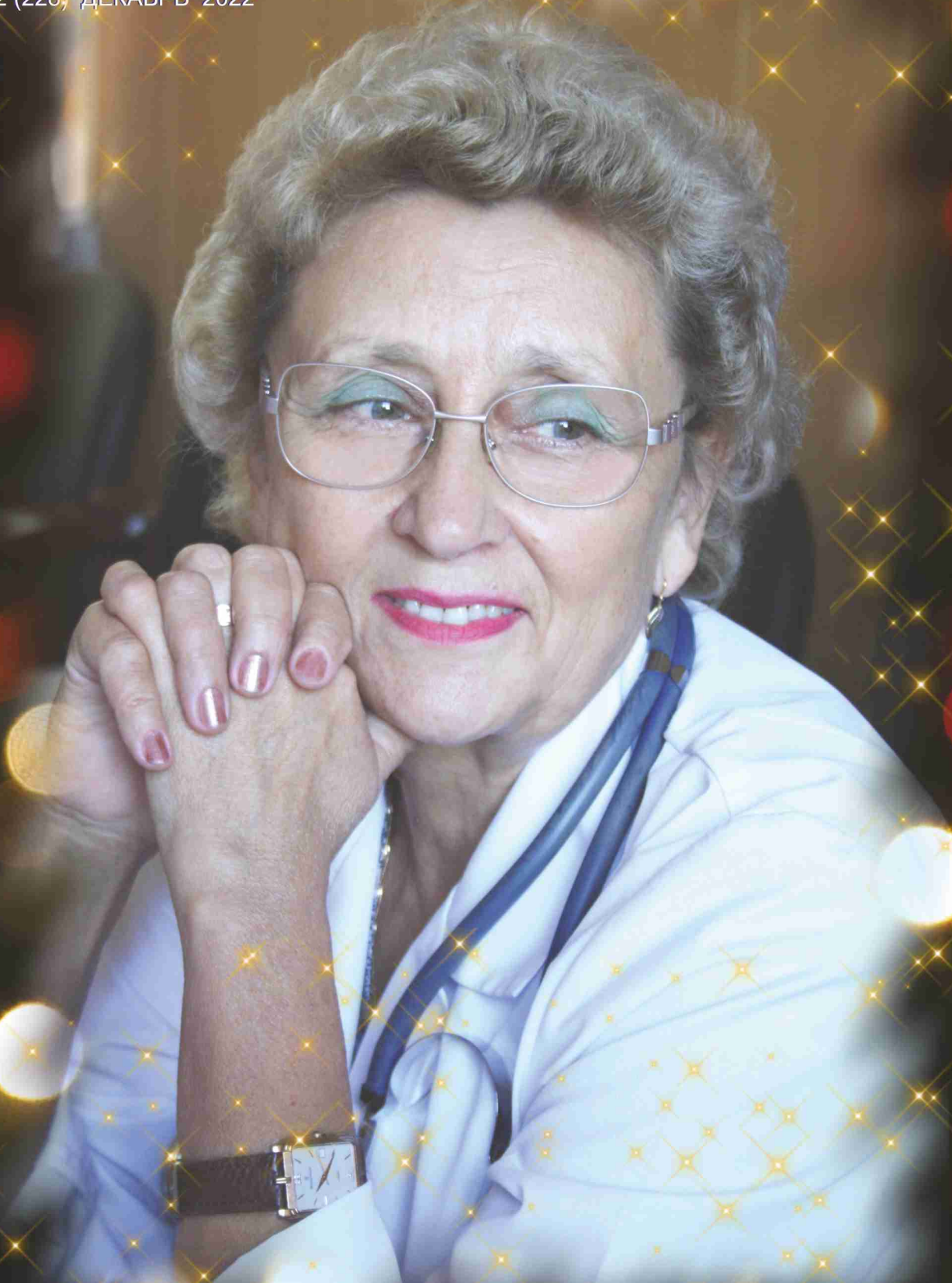


6+

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№12 (228) ДЕКАБРЬ 2022





Здравоохранению - дополнительное общественное внимание

Живем мы с вами в непростое время, уважаемые коллеги. И это проявляется во многом. И в серьезных глобальных переменах в мире, и в экзистенциальных вызовах для России, и, казалось бы, на этом фоне менее выпуклых, в частных, незначительных проблемах.

Как иллюстрация - наши всё возрастающие «информационные возможности». С одной стороны, это благо и тому немало примеров. С другой, - они порождают безответственность и безнаказанность в своем праве на «свободу слова», часто при отсутствии «понимания и здоровой мысли» по той проблеме, о которой так не терпится публично высказаться!

Обратиться к этой теме меня подтолкнуло невольное присутствие при разговоре двух руководителей крупных коммерческих структур (не имеющих отношения к здравоохранению!) о том, какие сложные и разноречивые задачи ежедневно приходится решать коллективам медицинских учреждений. Просто буквально недавно они имели опыт пребывания в больницах - и своей, и близких родственников, да и сама тема медицины последние годы довольно плотно освещается в публичном пространстве. А они, как люди, обладающим и опытом руководителей, и кругозором, и просто как неравнодушные люди оценили ситуацию в отрасли «со своей колокольни».

Квинтэссенция их разговора. У большинства представление, что больница отвечает только за лечение пациентов, безусловно, это так. Главное - это возможности, квалификация медицинского персонала, качество и, как следствие, - положительный результат их работы. Но по факту не только главному врачу, а практически всему персоналу приходится решать массу задач, не имеющих никакого, казалось бы, отношения к медицине. Чтобы обеспечить работу любого, даже не очень крупного медицинского учреждения, его подразделений, нужно обеспечить содержание многочисленных помещений и территории. Электроснабжение, причем бесперебойное, водоснабжение, канализование, вентиляция, уборка помещений (которая обеспечивает соблюдение особого санитарно-эпидемиологического режима!), а еще прачечные (постельное белье и спецодежда должны обрабатываться по-особому), пищеблок со всеми нюансами диетического питания. В целом это сложнее, чем гостиницу с таким же числом мест содержать! Больницы сегодня располагают мощным, порой, уникальным оборудованием, которое тоже требует специального обслуживания и контроля. Даже утилизация так называемых «биологических отходов» (куда относятся даже одноразовые системы после инъекций) - это тоже не простая задача (до многих моментов докопалась - отметила я про себя). Еще же и обеспечение разными расходными материалами. Мало того, что надо обеспечить их достаточное и постоянное наличие, только сама процедура госзакупки медикаментов и т.д. заставляет содержать целые службы... Не говоря про свою специфику финансирования в отрасли. А кадры! Там одних допусков, сертификатов - море. И какой дефицит этих кадров! В каком напряжении работают специалисты! Это же постоянное состояние суперконцентрации и стресса! И при этом им надо быть в форме, выдержанными, готовыми к разрешению конфликтных ситуаций, которые неизбежны - в больницу обращаются люди, у которых проблемы, страдания, они не всегда контролируют свои эмоции.

Они также однозначно высказали и свое неприятие неуважительных, порой даже оскорбительных публикаций в СМИ и в различных социальных сетях и группах в адрес медицинских работников, руководителей медицинских организаций.

Я не стала активно участвовать в той дискуссии, давать разъяснения по их самим себе задаваемым отдельным вопросам, даже редактировать в моем пересказе их разговор. И при возможном (и объективном) недопонимании ими некоторых специфичных, отраслевых моментов порадовало и внушило определенный оптимизм то, с какой заинтересованностью, горячностью и болью они это обсуждали, как достаточно глубоко были информированы о проблемах и мерах, принимаемых в здравоохранении на федеральном и региональном уровнях (пусть и обстоятельства побудили вникнуть), какие видели рецепты решения вопросов на всех, вплоть до муниципального, уровнях, и даже на уровне своих предприятий. Чем больше неравнодушных людей, с активной гражданской позицией проникнутся - и проникнутся деятельно в решении (!), считаю, нашей общей задачи - общественного здравоохранения, особенно в решении кадрового дефицита, мер социальной поддержки медицинских работников и на государственном уровне, и в рамках государственно-частного партнерства, - тем эффективнее и более быстро мы их решим!

Решение вопросов общественного здоровья - безусловно, и наша с вами общая задача, уважаемые коллеги! Имея компетенции, понимание проблем и, надеюсь, путей их решения, важно не просто доносить свою озабоченность власти и обществу, а быть в своих действиях сплоченными, последовательными, позитивно-активными и конструктивными, формулировать конкретные предложения, адекватные ситуации и возможностям! В этом и есть залог успеха.

С наступающим новым, 2023 годом, уважаемые коллеги! Здоровья вам, максимальных условий для реализации вашего профессионального потенциала, надежных коллег, доброго домашнего очага и, непременно, надежды на лучшее!



10

Миома матки и ЭМА



16

Персональные помощники в сети



25

Бесплатное лечение детей в санатории



26

Обучение детей навыкам опрятности



30

Какие выплаты повысят в 2023 году

На обложке: Ольга Николаевна ЕВСЮКОВА, врач-терапевт КГБУЗ «Целинная центральная районная больница».

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ «ЗДРАВООХРАНЕНИЕ» Целинная ЦРБ.

Разговор о прошлом, настоящем и будущем 2-7

ЗА СЧАСТЛИВОЕ ЗДОРОВОЕ ДЕТСТВО!

Профессионал, лидер, гражданин! 8-9

ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА

М.А. Тимченко, А.И. Гальченко.

Миома матки и ЭМА 10-13

Простыл? Пройди тестирование 14-15

Персональные помощники в сети 16

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

Е.В. Фитисова.

Про это алгоритмов нет 17-20

Отдельные программы физподготовки в школах 21

СОВЕТ ЭНДОКРИНОЛОГА

И.А. Вейцман, С.Г. Тупякова.

Синдром Клайнфельтера -
не редко, но метко! 22-24

Вакцина спасает людей 24

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ «ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

Бесплатное лечение детей в санатории 25

ЗА СЧАСТЛИВОЕ ЗДОРОВОЕ ДЕТСТВО!

Л.В. Голованова.

Обучение детей навыкам опрятности 26-29

«Винни-Пух» для дошкольников 29

Какие выплаты повысят в 2023 году 30

Новости науки России 31

СОВЕТЫ ПСИХОЛОГА

О.А. Мецлер.

Подростковый возраст и эмоции.

Как помочь подростку и родителям
прожить этот период 32-35

Новости науки России 36



От редактора

Сегодня вопросы организации медицинской помощи в первичном звене, особенно на селе, - в активной общественной дискуссии. Обсуждают «огрехи оптимизации» первичного звена, закрытие отдельных структурных подразделений вообще или изменение их мощности, функционала, как следствие - снижение качества и доступности медицинской помощи, другие проблемы.

Безусловно, радуют факты, когда медицинские подразделения в сельских больницах края получают новое медицинское оборудование, санитарный транспорт, строятся и ремонтируются здания больницы, ФАПов... Но! Успех в этом непростом и очень важном для людей деле определяют именно люди. Да, важны и технологии, их доступность, масса других обстоятельств, но главное - кто и как владеет этими технологиями, как относится к своему делу. Это, по-моему, аксиома. Именно вопрос медицинских кадров - их подготовки, рационального использования, квалификации, закрепления - главный для региональных и муниципальных властей, для жителей края.

Материал о Целинной районной больнице мы готовили еще в 2017 году, наш представитель побывал тогда в районе, в подразделениях ЦРБ, познакомился со специалистами, с недавно приступившей к своим обязанностям руководителем ЦРБ. Но тогда материал не вышел.

И в какой-то мере это даже и неплохо... Общаясь сейчас со специалистами ЦРБ, невольно ощутили, как стремительно меняется наша жизнь, даже в такой короткий временной период как 5 лет... И при этом, как важна стабильность в работе коллектива, в его составе. Именно поэтому в этой публикации мы намеренно обратились преимущественно к тем специалистам, с которыми уже общались более 5 лет тому назад...

Целинная ЦРБ. Разговор о прошлом, настоящем и будущем

Наш собеседник - Ольга Николаевна ЕВСЮКОВА, на протяжении семи лет возглавлявшая Целинную районную больницу и буквально только что передавшая руководство ЦРБ преемнице - «молодой, энергичной, у которой всё получится», как она сама считает.

Предваряя наш разговор, Ольга Николаевна сказала очень важную фразу: «...Мне не стыдно за прошедшие годы моего руководства больницей, есть на что посмотреть, что оценить...».

С Ольгой Николаевной я познакомилась в 1982 году, когда она после окончания АГМИ приехала в нам в Целинную ЦРБ молодым специалистом. Ее отец - **Мареев Николай Иванович**, в 70-е годы возглавлял ЦРБ и строил ее фактически заново. Ольге Николаевне посчастливилось, как мне кажется, продолжить дело своих родителей.

