

Мы

и **ЗДОРОВЬЕ**



№ 1 (727) 19 января 2024 г. | Издается с 17 июня 1994 г.



Итоги алтайского здравоохранения в 2023 году

➤ Стр. 4-6

С чистого листа

➤ Стр. 16-17

Важный магний

➤ Стр. 23-25

Общественные советы обработали на отлично

В Министерстве здравоохранения Алтайского края состоялось заседание общественного совета, на котором подвели итоги работы за 2023 год. С докладом выступила начальник сектора по работе с обращениями граждан Ольга Семина.

Общественные советы работают при всех медицинских организациях Алтайского края. Всего их 132, в работе принимают участие 1007 человек. В социально-профессиональном составе советов в 2023 году наибольшую долю заняли представители общественных организаций – 25,3%. В некоторых учреждениях совет более чем наполовину состоит из общественности, это «Алтайский краевой онкологический диспансер» (75%); «Городская больница № 10, г. Барнаул» (62%); «Детская городская поликлиника № 5» (67%); «Городская больница № 2, г. Бийск» (56%); «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн» (56%); «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи № 2» (45%).

Тематика основных вопросов, рассмотренных общественными советами в 2023 году, разнообразна. На первом месте стоят вопросы жалоб и обращений. Также рассматривались вопросы доступности и качества медицинской помощи, лекарственного обеспечения, вопросы выполнения объемов или Территориальной программы, взаимодействия медицинских организаций с муниципалитетами в рамках соглашений по вопросам охраны здоровья. При активном участии общественного совета ряд медицинских организаций значительно улучшили свои показатели по профилактическим осмотрам и диспансеризации, это «Поспелихинская ЦРБ», «Шипуновская ЦРБ», «ЦРБ, с. Завьялово» и другие.

В ходе заседания был представлен план работы общественного совета на 2024 год.

Подведены итоги года



В Алтайском крае прошла коллегия регионального Министерства здравоохранения по теме «Подходы к организации оказания первичной медико-санитарной помощи». В ней приняли участие около 300 человек – специалисты Минздрава, руководители медучреждений региона и их заместители, а также представители глав муниципалитетов по социальным вопросам.

Открывая коллегию, министр здравоохранения Дмитрий Попов вручил медицинским работникам награды федерального и регионального уровней. Также состоялось вручение автомобилей – мобильных ФАПов, специализированных транспортных средств для проведения профилактических осмотров населения и обслуживания жителей отдаленных сел. На эти цели из федерального и краевого бюджетов было выделено порядка 57 миллионов рублей.

В ходе коллегии были представлены практики, способствующие повышению доступности первичной медицинской помощи жителям края, которые уже успешно реализуются на территории региона. Например, главный врач Павловской ЦРБ Олег Аге-

ев рассказал об организации работы передвижного фельдшерско-акушерского пункта. Главный врач Алейской ЦРБ Вячеслав Захаров проинформировал о том, как в Алейском районе работает проект «Помощник фельдшера».

Отдельное внимание в ходе коллегии было уделено работе службы сопровождения пациентов с ОКС и ОНМК. О том, как это организовано на территории Первомайского района, рассказала главный врач Первомайской ЦРБ Жанна Шутковская.

Обсуждались также оптимизация процессов записи к врачу, организационные решения по повышению доступности первичной медико-санитарной помощи детям, инновационные подходы к организации работы неотложной помощи, служба сопровождения пациентов с онкологическими заболеваниями и новые подходы к организации лучевой диагностики.

Встреча была продуктивной, обсуждаемые темы вызвали у присутствующих неподдельный интерес. Успешные инновационные проекты системы здравоохранения будут внедрять на территории всего края.

Военным пенсионерам выделяют средства на лекарства

Для лекарственного обеспечения военных пенсионеров Алтайского края заключен новый договор между ФКУ «Объединенное стратегическое командование Центрального военного округа», г. Екатеринбург, и КГБУЗ «Городская поликлиника № 10, г. Барнаул» на лекарственное обеспечение военных пенсионеров по бесплатным рецептам за счет средств Минобороны России на сумму 10 млн рублей.

Военные пенсионеры обеспечиваются по бесплатным рецептам в соответствии с перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, утвержденным Распоряжением Правительства Российской Федерации, в рамках выделенных Министерством обороны Российской Федерации финансовых средств.

За выпиской бесплатных рецептов, в том числе в форме электронного документа, военные пенсионеры об-

ращаются в государственные медицинские организации по месту проживания, за получением лекарственных препаратов – в государственные, муниципальные, частные аптечные организации, прикрепленные к медицинской организации и осуществляющие отпуск лекарственных препаратов по бесплатным рецептам.

В г. Барнауле это аптечные пункты АКГУП «Аптеки Алтай» по адресам: ул. А. Петрова, 124; ул. Г. Титова, 21; Павловский тракт, 77-а; ул. Малахова, 111; пр. Красноармейский, 79; пр. Ленина, 87; п. Южный, ул. Беллинского, 13.

Приказ о порядке обеспечения военных пенсионеров от 11.04.2017 № 134 и перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов размещены на официальном сайте Министерства здравоохранения Алтайского края.

Автопарк вновь пополнился новыми автомобилями

22 декабря 2023 года на коллегии Министерства здравоохранения Алтайского края по теме «Подходы к организации оказания первичной медико-санитарной помощи» министр здравоохранения Дмитрий Попов вручил главным врачам ключи от 11 медицинских автомобилей.

В рамках реализации национального проекта «Здравоохранение» приобретены четыре мобильных ФАПа для выездной работы (Волчихинская, Косихинская, Новичихинская, Шелаболихинская ЦРБ), три автомобиля с медицинским оборудованием для проведения профилактических осмотров (городская поликлиника № 14, г. Барнаул; Центр общественного здоровья и медицинской профилактики; ЦГБ, г. Бийск).

Еще четыре автомобиля закуплены в рамках реализации Плана мероприятий по укомплектованию и закреплению медицинских кадров в медицин-

ских организациях, утвержденного Губернатором Алтайского края Виктором Томенко. Это «Нивы» для обслуживания населения отдаленных сел региона (Баевский, Ключевский, Третьяковский, Усть-Пристанский районы).

На приобретение новых автомобилей из федерального и краевого бюджетов было выделено 57 миллионов рублей.



В Гоньбе открыли амбулаторию

В селе Гоньба 22 декабря 2023 года была торжественно открыта амбулатория. Это последний объект из запланированных в этом году к вводу в эксплуатацию в рамках нацпроекта «Здравоохранение». На строительство было выделено почти 62 млн рублей.

С приветственными словами выступили министр здравоохранения Дмитрий Попов, председатель комитета по здравоохранению АКЗС Владимир Лещенко и глава Ленинского района г. Барнаула Евгений Авраменко.

«Алтайский край – это особая территория. По численности сельского населения наш регион занимает одно из первых мест в России, поэтому совершенствование медицинской помощи жителям сел всегда было и будет основной задачей Правительства Алтайского края и Министерства здравоохранения», – отметил Дмитрий Попов.

Построенная врачебная амбулатория представляет собой одноэтажное здание модульного типа площадью 365 кв. м. В нем размещены детское и взрослое поликлинические отделения с разными входами. В детском отделении находятся кабинеты педиатра, процедурный, прививочный, картотека. Во взрослом отделении предусмотрены помещения под регистратуру, кабинеты для приема терапевта, процедурный, прививочный, акушерский, смотровой, а также дневной стационар. Здесь же разместят общий кабинет стоматолога, где будут принимать взрослых и детей. Кроме того, здание оснащено новым оборудованием и мебелью.

Медицинскую помощь в селе Гоньба получают жители нескольких населенных пунктов – около 3000 человек, в том числе около 1200 детей. В амбулатории ведут прием терапевт, педиатр, зубной врач, врач-гинеколог. По графику будут выезжать специалисты из больницы скорой медицинской помощи № 2 и детской городской поликлиники № 5 г. Барнаула.

Алтайское здравоохранение в 2023 году



В краевом Министерстве здравоохранения подвели итоги работы отрасли в 2023 году. Руководитель ведомства Дмитрий Попов в ходе пресс-конференции по итогам года отметил, что удалось остановить отток медиков и отремонтировать ряд больниц.

Потери и прибавления

Уровень смертности по итогам 2023 года в Алтайском крае будет даже ниже, чем в доковидном 2019 году. Он составит около 14,1 случая на 100 тысяч населения. По словам Попова, цифра пока не точная – на тот момент, когда она была озвучена, год еще не закончился. Но уже можно сказать, что количество смертей будет меньше, чем в прошлом году (15,2).

– По результатам 11 месяцев, а также оперативного мониторинга в декабре мы видим снижение смертности относительно 2022 года. Если говорить в абсолютных цифрах, то в крае умерло более чем на три тысячи человек меньше. Это даже снижение

относительно доковидного 2019 года, которое мы берем за ориентир, – рассказал министр.

Общее количество умерших в крае за год составит примерно 29 тысячи, и это минимальный показатель за очень долгий период времени. По словам министра, это означает, что регион не только смог восстановиться от последствий пандемии, но и успешно продолжает работу по снижению смертности, которая активно велась до прихода COVID-19.

А вот с уровнем рождаемости в крае другая ситуация. По словам Попова, он продолжает снижаться.

– Оперативный мониторинг говорит о том, что за 11 месяцев 2023 года родилось более чем на 700 де-

тей меньше, чем в 2022-м. В прошлом году было более 17 500 новорожденных, а этот год мы закончим с цифрой порядка 16 900, – рассказал Дмитрий Владимирович.

Пик рождаемости в Алтайском крае был, когда в год рождалось более 32 тысяч детей в год.

Отток врачей остановился

В решении кадрового вопроса, по словам министра, наметились определенные успехи. Отток врачей из края удалось остановить – сейчас здесь трудится почти на 80 специалистов больше, чем год назад. А вот со средним медперсоналом ситуация хуже. Убыль кадров замедлилась, но недо-

статочно: в 2023 году на Алтае на 170 фельдшеров и медсестер меньше, чем было в 2022-м.

Ситуация улучшается благодаря масштабным мерам поддержки медиков краевого и федерального уровня, подчеркнул Попов. Он напомнил, что в 2022 году в крае ввели выплаты, которые молодые специалисты получают в первые три года работы. При этом с каждым годом размер прибавки увеличивается.

В начале 2023 года появились федеральные выплаты: некоторые медики стали получать до 18,5 тыс. рублей ежемесячно плюс к зар-

плате. Очень важно, что губернатор края Виктор Томенко принял решение не отменять краевые выплаты после введения всероссийских, подчеркнул министр.

– Это очень действенная мера. Казалось, после появления федеральных выплат можно было уйти в сторону. Но губернатор решил сохранить краевые выплаты и заставить их. Для врачей это 9 тыс. рублей ежемесячно, для средних медработников – 6 тыс. рублей. Дело в том, что даже в рамках СФО разница в зарплатах велика. И нам нужно использовать все возможные стимулы, чтобы убедить молодых

медиков остаться в крае, – пояснил Попов.

Также он отметил, что Алтайский край активно изучает опыт других регионов и перенимает лучшие практики. Так, в этом году мы перенимали опыт Оренбуржья по подготовке помощников фельдшеров.

– Это крайне важное направление для населенных пунктов, где есть ФАПы, но давно нет медработников. Численность населения снижается, а потребность в медпомощи остается. В этом году мы подготовили 13 помощ-

Продолжение на стр. 6 >>

Цифры и факты

В рамках нацпроекта «Здравоохранение»

Совокупный бюджет программ в рамках нацпроекта в 2023 году составил более 7,5 млрд рублей, в том числе было направлено:

➤ на модернизацию первичного звена здравоохранения более 1,8 млрд рублей. Часть этих средств направили на капремонт действующих медучреждений. В 2023 году завершены работы в Волчихинской ЦРБ, в поселке Стан-Бехтемир капитально отремонтирован ФАП. Продолжается ремонт поликлиники при БСМП № 2, окончание которого намечено на 2024 год. Велось строительство 15 новых медицинских объектов, в том числе корпуса городской поликлиники № 3 в Барнауле. Для 12 учреждений было приобретено 13 единиц медицинской техники;

➤ на борьбу с онкологическими заболеваниями более 4,5 млрд рублей. Часть этих средств идет на закупку специализированного медицинского оборудования. В 2023 году планировали приобрести три единицы техники на общую сумму 115,5 млн рублей. Два аппарата уже приобретены и работают, еще один монтируется и будет запущен в начале 2024 года;

➤ на борьбу с сердечно-сосудистыми заболеваниями в 2023 году было предусмотрено 351,9 млн рублей.

Для семи алтайских медучреждений закупили 13 единиц специального медицинского оборудования на общую сумму более 119 млн рублей. 232,5 млн рублей потратили на приобретение кардиопакетов. На средства национального проекта за 11 месяцев выполнено 4616 операций стентирования;

➤ на развитие детской медицины направили 565,5 млн рублей. С 2022 года ведется строительство нового хирургического корпуса Алтайского краевого клинического центра охраны материнства и детства – весьма важного для региона объекта. Ввод этого корпуса решит ряд проблем: например, детей по профилю «нейрохирургия» не нужно будет отправлять на лечение в Новосибирск. Сейчас объект готов на 13%, срок сдачи – 2025 год. В 2023 году на его строительство потратили более 301 млн рублей, а общая стоимость проекта – почти 3 млрд рублей.

Помощь беременным женщинам, их медицинское сопровождение во время и после родов тоже финансируют по нацпроекту. С 2019 года помощь в рамках нацпроекта получили 90 827 жительниц Алтайского края.

Еще одно направление – профилактические осмотры детей в мед-

учреждениях. К ноябрю 2023 года доля таких посещений составила 56,2%.

На цифровизацию и телемедицину в 2023 году было выделено 107,7 млн рублей, а за последние пять лет по нацпроекту на цифровизацию направили 1,2 млрд рублей. Эти средства идут на организацию автоматизированных рабочих мест с подключением ко всем необходимым медицинским информационным системам. К декабрю 2023 года в крае создано уже 14 805 таких мест. Благодаря этому стало проще записаться к врачу через портал «Госуслуги». Если в 2018 году таких записей было меньше 100 тысяч, то в этом – уже более миллиона.

В 2023 году в регионе провели 23 430 телемедицинских консультаций – за последние пять лет ежегодное количество увеличилось в семь раз. Развивается и система выдачи рецептов и листов нетрудоспособности в электронном виде.

На санавиацию было выделено 128,7 млн рублей дополнительно к финансированию из краевого бюджета. Благодаря проекту в 2023 году дополнительно совершен 141 вылет, эвакуировано 186 человек, 27 из которых – дети.

