

Алтайская краевая медицинская газета | 12+

Мы и ЗДОРОВЬЕ



№ 11 (714) 18 ноября 2022 г. | Издаётся с 17 июня 1994 г.



Работа в поликлинике – хорошая основа для молодого врача

➤ Стр. 4-6

«Врач-рентгенолог –
это медицинский эрудит»

➤ Стр. 7-10

«Сюжет голливудского фильма»

➤ Стр. 10-12

Передовые технологии в урологии

Первую плазменную операцию на предстательной железе с использованием 3D-визуализации провели в Алтайском краевом госпитале для ветеранов войн. Весь процесс транслировали на региональной онлайн-конференции, посвященной актуальным вопросам реконструктивно-пластической и геронтологической урологии.

В онлайн-мероприятии участвовали более 300 врачей со всей России. Почетными гостями стали д. м. н., профессор **Андрей Ерквич** (г. Новосибирск) и д. м. н., профессор **Владимир Старцев** (г. Санкт-Петербург). Хирурги представили доклады, а после проводили так называемые «выставочные» операции.

Одна из них была выполнена с использованием плазменной энергии. Это первый опыт энуклеации простаты в Алтайском крае у мужчины «серебряного» возраста. Операция малоинвазивная, во время нее пациент был в сознании, анестезию сделали местную.

Специалисты убеждены, данный образовательный формат даст мощный импульс развитию современных очных и дистанционных образовательных технологий, прогресса практической региональной урологии, андрологии, онкоурологии, геронтологии и смежных медицинских дисциплин, будет способствовать дальнейшей интеграции российских и инновационных достижений академической науки, новейших медицинских технологий по специальностям «урология» и «гериатрия и геронтология» в повседневную клиническую практику здравоохранения Алтайского края.



На повестке - онкозаболевания



На очередном заседании члены Общественного совета при Министерстве здравоохранения рассмотрели вопросы реализации федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» в Алтайском крае, обсудили уровень организации паллиативной помощи и реабилитации пациентов с онкологией. Участников заседания приветствовал председатель Совета **Владимир Трешутин** и министр здравоохранения **Дмитрий Попов**. Они отметили важность данных вопросов, так как Алтайский край остается в числе регионов с высоким уровнем онкологической заболеваемости.

Главный онколог края **Игорь Вихлянов** рассказал об этапах реализации регионального проекта и его результатах. Он сообщил, что с 2019 по 2021 год в региональные онкодиспансеры поставлено 270 единиц медицинского оборудования на общую сумму 2250,85 млн рублей, в том числе «тяжелое» оборудование: линейный ускоритель, рент-

генодиагностический комплекс, специализированный мультиспиральный КТ, МРТ, видеоэндоскопическое оборудование. Также благодаря реализации нацпроекта ежегодно в онкологическом диспансере края в круглосуточном и дневном стационарах проводится более 40 тыс. случаев лечения, из них около 30 тыс. – противоопухолевой лекарственной терапии, более 8500 оперативных вмешательств.

Также главный врач краевого онкологического диспансера рассказал об эффективности проведения «Онкопатрулей» и профилактических акций.

Главный внештатный специалист по паллиативной помощи **Виктор Павлишинец** рассказал о том, что в регионе создано 125 коек паллиативной помощи для взрослых и 23 койки для детей. Также для оказания паллиативной медицинской помощи организовано 10 выездных патронажных бригад.

Более полная информация – на сайте <http://zdravalt.ru>.

Почетная миссия

С 28 сентября по 18 октября в Алтайском крае проходила ежегодная студенческая акция «Стать донором. Спаси жизнь! Герои рядом с нами!».

Эта акция является студенческим социальным мероприятием, направленным на популяризацию донорского движения и здорового образа жизни. Организатором является Алтайский региональный общественный

фонд благотворительных и социальных программ «Звездный свет» при поддержке ФГБОУ ВО «АлтГТУ им. И.И. Ползунова» и КГБУЗ «Алтайский краевой центр крови».

В этот раз акцию организовали в 4 городах региона: Барнауле, Бийске, Рубцовске, Камне-на-Оби. В ней участвовали более 1000 человек. Итоги мероприятия подвели в АлтГТУ.

95 лет Каменской ЦРБ

Вся история КГБУЗ «Каменская МБ» – это заслуга тех людей, кто не один год, а то и не один десяток лет своего профессионального пути отдал больнице и служению людям! Тех, кто искренне предан своему делу, кто отдал много сил и энергии на развитие родного учреждения.

Работающему врачебному составу и медперсоналу приходится постоянно вливаться в новые условия труда ввиду появления новых опасных заболеваний. Так, в период пандемии коронавирусной инфекции здесь работал ковидный госпиталь – медикам Камня-на-Оби пришлось одними из первых принять удар на себя.

За последние годы в Каменской больнице проведен капитальный

ремонт приемного отделения для экстренных и плановых пациентов, обновлено оборудование операционного блока, кабинетов функциональной диагностики, ФАПов, скорой помощи, открыто первичное сосудистое отделение, центр амбулаторной онкологической помощи, расширены мощности реанимационного отделения, функционирует круглосуточная лаборатория, отделение гемодиализа, отделение паллиативной помощи. Предстоит строительство нового диагностического центра. В 2022 году больница получила статус межрайонной больницы.

Поздравляем Каменскую межрайонную больницу с 95-летием!

Первое место на международном уровне

Алтайский медуниверситет занял 1-е место на Международном турнире для студентов и выпускников медицинских вузов.

Лучшие студенты из ведущих медицинских вузов страны соревновались в решении нестандартных сложных клинических задач по хирургии, гинекологии, гематологии, онкологии, кардиологии, сосудистой хирургии, педиатрии.

По условиям турнира участники соревновались в знании широкого спектра медицинских знаний: определении названия и назначения хирургических инструментов, демонстрации навыков проведения спинальной анестезии, знаний анатомии, способности пальпаторно определять ткани и анатомические образования, неординарно и быстро мыслить в рамках квиз-викторины и конкурса капитанов.

Участникам требовалось не только решить задачу согласно современным клиническим рекомендациям и последним научным данным, но и суметь защитить и отстоять свою точку зрения в горячей полемике перед командой-оппонентом. В конце дебатов

обоих выступающих рецензировала еще одна команда-участник.

После подведения итогов по результатам трех дней соревнований команда АГМУ «FiatLux» одержала победу, заняв 1-е место в общекомандном зачете. А студентка АГМУ **Карина Семина** признана лучшим участником турнира в личном первенстве.



Константин Мамонтов – заслуженный врач РФ



Почетное звание присвоено заведующему отделением рентген-хирургических методов диагностики и лечения Алтайского краевого онкологического диспансера, доктору медицинских наук **Константину Мамонтову**.

В 2015 году он возглавил специализированное хирургическое отделение по онкопатологиям печени и поджелудочной железы, открывшееся в краевом онкодиспансере, которым руководит по настоящее время.

Константин Мамонтов – доктор медицинских наук, хирург высшей квалификационной категории, лучший онколог России (2017 год). Посвятил лечению онкопатологий колоректального рака, печени и поджелудочной железы более 30 лет, имеет 3 авторских патента по лечению больных с метастазами колоректального рака.

– В руках хирурга-онколога находятся тонкие ниточки жизни пациентов. Для нашей работы нужна не только холодная голова, светлый ум, золотые руки, но и большое сердце. Бессердечным в нашей работе быть нельзя! Нужно уметь видеть и понимать чужую боль, – признается в своих интервью Константин Мамонтов.

Работа в поликлинике – хорошая основа для молодого врача

В июне вступил в силу Закон Алтайского края «О регулировании отдельных отношений в сфере обеспечения кадрами медицинских организаций государственной системы здравоохранения Алтайского края». Закон был разработан по инициативе губернатора для того, чтобы привлечь в региональное здравоохранение медицинских и фармацевтических работников и уменьшить дефицит кадров. В рамках этого закона в крае были введены новые ежемесячные выплаты медикам, в том числе молодым специалистам, за счет средств краевого бюджета. В сентябре медицинские работники получили первые выплаты.

Елена Азарова, главный врач поликлиники № 1:

– В конце августа – начале сентября к нам пришли десять молодых терапевтов, один врач кабинета профилактики и один офтальмолог после окончания ординатуры. Штат участковых терапевтов теперь у нас укомплектован на 95%, это очень хорошо. Кстати, мы брали не всех. Я провела собеседования и взяла тех, у кого неплохая базовая подготовка, кто ори-



ентируется в препаратах, в тактике ведения пациента. Два года дистанта в вузе, конечно, повлияли на уровень их подготовки. Пока есть ощущение, что знания у них отдельно, а пациент – отдельно. Пройдет два-три года, чтобы у них сформировалась пациентоориентированность. Проработав месяца-два, они только начинают понимать, как свои знания прикладывать к конкретному пациенту.

За каждым молодым терапевтом закреплен опытный доктор, мы стараемся ставить наставника и наставляемого в одну смену. Для наставников разработана своя программа, в которой предусмотрено знакомство молодежи с нормативными документами, методическими рекомендациями, есть ситуационные задачи.

Пример пары «наставник – молодой специалист»: доктор-наставник **Ирина Николаевна Самохина** и мо-

лодой специалист **Мария Алексеевна Каменева**. Наставник – доктор высшей квалификационной категории, стаж работы в поликлинике более 20 лет, общий стаж – более 40 лет.