...К истокам

- Ольга Николаевна, давайте, как говорится, к истокам - к вашим родителям. Как они повлияли на ваш выбор профессии? Очень многие после окончания вуза стараются не начинать работу там, где выросли, окончили школу, где, с одной стороны, вы «своя», с другой, - и утвердаться, завоевывать авторитет сложнее. Что бы вы сказали своим родителям сейчас, пройдя значительную часть профессионального пути?

- Я родилась в студенческой семье в городе Новосибирске в 1959 году. Мама - уроженка Новосибирска, папа родом из села Яминское (сейчас Целинное Алтайского края). После окончания Новосибирского государственного медицинского института в 1960 году



они приехали в Целинное. Здесь прошла вся их жизнь. Отец стал главным врачом райбольницы, которая тогда располагалась в деревянном здании 1927 года постройки и где было всё - «и хирургия с операционной, и терапия, и педиатрия, и акушерство» (да-да, рожали тогда женщины в районах!).

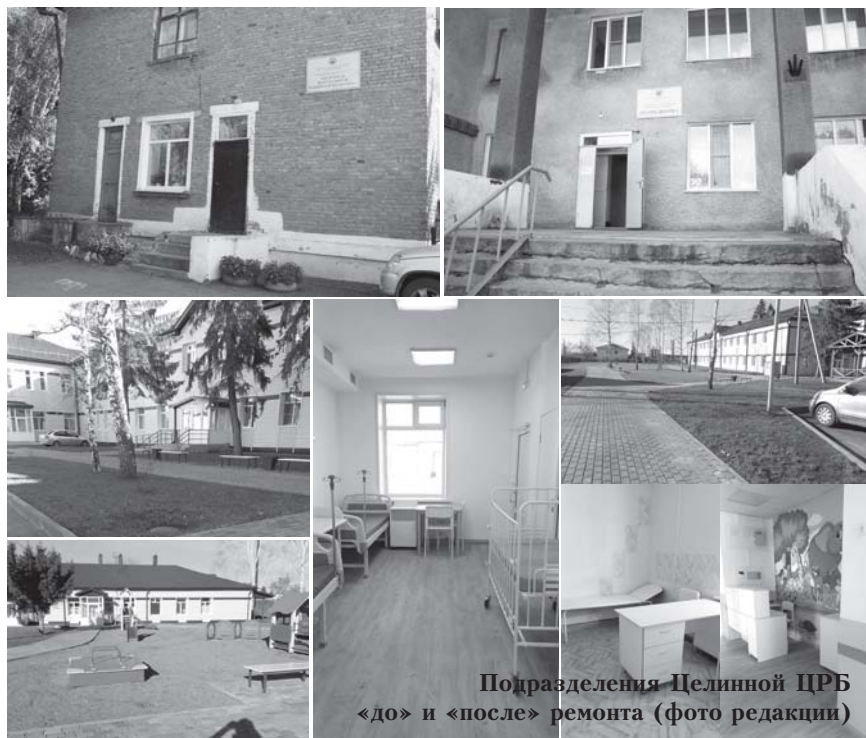
В начале 60х годов началось строительство нового больничного комплекса - большого (по тем временам особенно) двухэтажного здания, где предполагалось разместить отделения - хирургию, терапию, роддом и гинекологию с родильным отделением, и отдельно стоящие здания инфекционного и детского отделений. Моему отцу, как главному врачу, приходилось фактически руководить строительством. В 1966 году все здания были пущены в эксплуатацию.



Через 50 лет мне, как руководителю ЦРБ, пришлось заниматься капитальным ремонтом этих зданий. Так сошлись звезды, может, это что-то символическое...

Сколько себя помню ребенком, родители всегда были на работе: и днем, и ночью спешили на помощь к людям. Особенно мама - **Мареева Светлана Михайловна**. Она работала акушером-гинекологом и, мне кажется, не было ночи, чтобы ее не вызывали в больницу - то к роженицам, то кровотечения, то криминальный аборт (их тогда было очень много).

Готовность, стремление моих родителей помогать людям, быть постоянно нужным кому-то - видимо, это повлияло и на мой выбор профессии. У меня не было сомнений - со школьной скамьи я знала, что буду врачом. Так оно и случилось. После окончания института получила распределение в поликлинику горбольницы №5 Барнаула. Но бытовые проблемы, отсутствие жилья, на руках уже маленький ребенок - думаю, это тогда тоже сыграло свою роль, - и мы с мужем решили начать жизнь в Целинном - там, где была возможность практически сразу получить и квартиру, и достойную работу. И вот 40 лет мы живем здесь, 40 лет я работаю врачом-терапевтом, в последние семь из которых «по стечению обстоятельств» пришлось быть руководителем. По своему характеру я никогда не стремилась «к власти, к



Подразделения Целинной ЦРБ «до» и «после» ремонта (фото редакции)

руководству», но в 2015 году оказалось, что некому возглавить нашу ЦРБ, наш коллектив. Меня тогда буквально очень настойчиво попросили, нашли аргументы «за», поддержал и костяк коллектива - я не смогла отказать...

За семь лет работы в должности руководителя было много разных событий. Из трудностей - больше всего, конечно, связанных с недостаточным финансированием. Как следствие, порой сложные, напряженные отношения с подчинен-

ными, рост кредиторской задолженности, невозможность обеспечить надлежащий уровень материально-технической базы больницы, соответствующий современным требованиям. Но сейчас, подводя итоги своей работы руководителем, могу сказать: сделано в целом немало. Как пример - то, что видно невооруженным глазом: за счет средств краевого бюджета за эти семь лет нами поэтапно завершены капитальные ремонты основных объектов больничного комплекса ЦРБ. В хронологии: ремонт кровли и отмостки на всех зданиях больничного комплекса; ремонт лаборатории и дневного стационара; капитальный ремонт детской поликлиники; капитальный ремонт главного корпуса; капитальный ремонт взрослой поликлиники; капитальный ремонт территории больничного комплекса; капитальный ремонт стационара детского отделения; капитальный ремонт фасада зданий.

Всё это не просто ремонтные работы, это и новые возможности в диагностике и лечении. И сотрудникам, и пациентам, конечно, приятно работать и лечиться в светлых, теплых, современно отделанных помещениях, изменилось и само качество медицинской помощи. ►



Н.М. Мареев



С.М. Мареева



◀ **Что бы я сказала своим родителям сейчас? Я бы поблагодарила их за то, что привили любовь к профессии, научили ответственно относиться к любому порученному делу.** Думаю, моя жизнь сложилась: и профессиональная - 40 лет трудовой деятельности на одном месте, и личная - у нас с мужем выросли достойные дети, их четверо. Трое нашли себе применение не в медицинской сфере. Очень радует, что младшая учится сейчас в медицинском колледже. Растут трое прекрасных умных внуков, у них отмечаю определенный интерес к медицине. Надеюсь, они тоже продолжат медицинскую династию!

Где родился - там и пригодился!..

- *Целинный район - один из крупных районов в крае, через год будет отмечать 100-летие как административная территория, а самому старому поселению - селу Шалап вообще под 300 лет (в 1730 году первое его упоминание). В тот период, когда вы начинали здесь работать, население района составляло порядка 25 тысяч человек, значительно больше, чем в 2022 году - 14159 человек. Это повлияло на структуру здравоохранения территории? Целинная районная больница сегодня - это? Коснулась ли ЦРБ так называемая «оптимизация»? Какие вопросы, на ваш взгляд, в сельском здравоохранении требуют срочных мер и каких?*

- Целинный район действительно протяженный, мы организуем медицинскую помощь в 21 населенном пункте, из них в четырех - менее 100 жителей. Центральная районная больница имеет четыре стационарных отделения - хирургия, терапия, гинекология, детское, дневной стационар и поликлинику.

Участковой больницы сейчас нет в районе ни одной. Имеем три врачебные амбулатории: Бочкарёвская, там работают терапевт **Г.А. Дудорев**, уроженец Целинного, стаж пять лет, молодой педиатр **А.В. Козлова**, целевик, выпускница 2022 года, и гинеколог **К.Р. Байменова**, которая приехала в 2016 году по программе «Зем-

ский доктор». Воеводская врачебная амбулатория под вниманием **О.Н. Ядута**, она уже на пенсии, ждет преемника - кому в надежные руки можно передать и пациентов, и опыт. В Марушинской врачебной амбулатории сейчас нет врача, участок закреплен за участковым терапевтом поликлиники ЦРБ **А.М. Мосиной**, тоже выпускница 2022 года, целевик, она осуществляет и работу на выезде во врачебной амбулатории.

В районе 11 ФАПов, правда, в пяти селах Верх-Шубенке, Шадрино, Локте, Чесноково (население менее 100 человек) ФАПов сейчас нет, в селе Верх-Яминское ФАП существует, но там давно нет фельдшера. Работа на ФАПе непростая, молодежь неохотно едет в село вообще, а тем более на самостоятельную и такую ответственную работу. Но мы не теряем надежды. Тем более есть с кого брать пример, у кого учиться. Не могу не назвать опытнейших и ответственных фельдшеров ФАП, практически всю жизнь отработавших на одном месте: **Любовь Ивановну Корешкову** (Побединский ФАП), **Нелли Ивановну Абрамову** (Еландинский ФАП), **Олесю Егоровну Ожогину** (Дружбинский ФАП), **Наталью Анатольевну Копытову** (Сухо-Чемровский ФАП).

Отмечу, что кадровая проблема хоть и остается актуальной в центральной районной больнице Целинного района, тем не менее, у нас работают специалисты по всем основным специальностям. И большинство из них - люди с большим опытом клинической работы.

На сегодня в Целинной ЦРБ работают 28 врачей. Примечательно то, что 17 из них - уроженцы Целинного района. Моя преемница - главный врач **Ирина Владимировна Шмелева** и ее заместитель **Мария Геннадьевна Наливкина** - молодые, энергичные, инициативные, они тоже родились и выросли в Целинном районе. За прошедшие семь лет в Целинную ЦРБ трудоустроено 15 молодых врачей: 8 терапевтов, 2 анестезиолога, хирург, 2 педиатра, стоматолог и акушер-гинеколог. 10 из них продолжают работать в ЦРБ. Все они - участники программы «Земский доктор». В АГМУ на 5 курсе сейчас обучаются 2 целевика - педиатр и лечебник, они тоже родом из Целинного. Через два года приступят к трудовой

деятельности в первичном звене здравоохранения. Мы их очень ждем!

Чтобы молодые специалисты не уезжали из села, нужна достойная зарплата, хорошее жилье, условия работы, отвечающее требованиям времени, позволяющие реализовать уже полученные знания, опыт и развиваться профессионально.

Универсальность врача на селе

Конечно, то, что в районе столько патриотов своей малой родины, - важно. Но, как считает **Ольга Николаевна**, начинать работу дома, там, где вырос и тебя знают, или же в другом месте - одинаково ответственно: нужно просто любить свою работу и относиться к проблемам пациентов, как к своим.

- *Ольга Николаевна, хочу вновь обратиться к нашей встрече в 2017 году. Тогда, говоря об особенностях работы в селе, вы подчеркнули универсальность сельского врача: «...Особенность практики сельского доктора - в его универсальности. Все врачи дежурят по стационару в выходные, праздничные дни, в ночное время. Дежурный врач принимает всех пациентов: и взрослых, и детей, всем оказывает помощь - и это большой опыт. Каждому из нас приходится заниматься пациентами не только по своей специальности, но и по смежным. Многие в свое время получили и опыт работы в инфекционном отделении больницы, когда оно еще было в структуре ЦРБ (и он пригодился).*

Но самыми универсальными являются наши хирурги. И плановая, неотложная, экстренная помощь - всё ложится на их плечи. Был случай, когда пришлось оперировать ребенка с ранением в сердце из «воздушки». Хирурги успешно оперировали и спасли ребенка. Есть примеры успешных операций на лёгких, сосудах. **Олег Васильевич ДЕНИСОВ** - заведующий хирургическим отделением, работает более двадцати лет. Иногда, кажется, что хирурги живут в отделении: не успеют уйти после дежурства или рабочего дня, их уж вызывают на сложный случай. Без преувеличения, хирурги на селе - это настоящие герои. Наш хирург рабо-



тает фактически с населением двух районов - Ельцовского и Целинного, потому что у наших соседей нет врачей такого профиля».

Мы встретились и с Олегом Васильевичем Денисовым (он по-прежнему на посту) и обсудили с ним неопубликованный текст его прошлого интервью, на что он лаконично сказал: «Подписываюсь под каждым сказанным тогда словом. Только прием в поликлинике у нас врач ведет не «до пяти часов», а «до последнего пациента». Поэтому даем его интервью в редакции 2017 года.

