросам мужского здоровья. За что особая благодарность профессору, д.м.н. А.И. Неймарку, детскому урологу-андрологу А.В. Газаматову, который являлся главным внештатным специалистом, доценту, к.м.н. Я.В. Яковец и другим. В 2018 году, под патронажем главного детского уролога-андролога края, к.м.н. И.С. Попова тема здоровья мальчиков подробно была освещена в цикле публикаций «Энциклопедия мужского здоровья».

Принятие в нашем крае в 2018 году Приоритетного регионального проекта «Мужское здоровье» - очевидный результат активной гражданской позиции медиков и отклика на этот запрос краевых властей.

Тема мужского здоровья, роли отца в семье и воспитании детей последовательно вводится в повестку официальной государственной политики. Своим Указом Президент РФ **В.В. Путин** в 2021 году учредил в России новый праздник «День отца».

Вместе с тем тема требует системных решений и их последовательных выполнений. Еще в апреле 2010 года в нашем журнале мы апеллировали к мнению академика

РАМН **Сергея Колесникова**, в тот период заместителя председателя комитета по охране здоровья Госдумы РФ, отнесшего проблему репродуктивного здоровья мужчин к проблеме первого ранга.

По итогам экспертных совещаний, прошедших еще в 2018 году в разных регионах страны, в том числе и в нашем крае, ОНФ предложил разработать федеральную программу по сохранению мужского здоровья и активного социального долголетия.

В июне 2019 года Алтайский край принял участие в Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы мужского здоровья взрослых и детей», на которой помимо профессиональ-

ных вопросов ее участниками выдвигались и разные общественные инициативы по популяризации данной проблемы, вплоть до проведения в России «Года здоровья отца» (о конференции мы довольно подробно писали в рамках рубрики «Академия мужского здоровья», №7, 2019 год).

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОЕКТА «МУЖСКОЕ ЗДОРОВЬЕ» В АЛТАЙСКОМ КРАЕ

- Проект направлен на решение демографического спада, обеспечение профилактики урологических, андрологических, а параллельно - сосудистых, кардиальных патологий у мужчин.
- На базе КГБУЗ Краевая клиническая больница организована первая в крае поликлиническая служба для мужчин - Академия «Мужского здоровья»
- Отличительной особенностью является оказание медицинской помощи в рамках государственных гарантий бесплатного медицинского обеспечения (по полису ОМС).
- Помимо поликлинического обследования осуществляется оказание плановой и экстренной медицинской помощи на базе дневного хирургического стационара
- Плановые хирургические вмешательства в репродуктивной сфере проводятся в стационарном урологическом отделении



- государственное внимание!

В мае текущего года Комитет Госдумы РФ по охране здоровья вновь вернулся к этой проблеме. Состоялся **круглый стол «Мужское здоровье. Нормативное правовое регулирование»**. Состав его участников, уровень представленных докладов впечатляют: председатель Комитета Государственной Думы по охране здоровья **Дмитрий Хубезов**, директор Медицинского научно-образовательного центра МГУ им. М.В. Ломоносова **Армаис Камалов**, главный внештатный специалист Минздрава России по репродуктивному здоровью мужчин, директор НИИ урологии и интервенционной радиологии им.

гии **ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна Павел Кызласов**, профессор кафедры урологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова **Ника Авледиани**.

Может и не стоило так подробно перечислять состав и регалии участников, но нам это показалось важным. И вот по

каким обстоятельствам. Представители только двух территорий России были спикерами на этом круглом столе: **Дибирдала Гаджиев**, главный врач ГБУ Республики Дагестан «Республиканский урологический центр», и **Роман Алиев**, руководитель Центра медицинского урологического КГБУЗ «Краевая клиническая больница».

Доклад алтайского специалиста был посвящен и опыту реализации Приоритетного регионального проекта «Мужское здоровье», стартовавшего в крае в 2018 году. Проект, по мнению специалистов, реализуется пока с отставанием. Полагаем, что определенную негативную роль в это внесла пандемия и связанные с ней ограничения плановой медицинской помощи.



Н.А. Лопаткина **Олег Аполихин**, директор ФГБУ «НМИЦ терапии и профилактической медицины» Минздрава России **Оксана Драпкина**, научный руководитель по андрологии и репродукции ФГБУ «Поликлиника №3» Управления делами Президента РФ **Владимир Божедомов**, заместитель директора по научной и инновационной работе ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России **Всеволод Матвеев**, заместитель директора по научно-лечебной работе ФГБУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» Минздрава России **Андрей Павлов**, главный внештатный специалист уролог ФМБА России, руководитель Центра урологии и андроло-

МУЖСКОЙ СМОТРОВОЙ КАБИНЕТ / КАБИНЕТ МУЖСКОГО ЗДОРОВЬЯ

В России – более 4000 женских смотровых кабинетов, мужских кабинетов нет.

Кабинет мужского здоровья:

- Запланировано открытие 70 кабинетов мужского здоровья
- Обучение фельдшеров и среднего медицинского персонала по программе работы кабинета;
- Самоанкетирование по опроснику (анкета ПАПА) или в режиме онлайн;
- Оборудование на специализированном Российском урологическом аппаратно-программном комплексе «Андроскан» и «УРО-МИТ»;
- Расширенны табель оснащения Центра за счет современного IT-программного оборудования (нейростети);
- Обязателен к посещению в МО Субъекта РФ всему детскому и взрослому мужскому населению;
- Оборудование – Онкологический и Кардиологический

- Оснащение – стандартное согласно методическим рекомендациям под редакцией Академика РАН РФ, проф. Каприна А.Д.
- Персонал – медицинская сестра (фельдшер) с подготовкой по диагностике ЗНО
- Порядок осмотра: устный опрос, визуальный осмотр кожи и слизистых, пальпация, измерение АД, пальцевое исследование прямой кишки

Надеемся, что новый импульс этому направлению даст **II Всероссийская научно-практическая конференция урологов, онкологов, детских урологов-андрологов, врачей смежных специальностей и средних медицинских работников «Мужское здоровье взрослых и детей»**, которая пройдет 9-10 июня 2022 года на базе КГБУЗ «Краевая клиническая больница» в партнерстве с КГБУЗ «Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства».

Мы же со своей стороны достигли согласия со специалистами, занимающимися проблемами мужского здоровья, о возобновлении публикаций по данной теме. ☺

ПЕРСОНАЛЬНАЯ АНДРОЛОГИЧЕСКАЯ ПОВОЗРАСТНАЯ АНКЕТА (ПАПА)

В 2019 году в рамках реализации профилактического компонента реализации ПРП «Мужское здоровье», с целью максимального охвата мужского населения Алтайского края, разработан и внедрен электронный опросник по мужскому здоровью (от внутриутробного скрининга плода мужского пола до опроса должностелей) для самоанкетирования и заполнения с помощью медицинского работника: **ПЕРСОНАЛЬНАЯ АНДРОЛОГИЧЕСКАЯ ПОВОЗРАСТНАЯ АНКЕТА (ПАПА)**. Данная анкета размещена для заполнения на официальном сайте www.rosamz.ru, где результаты анкетирования сохраняются и анализируются в специализированном ЦМУ «АМЗ».

Предлагается в пилотном режиме на портале Госуслуг через Федеральные сервисы ЕГИСЗ (запись к врачу, вызов врача на дом, электронные мед. документы и др.);



госуслуги



Сахарный диабет: в фокусе - ноги!

Юлия Семеновна ПЕРГАЕВА,
врач-эндокринолог высшей квалификационной категории,
КГБУЗ «Краевая клиническая поликлиника»,

Ксения Игоревна СИДОРЕНКО,
ординатор-эндокринолог
1 года обучения ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ

Сахарный диабет относится к числу наиболее распространенных хронических неинфекционных заболеваний. Число людей, больных диабетом, с каждым годом катастрофически возрастает.

Самыми опасными последствиями глобальной эпидемии сахарного диабета являются его осложнения - поражение почек, глаз, нервной системы, сосудов сердца, головного мозга, нижних конечностей. Именно эти осложнения являются основной причиной инвалидизации и смертности больных сахарным диабетом.

Рассмотрим более подробно одно из осложнений сахарного диабета, а именно - синдром диабетической стопы.

Синдром диабетической стопы объединяет патологические изменения нервов, крупных и мелких артерий, костно-суставного аппарата стопы, приводящие к развитию язвенно-некротических процессов и гангрены стопы.

Основной причиной поражения нервов является длительное повышение уровня глюкозы в крови (декомпенсация сахарного диабета). Тогда как поражение артерий представляет собой проявление атеросклероза и часто связано с повышением уровня холестерина в крови.

При синдроме диабетической стопы **наблюдается снижение чувствительности ног:** пропадает возможность воспринимать воздействие высокой и низкой температуры, боль, вибрацию, что увеличивает риск возникновения и делает незаметными небольшие травмы. Также из-за поражения нервов происходит **атрофия межкостных мышц**, в результате чего стопа деформируется, что приводит к неправильному распределению давления при ходьбе. Это приводит к **травматизации тканей стопы**, вплоть до формирования язв в местах наибольшей нагрузки. Пораженные участки могут воспаляться, развивается инфекция. **Воспалительный процесс** в условиях

сниженной чувствительности протекает безболезненно, что может привести к недооценке человеком опасности. Самостоятельного заживления не происходит, если компенсация диабета неудовлетворительная, и в тяжелых запущенных случаях процесс может прогрессировать, приводя к **развитию гнойного воспаления** (флегмоны). При худшем варианте развития событий и в отсутствие лечения может возникать **омертвление тканей** (гангрена).