Если оценивать уровень мотивированности молодых специалистов, то могу сказать, что они пришли, во-первых, за деньгами. Во-вторых, за баллами, которые нужны для поступления в ординатуру. За год работы в первичном звене сотрудник, претендующий на поступление, сразу получает 100 баллов плюс к тем, которые получил по итогам сдачи экзаменов и аттестаций. Скажем так: мотивированность к поступлению в ординатуру у них выше, чем к работе в первичном звене. Но года на три их удалось привлечь в первичное звено. Будем надеяться, что они пройдут здесь школу жизни и в дальнейшей работе им пригодятся полученные у нас навыки об-

Цифры и факты

Г **8,8 млн** рублей направлено в медицинские организации края для дополнительных выплат медработникам.

Выплаты получают более **370** медицинских работников, в том числе **157** вновь привлеченных в отрасль здравоохранения края в 2022 году.

540 тыс. рублей в качестве выплат получит молодой врач за три года работы: в первый год ежемесячно **9000** рублей, по **13 500** – во второй и по **22 500** – в третий.

192 врача со стажем получают доплаты за наставничество над молодыми, на это в краевом бюджете на ближайшие три года предусмотрено более **38,7** млн рублей.

Эти меры уже помогли привлечь молодых специалистов в поликлиники г. Барнаула. Они пришли на работу в основном в сентябре. Руководители пяти городских поликлиник рассказали о том, сколько специалистов приняли, как те адаптируются к работе, обозначили основные трудности молодых сотрудников.

щения с пациентами, умение быстро принимать решение и т. д. И рецепты научиться правильно выписывать, и больничные выдавать.

В начале октября мы устроили нашим ребятам квест: дали задание с анализами крови реальных, но анонимных пациентов. Они должны были установить предполагаемый диагноз и определить предполагаемое обследование. После прохождения квеста мы посвятили их во врачи-терапевты нашей поликлиники.

Вера Карпова, заведующая терапевтическим отделением поликлиники № 3:

– В этом году мы приняли на работу четверых выпускников медицинского университета. До этого, в 2021 и 2020 годах, мы приняли еще семерых. Потребность в участковых терапевтах у нас сейчас закрыта полностью. Я, как заведующая отделением, курирую их работу. Уровень подготовки у них разный, учитывая то, что два года они учились дистанционно. Навыки общения с пациентами, конечно, тоже у всех разные. Если студент во время учебы работал, то это сразу заметно. Если не работал и учился дистанционно – заметно тоже.

У участковых терапевтов большой объем работы, и молодым специалистам, конечно, пока не хватает знаний, например, забывают о том, что есть плановая работа (вакцинация, флюорография и т. д.). Они поначалу немного теряются и работают в основном по обращаемости. В участковой работе – десять направлений, и молодым поначалу сложно их все объять и свести воедино. Поэтому мы их обучаем, консультируем, подсказываем.

Перед трудоустройством мы просим молодого врача сперва поработать, посидеть с участковым терапевтом на приеме и понять для себя, подходит ли ему работа в поликлинике или он все-таки врач стационара. К каждому молодому терапевту мы обязательно прикрепляем опытную медсестру, даем больше времени на один прием. У нас есть цикл обучающих занятий для молодых докторов: рассказываем об этике и деонтологии, о том, как работать с диспансерными

больными, пытаемся научить «видеть» пациента и учитывать все причины его нездоровья, учитывать взаимодействие лекарственных средств, уметь выбрать главное заболевание, от которого зависит продолжительность жизни, и лечить в первую очередь именно его.

Молодых терапевтов мы поставили на свободные участки с разным населением, в том числе для того, чтобы они получали навык общения с разными пациентами. О работе молодых специалистов у пациентов абсолютно разные мнения: кто-то благодарит, кто-то хочет попасть на прием к более опытному врачу. Я работаю почти 40 лет и могу сказать, что вторая категория пациентов (те, кто хотят на прием к опытным докторам) была всегда.

Тех ребят, у которых есть качества настоящего врача, видно сразу. Это очень радует. Для кого-то работа терапевтом – промежуточный этап, для кого-то получение базиса для дальнейшей работы по узкому профилю. Работа на участке – это хорошая основа.

Елена Янчесова, и. о. главного врача поликлиники № 7:

– Приняты двое врачей-терапевтов и две медсестры. Приняли столько, сколько пришло. У нас по-прежнему остается потребность во врачах, наши вакансии размещены на сайтах по трудоустройству. Принимаем специалистов по мере того, как они приходят к нам. Медсестры нам сильно нужны, в скором будущем к нам придет еще один врач. Укомплектованность кадрами составляет примерно 74%. У нас 14 терапевтических участков. С молодым специалистом на приеме обязательно сидит опытная медсестра – им в помощь и для лучшей адаптации. Она может подсказать что-то по маршрутизации пациентов: куда отправить, на какие обследования, в какое учреждение. Главный наставник молодых в поликлинике – заведующая терапевтическим отделением **Марина Алексеевна Фукс**, она руководит их работой.

Продолжение на стр. 6 >>

«Продолжение. Начало на стр. 4-5»

**Инна Анисимова,
главный врач
поликлиники № 9,
депутат Барнаульской
городской думы:**

– Мы приняли в сентябре десять участковых терапевтов. В предыдущие годы мы тоже принимали молодых специалистов, но такого притока, как в этом году, не было. Уровень укомплектованности участков составляет 96%. Есть те, кто работает на полную ставку и на половину ставки. Вторые – те, кто учатся в ординатуре и были аккредитованы на участкового терапевта.

Система наставничества в нашей поликлинике есть уже давно. Молодые специалисты закреплены за ведущими терапевтическими отделениями, средний медперсонал – за старшими медицинскими сестрами.

Молодым врачам не хватает в первую очередь клинического опыта, теоретически они подготовлены. Особенности работы в поликлинике – это скорость мышления и дифференциальная диагностика, чтобы правильно и своевременно направить пациента на определенный метод обследования и назначить лечение, соответствующее диагнозу. Для этого нужны клиническое, аналитическое мышление – аналитики ребятам пока не хватает. Но было бы старание, а остальное приложится. Они хотят работать.

О качестве их работы говорить пока рано. В декабре мы планируем вместе с психологом поликлиники сделать для них посвящение в профессию. На адаптацию им дается три месяца, по истечении которых можно будет сделать какие-то промежуточные выводы. Для них сейчас самое главное – не бояться задавать вопросы.

Кто-то из них довольно быстро влился в коллектив, кто-то медленнее. Но никто из них не остался в стороне – одиночек в поликлинике нет. Молодые специалисты всегда на виду и на подстраховке – и на приеме, и на вызовах. Только благодаря ежедневной рутинной работе молодой специ-

алист может стать на ноги в профессии, почувствовать себя уверенно.

Пациенты в основном хвалят молодых специалистов. Тем, кто просит «дать кого-нибудь постарше», мы говорим: «Мы все когда-то были молодыми». Самое главное: молодые врачи разговаривают с пациентами, хотят им помочь, проявляют участие.

**Дмитрий Денисов,
главный врач
поликлиники № 14,
депутат Барнаульской
городской думы:**

– Последние несколько месяцев мы делаем ставку на молодых специалистов. Активно берем на работу выпускников медицинского университета и колледжа. Благодаря этому удалось значительно усилить терапевтическую и педиатрическую службы. В сентябре к нам пришли 22 человека, из них шесть педиатров и семь терапевтов. Одни только окончили вуз, другие имеют небольшой опыт. Рассчитываем, что с приходом этих специалистов получится немного снизить очередность, увеличить доступность медицинской помощи.

Мы не боимся трудоустраивать к себе начинающих медиков. Коллектив, вместе с заведующими отделениями, готов им помогать. Кроме того, обязательно закрепляем за новичками наставников – этот механизм в поликлинике достаточно развит.

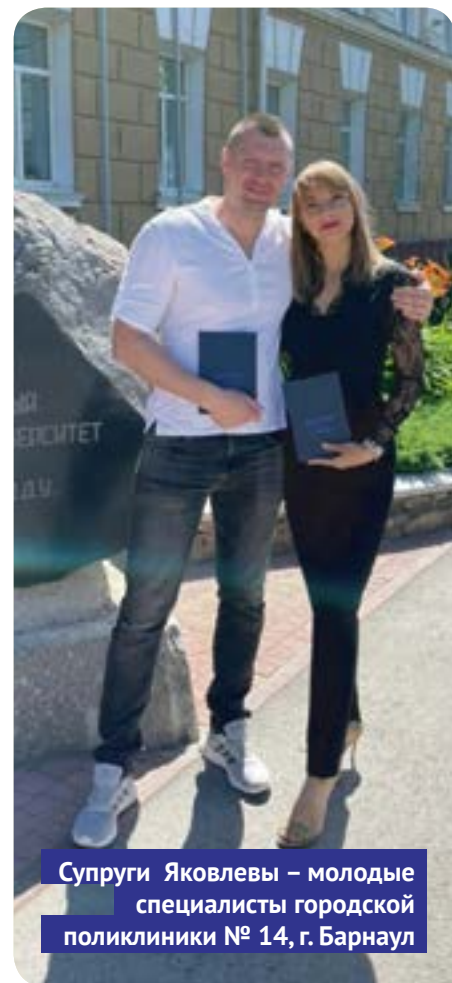
Специфика нашего медицинского учреждения такова, что времени на раскраску у специалистов нет. Поликлиника № 14 – крупнейшая в крае, находится в густонаселенном и в самом молодом районе г. Барнаула, здесь требовательные пациенты. Нужно сразу вникать в курс дела. В сентябрьский подъем заболеваемости коронавирусом часть новых терапевтов вели прием в кабинетах для температурящих больных, также они были направлены в ковидные бригады. После стабилизации эпидобстановки они начали выходить на терапевтические участки уже с неплохим полученным опытом. К примеру, супруги **Яковлевы**. Летом молодые специалисты получи-

ли дипломы и пришли к нам. **Виктор Олегович** как раз начинал в ковидной бригаде, **Елена Юрьевна** работала терапевтом. Сейчас уже оба работают на своих участках.