«Продолжение. Начало на стр. 4-5»

ников фельдшеров. Опыт положительный, так что в следующем году хотим подготовить таких медиков еще для 56 населенных пунктов, – рассказал министр.

Больницы и поликлиники

В 2023 году на Алтае построили 9 ФАПов и 4 врачебные амбулатории. Кроме того, ввели в эксплуатацию поликлинику в Алтайском районе и инфекционное отделение в Павловске, начала работу врачебная амбулатория в Гоньбе.

Из больших проектов Попов выделил городскую поликлинику № 14 в Барнауле, которая уже почти готова. Как только будут решены вопросы с документами, она примет первых пациентов. Такая же ситуация с поликлиникой, которую в этом году достроили в Советском районе. Кроме того, в крае активно ремонтировали и действующие медучреждения, удалось даже перевыполнить изначальные планы.

– По ремонтам у нас большой спектр работ. Это медучреждения самого разного уровня. Корректировка краевой адресной инвестиционной программы (КАИП) в августе позволила включить дополнительные ФАПы и амбулатории. Это очень важно: у нас 835 ФАПов в крае, и их состояние требует постоянного дооснащения. Поэтому мы всегда двигаемся в этом направлении, – рассказал Попов.

Большие деньги потратили и на закупку оборудования. В 2023 году на эти цели направили более 500 млн рублей из федерального и 640 млн рублей из краевого бюджета. Еще 100 млн рублей ушло на ремонт помещений, где разместили современные медицинские аппараты. Вся техника уже закуплена и работает, подчеркнул министр.

Информация предоставлена пресс-службой Минздрава Алтайского края

Строго по рецепту



Пандемия COVID-19 еще долго будет отзываться медикам и их пациентам всевозможными отголосками. Одним из самых серьезных стал неконтролируемый прием антибиотиков в этот период. Об антибиотикорезистентности – устойчивости микроорганизмов к антибактериальным препаратам – говорят уже не только в специализированных изданиях. Сегодня, когда в СМИ звучит информация о новых заболеваниях, важно быть особенно бдительными и не заниматься самолечением с использованием сильных средств. Как помогают антибиотики и к чему может привести их бесконтрольный прием, расскажут врачи Краевой клинической больницы скорой медицинской помощи.

От профилактики к терапии

«В хирургической практике нашего стационара антибактериальные препараты применяются в качестве антибактериальной профилактики и в качестве антибактериальной терапии – это два разных вида терапии, – говорит врач-хирург второго хирургического отделения Краевой клинической больницы скорой медицинской помощи Анна Аверкина. – Антибактериальная профилактика – применение системных антибактериальных препаратов для

предупреждения развития гнойно-воспалительных осложнений в послеоперационном периоде. Ее назначают перед проведением оперативного вмешательства людям без клинических и лабораторных проявлений инфекций для предотвращения их развития. Проводится она коротким курсом непосредственно перед операцией, до первого хирургического разреза, и продолжается не более 24 часов после нее».

По словам хирурга, такая терапия обеспечивает оптимальную концентрацию лекарства в тех тканях, где бу-

дет проведена операция. Антибиотик вводится внутривенно – это позволяет создать максимальную концентрацию препарата в крови и тканях. Выбор антибактериального препарата осуществляется из списка рекомендованных для каждого вида операций с учетом анатомической области и характера возможных возбудителей.

По рекомендациям Российской ассоциации специалистов по хирургическим инфекциям, антибиотикопрофилактика – один из компонентов оказания высококачественной хирургической помощи.

Антибактериальная терапия назначается только при наличии убедительных признаков наличия бактериальной инфекции. Врач ориентируется на клинические проявления заболевания, лабораторные показатели анализов крови и мочи, наличие подтвержденного возбудителя заболевания. Как правило, антибактериальная терапия назначается курсом. Врачи оценивают эффективность терапии по нормализации гематологических показателей и регрессии клинических проявлений заболевания. При отсутствии положительного эффекта стандартно проводится врачебная комиссия (в составе которой есть клинический фармаколог) о смене антибактериального препарата.

«Мы периодически сталкиваемся с неэффективностью назначаемой нами антибактериальной терапии. Она может быть связана с формированием антибиотикорезистентности. Устойчивость микроорганизмов к антибиотикам формируется на фоне широкой доступности и нерационального их применения, а также отсутствия понимания, при каких состояниях необходим прием антибиотика, – продолжает Анна Аверкина. – Например, в домашних условиях люди нередко применяют антибактериальные препараты при инфекции вирусной этиологии, без признаков бактериального воспаления. В таких ситуациях мы вынуждены использовать антибиотики резерва».

Антибиотики резерва врачи используют, как правило, в отделениях реанимации, а также, при необходимости, в других отделениях стационара. Применяют их при серьезных состояни-

ях – сепсисе, панкреонекрозах, тяжелых пневмониях, гнойных процессах. Назначают такие препараты исключительно с учетом чувствительности к ним и нозологии, отмечает клинический фармаколог БСМП Наталья Корнева.

Избежать побочных эффектов

Противомикробные препараты – великое достижение медицины. С их помощью врачи спасли и спасают сотни тысяч жизней. Но, как уже было сказано, их чрезмерное и неграмотное использование становится причиной развития антибиотикорезистентности, когда бактерии не поддаются воздействию лекарственных средств. Все это затрудняет лечение обычных инфекций и повышает риск распространения тяжелых заболеваний и летальных исходов. «Несколько лет назад, еще до пандемии, в связи с повышенным спросом на антибиотики макролидного ряда, которые используются для лечения внебольничных пневмоний, к ним выработалась резистентность патогенов, вызывающих пневмонию, – говорит Наталья Корнева. – Любой вид бактерий может выработать устойчивость к антибиотику, особенно если он применяется часто, длительно и в большом объеме. Бактерии успешно приспосабливаются к неблагоприятным для них условиям и перестают реагировать на антибиотики. Заболевание, вызванное нечувствительными к антибиотикам бактериями, протекает тяжелее и хуже поддается лечению».

Кроме того, стоит понимать, что противомикробные средства – не безобидное «снадобье», а серьезный медикамент, который воздействует на организм системно и обладает побочными эффектами. Их выявлением годами занимаются фармакологи. Все побочные действия препарата прописываются в инструкции к нему. Они могут быть легкими, в виде головокружений и тошноты, а могут представлять угрозу для жизни. Одни из самых тяжелых – анафилактический шок и синдром Лайелла. Реакция на каждое лекарство будет индивидуальной. «На фоне неконтролируемого применения антибиотиков могут

Это важно!

Чтобы предотвратить распространение устойчивости к антибиотикам

1. Принимать антибиотики только по назначению врача.
2. Не требовать назначения антибиотиков и не приобретать их самостоятельно, если врач не видит в этом необходимости.
3. Неукоснительно соблюдать рекомендации врача (кратность и дозировку применения) при использовании антибиотиков.
4. Никогда не давать свои антибиотики другим больным.
5. Предотвращать заражение, строго соблюдая правила гигиены: регулярно мыть руки, соблюдать гигиену во время приготовления пищи, избегать тесного контакта с больными, своевременно делать прививки.

развиваться антибиотикоассоциированные диареи, острое заболевание кишечника – псевдомембранозный колит. Так как при назначении антибактериальных препаратов происходит подавление роста не только патогенных микроорганизмов, но и нормальной микрофлоры кишечника, пациенты с такими заболеваниями требуют стационарного лечения. Тяжелое течение заболевания может привести к летальному исходу, – подчеркивает Наталья Корнева. – Кроме того, в связи с тем, что сейчас принимается много препаратов, в том числе антибиотиков резерва, у больных на фоне хирургических осложнений инфекций и длительной антибиотикотерапии вырабатывается резистентная флора, применяются массивные дозы антибактериальных препаратов, и естественная флора начинает страдать, могут присоединиться грибковые заболевания».

Чтобы сохранить здоровье, а иногда и жизнь, врачи больницы скорой медицинской помощи настоятельно рекомендуют отказаться от самолечения антибактериальными препаратами.

Ирина Савина

Лучшая профилактика аборт - здравомыслие

Тема запрета аборт настолько волнует российское общество, что на этот вопрос пришлось отвечать Владимиру Путину во время прямой линии 14 декабря 2023 года. Профилактика аборт уже стала направлением государственной демографической политики. Как врачи и психологи работают с категорией женщин, стоящих в ситуации репродуктивного выбора, рассказываем на примере Краевой клинической больницы скорой медицинской помощи № 2.

Первый вопрос, который мы задали Елене Ершовой, заместителю главного врача по акушерству и гинекологии: «Есть ли абсолютные показания к прерыванию беременности?»



– Конечно есть. Если говорить о медицинских показаниях, они делятся на две большие группы – показания со стороны матери и со стороны плода. Со стороны плода показанием для прерывания беременности чаще всего бывают врожденные аномалии развития. Со стороны матери это тяжелые заболевания сердечно-сосудистой системы, пороки сердца, тяжелая артериальная гипертензия, сахарный диабет, туберкулез, ВИЧ-инфекция, заболевания печени и почек, которые во время беременности могут быть угрозой для здоровья матери и даже опасны для ее жизни. В таких случаях после обследования женщины у соответствующих специалистов консилиум врачей принимает решение о возможности сохранения беременности или о необходимости ее прерывания.

– Проводится ли в вашей клинике прерывание беременности по обращениям женщин?

– В гинекологических отделениях, имеющих лицензию на оказание такого вида помощи, проводится прерывание беременности по желанию женщины – это искусственный

аборт, который делают в срок до 12 недель. По медицинским показаниям беременность прерывают в тех отделениях, которые определены приказом Министерства здравоохранения Алтайского края.

В нашем отделении проводят аборт и искусственные, и по медицинским показаниям. К нам женщины приходят с направлением из женской консультации. Если речь идет о прерывании по медицинским показаниям, то решение принимает перинатальный консилиум. Если говорить о прерывании беременности по желанию женщины, то с такими пациентами кроме акушера-гинеколога работает психолог, социальный работник, с целью разобраться в той причине, которая заставляет женщину думать о прерывании беременности. Всесторонне пытаются ей помочь, чтобы она сохранила эту беременность. В зависимости от срока беременности ей дают время на принятие окончательного решения. Если срок беременности менее семи недель или одиннадцатая-двенадцатая неделя, то это двое суток. На сроке восьмая – де-

20%
женщин удается убедить сохранить беременность

Святая недели беременности дают так называемую «неделю тишины». Если женщина не изменит свое решение, ей дадут направление на прерывание беременности в дневной или в круглосуточный стационар.

Сегодня в России на 100 родов приходится 36 аборт на сроке до 12 недель. Прерывания по медицинским показаниям – единичные случаи и существенного влияния на демографию не оказывают.

По словам Елены Германовны, чаще всего на прерывание беременности идут женщины в возрасте старше 35 лет, имеющие двух и более детей. Они относятся к разным социальным группам, но среди них довольно много малообеспеченных и не очень информированных в вопросах контрацепции. К сожалению, в плен мифов о вреде контрацепции и о безопасности аборт попадают и женщины с высшим образованием. В специально разработанной анкете, которую заполняют все женщины, намеренные прервать беременность, причиной этого решения они указывают в основном экономические и социальные факторы: боязнь потерять работу, ограничение возможности профессионального роста, отсутствие жилья, отсутствие материальных возможностей для воспитания и развития ребенка.

Здорово мыслить – здорово жить

– Елена Германовна, как вы относитесь к высказыванию «Лучшая профилактика аборт – это здравомыслие и целомудрие?»

– Под здравомыслием я подписываюсь на сто процентов. Что касается целомудрия – наверное, это тоже правильное высказывание. Целомудрие – моральная добродетель, означающая полное воздержание от половой жизни либо, уже в браке, хранение верности своему супругу. Исторические требования целомудрия основаны на религиозных этических представлениях и нравственных заповедях. И этот выбор каждый должен сделать сам для себя. Под здравомыслием в рамках нашей темы я понимаю грамотное отношение пациенток к современным методам контрацепции.

Если незапланированная беременность наступила вследствие «сбоя» работы контрацептива, и женщина приняла решение эту беременность прервать, эта ситуация объяснима. Врачи крайне редко встречаются с такими случаями, потому что надежные методы контрацепции гарантируют 98-99% защиты. Но когда основной контрацептив называется «авось пронесет» – это преступление. Я считаю, что ребенок должен рождаться в семье, где его ждут и любят, и если беременность сейчас не нужна, то женщина и мужчина должны вместе решить, как они будут предохраняться. Мы чаще встречаемся с пациентами, мало информированными о надежных способах контрацепции. Более того, у многих нет доверия ни к врачу, ни к медицинским информационным ресурсам. А главным советчиком в выборе метода контрацепции оказывается соседка.

По словам Елены Ершовой, многие женщины остаются в плену мифов и стереотипов. Наиболее часты такие стереотипы: «гормоны вредны», «я потолстею», «от гормонов вырастет рак», «у меня бабушка всю жизнь не предохранялась, делала аборт и потом еще пятерых родила», «мама всегда предохранялась прерванным половым актом или что-то считала по менструальному циклу, не беременела, и меня пронесет».

Надежных способов контрацепции всего три, и о них врачи говорят с жен-

щинами во время профилактических осмотров, на приеме у разных специалистов. Во-первых, это гормональная контрацепция – оральные контрацептивы в виде таблеток, а также в других формах (вагинальное кольцо, гормональные пластыри). Во-вторых, это внутриматочные спирали. Третий метод – стерилизация, она может быть как мужской, так и женской. Женская стерилизация в России используется очень редко, а мужская стерилизация не используется практически совсем. По закону, к стерилизации может прибегнуть женщина в возрасте старше 35 лет, имеющая двух здоровых детей. Чаще всего это пациентки после двух и более операций кесарева сечения.

Прерывание беременности по медицинским показаниям проводится в срок до 22 недель.

Медицинские показания к стерилизации – это абсолютные медицинские противопоказания для вынашивания беременности, но и в этих случаях стерилизация выполняется только в случае добровольного письменного информированного согласия женщины. У всех способов есть противопоказания и побочные эффекты. И если первые два способа обратимы и их негативные побочные эффекты минимальны, то у стерилизации есть два больших минуса. Первый: если делать стерилизацию не во время кесарева сечения, то это отдельное хирургическое вмешательство, требующее госпитализации в стационар. Второй – необратимость метода.

Многодетность как программа

– Доводилось слышать от известных врачей, что организм женщины природой запрограммирован на многодетность. Чтобы не было проблем с репродуктивной сферой и молочными железами, ей нужно родить не менее трех детей.