При поражении артерий происходит **нарушение кровоснабжения ног**. Признаками такого поражения являются боли в ногах при ходьбе, зябкость ног. В далеко зашедших случаях развивается омертвление тканей кончиков пальцев или пяточной области.

Для **профилактики развития синдрома диабетической стопы** больной сахарным диабетом должен *поддерживать целевые значения уровня глюкозы в крови, отказаться от курения и алкоголя, стремиться снизить массу тела, контролировать уровень артериального давления, холестерина в крови, а также обеспечивать достаточную физическую активность.*



Правила ухода за ногами

● Ежедневно самостоятельно или с участием членов семьи **осматривайте стопы**, включая промежутки между пальцами. Для удобства можно использовать зеркало, расположенное на полу.

● Ежедневно мойте ноги **теплой водой** (температура воды должна быть ниже 37°C), просушивайте стопы аккуратно, мягким полотенцем, не забывая о межпальцевых промежутках.

● При сухой коже стоп после мытья смажьте их кремом, содержащим мочевину, кроме межпальцевых промежутков.

● При наличии ороговевшей кожи обработайте эти участки пемзой или специальной пилкой для кожи (не металлической). Не пользуйтесь для этих целей лезвием или ножницами.

● Не используйте химические препараты или пластыри для удаления мозолей и ороговевшей кожи.

● Осторожно обрабатывайте ногти, используя пилочку, а не острые и режущие инструменты, не закругляйте уголки ногтей.

● Для согревания ног пользуйтесь теплыми носками, а не грелкой или горячей водой, которые могут вызвать ожог из-за снижения чувствительности.

● Носите бесшовные (или со швами наружу) носки/колготы, меняйте их ежедневно.

● Не ходите без обуви дома и на улице, не надевайте обувь на босую ногу.

● Ежедневно осматривайте обувь: нет ли в ней инородного предмета, не завернулась ли стелька, так как это может привести к потертости кожи стоп.

● Необходимо отказаться от неудобной (узкой, натирающей, давящей) обуви и не носить туфли на высоком каблуке. Новую обувь надевать не более чем на 1 час в первый раз, а также не применять никаких методов разношивания. Не носите обувь с открытой пяткой или носком.

● При покупке обуви используйте картонные стельки. Для этого необходимо на двух листах картона обвести свои стопы, вырезать и взять



Важно ежедневно осматривать стопы (подшву и между пальцами) для своевременного обнаружения повреждений.



Очень опасно пользоваться острыми инструментами для ухода за кожей стоп и ногтями!



Подшву стоп легче осматривать с помощью зеркала. Если есть трудности при осмотре стоп, необходимо прибегнуть к помощи членов семьи или регулярно посещать врача.



Безопасно обрабатывать ногти в домашних условиях можно только с помощью пилки. Края ногтей важно опиливать горизонтально, не закругляя их углы, такие ногти не врастают.



Безопасным и эффективным средством для удаления мозолей в домашних условиях является пемза.



Аппаратный педикюр - самый эффективный и безопасный метод обработки кожи стоп и ногтей. У пациентов с сахарным диабетом он должен проводиться медсестрой или врачом и совместно с осмотром ног.



После мытья стопы нужно насухо вытирать промокательными движениями полотенца, особенно между пальцами.



Опасно для стоп ходить без обуви дома и на природе! Также важно ежедневно менять носки или чулки, использовать носки со слабыми резинками или без них.



Полезно 1-2 раза в день использовать крем для ног, но не смазывать кожу в межпальцевых промежутках.



Необходимо отказаться от опасной обуви: жесткой, узкой, на высоком каблуке, на совсем плоской подошве, а также с ремешком между пальцами!

на примерку в магазин. Перед тем как надеть обувь, такие картонные стельки следует вложить внутрь. Примерить обувь и походить пару минут. Потом достаёте эти картонки и внимательно их осматриваете на предмет того, насколько сильно разрушены их края. Если не повреждены или слегка примяты, то в принципе обувь подходит вам по объёму. Если картонки сильно повреждены, надорваны либо скручены, от такой обуви стоит отказаться.

● Проконсультируйтесь со специалистом кабинета «Диабетическая стопа» или ортопедом, нужно ли вам носить профилактическую или сложную ортопедическую обувь.

● При повреждении кожи (трещина, царапина, порез) не используйте спиртосодержащие и красящие растворы. Используйте для обработки бесцветные водные антисептические растворы.

● Немедленно сообщите лечащему врачу о наличии потертостей, порезов, трещин, царапин, ран и других поврежденной кожи. ☺

Для профилактики развития синдрома диабетической стопы больной сахарным диабетом должен поддерживать целевые значения уровня глюкозы в крови, отказаться от курения и алкоголя, стремиться снизить массу тела, контролировать уровень артериального давления, холестерина в крови, а также обеспечивать достаточную физическую активность.



«Победим йод-дефицит вместе!»

- под таким девизом 25 мая в Барнауле около корпуса Алтайского государственного медицинского университета прошла акция «Тиреодвиж».

Ежегодно 25 мая отмечается **Всемирный день щитовидной железы**. Он был учрежден в 2009 году по инициативе Европейской организации тиреоидных заболеваний, которая занимается изучением вопросов, связанных с щитовидной железой и ее заболеваниями.

Щитовидная железа - небольшой эндокринный орган с колоссальными функциями. От ее деятельности зависит функционирование других систем и органов организма.

Для правильной работы щитовидной железы требуется достаточное количество йода - субстрата для синтеза гормонов щитовидной железы.



К сожалению, **Алтайский край является йод-дефицитным регионом**, так как он территориально удален от моря, которое признано природным резервуаром этого микроэлемента. В связи с этим **йод-дефицитные состояния широко распространены в Алтайском крае**. Одна-

ко благодаря массовой и индивидуальной йод-профилактике и информирования населения **победить проблему йод-дефицита можно**.

Именно этой теме и была посвящена приуроченная ко Дню щитовидной железы акция «Тиреодвиж». Ее провели студенты и волонтеры Алтайского государственного медицинского университета, участники научного кружка «*Эндокринная рапсодия*» под руководством доцента кафедры поликлинической терапии, кандидата медицинских наук, врача-эндокринолога высшей квалификационной категории **Инны Александровны ВЕЙЦМАН**.

Во время проведения акции студенты информировали население об опасности йод-дефицита, способах его профилактики, различных диагностических возможностях заболеваний щитовидной железы, раздавали информационные буклеты и листовки.

Также в рамках мероприятия Инна Александровна Вейцман провела бесплатную горячую линию по заболеваниям щитовидной железы для населения края. ☺



Важные изменения

12 апреля 2022 года на площадке КГБПОУ «Барнаульский базовый медицинский колледж» состоялся заключительный этап внеочередной VI краевой отчетно-выборной очной конференции Алтайской региональной общественной организации «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников».

В работе конференции приняли участие 436 делегатов с территорий Алтайского края.

По итогам деятельности Ассоциации за период своего руководства в 2020-2021 годах отчитался **Юрий Анастольевич РОМАНЧЕНКО**. За этот же период результаты проверки финансово-хозяйственной деятельности Ассоциации представила председатель контрольно-ревизионной комиссии **Светлана Васильевна ПИРОГОВА**.

На повестке дня стоял вопрос о выборе нового Президента Ассоциации, состава Правления и контрольно-ревизионной комиссии.

После голосования по спискам на должность Президента с 267 голосами «за» была избрана **Галина Иннокентьевна МАМОНТОВА**, бывшая главная медицинская сестра КГБУЗ «Городская больница №2, г.Рубцовск».

Состав Правления представлен на сайте Ассоциации в разделе «Правление», состав контрольно-ревизионной комиссии остался прежним.

Конференцией единогласно при голосовании приняты решения о внесении изменений в Положение АРОО

«ПАСМР» в части увеличения финансового сопровождения к почетному знаку Ассоциации «За особый вклад в развитие сестринской профессии» - с 2000 рублей до 5000 рублей (без НДС) и назначении уполномоченным лицом, имеющим право подписания трудового договора и дополнений к нему, с Президентом от имени работодателя - в лице вице-президента Ассоциации.

К сведению делегатов конференции также доведена информация о решении Правления от 23 марта 2022 года о повышении финансового сопровождения к благодарности АРОО «ПАСМР» с 500 рублей до 1000 рублей, к почетной грамоте АРОО «ПАСМР» - с 1000 рублей до 3000 рублей, единовременной социальной помощи при заболевании, требующем длительного лечения и реабилитации по Положению, - с 3000 рублей до 5000 рублей (без НДС).

В завершении конференции была принята Резолюция краевой отчетно-выборной онлайн конференции АРОО «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников». 📌



Юлия Александровна ФРОЛОВА,

вице-президент АРОО «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников»,
главная медицинская сестра КГБУЗ «Краевая клиническая больница»



Жизнь без депрессии



Мария Васильевна ГЕРАСИМОВА,
медицинская сестра
процедурного отделения
гинекологии,
КГБУЗ «Краевая
клиническая больница»

Международный день борьбы с депрессией
отмечается 24 марта. В этот день здравоохранение
и социальные службы привлекают внимание людей
к проблемам психического здоровья.

Слово «депрессия» происходит от латинского *Deprimo* «давить (вниз), подавлять». Это состояние описано еще Гиппократом, как «меланхолия». Означает **психическое расстройство, основные признаки которого редуцированы:** угнетенное, подавленное, меланхолическое, тревожное, боязливое или безразличное настроение, снижение или утрата способности получать удовольствие.