В нашей поликлинике мы предоставляем специалистам право самим определиться с направлением или участком работы. Статус крупнейшей в регионе поликлиники обязывает нас постоянно совершенствовать процесс оказания медицинской помощи. Сейчас для поликлиники строится новое здание. После его открытия она станет самой современной в крае, с таким набором оборудования, которого нет в других местных учреждениях первичного звена. Это служит дополнительным фактором привлечения новых специалистов.

Елена Клишина.

Фото с сайта zdravalt.ru и предоставлено пресс-службой городской поликлиники № 14 г. Барнаула



Супруги Яковлевы – молодые специалисты городской поликлиники № 14, г. Барнаул

«Врач-рентгенолог – это медицинский эрудит»

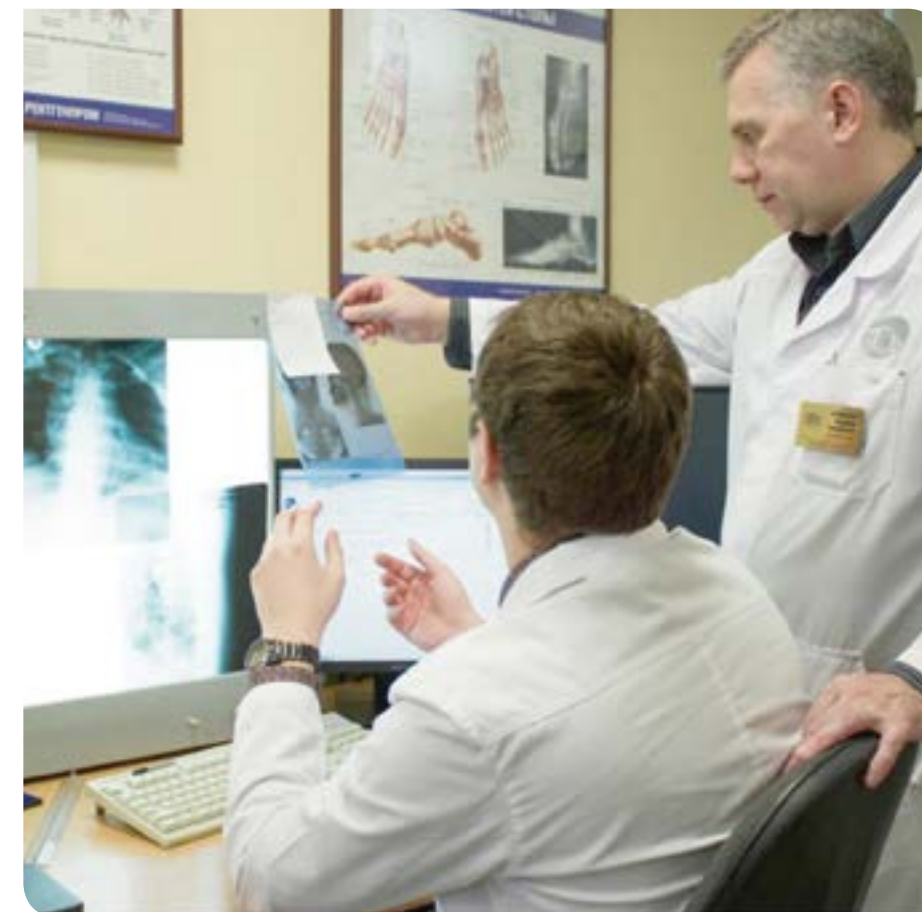
Заведующему отделением лучевой диагностики Диагностического центра Алтайского края Владимиру Колмогорову присвоено почетное звание «Заслуженный врач Российской Федерации». Владимир Геннадьевич работает врачом-рентгенологом в ДЦАК уже почти 30 лет. Он рассказал «МиЗ» о том, как за это время изменилась специальность.

Первый томограф

Владимира Колмогорова называют одним из пионеров рентгеновской компьютерной томографии в крае. Он пришел в рентгенологию в 1993 году, когда в новом Диагностическом центре жителям края впервые стали широко доступны новейшие методы лучевой диагностики: рентгеновская и магнитно-резонансная томографии.

– Еще учась в ординатуре, я начал работать врачом-рентгенологом в Диагностическом центре. Тогда буквально все новшества лучевой диагностики мы первыми приводили в край: изучали их сами и транслировали эти знания коллегам.

За эти годы в лучевой диагностике произошло очень много изменений. Пожалуй, самое принципиальное из них – то, что лучевая диагностика стала на один-два порядка эффективнее. 30 лет назад в ее арсенале были только традиционная рентгенология и ультразвуковые исследования. С тех пор возможности визуализации внутренних органов и систем человека, а также качество диагностики существенно выросли.



Если первый компьютерный томограф, на котором мы работали, был пошаговый, односрезовый, исследование шло довольно долго, то сейчас не только в Диагностическом центре, но и в других медучреждениях края исследование для пациента длится всего несколько минут, причем сам процесс сканирования может занимать секунды. Аппаратура стала работать быстрее, выдает более качественное диагностическое изображение, врачи имеют возможность диагностировать гораздо большее количество заболеваний разных органов и систем.

Если говорить о МРТ, то первый в Алтайском крае и Диагностическом центре аппарат был с напряженностью магнитного поля 0,5 тесла. Сейчас мы используем аппараты напряженностью магнитного поля 1,5 тесла.

Факт

На первом месте среди врачей, направляющих пациентов к рентгенологам ДЦАК, – неврологи. При этом в исследованиях, проводимых для неврологов, преобладают исследования разных отделов позвоночника и головного мозга. На втором месте – пульмонологи и онкологи. Далее – ортопеды, травматологи, лор-врачи, гепатологи, хирурги и другие специалисты.

Продолжение на стр. 8-10 >>

«Продолжение. Начало на стр. 7

Это значительно улучшает качество МР-томограмм и возможности диагностики. Но мы уже думаем о том, что нужно развивать это направление исследований дальше – краю нужен аппарат с напряженностью магнитного поля 3 тесла. Это перспективное направление развития МР-диагностики. Такой аппарат позволит проводить исследования более тонких анатомических структур, например, мельчайших сосудов, отдельных нервных стволов, изучать взаимодействия в сосудисто-нервных пучках, визуализировать отдельные зоны головного мозга, ответственные за различные функции. Вся эта информация уже востребована клиницистами.

30 лет назад вся лучевая аппаратура в крае была аналоговая – мы получали рентгенограммы на пленке. Сейчас у нас в крае пул рентгеновского

Блиц

– Часто в книгах фантастов герои подвергаются полному медицинскому сканированию. Современные лучевые аппараты дают такую возможность. На Ваш взгляд, нужно ли современному человеку проводить такой скрининг, например, во второй половине жизни, когда накапливаются проблемы со здоровьем?

– Такие варианты в будущем исключить нельзя. Наверное, мы к этому подходим. Например, давно уже используется флюорография для выявления туберкулеза и опухолевых поражений легких на ранних стадиях. Но, на мой взгляд, смысла в полном обследовании организма «на всякий случай» пока нет. Все-таки лучевые исследования должны проводиться по определенным показаниям, особенно ионизирующие. В обозримом будущем лучевые технологии обследования всего тела выйдут на еще более высокий уровень, и, возможно, тогда в таких профилактических исследованиях будет смысл.

оборудования – и в городах, и в районах, – по большей части цифровой, примерно на 80–90%.

С внедрением цифровых технологий лучевая нагрузка на пациента снизилась. При цифровой рентгенографии доза, получаемая пациентом, уменьшается в 5–10 раз. Это снижает и коллективную дозу облучения населения региона. Соответственно, становится меньше случаев радиационно-индуцированных раков.

Сегодня лучевые исследования на 98% совершенно безболезненны для пациента. То, что раньше можно было увидеть только при помощи введения в организм какого-либо рентгеноконтрастного вещества, сейчас мы можем визуализировать, не внедряя физически в организм пациента. Для врача профессиональная лучевая нагрузка тоже значительно снизилась благодаря современной аппаратуре. Сегодня большинство закупаемых региональным Минздравом рентгеновских аппаратов – телеуправляемые, их применение позволяет значительно уменьшить профессиональную лучевую нагрузку на сотрудников рентгеновских кабинетов.

Горизонт возможностей лучевой диагностики значительно расширился. Но при этом нельзя сказать, что в теле человека для нас не осталось никаких белых пятен, эта сфера исследований развивается – и в аппаратном плане, и в программном, и в плане подготовки специалистов. Сейчас мы получаем очень много диагностической информации, но это не предел. При помощи высокопольной МРТ, например, можно оценить химизм тканей, а не только их морфологию. Мы находимся на той стадии, когда пытаемся при помощи лучевых методов оценить гистологическую природу опухоли, а не только констатировать ее наличие.

До и после ковида

На вопрос, как пандемия коронавируса изменила отношение к работе рентгенологов, Владимир Колмогоров отвечает:

– Да, пандемия и ее последствия заставили общество обратить внимание на состояние дел в здравоо-

Цифры

В 2021 году в отделении лучевой диагностики ДЦАК:

более **90** тыс. пациентов обследовано;

более **120** тыс. исследований (КТ, МРТ, рентгенодиагностика) проведено;

более **4** тыс. случаев онкопатологии было выявлено или подтверждено;

более **30** тыс. компьютерных томографий легких было проведено в рамках работы амбулаторного консультативного центра по диагностике новой коронавирусной инфекции.