– И даже не трех, а больше. Согласно биологическому устройству женского организма, в 12–14 лет приходят первые месячные, далее цикл устанавливается в течение полугода-года. Женщина становится способной к за-

Продолжение на стр. 10-11 >>

«Продолжение. Начало на стр. 8-9»

чатию и вынашиванию с установлением регулярного цикла. Поэтому лет в 15 женщина биологически уже готова забеременеть, выносить ребенка, родить и потом еще год-два должна кормить его грудью. В период кормления у нее вырабатывается пролактин, который тормозит появление следующей беременности – таков был замысел природы. Цикл «зачатие – вынашивание – рождение – кормление» должен повторяться через каждые

примерно два с половиной года. За свою жизнь, согласно этому замыслу, женщина должна родить примерно десять детей. У нее должно быть всего десять менструаций за всю ее жизнь, а ее яичники должны большую часть времени отдыхать. Все это должно защищать женский организм, в частности, от онкологических заболеваний. Но в нашей жизни все по-другому. Женщина рождает одного-двух детей, и остальное время ее яичники работают вхолостую. Из-за этого рас-

тет количество заболеваний женской репродуктивной сферы, особенно молочной железы. Если раньше на первое место среди онкологических заболеваний женской половой сферы выходил рак шейки матки, то сегодня это рак молочной железы. Молочная железа должна работать, а она большую часть времени не выполняет своих функций. Применение оральных контрацептивов – это и есть имитация запрограммированных природой каникул для яичников.

Мнение психолога

Елена Бахарева,
клинический перинатальный психолог,
работает в отделении женской консультации
БСМП № 2:



– В ситуации репродуктивного выбора ко мне обращаются женщины, относящиеся к нашему учреждению по месту жительства, а также со всего города и из районов края.

Основная задача психолога здесь – расширить кругозор женщины. Когда в жизни возникает сложная ситуация (например, незапланированная беременность), то она вводит женщину в некий ступор, заставляет ее принимать скоропалительные решения. Психолог пытается направить женщину в русло осмысления ценности человеческой жизни, вместе мы стараемся рассмотреть ее сложную жизненную ситуацию и пытаемся найти способ выхода из нее.

Зачастую женщины приходят на прерывание беременности с уже принятым решением, и их трудно переубедить, жизненные ситуации у всех действительно разные. Условно, из десяти женщин только две-три сохраняют беременность, остальные прервут.

В качестве основной проблемы, мешающей сохранению беременности, женщины называют неустойчивое материальное положение семьи, многодетность, неблагополучие в отношениях с мужчиной, неуверенность в супруге, слабую поддержку со стороны ближайшего окружения, состояние здоровья самой женщины.

Во время консультаций мы говорим женщине о том, что есть кризисные центры, центры социальной помощи, при необходимости направляем ее к соцработнику для консультации по выплатам. Даем информацию, которая поможет ей принять взвешенное решение. Мы, психологи, оцениваем готовность самой женщины к деторождению, ее эмоциональное состояние, внутренние ресурсы, уточняем нюансы ее жизненной ситуации. Если женщина все-таки склоняется

к прерыванию беременности, то мы делаем акцент в беседах с ней на выборе контрацепции в дальнейшем.

Несовершеннолетних пациенток в ситуации репродуктивного выбора в моей практике было немного. На консультации они приходили вместе с родителями, и там возникали ситуации психологического давления на пациентку – мама требовала избавляться от ребенка, пока у ее дочери нет образования и работы. Приходилось работать не только с будущей мамой, но и с потенциальной бабушкой. Были случаи, когда удавалось договориться и сохранить будущего ребенка. При этом ответственность в большей степени ложится на маму пациентки, если она готова к такому варианту развития событий.

Прием гинеколога ограничен по времени и больше направлен на решение медицинских проблем. На приеме у психолога женщина больше раскрывается, она может поговорить о своей ситуации и даже сама во время беседы увидеть выход из нее. Поэтому совместная работа гинекологов и психологов очень важна. Если женщина решает сохранить беременность, то я продолжаю с ней работать – контролирую ее психоэмоциональное состояние на протяжении всей беременности, она чувствует поддержку.

Если же прервать беременность решает женщина маргинального образа жизни, то здесь, думаю, стоит руководствоваться здравым смыслом; в работе с ними я стараюсь делать акцент на использование надежных методов контрацепции в дальнейшем.

Одно из самых тяжелых последствий аборта – бесплодие. Мне приходится видеть женщин, считающих аборт главной ошибкой своей жизни. У них очень шаткий эмоциональный фон, рождение ребенка для них становится недостижимой целью, очень страдает самооценка, нет веры в себя. Даже если они и прибегают к процедуре ЭКО, то тоже нередко терпят неудачу.

Факт

Если в России в 90-е годы выполняли **3,5** млн абортов в год, то, по статистике, в 2022 году в России было сделано **395** тысяч абортов. Абортов становится меньше, но и рожать тоже стали меньше.

В защиту молодежи

Елена Германовна отмечает, что нежелательных беременностей, родов и абортов среди несовершеннолетних девушек становится все меньше. Видимо, молодежь более осведомлена о методах контрацепции, нежели женщины 30+, делает вывод врач. Но, с другой стороны, половую жизнь молодые люди и девушки начинают все раньше и раньше. Временной разрыв между началом половой жизни и рождением первого ребенка увеличивается. Это все чаще приводит к проблемам репродуктивного здоровья.

Риски прерывания беременности

– Аборт – огромный стресс для женского организма: психологический, гормональный, физический. Конечно, наименьшим злом будет медикаментозный способ прерывания беременности. Он максимально эффективен на сроке до 63 дней задержки менструации. Он исключает механическую травму матки инструментами и минимизирует риск инфицирования. Инструментальный аборт, если уж он неизбежен, должен быть проведен в условиях медицинского учреждения, с последующей хорошей реабилитацией и контрацепцией – для того, чтобы сохранить здоровье женщины и в дальнейшем дать ей возможность выносить ребенка.

Подготовила Елена Клишина.
Фото спикеров предоставлены
пресс-службой ККБСМП № 2

Контрацепция на фоне лактации



Послеродовой период – один из важнейших периодов жизни женщины, в течение которого происходит преобразование изменений, вызванных беременностью в эндокринной, нервной, сердечно-сосудистой, репродуктивной и других системах. Несмотря на то, органы репродуктивной системы восстанавливаются до прегестационного состояния через 6 недель после родов, для полного восстановления организма необходимо 1,5–2 года.

Возобновление менструальной функции у женщин, кормящих грудью, происходит в среднем через 5,17 ± 4,3 месяца, а у нелактирующих – через 2,57 ± 2,3 месяца. Хотя первые менструальные циклы нередко являются ановуляторными, примерно в 40% случаев овуляция (выход созревшей яйцеклетки из яичника) предшеству-

ет появлению первой менструации, в связи с чем способность к зачатию возвращается не с первым послеродовым менструальным кровотечением, а происходит раньше. Наступление нежеланной беременности в ближайшее время после родов является

Продолжение на стр. 12-13 >>

«Продолжение. Начало на стр. 11

крайне неблагоприятным фактором, влияющим на здоровье женщины, в связи с чем подбор оптимального метода контрацепции следует проводить уже в первые недели после рождения ребенка. Основными критериями выбора являются воздействие на ребенка, эффективность, безопасность и доступность метода, состояние здоровья женщины и особенности ее репродуктивного анамнеза, восстановление фертильности после отмены контрацепции, а также учет непротивопоказанных терапевтических свойств используемых препаратов.

Самым известным методом контрацепции является **метод лактационной аменореи (МЛА)**. Его эффект основан на высоком уровне пролактина – гормона, который вырабатывается гипофизом и обеспечивает и поддерживает лактацию. При этом пролактин замедляет циклические процессы в яичниках и, как следствие, созревание яйцеклетки. Метод эффективен в течение первых 6 месяцев лактации и только при соблюдении определенных условий:

- постоянной секреции молока, усиливаемой регулярным раздражением сосков при грудном вскармливании ребенка (не сцеживании), что способствует выработке пролактина гипофизом;

- отсутствии введения докорма, то есть ребенок должен находиться только на естественном вскармливании;

- кормлении ребенка «по требованию»: перерыв между кормлениями не должен быть более 3,5–4 часов, что обусловлено тем, что пролактин неустойчив и через 3,5 часа разрушается.

При условии аменореи и полного или почти полного грудного вскармливания женщина по крайней мере на 98% остается инфертильной в течение 6 месяцев.

Недостатками МЛА являются: а) необходимость постоянного нахождения с ребенком и точное соблюдение всех требований к применению МЛА; б) кратковременность контрацепции; в) исключительно или почти исключительно грудное кормление.

Другие методы для использования в послеродовом периоде

Гормональная контрацепция

Широко используются прогестиновые контрацептивы, среди которых выделяют прогестиновые оральные контрацептивы и контрацептивы пролонгированного действия – имплантаты и инъекции. Среди противозачаточных таблеток лидируют препараты, содержащие дезогестрел, и мини-пили, содержащие линэстренол. Контрацептивная эффективность мини-пилей обусловлена в первую очередь повышением вязкости цервикальной слизи. Дезогестрелсодержащие препараты обладают еще и выраженным ингибирующим действием на овуляцию, их эффективность сопоставима с комбинированными пероральными контрацептивами (КОК).

Также к гормонсодержащим контрацептивам относится имплантат для подкожного применения – это небольшая капсула диаметром 3 мм и длиной до 4 см, состоящая из специальной оболочки, которая не подвергается биологическому распаду, и гормонального вещества (этоногестрела). Капсулу вводят в область подкожной клетчатки средней трети плеча, она не мешает и не чувствуется. Контрацептивный эффект этоногестрела в основном достигается за счет подавления овуляции. Овуляций не наблюдалось в течение первых двух лет применения, и лишь редко они возникали в течение третьего года. Помимо подавления овуляции этоногестрел также вызывает повышение вязкости секрета шейки матки, препятствующее прохождению сперматозоидов.

При применении «чистых» гестагенов не обнаруживается таких принципиально значимых для послеродового периода побочных эффектов, как: а) воздействие на продолжительность периода грудного вскармливания; б) изменение состава грудного молока (ребенок потребляет около 1% материнской дозы на килограмм массы тела); негативные эффекты, производимые на детей, включая их массу тела, рост и психическое развитие. Ре-

комендуется применение гестагенов с 6-й – 8-й недель после родов. При правильном применении эффективность гормональной контрацепции для предотвращения беременности превышает 99%. Позитивным эффектом применения гормональных контрацептивов является значительное уменьшение ежемесячной кровопотери, а значит, и профилактика анемии.

Негормональные обратимые методы контрацепции

Метод **внутриматочной контрацепции** не обладает системным влиянием на организм женщины, не оказывает отрицательное влияние на лактацию, удобен в применении, доступен и высокоэффективен. Кроме медьсодержащих внутриматочных средств (ВМС), также существуют и прогестеронсодержащие. Частота наступления беременности при правильном и своевременном применении медьсодержащих и гестагенсодержащих ВМС у женщин после родов составляет не более 0,6% и 0,1%, соответственно. Основными недостатками метода внутриматочной контрацепции являются более частая (в 1,8–3,3 раза) вероятность возникновения воспалительных заболеваний органов малого таза и экспульсии. Коэффициент экспульсии оказывается ниже, если ВМС вводится в матку в первые 10 минут после рождения последа или позже 6-й недели после родов. В случаях, когда установка медного Т-образного ВМС осуществляется не позднее 48 часов после родов опытным врачом, коэффициент экспульсии в течение последующих 6 месяцев варьируется от 6 до 15 случаев на 100 женщин. Кормление грудью не приводит к возрастанию риска экспульсий, более того, у лактирующих женщин введение ВМС протекает менее болезненно, реже наблюдаются боли и кровотечения после введения по сравнению с не кормящими; отмечается более низкая частота удалений ВМС из-за кровотечений или болей.

Среди **барьерных методов контрацепции** (диафрагмы, цервикальные колпачки, мужские презервативы) свою актуальность не потеряли только мужские презервативы. Остальные

применяются крайне редко в связи со сложностью использования. Презерватив – единственное противозачаточное средство, применяемое мужчинами. Основным механизмом действия презервативов, которые изготавливаются из латекса или обработанного коллагенового материала, является создание барьера для проникновения спермы во влагалище женщины. Несмотря на меньшую эффективность (75–90%) по сравнению с ВМС и гормональными контрацептивами, это практически единственный из методов контрацепции, который **до 95% снижает риски передачи половых инфекций**. Основные – это хламидиоз, гонорея, гепатит В, гепатит С, трихомониаз, уреоплазмоз, микоплазмоз, контагиозный моллюск, гарднереллез, гранулема и другие.

Спермициды – это поверхностно-активные вещества, обладающие контрацептивным и антисептическим действием. Механизмами действия спермицидов являются обездвиживание сперматозоидов, разрушение и гибель сперматозоидов, сгущение шейечной слизи (образуется механическое препятствие на пути спермы в матку). Преимущества химического метода контрацепции заключаются в отсутствии системного действия на организм, в снижении риска заражения инфекциями, передающимися половым путем, и в возможности использования без предварительной консультации медика. Контрацептивная эффективность зависит от соблюдения инструкции. Единственным неудобным моментом является необходимость введения контрацептива заранее для растворения во влагалище.

Эффективность барьерных методов контрацепции (индекс Перля) составляет от 2 до 15 беременностей на 100 женщин/лет и зависит от правильности и постоянства применения: **барьерные методы должны использоваться во время каждого полового акта**, согласно рекомендациям производителей.

Перевязка маточных труб: необратимая контрацепция

Механизм стерилизации заключается в том, что создается искусственная непроходимость фаллопиевых труб; следовательно, оплодотворение уже невозможно, так как яйцеклетка оказывается изолированной от сперматозоидов. По закону послеродовая стерилизация разрешена женщинам старше 35 лет или женщинам после 30 лет, которые имеют двух и более здоровых детей. Потенциальные показания для стерилизации женщины: неоднократные хирургические вмешательства путем кесарева сечения; серьезные заболевания органов жизненной важности (врожденные пороки сердца; осложненные формы сахарного диабета; лейкоз; злокачественные опухоли; патологии сердца и сосудов; серьезные психические расстройства). Эффективность метода достигает 100%! При этом надо понимать, что **циклические изменения в яичниках не прекращаются, женские половые гормоны в них продолжают вырабатываться, менструальная функция не нарушается, либидо (половое влечение) сохраняется!**

Таким образом, своевременный и обоснованный подбор контрацепции на фоне грудного вскармливания поможет предотвратить нежеланную беременность и способствует облегчению адаптации женщины в новом для нее периоде жизни.