По данным ВОЗ, депрессией во всем мире страдают около 280млн. человек, что примерно 3,8% населения, в том числе 5% взрослых, 5,7% пожилых людей.

Депрессию нужно отличать от обычных перепадов настроения и кратковременных негативных реакций на жизненные трудности. Перемежающаяся умеренная или тяжелая депрессия может вызвать серьезное заболевание.

В самых тяжелых случаях она может привести к самоубийству. Суицид является четвертой по значимости причиной смерти среди людей в возрасте 15-29 лет, всего более 700 тысяч человек во всем мире каждый год кончают жизнь самоубийством. Известно, что женщины страдают депрессией чаще мужчин, 20% рожениц склонны к послеродовой депрессии.

В зависимости от количества симптомов и их тяжести **депрессия классифицируется как легкая, умеренная или тяжелая.** Тяжелая степень приводит к полной неработоспособности человека - потере сна, аппетита, заторможенности мышления и суицидальным наклонностям, требуется госпитализация.

Самооценку тяжести психического расстройства можно провести с помощью *шкалы Занга*.

№	Симптомы и ощущения	Частота возникновения			
		никогда или крайне редко	иногда	часто	почти всегда или постоянно
1.	Я чувствую подавленность	1	2	3	4
2.	Я лучше всего чувствую себя утром	1	2	3	4
3.	Я много плачу	1	2	3	4
4.	Я плохо сплю ночью	1	2	3	4
5.	Аппетит у меня не хуже обычного	1	2	3	4
6.	Мне приятно находиться среди привлекательных мужчин/женщин или общаться с ними	1	2	3	4
7.	Я заметно теряю в весе	1	2	3	4
8.	Меня беспокоят залпы	1	2	3	4
9.	Сердце бьется быстрее, чем обычно	1	2	3	4
10.	Я устаю без всяких причин	1	2	3	4
11.	Я мыслю так же четко, как и раньше	1	2	3	4
12.	Мне легко выполнять привычную работу	1	2	3	4
13.	Чувствую беспокойство и не могу усидеть на месте	1	2	3	4
14.	Я полон светлых надежд на будущее	1	2	3	4
15.	Я более раздражителен, чем раньше	1	2	3	4
16.	Мне легко принимать решения	1	2	3	4
17.	Я чувствую, что полезен и нужен людям	1	2	3	4
18.	Я живу полной и интересной жизнью	1	2	3	4
19.	Я чувствую, что другим людям было бы лучше, если я умру	1	2	3	4
20.	Меня до сих пор радует то, что радовало всегда	1	2	3	4

Инструкция для больного: зачеркните соответствующую цифру справа в зависимости от того, как Вы себя чувствуете в последнее время. Инструкция для врача: уровень депрессии рассчитывается путем сложения простой суммы зачеркнутых цифр в ответах на высказывания №1, 3, 4, 7-10, 13, 15, 19 с добавлением к ней суммы баллов в высказываниях №2, 5, 6, 11, 12, 14, 16-18, 20, которые рассчитываются в обратном порядке, например, у высказывания №2 зачеркнута цифра 1, что дает 4 балла для суммирования, у №5 зачеркнут ответ 2, что соответствует 3 баллам, у №6 зачеркнут ответ 3, что составляет 2 балла и у №11 зачеркнут ответ 4, что требует прибавления к общей сумме 1 балла. Если сумма баллов составляет менее 50, диагностируется состояние без депрессии, 50-59 - легкая (слабая) депрессия, 60-69 - средняя (умеренная), 70 баллов и более - тяжелая депрессия.



Ведущей причиной возникновения депрессии является **недостаток в организме «гормонов счастья» - серотонина и дофамина**. Также отрицательно сказывается отсутствие здорового питания, крепкого сна, физических нагрузок, а также прием некоторых лекарственных препаратов. Зачастую возникает на фоне наличия заболеваний эндокринной и сердечно-сосудистой систем.

В развитии любого депрессивного состояния участвует целый ряд факторов:

- ◆ внешние воздействия на психику: острые (психологическая травма) и хронические (состояние постоянного стресса);

- ◆ генетическая предрасположенность;

- ◆ эндокринные заболевания;

- ◆ врожденные или приобретенные заболевания ЦНС;

- ◆ соматические заболевания.

С начала пандемии COVID-19 наблюдается рост депрессивных расстройств. В одном из мета-анализов показано семикратное увеличение (с 3,44 до 25%) в 2021 году общей распространенности депрессии по сравнению с 2017 годом. Результаты другого мета-анализа продемонстрировали, что общая распространенность депрессии у пациентов с COVID-19 составляет 45% случаев, тревоги - 47%, а нарушений сна - 34%.

После перенесенного COVID-19 даже в легкой форме (без пневмонии и других органических осложнений) непродолжительное время сохраняются различные психические нарушения: слабость, повышенная утомляемость, нарушения сна, симптомы депрессии и тревоги. Это состояние описано как *«постковидный синдром»*.

На формирование депрессивных состояний, непосредственно или опосредованно связанных с COVID-19, могут влиять нейротоксические воздействия коронавирусной инфекции, депрессиндуцирующее влияние коронавирусного поражения различных систем организма, депрессогенные побочные эффекты применяемого медикаментозного лечения.

Одной из причин возникновения психических нарушений при COVID-19 является выраженная нейротроп-



ность вируса SARS-CoV-2, превышающая способность действовать на нервную ткань у других коронавирусов. Коронавирус может проникать непосредственно в нейроны и клетки глии центральной нервной системы, активно размножаться в них, тем самым вызывая их апоптотическое разрушение и запуская каскад реактивного воспаления в головном мозге.

Немаловажную роль играют психологические факторы, возникающие **под влиянием психотравмирующей информации о коронавирусной пандемии, потери близких людей вследствие осложнений COVID-19**, приносящие ощущение постоянной опасности для здоровья и жизни своей и родственников. Социальная изоляция, ощущение неуверенности в будущем, сложность перспективного планирования своей жизни, негативные изменения в трудовом статусе также имеют негативное влияние на психоэмоциональный фон человека.

Таким образом, возникновение депрессивных нарушений при COVID-19 связано с множеством провоцирующих факторов. Как и практически любая болезнь, **депрессия имеет свои индивидуальные методики лечения:**

- ☑ в первую очередь *следует обратиться к правильному специалисту* - психологу, психотерапевту, психиатру;

- ☑ *необходимо принимать лекарства, прописанные врачом*, - некоторые проблемы на гормональном фоне просто невозможно решить без вмешательства медикаментов, особенно лю-

После перенесенного COVID-19 даже в легкой форме (без пневмонии и других органических осложнений) непродолжительное время сохраняются различные психические нарушения: слабость, повышенная утомляемость, нарушения сна, симптомы депрессии и тревоги. Это состояние описано как «постковидный синдром».



Советы медицинской сестры

дям, страдающим ментальным расстройством;

☑ *иметь желание вылечиться* - принять во внимание рекомендации врача и самостоятельно следовать в правильном направлении.

Профилактика депрессии важна для людей разных возрастных категорий. Вот основные ее правила.



Правило 1: солнечный свет

Очень часто депрессия возникает в межсезонное время года, преимущественно осенью, когда светлое время суток становится значительно короче. Это вполне объяснимо влиянием света на психическое состояние человека.

Свет не просто создает фон, он дает определенную энергию человеку. Полумрак хорош перед сном или в минуты печали. Вы замечали, что грустить лучше в мрачной, а радоваться - в яркой и солнечной обстановке? Девиз «больше света», это не просто слова, а стиль жизни. **Следите, чтобы вокруг вас было достаточное световое освещение.**

Не ленитесь в обеденный перерыв прогуливаться по улице. В выходные дни старайтесь больше бывать на воздухе. Помните, что каким бы унылым и тусклым не был день, он светлый из-за солнечного света, в котором нуждается наш организм. Вокруг вас должно быть светло.

Правило 2: сбалансированное питание

Во время первых признаков депрессии нужно есть что-то вкусное и полезное, поскольку организм нуждается в тепле, то ему нужны дополнительные калории. Но это не означает, что надо расслабиться, и можно позволить себе любые количества самой разнообразной пищи. **Просто нужно уметь**

себя баловать, чем-то очень приятным и вкусным. Нельзя забывать об овощах и фруктах, а также о полезных продуктах, богатых кальцием, железом, магнием и т.д. Очень нужны в таких ситуациях витамины А и С. **Полезно употреблять витаминные комплексы.**

Правило 3: двигательная активность

Движение вызывает выброс в кровь особых веществ - эндорфинов (гормонов счастья), и человеку свойственно лениться при его получении. **Всего несколько минут утренней гимнастики подарят взрыв позитива на целый день.**

Старайтесь больше двигаться в течение дня, больше гуляйте, занимайтесь спортом. Занятия физическими упражнениями необходимы, главное, чтобы движение было желанным и приносило удовольствие. А кроме гормонов движение подарит вам здоровье и хорошую фигуру.

Правило 4: бодрость

При дефиците сил можно подержать свой организм различны-

ми **природными стимуляторами:** травяными чаями и отварами, бальзамами. Чай и кофе тонизируют, но не стоит злоупотреблять такими напитками.

Выработку серотонина вызывает шоколад, а внутреннее тепло - имбирь.

Правило 5: позитивные образы

Старайтесь, чтобы около вас всё было прекрасно: природа, обстановка, люди. На рабочем столе должен быть порядок. Вещи должны быть приятными для глаз. Чаще ходите в музеи, выставки, слушайте приятную музыку.