ранении, и в лучевой диагностике в частности. Краевая служба лучевой диагностики всегда поддерживалась региональным Минздравом на высоком уровне организации и оснащения. Ковид заставил нас еще более внимательно относиться к вопросу технического и кадрового оснащения службы лучевой диагностики края. Количество рентгеновских компьютерных томографов, а это единственный вид рентгеновской аппаратуры, которая с очень высокой точностью выявляет изменения в легких, связанные с коронавирусной инфекцией и вирусной пневмонией, за эти два года в крае значительно увеличилось. Причем эту высокотехнологичную аппаратуру решено устанавливать непосредственно в городских поликлиниках и ЦРБ с целью оптимизации маршрута пациента при наличии у него каких-либо жалоб на здоровье. Компьютерные томографы появились в Камне-на-Оби, Алейске, Славгороде,

Справка «МиЗ»



Владимир Колмогоров – врач-рентгенолог, к. м. н., доцент кафедры онкологии, лучевой терапии и лучевой диагностики АГМУ, главный внештатный специалист Минздрава Алтайского края. Общий стаж – 32 года.

Окончил в 1992 году Алтайский государственный медицинский институт по специальности «педиатрия». Трудовую деятельность начал в 1990 году в качестве медбрата гастроэнтерологического отделения детской клинической больницы № 1. В 1994 году окончил клиническую ординатуру в АГМУ по специальности «рентгенология».

В Диагностическом центре работает с 1993 года. В 1999 году был назначен заведующим отделением рентгенодиагностики.

В 1998 году присуждена ученая степень кандидата медицинских наук. Тема кандидатской диссертации – «Компьютерная томография в диагностике воздушных полостей легких». В 2010 году присвоено ученое звание доцента по кафедре

лучевой диагностики и лучевой терапии. В 2004 году присвоена высшая квалификационная категория по специальности «рентгенология». С 2004 года – главный внештатный специалист – рентгенолог Министерства здравоохранения Алтайского края.

Под руководством Владимира Колмогорова в отделении работают 24 врача-рентгенолога, которые постоянно осваивают и внедряют в свою работу новые технологии и методики. Он сам владеет всеми традиционными рентгенологическими методиками обследования, мультиспиральной рентгеновской компьютерной томографией.

Совместно с коллективами отделения и кафедры первым в крае внедрил современные высокотехнологичные методики: КТ-коронарографию, КТ-ангиографию крупных сосудов, МРТ средостения, двухфотонную абсорбциометрию, КТ-лимфографию. Впервые в крае в одном отделении Владимир Геннадьевич объединил различные виды лучевых методов исследования. Это позволило дифференцированно применять лучевые методики в зависимости от особенностей и стадии течения патологического процесса у конкретного пациента, значительно улучшило качество дифференциальной диагностики опухолевых и воспалительных заболеваний, в два раза уменьшило сроки постановки окончательного диагноза.

При его непосредственном участии в Алтайском крае были реализованы федеральные программы:

ПНП «Здоровье» (2007–2009 гг.) и программа модернизации здравоохранения (2011–2013 гг.). В краевых медицинских организациях было приведено в соответствие с нормативами и оборудовано современными рентгеновской техникой более 110 рентгеновских кабинетов, обучено более 300 рентгенолаборантов и врачей-рентгенологов.

В период пандемии новой коронавирусной инфекции Владимир Геннадьевич организовал круглосуточную работу кабинетов компьютерной томографии по дифференциальной диагностике внебольничной пневмонии.

У Владимира Колмогорова более 130 публикаций в медицинской печати, он соавтор трех научных монографий, двух изобретений и шести рационализаторских предложений. Эти разработки позволили увеличить пропускную способность кабинетов лучевой диагностики, уменьшить на 30% сроки ожидания исследований, улучшить качество дифференциальной диагностики при проведении исследований бронхолегочной системы.

Профессионализм Владимира Геннадьевича отмечен почетной грамотой Министерства здравоохранения РФ, нагрудным знаком «Отличник здравоохранения», почетными грамотами комитета по здравоохранению администрации Алтайского края, Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности, Правительства Алтайского края.

сейчас их устанавливают в некоторых районных больницах. Дополнительные ресурсы тратятся и на то, чтобы закупить рентгеновские цифровые аппараты для медицинских учреждений края.

Сейчас наша служба испытывает дефицит во врачах-рентгенологах, потому что рабочих мест стало больше, востребованность специалистов

возросла. Работы стало больше, без лучевых методов диагностики не обходятся врачи практически всех клинических специальностей.

Сейчас Диагностический центр выведен из непосредственной работы по диагностике и маршрутизации пациентов с ковидной инфекцией. Теперь мы работаем в основном с последствиями этого заболевания и

оцениваем остаточные изменения в легких. У таких пациентов мы видим чаще всего остаточные фиброзные изменения различной степени выраженности. При этом страдает газообмен в легочной ткани и, соответственно, качество жизни пациентов. Сейчас таких пациентов много. Если в доко-

Продолжение на стр. 10 >>

«Продолжение. Начало на стр. 7-9

видное время в день в отделении проходило до десяти исследований легких, то сейчас 20–25.

Пандемия подстегнула и работу по формированию регионального архива медицинских изображений (РАМИ). Уже два года он функционирует в довольно серьезном объеме. Вся цифровая рентгеновская аппаратура края подключена к этому цифровому архиву, с каждого аппарата автоматически ежедневно поступают все диагностические изображения и там хранятся. Этими изображениями могут пользоваться врачи края прямо на своих рабочих местах, количество точек удаленного доступа к архиву увеличивается. Врачи положительно оценили возможности использования этого краевого хранилища медицинских изображений.

– Хороший врач-рентгенолог учится всю жизнь. Ему надо быть настоящим медицинским эрудитом, знать лучевую симптоматику огромного количества заболеваний всех органов и систем организма человека. При выборе этой рабочей специальности может быть абсолютно любая стратегия: стать рентгенологом сразу после вуза или уже иметь стаж по какой-либо врачебной специальности. Все зависит от способностей человека и его мотивированности.

Елена Клишина.
Фото предоставлены
пресс-службой ДЦАК

«Сюжет голливудского фильма»



«Для меня этот клинический случай – все равно что сюжет голливудского фильма, – говорит Анна Голенко, заведующая



психоневрологическим отделением КГБУЗ «Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства». – Только в фильмах мы видим, что пациент, который долго лежал в коме, пришел в себя и снова начал жить обычной жизнью. Как правило, так не бывает».

Но случай **Элины Захаровой** доказывает, что так бывает, и такой случай произошел в Алтайском крае.

Газета «Мы и здоровье» писала об Элине в январе 2021 года. Незадолго до выхода публикации девочку в состоянии медикаментозной комы отправили в московский «Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям им. В.Ф. Войно-Ясенецкого». К моменту отправки Элина находилась в коме уже 75 дней.

Начало истории

Свой десятый учебный год Элина почти не помнит, только самые первые его дни: сентябрь 2020 года, была линейка, сходили с друзьями в кафе... Следующие воспоминания – август 2021 года, когда Элина пришла в сознание в Москве: «Я просыпаюсь в «Трех сестрах» и думаю, что мама шутит, что это какой-то розыгрыш».

Между этими событиями – почти целый год: первые признаки болезни, ковид, реанимация, кома, перелет, операции, лечение, реабилитация... Ничего этого девочка не помнит. Ее мама, Марина Васильевна, рассказывает ее историю очень медленно, потому что с трудом сдерживает слезы. В какой-то момент слезы появляются и на глазах Элины. Из-под свитшота на шее Элины виден след от трахеостомы, в остальном совершенно незаметно, что еще недавно она боролась с серьезной болезнью.

До своего пятнадцатилетия Элина вместе с родителями жила в Яровом, училась в школе, занималась музыкой,

на здоровье не жаловалась. В начале сентября мама обратила внимание на то, что у девочки на фоне небольшой простуды появились проблемы с памятью – она стала задавать одни и те же вопросы, не помнила о том, что совершала какие-то действия. 9 сентября Элину привезли в Барнаул, в Центр охраны материнства и детства на прием к неврологу. Пока ехали, в дороге у девочки поднялась температура под 40, появились галлюцинации, она перестала узнавать старшего брата, который вез Элину с мамой в Барнаул на машине. Состояние де-

Г



случаев NMDA-энцефалитов было зарегистрировано в мире на момент постановки диагноза Элине.
Летальность – 70%

вочки настолько осложнилось, что им пришлось заезжать в Каменскую ЦРБ.

Невролог в АККЦОМД заподозрил менингоэнцефалит и предложил госпитализацию. У Элины случился нервный срыв. Собранный консилиум изменил диагноз на «острый психоз». Элину госпитализировали в психиатрическую больницу. При госпитализации у девочки взяли тест на ковид, он оказался положительным, и девочку перевели в ковидный госпиталь. В госпитале у девочки начались судороги, ей была сделана спинномозговая пункция, по результатам которой был подтвержден диагноз «менингоэнцефалит». С этой проблемой врачи вроде бы справились, но у Элины начался отек головного мозга, функции организма стали отключаться одна за другой. Судороги продолжались, противосудорожные препараты не действовали.

Когда ковид у Элины был вылечен, ее перевели в Краевую детскую больницу Центра охраны материнства и детства, в отделение реанимации. «Для нас тогда каждый плюсики в ее состоянии был как победа. Маленький шаг на том пути, когда не видно конца, – говорит Марина Васильевна. – Здесь ее сняли с ИВЛ, поставили трахеостому, запустили желудок, меняли препарат и сняли судороги». В конце октября Элина «включилась» – ненадолго пришла в сознание, узнавала маму. Но 1 ноября вновь наступило ухудшение.

Консилиум

Врачи Краевой детской больницы не могли установить причину и стали консультироваться с коллегами из Москвы и Санкт-Петербурга. Из трех учреждений подсказку дали только специалисты Института им. Сербского – они посоветовали взять пункцию на NMDA-рецепторный энцефалит. Это весьма редкое аутоиммунное заболевание с очень неблагоприятным исходом. И результат анализа его подтвердил.