Хирургия не может быть только экстренной

В этом уверен хирург поликлиники Целинной ЦРБ **Олег Васильевич ДЕНИСОВ**. Перед его кабинетом очередь выстраивается с утра.

Этот рабочий день начался для него... ночью. Сначала вызвали на ДТП, потом оказывал помощь мужчине, для которого падение со стога обернулось переломом пятки, позднее удалил клеща, провел аборт по медпоказаниям на позднем сроке беременности и приступил к приему в поликлинике:

- Правда, поспал - минут десять. Объем работы большой. В год выполняем до 500 операций, в поликлинике проводится ежедневно до 10 мелких манипуляций. Любой случай в хирургии правильно считать экстренным независимо от того, касается он головы, живота или рук-ног. Даже маленькая рана - это уже серьезно, требует обезболивания.

К детям нужен особенный подход. Раз ребенка напугаешь, он уже никогда не зайдет в твой кабинет без крика.

Врач, работающий в поликлинике, должен быть также готов к тому, что часть посетителей приходит с единственной целью - пожаловаться и быть услышанным. Это тоже часть нашей работы.

Добавляет о неожиданном:

- Всевозможные манипуляции в хирургии часто испытывают врача.

Были случаи, когда молодые врачи падали в обморок при виде травмы головы или открытого перелома. Важен четкий настрой на работу, опыт и знания. Сельские хирурги ведут смежный прием - они и проктологи, и урологи, и травматологи, и сосудистые хирурги. Мы должны знать человека с головы до ног.

И снова об экстренных случаях:

- Принимать решение помогают опыт и интуиция, но они приходят только, если есть глубокие знания. При необходимости советуемся со специалистами краевых медицинских учреждений. Был случай, когда созванивались с коллегами из Москвы.

Проблема современной медицины - в большом объеме документации. На ее оформление уходит даже больше времени, чем собственно на работу.

Если только заниматься хирургией, оставалось бы время прочитать статью по специальности, посмотреть новости. Прогресс идет вперед, и врач обязан быть в курсе новых методов лечения.

...Нередко прием хирурга в поликлинике затягивается до пяти часов (до последнего па-

циента - ремарка Олега Васильевича в 2022 году). И хорошо, если хирургу удастся отдохнуть до следующего дня - если не будет экстренных вызовов в операционную.

Надеемся на молодое поколение

Ольга Николаевна в разговоре постоянно переводила речь с себя на коллег. То с гордостью говорит о том, как новое пополнение врачей делает первые самостоятельные шаги, набирает опыт: с работающим давно, уже состоявшимся специалистом О.В. Денисовым полтора года после окончания АГМУ работает молодой хирург **Виталий Васильевич**

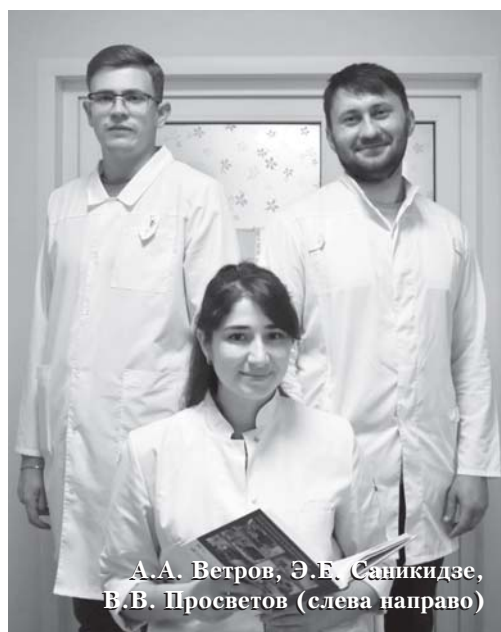
Просветов. Он вырос в семье медиков - мама, **Елена Александровна**, большую часть жизни проработала врачом-инфекционистом Целинной ЦРБ, а отец, **Василий Викторович**, - врачом-фтизиатром. Будущее Виталия Васильевича, как он сам отмечал, было predetermined: родители с самого детства были для него авторитетом и он мечтал во всем быть похожим на них. После окончания Целинной школы отучился в Алтайском государственном медицинском университете. Еще студентом Просветов выбрал для себя непростую профессию хирурга. Возможно, опыт работы медбратом в детской реанимации в Барнауле и студенческая практика в Целинной ЦРБ только укрепили этот выбор.

То, что именно Виталий Васильевич и еще два молодых специалиста анестезиолога-реаниматолога - **Эльвира Евгеньевна Саникидзе** и **Алексей Александрович Ветров** - стали героями публикации в районной газете «Восток Алтай» накануне профессионального праздника Дня медицинского работника - это и признание их верности выбору профессии, и надежда на то, что они, молодые, - достойная смена ветеранам, гарантия стабильной работы коллектива Целинной ЦРБ.

Кстати, школьникам, которые задумываются о будущей профессии медицинского работника, В.В. Просветов советует хорошо подготовиться к экзаменам и настрои-



О.В. Денисов



А.А. Ветров, Э.Е. Саникидзе, В.В. Просветов (слева направо)



Важно учиться на долгую и серьезную учебу: «Вам предстоит учиться, учиться и еще раз учиться: учеба подразумевает большую нагрузку. Поступайте в медицинский только при большом и искреннем желании стать медиком».

Стаж молодых терапевтов **Виктории Олеговны Федоренко, Антона Игоревича Давляна** «перевалил» за пять лет. В 2016-2017 годах началась их работа в Целинной ЦРБ. За эти годы они смогли завоевать авторитет и доверие пациентов, показать себя грамотными специалистами. Есть надежда, что они приехали сюда надолго, - надеется Ольга Николаевна, а может быть, и навсегда; ведь родом они из Целинного. Вернулись в родное село участковые терапевты **Виктория Андреевна Матюнина** и **Анна Михайловна Мосина** - и сразу на передовую: фильтр-бокс, ОРВИ, COVID-19 и первичная медико-санитарная помощь землякам.

В 2022 году после окончания АГМУ начали трудовую деятельность **Владислав Сергеевич Стариков** (участковый терапевт) и **Анна Викторовна Козлова** (участковый педиатр) - они имели целевое направление от Целинной ЦРБ и вернулись к нам по договору. Квартиры им сейчас не предоставляют, но администрация района оплачивает найм съемного жилья. С теорией у молодых специалистов всё неплохо, а вот клиническое мышление, конечно, приходит с опытом, и поэтому помощь старших коллег имеет особое значение - и хорошо, что она есть!

Сегодня стало работать намного легче, чем раньше, - отмечает Ольга Николаевна Евсюкова: всегда есть возможность проконсультировать пациента с медицинской организацией 2-3 уровня, отправить тяжелого больного в специализированное отделение; телемедицинские консультации, санавиация, постоянная связь с вышестоящими медицинскими организациями - улучшают качество медицинской помощи на уровне ЦРБ.

Очень важный участок работы - поликлиническое звено

Поликлиника - часто первый этап для пациента, который обращается за медицинской помощью. Поэтому ответственность за правильный диагноз и вся нагрузка по оказанию первой помощи ложится как на специалистов, ведущих прием, так и на работников регистратуры, лаборатории и многих других.

Поликлиника в райцентре Целинном находится территориально рядом со стационаром районной больницы. В ней осуществляется прием детского и взрослого населения. Имеются два фильтр-бокса для приема пациентов с ОРВИ и COVID-19. Прием ведут 4 участковых терапевта, хирург, невролог, психиатр, нарколог, офтальмолог, гинеколог, педиатр, стоматолог.

Работает кабинет медпрофилактики.

Основная задача сегодня - это снижение общей смертности населения и смертности от БСК, повышение качества оказания первичной медико-санитарной помощи. Пути достижения этих целей понятны - качественная диспансеризация населения, профосмотры, углубленная диспансеризация.

За последние годы прошла тотальная информатизация и цифровизация нашей деятельности. Все рабочие места, в том числе и на ФАПах, оснащены компьютерами. С трудом, но переходим на электронную медицинскую карту пациента, как в поликлинике, так и в стационаре. На первых порах трудно, особенно возрастным сотрудникам, но надеемся, что в итоге всеобщая информатизация принесет значительное облегчение в работе.

Запись на прием осуществляется по заранее сформированному расписанию каждого специалиста. Это дисциплинирует и докторов, и пациентов. За последние два года население уже привыкло к такому режиму работы.

На страже здоровья детей

Традиционно одни из самых ответственных - педиатрические кадры, отмечает Ольга Николаевна.

Сейчас из трех педиатров, работающих в службе, - двое уже пенсионного возраста. *(В прошлый приезд мы общались с Л.Б. Ляпиной, сейчас она уже не работает в ЦРБ, с 2019 года на пенсии. Но фрагменты нашего с ней разговора мы решили опубликовать - они не потеряли актуальности, так считают и коллеги, и сама Лидия Балтазаровна, - прим. редакции.)* Молодое пополнение - **Анна Викторовна Козлова**. Она уже работает самостоятельно врачом-педиатром в Бочкаревой амбулатории. И могу отметить, что за такой короткий срок она успела завоевать авторитет и любовь маленьких пациентов и их родителей. Наставником ее является **Ирина Борисовна Животягина**, педиатр с 35-летним стажем.

- В Целинном организована работа патронажной службы - используем автомобиль, поскольку село протяженное, пешком его не обойти за отводимое время. Так что использование автомобиля - необходимость. Приемы в детском отделении очень большие, за смену педиатр принимает более 20 маленьких пациентов. У медсестер много времени уходит на оформление документации.

Огромная ответственность за жизнь и здоровье детей лежит на фельдшерах ФАПов. Это они круглосуточно курируют маленьких пациентов, особенно в неблагополучных семьях и семьях, находящихся в социально опасном положении. У нас очень ответственные и грамотные педиатрические и фельдшерские кадры. Возраст у многих уже тоже предпенсионный, а молодежь неохотно едет работать и в ЦРБ, и в ФАПы, несмотря на ощутимую сейчас социальную поддержку *(по программе «Сельский фельдшер» предусмотрена единовременная выплата 750 тысяч рублей)*.

Отмечу, что детское отделение ЦРБ оборудовано по стандарту, есть всё необходимое для оказания медпомощи. В тяжелых случаях всегда можем обратиться за помощью в краевые медицинские учреждения. К примеру, уже в этом году приняли экстренные роды, появился на свет не-



В.О. Федоренко



доношенный ребенок, который был передан в краевой центр охраны материнства и детства в Барнауле.

Немаловажно и то, что в детском отделении подобрались очень хорошие кадры, медсестры работают длительно, с большим опытом.

- Сейчас большое значение придается профилактике заболеваний. В практике педиатра обязательна разъяснительная беседа с мамами на каждом приеме, на выездах, при лечении ребенка в стационаре. *Незаменим в профилактической работе ваш журнал - он есть на всех ФАПах, в кабинетах педиатров в районной больнице.* С фельдшерами регулярно проводим конференции, доводим до их сведения всё новое, что появляется в лечении заболеваний у детей. Радует, что не всегда мамы безоговорочно доверяют интернету. Они «сверяют» почерпнутые на сайтах сведения и услышанное на приеме у педиатра, и поэтому врач должен быть готов к такому обсуждению. Важно вовремя разрешить все сомнения, обследовать ребенка и пролечить, если выявлено заболевание.

Педиатрия -

ЭТО ВСЯ МОЯ ЖИЗНЬ...

Лидия Балтазаровна ЛЯПИНА более со-рока лет проработала в районе, из них более 25 лет она - главный педиатр Целинного района. Кстати, в профессию пришла тоже по семейной традиции. Мне в 90-е годы посчастливилось знать ее отца - **Шнайде-ра Балтазара Петровича**, он 35 лет был фельдшером в селе Степь-Чумыш Целинного района.

Лидия Балтазаровна рассказывает:

- После окончания института совсем недолго работала в Барнауле, потом вернулась в родной район. Тут кадры были сильные - четыре педиатра, примерно одного возраста. Вакантных мест не было, мне пришлось поработать первое время подростковым врачом, дерматологом. Потом один врач уехал, и я перешла в детское отделение. Радует, что врачом в Барнауле работает и мой сын Егор Александрович.



Л.Б. Ляпина

- Что изменилось за это время?