Можно использовать **цветотерапию.** В холодное время года чаще используйте красный цвет. Желтый и оранжевый цвет усилят энергию. Синий цвет может вызвать комфорт и успокоение. Постарайтесь окружить себя яркими красивыми вещами, приятными глазу.

Правило 6: коммуникация

Общайтесь с родными, друзьями, с теми, кто вам приятен.

Правило 7: планирование

Пусть ваше отношение к будущему будет запланированным. Занятия спортом, крупные покупки, походы в гости, хобби, подбирайте себе одежду... Пусть ваши желания будут запланированными, должными и исполненными.

Не забывайте о себе и доверяйте себе удовольствие - и тогда депрессия вас никогда не победит! ☺



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



Профилактика компрессионных переломов позвоночника у детей

Компрессионный перелом позвоночника у детей, по различным данным, составляет 1-10% от общего числа переломов. За последние десятилетия показатели травматизма возросли практически втрое, но специалисты связывают это не с увеличением количества поражений, а с повышением уровня диагностики.

Детский травматизм и его предупреждение - очень важная и серьезная проблема, особенно в период школьных каникул, когда дети больше располагают свободным временем, чаще находятся на улице и остаются без присмотра взрослых. Полностью искоренить детский травматизм невозможно - от несчастного случая, увы, не застрахован никто. Но задача родителей - максимально обезопасить своего ребенка. Ведь большинство травм происходят именно по вине родителей: не доглядели, не объяснили...

Чем старше становится ребенок, тем большую важность приобретает объяснение правил техники безопасности.

Когда ребенок идет в детский сад, школу, родители часто перекладывают ответственность за детские травмы различного характера на воспитателей, классных руководителей, учителей физкультуры и других. Да, во время уроков учителя несут ответственность за ребенка, но родители сами должны ознакомить свое чадо с правилами дорожного движения и другими правилами безопасности.

Несмотря на большое разнообразие травм у детей, причины, вызывающие их, - типичны. Прежде всего, это неосторожное, небезопасное поведение ребенка в быту, на улице, во время игр, занятий спортом, ка-



**Сергей Александрович
ФИЛИПОВ,**

главный внештатный детский специалист-травматолог-ортопед министерства здравоохранения Алтайского края, заведующий отделением травматологии и ортопедии, врач-травматолог-ортопед высшей квалификационной категории, КГБУЗ «Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства»



Как подготовить ребенка-левшу к школе



Александра Владимировна САРТАКОВА,
педагог-психолог КГБУ
«Алтайский краевой центр психолого-педагогической и медико-социальной помощи»

Большинство детей пользуются правой рукой, однако и детей, которые «всё делают левой» становится в последнее время всё больше. Современные родители реже задаются вопросом, хорошо это или плохо. Леворукость стала нормой, и уже не так часто можно услышать «возьми карандаш в другую руку» или «бери ложку правильно».

Основные затруднения у детей-левшей могут возникнуть в начале обучения в школе. Чтобы этот процесс прошел для леворукого ребенка безболезненно, родителям следует еще в дошкольном периоде уделить внимание его подготовке к школе.

Особое внимание следует обратить на следующие моменты.

Обучение правильно держать ручку

Ручка должна лежать на правой стороне среднего пальца. Указательный придерживает ее сверху, а большой поддерживает с правой стороны. Все три пальца нужно по возможности вытянуть и не сжимать ручку сильно. Указательный палец может легко подниматься, и при этом ручка не должна падать. Безымянный и мизинец могут

находиться внутри ладони или свободно лежать у основания большого пальца. Во время письма рука опирается на верхний сустав загнутого внутрь мизинца.

Расстояние от кончика стержня до указательного пальца должно быть не более 4 см (это чуть выше, чем у праворуких) - для того, чтобы не закрывать линию письма. Указательный палец при этом не образует угол с ручкой, а как бы является ее продолжением. Держать ручку нужно так, чтобы она составила одну линию с рукой.

Научиться правильно держать ручку непросто. Не стоит торопиться, нервничать, ругать ребенка. Начинать нужно с нескольких простых штрихов, всё делать медленно, спокойно.

Посадка при занятиях за столом

Во время занятий за столом источник света должен находиться с правой стороны. Если занимаетесь с ребенком не при дневном свете, то свет должен падать слева. Посадка у ребенка должна быть стандартная, но вперед должно быть немного выдвинуто левое плечо, а не правое, как у правши. Ребенок-левша игнорирует левостороннее пространство, поэтому визуальный объект следует размещать по правую руку от него.

Предотвращение «зеркального» написания букв

(наклон в противоположную сторону)

Причиной зеркального письма у ребенка может быть недостаточная сфор-



мированность зрительно-пространственного восприятия или зрительного анализа и синтеза. **Избежать этого помогут следующие упражнения:**

● заполнить целую строчку какой-то повторяющейся буквой и несколько букв среди них прописать зеркально, потом попросить ребенка найти правильно написанную букву;

● «забыть» дописать какой-нибудь элемент буквы и предложить ребенку самостоятельно восстановить букву.

Обучение чтению

Дошкольники-левши имеют трудности при формировании навыков чтения. Связано это с нарушениями зрительно-пространственного восприятия и зрительной памяти. *Обнаружить такое нарушение нетрудно* - достаточно дать ребенку лист и карандаш и попросить его представить себя сидящим за рулем автомобиля и начертить маршрут, который вы ему говорите. Листок с начерченными линиями подскажет, в чем заключаются ошибки восприятия ребенка.

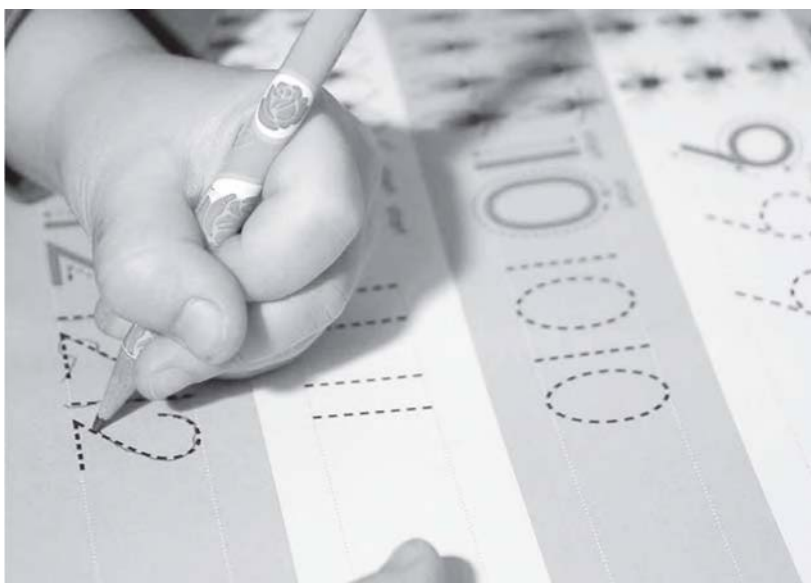
При обучении чтению ребенка-левши нужно, прежде всего, *опираться на образное мышление*. Буквы, которые он видит впервые, могут стать для него живыми картинками, волнующими его воображение и легко запоминающимися. Например, букву «Х» можно представить, как шагающего человечка, «Ф» - как очки и т.д. Аналогичные ассоциации можно подобрать к каждой букве. Так ребенок без всякого труда усвоит алфавит, а затем будет быстро составлять из выученных букв целые предложения.

Не все дети проявляют живой интерес к книгам, но картинки обычно увлекают ребенка. И, *выбирая для него книгу, нужно позаботиться* не о том, насколько ему будет интересен сюжет, а о том, чтобы в этой книжке были картинки, которые помогли бы вашему ребенку увлечься изображением, и по вашей просьбе он мог бы рассказать о том, что там нарисовано.

Развитие мелкой моторики

Очень полезны будут занятия лепкой, выполнение плетения, вышивание.

При занятии *рисованием* важно использовать элементы декоративного



рисования, аппликации, основанные на чередовании. Можно предложить составление узоров на обмазанной пластилином поверхности (картон, бутылка, банка), украшая их семенами овощей, фруктов.

Важным элементом занятий при подготовке детей-левшей к школе являются *зрительные диктанты*, для которых используются геометрические фигуры, трафареты. Проводятся такие диктанты следующим образом:

а) ребенок рассматривает ряд фигур или изображений;

б) перечисляет их несколько раз, запоминая последовательность;

в) образец закрывается, и ребенок по памяти воспроизводит этот ряд;

г) образец открывается и проверяется правильность выполнения.

Для детей-левшей также необходимы *занятия по развитию содружественного действия обеих рук*. Желательно, чтобы он посещал *спортивные секции*: бассейн, баскетбольные занятия, занятия большим теннисом.

Предлагаемые ниже игры-занятия позволяют в занимательной форме подготовить руку вашего ребенка к обучению письму.

«Вылепи цифру или букву»

Для игры необходимо подготовить карточки с изображением букв или цифр, такие же плотные карточки без изображения и пластилин.

Показав ребенку карточки с буквами и цифрами, попросите его на-

Научиться правильно держать ручку непросто. Не стоит торопиться, нервничать, ругать ребенка. Начинать нужно с нескольких простых штрихов, всё делать медленно, спокойно.



Это интересно!

звать те, которые он знает. Выбрав определенную букву, проведите по ней пальцем, рассказывая малышу из каких элементов она состоит. После чего попросите его слепить колбаски из пластилина и вылепить такую же букву на чистой карточке. Желательно, чтобы во время лепки ребенок называл свои действия. Работать нужно аккуратно, никуда не торопясь, чтобы буква или цифра получилась максимально похожей на образец.