Елена Станиславовна Кравцова, к. м. н., доцент кафедры акушерства и гинекологии с курсом ДПО ФГБОУ ВО АГМУ МЗ России; Софья Александровна Антонова, студентка ИКМ ФГБОУ ВО АГМУ МЗ России; Екатерина Александровна Нех, студентка ИКМ ФГБОУ ВО АГМУ МЗ России

Новости

«Спасибо, родная»

Губернатор Алтайского края Виктор Томенко в своем телеграмм-канале рассказал, что на портале [artelodoc \(https://artelodoc.tv/films/826-thank-you-dear\)](https://artelodoc.tv/films/826-thank-you-dear) вышел документальный фильм под названием «Спасибо, родная». Это документальная лента автора Дмитрия Хрусталева и режиссера Екатерины Кожакиной о современной России и ее гражданах. Это и простые люди – врачи, учителя, строители, и те, кого принято называть звездами – люди, прославившие нашу страну на весь мир.

Один из сюжетов картины – об Алтайском краевом клиническом перинатальном центре «ДАР». Авторы фильма на примере реальной семьи рассказывают о том, как в нашем регионе организовано вынашивание недоношенных малышей с экстремально низкой массой тела.

Алтайский краевой клинический перинатальный центр – это ключевое звено в системе оказания медицинской помощи беременным и новорожденным высокого риска в нашем регионе. В настоящее время «ДАР» представляет собой законченный цикл медицинских технологий, начиная с планирования беременности, ее вынашивания, родоразрешения и завершая выхаживанием ребенка до тех пор, пока мама и малыш не будут готовы к выписке.

Сегодня «ДАР» обеспечивает доступ к здравоохранению суперсовременного уровня на самом значимом направлении – родовспоможении – всем женщинам края и других регионов.

Приоритетным направлением работы перинатального центра является оказание квалифицированной помощи беременным женщинам, отнесенным к группам повышенного риска возникновения перинатальной патологии, ведение родовой деятельности. Использование высоких технологий неонатологической помощи центра позволяет выхаживать недоношенных детей с экстремально низкой массой тела – от 500 граммов.

Источник: zdravalt.ru

Искусство лечит



Одним из направлений деятельности краевой общественной организации «Вместе против рака» является психологическая поддержка людей, столкнувшихся в своей жизни с онкологией. В организации разработана многоуровневая система психологической поддержки. Организация получила грант Губернатора Алтайского края и теперь реализует проект «Счастье и здоровье – сегодня, завтра и всегда». Один из уровней проекта – разнообразная арт-терапия. Участники проекта делают обереговые куклы, рисуют, пишут стихи, ходят на встречи аромаклуба. Но некоторые из них выбрали музыку и занимаются с музыкальным терапевтом Верой Вознесенской.

Одна из учениц Веры Павловны – **Ирина Валентиновна Хабарова**, вице-президент АКОО «Вместе против рака». В своем «серебряном» возрасте она начала учиться игре на гитаре. Пока она делает первые шаги в освоении инструмента, но более опытные ученицы Веры Павловны уже давно играют в вокально-инструментальном ансамбле «Добронравушка» и своей игрой украшают все мероприятия ор-

ганизации, а также дают концерты в «подшефных» учреждениях – например, в Центральном доме-интернате для инвалидов и престарелых. Раз в месяц в офисе организации Вера Павловна проводит «Музыкальную гостиную» в рамках встреч аромаклуба «Легкое дыхание».

Как отмечает **Марина Михайлова**, психолог организации, с появлением Веры Павловны в жизнь АКОО «Вме-

сте против рака» прочно вошла музыка: многие сначала запели, а потом стали играть на музыкальных инструментах. Губернаторский грант помог приобрести некоторые из них – например, гитару, глюкофон и африканский барабан джембе.

Вера Павловна тут же берет джембе и начинает демонстрировать его звучание, попутно рассказывая о том, что частота звуков джембе положи-

На заметку

Стимулирует, настраивает, помогает

Музыкотерапия – признанный метод психотерапии и реабилитации. Согласно определением, это контролируемое использование музыки при лечении соматических и психических заболеваний. В список музыкальных произведений, обладающих выраженным терапевтическим эффектом, входят произведения Моцарта, Генделя, Баха, Рахманинова. Для повышения общего жизненного тонуса рекомендуется слушать «Шестую симфонию» Чайковского или «Венгерскую рапсодию» Листа. Музыка в стиле барокко улучшает память, успокаивает, даже помогает снизить страх перед звуками бормашины. От головной боли могут избавить «Аве Мария» Шуберта, «Фиделио» Бетховена или вальсы Штрауса. Помогают нормализовать сон «Пер Гюнт» Грига или «Грезы» Шумана. Произведения Шопена дают возможность вновь почувствовать радость жизни. А чтобы снять напряжение, советуют

слушать «Адажио Альбинони» Джозотто, «Лунную сонату» Бетховена или «Лунный свет» Дебюсси, «Лебедя» Сен-Санса или «Море» Римского-Корсакова.

Кроме того, звучание различных инструментов оказывает положительное влияние на разные органы человека. Например, звучание струнных (скрипка, арфа, гитара, виолончель) «настраивает» на правильный лад работу сердечно-сосудистой системы. Звуки органа стимулируют работу мозга, а звучание духовых инструментов благотворно влияет на органы дыхания.

Самое простое, что может дать нам музыка, – это улучшить настроение. Занятия музыкой дают ощущение причастности к интересному делу, чувство развития и культурного роста. Музыка влияет на наш эмоциональный фон, а если он будет преимущественно позитивным, то это не замедлит сказаться и на улучшении нашего общего самочувствия.

«чудом» глюкофон, а его звуки – «поистине космическими».

В работе Веры Павловны, кроме репетиций ансамбля и хора, индивидуальных занятий, подготовки к мероприятиям, есть еще два направления. Первое: знакомство участников организации с музыкантами высокого исполнительского уровня – лауреатами международных конкурсов, выпускниками консерваторий. Они приходят в офис «Вместе против рака», и в эти моменты целительная сила музыки звучит во всю мощь.

Второе направление: Вера Павловна проводит занятия для маленьких пациентов отделения онкологии Алтайского краевого клинического центра охраны материнства и детства. Примерно раз в неделю она приходит туда с набором самых разных инструментов – трещоток, маракасов, колокольчиков, треугольников, металлофонов и прочего. Чтобы быть на одной

волне со своими юными учениками, Вера Павловна выучила современный детский песенно-танцевальный репертуар. В занятия с детьми педагог включает элементы зарядки, русских народных танцев – хоровода или «ручейка», придумывает все новые игры, во время которых дети должны подпевать или извлекать звуки с помощью музыкальных инструментов, подручных предметов или своих же ладошек.

Кроме того, Вера Павловна записала так называемые «музыкальные настроения» для Алтайского краевого онкологического диспансера, которые транслировали по радиосети учреждения во время ограничений, связанных с коронавирусом. Тогда она не могла прийти к пациентам, и психолог диспансера предложила такой вариант музыкальной терапии.

Елена Клишина.
Фото предоставлены
АКОО «Вместе против рака»

С чистого листа

Январь считается не самым лучшим периодом для поиска вакансий. Но 2024 год стартовал с понедельника, а это значит, что у тех, кто ценит символизм, появился повод начать жизнь с чистого листа. И даже если все произошло запланированно, то адаптацию никто не отменял. Как вести себя на новом месте, чтобы быстрее освоиться в коллективе, – в нашем материале.

Пройти все стадии

Кем бы ни был сотрудник – вчерашним студентом или опытным специалистом, на новом месте все испытывают трудности и переживания. Адаптация, или приспособление к новым условиям, – непростой период, который может длиться по-разному. Психологи уверяют, что лишь единицы способны сразу включиться в работу на новом месте, не испытывая стресса и неудобства. Большинству же людей для адаптации к новым условиям потребуются месяцы. Средние показатели составляют около года при первом трудоустройстве и от одного до четырех месяцев – при последующих. Не все организации уделяют должное внимание адаптации работников, хотя, по статистике, большинство людей, которые увольняются с работы в первые полгода, принимают это решение в течение двух недель после поступления на работу. Так или иначе, всем приходится проходить четыре стадии адаптации к новой обстановке – ознакомление, приспособление, ассимиляцию и идентификацию.

Ознакомление занимает около месяца. На этом этапе человек знакомится с новыми обязанностями,



правилами жизни в группе, корпоративной культурой и общими целями. Попавшему в новые условия очень важно при помощи наблюдения узнать как можно больше о коллективе и его задачах: понимание всех нюансов придаст уверенности и обеспечит ощущение безопасности в незнакомой обстановке.

Приспособление длится от месяца до года. На этом этапе рекомендуется перестать наблюдать и начать действовать и общаться.

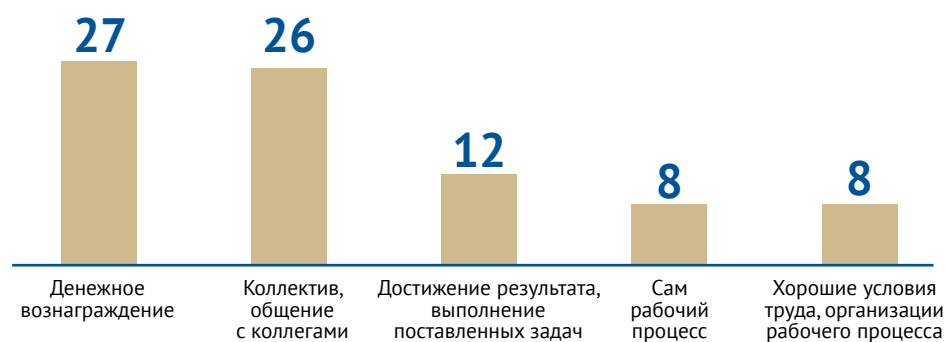
На стадии ассимиляции человек осознает свое место в коллективе и

зону своей ответственности, усваивает здешние нормы и правила, выстраивает формальные и неформальные отношения в коллективе.

Идентификация – этап максимального понимания своих рабочих обязанностей, на котором тревоги заканчиваются и наступает стабилизация рабочего процесса.

Попадая в новый коллектив, человек может предполагать, что он не справится с новыми обязанностями или же не найдет подход к незнакомым людям. Это не так. Следует набраться терпения и действовать.

Пять главных факторов, которые делают россиян счастливыми на работе (%)



По результатам опроса сервиса Superjob

Рекомендации психологов

Как освоиться в новом коллективе

1. Не стесняйтесь представлять и рассказывать о себе.

2. Не пытайтесь всех поразить своими умениями в первые же дни знакомства. Целесообразнее будет оглядеться и обнаружить хорошие качества других людей, а время продемонстрировать свои таланты еще будет, когда все привыкнут друг к другу.

3. Если вы смущаетесь быть в центре внимания, задавайте ознакомительные вопросы сами.

4. Не пытайтесь понравиться всем без исключения – это в принципе невозможно.

5. Старайтесь быть искренними и честными; люди быстро обнаружат лицемерие и тогда вряд ли смогут вам доверять.

6. Будьте вежливы и приветливы, но не навязывайтесь другим.

7. Обустройте свое рабочее место, придерживаясь своих желаний и концепции компании.

8. Приготовьтесь к разной реакции людей на ваше появление в коллективе. Помните, что все люди индивидуальны: возможно, застенчивые будут вас избегать, а общительные – проявлять активность.

9. Проявите инициативу, попробуйте завязать ненавязчивый приятный разговор с коллегой. Можно поинтересоваться, как прошли его выходные, или сделать искренний комплимент.

10. Демонстрируйте уверенность и желание общаться. Для этого даже не обязательно разгова-

ривать, ведь существует язык тела. Если вы зажаты, люди это почувствуют и будут избегать контактов с вами. Поэтому старайтесь держаться уверенно и прямо, не сутультесь, не отводите глаза при разговоре, улыбайтесь собеседнику.

11. Не отказывайтесь от собственной системы ценностей и убеждений.

12. Изучайте психологию для наилучшего понимания себя и людей в нестандартных ситуациях.

13. Если вас критикуют или отчитывают по рабочим вопросам, поблагодарите за замечания и исправьте ошибку. Но стоит также напомнить, что вы еще проходите адаптацию и вам потребуются некоторое время и помощь, чтобы тщательно разобраться в рабочих вопросах и не допустить погрешностей.

14. Помните: в этот период очень важно продемонстрировать не только свои заинтересованность и желание обучаться и общаться, но и свою независимость и неповторимость. Не нужно в ущерб своим принципам угождать коллегам и слепо подчиняться начальству. Все просто: если вы не курите, то не следует составлять курильщикам компанию, а если любите народные песни, не стоит навязывать свои предпочтения другим, громко включая радио в обеденный перерыв. Оставайтесь собой, но при этом уважайте других, и тогда вы быстро ощутите комфорт и найдете в коллективе свое место.

По мнению экспертов, ускорить этот процесс могут специальные тренинги, игры, закрепление за новичком опытного наставника.

В сложных случаях может потребоваться помощь психолога, ведь, зная особенности адаптационного периода, легче справиться с возникшими трудностями и преодолеть это непростое время с наименьшими для себя потерями.

Быть собой, уважая других

От чего зависит адаптация новичков? Слагаемых ее успешности несколько. Во-первых, сама компания должна быть готова к приходу новых людей. Во-вторых, это наличие в ней возможности уделять новому человеку достаточно внимания, корпоративная культура, а также благоприятный психологический климат. В-третьих, руководство должно

применять техники мотивации для новых работников. В-четвертых, у самого сотрудника должны быть развиты коммуникативные навыки, присутствовать желание стать частью нового коллектива, а его профессиональные навыки – соответствовать требованиям, предъявляемым компанией.

Чтобы ускорить этап адаптации новых сотрудников, руководителю компании или коллектива необходимо:

- обязательно представлять новых сотрудников коллективу;

- проводить для новичков ознакомительную экскурсию, показывая, где находятся столовая, комнаты отдыха и другие необходимые ему в процессе работы помещения;

- следить за соблюдением в коллективе режима труда и отдыха;

- обозначать четкие правила поведения в рабочее время (пользование гаджетами, дресс-код, графики дедаунов и совещаний);

- разрабатывать и внедрять корпоративную этику;

- рассказывать, как именно в компании организован обмен информацией;

- проводить обучение, тренинги, игры;

- закреплять за новичком опытного наставника, который сможет ответить на любой вопрос;

- обеспечивать обратную связь с непосредственным руководителем.