- Детей в районе стало меньше: в начале моей практики детское население составляло 5000 человек, в 2017 году - 3400, а сейчас - 2858 детей. Хотя в последние годы показатели рождаемости стабилизировались и даже стали немного расти. Из позитивного, как врач с большим стажем, могу отметить, что современные дети легче болеют. В этом играют большую роль системные профилактические мероприятия. Когда начинала работать в отделении, было много детей с патологиями сердца, почек. Сейчас большинство проблем выявляются на этапе новорожденности либо во время беременности матери. Тогда и оказывается необходимая помощь, не допуская тяжелой патологии. В то же время стало больше детей с инвалидностью, чаще встречаются психические заболевания. А вот бронхиальная астма, своевременно выявленная и пролеченная, наоборот, не приводит к инвалидности. Заболел ребенок астмой в два года - к пяти годам она о себе никак не напоминает. Современные медикаментозные средства более эф-

фективны при лечении детей. Если раньше ребенка с одышкой и приступом астмы выводили из тяжелого состояния с помощью внутривенных инъекций в течение суток, то сейчас через 4-5 ингаляций его состояние заметно улучшается. Рост случаев психических заболеваний мне трудно объяснить. Диагностируем шизофрению, шизофренически подобный синдром, умственную отсталость, аутизм. Еще десять лет назад про это

только слышали и читали: таких детей просто не было.

И в заключение

Мы намеренно не стали публиковать подробную информацию о всех подразделениях Целинной ЦРБ, показателях ее деятельности, об уровнях и структуре заболеваемости и других «индикаторах», характеризующих эффективность работы ЦРБ.



Мы сделали акцент на специалистов, руководителей подразделений, ветеранов медицины района.

Конечно, мы не смогли пообщаться с каждым работником. Но общий настрой коллектива - позитивный, патриотичный, настрой на достижение поставленных целей - это мы явно ощутили. **Нельзя не отметить множество семейных династий и особое отношение медицинских работников к своей малой родине, которая дает им и возможности становления в профессии, и удовлетворение от работы, и чувство выполненного долга! В этом, в принципе, и есть смысл, ценность человеческой жизни, счастье и радость бытия.**

Планируем через несколько лет встретиться вновь с коллективом Целинной ЦРБ. И очень надеемся, что молодежь, которая сейчас по факту принимает на себя ответственность за организацию медицинской помощи в районе, закрепится в ЦРБ, продолжит многолетние традиции ее коллектива. Мы заручились согласием на будущее интервью и с нынешним главным врачом Целинной ЦРБ - с Ириной Владимировной Шмелевой, и желаем ей последовательной, целенаправленной работы в этой непростой должности. Надеемся и на интервью с теми молодыми специалистами, кого мы уже упомянули (и даже не упомянули!) в этом материале.

До новых встреч на Целинной земле. ☺

И.В. Козлова,
главный редактор



За счастливое здоровое детство!

Профессионал, лидер, гражданин!

Коллектив КГБУЗ «Детская городская клиническая больница №7, г.Барнаул» в торжественной обстановке 26 декабря 2022 года проводил на заслуженный отдых своего руководителя, заслуженного врача РФ, отличника здравоохранения Владимира Петровича ТОКАРЕВА.

Проявляя глубокое уважение своему лидеру, врачи, медицинские сестры, лаборанты, санитарки и другие работники больницы встречали его в этот день в зале для конференций стоя и с аплодисментами!

Это был самый трогательный, и, возможно, один из важных рабочих дней Владимира Петровича - день, когда он в кругу коллег подвел итог своей многолетней профессиональной деятельности. Дело, которому он посвятил свою жизнь, его детище - высокопрофессиональный, ответственный коллектив единомышленников, который работает в современной хорошо оснащенной больнице и который будет и дальше оказывать медицинскую помощь детям края.

Обращаясь к коллегам, Владимир Петрович сказал вроде простые, но по сути и смыслу такие ёмкие слова:

- Оглядываясь на свой довольно длинный и непростой профессиональный путь, хочу выразить слова благодарности своим учителям в профессии, которые делились знаниями, наставляли, помогли мне професси-

онально расти. Благодарю всех коллег - соратников, с которым бок о бок честно выполняли высокую миссию - спасали жизни детей, делая всё возможное, а порой и невозможное...

Благодарю свою семью и близких за терпение, понимание и поддержку. Я благодарен судьбе за то, что состоялся в профессии, стал врачом, заслуженным человеком.

Коллективу хочу пожелать того же трудолюбия, постоянного совершенствования своего профессионального мастерства, умения мгновенно в критических ситуациях принимать единственно верное решение, сохранять традиции и верность нашей родной больнице.

Владимир Петрович Токарев - очень собранный, ответственный и в то же время скромный человек. Отвечая на вопросы о себе, он немногословен. Родился в 1954 году в городе Змеиногорске, где и окончил среднюю школу. В 1977 году стал выпускником педиатрического факультета Алтайского государственного медицинского института.



- В семье я первый, кто решил посвятить себя медицине, - рассказывает Владимир Петрович. - И верю, что девизу врача «светя другим, сгораю сам!» будут следовать продолжатели нашей династии Токаревых-Баевых - дочь и внучка, которые подхватили у меня профессиональную эстафету.

Трудовой путь Владимира Петровича - это новаторство и созидание. В **1977 году** после окончания субординатуры («детская хирургия») по распределению он был направлен в детскую областную больницу города Горно-Алтайска. Там же после окончания в **1979 году** первичной подготовки по анестезиологии-реанимации стал фактически родоначаль-



Медицина - призвание, гражданский подвиг

ником этой службы в учреждении, в последующие **1994-1995 годы** Владимир Петрович работал руководителем детской областной больницы.

Возглавив в **1996 году** детскую больницу №7 Барнаула, Владимир Петрович практически сразу начал работу по ее развитию. Организация ремонта имеющихся зданий, их техническое перевооружение, внедрение новых технологий, а главное - формирование и постоянное обучение медицинского персонала. Кстати, изначально больница располагалась в приспособленном помещении типового детского сада. Именно Владимир Петрович стал инициатором строительства на ее площадке новой многопрофильной больницы. За годы его работы коечный фонд со 150 единиц достиг 300 (в настоящее время - 260 коек).

В **2005 году** уже был сдан новый корпус «Мать и дитя», в котором до 2019 года в полном объеме оказывалась неонатологическая помощь новорожденным и недоношенным детям с экстремальной и очень низкой массой тела при рождении. Успехи коллектива в этом направлении были высоко оценены профессиональным сообществом - Ассоциацией неонатологов РФ (почетная грамота Ассоциации, победитель республиканского конкурса в номинации «Лучшая медицинская организация», 2016 год).

2008 год. Сдана в эксплуатацию вторая очередь хирургического корпуса общей площадью 2595 кв.м, при строительстве которого впервые в крае использовалась технология «чистых помещений» с автоматической системой очистки и кондиционирования воздуха.

В **2013 году** больница получила лицензию на оказание ВМП по неонатологии, детской хирургии (что позволило активно развивать неонатальную хирургию, эндоскопические хирургические технологии у детей, в том числе и новорожденных), офтальмологии (была проведена первая в крае лазерная коагуляция сетчатки у новорожденных), сердечно-сосудистой хирургии (единственное отделение в крае осуществляет клепирование НАПов у недоношенных детей), педиатрии.

В **2014 году** проведена реконструкция корпуса, прилегающего к хирургическому, что позволило расширить площади детского хирургического отделения, открыть эндоскопи-

ческий кабинет, малую операционную для центра амбулаторной хирургии. Открытие в **2017 году** дневного стационара детской хирургии позволило значительно увеличить доступность этого вида помощи детям.

2018 год. Владимир Петрович Токарев открывает в больнице первое в крае детское отоларингологическое отделение на 30 коек и того же профиля дневной стационар на 10 коек. Этому предшествовали и реконструкция помещений, и оснащение современным оборудованием, в том числе и эндоскопическим лор-оборудованием, подготовка персонала. И как результат - в **2019 году** получена лицензия по ВМП по отоларингологии. В этом же году получены лицензии на ВМП по абдоминальной хирургии, детской урологии-андрологии, внедрена система менеджмента качества по международным стандартам ИСО ГОСТ 9001-2015.

Работа по улучшению условий работы не останавливается.



О коллективе Владимир Петрович рассказывает с особой теплотой и гордостью. Медицинский персонал - это 338 человек: 51 врач и 134 медицинские сестры (поверьте на слово - всех назвал поименно и у каждого отметил массу достоинств!). Ведь случайных людей в коллективе нет.

О своих регалиях и наградах - опять скромно умолчал. В 2009 году В.П. Токареву присвоено высокое звание «Заслуженный врач РФ». Имеет нагрудный знак «Отличник здравоохранения», неоднократно отмечался благодарностями, почетными грамотами регионального, ведомственного и городского уровней. Владимир Петрович Токарев заслуженно занесен на Доску почета города Барнаула.

Спросили и о незавершенных делах или проблемах. Не без сожаления говорит о «замороженном» в 2015 году строительстве 9-этажного лечебного корпуса больницы, хотя была



подготовлена проектно-сметная документация, проведена ее экспертиза. Экономические проблемы...

Упомянул и о сложном для коллектива периоде в 2019 году, когда в рамках общей реорганизации в системе здравоохранения края, в том числе детского, в больнице были закрыты два отделения патологии новорожденных и недоношенных детей на 80 коек, отделение реанимации и интенсивной терапии на 12 коек. Значительная часть персонала тогда вынуждена была перейти на работу в другие медицинские организации края - это не могло не сказаться на моральном духе коллектива. Владимир Петрович уверен:

- Ситуация была не простой, но мы, как мне кажется, справились... Сила нашего коллектива в том, что он ставит перед собой серьезные цели, выполняет непростые задачи.

Владимира Петровича заслуженно высоко ценят в коллективе - не только за его высокий профессионализм, умелое руководство и полную самоотдачу в работе. Душевная доброта, отзывчивость, внимательное и неравнодушное отношение к людям - те главные человеческие качества, которыми он снискал глубокое уважение и доверие сотрудников.

Неутомимый труженик, новатор, блестящий организатор - именно так характеризуют его коллеги.

И это так! Его профессиональную деятельность, реальные результаты его труда можно без ложной скромности можно назвать **гражданским подвигом**.

Владимиру Петровичу - заслуженного отдыха! Здоровья, насыщенной жизни. Наверстать то, что не успевал в период ответственной всепоглощающей работы. Но нам почему-то кажется, что его опыт, дружеский совет и доброе напутствие всё также будут нужны его коллегам... ☺





Миома матки и ЭМА



Марина Анатольевна ТИМЧЕНКО,

заведующая гинекологическим отделением, врач-акушер-гинеколог высшей квалификационной категории, ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД - Медицина» города Барнаул»;



Анжелика Ивановна ГАЛЬЧЕНКО,

кандидат медицинских наук, врач-акушер-гинеколог высшей квалификационной категории, доцент кафедры акушерства и гинекологии с курсом ДПО ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России

Миома матки - наиболее часто встречающаяся доброкачественная опухоль. Несмотря на длительную историю изучения причин и механизма развития опухоли, в настоящее время нет однозначных ответов на вопросы: у кого именно, в каком возрасте и с какой скоростью опухоль будет увеличиваться в размерах.

Факторы риска

Известны факторы риска развития миомы матки у женщин:

- ▶ раннее менархе,
- ▶ отсутствие родов в анамнезе,
- ▶ большое количество аборт,ов,
- ▶ поздний репродуктивный возраст,
- ▶ ожирение,
- ▶ хронические воспалительные процессы,
- ▶ наследственность.

Средний возраст выявления миомы матки - это **32-34 года**, с частотой встречаемости до 40%, а пик заболеваемости приходится на начало менопаузы, когда частота встречаемости достигает уже 70%.

В последние десятилетия отмечается значительное «омоложение» пациенток с диагностированной миомой матки.

Коварство заболевания заключается в том, что миома может длительное время не проявлять себя никакими симптомами и к моменту их появления может достигать больших размеров или же иметь множественный характер. И в такой ситуации далеко не всегда есть возможность сохранения органа.

Для своевременного выявления миомы матки очень важен регулярный осмотр у врача и проведение ультразвукового исследования органов малого таза.

Особенно если у женщины имеются факторы риска!

Классификация узлов

Симптомы заболевания зависят от расположения узлов. Существует наглядная классификация, позволяющая понять анатомию миомы и, самое главное, определить план лечения.

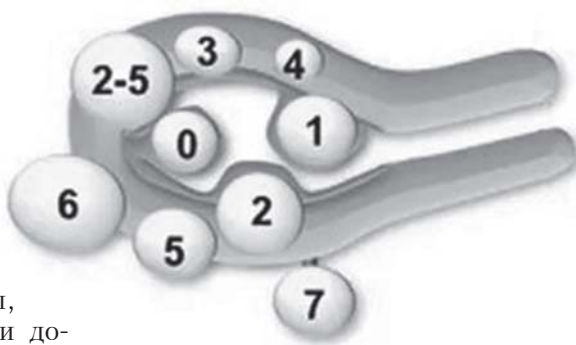


Рис. 1. Схематичное расположение миоматозных узлов в стенке матки.