«Пришей пуговицу»

Возьмите большие пуговицы или предметы, которые могут имитировать пуговицы с четырьмя отверстиями, а также различные схемы пришивания пуговиц (их можно распечатать из интернета).

Покажите ребенку, как вдевается нитка в иголку, познакомьте его с различными схемами пришивания пуговиц. Сначала покажите необходимые действия на собственном примере, а затем предложите ему самостоятельно освоить один из способов пришивания пуговицы, начав с самого простого. Важно, чтобы ребенок описывал вслух производимые действия, ведь это способствует запоминанию.

«Вырезаем по линиям»

Для занятия понадобятся ножницы, а также лист бумаги с хаотично расположенными фигурами: квадратами, треугольниками и кругами различной величины.

Покажите ребенку лист с изображением самых разнообразных фигур, поинтересуйтесь, какие фигуры он знает. Спросите его, сколько фигур изображено на листе, какой из квадратов самый большой, а какой круг - самый маленький. После этого малыш по вашему заданию должен вырезать фигуру, например, самый большой треугольник, не затронув остальные фигуры.

Родители могут и сами придумать развивающие занятия для леворуких детей.

Любите и цените своих малышей! ☺

Идем в поход с детьми

Собираясь в поход с детьми, проверьте информацию по санитарно-эпидемиологическому благополучию этого места, относительно инфекций, состояния источников водоснабжения, качества питьевой воды и мест для купания.



При жаркой и сухой погоде выберете маршрут, пролегающий в основном в тени. Учитывайте, что для ночевки с детьми на открытом воздухе его температура не должна быть ниже 15 градусов. Помните, что у детей обязательно должен быть доступ к кипяченой или бутилированной питьевой воде.

Для детей в возрасте 7-9 лет рекомендуется проводить однодневные походы, 10-13 лет - одно-двухдневные походы, с 14 лет - 2-3-дневные походы. Протяженность похода для младших школьников (7-11 лет) - не более 5км, для старших классов - от 8 до 10км в день. Скорость передвижения не должна превышать 3км/ч, каждые 45-50 минут следует делать остановки. При этом вес рюкзака для младших школьников не должен превышать 2кг, а для старших школьников в 2-3-дневном походе - 8-9 килограммов.



Роспотребнадзор рекомендует примерный набор продуктов в день на одного участника похода, в который входят 500г хлеба, сухарей и печенья, 50-60г сливочного масла, 150г тушеного мяса, 100-200г круп, макаронных изделий, концентратов каш и по 100г свежих фруктов и овощей.

Точно в очаг

Ученые из Нижнего Новгорода разработали новый способ доставки радионуклидных препаратов к раковой опухоли. Метод может дать хороший эффект при лечении опухолей с метастазами, когда лучевая терапия и хирургическое вмешательство бессильны.

Речь идет об использовании карбоната кальция в качестве платформы для доставки радиоактивных частиц к месту назначения. «Снайперский удар» пре-



паратом воздействует на пораженную ткань, минимально повреждая здоровые участки. Карбонатная оболочка обеспечивает накопление лекарства в опухоли. Она же используется для радиоизотопа лютеция, который применяется при терапии рака простаты, поджелудочной железы, некоторых других.

Испытания проводились на лабораторных мышках. Наибольший эффект новый метод показал в сочетании с цисплатином - распространенным препаратом для химиотерапии. У мышей не только уменьшились размеры метастазов, но и не были поражены здоровые ткани. Выживаемость благодаря сочетанию радио- и химиотерапии выросла на 20 процентов.



Важность амбулаторного ведения пациентов с ХСН



Анна Владимировна ОТ,
врач-кардиолог
Регионального центра
хронической сердечной
недостаточности
КГБУЗ «Алтайский краевой
кардиологический
диспансер»

Несмотря на развитие высоких медицинских технологий, улучшения качества оказания медпомощи, количество пациентов с хронической сердечной недостаточностью не уменьшается. Более того, сохраняется высокий процент пациентов молодого трудоспособного возраста.

Известно, что при появлении симптомов хронической сердечной недостаточности (ХСН) увеличивается риск инвалидизации и смерти пациентов. Поэтому ранняя диагностика симптомов ХСН предотвращает развитие тяжелых осложнений, улучшает качество жизни пациентов.

С одной стороны, проблема диагностики связана с *отсутствием врачебной настороженности специалистов первичного звена в связи с неспецифичностью симптомов ХСН, отсутствия диагностических возможностей* (определения промозгового натрийуретического пептида, эхокардиографии (ЭхоКГ)), особенно в районных лечебно-профилактических учреждениях. **С другой стороны,** даже при своевременной диагностике ХСН часто *не удается достигнуть положительного результата в связи с отсутствием соблюдения данных рекомендаций пациентами, неправильного их образа жизни.*

Поэтому создание амбулаторных кабинетов хронической сердечной недостаточности на базе краевых и районных ЛПУ края могло бы помочь контролировать пациентов после выписки с декомпенсацией ХСН из стационаров, снизить частоту декомпенсаций, улучшить прогноз выживаемости данной группы пациентов.

В июле 2021 года в КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер» создан Региональный центр хронической сердечной недостаточности. Цели его создания определены как ранняя первичная диагностика ХСН, определение тактики ведения пациентов с данной нозологией в связи с разнообразностью причин, связанных с развитием ХСН. И, пожалуй, одна из самых главных задач - это *снижение частоты госпитализаций пациентов* благодаря созданию амбулаторных кабинетов ХСН в поликлинике Ал-

тайского краевого кардиологического диспансера. Прием ведет врач-кардиолог, который при необходимости корректирует терапию, производит четкий контроль рекомендаций по образу жизни, данных пациенту после выписки из стационара.

Жизнь с ХСН

Сегодня я приведу ряд рекомендаций по образу жизни для пациентов с хронической сердечной недостаточностью, которые могут быть использованы как памятки, выдаваемые пациентам врачами амбулаторного звена.

Пациенту с ХСН необходимо соблюдать четыре вида рекомендаций:

- 1) по образу жизни,
- 2) по домашнему самоконтролю,
- 3) по лекарственной терапии,
- 4) по физической реабилитации.

1. Рекомендации по образу жизни

Суточная норма выпиваемой жидкости составляет 1,5 литра, подсчитываются все жидкости, употребляемые за 24 часа, включая чай, сок, кефир, суп, фрукты и овощи.

При появлении сухости во рту и жажды необходимо прополоскать рот, добавить в воду лимон или кусочек льда, сделать маленький глоток воды.

Не употребляйте кофе.

Ограничьте прием поваренной соли: суточная норма - 2000мг натрия хлорида, это примерно 1ч.л. Не забывайте, что соль добавляют в продукты питания, поэтому не досаливайте готовые блюда и не употребляйте солевых продуктов.

Рекомендуется **отказ от употребления всех видов алкогольных напитков.**

Не разрешается париться в бане и посещать сауну.



2. Рекомендации по домашнему самоконтролю

Пациенту с ХСН назначается **контроль веса тела ежедневно** утром натошак в одной и той же одежде **с заполнением дневника самоконтроля**.

Обратите внимание, что не должно быть увеличения веса на 1-1,5кг за день, так как это может указывать на задержку жидкости. В этом случае необходим совет врача по коррекции терапии.

Среди показателей для домашнего самоконтроля - **измерение артериального давления** 2 раза в день (утром и вечером) и **контроль пульса**. Это можно делать с помощью автоматического тонометра.

На следующий визит к врачу-кардиологу не забудьте взять с собой подготовленный дневник.

3. Рекомендации по лекарственной терапии

Главное правило - регулярный и длительный прием лекарственных препаратов! Его нельзя прерывать или отменять без согласования с врачом, делать перерывы на несколько дней, поскольку это может ухудшить ваше состояние.

Для лечения часто используются комбинации препаратов. Количество таблеток и схема лечения подбираются врачом и индивидуальны для каждого пациента.

Режим приема препаратов:

- натошак (в любое время),
- утром после завтрака (в любое время),
- днем или в обед (в 14-16 часов),
- вечером (в 18-19 часов),
- на ночь (в 22-23 часа).

Общие правила в отношении приема лекарств:

- всегда держите под рукой список принимаемых препаратов, с указанием их доз и кратности приема;
- принимайте лекарства каждый день в одно и то же время;
- никогда не пропускайте прием препаратов;
- если вы забыли принять лекарства вовремя, в следующий прием не принимайте двойную дозу;
- самостоятельно никогда не меняйте дозу препарата.



4. Рекомендации по физической активности

Виды физических нагрузок, их продолжительность и интенсивность подбираются врачом, в зависимости от выраженности сердечной недостаточности и других факторов после проведения соответствующего теста.

▶ Стараться заниматься в одно и то же время суток.

▶ Рекомендуется начинать нагрузку в медленном темпе и увеличивать ее постепенно.

▶ Планировать период покоя до и после физической нагрузки во избежание чрезмерной усталости.

▶ Никогда не следует выполнять физические упражнения сразу после еды, на полный желудок.

▶ Любая физическая нагрузка или активность должна быть немедленно прекращена при появлении чувства усталости.

▶ Не делать упражнения, которые вызывают боль в груди, головокружение, чувство дурноты или затрудненное дыхание. При появлении этих симптомов, а также по любой причине плохого самочувствия - необходимо немедленно прервать упражнения.

▶ Не проявлять физическую активность при чрезмерно жаркой или влажной, холодной или ветреной погоде.