Если компания большая, не лишним будет продублировать всю необходимую информацию и контакты сотрудников и руководителей в памятке, которую можно выслать новому работнику на электронную почту.

Признаки дезадаптации нового работника:

- низкая работоспособность;

- плохие отношения с коллегами;

- пренебрежение нормами и правилами, сложившимися в коллективе;

- систематическое нарушение дисциплины;

- отсутствие инициативы, зависимость от наставника и/или более опытных сотрудников.

Подготовила Ирина Савина по материалам Национального центрального института развития дополнительного образования

Синдром ведьмы, или Сонный паралич

Сон, как известно, необходим для отдыха и восстановления после дневной суеты. Но бывает так, что в какой-то момент человек просыпается и чувствует сильный испуг, или же его преследует ощущение постороннего в комнате, или даже возникает чувство, что его спящего душат или тащат куда-то. Последние исследования говорят о том, что около 8% населения Земли хотя бы раз испытывали подобные ощущения. Такое состояние называется сонным параличом, а несколько столетий назад его называли синдромом ведьмы – за некую мистичность его проявлений. Что представляет собой сонный паралич и насколько он опасен для здоровья, узнаем у врача-невролога, ассистента кафедры неврологии и нейрохирургии с курсом ДПО АГМУ Константина Лунева.



Запертые в теле

Сонный паралич возникает, когда человек от сна переходит в бодрствование. На границе этого перехода и может возникнуть такое состояние, которое длится от нескольких секунд до нескольких минут. Сон состоит из медленной (non-REM) и быстрой (REM) фазы, которые сменяют друг друга. Первая составляет примерно 75% цикла сна. Во время нее организм расслабляется и восстанавливается, а в период второй фазы человек начинает видеть сны. На этом этапе мозг частично парализует мышечную структуру, чтобы предотвратить причинение себе вреда. «Во время

фазы сна с быстрыми движениями глаз, известной под названием REM-сон, происходит активное возбуждение нейронов – клеток головного мозга, сортируется информация, полученная накануне. Активируясь, клетки мозга пытаются выполнить свою функцию, отдать записанную при их помощи информацию. При возбуждении клеток, которые отвечают за сокращение мышц, должно возникнуть движение. С этим связаны большие риски – во сне человек не контролирует себя и окружающую среду, и нежелательное движение может привести к травмам и тяжелым последствиям как для самого сновидца, так и для окружающих. Именно поэтому

Это интересно

Считается, что сонный паралич внес вклад в формирование народной культуры и даже породил целый ряд персонажей из фольклора. В русской народной традиции сонный паралич ассоциируется с домовым, который садится ночью на грудь хозяина дома и предупреждает об опасностях.

Чаще всего возникновение сонного паралича – единичные случаи, но встречаются люди, у которых он возникает регулярно. От 15 до 40% людей в возрасте до 30 лет хотя бы однократно испытывали такое ощущение. Неоднородна и встречаемость сонного паралича у людей в разном возрасте, чаще он встречается у подростков и молодых людей, и только у 3–6% пожилых людей.

природой был придуман механизм, который «отключает» мышцы во время сна, снижая их тонус. При этом мы лежим и стойко переживаем приключения, которые нам снятся. Это обеспечивается благодаря тому самому параличу мышц в фазу быстрого сна, – объясняет Константин Лунев. – Во время сонного паралича мозг выходит из REM-сна и начинает бодрствовать, при этом мышечный паралич сохраняется на протяжении некоторого времени. Нервная система как бы не успевает «подключить» тело. Обычно это длится от нескольких секунд до 2 минут. Подобное состояние зачастую сопровождается очень неприятными ощущениями. Само осознание полной неподвижности может вызвать страх и даже панику. Нередко человек видит, как кто-то ходит по комнате, слышит звуки или речь. У него часто возникает ощущение, что кто-то его душит или переворачивает. Это объясняется теорией локального сна, и все вышеперечисленные ощущения – «сон наяву», возникающий из-за того, что часть нервной системы уже проснулась, а часть продолжает

«видеть сны». Во время сонного паралича человек не может двигаться при засыпании или пробуждении и оказывается словно заперт в своем теле».

Обрести контроль над телом

Возникновение такого феномена, как сонный паралич, имеет защитный смысл. И у этого механизма есть своя точка запуска. Кого же могут настигнуть не самые приятные ощущения и можно ли этого избежать? «Паралич сна относится к парасомниям (расстройствам сна) и часто возникает у людей, имеющих строгий режим сна и нарушивших его. Вероятность возникновения этого состояния зависит от позы во время сна: в четыре раза чаще оно наступает в положении лежа на спине и реже всего – если человек лежит на правом боку. Этот процесс очень сложно контролировать, так как человек может целенаправленно уснуть на правом боку, но затем в течение ночи будет регулярно переворачиваться, – продолжает эксперт. – Избежать сна на спине можно достаточно простым способом – пришить на спину пижамы кармашек и положить туда теннисный мячик. Этот способ часто используется при другой, более опасной патологии – синдроме обструктивного апноэ сна. Следует помнить, что сонный паралич не имеет ничего общего с обычным параличом, и остаться в этом состоянии навсегда невозможно – оно обязательно завершится полным пробуждением».

Может ли сам человек понять, что он переживает сонный паралич? По словам врача, распознать это состояние не составляет большого труда – уж слишком характерны его проявления. «Столкнувшись впервые с сонным параличом, часто приходится проявить изрядное мужество, чтобы не поддаваться панике и начать анализировать ситуацию. Следует помнить, что восприятие времени в момент возникновения сонного паралича может меняться: время может мучитель-

но растягиваться, и создается ощущение, что оно длится десятки минут, хотя на самом деле пройдет не более 1-2 минут, – предупреждает невролог. – Второй по частоте причиной нарастающей паники является нехватка воздуха. Дело в том, что в этом состоянии мы не можем включать все мышцы, которые используем при дыхании, а нарастающее чувство страха будет усиливаться от ощущения мнимой нехватки воздуха. Следует помнить, что научиться дышать невозможно, а силы диафрагмы вполне хватает для дыхания в покое».

Чтобы ускорить процесс освобождения себя от сонного паралича, Константин Лунев рекомендует пробовать совершать движения глазами в стороны. Это действие заметно ускорит пробуждение нервной системы, и уже в следующий момент человек сможет совершать движения мышцами лица, а затем снова обретет контроль над своим телом.

В настоящее время паралич сна рассматривается не столько как болезнь, а скорее как возможное промежуточное состояние между сном и бодрствованием, отмечает эксперт.

«Это состояние не несет вреда или угрозы здоровью и жизни человека. Снизить число эпизодов сонного паралича позволяют нормализация режима сна и ограничение сна в положении лежа на спине. В особых случаях возможно назначение лекарственных препаратов, – говорит Константин Лунев. – Весьма эффективный способ профилактики – пробуждение при помощи обычного будильника и смещение времени пробуждения на 10–15 минут ранее обычного».

Но если состояние, похожее на описанное, возникает в моменты жизни, не связанные со сном, или возникает регулярно и негативно влияет на качество сна и дневное бодрствование, необходимо обращение к квалифицированному специалисту – неврологу.

Подготовила Ирина Савина

Паралич сна не имеет ничего общего с обычным параличом. Остаться в этом состоянии навсегда невозможно – оно обязательно завершится полным пробуждением.

Врач на грани безумия

Такой сюжет выбрала для своей дебютной книги «Шизофрения» врач-психиатр Елена Старенкова. Она работает в отделении первого психотического эпизода Алтайской краевой клинической психиатрической больницы им. Ю. К. Эрдмана. Книга издана издательством «Бомбора» (входит в издательскую группу «Эксмо – АСТ»). В январе у врача в том же издательстве выходит вторая книга – «Безумные люди».



– Около двух с половиной лет назад я начала вести блог: писала про психиатрию, психотерапию. Люди стали интересоваться этой темой. Я старалась максимально доступно донести сложную информацию, рассказать о своей специальности, о тех случаях, которые я веду (естественно, с соблюдением врачебной тайны). Блог развивался, подписчики стали задавать вопросы, я рассказывала истории, чтобы разбавить теорию практикой. Одна моя коллега, видевшая мои посты, предложила написать книгу, а моя подруга, бло-

гер, связала меня с шеф-редактором «Эксмо» Анжеликой Подоляк. Это происходило параллельно. К тому моменту у меня уже была написана добрая часть книги, оставалось только выгрузить остальную информацию из моей головы. Редактор почитала мой блог, ей все понравилось, и она попросила показать те тексты, которые у меня есть, потом предложила заключить контракт на одну книгу, а затем и на вторую.

– Как к выходу книги отнеслись руководство клиники, старшие коллеги?

– Единственное ограничение, которое я соблюдаю всегда, – это врачебная тайна и уважительное отношение к пациентам. Когда книга уже вышла, я поделилась успехом с заведующей своим отделением и с заместителем главного врача по лечебной части – эти люди никогда не откажут в совете и помощи. Никакого негатива не было, они меня поддержали. Потом меня вызвал к себе главный врач, поздравлял. О выходе книги он узнал от проректора нашего медицинского университета и был очень доволен

тем, что у врача нашей больницы вышла книга, он заинтересован в том, чтобы врачи проявляли себя.

– Я видела комментарии под публикациями о выходе вашей книги. В одних отмечают, что у вас не очень большой опыт работы, в других переживают: а что, если себя узнают пациенты?

– Соблюдение врачебной тайны состоит не только в том, что мы не называем имена и фамилии. Некоторые факты, по которым можно узнать пациента, я вообще убираю из истории. Добавляю кое-какие нюансы, чтобы замаскировать личность. «Перетащить на себя» информацию из книги сможет, наверное, любой человек. Но узнать конкретного пациента невозможно.

Может быть, прозвучит самоуверенно, но опыт в психиатрии у меня достаточно большой. В нашем отделении я успела поработать сначала в качестве медицинской сестры, потом специфика отделения неоднократно менялась, и я работала в общепсихиатрическом отделении, затем две волны в ковидном отделении на базе нашей больницы. Сейчас я работаю в отделении первого психотического эпизода и довольно серьезно занимаюсь его развитием. В частности, ввела психообразование для родственников пациентов. Меня никогда не ущемляло руководство в моем желании вести сложные случаи – например, недобровольные госпитализации.* И сейчас все сложные и так называемые «тонкие» случаи направляются в наше отделение. По времени стаж работы у меня, я согласна, небольшой. Но по содержанию работы, по ее насыщенности он достаточный.

– Почему вы выбрали сюжетную линию, в которой сам врач оказывается на грани безумия?

– Первая часть книги написана по моей жизни – там ничего не выдуманно, это мои студенческие годы. Во второй части главная героиня – Светлана Геннадьевна, врач, ставшая пациентом. У нее появляются бессонница и другие симптомы, которые ее беспокоят и не дают работать. А в третьей части я выступаю лечащим врачом этой пациентки. Образ Светланы Геннадьевны немного утрирован, она

находится в своем галлюцинаторном мире, и непонятно, что лучше для нее: выйти оттуда или остаться там?

– Почему вас интересует именно шизофрения?

– У каждой категории заболеваний есть свой габитус – определенный тип личностных особенностей пациентов. Органические пациенты «вязкие», у них слабо выражена динамика терапевтического процесса, так как органические заболевания головного мозга и симптомы, сопутствующие им, очень тяжело поддаются лечению, их симптоматика тяжело купируется. С пациентами невротического спектра тяжело работать в эмоциональном плане. Они требуют сторонней поддержки, им постоянно нужна рука врача, но не все врачи способны с этим работать. А расстройства шизофренического спектра – очень динамичная группа заболеваний. Пациенты все разные, нельзя сказать, что шизофренией болеют представители определенной социальной группы. Болеют и молодые, и пожилые люди, и люди разного социального статуса, интеллектуального уровня. У пациентов будут различия клинические проявления. При общих чертах течение заболевания будет индивидуальным. Но при этом мы довольно скоро наблюдаем эффект от проводимой терапии. Ощущение выполненного врачебного долга при работе с этими пациентами наиболее выражено, так скажем.

Пациенты нашего отделения – те, кто страдает заболеванием первые пять лет. Это наиболее благодарные пациенты в плане терапии – наиболее сохраняющие, приверженные лечению, до них можно донести информацию о важности лечения. Плюс им помогают родственники, которых мы обучаем и рассказываем о правилах помощи. Почти всегда наших пациентов удается вернуть в социум, полностью стабилизировать, симптоматика у них не такая стойкая и хорошо поддается терапии.

– Что приводит к развитию шизофрении?

– Мы выделяем множество факторов риска развития расстройства шизофренического спектра. Во-первых, это наследственность, но и она не

обещает гарантированного развития шизофрении, я это всегда подчеркиваю. Второй фактор – период детства и психические травмы, полученные в это время. В-третьих, инфекции, перенесенные с высокой температурой, а также интоксикации. Это не прямая причина развития шизофрении, но причина хрупкости головного мозга, его неустойчивости к различным стрессовым факторам. Дальше мы говорим о периоде юности – в этом возрасте люди склонны к употреблению психоактивных веществ, алкоголя, энергетических напитков. Эти вещества влияют на мозг и являются прямой причиной развития психоза в этом возрасте.

Следующий фактор – семья, если в ней есть гиперопека или, наоборот, эмоциональная холодность родителей и, как следствие, эмоциональная запущенность детей. Также это разнонаправленные требования родителей, когда один родитель устанавливает одни правила, а второй – другие. Такие требования к ребенку являются для него тяжелой ситуацией и стрессовым фактором, являющимся фактором риска развития расстройств шизофренического спектра.

Во взрослом возрасте триггерами будут являться вредные привычки, нарушения режима сна, джетлаг, различные травмы головы – все то, что нарушает стабильность нашего психического состояния. Они могут приводить к различным расстройствам психики, в том числе быть триггером развития расстройств шизофренического спектра. Кроме того, во взрослом возрасте имеет значение устойчивость к стрессам. Неадекватная реакция на стресс приводит к неустойчивости психики.

Развитию психозов подвержены совершенно разные люди, здесь нет четких критериев, при наличии которых точно можно было бы спрогнозировать психоз или, наоборот, быть уверенным, что психоза точно не случится. Даже при сочетании нескольких факторов риска человек может не быть подвержен развитию психоза. Как и не каждый считающий себя

Продолжение на стр. 22 >>

«Продолжение. Начало на стр. 20-21»

эмоционально устойчивым может быть гарантированно защищен от шизофрении. Бывает, что человек здоров, благополучен, но у него развивается психотическое состояние после какого-то травмирующего события.