Заболевание могло быть запущено двумя факторами: тератомой яичника и, вероятно, новой коронавирусной инфекцией. Элине удалили тератому, но улучшения не произошло. Девочку согласился принять на лечение НПЦ им. В. Ф. Войно-Ясенецкого в Москве. 21 декабря 2021 года Элина под присмотром врачей в состоянии медикаментозной комы полетела в столицу.

По словам мамы, врачи центра позже признались, что взяли девочку по ошибке, потому что у них ранее не было пациентов с таким диагнозом, и они не знают, как ее лечить. Но протоколом лечения NMDA-энцефалита поделились врачи Республиканской детской больницы. Когда препараты первой линии протокола (гормоны и иммуноглобулины) оказались неэффективными, врачи задействовали препараты второй и третьей линий, а именно противоопухолевый препарат ритуксимаб.

Элине сделали четыре капельницы с ритуксимабом, после второй она снова «включилась» ненадолго. После курса лечения этим препаратом Элине сделали МРТ, которое показало, что повреждения мозга нет, но общее состояние девочки не улучшилось. Врачи посоветовали искать реабилитационный центр. К тому времени Элина слышала команды «Подними руку», «Согни ногу» и могла их выполнять. На реабилитацию девочку принял московский центр «Три сестры». Параллельно брат Элины сделал запрос в испанскую клинику, в которой лечат NMDA-энцефалит.

Продолжение на стр. 12 >>

«Продолжение. Начало на стр. 10-11»

В «Три сестры» Элина поступила 9 марта, 13-го ее проконсультировали удаленно испанские врачи. Они порекомендовали продолжать лечение гормонами и иммуноглобулинами и отменили ряд других препаратов.

Возвращение

Первый месяц реабилитации Марина Васильевна описывает словами: «Ни о чем, просто ни о чем». К судьбе Элины подключился фонд «Правмир» и оплатил три месяца реабилитации. С этого момента начались улучшения: девочка стала вставать, показала все цифры, смогла что-то написать.

Успехи девочки удивляли реабилитологов, но у Элины произошел рецидив – состояние вновь ухудшилось, на этот раз девочку взяла на лечение Ильинская больница. К августу состояние девочки настолько улучшилось, что она и ее мама стали стараться успеть в школу к началу одиннадцатого класса. 19 августа они вернулись в Барнаул, и Элина сразу легла на операцию по удалению гастростомы. 29 августа Элину выписали, и 30 августа она приехала домой, в Яровое.

Учеба в школе – теперь это было новое испытание для Элины. Болезнь не пощадила ее память, многое пришлось восстанавливать. Врачи Центра охраны материнства и детства отговаривали. Мама цитирует слова **Алексея Завьялова**, заведующего отделением реанимации-анестезиологии: «Элине нужно еще год лежать на диване и пить березовый сок, столько в нее было влито лекарств». Зимой у Элины вновь была выявлена тератома, которую пришлось снова удалять, на этот раз в Краевом клиническом перинатальном центре «ДАР». После удаления, отмечает мама, стало заметно быстрее и лучше восстанавливаться память.

Несмотря на все сложности из-за пропущенного года, Элина сдала ЕГЭ: профильная математика – 58 баллов, обществознание – 69. Таких результатов никто не ожидал, ведь Элина хотела сдать ЕГЭ только потому, чтобы больше не возвращаться к этой теме через год. С такими баллами и льготой (инвалидность третьей группы) Заха-

Комментарий специалиста

Анна Голенко,
заведующая психоневро-
логическим отделением
АККЦОМД:



– Видеть Элину в начале заболевания было тяжело даже нам, врачам. У нее были судороги, сменявшиеся галлюцинациями, бредовые состояния, сильное психомоторное возбуждение, которые ничем не снимались. Дважды Элине удаляли тератому, и никто не знает, будет ли еще рецидив.

Заболевание очень редкое, на территории Алтайского края диагностировано впервые. Наш диагностический поиск был труден. Мы не знали, может быть, ковид запустил такой агрессивный энцефалит. Коллеги из Института Сербского тоже не отрицали, что это течение ковид-ассоциированного энцефалита.

Когда мы установили диагноз, проще нам от этого не стало. На момент постановки диагноза Элине в мире было всего около 150 случаев NMDA-энцефалита. Процент летальности таких энцефалитов – около 70, прогноз очень неблагоприятный. Глядя на статистику, мы понимали, что вряд ли сможем войти в процент благоприятных исходов. Но судьба распорядилась по-другому. Начатое здесь лечение

препаратами первой линии в Москве было продолжено терапией второй и третьей линии, в том числе ритуксимабом. Лечебные возможности были исчерпаны все, но они в конце концов оказались эффективными.

Мы, врачи, – реалисты, но этот случай в моей лично клинической практике как сюжет голливудского фильма. Когда я увидела Элину в августе 2021 года в полном сознании, что она ходит, разговаривает, удивлению моему просто не было предела.

В лечении Элины участвовали мы, неврологи, и врачи отделения реанимации-анестезиологии. В реанимации нашей больницы Элину знает каждый врач и каждая медсестра. Случай Элины мы совместно со специалистами кафедры неврологии АГМУ описали и опубликовали статью в журнале неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Ранее в медицинской литературе случаи NMDA-энцефалита у детей описаны не были, только у взрослых.

Сейчас Элина восстанавливается. Сам факт, что она сдала экзамены, говорит о многом. Мы надеемся на улучшение ее когнитивных функций, эмоционально-психической сферы.

ровы решили подать документы на поступление в вуз.

Сейчас Элина учится на экономической специальности в Алтайском государственном университете, живет в общежитии, ходит изредка на йогу. Она говорит, что болезнь разделила ее жизнь на до и после – например, учеба, которая раньше давалась легко, теперь сопряжена с трудностями с запоминанием материала, сама Элина стала не такой легкой в общении. Но, если верить словам испанских врачей, Элину

ждет стопроцентное восстановление. Сейчас девушку продолжают наблюдать и лечить неврологи АККЦОМД.

В судьбе Элины приняли участие многие неравнодушные люди: сотрудники и администрация предприятия «Алтайхимпром», на котором работает Марина Захарова, новосибирский фонд «Городок», московские фонды «Кораблик», «Правмир» и «Стеша».

Елена Клишина.
Фото предоставлены
пресс-службой АККЦОМД

Люди-Х от медицины



Почти 130 лет назад Вильгельм Рентген, проводя очередной эксперимент, открыл рентгеновские лучи (X-лучи). С тех пор рентгенологи всего мира отмечают свой профессиональный праздник 8 ноября. За прошедшее время это направление медицины пережило множество трансформаций. С какой техникой работают современные рентгенологи и каковы их возможности сегодня – расскажет врач-рентгенолог высшей категории, заведующая рентгенологическим отделением Краевой клинической больницы скорой медицинской помощи Ирина Парфенова.

От пленки к цифре

История рентгеновской службы Краевой клинической БСМП началась чуть больше 90 лет назад. По инициативе Нила Руднева в больнице открыли первый рентгенодиагностический кабинет, оборудованный немецким рентген-аппаратом. С ходом времени рентген-отделение больницы стало одним из самых крупных в регионе – как по количеству сотрудников, так и по количеству оборудования и выполняемых исследований. Ежедневно

здесь проводят около 200 исследований – от простых снимков до компьютерных томограмм.

Полноценный лечебный процесс в больнице невозможен без помощи рентгеновского отделения. Его заведующая Ирина Парфенова в рентгенологии с 2005 года и как никто другой знает, насколько важно действовать четко и быстро – от этого зависит своевременность оказания помощи пациентам БСМП.

Специалистам, работающим в этом отделении, недостаточно исключи-

тельно медицинского образования. Они должны знать все нюансы техники, на которой работают, чтобы безупречно владеть ею. «Нужно знать физику рентгеновских лучей, знать, как работает сам аппарат, как происходит процесс получения изображения. Когда я начинала свою деятельность в рентгенологии, цифровых изображений не было. Мы работали с рентгеновскими пленками и поэтому сами знали все тонкости фотопечати и по-

Продолжение на стр. 14-15 >>

«Продолжение. Начало на стр. 13

могали при необходимости молодым специалистам – рентген-лаборантам. Сначала была ручная проявка рентгеновских пленок, закрепленных на специальных металлических рамках в баках-танках. Чуть позже на смену им пришли проявочные машины-автоматы. Ну а теперь мы работаем на современной цифровой технике», – рассказывает Ирина Парфенова.

Помимо навыков владения техникой, врачам-рентгенологам нужно обладать поистине энциклопедическими медицинскими знаниями. «Врачи-рентгенологи должны знать клиническую картину всех заболеваний. Мы же не просто описываем то, что видим на картинке. Мы должны уметь сопоставить клиническую картину пациента с той, что видим на экране. И только после этого выдать клинко-рентгенологическое заключение. Лечащие врачи берут во внимание то, что видим мы, и сопоставляют с тем, что видят они при осмотре пациента, чтобы определиться с дальнейшей тактикой и лечением, – поясняет заведующая отделением. – Кроме того, мы должны знать, как проводятся операции и какие существуют манипуляции. Например, в брюшной полости – какие ставятся дренажи, какие бывают анастомозы, какой проводится объем вмешательств и так далее».

По мнению Ирины Парфеновой, умение анализировать, выстраивать причинно-следственные связи, масштабно мыслить и сопоставлять клиническую и рентгенологическую картины – самые важные навыки для врача-рентгенолога. Равно как и умение взаимодействовать в команде – врачи-рентгенологи в тесной связи работают с хирургами, травматологами, анестезиологами-реаниматологами, кардиологами, гинекологами.