Наиболее ярко проявляют себя **субмукозные узлы 0, 1 и 2 типа**. Это узлы, которые компрометируют полость матки, деформируют ее стенки и даже при малых размерах проявляются обильными маточными кровотечениями. Такие узлы не наблюдают, так как есть опасность развития очень обильного кровотечения, что может быть опасным для жизни женщины. Кроме того, в ситуации постоянной повышенной кровопотери развивается железодефицитная анемия, нередко тяжелой степени, что отрицательно сказывается на всем организме женщины в целом.

Поэтому эта группа узлов подлежит хирургическому лечению.



Узлы 3, 4, 5 типа расположены в толще стенки матки. При небольших размерах в подавляющем большинстве случаев протекают бессимптомно. Однако при множественных узлах могут проявляться также увеличением менструальной кровопотери.

Тактика лечения зависит от размеров узлов и симптомов. При небольших размерах и отсутствии клинических проявлений возможно наблюдение, назначение медикаментозного лечения. При достижении размеров более 5 сантиметров и (или) множественном характере решается вопрос о хирургическом лечении.

Узлы 6 и 7 типа растут в направлении, обратном полости матки. При небольших размерах они также чаще протекают бессимптомно. В случае роста узлы 7 типа могут перекручиваться вокруг своей ножки, что проявляется приступами болей в животе и что требует экстренной операции. При достижении больших размеров (более 5-6 сантиметров) узлы могут проявляться симптомами сдавления соседних органов.

Узлы 7 типа подлежат хирургическому лечению даже при небольших размерах. **Узлы 6 типа - в зависимости от их размеров и симптомов.**

Симптомы миомы матки

При увеличении размеров миомы (а миома может вырастать до размеров доношенной беременности, занимая всю брюшную полость) развиваются симптомы сдавления соседних органов, что проявляется учащенным мочеиспусканием или затруднениями опорожнения кишечника (запорами).

При наличии опухоли больших размеров пациентки также отмечают появление одышки при физической нагрузке, увеличение живота в размерах, невозможность наклониться.

Кроме того, миома матки может быть причиной бесплодия и невынашивания беременности.

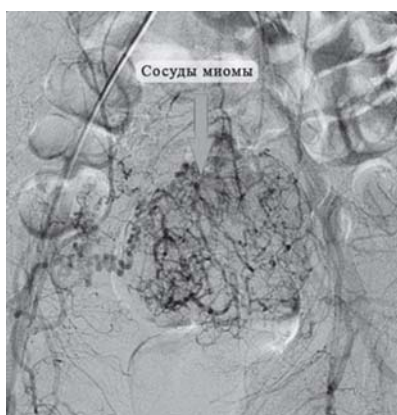


Рис. 2. Снимок до ЭМА.

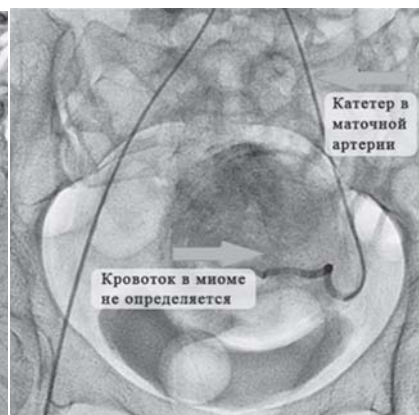


Рис. 3. Снимок после введения эмболов.

Лечение

миомы матки

Хирургическое лечение показано при:

- ◆ наличии симптомов маточных кровотечений,
- ◆ симптомах сдавления соседних органов,
- ◆ достижении размеров миомы, соответствующей 3-4 месяцам беременности.

В гинекологических стационарах России по поводу миомы матки выполняется до 50-70% оперативных вмешательств, из которых до 80% приходится на удаление органа. Средний возраст пациенток, подвергшихся радикально операции при миоме матки, составляет 40 лет. Многие современные женщины к этому возрасту только начинают планировать беременность. Поэтому одной из важнейших задач современной гинекологии является разработка сохраняющих репродуктивную функцию органсберегающих хирургических и консервативных методов лечения миомы матки.

Одним из таких методов является селективная эмболизация маточных артерий (ЭМА).

Что такое ЭМА

ЭМА при миоме матки - метод, позволяющий бороться с доброкачественной опухолью без активного хирургического вмешательства, сохраняющий пациентке полностью функционирующую матку, способность забеременеть и выно-

Миома может длительное время не проявлять себя никакими симптомами и к моменту их появления может достигать больших размеров или же иметь множественный характер. И в такой ситуации не всегда есть возможность сохранения органа.



К ЭМА допускаются пациентки с заболеваниями сердца и дыхательной недостаточностью, которым противопоказаны полостные операции.

суть ребенка. Эта малоинвазивная процедура, сводящая к минимуму риски осложнений и рецидива, и которая позволяет женщине в короткие сроки вернуться к привычной жизни.

Что же такое эмболизация миомы? Миома, являясь доброкачественной опухолью из гладкомышечных волокон, «забирает на себя» до 90% кровоснабжения матки. При этом **сосуды миомы имеют ряд особенностей:**

- они толще (шире) обычных сосудов матки;
- они имеют более низкое периферическое сосудистое сопротивление (то есть кровь или любые частицы устремляются в первую очередь в них);
- они не имеют так называемых коллатералей (то есть соединения с другими мелкими артериями) в пределах миомы.

Именно благодаря этим особенностям сосудов миомы эмболизация миомы матки стала возможна и при этом является эффективной процедурой.

Суть метода состоит в том, что врач в специальной рентгенооперационной через маленький прокол в бедренной артерии заводит тонкий (2мм) гибкий катетер в сосуды, питающие миому. Затем через него вводятся небольшие (от 300 до 900мкм) биологически инертные калиброванные частицы - **эмболы**, сертифицированные для проведения этой процедуры.

Очень быстро эмболы закрываются волокнами фибрина и тромботическими массами так, что они

не могут сдвинуться с места. Артерия оказывается надежно закупоренной. Отсутствие кровоснабжения порождает процесс замещения узла соединительной тканью - фиброз. Узлы уменьшаются в среднем в два раза без возможности повторного роста. По сути, *остается соединительная ткань, которая не представляет угрозы для здоровья.* Узлы, растущие в полость матки, постепенно теряют с ней связь, выталкиваются в полость матки и выходят наружу. В небольшом количестве эмболы могут оказаться и в сосудах, питающих матку, но это не отразится на ее кровоснабжении. За счет разветвленной кровеносной сети произойдет быстрое вымывание эмболов из здоровых участков. Небольшая их часть разрушится естественным образом.

Показания и противопоказания к ЭМА

Проводить эмболизацию можно **любой женщине вне зависимости от размеров опухоли и количества узлов.**

Есть случаи, когда ЭМА является единственным методом эффективного лечения миомы матки с минимальными последствиями. Например, при рецидивах после миомэктомии - удаления миоматозных узлов.

Эмболизация показана в ситуации, когда узлов много и они расположены в труднодоступных для хирургического вмешательства участках.

К процедуре также допускаются пациентки с заболеваниями сердца и дыхательной недостаточностью, которым противопоказаны полостные операции.

Тем не менее, эмболизация маточных артерий - это не универсальная методика, подходящая всем пациенткам с миомой матки. Существуют и **противопоказания** для этого вмешательства. Это:

- ◆ аллергия на йодистые препараты,
- ◆ беременность,



- ◆ онкологические заболевания,
- ◆ острые воспалительные процессы в матке и прилежащих органах.

Несмотря на кажущуюся простоту, **эмболизация артерий - технически сложная процедура, которая требует от хирурга высокой квалификации и узких профессиональных знаний**, в том числе в области рентгеноанатомии матки и органов малого таза, **внимательности и высокой точности**. Это во многом определяет успех проведения ЭМА и снижает риск негативных последствий.

По статистике, **осложнения после ЭМА** возникают в 1% случаев. Это могут быть, например, тромбоз пунктированной артерии, аменорея, нарушение менструального цикла, повреждение катетером артерии малого таза.

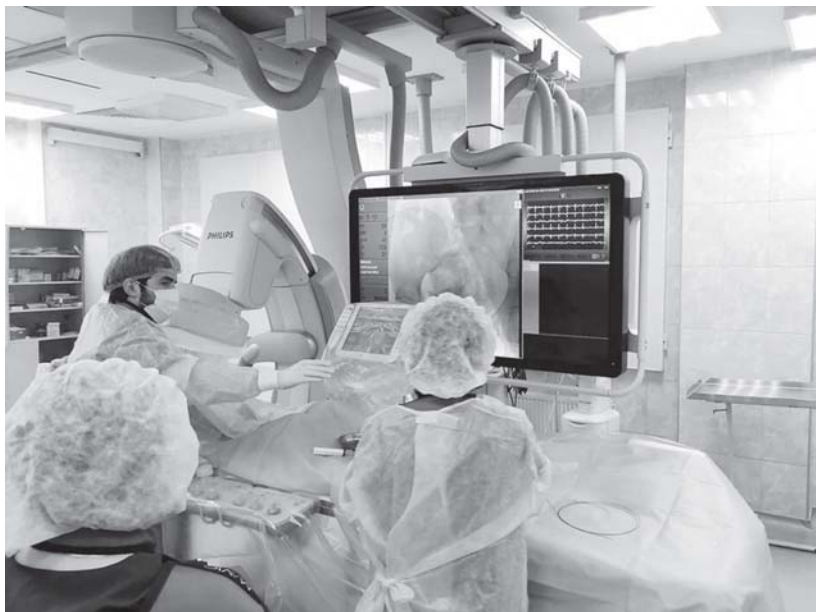
Симптомы после операции

После операции пациентка может испытывать **умеренную боль**, которая длится от восьми часов до нескольких суток. Для облегчения состояния проводят обезболивающую терапию. Затем боль стихает, но в течение месяца она может возвращаться при переутомлении, переохлаждении, поднятии тяжестей и в других случаях.

Не исключены **повышение температуры, появление слабых кровянистых выделений**. Больные могут жаловаться на **быструю утомляемость и слабость**.

Первая менструация после эмболизации может оказаться болезненной, проходить с выделением кровяных сгустков. Затем всё придет в норму: объемы кровотечений снизятся, цикл станет регулярным.

Уменьшение объема матки и сокращение узлов можно фиксировать уже через месяц. Полный процесс дегенерации миомы может растянуться на полгода. Постепенно исчезают симптомы сдавления тканей. В целом по итогам операции матка с узлами уменьшается. По



статистике, большинство женщин после ЭМА полностью избавляются от мучительных симптомов опухоли или чувствуют себя значительно лучше.

Преимущества ЭМА

Для лечения миомы врачи практикуют разные подходы и методы: консервативные и оперативные. Для выбора эффективного метода лечения миомы матки, подходящего конкретной пациентке, необходима консультация квалифицированного врача - гинеколога, имеющего опыт лечения больных с данной патологией.

ЭМА не является хирургической операцией и не конкурирует с таковыми напрямую. Она позволяет решить проблему достаточно быстро и безболезненно. Процедура не предполагает оперативного вмешательства, поэтому, как правило, она не несет осложнений или непредвиденных реакций. Для ЭМА не требуется наркоз, а на матке не остаются рубцов.

Период физического восстановления после ЭМА обычно не превышает недели, в то время как после гистерэктомии он может затянуться на несколько месяцев.

И главное - **после ЭМА практически не бывает рецидивов**. Женщина получает возможность навсегда забыть о миоме. ☺

ЭМА позволяет решить проблему достаточно быстро и безболезненно. Процедура не предполагает оперативного вмешательства, поэтому, как правило, она не несет осложнений или непредвиденных реакций.





Про это алгоритмов нет

«Без всякой брезгливости, без всякого отвращения должны мы омыwać, перевязывать и лечить отвратительные и зловонные гнойные раны братьев наших - раны телесные. Также с великим смирением и любовью должны мы врачевать и духовные раны братьев наших, сносить немощи немощных, как повелевает апостол Павел; служить им, а не властвовать над ними; никем не повелевать, но быть всем слугой».