При уже развившихся заболеваниях в плане профилактики обострений важны вовремя и правильно назначенное лечение, а также соблюдение режима приема препаратов. Каждое следующее обострение – это фактор риска усугубления течения заболевания.

– **Расскажите, о чем ваша вторая книга.**

– Если первая книга более художественная, то вторая более жесткая. Там поднимаются более серьезные темы, и она о тех трудностях и проблемах, с которыми сталкиваются наши пациенты. Почему люди не обращаются к психиатру? Какие заблуждения у них есть по этому поводу? Я рассказываю и про стигматизацию психиатрии, и про ее романтизацию. Я говорю об этом для того, чтобы людям стало понятнее, чтобы они перестали нас бояться. Надеюсь, что будет и третья книга, для которой у меня уже есть наработки. Она будет посвящена психотерапии.

– **Если врачи и пишут, то, как правило, они пишут научные статьи. Занимаетесь ли вы научной деятельностью?**

– Да, у меня есть публикации, начиная с шестого курса. Здесь, в клинике, под руководством заместителя главного врача по лечебной части **Натальи Юрьевны Рукиной** я провожу исследование для написания кандидатской диссертации. Поскольку я проработала две волны в ковидном госпитале на базе нашей больницы, то исследую влияние ковида на прогноз шизофрении, а точнее – на формирование шизофренического дефек-

Из блога Елены Старенковой

«Психозов я видела за свою работу множество: у молодежи и пожилых, у беременных, у женщин и мужчин, у «наших» больных и первичных пациентов, обрывающихся одним днем и длящихся месяцами. Но каждый психоз уникален, и каждый раз меня впечатляет эта клиника.

Возьмем условную женщину. Она жила, где-то работала, у нее была семья. Потом что-то случается, и вот уже ее ведут с руками за спиной два огромных сотрудника скорой помощи; она кричит, бранится, плюется, кусается, пинает всех вокруг.

– Это мои дети, отпустите! Твари! Вы сгорите! Я вас сожгу!

– Это всего лишь ваши руки.

– Мои руки, мои крылья, мои дети! Не смейте!!!

Так и опишем: аффективно заряжена, речь не по существу, агрессивна, громко бранится, вербальной коррекции не поддается, критики нет. В такие моменты понимаешь, откуда берется вся эта ересь про «экзорцизм» и «изгнание дьявола». Правда, похоже. Человеку, который не знаком с психиатрией, крайне сложно представить, что здесь обошлось без бесовщины.

та**», на частоту обострений и тяжесть заболевания. У нас есть две группы пациентов – контрольная и исследовательская. В исследовательской группе мы наблюдаем пациентов с шизофренией, которые перенесли ковид. В контрольной – пациенты без ковида в анамнезе. Мы смотрим, как за последние три года у них менялось течение заболевания. Сейчас я рабо-

Другая условная девушка. Училась, встречалась, жила. И вдруг ни с того ни с сего замирает, неадекватно себя ведет, прислушивается к чему-то, прячется, боится кого-то, кого не видит больше никто.

Третий случай. Мужчина, бывший банковский работник. Вдруг вырубает сеть в компании, начинает громить компьютеры и все вокруг. Кричит что-то про слезку и «Вам это еще аукнется!»

Или вот пожилая женщина: в течение жизни «принимала на грудь», а под старость и вовсе ушла в запой. Теперь видит змей, вползающих в окна, насекомых и несуществующую живность, которые пугают ее до чертиков.

Всего несколько кубов галоперидола могут оборвать тот кошмар, в котором пребывает человек. Для нас его возбуждает, галлюцинации, бред, страхи, тревога – всего лишь симптомы конкретных заболеваний, мы знаем, что случилось и как это лечить. Для пациента же это непрекращающийся фильм ужасов, в котором он главный герой.

Великая все-таки вещь психиатрия. Раньше я этого не понимала, и только с течением лет в этой специальности я осознала, насколько она великая».

Елена Клишина.

Фото предоставлено героиней публикации

* Недобровольная госпитализация – госпитализация в психиатрическую клинику пациента без его согласия в случае, если он страдает тяжелым психическим расстройством, его состояние представляет опасность для него самого и окружающих, он не способен самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности или в случае оставления его без психиатрической помощи его здоровью будет нанесен существенный вред.

** Шизофренический дефект – необратимые изменения личности пациента, вызванные особенностями течения заболевания. Человек либо утрачивает какие-то черты своей личности (например, из деятельного превращается в апатичного), либо в структуре личности появляются черты, которых быть не должно (например, мысли о навязчивом преследовании, стойкая бредовая симптоматика, галлюцинации).

Важный магний



Как часто после отдыха вам хочется отдохнуть еще? У постоянной усталости и слабости много причин. Одна из главных – дефицит витаминов и минералов. Ведущую роль играют магний, железо, витамин D, а также витамины группы B. Один только магний участвует больше чем в 300 процессах в организме. Из-за его нехватки страдают практически все виды обмена веществ, а также нервная, сердечно-сосудистая и другие системы.

А витамины группы B помогают работе мозга и нервной системы. Нарушения в этих и других процессах часто приводят к слабости и усталости. Что делать, чтобы нормализовать состояние? Об этом вы узнаете из нашего материала.

Поддерживать баланс

Устранение дефицитов – дело, требующее внимания и основательности. В первую очередь врачи рекомендуют разнообразить рацион питания. Большинство микроэлементов поступает в организм через пищу. И если употреблять примерно одни и те же

продукты, то высока вероятность возникновения нехватки каких-либо минералов и витаминов.

Кроме того, важно наладить режим питания. Усталость и вялость могут возникать и вследствие пропусков приемов пищи, а также из-за слишком низкой калорийности или невысокого

качества еды. В таких случаях специалисты рекомендуют перестроить распорядок дня так, чтобы успевать поесть трижды в день. Слишком строгих диет следует избегать, а вот количество сладостей и фастфуда в рационе

Продолжение на стр. 24-25 >>

«Продолжение. Начало на стр. 23

не должно быть гораздо меньше, чем свежих фруктов и овощей. И стоит понаблюдать, есть ли тяга к сладкому. Как правило, она является признаком инсулинорезистентности и нехватки магния, которая также провоцирует усталость.

Остановимся подробнее на этом минерале. Магний по содержанию в организме занимает четвертое место (после калия, натрия и кальция). Человеческий организм содержит около 30 граммов этого элемента. 60% находится в костях, около 40% – в клетках, чуть меньше 1% – в межклеточной жидкости.

Биогенный элемент

Магний играет важную роль в образовании примерно 350 ферментов, которые участвуют в обмене веществ организма. Он необходим для создания нуклеотидов, которые хранят генетическую информацию, участвует в создании запасов витаминов группы В, а в комплексе с кальцием и витамином D необходим для костной системы. Этот элемент не зря называют биогенным – без него жизнь замедляется и останавливается.

Дефицит магния характерен для целого ряда сердечно-сосудистых и эндокринологических патологий. Например, магний нормализует метаболизм на уровне глюкозы и глюкозоподобных веществ. Поэтому эндокринологи считают его неотъемлемым элементом лечения сахарного диабета. Также уровень магния рекомендуют повышать при первичных иммунодефицитах и других нарушениях иммунитета.

Магний поступает в организм из продуктов питания. Богаты им зеленые листовые овощи (салат, шпинат, морская капуста), орехи (кешью, кедровые), бананы, хурма, сухофрукты (финики, чернослив), какао, темный шоколад, семена подсолнечника, кунжута и тыквы, зерновые и злаки (гречиха, ячмень, овес и все продукты на его основе).

Можно принимать магний отдельными добавками, но необходимо обязательно согласовать дозировку с

На заметку

Рекомендуемое количество магния в сутки:

- для мужчин: 400–410 мг;
- для женщин: 350–360 мг;
- для подростков 14–18 лет: 300 мг;
- для детей 4–5 лет: примерно 80 мг.

Нормальный уровень магния в организме – от 0,66 до 1,07 ммоль/л.

терапевтом. Стоит обратить внимание на его форму – цитрат магния усваивается наиболее эффективно.

Сигналы дефицита

Дефицит магния обычно появляется, как сказано выше, из-за жестких диет и несбалансированного питания. Если рацион строится на жирной молочной пище и мясе, нехватка магния не удивительна – в этих продуктах его мало. Больше всего дефициту магния подвержены люди, работающие на вредных производствах, спортсмены, беременные и кормящие, люди с тяжелыми сердечно-сосудистыми заболеваниями, заболеваниями нервной системы и др. Ученые сформировали так называемую дюжину дефицита магния. Эти 12 признаков связаны с различными органами и системами.

1. Мышечные спазмы. Рутинные исследования крови и мочи дают недостаточно информации, чтобы выяснить их природу. В таких случаях нужно определять уровень магния и сахара в крови.

2. Нарушение сна.

3. Болезни костной системы. Без магния и кальция в организме нарушается минерализация – обеспечение костной ткани необходимой плотностью и т.д. Так, остеопороз развивается, как правило, после 50–60 лет. Снижение уровня магния может привести к появлению заболевания в более раннем возрасте. Уже после 40 лет нужно внимательно следить за уровнем магния и витамина D, с которым он работает.

4. Тревожность.
5. Апатия.
6. Раздражительность без очевидных причин.

7. Мочекаменная или желчнокаменная болезнь. Если количество магния в норме, он не позволяет кальцию откладываться в почках и желчном пузыре.

8. Нарушение ритма сердца.

9. Пристрастие к сладкому. При отсутствии магния, который нормализует уровень инсулина и глюкозы в клетках, они остаются без сахара и испытывают голод. Однако пациенты редко жалуются на тягу к сладкому: либо скрывают, либо просто не обращают на это внимания.

10. Утомляемость.

11. Эмоциональность.

12. Аллергии. В достаточном количестве магний блокирует выход из тучных клеток гистамина – аллергенного вещества. Таким образом, он профилактирует аллергические заболевания.

Нужно понимать, что эти признаки говорят об уже достаточно длительном дефиците магния. Дело в том, что организм до последнего держит его уровень на нужных величинах.

Если магния резко становится меньше, организм все равно сохраняет его необходимое количество в крови: он слишком важен для работы многих органов и систем.

На короткое время уровень магния может снизиться из-за диареи, тяжелого нервного потрясения. В таких случаях его восполняют лекарственными средствами.

Также дополнительный прием магния часто необходим беременным женщинам. Сложно получить из пищи достаточное количество этого микроэлемента и для себя, и для формирующегося ребенка.

Бывает ли магния слишком много? Да, избыток магния может возникнуть. Как правило, он проявляется сухостью кожи и слизистых. Но обычно это длится недолго – организм следит за уровнем этого элемента и выводит излишек с мочой или с потом.

Профицит можно создать и путем приема лекарств – например,

Это интересно

Формы магния

1. **Цитрат магния** хорошо усваивается в кишечнике. Благодаря связи с лимонной кислотой такой магний обладает мягким слабительным свойством и при правильной дозировке может использоваться как эффективное дополнительное средство от запоров. Эта форма подойдет людям, у которых есть проблемы с регулярностью стула, однако не тем, кто страдает от нарушений моторной функции кишечника. Он впитывает воду в кишечнике, поэтому его лучше принимать с обильным количеством жидкости.

2. **Таурат магния** подходит людям с проблемами сердечно-сосудистой системы. Он поможет поддерживать работу сердечной мышцы, стабилизировать и держать под контролем уровень сахара в крови. Регулярный прием и грамотная дозировка исключают вероятность появления аритмии, сердечных повреждений, вызванных приступами. Таурат магния легко всасывается кишечником, стабилизирует клеточные стенки и не имеет слабительных свойств.

3. **L-треонат магния (магниева соль треоновой кислоты)** способен проходить гематоэнцефалический барьер мозга. Испытания показали, что L-треонат магния положительно влияет на улучшение когнитивных способностей (в частности, кратковременной и долгосрочной памяти) и улучшает качество сна.

4. **Малат магния** целесообразен для использования людьми, испытывающими постоянную усталость. Яблочная кислота, присутствующая в этой форме, является весомым компонентом клеток организма и

входит в состав ферментов, которые участвуют в синтезе АТФ и в генерации энергии. Это отличный вариант для спортсменов, так как помогает снимать мышечные боли. Принимать его лучше в первой половине дня, так как яблочная кислота в составе отвечает за выработку энергии, поэтому прием в вечернее время может усложнить процесс засыпания. У малата магния есть побочное действие – небольшой слабительный эффект.

5. **Глицинат или бисглицинат магния.** Его еще часто называют хелат-глицинат. Аминокислота глицин в сочетании с магнием считается одной из наиболее биодоступных и легко усвояемых форм, которая используется организмом для формирования белковых соединений. Она не провоцирует опорожнение кишечника, хорошо успокаивает нервную систему, борется со стрессом и чувством тревоги. Может применяться как дополнительное средство при лечении болезней сердца, диабета, бессонницы, воспалительных процессов.

6. **Хлорид магния** легко усваивается и активно используется при изжоге, кишечных недугах. Версия в виде лосьона часто используется при судорогах в икроножных мышцах.

7. **Оротат магния** – связь магния с оротовой кислотой, которая отвечает за питание и обновление клеток сердца, энергетическое питание мышц. Хороший вариант для укрепления сердечно-сосудистой системы и при повышенных физических нагрузках.

8. **Карбонат магния** обладает антацидными свойствами. Это полезно для людей с расстройством ЖКТ – в частности, при кислотном рефлюксе.

9. **Оксид магния** почти не усваивается в кишечнике, обладает низкой скоростью поглощения. Единственное его полезное применение – это добавки вида bone-ur, направленные на поддержание здоровья костей. В них присутствует биодоступный кальций, а дополнительные кофакторы направляют его в костную ткань, что очень важно при переломах, после ортопедических или стоматологических операций.

10. **Сульфат магния** используется в качестве слабительного средства, которое эффективно борется с запорами кишечника и стимулирует выработку желчи. Однако данной формой очень просто достигнуть передозировки и вызвать обезвоживание организма.

11. **Глутамат и аспартат магния.** Этих форм необходимо избегать, так как кислоты, входящие в их состав (глутаминовая и аспарагиновая), являются составляющими опасного подсластителя аспартам. Также они обе обладают нейротоксичным действием при отсутствии связи с другими аминокислотами.

12. **Хелатный магний** имеет различные формы: глицинат, бисглицинат, хелат-глицинат, таурат, лизинат, L-треонат, оротат и различные их комбинации. Обладает высокой биоактивностью и стабильностью, позволяет организму получить и усвоить как можно большее количество этого полезного минерала.