▶ Не проявлять физическую активность при лихорадке, инфекции или плохом самочувствии.

▶ Не заниматься упражнениями, связанными с поднятием тяжестей и

Для лечения часто используются комбинации препаратов. Количество таблеток и схема лечения подбираются врачом и индивидуальны для каждого пациента.



Если вы подозреваете, что заразились COVID-19, самоизолируйтесь и обратитесь в свою поликлинику по телефону или через сайт для решения вопроса о тестировании на вирус COVID-19.

избегать контактных и соревновательных видов спорта.

► Завершение физической нагрузки также должно быть постепенным, до приведения организма в состояние, близкое к исходному.

В случае предстоящих путешествий следует придерживаться правил:

а) не рекомендуется пребывание в условиях высокогорья, высоких температур, влажности;

б) желательно проводить отпуск в привычной климатической зоне;

в) при выборе транспорта предпочтение должно отдаваться непродолжительным (до 2-2,5 часов) авиационным перелетам;

г) при любой форме путешествий противопоказано длительное вынужденное фиксированное положение. Специально рекомендуется вставание, ходьба или легкая гимнастика каждые 30 минут.

Будьте внимательны!

Необходимо помнить симптомы-предвестники ХСН. В случае их появления нужно незамедлительно обратиться к врачу! К ним относятся:

◆ увеличение веса на 1кг в день или на 2,5кг за 3-4 дня;

◆ появление отеков на ногах, лодыжках, руках или увеличение живота;

◆ нарастание одышки или увеличение кашля;

◆ появление ощущения слабости, головокружения или обмороков;

◆ появление чувства усталости чаще, чем обычно. Нарастание усталости, не проходящее в покое или сохраняющееся на следующий день;

◆ появление боли, давления, чувства тяжести и дискомфорта в грудной клетке, плечевом поясе и т.д.

Меры предосторожности перед COVID-19

Известно, что инфекционные заболевания неблагоприятно влияют на течение ХСН, приводят к ее декомпенсации. В условиях пандемии COVID-19 необходимо четко знать и соблюдать профилактические мероприятия и определенные алгоритмы действия.

1. При появлении признаков и симптомов, как при простуде или гриппе, лихорадке, кашля, недомогания **необходимо связаться с поликлиникой по месту жительства** для очного осмотра врача на дому и получения рекомендаций по лечению и дальнейшему наблюдению. Используется симптоматическая терапия, как при гриппе или простуде. Госпитализация требуется не всегда - при легкой форме заболевания COVID-19 возможно лечение на дому.

2. Если вы заболели, не нужно самостоятельно идти в поликлинику или в аптеку или в магазин, **назначать себе обследование** или идти в лабораторию сдавать анализы, или делать рентген грудной клетки: обратитесь в поликлинику по месту проживания по телефону или через сайт медицинского учреждения!

3. Если вы подозреваете, что заразились COVID-19, самоизолируйтесь и обратитесь в свою поликлинику по телефону или через сайт для решения вопроса о тестировании на вирус COVID-19.

4. При лихорадке показано проведение трехчасовой термометрии с ведением дневника, то есть измерение температуры каждые три часа. При значительном потоотделении очень важно **добавление выпиваемой жидкости** (на 200-300мл в день); температуре выше 38°C рекомендован **парацетамол**. С жаропонижающей це-



лью **не принимайте** другие нестероидные противовоспалительные препараты (НПВС) или аспирин!

5. Для предотвращения распространения вируса следует носить маску, даже в квартире, где вы проживаете не один.

6. Если симптомы быстро прогрессируют, одышка появляется при минимальной физической активности и сопровождается высокой температурой и сухим кашлем, необходим неотложный осмотр врача и экстренная госпитализация в инфекционный стационар. Бояться госпитализации не нужно.

7. Необходимо продолжать прием всех назначенных вам препаратов в рекомендованных дозах.

8. Соблюдайте общие профилактические меры, необходимые для обязательного соблюдения пациентами с ХСН при пандемии COVID-19.

9. Избегайте тесного контакта с другими людьми, даже если они не больны (воздерживайтесь от рукопожатий, объятий, поцелуев).

10. Держитесь на расстоянии не менее двух метров от больных или потенциальных больных (тех, кто недавно прибыл из стран, где зафиксирован рост инфицированных, или контактировал с больным COVID-19).

11. Оставайтесь дома на самоизоляции до окончания карантина.

12. Обязательно мойте руки с мылом и теплой водой в течение не менее 20 секунд после возвращения с улицы, а также после использования туалета. Также следует мыть руки после того, как вы высморгались или чихнули, и перед едой. Старайтесь не прикасаться к компьютерам, ноутбукам, смартфонам, пультам дистанционного управления и другим потенциально зараженным поверхностям, если они используются и другими людьми.

13. Не оставайтесь в одном помещении с потенциальным больным.

14. Избегайте собраний, массовых встреч и других скоплений людей, а также максимально ограничьте походы по магазинам.

15. Не пользуйтесь общественным транспортом без крайней необходимости.

16. Воздержитесь от поездок в другие города и страны.

17. Не трогайте руками глаза, нос или рот. Выполнить эту рекомендацию может быть сложно, но это необходимо. Чтобы меньше касаться лица, носите перчатки.

18. Часто очищайте поверхности дома или на работе с помощью мыльного раствора или антисептического геля/спрея. Используйте персональное полотенце для рук.

Поначалу пациентам кажется, что соблюдение рекомендаций сложный, подчас невозможный процесс. Но при ежедневном им следовании процесс постепенно становится привычным, входит в образ жизни, улучшая ее качество и продолжительность.

В заключение хочу отметить важность амбулаторного ведения пациентов с ХСН. Организация работы амбулаторных кабинетов имеет экономическую обоснованность (снижает частоту госпитализаций пациентов), а также улучшает качество и прогноз жизни пациентов. 🌐

Возможные таблицы самоконтроля пациентов для оценки эффективности лечения врачами амбулаторных кабинетов

Имя	МЕСЯЦ								
	Дата Наблюдения	ВС	ПН	ВТ	СР	ЧТ	ПТ	СБ	ВС
НЕДЕЛЯ 1	ВС								
	АРТЕРИАЛЬНОЕ (мм рт.ст.)								
НЕДЕЛЯ 2	ВС								
	АРТЕРИАЛЬНОЕ (мм рт.ст.)								
НЕДЕЛЯ 3	ВС								
	АРТЕРИАЛЬНОЕ (мм рт.ст.)								

Подсчет суточного диуреза

Дата	Вес, кг	Выпито за сутки	Выделено за сутки
		Всего:	Всего:
		Всего:	Всего:
		Всего:	Всего:
		Всего:	Всего:

Расписание приема лекарств

ГРУППА	НАЗВАНИЕ	ДОЗА	ЧАС ПРИЕМА	СТАТУС ПРИЕМА
ГРУППА 1				
ГРУППА 2				
ГРУППА 3				



COVID-19 - лечить или предотвратить?



Дина Владимировна ПЕТРОВА,
заведующая
пульмонологическим
отделением, врач-
пульмонолог,
высшая квалификационная
категория;
заведовала отделением
инфекционного госпиталя
для лечения больных
с новой коронавирусной
инфекцией COVID-19,
КГБУЗ «Краевая
клиническая больница»

В конце 2019 года жители планеты столкнулись с новой инфекцией. Вспышка заболеваемости вирусом SARS-COV-2 впервые была зафиксирована в Ухане, Китай, в декабре 2019 года. Уже 30 января 2020 года ВОЗ объявила эту вспышку чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение, а 11 марта 2020 года - пандемией.

Первые шаги человечества в борьбе с этой инфекцией были неуверенными. Новая, ранее неизвестная инфекция имела большую контагиозность, заболеваемость и летальность. Во всем мире велся экстренный поиск средств для ее лечения, предпринимались попытки применения уже известных препаратов, велся поиск новых молекул, действующих против коронавируса.

Сегодня спектр противовирусных антиковидных препаратов значительно расширился.

Почти с самого начала стал применяться противовирусный препарат **Фавипиравир** (торговые наименования Коронавир, Ареплевир). Причем, он был разработан для лечения гриппа еще в 2002 году компанией FUJIFILM Toyama Chemical Co (Япония).

Фавипиравир исследовался как возможное средство против SARS-CoV-2 и попал в руководства по лечению COVID-19 некоторых стран, в том числе Китая, Германии. 30 мая 2020 года Фавипиравир зарегистрирован в России как лекарство от коронавирусной инфекции. До 17 сентября 2020 года он был разрешен к применению в России только в условиях стационара. В октябре 2020 года препарат включен в список «жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты» (ЖНВЛП) Минздрава РФ. В настоящее время он *рекомендован* для лечения пациентов с легкой и средней степенью тяжести заболевания. Его применение *ограничено* у детей, беременных женщин, у лиц с тяжелой почеч-

ной и печеночной недостаточностью. Также необходима осторожность при его назначении пациентам с подагрой и гиперурикемией в анамнезе, а также пациентам пожилого возраста. *Курс лечения* фавипиравиром может длиться до 10 дней, доза рассчитывается исходя из массы тела пациента, в первый день назначается «ударная» доза.

Потом появился препарат **Ремдесивир**. Первоначально он был создан и разработан Gilead Sciences в 2009 году для лечения гепатита С и респираторно-синцитиального вируса. Но так как он не работал против этих инфекций, его перепрофилировали и изучали в качестве потенциального лечения болезни, вызванной вирусом Эбола. Препарат использовался во время эпидемии Эболы в 2013-2016 и 2018 годов, подтвердив свою безопасность, но был менее эффективен при Эболе, чем лечение с помощью моноклональных антител. В последствии обнаружено, что Ремдесивир обладает противовирусной активностью против других вирусных инфекций, в том числе и коронавирусов.