**Врач, пастырь Русской Православной церкви
архиепископ Лука**



**Екатерина Владимировна
ФИТИСОВА,**

медицинская сестра
процедурная неврологического
отделения нарушений
мозгового кровообращения,
высшая квалификационная
категория, КГБУЗ «Краевая
клиническая больница»,
член ПАСМР с 2016 года.
Победитель краевого конкурса
«Лучшая профессиональная
статья специалиста
со средним медицинским
образованием - 2022»

Инсульт - это острое нарушение мозгового кровообращения, которое и сегодня продолжает оставаться важнейшей медико-социальной проблемой, связанной с высокой долей заболеваемости, смертности населения, высокими показателями временной нетрудоспособности и инвалидизации. Инвалидизация вследствие инсульта занимает первое место среди всех причин первичной инвалидности.

В Российской Федерации проживают более одного миллиона человек, перенесших инсульт, при этом треть из них



**С наступающим
Новым 2023 годом и Рождеством!**

Дорогие коллеги, единомышленники и партнеры Ассоциации!

Тепло и сердечно поздравляем вас с наступающими новогодними праздниками! Пусть грядущий год для вас будет успешным и богатым на приятные события, станет годом созидательной и плодотворной работы, оправдает все самые добрые ожидания, принесет новые профессиональные победы и достижения! Искренне желаем вам и вашим близким крепкого здоровья, благополучия, исполнения заветных желаний, и самое главное – мира и спокойствия! Счастливого Нового года!

С уважением,
Президент АРОО «Профессиональная
ассоциация средних
медицинских работников»

Г.И. Мамонтова
Г.И. Мамонтова



При ограничении физической активности пациент зачастую стесняется попросить помощи для реализации своих простых базовых потребностей. И помочь здесь может только медицинский персонал.

- это лица трудоспособного возраста, причем, к труду возвращается только каждый четвертый больной.

Неврологическое отделение острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК), в котором я работаю, открыто в 2008 году на базе КГБУЗ «Краевая клиническая больница» в связи с внедрением в Алтайском крае комплекса мероприятий по совершенствованию медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями. Отделение имеет 60 коек, из них 12 нейрореанимационных коек, 48 - ранней реабилитации. Прием пациентов в наше отделение осуществляется в круглосуточном режиме.

Одним из приоритетных направлений лечения при инсульте является ранняя реабилитация. И эффективность реабилитации зависит от правильной координации и согласованности действий различных специалистов. Помощь пациентам оказывается с применением современных технологий, которые включают медикаментозную терапию и раннюю реабилитацию мультидисциплинарной бригадой, которая работает как единая команда с четкой согласованностью действий, что обеспечивает целенаправленный подход к реализации задач.

Улыбка как лекарство

Я работаю в отделении ОНМК практически с самого его открытия. За этот период было пролечено около 16 тысяч пациентов. При моем трудоустройстве помимо типичных мероприятий, связанных с собеседованием, ознакомлением с функциональными обязанностями, старшая медицинская сестра сделала акцент на особенностях работы в ОНМК с тяжелобольными пациентами после перенесенного инсульта, их нестандартным поведением, особенными потребностями, которые требуют индивидуального подхода, а также обязательного проявления терпения, милосердия и сострадания. Несмотря на предупреждения о таких особенностях каждодневной работы, я сделала свой выбор - и ни разу за все эти годы о нем не пожалела.

Каждый раз, заступая на смену, я забываю о личных проблемах, потому что мои пациенты ждут меня веселой, энергетически заряженной, а главное - с улыбкой. Улыбка должна быть не только на лице, но и в душе, ведь улыбка создает моментальный контакт с пациентом. Улыбка во взгляде невольно располагает к себе любого, а наши пациенты особенно чувствуют искренность, их не обманешь.

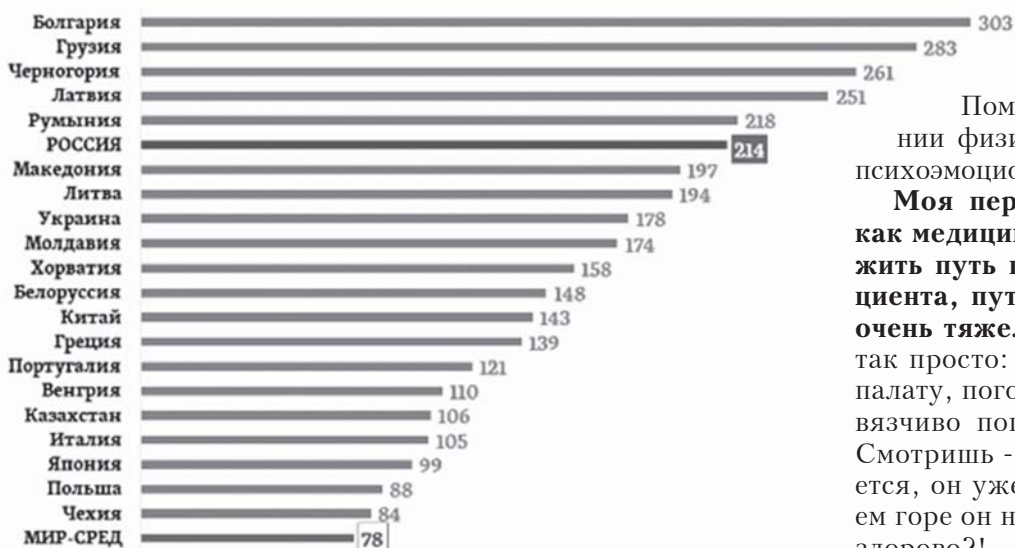
Работая в таком отделении, как ОНМК, можно понять, увидеть и услышать потребность пациентов в помощи.

Помощь не только в решении физических проблем, но и психоэмоциональных.

Моя первоочередная задача, как медицинской сестры, проложить путь к выздоровлению пациента, путь, который зачастую очень тяжело найти. Но ведь это так просто: улыбнуться, заходя в палату, поговорить о погоде, ненавязчиво пошутить, приободрить. Смотришь - а пациент уже улыбается, он уже чувствует, что в своем горе он не одинок. Разве это не здорово?!

СМЕРТНОСТЬ ОТ ИНСУЛЬТОВ

случаев на 100 тысяч населения, 2016

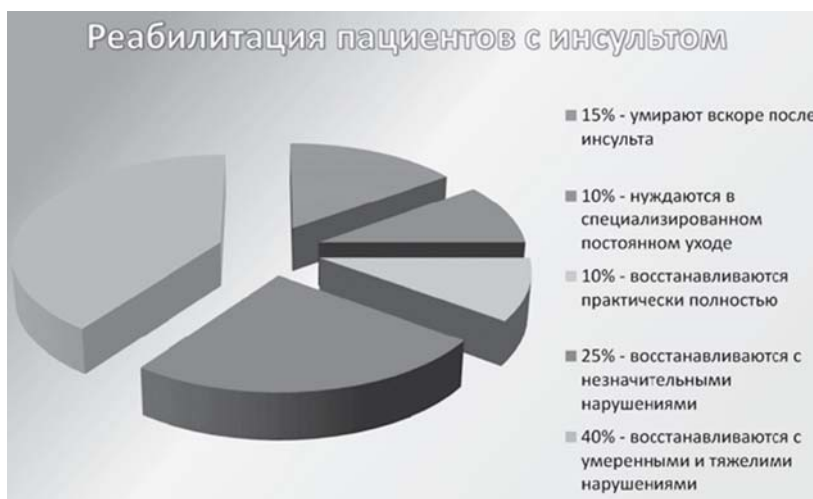


Немедицинские проблемы

Существуют проблемы, которые решаются медикаментозным способом, например, повышенное артериальное давление, боль и другие. Чего не скажешь про появившиеся множественные психоэмоциональные и физические проблемы у пациентов, которые перенесли инсульт. Это - нарушение глотания, слабость в теле и конечностях, недержание, боль в голове и теле, паралич, нарушения сна, слуха и зрения. Нередко в отделениях острых нарушений мозгового кровообращения лежат очень тяжелые пациенты с утратой сразу нескольких способностей.

При ограничении физической активности пациент зачастую стесняется попросить помощи для реализации своих простых базовых потребностей, например, попить, когда не слушаются свои руки и налить воду в стакан может только медицинский персонал. Поэтому одна из моих особых, так скажем, обязанностей в работе в отделении является контроль водного баланса (не менее двух литров в сутки) у пациентов. Ведь они и сами не попьют, и могут постесняться лишний раз попросить об услуге.

Нередко при приеме пищи пациенты не могут удержать ложку, или еда выпадает изо рта, или трудно сделать глотательные движения, что приводит к нервозности или стеснению человека. И после не-



скольких неудачных попыток они просто отказывается от приема пищи. Для предотвращения таких ситуаций я поощряю самостоятельные попытки приема пищи, находясь рядом с пациентом, при этом всегда нахожу слова поддержки. Подхожу к пациенту именно с пораженной стороны тела, чтобы он про нее не забывал и не игнорировал, что чаще всего случается при гемипарезе.

Многие наши пациенты сталкиваются с различными нарушениями и коммуникативного общения. Они не могут говорить или внятно высказать свои просьбы. Из-за нарушения речи пациент способен озвучивать только односложные слова, и медицинскому персоналу в этом случае приходится применять невербальное общение. Конечно, можно написать, однако, многие писать не могут, не получается или даже забыли. Они пробуют писать, но рука не слушается, буквы прыгают, пациенты недоумевают, почему их никто не понимает, расстраиваются или злятся. Мы стараемся их понять с помощью мимики и жестов, и в большинстве случаев это удается.

Я поощряю самостоятельные попытки приема пищи, находясь рядом с пациентом, при этом всегда нахожу слова поддержки. Подхожу к пациенту именно с пораженной стороны тела, чтобы он про нее не забывал и не игнорировал.



Советы медицинской сестры

◀ При переводе пациентов из реанимации в общую палату, первым делом они беспокоятся о сохранности своих вещей, в особенности телефонов, слуховых аппаратов, денег и очков, вставных челюстей. Мы всех сразу же успокаиваем, что их ценные вещи все сохранены, описаны и находятся в сейфе у старшей медицинской сестры отделения.

Определенные необходимые для привычной жизни вещи: вставные челюсти, слуховые аппараты и очки - возвращаем пациентам сразу же после их перевода в общую палату больницы.

Молодеющий инсульт

Инсульт у молодых людей в настоящее время не является чем-то необычным. Неумолимая статистика утверждает, что это заболевание стремительно «помолодело». Печально, когда в отделение привозят молодых людей в памперсах. Не каждому человеку дано понять, какие ощущения человек трудоспособного возраста испытывает, находясь в таком состоянии. Он напуган, обижен, ему стыдно, он не понимает, что происходит и что же ему делать дальше...

Да, работать с нашими пациентами тяжело, но ведь им еще тяжелее.

Иногда нужно решать нестандартные проблемы пациентов. Был в моей практике пациент, который очень расстраивался, что родственники не понимают по телефону его речь, так как после инсульта он плохо говорил. На помощь нам пришли современные технологии - видеосвязь. Таким образом, пациент был очень рад увидеть своих родственников, он смог объяснить им многое с помощью жестов по видеозвонку. Разговаривая с ними таким образом каждый день, пациент быстро пошел на поправку.

Безусловно, выполнение врачебных назначений, обеспечение качественного ухода за пациентом, про-



филактика пролежней и т.п. в соответствии с профессиональным стандартом являются моей непосредственной обязанностью, как и выполнение утвержденных СОПов и алгоритмов.

НО! Важно понимать, что невозможно прописать всё. Как заложить в официальный документ душевность, сострадание и любовь к работе, которую выполняешь каждый день?

Для меня важно не зачерстветь душой, никогда не забывать, что от несчастья никто не застрахован. Этот человек еще вчера был здоров, активен, находился в окружении любимых и близких людей, ходил на работу, а сегодня он оказался на больничной койке в непривычной среде, с массой проблем и потребностей и непонятным будущим. И именно моя поддержка и помощь, как медицинской сестры неврологического отделения острых нарушений мозгового кровообращения, и, конечно же, мягкая улыбка не позволят ему остаться одному во время пребывания в больнице. ☺

Наши пациенты не могут говорить или внятно высказать свои просьбы. Они способны озвучивать только одно-сложные слова. И медицинскому персоналу в этом случае приходится применять невербальное общение.



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



Синдром Клайнфельтера - не редко, но метко!



Инна Александровна ВЕЙЦМАН,

кандидат медицинских наук, врач-эндокринолог высшей квалификационной категории, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней имени профессора З.С. Баркагана ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России,



Софья Геннадьевна ТУПЯКОВА,

студент третьего курса института клинической медицины, член научного кружка «Эндокринная рапсодия», ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России

Из практики. На приеме обеспокоенная мама с 16-летним сыном. Он - высокий красивый подросток с достаточно высоким голосом. Основная причина визита - у него не развиваются вторичные половые признаки: нет роста волос по мужскому типу на лице, в подмышечных областях, на лобковой области, не мутирует голос, по заключению врача-андролога «объем яичек соответствует 10-летнему мальчику». В чем проблема? Необходимо исключить синдром Клайнфельтера.