от заболеваний желудочно-кишечного тракта. Препараты, снижающие уровень соляной кислоты, содержат магний в довольно значимой дозировке. Такие моменты тоже нужно учитывать.

И все же избыток магния не так опасен, как его дефицит. Этот незаметный элемент участвует практически во всех процессах в организме, поэтому важно следить за разнообразием питания, анализировать изменения в

своем поведении, проверять количество магния в крови и при необходимости повышать его уровень.

Подготовила Ирина Савина
по материалам международной
медицинской платформы 103

Йод к нам не «приплывет»

Практически все регионы России являются йододефицитными. Об этом говорила в СМИ директор Национального медицинского исследовательского центра эндокринологии Минздрава России, член-корреспондент РАН Наталья Мокрышева. Оксана Заплавнова, главный внештатный специалист эндокринолог края, говорит, что с проблемой йододефицита из россиян не знакомы, пожалуй, лишь жители Камчатки. В Алтайском крае степень йододефицита легкая, но чем дальше в горы, тем серьезнее выражен недостаток йода в почве, а следовательно, и в организме человека.



Как в СССР победили зоб

– Проблема йододефицита существует не только в России, но и в других странах, а именно в тех их частях,



которые расположены далеко от побережья моря или океана. Проблема йододефицита отсутствует в Японии и на Камчатке, поскольку жители там регулярно употребляют в пищу свежие морепродукты.

В Советском Союзе в 1950-е – 1970-е годы йододефицит был полностью ликвидирован. В 1950-е годы были организованы противозобные диспансеры, был постоянный медицинский контроль, начиная с яслей и детских садов. Проводились профилактические мероприятия, старшее поколение помнит препарат антиструмин, который в обязательном порядке раздавался в школах и в детских садах. В середине 1980-х годов в СССР производилось более 1 млн тонн йодированной соли в год. Потом было решено, что острота проблемы снята, и были закрыты противозобные диспансеры, начался постепенный возврат к йододефициту. В 1990-е годы система профилактики, которая охватывала всю страну, испытывала серьезные трудности.

Сегодня, чтобы узнать, есть йододефицит в Алтайском крае или нет, нужно провести исследования среди населения региона методом йодурии – определения йода в моче. Последний раз такие исследования проводились в 1990-е годы в рамках

Семипалатинской программы. Исследования проводились в детских садах. Состояние здоровья детского населения, как правило, отражает состояние здоровья взрослого населения, а собрать образцы биоматериала у детского населения проще, чем у взрослого. Результаты исследований показали тогда, что в разных районах ситуация индивидуальная. К примеру, в Бурлинском районе был достаточный уровень обеспеченности населения йодом, а в предгорных районах был йододефицит различной степени тяжести.

Сказать о том, какая в крае сегодня степень йододефицита, нельзя, поскольку не проводились исследования, нет данных. Те исследования, которые проводились в 1990-е, на мой взгляд, провести можно и сейчас, но вопрос, как обычно, в финансировании. Для этого нужно принять программу – федеральную или региональную. Проект федеральной программы НМИЦ эндокринологии неоднократно направлял в Минздрав России.

Йод – элемент здоровья

– Йододефицитные заболевания – это не только проблема щитовидной железы, ведь гормоны щитовидной железы оказывают влияние на весь организм. Йод – основной компонент

гормонов щитовидной железы. Если не хватает йода, то этих гормонов вырабатывается недостаточно. Из-за этого щитовидная железа начинает увеличиваться, так как с помощью увеличения своей массы она пытается увеличить объем вырабатываемых гормонов.

Дефицит гормонов щитовидной железы особенно опасен в младенческом возрасте и во время вынашивания плода, поскольку они необходимы для правильного формирования нервной системы плода. Щитовидная железа плода закладывается на четвертой-пятой неделе беременности, функционировать начинает с 12-й – 15-й недели. То есть в течение первых трех месяцев беременности, когда закладываются основные структуры головного мозга, за формирование нервной системы плода полностью отвечает щитовидная железа матери. Если во время беременности и в раннем детском возрасте возникает тяжелый йододефицит, то страдает нервная система ребенка. Процесс формирования нервной системы продолжается вплоть до самого рождения ребенка. У женщины во время беременности происходит физиологическое увеличение щитовидной железы с целью большей выработки гормонов для ребенка. Это увеличение проходит само собой в течение 6–12 месяцев после родов.

Даже абсолютно здоровая мама во время беременности должна получать повышенное количество йода. Ей нужно не менее 250 микрограммов йода в сутки, при этом 50 мкг она получает с едой и 200 мкг в виде препарата йода. Всем беременным врачи акушеры-гинекологи в обязательном порядке (это входит в протоколы наблюдения беременных) определяют уровень гормонов щитовидной железы, и если есть какие-то проблемы, женщину направляют к эндокринологу. Если проблем нет, врач акушер-гинеколог назначает препараты йода на весь период беременности и грудного вскармливания.

Если говорить о раке щитовидной железы, то он возникает по причине мутации клеток. На фоне йододефицита клетки щитовидной железы начинают активно размножаться, и, возможно, существует опасность, что они переро-

дятся в раковые. Вероятно, в какой-то доле случаев рака щитовидной железы причиной может быть тяжелый йододефицит. Легкий йододефицит может вызывать небольшое снижение функции щитовидной железы и рост узлов в ней.

В этом и соль

По словам Оксаны Дмитриевны, в целях профилактики йододефицита рассчитывать на продукты с высоким естественным содержанием йода не стоит. Высоким содержанием йода обладают только что выловленные морская рыба и морепродукты, а при заморозке и во время транспортировки они свой йод теряют. Если говорить о продуктах сельскохозяйственного происхождения, то йода много в тех, которые выросли на берегу моря или океана, а не в глубине континента.

Поэтому основным профилактическим продуктом остается хорошо известная всем йодированная соль.

– Теперь в соль добавляют не йодид калия, как раньше, а йодат. Йодид калия испарялся во время длительного хранения, поэтому соль нужно было хранить в емкости с плотной крышкой. Йодат более стойкий, и эта соль может подвергаться термообработке – ее можно добавлять в домашние овощные заготовки на зиму, в консервы.

В ряде других стран проблему йододефицита решают путем добавления йодсодержащих добавок в корм крупному рогатому скоту и получают, таким образом, йодированное мясо. Полностью йододефицит ликвидирован в Казахстане и в Республике Беларусь, там йодированная соль продается везде и везде используется при производстве продуктов.

В нашей стране не раз выдвигались предложения обогащать йодом продукты питания – например, макароны, хлеб, молоко. Но Российская ассоциация эндокринологов относится к этим предложениям резко отрицательно, аргументируя это тем, что нет способа контролировать уровень йода, который человек будет получать, употребляя в пищу йодированные продукты. В условиях йододефицита излишки йода могут спровоцировать тиреотоксикоз – например, у людей старшего поколения при узловых зобах. При

Факты

Йод, который попадает в организм, накапливается в щитовидной железе и в слюнных железах.

При радиационных катастрофах населению и ликвидаторам рекомендуют принимать йод в фармакологических дозах, чтобы заблокировать щитовидную железу. Когда она «насыщена» йодом, радиоактивный йод проходит транзитом, не накапливаясь в организме.

Избыток йода из организма выводится с мочой.

Йод в профилактических дозах должен поступать в организм постоянно.

Объем йода, который нужен человеку в течение всей жизни, – чайная ложка.

Замедляет всасывание йода ряд продуктов (например, брокколи), однако для этого нужно съесть очень много.

Потребность в йоде у людей пожилого возраста ниже, чем у детей и у людей средних лет.

Люди с гипертонией, при которой рекомендуется снизить потребление соли, могут использовать для профилактики йода не йодированную соль, а препараты йода – 100 микрограммов в сутки йодида калия.

использовании в пищу йодированной соли вероятность этого очень мала.

Оксана Заплавнова напомнила, что потребность в йоде у детей дошкольного возраста – 90–100 мкг/сутки, школьного – 120 мкг/сутки, у детей старше 12 лет и у взрослых – 150 мкг/сутки. Из этого количества 50 мкг мы получаем с пищей. Остальное – микродоза, которую можно принимать без назначения врача, это количество не навредит.

Елена Клишина

Тревожный живот

Периодические боли и дискомфорт в животе, постоянный поиск туалета и проблемы со стулом – все это характерно для синдрома раздраженного кишечника. Этот диагноз встречается довольно часто. Но схожими симптомами обладают и другие заболевания желудочно-кишечного тракта. Как распознать проблему на ранних сроках, как правильно питаться и почему важно вовремя обратиться к специалисту, расскажет к. м. н., врач-гастроэнтеролог Ольга Гатаулина.



Многоликий синдром

– **Ольга Владиславовна, что представляет собой синдром раздраженного кишечника? Как часто он встречается у жителей нашего региона?**

– Синдром раздраженного кишечника (СРК) – функциональное заболевание кишечника, которое проявляется рецидивирующей болью в животе, возникающей по меньшей мере 1 раз в неделю. Она характеризуется следующими признаками (двумя



или более): связана с дефекацией, с изменением частоты стула и/или изменением формы стула. Мы можем говорить об СРК, если эти симптомы отмечаются у пациента в последние 3 месяца при общей продолжительности наблюдения не менее полугода. В зависимости от характера изменений стула выделяют четыре возможных варианта СРК: с запором, с диареей, смешанный и неклассифицируемый.

Если говорить о распространенности, данным заболеванием страдают от 10 до 13% населения. Его симптомы испытывает больший процент населения, но лишь 25–30% из них обращаются за медицинской помощью. Чаще СРК встречается у женщин.

– **На что, как правило, жалуются пациенты?**

– Жалобы пациентов можно подразделить на кишечные (боль в животе; ощущение вздутия живота; нарушение функции кишечника в виде запора, диареи или их чередования; нарушение акта дефекации в виде императивных позывов на дефекацию или чувства неполного опорожнения кишечника) и внекишечные (диспепсия, тошнота, изжога, боли в поясничной области, другие мышечные и суставные боли,

урологические симптомы, диспареуния, нарушение ночного сна).

– **Каковы его признаки и чем СРК отличается от других схожих заболеваний?**

– Важная отличительная особенность болевого синдрома при СРК – отсутствие боли в ночные часы. Для него более характерна преходящая боль, которая локализуется преимущественно в подвздошных областях, чаще слева. Она характеризуется как неопределенная, гнущая, тупая, ноющая, постоянная, кинжальная, выкручивающая. Обычно боль усиливается после приема пищи. Выраженность ее уменьшается после дефекации, отхождения газов, а также приема спазмолитических препаратов. У женщин боль усиливается во время менструации.

Ощущение вздутия живота в утренние часы менее выражено, усиливается после приема пищи и нарастает в течение дня.

Диарея, как правило, возникает утром, после завтрака. Частота актов дефекации колеблется от 2 до 4 и более за короткий промежуток времени, часто сопровождается императивными позывами и чувством неполного опорожнения кишечника. Она отсутствует

в ночные часы, при этом в каловых массах нередко отмечается примесь слизи. Общая суточная масса кала не превышает 200 г. При запорах выделяются плотные, оформленные каловые массы в начале дефекации. Затем появляется кашицеобразный или водянистый кал. Возможно выделение «овечьего кала» – в форме комочков.

Перечисленные симптомы могут наблюдаться и при других заболеваниях кишечника. Известно, что диспепсия отмечается у 15–45% пациентов с СРК. Урологические симптомы представлены никтурией (учащение ритма мочеиспусканий ночью и нередко большим отделением мочи ночью, чем днем), учащенными и императивными позывами к мочеиспусканию, ощущением неполного опорожнения мочевого пузыря. У женщин может проявиться диспареуния – появление боли при половом акте.

Кроме того, особое внимание следует уделить «симптомам тревоги». Они могут быть проявлением органической патологии, требующей углубленного обследования. При сборе жалоб и анамнеза должны насторожить прогрессирующее течение заболевания, наличие постоянной боли в животе как единственного симптома поражения ЖКТ, ночная симптоматика, уменьшение массы тела, начало заболевания в пожилом возрасте, наследственность (рак толстой кишки, язвенный колит, болезнь Крона, целиакия у родственников). Выявленные при обследовании лихорадка и изменения со стороны внутренних органов (гепатомегалия, спленомегалия и др.) также требуют углубленного обследования. Лабораторные показатели как «симптомы тревоги» – снижение уровня гемоглобина, лейкоцитоз, повышение СОЭ, наличие скрытой крови в кале, изменение в биохимическом анализе крови, стеаторея (при недостатке липаз в кале в большом количестве появляется нейтральный жир), полифекалия.

– **Как диагностируют сегодня синдром раздраженного кишечника?**

– Рекомендованы физикальное обследование (осмотр перианальной области, пальцевое исследование прямой кишки) и обширные лабораторные ис-

следования. Но и это не все. Также необходимо провести ряд инструментальных исследований – УЗИ органов брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопию для исключения органических заболеваний верхних отделов ЖКТ, илеоколоноскопию с биопсией терминального отдела тонкой и толстой кишки.

Дифференциальную диагностику СРК проводят, чтобы исключить лактазную и дисахаридную недостаточность, внешнесекреторную недостаточность поджелудочной железы, радиационный (постлучевой) колит, колит, ассоциированный с приемом нестероидных противовоспалительных препаратов, ишемическую болезнь органов пищеварения, рак толстой кишки, лямблиоз, дивертикулит, а также гинекологические заболевания (эндометриоз, воспалительные заболевания, опухоли яичников). Схожими с синдромом раздраженного кишечника симптомами обладают и такие редкие заболевания, как болезнь Уиппла, амилоидоз с поражением кишечника, вирусные поражения толстой кишки (цитомегаловирус, вирус простого герпеса).

Тонкости кишечной кухни

– **Ольга Владиславовна, что служит пусковым механизмом для развития синдрома раздраженного кишечника?**

– Предполагается, что на возникновение СРК влияет нарушение строения и функций слизисто-эпителиального барьера ЖКТ. Причиной тому могут быть полиморфизм генов, ответственных за синтез его различных компонентов, перенесенные острые кишечные инфекции, антибиотикотерапия, изменения в составе микробиоты, а также психосоциальный стресс и особенности рациона.