Несмотря на то что техника за сотню лет претерпела существенные метаморфозы, лучевая нагрузка при работе с ней не исчезла. Зато трансформировались средства защиты от нее. Сегодня специалисты рентгенотделения используют сертифицированные средства индивидуальной защиты – рентгенозащитные двухсторонние фартуки, воротники, шапочки,

очки, а также персональные дозиметры, которые позволяют контролировать дозу облучения.

В отделении применяют и коллективные средства защиты – рентгенозащитные стекла и двери. А стены рентген-кабинетов покрывает баритовая штукатурка, которая поглощает излучение и не позволяет ему распространиться вовне.

Всевидящее око врачей

Сегодня рентгенология – уникальное направление диагностики в медицине. Без него не может обойтись буквально ни одна специальность. Благодаря рентгенографии, рентгеноскопии, компьютерной томографии и другим методам врач получает моментальную возможность без инвазивного вмешательства наблюдать за функционированием многих органов и систем организма.

Это особенно важно для экстренной рентгенологии. Больница скорой медицинской помощи – стационар, куда пациенты поступают с острыми и неотложными состояниями. Для всех специалистов крайне важна быстрота проведения диагностики и получения информации. Уже в первые минуты поступления пациента в БСМП необходимо сделать заключение по обследованию и помочь докторам профильных отделений определиться с тактикой лечения.

Большая часть КТ-исследований в БСМП – исследования головного мозга у пациентов с черепно-мозговой травмой, позвоночника и таза у пациентов с тяжелой сочетанной травмой, органов грудной и брюшной полости у пациентов с хирургической патологией, а также исследования при гинекологических и кардиологических заболеваниях.

Работа в экстренной службе – не для слабонервных. Поэтому остаются в ней только те, кто готов выдерживать интенсивную практику – сжатую по времени и объемную по информации. В качестве награды – возможность быстро накопить профессиональный багаж, который можно приобрести в экстренном стационаре.

Ирина Парфенова не скрывает своей любви к тяжелому оборудова-

нию – компьютерному томографу и ангиографическому комплексу. «С тяжелой техникой работать интереснее всего – это информативные методы, которые позволяют увидеть больше. На ангиографических комплексах непосредственно работают рентген-эндоваскулярные хирурги по диагностике и лечению. Но иногда задействуют и рентгенологов», – говорит заведующая отделением.

Из тяжелой техники в отделении отсутствует лишь магнитно-резонансный томограф – это планы на будущее. «Аппарат МРТ отличается по физическим характеристикам. Его работа основана на действии магнитного поля, что позволяет совершенно по-другому выстраивать изображения области исследования. Но поскольку проведение МРТ требует большего количества времени, чем компьютерный томограф, то она более востребована для дообследования пациентов, находящихся на стационарном лечении», – делится врач.

А вот КТ буквально за считанные секунды дает исчерпывающее представление не только о структуре того или иного органа, но и позволяет увидеть распространенность патологического процесса. В практике врача-рентгенолога нередко встречаются необычные случаи. Так, несколько дней назад в БСМП поступил пациент с объемным образованием в головном мозге. Обследование на аппарате КТ показало, что образование исходило из левой доли, распространялось на теменные доли и, пройдя через костную ткань, выходило в мягкие ткани. В подобных случаях действовать нужно незамедлительно и в тесной взаимосвязи с хирургами, онкологами.

Все компьютеры в ординаторских стационара подключены к единому серверу хранения рентген-исследований, и доктор может в любое время посмотреть интересующий его снимок. Это важно при планировании оперативного лечения. Такой современный метод диагностики сегодня – насущная необходимость.

Ирина Савина.

Фото предоставлены
пресс-службой КГБУЗ «ККБСМП»

Справка

В рентгеновском отделении БСМП – 24 аппарата. В том числе из тяжелой техники – 2 аппарата КТ и ангиографический комплекс.

В каждом корпусе больницы размещены стационарные рентген-аппараты, а также передвижные рентген-аппараты, которые используются для работы в операционных и палатах интенсивной терапии.

В апреле 2020 года на базе рентгенологического отделения БСМП открыли кабинет рентгенохирургических методов диагностики и лечения.

Специалистами ежедневно выполняется широкий спектр эндоваскулярных вмешательств, включающих диагностические процедуры: коронарографию, ангиографию различных бассейнов, и лечебные – транскатетерную ангиопластику и стентирование коронарных артерий различной степени сложности. В кабинете освоены и внедрены в практику мини-инвазивные вмешательства при заболеваниях печени и желчного пузыря, поджелудочной железы, органов грудной и брюшной полости, забрюшинного пространства.

Важное направление работы – радиологические методы лечения (эмболизации и химиоэмболизации артерий при доброкачественных и злокачественных новообразованиях, также при кровотечениях другой этиологии). Часть операций выполняется в рамках оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

В год в отделении проводится более 50 000 рентгеновских исследований, более 10 000 компьютерных томографий, более 700 операций, выполненных на ангиографическом комплексе.

Сберечь спокойствие



Психическими расстройствами в нашей стране страдают около 4 млн человек. В этом году Алтайский край в очередной раз стал лидером среди российских регионов по числу выявленных психических расстройств. В прошлом году показатель этих заболеваний составлял 632,7 случая на 100 тыс. населения – это более чем в два раза выше, чем в среднем по России. С чем это связано и какая помощь необходима жителям нашего региона – расскажет заместитель главного врача по внебольничной помощи, главный специалист – психиатр Алтайского края Марина Вдовина.

Особенности восприятия

«Высокий уровень психических расстройств в нашем регионе связан с низким уровнем жизни людей, алкоголизацией, с высоким уровнем стресса, а также чувством неуверенности в завтрашнем дне. Причем речь идет не о тяжелых заболеваниях, таких как шизофрения, а о пограничных психических расстройствах – депрессивных, тревожных, невротических», – говорит Марина Вдовина.

Ситуацию усугубляют текущие мировые события. Пандемия COVID-19 и

проведение спецоперации на Украине привели к тому, что поток пациентов за последние три месяца увеличился на 15–16%. По словам специалиста, чаще всего за помощью обращаются те, кто пережил потерю близкого человека, а также в случае диагностирования тяжелого соматического заболевания у самого человека или близкого родственника.

«Понятие “кризис” имеет двоякое значение. Это либо этап (механизм) личностного развития (такие кризисы еще называют возрастными), либо

Продолжение на стр. 16 >>

«Продолжение. Начало на стр. 15

экстремальная (критическая) ситуация. Возрастной кризис длится недолго и во время него происходят внутренние психологические изменения. А критическая ситуация, если с ней не справиться, может нанести серьезный ущерб, – объясняет психиатр. – Кризис неизбежен в жизни каждого человека. Главное – как мы из него выходим. Кто-то, не справившись с нагрянувшей бедой, жить не хочет, а кто-то, проснувшись наутро, забудет о проблемах. Острота реакций зависит от восприятия человека. Поэтому в первую очередь важно стараться не накручивать себя – не драматизировать излишне произошедшую ситуацию!»

Принять себя и ситуацию

Важно понимать, что психологи – не врачи. Они ничего не лечат, не рекомендуют методы лечения и не назначают препараты. Психологи помогают найти выход из проблемных ситуаций, успокоиться, понять и принять себя. К ним стоит обращаться, когда есть неуверенность в себе, проблемы с самооценкой, во взаимоотношениях с близкими, с коллегами и с другими людьми, а также когда возникают трудности в принятии решений. В свою очередь психотерапевты помогают преодолевать стресс и эмоциональные перепады.

«Если вам кажется, что вы давно не улыбались, если постоянно испытываете усталость, которая не проходит даже после сна, если пропал интерес ко всему окружающему, если вы перестали получать удовольствие от жизни – остановитесь и задумайтесь! Эти симптомы могут быть признаком пограничных психических расстройств, и это повод посетить врача-психотерапевта. Если проигнорировать потребности своего организма, то он не заставит себя долго ждать и объявит забастовку при очередном мозговом штурме, – подчеркивает Марина Вдовина. – Будьте внимательны также к вашим близким и, конечно, к детям. Усложнение производственных и образовательных технологий, нарастающий информационный прессинг, смена ценностей и идеологических представлений приводят к стрессу, фрустрации, тревоге и порождают чувство неуверенности в себе».

Поддержать состояние, создать настроение

Чтобы помочь психике успокоиться, психотерапевт рекомендует использовать такие безрецептурные препараты, как настои валерьянки и пустырника. А вот рецептурные препараты ни в коем случае нельзя принимать без назначения врача. Существуют различные способы помощи себе и близким справиться с кризисной ситуацией.

Согласно исследованиям, психические или невротические расстройства наблюдаются у каждого третьего россиянина. В то же время из-за стигматизации психических расстройств люди обращаются за психиатрической помощью только в самых крайних случаях. К сожалению, справиться самостоятельно с возникшей проблемой часто не удается. «Многие люди, страдающие пограничными психическими расстройствами, избегают лечения, что вызывает серьезные опасения. Если такие расстройства не лечить, они могут обернуться более серьезными проблемами, такими как переход в хроническую форму, или привести к наиболее трагическому последствию – суициду, – предупреждает Марина Вдовина. – Известно, что практически любую болезнь легче предупредить, чем лечить. Поэтому для поддержания здорового эмоционального состояния нужно больше бывать на свежем воздухе, увеличивать физические нагрузки, обратить внимание на свой режим дня, спать – не менее 7–8 часов. Полезно менять вид деятельности в течение дня. Если работа предполагает пребывание в малоподвижном состоянии, конец дня провести в спортивном зале. Если же работа связана с физической нагрузкой, то вечер лучше посвятить просмотру телепередач или еще лучше – чтению книг».