Синдром Клайнфельтера

Синдром Клайнфельтера является одной из наиболее распространенных врожденных эндокринных патологий у лиц мужского пола. Патология обусловлена наличием в мужском кариотипе дополнительной половой X-хромосомы (одной или нескольких). В отличие от многих анеуплоидий синдром Клайнфельтера не ассоциирован с повышенным риском аборт и не является летальным фактором. В результате генетической патологии не происходит рост и функционирование яичек, как эндокринного органа, что проявляется дефицитом гормона тестостерона.

Распространенность

Общемировая распространенность синдрома Клайнфельтера оценивается в **1 случай на 500-600 мужчин**. Частота встречаемости синдрома в России соответствует мировой (около 0,2%). Синдром Клайнфельтера занимает третье место среди эндокринных патологий - после сахарного диабета и заболеваний щитовидной железы.

Стоит отметить, что данный синдром **нередко не сразу распознается врачами. Это может быть связано со следующими основными причинами:**

- синдром Клайнфельтера *обычно клинически проявляется лишь после периода полового созревания* и поэто-

му диагностируется относительно поздно даже узкими специалистами (эндокринологом, урологом-андрологом и другими);

- клиническая гетерогенность заболевания, а иногда и «стертость» его симптомов, заставляет таких пациентов длительное время наблюдаться у детских и взрослых врачей различных специальностей *уже с осложнениями, связанными с отсутствием заместительной терапии.*

Факторы риска

Фактором риска развития синдрома Клайнфельтера, предположительно, является **возраст матери**. Связь с возрастом отца не установлена.

Механизмы развития заболевания

Каждая клетка человеческого организма содержит 23 пары хромосом, 22 из них - аутосомы, одна пара - половые хромосомы: XX - у женщин и XY - у мужчин. **При синдроме Клайнфельтера появляются дополнительные X-хромосомы**, которые в редких случаях могут сочетаться с увеличенным количеством Y-хромосом.

Дополнительные X-хромосомы с равной вероятностью могут иметь отцовское и материнское происхождение.

Важно отметить, что синдром Клайнфельтера **не наследуется** из поколения в поколение.



Клинические проявления синдрома Клайнфельтера

Классические проявления синдрома Клайнфельтера:

- ▶ евнухоидные пропорции тела,
- ▶ недоразвитие наружных половых органов,
- ▶ гипоплазия яичек,
- ▶ отсутствие развития вторичных половых признаков,
- ▶ азооспермия,
- ▶ гинекомастия в период пубертата,
- ▶ нарушения психосоциальной адаптации.

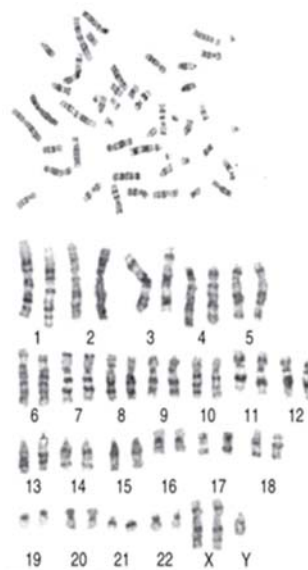
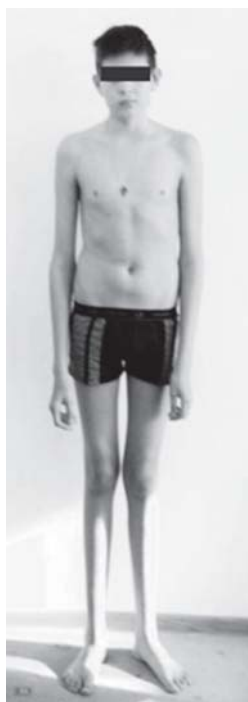
Обычно этот синдром явно проявляется после полового созревания. Но при внимательном наблюдении за ребенком симптомы можно обнаружить и раньше.

До начала полового развития удается отметить отдельные характерные физические признаки: *длинные ноги, высокая талия, высокий рост. Также могут отмечаться мышечная гипотония, дискоординация движений, гипермобильность суставов, неопущенные яичка в мошонку.* Следует отметить, что **особенности психического развития и поведения у детей чаще всего служат основанием для проведения кариотипирования в этом возрасте.**

У детей младшего дошкольного возраста могут выявляться *нарушения речевого развития*, включающие трудности выражения мыслей и вербальной коммуникации. Встречаются *трудности с приобретением навыка чтения.*

К началу полового созревания формируются характерные пропорции тела - подростки чаще оказываются выше сверстников (размах их рук редко превышает длину тела, но ноги заметно длиннее туловища). Наблюдается *скудное оволосение лица и груди.* Отмечается *увеличение грудных желез*, которое сохраняется в течение всей жизни, но иногда данный признак может отсутствовать. Гинекомастия при синдроме Клайнфельтера - двусторонняя и безболезненная. Также наблюдается *уплотнение яичек и уменьшение их в размерах.*

Зрелые мужчины с синдромом Клайнфельтера чаще всего обращают-



Кариотип:
47,XXY

Заключение:

патологический мужской кариотип, дисомия по хромосоме X. (с-м Клайнфельтера)

Исследуемый материал:
культура лимфоцитов

ся с жалобами на *бесплодие, эректильную дисфункцию и снижение либидо.* С вероятностью 100% отмечается *андрогенный дефицит* той или иной степени выраженности. Степень вирилизации сильно варьирует, но в большинстве случаев наблюдается *оволосение лобка по женскому типу.* Из-за сниженной продукции андрогенов часто развиваются *остеопороз и мышечная слабость.*

Заболевания, ассоциированные с синдромом Клайнфельтера

Чаще всего у пациентов с синдромом Клайнфельтера выявляются **абдоминальное ожирение, метаболический синдром, сахарный диабет 2 типа, пролапс митрального клапана, остеопороз.**

Абдоминальное ожирение связано с тем, что у пациентов наблюдается андрогенный дефицит, проявляющийся недостатком тестостерона. Тестостерон, в свою очередь, взаимодействуя с рецепторами адипоцитов, стимулирует липолиз и ингибирует их развитие из стволовой клетки. При уменьшении в организме количества тестостерона увеличивается число адипоцитов, накапливающих капли жира.

Обычно синдром явно проявляется после полового созревания. Но при внимательном наблюдении за ребенком симптомы можно обнаружить и раньше.



◀ Синдром Клайнфельтера и возможность получения потомства

Ранее считалось, что пациенты с синдромом Клайнфельтера бесплодны и способности к размножению у них нет.

В настоящее время данная концепция пересмотрена в связи с внедрением методов экстракорпорального оплодотворения и появлением данных о возможности присутствия зародышевых клеток в яйцках больных с синдромом Клайнфельтера.

Диагностика

При наличии характерной клинической картины пациентам проводят **кариотипирование лейкоцитов периферической крови**. Это необходимо для поиска дополнительных X-хромосом. Если они есть, диагноз «синдром Клайнфельтера» подтверждается.



Исследование уровня половых гормонов в крови может выявить снижение концентрации тестостерона и повышение уровня лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормонов.

В отдельных случаях синдром Клайнфельтера можно заподозрить до рождения ребенка: при проведении *неинвазивного пренатального тестирования ДНК плода в крови матери* или в результате *инвазивной пренатальной диагностики* по иному поводу.

Лечение

Пациенты с синдромом Клайнфельтера нуждаются в **пожизненной заместительной терапии препаратами тестостерона**. Ее следует начинать как можно раньше, чтобы предотвратить появление симптомов и последствий андрогенной недостаточности.

Ранняя диагностика, мультидисциплинарный и персонализированный подход к пациентам с синдромом Клайнфельтера способствуют предотвращению осложнений андрогенного дефицита и улучшению социальных навыков, значительно повышая качество жизни пациентов. Ⓜ

Вакцина спасает людей

Микроорганизмы сопровождают человека всю жизнь с самого рождения. Но помимо положительных и необходимых для жизни микробов есть и такие, которые представляют опасность для человека, вызывая различные инфекционные заболевания.

Всё изменилось с появлением вакцин - средств защиты от самых разных инфекций. По данным ВОЗ, вакцины ежегодно спасают от преждевременной смерти от особенно опасных болезней от 2 до 3 миллионов человек во всем мире.

Одной из последних в 2014 году в Национальный календарь профилактических прививок (НКПП) была внесена **пневмококковая вакцина**. В ее отношении эксперты единодушны: она, несомненно, сократит циркуляцию наиболее опасных пневмококков, вызывающих большую часть пневмоний, а также менингит, плеврит, сепсис, отит и другие тяжелые заболевания. Не последнюю роль в этом решении сыграли данные о том, что внедрение пневмококковой вакцины в иммунизационные программы для детей в других странах уже позволило предотвратить сотни тысяч случаев заболевания.

Специалисты Минздрава России с группой экспертов приняли консолидированное решение о целесообразности применения тринадцативалентной вакцины в рамках НКПП. Россия стала одной из (пока) 126 стран, где вакцина применяется для обязательной иммунизации детей.

Исследование эффективности вакцины проводилось с участием представителей групп риска - пациентов с хроническими заболеваниями, у которых течение пневмококковой инфекции может вызвать осложнения, увеличивающие вероятность летального исхода. Исследования проводили при сравнении конъюгированных и неконъюгированных вакцин против пневмококковой инфекции у нескольких групп пациентов. Это были пациенты с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), молодые пациенты с хроническим бронхитом, пациенты с бронхоэктазами, с ХОБЛ в сочетании с сердечной патологией, ХОБЛ с сахарным диабетом и пациенты с профессиональными заболеваниями лёгких. Во всех исследованиях была доказана эффективность вакцинации против пневмококка в уменьшении количества пневмоний, обострений ХОБЛ.

После включения пневмококковой вакцины в НКПП уровень вакцинации стал превышать 80%, снизилась циркуляция самых устойчивых к критически важным антибиотикам вариантов пневмококка, которые были включены в вакцину. Возник эффект их замещения другими - более чувствительными к современным препаратам. И чем больше людей будут вакцинированы, тем больше будет снижаться уровень потребления антибиотиков и резистентности к ним. И, конечно, снизятся показатели смертности от этой инфекции. Ⓜ



Обучение детей навыкам опрятности



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

Овладение навыками повседневной жизни - очень важная часть в развитии ребенка. И прививать эти навыки с раннего возраста необходимо. Именно в раннем возрасте дети переживают сенситивные периоды развития. В эти периоды ребенок проявляет готовность к обучению тому или иному навыку.

Обучение основным навыкам самообслуживания: одеваться, принимать пищу и ходить в туалет - занимает очень долгое время. Поэтому взрослые должны проявлять терпение.

В начале вы должны определить самый важный в данный момент навык, которому хотели бы научить ребенка. Например, нужно научить его держать ложку и принимать пищу. После того, как определили навык, постепенно приступайте к обучению. Не спешите и не требуйте быстрой адекватной реакции от ребенка. Дайте время, чтобы он привыкал и понимал, что от него хотят.

При обучении навыкам повседневной жизни:

- ◆ планируйте и проявляйте последовательность;
- ◆ используйте метод прямых и обратных цепочек (постепенное снижение уровня поддержки);
- ◆ проявляйте терпение.

С чего начать

Чтобы планировать последовательность деятельности, прежде чем начинать учить ребенка к каким-либо навыкам, сначала проделайте все действия сами. Выстройте цепочку действия, определяя какое действие идет за другим. Это поможет использовать

прямую или обратную цепочку обучения.

Прямая цепочка - это когда вы ребенку помогаете сделать самое первое движение, все остальные движения делаете вы сами. При этом каждый раз вы уменьшаете уровень помощи. Например, первый раз вы держали руку ребенка полностью, охватив своими ладонями его руку. В следующий раз вы будете держать его кисть, а затем - локоть. Далее, уменьшая помощь, доходите до жестовой подсказки. То есть, указали пальцем - и ребенок всё делает самостоятельно.

Как только ребенок научился делать первое действие, учите теперь его выполнять первое и второе действие. Затем - третье действие. Таким образом ребенок постепенно научится выполнять навык целиком самостоятельно.

Обратная цепочка - это когда вы проделаете всю последовательность действия и помогаете сделать ребенку последнее движение. Когда он научился делать последнее действие, вы даете ему возможность сделать два последних движения, затем - три. Таким образом ребенок постепенно научится самостоятельно выполнять полностью навык. Всегда помните, что помощь постепенно нужно уменьшать.