– **Может ли пища спровоцировать развитие его симптомов, и какая именно?**

– По воздействию на моторную функцию кишечника все пищевые вещества можно разделить на три группы: усиливающие моторную функцию, замедляющие ее и индифферентные. К физиологическим стимуляторам перистальтики относят желчные кислоты, сахаристые вещества (особенно

в больших концентрациях), органические кислоты, гипертонические растворы поваренной соли, жиры и холодные блюда, а также вещества, содержащие или образующие углекислоту. Наиболее выраженным послабляющим действием обладают черный хлеб, сырые овощи и фрукты, сухофрукты (особенно чернослив, курага, урюк), белый хлеб с повышенным количеством отрубей, бобовые, овсяная, гречневая и ячневые крупы, мясо с большим количеством соединительной ткани, соленья, маринады, сельдь и другие сорта соленой рыбы, закусовые консервы, копчености, все безалкогольные напитки, насыщенные углекислотой (минеральные воды, лимонад, фруктовые напитки), пиво, квас, различные жиры в больших количествах, особенно употребляемые в чистом виде (сметана и сливки более 100 г в день). Кисломолочные напитки используют при заболеваниях кишечника как у пациентов с диареей (ацидофильное молоко с низкой кислотностью), так и при запорах (ацидофильное молоко с высокой кислотностью, кефир, кумыс).

К замедляющим перистальтику относят продукты, богатые танином (черника, черемуха, крепкий чай, какао на воде), вещества вязкой консистенции, медленно продвигающиеся по кишечнику (слизистые супы, протертые каши, кисели, теплые и горячие блюда).

К индифферентным по влиянию на перистальтику веществам относят паровые блюда из нежирных сортов мяса без сухожилий (суфле, фрикадельки, котлеты, пюре), отварную нежирную рыбу, пшеничный хлеб из высших сортов муки (черствый или в виде сухарей), свежеприготовленный творог.

– **Какие продукты, наоборот, приносят пользу при данном диагнозе?**

– Питание при диарее подразумевает диету с нормальным количеством белка, ограничением жиров и углеводов до нижней границы нормы. Все блюда отваривают или готовят на пару и протирают. Исключают продукты и блюда, усиливающие процессы брожения и гниения в кишечнике: молоко, сладости, бобовые, грубую клетчатку (свежие

Продолжение на стр. 30 >>

«Продолжение. Начало на стр. 28-29»

овощи, зелень, фрукты и ягоды), а также блюда, стимулирующие желчеотделение, секрецию желудка и поджелудочной железы (соусы, пряности, закуски). Рекомендуются телятина, птица, рыба нежирных сортов в виде паровых котлет, фрикаделек, суфле. Супы на обезжиренном бульоне (мясным или рыбным) с добавлением слизистых отваров (рис, гречневая крупа, мука) и паровых или сваренных на воде мясных или рыбных кнелей, фрикаделек, яичных хлопьев, вареного и протертого мяса. Каши протертые – из риса, овсяной, гречневой, манной и других круп, которые готовят на воде или на обезжиренном мясном бульоне. Овощи (картофель, морковь, кабачки) дают в виде пюре или запеканок. Можно употреблять яйца всмятку или в виде добавок к блюдам, яичные белковые омлеты, меренги.

Стоит отметить, что у некоторых пациентов яйца могут вызывать усиление боли и даже диарею. Это объясняется повышенной чувствительностью кишечника к действию сероводорода, образующегося из серосодержащих аминокислот яичного белка или при обсеменении верхних отделов тонкой кишки микроорганизмами, вызывающих там гниение.

Кроме того, рекомендованы творог в протертом виде, сухари из белого пшеничного хлеба. Из напитков – слабозаваренный чай, соки в виде желе, кисели из фруктов и ягод, отвары сушеной черной смородины, черники, черемухи.

В случае запоров предпочтение оказывается продуктам, богатым пищевыми волокнами. В диету включают овощи, фрукты, сухофрукты, зерновые, насыщенные балластными веществами, или специализированные концентраты пищевых волокон. Хлебобулочные изделия рекомендованы из цельнозернового зерна или содержащие значительное количество отрубей. Из круп подойдут овсяная, гречневая, ячневая. Из орехов – миндаль, арахис, фисташки. Также рекомендуются продукты, содержащие органические кислоты: овощные и фруктовые соки, кислые фрукты, сухофрукты (инжир, курага, финики), кислое молоко, простокваша, кумыс, свежий кефир. Из сахаристых веществ – мед,

варенья и джемы из сладких сортов ягод и фруктов, мармелад, пастила, зефир. Разрешены соленья, маринады, сельдь. Сливочное и оливковое масла можно добавлять в готовые блюда.

Пациентам с метеоризмом следует исключить из рациона продукты питания и напитки, содержащие большое количество газов (газированную воду, взбитые сливки, суфле). Также необходимо ограничить продукты, стимулирующие процессы газообразования в кишечнике: цельное молоко, бобовые, брокколи, белокочанную и цветную капусту, орехи, яблоки, дыни, бананы, макаронные изделия, картофель, артишоки, мед, сахар. В качестве профилактики аэрофагии рекомендуют не пить жидкость через соломинку и не разговаривать во время еды.

Диету больным с СРК подбирают индивидуально, путем исключения продуктов, вызывающих увеличение выраженности симптомов заболевания (элиминационная диета). Пациентам с диарейным и смешанным вариантами СРК можно назначать аглутеновую диету.

Соблюдать рекомендации

– **Ольга Владиславовна, каковы условия эффективного лечения синдрома раздраженного кишечника?**

– Для заболевания характерно волнообразное течение с чередованием периодов обострения (нередко провоцируемого психоэмоциональными стрессами) и ремиссии. Поэтому в период заболевания крайне важно соблюдать ряд правил.

1. Принимайте пищу регулярно, в специально отведенное для этого время, избегайте приема пищи в спешке, в процессе работы.

2. Не пропускайте приемы пищи и не допускайте длительных перерывов между ними.

3. Ведите пищевой дневник для определения продуктов, употребление которых приводит к увеличению выраженности симптомов заболевания.

4. Избегайте психоэмоциональных расстройств, соблюдайте рациональный режим труда и отдыха.

5. Включайте умеренные физические нагрузки (ходьба, езда на велосипеде, занятия аэробикой).

Терапия должна соответствовать национальным клиническим рекомендациям по лечению СРК. Несоблюдение врачебных назначений затягивает сроки наступления ремиссии.

При неэффективности медикаментозного (симптоматического) лечения СРК, назначенного гастроэнтерологом, пациентам показана консультация психиатра для определения дальнейшей тактики лечения. Поскольку СРК – заболевание, ассоциированное с рядом психоэмоциональных расстройств, при лечении большинства пациентов требуется применение психотерапевтических методов.

– **Возможна ли профилактика синдрома раздраженного кишечника?**

– Специфических мер не существует. Профилактика заключается в воздействии на модифицируемые факторы риска СРК. Необходимо увеличить потребление жидкости, включить в диету кисломолочные продукты с доказанной пробиотической активностью, ограничить потребление газообразующих продуктов и жирной пищи. А кроме того, исключить из рациона алкоголь и напитки, содержащие кофеин и колу, продукты с сорбитолом и добавками фруктозы, избегать перекармливания. Прием пищи должен быть медленным, с тщательным ее пережевыванием. Также необходимо контролировать стресс и избегать стрессовых ситуаций.

Решение о повторном обследовании принимают индивидуально при появлении новых симптомов, в первую очередь «симптомов тревоги», а также при резистентности заболевания к терапии.

– **Каков прогноз заболевания?**

– Синдром раздраженного кишечника имеет доброкачественный характер, при нем не отмечено повышение риска развития органических заболеваний ЖКТ. При своевременном распознавании, соблюдении режима, всех правил лечения и рекомендаций лечащего врача прогноз СРК благоприятный.

Подготовила Ирина Савина

Личное отношение врачей к лечению и реабилитации больных трудно переоценить. И болезнь отступает, и восстановление происходит быстрее. Это всегда находит отклик в сердцах благодарных пациентов. Об этом наша рубрика «Спасибо, доктор!».

Хочу поблагодарить коллектив Центра здоровья для детей КГБУЗ «Детская городская больница № 1, г. Барнаул». Были на обследовании и консультации с сыном, страдающим сахарным диабетом. Нам помогли решить проблему отношения ребенка к своему заболеванию (организация режима и характер питания). Ему провели профессиональную чистку зубов, мы получили рекомендации по проблемам с зубами. Сожалею, что ранее не знала о существовании такого Центра. Всем здоровья и с Новым годом!

Елена Трубицина

Мне дали направление на реабилитацию в КГБУЗ «Алтайский врачбно-физкультурный диспансер» (был перелом пяточной кости). Проходил там реабилитацию с 6 по 22 декабря 2023 года. Выражаю огромную благодарность всей команде коллегам и лично врачу ЛФК **Н. А. Ерохиной, С. А. Прохоровой** (физиокабинет) и **О. А. Киноронтовой** за отзывчивость, внимательное и уважительное отношение к своим пациентам. Доброжелательные люди, а главное – специалисты своего дела. В наше время это большая редкость. Низкий им поклон.

Сергей Александрович Мажуга

Хочу поблагодарить врача-невролога КГБУЗ «Детская городская клиническая больница № 7, г. Барнаул» **Марину Николаевну Новикову**. Это профессионал с огромным стажем и искренним, душевным отношением к своим маленьким пациентам и их родителям. Назначает эффективное лечение с результатом. Отвечает на вопросы и дает информацию развернуто, просто, спокойно, так что после ее ухода в голове ясная картина, не нужно нигде искать дополнительную информацию, в том числе в Интернете. Сопровождает еще и после лечения. Огромное спасибо, доктор.

Лидия Владимировна Стрельцова

Хотелось бы сказать слова благодарности за терпение и труд молодому врачу-терапевту КГБУЗ «Павловская ЦРБ» **Андрею Сергеевичу Куранову**. Когда случилось так, что нужно было оформлять документы на МСЭ для моей тети, Андрей Сергеевич сразу откликнулся на мою просьбу, совместными усилиями мы быстро все собрали, он был очень добр, большое ему спасибо. Низкий поклон, что есть еще такие отзывчивые и добрые люди.

Людмила Сергеевна Новикова

Выражаю благодарность врачу-неврологу КГБУЗ «Центральная городская больница, г. Заринск» **Наталье Николаевне Ибревой** за поддержку и профессионализм. Спасибо, что помогли, успокоили, поддержали, когда я узнала о смерти сына. Спасибо, что настояли на продолжении курса лечения.

Наталья Николаевна Макарова

Попали в детское инфекционное отделение № 2 ККБСМП № 2. Легли с ковидом и пневмонией. Лежали в отдельном боксе. Хочу поблагодарить каждого человека. У вас золотые руки и добрые сердца. Мой маленький сын теперь не боится катетеров, «бабочек» и уколов. Очень чуткий персонал, все дотошно и внятно излагают. Даже санитарочки прелестные (хотя обычно они вредничают).

Александра Александровна Игнатова

Хочу выразить благодарность бригаде скорой медицинской помощи, г. Барнаул, а именно кардиологу **Е. В. Петровой** и фельдшеру **Ю. В. Оплачко**. У меня был длительный приступ тахикардии. Справиться с ним сама не смогла, пришлось вызывать скорую. Медработники приехали быстро, помощь оказали профессионально. Были вежливы, к моему состоянию отнеслись с пониманием. Дали необходимые рекомендации, поддержали меня позитивным настроем. Около часа были рядом, пока не восстановили ритм сердца. Низкий им поклон.

Татьяна Николаевна Синкевич

Хочу выразить огромную благодарность нашему педиатру Детской поликлиники № 3, г. Барнаул **Юлии Владимировне Миранович** и **Екатерине Владимировне**, которые всегда на связи, интересуются и отвечают на вопросы, что важно для мамочек. Юлия Владимировна – внимательная, вежливая, тактичная, а Екатерину Владимировну дочка просто обожает, после каждого патронажа улыбалась. Спасибо за вашу работу. Еще хотелось бы выделить врачей (пер. Малый Прудской) и лично **В. Ю. Осипова** (благодаря его рекомендациям у дочки прошла дисплазия) и **М. А. Батайкину**, которая не только делает УЗИ, но и очень хорошо ладит с детками, дает рекомендации.

Арина Петровна Зеленцова

Хочу выразить слова благодарности бригаде скорой помощи № 36 СМП, г. Барнаул, а именно фельдшеру **Т. В. Садовых**, медсестре **Д. И. Юрьевой**, водителю **Е. М. Носову**. Благодаря этим профессионалам моя мама жива. Они приехали быстро. С первой минуты показали слаженную командную работу, хочется отметить каждого. Своевременно они доставили маму в кардиоцентр и передали в другие надежные руки. Благодарю всех от нашей семьи за маму.

Елена Владимировна Смоленцева



«Модернизация первичного звена здравоохранения»

9 января министр здравоохранения Дмитрий Попов проверил ход ремонтных работ сразу в трех медицинских организациях. Строительство и ремонтные работы проводились в рамках регионального проекта «Модернизация первичного звена здравоохранения» нацпроекта «Здравоохранение». Также министр побывал в госпитале ветеранов войн, в котором обсудили дальнейшие планы по ремонту реабилитационного отделения, и посмотрел новое оборудование.

Источник: пресс-служба Минздрава Алтайского края



В выпуске использованы фотографии с сайта zdravalt.ru, из архива редакции и открытых источников сети Интернет: clubmed.com.tr, nedugamnet.ru, scientificamerican.com, forumsamogon.ru, oy-li.ru, muzoktrb.ru, shopify.com, progressivemedicalcenter.com, cellerafarma.com.br

Алтайская краевая медицинская газета | 12+
Мы за ЗДОРОВЬЕ

Краевая медицинская газета. Издаётся с 17.06.1994 г.

Учредитель: КГБУЗ «Краевой Центр общественного здоровья и медицинской профилактики».

Газета зарегистрирована Управлением Роскомнадзора по Алтайскому краю и Республике Алтай. Регистрационный номер ПИ №ТУ 22-00617 от 21.10.2016 г.

Редакция может публиковать материалы в порядке обсуждения, не разделяя точку зрения автора. Полную ответственность за точность приведенных фактов, цитат, статистических данных, собственных имен и прочих сведений несут лица, являющиеся источником информации.

Главный редактор – Н. С. Камышева, редактор – И. А. Савина

Издатель: КГБУЗ «Краевой Центр общественного здоровья и медицинской профилактики».

Адрес издателя: 656056, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Ползунова, 23.

Адрес редакции: 656056, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Ползунова, 23. **E-mail:** medprof_typ@mail.ru.

Отпечатано в типографии ООО «А 1».

Адрес типографии: 656049, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Папанинцев, 106А.

Телефон/факс: 8 (3852) 245-936. **E-mail:** europrint@list.ru. **ОГРН:** 1062221060670. **ОКПО:** 98366744

Подписано в печать 12.01.2024. По графику 18:00. Фактически 18:00. Тираж 1000 экз. Цена свободная.