Кстати, питание тоже влияет на настроение человека. Завтрак должен быть калорийным, но легким. Натуральное масло, яйца, сыр, овсяная каша, кукурузные хлопья с молоком – все эти продукты легко перевариваются и усваиваются. Содержащаяся в них глюкоза быстро попадает в кровь и помогает организму проснуться. Осенью и зимой старайтесь употреблять

Рекомендации эксперта

➤ **Прислушайтесь к своим чувствам.** Если хочется плакать – разрешите себе это. Если испытываете состояние, похожее на панику, примените дыхательное упражнение: сделайте медленный и глубокий вдох носом, при этом следует расслабить плечи, живот должен расшириться, грудь приподняться. Сделать медленный выдох через рот. При испускании воздуха немного сожмите губы, челюсть должна оставаться в состоянии расслабления. Возможно, на выходе будет мягкий свист изо рта. Повторите это необходимое количество раз в течение 3–5 минут. Так стоит дышать, пока не станет лучше.

Если испытываете гнев, возьмите толстый журнал либо стопку бумаги и, вложив все свои эмоции, постарайтесь порвать.

➤ **Когда эмоциональное напряжение несколько спадет, проанализируйте сложившуюся ситуацию, отделите главное от второстепенного.** Решите, о чем можно временно забыть, а на чем стоит сосредоточиться. Вспомните, как раньше удавалось преодолевать проблемы.

➤ **Выслушивайте близкого человека во время кризиса.** Находитесь рядом. Не бойтесь сказать что-то не так. Если даже это случится, помните, что это не сравнится с теми чувствами, какие испытывает человек от чувства одиночества и отверженности. Включайте близкого во все происходящие процессы, домашние дела.

➤ **Не останавливайте слезы.** Когда удастся выплакаться – уходит напряжение.

➤ **Поддерживайте надежду.**

шпинат, сыр, бананы, шавель, шоколад. В этих продуктах содержится в больших количествах триптофан, из которого в организме синтезируется серотонин – гормон хорошего настроения.

Подготовила Ирина Савина

Железное здоровье

Нередко слабость и легкое недомогание привычно списывают на осеннюю хандру. Если же при этом еще и учащенное сердцебиение, и шум в ушах, то к «домашнему» диагнозу добавляется синдром хронической усталости. Что делать, если отпуск не помогает восстановить силы, а самочувствие и внешний вид неумолимо страдают? Проверить – хватает ли организму такого важного микроэлемента, как железо. Чем грозит его дефицит, как вовремя распознать анемию и получить необходимую помощь – узнаем у к. м. н., врача-гастроэнтеролога Ольги Гатаулиной.



Кровные потери

– Ольга Владиславовна, что представляют собой анемии и насколько часто диагностируют их у жителей Алтайского края?

– Анемия – состояние, которое характеризуется уменьшением гемогло-



бина в единице объема крови за счет снижения его общего количества в организме. Одним из самых распространенных заболеваний в мире и первым по частоте встречаемости у женщин детородного возраста является железодефицитная анемия (ЖДА). ЖДА – полиэтиологическое заболевание, развитие которого связано с дефицитом железа в организме вследствие нарушения поступления, усвоения или повышенных потерь данного микроэлемента, характеризующееся микроцитозом и гипохромной анемией. В рубрикации заболеваемости населения по основным классам болезней в Алтайском крае, установленным впервые в жизни (болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм), в 2020 году выявлены у 10 107 человек.

– **Каковы причины развития анемии?**

– Распространенность анемии (в том числе ЖДА) зависит от многих причин: особенностей питания, наличия кровотечений различной локализации, поражения паразитарными заболеваниями, от социально-экономических условий проживания и др. По информации экспертов ВОЗ, анемия чаще встречается

в развивающихся странах и наиболее подвержены анемии две группы населения – дети раннего возраста и беременные женщины.

По статистике, ЖДА составляет 90% от всех анемий в детском возрасте и 80% от всех анемий у взрослых. У женщин основные причины ее развития – обильные менструальные кровотечения, беременность, роды (особенно повторные), лактация. В постменопаузе основная причина – кровопотеря из желудочно-кишечного тракта. Эта причина ЖДА актуальна и для мужчин. Дефицит железа может развиваться в период интенсивного роста детей, при растительной диете, вследствие резекции желудка или кишечника, при воспалительных заболеваниях кишечника (нарушение всасывания железа).

Также возможно развитие ЖДА у доноров крови (постоянно сдающих кровь в течение многих лет) и у пациентов с хронической почечной недостаточностью, находящихся на программном гемодиализе. Основными причинами развития ЖДА у детей являются: дефицит железа при рождении ребенка, алиментарный дефицит железа вследствие несбалансированного питания, повы-

Продолжение на стр. 18-19 ➤

«Продолжение. Начало на стр. 17

шенные потребности организма в железе вследствие бурного роста ребенка, потери железа из организма, превышающие физиологические.

По механизму развития железодефицита выделяют: анемию вследствие кровопотери (желудочно-кишечная, при менструациях и родах, легочная – гемосидероз легких, через мочеполовой тракт – заболевания почек, гемоглобинурия), вследствие нарушения всасывания железа (резекция желудка и кишечника, недостаточность поджелудочной железы, глютенная энтеропатия, спру, болезнь Крона), вследствие повышения потребности в железе (быстрый рост – недоношенные новорожденные дети, подростки, беременность и лактация), вследствие недостаточного поступления с пищей (вегетарианская или веганская диета).

– **Какой отпечаток анемия накладывает на организм?**

– В нем происходит широкий спектр метаболических нарушений из-за дисфункции железосодержащих и железозависимых ферментов. Все это приводит к многообразию клинических симптомов железодефицита.

Сигнал дефицита

– **Ольга Владиславовна, как человек может заподозрить у себя анемию и к какому врачу следует обратиться за помощью?**

– Основные клинические проявления ЖДА – гипоксический и сидеропенический синдромы. На первый указывают слабость, бледность кожных покровов, головная боль, учащенное сердцебиение, шум в ушах. Сидеропенический синдром выражается через изменения кожи (сухость, пигментации цвета кофе с молоком) и слизистых оболочек (заеды в углу рта), изменения ногтей (ломкость, мягкость, поперечная исчерченность, вогнутость), изменения волос (ломкость, тусклость, раздвигание кончиков, алопеция). Также ему присуща гипотония (мышечная, артериальная), изменения обоняния (пристрастие к запахам красок, ацетона, лака, выхлопных газов автомобиля), изменения вкуса (пристрастие к мелу, глине, сырым продуктам), жжение язы-

ка, ангулярный стоматит и диспептические расстройства.

Анемический синдром проявляется слабостью, головной болью, головокружением, плохой переносимостью физических нагрузок, снижением аппетита, снижением работоспособности, внимания, обучаемости, бледностью кожных покровов и видимых слизистых оболочек, тахикардией и систолическим шумом.

Менее известные проявления при ЖДА – неврастения и невротические реакции, снижение работоспособности мышц и общей толерантности к физическим нагрузкам, нарушения метаболических процессов в миокарде, нарушения периферического кровообращения и микроциркуляции. Также отмечается поражение ЖКТ в виде хронических гастритов и синдромов нарушенного всасывания в кишечнике. При хроническом гастрите снижение секреции и кислотообразования рассматривается как следствие железодефицита. При появлении признаков железодефицита необходимо обращаться в поликлинику по месту жительства, к врачу – участковому терапевту.

– **Какие показатели крови нужно проверять?**

– Диагноз ЖДА основывается на характерной клинико-гематологической картине заболевания и лабораторных показателей абсолютного дефицита железа. Рекомендуется выполнение общего анализа крови, оценка гематокрита, исследование уровня эритроцитов в крови, исследование уровня ретикулоцитов в крови с определением среднего содержания и средней концентрации гемоглобина в эритроцитах, определение размеров эритроцитов у пациентов с анемическим синдромом с целью диагностики ЖДА.

Также необходимо исследовать сывороточные показатели обмена железа – уровень ферритина в крови, уровень трансферрина сыворотки крови, железосвязывающую способность сыворотки, исследование уровня железа сыворотки крови, коэффициент насыщения трансферрина железом. Для выяснения причины ЖДА и диагностики сопутствующей

патологии выполняют биохимический анализ крови (общий белок, альбумин, общий билирубин, прямой билирубин, АСТ, АЛТ, креатинин, мочевины, щелочная фосфатаза, гамма-глутамин-транспептидаза), общий анализ мочи. У пациентов детского возраста с ЖДА необходимо определять содержание антител к тканевой трансглутаминазе или содержание антител к эндомизину в крови для исключения целиакии.

– **Дефицит каких еще элементов способствует развитию анемии?**

– Анемию может вызвать неполноценное питание, когда в организм поступает недостаточное количество железа или плохо усваиваемое железо. Также недостаток других кроветворных микроэлементов – меди, кобальта, марганца. Кроме того, недостаточное поступление с пищей белка, витаминов, особенно B₁₂ и фолата, или избыток фосфора, клейковины могут быть причиной анемии.

В балансе

– **Как лечат анемию врачи?**

– Цель лечения ЖДА – нормализовать уровень гемоглобина (у женщин 120–140 г/л, у мужчин 130–160 г/л) и восполнить тканевые запасы железа (ферритин сыворотки более 40–60 мкг/л). Нормальная концентрация гемоглобина у детей (0–14 дней – 145 г/л, 15–28 дней – 120 г/л, 1 месяц – 5 лет – 110 г/л, 6–11 лет – 115 г/л, 12–14 лет – 120 г/л).