Учим пользоваться туалетом

Сформировать навык самостоятельного пользования туалетом понадобится большое количество времени. В онтогенезе (индивидуальное развитие организма) дети начинают проситься в туалет в 18 месяцев (1,5 года). Чтобы ребенок понял, что хочет в туалет, он должен чувствовать внутренний сигнал своего организма. Для этого он должен достичь определенной физической и умственной зрелости.

При обучении туалету используйте «визуальное расписание». В интернете предложено много его вариантов, можете подобрать тот, который будет доступен вашему ребенку.

Для того чтобы учить ребенка ходить в туалет, сначала мы должны узнать, сколько время может терпеть ребенок между походами в туалет, провести хронометраж.

Чтобы начать работать над этим навыком, нужно оставить ребенка без памперса на весь день. На листе бумаги рисовать таблицу, в которой отмечаете время, когда мочился ребенок, - и так в течение всего дня. Определяете среднее время, например, ребенок мочится каждые 1,5 часа. Такое наблюдение лучше провести в течение трех дней.

После того как определили время, начинаем ребенку показывать карточку «визуального расписания» «Туалет» и проговариваем: «Время идти в туалет». Ведем ребенка

Посещение туалета



на одну-две минуты раньше обозначенного времени, которое мы определили до этого.

Если ребенок помочился в горшок или в унитаз, мы его хвалим, целуем, хлопаем в ладоши, песни поем, танцуем и т.д. Одним словом, всячески поощряем его, даже можно использовать пищевые или другие поощрения.

Есть ситуации, когда ребенок отказывается испражняться сидя. Есть дети, которые это делают стоя и отказываются снимать штаны. В таком случае нужно показывать, как это делают братья и сестры, другие дети. Если ребенок сидит на унитазе и отказывается испражняться, дайте ему игрушки для отвлечения. Можно дать ему дуть мыльные пузыри, надувать шарик и т.д. Подобные развлечения дают возможность расслабить соответствующие мышцы.

Полезные советы

Приведем несколько подсказок, которые помогут вам научить ребенка к туалету.



Отобранные записи

Имя ребёнка:		Дата начала:													
Время	День 1		День 2		День 3		День 4		День 5		День 6		День 7		
	Трусы	Туалет	Трусы	Туалет	Трусы	Туалет	Трусы	Туалет	Трусы	Туалет	Трусы	Туалет	Трусы	Туалет	
7:00															
8:00															
9:00															
10:00															
11:00															



Попытки продолжайте постоянно. Считается, что привычки вырабатываются за три недели.

Учите садиться ребенка на унитаз - просто так, в день 6 раз. Начните с минимума, например, пусть он посидит одну минуту, затем две минуты и т.д. Таким образом время сидения на унитазе продлеваем до 10 минут. Использование таймера даст хороший результат - ребенок будет знать, сколько времени ему требуется сидеть.

Понаблюдайте в течение трех «типичных» дней за тем, как ребенок справляет свою нужду. Чтобы правильно внести походы в туалет в распорядок дня, отследите, сколько времени проходит с того момента, как ребенок пьет или ест, до того момента, когда он мочится. Чаще проверяйте его подгузники (например, каждые 15 минут), это поможет вам запланировать в какое время лучше водить его в туалет.

Примите во внимание режим питания ребенка. Изменения в рационе питания, например, большее употребление клетчатки или жидкости, может помочь ему почувствовать желание сходить в туалет.

Покажите карточку «визуального расписания» и говорите: «Время идти в туалет». Не спрашивайте и не уговаривайте, просто ведите ребенка.

Обязательно используйте «визуальное расписание» и включите в него поход в туалет.

Каждый раз, когда идете в туалет, используйте одни и те же слова, знаки или карточку. Таким образом ребенок научится понимать, чего от него хотят.

Используйте наглядное «визуальное расписание». Картинки, демонстрирующие каждый из шагов процедуры похода в туалет, могут помочь ребенку изучить данную процедуру и знать, что произойдет дальше. Во время походов в туалет показывайте ему это «визуальное расписание» по мере прохождения этой процедуры.

Внесите небольшие изменения в повседневную жизнь. Оденьте на ребенка такую одежду, которая очень легко снимается. Переодевайте ребенка каждый раз, когда его подгузники намокают. Меняйте их в ванной комнате или в непосредственной близости от нее.

Вовлекайте ребенка в процесс гигиены. Например, попросите его выбросить содержимое подгузника в туалет, если это возможно. Это может помочь ему понять, что содержимое подгузника должно отправляться в унитаз. Затем попросите смыть бочок и помыть руки после каждого похода в туалет.

Убедитесь в том, что походы в туалет не причиняют ребенку дискомфорта. Он должен чувствовать себя комфортно, сидя на унитазе. Используйте детское сидение или табуретку для ног.

Подумайте о сенсорных потребностях вашего ребенка. Если он не любит определенные запахи, звуки или предметы, к которым он прикасается, находясь в туалете, максимально постарайтесь их изменить.

Подготовьте побольше нижнего белья для смены. На время приучения детей к использованию туалета очень важно, чтобы они носили обычное нижнее белье в течение дня, так как им необходимо чувствовать, когда оно намокает. Подгузники можно использовать толь-





ко тогда, когда ваш ребенок спит или находится вне дома.

Попытки продолжайте постоянно. Считается, что привычки вырабатываются за три недели.

Используйте поощрения. Поощряйте ребенка немедленно после того, как он помог или испражнился в унитаз. Чем быстрее вы поощряете поведение, тем больше вероятность того, что это поведение в будущем усилится. Поощрения за хождение в туалет должны быть особенными и использоваться только для подкрепления этого поведения.

Практикуйте этот навык в разных туалетах. Это даст ребенку понять, что он может использовать различные туалеты и ванны комнаты и в других местах.

Обучение ребенка, в том числе и с особыми потребностями, навыкам опрятности позволяет ему быть более самостоятельным в повседневной жизни. ☺



«Винни-Пух»

ДЛЯ ДОШКОЛЬНИКОВ

Утверждена программа дошкольного образования, которую разработало Минпросвещения вместе со специалистами. Документ вводит единые требования к объему, содержанию и результатам работы с детьми в детских садах. Задача программы - ввести акцент на формирование у детей российских духовно-нравственных и социокультурных ценностей с учетом их возрастных особенностей.

Федеральная программа позволит объединить обучение и воспитание в единый процесс на основе традиций и современных практик дошкольного образования, подкрепленных внушительным объемом культурных ценностей. Например, в программе есть несколько списков из современных и классических изобразительных, художественных, музыкальных произведений, с которыми **рекомендуется познакомить детей с рождения и до 7-8 лет.** В первую очередь это *малые формы фольклора, русские народные сказки* - всеми любимые «Колобок», «Репка», «Теремок», *поэзия* Барто, Маршак, Токмаковой, Усачева.



Список кино и мультфильмов состоит из отечественных и зарубежных названий. Так, рекомендована уже «классика»: «Котенок по имени Гав», «Мальш и Карлсон», «Маугли», «Винни-Пух», «Бременские музыканты», «Снежная королева», «Сказка о царе Салтане». Включены и *работы более современные*: «Суворов: Великое путешествие», «Белка и Стрелка. Звездные собаки», «Фиксики». Из *фильмов* рекомендованы сказки «Варвара-краса, длинная коса», «Золушка», «Приключения Буратино», «Морозко». Из *зарубежной анимации* в список попали «Бемби», «Король лев», «Алиса в Стране чудес», «Ледниковый период», «Долина муми-троллей», «Мой сосед Тоторо», «Рыбка Поньо на утесе» и т.д.

В документе поясняется: полнометражные анимационные и кинематографические произведения предназначены «для совместного просмотра, бесед и обсуждений со взрослым», а также «использования в образовательном процессе».

Важно, и это прописано в программе: **от дошкольника в силу возраста нельзя требовать конкретных образовательных достижений.** Поэтому планируемые результаты освоения Федеральной программы - это лишь ориентиры возможных достижений ребенка к определенному возрасту. В программе они четко прописаны - к одному году, к трем-четырем годам и так далее. Особо указано: *ребенок может продемонстрировать какие-то результаты на 1-2 месяца раньше или позже «нормативов».* И это - нормально. ☺





Уважаемые читатели!

Открыта редакционная подписка краевого медико-социального журнала на 2023 год (адрес доставки в квитанции). Подписка на наш журнал традиционно является хорошим подарком к различным семейным праздникам: свадьбе, рождению ребенка, дню рождения...

Журнал «Здоровье алтайской семьи» получают для структурных подразделений образовательные и иные социальные и общественные организации края, руководители крупных промышленных предприятий и представители среднего и малого бизнеса, заинтересованные в сохранении и укреплении здоровья своих сотрудников, подписывают достаточное количество комплектов издания для проведения пропаганды ЗОЖ, профилактики заболеваний.

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

Подписка на наш журнал - полезный подарок!

ИЗВЕЩЕНИЕ	Внимание!!! Обязательно заполнить ФИО получателя корреспонденции.											
	Наименование получателя платежа: ООО "Издательство "Вечерний Новоалтайск" ИНН: <u>ИНН 2263020152 КПП 220801001</u> Номер счета получателя платежа: 40702810600020000162 Наименование банка: ООО КБ "Алтайкапиталбанк" г.Барнаул БИК: 040173771 Кор.счет: 30101810900000000771 ОКПО: 52090627 ОГРН: 1022202409426 Наименование платежа: <u>Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» на 2023 г. №1-12</u> Плательщик (Ф.И.О.): _____ Адрес получателя корреспонденции _____ (представительство журнала «Здоровье алтайской семьи») Наименование фирмы (ФИО) 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» 2023 год, №1-12</td> <td style="text-align: right;">2000-00</td> <td style="text-align: right;">2000-00</td> </tr> <tr> <td>Плательщик (подпись) _____</td> <td>Дата _____</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Назначение платежа	Сумма	Итого к уплате	Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2023 год, №1-12	2000-00	2000-00	Плательщик (подпись) _____	Дата _____	
Назначение платежа	Сумма	Итого к уплате										
Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2023 год, №1-12	2000-00	2000-00										
Плательщик (подпись) _____	Дата _____											
КВИТАНЦИЯ	Наименование получателя платежа: ООО "Издательство "Вечерний Новоалтайск" ИНН: <u>ИНН 2263020152 КПП 220801001</u> Номер счета получателя платежа: 40702810600020000162 Наименование банка: ООО КБ "Алтайкапиталбанк" г.Барнаул БИК: 040173771 Кор.счет: 30101810900000000771 ОКПО: 52090627 ОГРН: 1022202409426 Наименование платежа: <u>Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» на 2023 г. №1-12</u> Плательщик (Ф.И.О.): _____ Адрес получателя корреспонденции _____ (представительство журнала «Здоровье алтайской семьи») Наименование фирмы (ФИО) 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» 2023 год, №1-12</td> <td style="text-align: right;">2000-00</td> <td style="text-align: right;">2000-00</td> </tr> <tr> <td>Плательщик (подпись) _____</td> <td>Дата _____</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Назначение платежа	Сумма	Итого к уплате	Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2023 год, №1-12	2000-00	2000-00	Плательщик (подпись) _____	Дата _____
Назначение платежа	Сумма	Итого к уплате										
Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2023 год, №1-12	2000-00	2000-00										
Плательщик (подпись) _____	Дата _____											

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№12 (228) декабрь 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

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

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

Время подписания в печать: по графику - 14:00 29.12.2022 г., фактически - 14:00 29.12.2022 г.
Дата выхода: 31.12.2022 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»:

658080, Алтайский край, г. Новоалтайск, ул. Обская, 3.

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

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

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

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

11 декабря - Всемирный день борьбы с бронхиальной астмой

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА



ПРИЧИНЫ



НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ



АЛЛЕРГИЯ



**ФАКТОРЫ
ОКРУЖАЮЩЕЙ
СРЕДЫ**

СИМПТОМЫ



**ЗАТРУДНЕНИЕ
ВЫДОХА,
СВИСТЯЩЕЕ
ДЫХАНИЕ**



ПРИСТУПЫ УДУШЬЯ



СУХОЙ КАШЕЛЬ

ФАКТОРЫ РИСКА



**АЛЛЕРГЕНЫ ВНУТРИ
ПОМЕЩЕНИЙ**
(клещи домашней
пыли, перхоть
животных)



**АЛЛЕРГЕНЫ ВНЕ
ПОМЕЩЕНИЙ**
(цветочная пыльца
и плесень)



ТАБАЧНЫЙ ДЫМ



**ХИМИЧЕСКИЕ
РАЗДРАЖАЮЩИЕ
ВЕЩЕСТВА
НА РАБОЧИХ МЕСТАХ**



ХОЛОДНЫЙ ВОЗДУХ



СТРЕСС