В марте 2020 года в нескольких случаях медики использовали Ремдесивир для лечения пациентов с тяжелым течением COVID-19. Предварительные результаты показали, что пациенты, получавшие Ремдесивир, выздоравливали на 31 % быстрее, чем получавшие плацебо, и среднее время восстановления у них составляло 11 дней по сравнению с 15 днями у тех, кто получал плацебо. Кроме того, уровень смертности составил 8,0% для группы,



получавшей Ремдесивир, по сравнению с 11,6% для группы плацебо. После этого начались его клинические испытания как препарата для лечения новой коронавирусной инфекции. Ремдесивир первым среди всех препаратов получил полное разрешение Управления по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США (FDA) на использование для лечения людей старше 12 лет и весом не менее 40кг, которым требуется госпитализация из-за COVID-19. Сейчас он входит в стандарты лечения коронавируса во многих странах. В РФ Ремдесивир *входит в схемы лечения* пациентов с легкой (у пациентов с высоким индексом коморбидности), средней и тяжелой степенью тяжести течения COVID-19.

Его *нельзя применять* во время беременности, у пациентов с тяжелой степенью почечной и печеночной недостаточности.

Молнупиравир разрабатывался с целью найти противовирусный препарат против РНК-вирусов, включая грипп, лихорадку Эбола и различные коронавирусы. В марте 2020 года была обнаружена активность Молнупиравира в отношении SARS-CoV-2. В ходе клинического исследования были получены убедительные доказательства пользы препарата для пациентов в виде снижения риска госпитализации или смерти примерно на 48%. Препарат был рекомендован для лечения пациентов с легкой и средней степенью тяжести коронавирусной инфекции в США, Европе, Австралии.

В настоящее время Молнупиравир зарегистрирован в РФ и включен в перечень ЖНВЛП. Он *рекомендован* для лечения пациентов с легким и среднетяжелым течением COVID-19. Установлено, что пероральный прием Молнупиравира может быть эффективным для лечения COVID-19, если начать его прием после подтверждения этого диагноза и в течение 5 дней с момента появления первых симптомов.

Противопоказаниями к его приему являются повышенная чувствительность к препарату, беременность или планирование беременности во время приема препарата и в течение 4 дней после его окончания, период грудного вскармливания. Женщинам и мужчи-



нам во время приема Молнупиравира необходимо использовать наиболее эффективные методы контрацепции.

Все эти препараты проявляют свою наибольшую активность при начале приема в первые дни заболевания. И они почти неэффективны, если начать их прием уже после того, как симптомы заболевания длятся более 7-10 дней. Чем раньше начата этиотропная терапия, тем больше шансов на успех.

К февралю 2022 года в мире появился ряд эффективных препаратов на основании моноклональных антител, предназначенных для профилактики и лечения COVID-19. Применение этих препаратов, в том числе и в РФ, уже показало хорошие клинические результаты.

Это - препарат **Ронаприв** (МНН: касиривимаб+имдевимаб) компании Hoffmann-La Roche (Швейцария), комбинация моноклональных антител **Бамланивимаб/Этесевимаб** Eli Lilly and Company (США) и препарат **Регкирона** (МНН: регданвимаб) компания Celltrion (Республика Корея). Это рекомбинантные моноклональные антитела (МКА) человека класса IgG1, которые, связываясь с неперекрывающимися эпитопами рецептор-связывающего домена S-белка, блокируют взаимодействие S-белка SARS-CoV-2 с ангиотензин-превращающим ферментом 2 (АПФ2), что приводит к подавлению инфицирования клеток хозяина и останавливает репликацию вируса.

Изначально коронавирусную инфекцию пробовали лечить и антибиотиками, и противовирусными средствами, препаратами для лечения ВИЧ-инфекции, гриппа. К сожалению, не все они оказались эффективными при COVID-19.



К сожалению, препараты на основе МКА мало эффективны против Омикрон-штамма SARS-CoV-2.

Такие антитела были получены из родительского антитела, впервые выделенного в 2003 году из В-клеток памяти, взятых у человека, вылечившегося от тяжелого острого респираторного синдрома (SARS).

Эти препараты предназначены для лечения COVID-19 и эффективно действуют на начальных стадиях заболевания легкой и средней степени тяжести с целью не допустить его прогрессирования до тяжелой формы у амбулаторных пациентов, находящихся в группе риска развития серьезных осложнений с последующей госпитализацией. Препараты применяются путем внутривенного введения. Пациентам, которые уже нуждаются в кислородной поддержке, эти препараты не рекомендованы.

Минздрав России в упрощенном порядке одобрил применение моноклональных антител в условиях пандемии. Они *разрешены* к применению у людей с 12 лет, но с весом не менее 40кг, с положительными результатами вирусного тестирования на SARS-CoV-2 и находящихся в группе высокого риска прогрессирования заболевания. Применение препаратов на основе МКА *рекомендуется* в стационарных условиях, а также в условиях дневного стационара не позднее 7 дня от начала болезни.

В первую очередь *лечению этими препаратами подлежат* пациенты с иммунодефицитом - получающие системную иммуносупрессивную терапию, после трансплантации органов, с онкогематологическими заболеваниями. Так-

же к приоритетным группам первого уровня относятся беременные и женщины в послеродовом периоде, имеющие хотя бы один фактор риска тяжелого течения COVID-19. Эти препараты рекомендованы и пациентам, имеющим сопутствующие заболевания: тяжелый сахарный диабет, тяжелая почечная недостаточность, муковисцидоз, ХОБЛ тяжелого и крайне тяжелого течения, тяжелая бронхиальная астма, требующая приема системных ГКС или биологических препаратов, пациенты на гемодиализе. К приоритетным группам третьего уровня относятся пациенты в возрасте 65 лет и старше, имеющие ожирение 2-3 степени (ИМТ более 35) или хроническую сердечную недостаточность 3-4 функционального класса.

Компания GlaxoSmithKline (Великобритания) вывела препарат **Ксевуди** (МНН: сотравимаб), который действует аналогично, но сохраняет эффективность против штамма COVID-19 Омикрон. Исследования показали, что сотравимаб снижает риск длительной госпитализации или смерти на 85% по сравнению с плацебо.

Наиболее распространенными *побочными эффектами* этого класса препаратов являются инфузионные реакции, включая аллергические реакции и анафилаксия. *Противопоказанием* является только индивидуальная непереносимость.

В нашем отделении пролечено 20 человек препаратом Бамлавимаб/Этесевимаб и 20 - препаратом Регданвимаб. Это пациенты с онкогематологическими заболеваниями, тяжелыми формами ХОБЛ, бронхиальной астмой, сахарным диабетом, ревматологическими заболеваниями, сердечной недостаточностью, реципиенты донорской почки и люди, находящиеся на программном гемодиализе. Препараты продемонстрировали хорошую переносимость и высокую эффективность.

Компания AstraZeneca разработала препарат Evusheld (**Эвушелд**), *предназначенный для доконтактной профилактики COVID-19 в группах риска тяжелого течения заболевания.* В настоящее время это единственный препарат, позволяющий обеспечивать эффективную доконтактную профилактику COVID-19, в том числе и против штамма Омикрон. Препарат является



комбинацией двух моноклональных антител - тиксагевимаба и цилгавимаба, которые были получены из В-клеток выздоровевших от COVID-19 пациентов. Тиксагевимаб и цилгавимаб связываются с непрерывающимися областями рецептор-связывающего домена шиповидного белка SARS-CoV-2 и блокируют его взаимодействие с рецептором ангиотензинпревращающего фермента 2 (ACE2) человека, который необходим для присоединения вируса. Препарат циркулирует в крови человека в течение 6 месяцев, что позволяет обеспечивать защиту от COVID-19 на протяжении этого времени.

Считается, что **около 2% населения земного шара имеют противопоказания к вакцинации**, в том числе и от COVID-19. Это люди, страдающие онкологическими и иммунодефицитами заболеваниями, а также иными болезнями, связанными с неправильной работой иммунной системы. Кроме того, у людей, которые принимают препараты, подавляющие иммунный ответ (например, при трансплантации органов и тканей, при лечении онкологических, гематологических и ревматологических болезней), при вакцинации антитела к COVID-19 просто не образуются. В худшем случае - антительный ответ может оказаться слишком активным, и больной может получить резкое обострение аутоиммунного заболевания.

Возникает дилемма: вакцинация опасна из-за опасности обострения основного заболевания, но возникновение и развитие COVID-19 угрожает тяжелым течением и может привести к печальным последствиям.

Именно для таких пациентов разработан Эвушелд. Это - первый коктейль моноклональных антител, одобренный не для лечения, а для предотвращения COVID-19. Он не одобрен для лечения уже развившегося заболевания или для постконтактной профилактики.

Моноклональные антитела, в отличие от вакцины, не воздействуют на собственную иммунную систему пациента. Они представляют собой уже готовые антитела к вирусу SARS-CoV-2. Но производителями препарата подчеркивается, что *доконтактная профилактика препаратом Эвушелд не заменяет вакцинацию у людей, для которых вакцинация против COVID-19 ре-*



комендована. Более того, препарат Эвушелд можно применять совместно с вакцинацией, но не менее чем через две недели после вакцинации.

Каким пациентам наиболее показан препарат Эвушелд?

Это люди, которые получают активную терапию по поводу злокачественных опухолей; те, которые перенесли пересадку трансплантата органа или гемопоэтических стволовых клеток и получают постоянную иммуносупрессивную терапию; получают иммунотерапию с использованием Т-клеток с химерными антигенными рецепторами (CAR); имеют умеренный или тяжелый первичный иммунодефицит (например, синдром ДиДжорджи, синдром Вискотта-Олдрича). Лечение препаратом Эвушелд подлежат люди с прогрессирующей или нелеченой ВИЧ-инфекцией. Препарат будет полезен большой группе пациентов, которые получают терапию системными глюкокортикостероидами (более 20мг преднизолона или аналогичного препарата в сутки в течение более двух недель), алкилирующими препаратами, антимаботитами, трансплантат-связанными иммуносупрессивными препаратами, противоопухолевыми химиотерапевтическими препаратами, классифицированными как тяжелые иммуносупрессивные препараты, блокаторами фактора некроза опухоли (TNF) и иными биологическими препаратами, которые являются иммуносупрессивными или иммуномодулирующими (например, анти-В-клеточные препараты). ☺

В испытаниях Эвушелда приняли участие 5172 человека в возрасте старше 59 лет либо с теми хроническими заболеваниями, которые являются противопоказанием к вакцинации. 3441 участник получил две инъекции Эвушелда, а 1731 - плацебо. Исследователи наблюдали за ними в течение последующих 183 дней. Те, кто получил Эвушелд, имели на 77% ниже риск COVID-19 по сравнению с группой плацебо, причем препарат давал защиту на все 6 месяцев наблюдения.





Уважаемые читатели!

Открыта подписная кампания на второе полугодие 2022 года. Подписка на наш журнал традиционно является хорошим подарком к различным семейным праздникам: свадьбе, рождению ребенка, дню рождения...

Журнал «Здоровье алтайской семьи» выписывают и предприниматели, заинтересованные в сохранении и укреплении здоровья своих сотрудников.

Подарите журнал «Здоровье алтайской семьи» своим родителям, взрослым детям, оформите подписку для вашей собственной семьи, для вашей фирмы.

Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» - полезный подарок!

ИЗВЕЩЕНИЕ	Внимание!!! Обязательно заполнить (указав полный адрес) строку получателя корреспонденции.								
	Наименование получателя платежа: ООО «Издательство «Вечерний Новоалтайск» ИНН: ИНН 2263020152 КПП 220801001 Номер счета получателя платежа: 40702810600020000162 Наименование банка: ООО КБ «Алтайкапиталбанк» г.Барнаул БИК: 040173771 Кор.счет: 30101810900000000771 ОКПО: 52090627 ОГРН: 1022202409426 Наименование платежа: Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» на 2022 г. №7-12 Плательщик (Ф.И.О.): _____ Наименование фирмы, контактный телефон _____ Адрес получателя корреспонденции _____ Почтовый индекс, город (район, название поселка), _____ улица, дом, квартира (офис) _____ Наименование фирмы (ФНО) получателя, контактное лицо, телефон _____								
Кассир	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Назначение платежа</th> <th>Сумма</th> <th>Итого к уплате</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2022 год, №7-12</td> <td>1200-00</td> <td>1200-00</td> </tr> </tbody> </table> Плательщик (подпись) _____ Дата _____ Подписной индекс «Почты России» PR893	Назначение платежа	Сумма	Итого к уплате	Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2022 год, №7-12	1200-00	1200-00		
Назначение платежа	Сумма	Итого к уплате							
Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2022 год, №7-12	1200-00	1200-00							
КВИТАНЦИЯ	Наименование получателя платежа: ООО «Издательство «Вечерний Новоалтайск» ИНН: ИНН 2263020152 КПП 220801001 Номер счета получателя платежа: 40702810600020000162 Наименование банка: ООО КБ «Алтайкапиталбанк» г.Барнаул БИК: 040173771 Кор.счет: 30101810900000000771 ОКПО: 52090627 ОГРН: 1022202409426 Наименование платежа: Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» на 2022 г. №7-12 Плательщик (Ф.И.О.): _____ Наименование фирмы, контактный телефон _____ Адрес получателя корреспонденции _____ Почтовый индекс, город (район, название поселка), _____ улица, дом, квартира (офис) _____ Наименование фирмы (ФНО) получателя, контактное лицо, телефон _____								
	Кассир	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Назначение платежа</th> <th>Сумма</th> <th>Итого к уплате</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2022 год, №7-12</td> <td>1200-00</td> <td>1200-00</td> </tr> </tbody> </table> Плательщик (подпись) _____ Дата _____ Подписной индекс «Почты России» PR893	Назначение платежа	Сумма	Итого к уплате	Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2022 год, №7-12	1200-00	1200-00	
Назначение платежа	Сумма	Итого к уплате							
Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2022 год, №7-12	1200-00	1200-00							

ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№4 (220) май 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 31.05.2022 г., фактически - 14:00 31.05.2022 г. Дата выхода: 06.06.2022 г.

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

Ответственный редактор - Мария Юртайкина.
Компьютерный дизайн и верстка - Ольга Жабина, Оксана Ибель.

Учредитель-Издатель ООО «Издательство «Вечерний Новоалтайск - Добрый день»: 658080, Алтайский край, г. Новоалтайск, ул. Обская, 3. Тел. 8(385-32) 2-11-19. Адрес редакции: 658080, Алтайский край, г. Новоалтайск, ул. Обская, 3. Тел. 8(385-32) 2-11-19.
Адрес работы с общественными представителями: 656038, Алтайский край, г. Барнаул, пр. Ленина, 56.
E-mail: nebolen@mail.ru. Группа ВКонтакте: <https://vk.com/nebolen>

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

Подписной индекс в каталоге «Почта России» - PR893.
Цена за 1 номер (месяц) - 200 рублей.

Артериальная гипертония

Артериальная гипертония - самое распространенное заболевание сердечно-сосудистой системы. В нашей стране гипертонией болеют до 40 процентов взрослых людей, у лиц старше 65 лет она достигает 60 процентов.

Гипертонией называют стойкое повышение артериального (кровенного) давления, то есть давления, которое оказывает кровь на стенки сосудов.

Это давление имеет верхнюю и нижнюю границы - (т.н. систолическое и диастолическое давление) и измеряется в миллиметрах ртутного столба.

Нормальным считается давление **120/80**. Если давление выше **140/90**, то это уже повышенное давление, или гипертония.

Заболевания сердечно-сосудистой системы, в свою очередь, являются **основной причиной смерти** в нашей стране. 49 процентов всех смертельных случаев вызвано именно этими заболеваниями.

Что такое гипертония?



Артериальное давление - величина изменчивая. Причины, от которых оно зависит:



Время суток (ночью давление обычно ниже)



Физические нагрузки (повышают давление)



Психологическое состояние человека (при стрессе давление повышается)



Прием различных стимулирующих веществ (кофе, чай повышают давление)

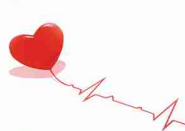


Прием различных медикаментов



Факторы риска

Наследственность
Нервно-психическое перенапряжение
Малоподвижный образ жизни
Избыточный вес
Курение
Злоупотребление алкоголем
Злоупотребление поваренной солью



Симптомы

Утомляемость
Бессонница
Головные боли (особенно в затылочной части)
Боли в области сердца
Одышка
Неврологические нарушения



Последствия

Сердечно-сосудистые заболевания (в частности, инсульты и инфаркты): риск удваивается при повышении давления на каждые 20/10 мм рт. ст.



Лечение

Борьба со стрессом
Правильный режим труда и отдыха (сон не менее 8 часов)
Отказ от курения
Соблюдение диеты с ограничением поваренной соли, жиров, легкоусвояемых углеводов
Ежедневная умеренная физическая активность
Прием соответствующих медикаментов

ПОВЫШЕННОЕ ДАВЛЕНИЕ - ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ:

«Подскок» артериального давления (АД) сопровождается шумом в ушах и в голове, головокружением, головной болью, слабостью, подташниванием. Может появиться неустойчивая походка, ощущение жара, сердцебиение, чувство сжимания за грудиной, нехватки воздуха, нарушение слуха и зрения. Продолжается от нескольких часов до нескольких дней



1
ИЗМЕРЬТЕ АД
Нормальным можно считать значение не выше 140/90 мм.рт.ст. Запишите цифры и отметьте время, когда производилось измерение



2
СРОЧНО ВЫЗЫВАЙТЕ «СКОРУЮ ПОМОЩЬ»



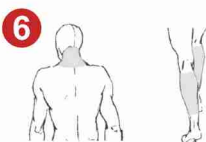
3
УЛОЖИТЕ БОЛЬНОГО В ПОСТЕЛЬ полусидя или с высокой подушкой под головой. Голова и грудная клетка должны быть выше ног



4
ДАЙТЕ ЛЮБОЕ УСПОКОИТЕЛЬНОЕ- несколько капель корвалола, настойки валерьянки или пустырника



5
ОБЕСПЕЧЬТЕ ПРИТОК СВЕЖЕГО ВОЗДУХА, расстегните на пациенте воротник, ремни, корсет и другие давящие элементы одежды



6
ПОСТАВЬТЕ ГОРЧИЧНИКИ на затылок и икроножные мышцы



7
СДЕЛАЙТЕ горячие или горчичные ножные ванны, тёплые ванны для рук, холодный компресс к голове

ПОМНИТЕ!

Артериальная гипертония - коварная болезнь. Для снижения риска развития заболевания ведите здоровый образ жизни и регулярно измеряйте своё артериальное давление.