Для лечения используют пероральные препараты двухвалентного железа или пероральные препараты трехвалентного железа, наиболее часто – железа сульфат. Лечение ЖДА у детей имеет некоторые особенности. Высокая комплаентность детей к лечению ЖДА обеспечивают препараты трехвалентного железа с преимуществами перед препаратами двухвалентного железа. Преимущества: высокая безопасность, отсутствие риска передозировки, интоксикации и отравлений, отличная переносимость, отсутствие пигментации десен и зубов, приятный вкус, отсутствие взаимодействия с другими лекарственными средствами и продуктами питания, наличие антиоксидантных свойств.

Назначение парентеральных препаратов трехвалентного железа пациентам с ЖДА необходимо в случаях отсутствия эффекта, плохой переносимости, наличия противопоказаний к применению пероральных препаратов железа. Длительность терапии рассчитывается индивидуально – с учетом возраста, массы тела пациента и степени дефицита железа.

Гемотранфузионная терапия проводится по индивидуальным показаниям пациентам с ЖДА тяжелой степени и пациентам с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией, если есть риск декомпенсации состояния на фоне анемии.

Рефрактерность ЖДА к лечению препаратами железа чаще всего

обусловлена неадекватностью назначенной терапии, анемией, не связанной с дефицитом железа, или «рефрактерной к ферротерапии железодефицитной анемии» (iron-refractory iron deficiency anemia – IRIDA). IRIDA – это наследуемое по аутосомно-рецессивному типу заболевание. Причина – врожденный генетический дефект. Следствием этого дефекта является подавление всасывания железа в кишечнике, рециркуляция и высвобождение железа из тканевых запасов.

– **Можно ли профилактировать анемию и как это сделать своевременно?**

– Первичная профилактика ЖДА и латентного дефицита железа – сба-

лансированное питание человека в любом возрасте. Ежедневная потребность взрослого человека в железе 1–2 мг, ребенка – 0,5–1,2 мг. Обычная диета обеспечивает поступление от 5 до 15 мг элементарного железа в день. Рекомендуется дополнительное назначение профилактических доз лекарственных препаратов железа лицам из группы риска развития латентного железодефицита и ЖДА. Вторичная профилактика дефицита железа регламентируется при каждом обращении пациента к врачу, проведении диспансеризации и при медицинских осмотрах. Это скрининговые исследования для выявления ЖДА или латентного железодефицита.

Подготовила Ирина Савина

ДЕФИЦИТНЫЕ СОСТОЯНИЯ

Недостаток тех или иных веществ в организме проявляется далеко не сразу, но визуально всегда заметен. Это длительный процесс, действующий «накопительно», только, к сожалению, в противоположную сторону, то есть состояние ухудшается. А когда проблема становится явной, с ней бывает сложно справиться, потому что восполнение недостающих микроэлементов и витаминов – процесс длительный, требующий усилий и значительных временных затрат.



Невынашивание беременности: профилактика, прогнозирование, лечение

Под невынашиванием понимается прерывание беременности в сроки до 22 недель. Выделяют спорадическое – однократное прерывание и привычное невынашивание – два и более самопроизвольных прерываний беременности.

Причины невынашивания

Причины невынашивания сложны и многообразны: свое влияние оказывают генетические, анатомические, эндокринные, иммунные, инфекционные факторы, а также аномалии спермы. Негативную роль играет курение, злоупотребление алкоголем, прием наркотических средств, низкий социально-экономический статус, недостаток массы тела, ожирение и стресс. Большинство спорадических ранних потерь беременности вызваны хромосомной аномалией плода, и их не считают признаком какого-либо неблагополучия в организме матери.

Какие же причины являются наиболее распространенными при прерывании беременности на раннем сроке?

Патология матки и шейки матки

Это врожденные пороки развития матки (полное удвоение матки, двурогая, седловидная, однорогая матка, частичная или полная внутриматочная перегородка) или приобретенные анатомические дефекты (внутриматочные синехии, субмукозная миома матки). Прерывание беременности может быть связано с неудачной имплантацией плодного яйца (часто на



внутриматочной перегородке, вблизи субмукозного узла матки), недостаточно развитой сети кровоснабжения и рецепцией эндометрия. К анатомическим причинам невынашивания беременности относятся и истмико-цервикальная недостаточность (укорочение шейки матки), признанная наиболее частым этиологическим фактором прерывания беременности во II триместре. Частой причиной не только невынашивания беременности, но и бесплодия является поражение рецепторного аппарата эндометрия, как следствие, хронический эндометрит. Воспалительная реакция приводит к активации локальных иммунных реакций при хроническом эндометрите. В связи с этим активизируется система свертывания крови, что способствует тромбозам, инфарктам, отслойке плодного яйца. Данная ситуация приводит к нарушению процессов плацентации, инвазии

и развития хориона и, как следствие, к прерыванию беременности.

Эндокринные причины

Эндокринные причины составляют от 8 до 20%, наиболее значимыми из них являются: недостаточность лютеиновой фазы (НЛФ); дисфункция щитовидной железы; гиперандрогения (надпочечного и смешанного генеза); сахарный диабет. При этом причиной формирования гипофункции желтого тела может быть как первичная недостаточность самих лютеоцитов, так и фоновая соматическая патология, в первую очередь эндокринные заболевания, заболевания сердечно-сосудистой и мочевыделительной систем. Причем эти заболевания являются причинами невынашивания беременности не только в ранние сроки беременности, но и становятся причиной преждевременных родов как

Цифры и факты

Частота привычного невынашивания в популяции составляет **0,6-2,3%**.

После одной ранней потери большинство **(70-80%)** молодых здоровых женщин имеет благоприятный прогноз в отношении следующей беременности.

У женщин старше 40 лет вероятность беременности после выкидыша не превышает **30%**. С каждой последующей потерей прогноз ухудшается на **5-10%** и вероятность рождения живого ребенка у женщин с привычным выкидышем даже после тщательного обследования и подготовки к беременности составляет не более **60%**.

следствия плацентарной дисфункции, которая формируется на фоне данной экстрагенитальной патологии.

Иммунологические причины

В настоящее время известно, что до 80% всех ранее необъяснимых случаев повторных потерь беременности связано с иммунологическими нарушениями. Выделяют аутоиммунные и аллоиммунные нарушения, ведущие к привычному невынашиванию беременности. При аутоиммунных процессах предметом агрессии иммунной системы становятся собственные ткани материнского организма, то есть имеет место направленность иммунного ответа против собственных антигенов. В этой ситуации плод страдает вторично в результате повреждения материнских тканей. При аллоиммунных нарушениях иммунный ответ женщины направлен против антигенов плода, полученных от отца и являющихся потенциально чужеродными для организма матери.

Общепризнанным аутоиммунным состоянием, ведущим к гибели эмбриона/плода, в настоящее время остается антифосфолипидный синдром. Термином «антифосфолипидный синдром» обозначается группа аутоиммунных нарушений, характеризующаяся значительным количеством антител к содержащимся в плазме крови фосфолипидам (антифосфолипидные антитела), а также к связанным с этими фосфолипидами гликопротеинам. Клинически проявляется тромбозами или повышенным свертыванием крови в сосудах любого калибра.

Прегавидарная подготовка

Учитывая вышеперечисленные факторы невынашивания беременности, необходим комплексный подход к лечению и профилактике. В большинстве случаев методы лечения, допустимые при уже наступившей беременности, малоэффективны, поэтому большое внимание должно уделяться обследованию и профилактике вне беременности. Прегавидарная подготовка – единственный метод для комплексного снижения риска хромосомных нарушений у плода, риска, ассоциированного с наследственными тромбофилиями.

Превентивные мероприятия предусматривают тщательное обследование женщин, входящих в группы риска или уже имеющих эпизоды невынашивания в анамнезе, а также их супругов, коррекцию нарушений на этапе подготовки к беременности, рациональное ведение беременности.

Прегавидарная подготовка супружеской пары с невынашиванием беременности очень важна и должна учитывать многофакторность привычного выкидыша!

Она должна включать не только обследования для исключения анатомических, эндокринных, иммунологических, инфекционных и тромбофилических причин спонтанного прерывания беременности, но и одним из этапов прегавидарной подготовки. Начиная со второго случая прерывания беременности, необходимо проводить кариотипирование остатков плодного

яйца в сочетании с медико-генетическим консультированием супружеской пары. Генетическому консультированию подлежат пары, имеющие хромосомные или наследственные заболевания у одного из партнеров, предшествующие случаям рождения ребенка с хромосомной патологией или врожденными пороками развития. Репродуктивная реабилитация обоих супругов необходима с участием уролога-андролога, что позволяет снизить частоту ранних самопроизвольных аборт в 3 раза, врожденных пороков развития – в 4 раза, перинатальную смертность – на 60%.

Необходимо помнить, что негативную роль играют и такие факторы, как: курение, алкоголь, прием наркотических средств, низкий социально-экономический статус, недостаток массы тела, ожирение и стресс. Прегавидарная подготовка проводится в целях исключения или минимизации их неблагоприятного воздействия на будущую беременность.

В целом прогноз в каждом случае зависит от причины, вызвавшей патологию. Так, привычное невынашивание беременности, ассоциированное с тромбофилиями, эндокринными расстройствами и анатомическими дефектами, в ряде случаев успешно поддается лечению, а методы коррекции состояний, связанных с аллоиммунными факторами, пока находятся в стадии изучения. В среднем, при условии своевременного выявления причин, адекватного лечения как вне, так и во время беременности, добиться рождения жизнеспособных детей удается в 70–95% случаев у женщин с одним выкидышем в анамнезе. К сожалению, вероятность рождения живого ребенка у женщин с привычным выкидышем даже после тщательного обследования и подготовки к беременности составляет не более 60%.

Евгения Николаевна Приходько, врач – акушер-гинеколог КГБУЗ «Алтайский краевой клинический перинатальный центр»;
Валентина Андреевна Парфенюк, врач – акушер-гинеколог КГБУЗ «Алтайский краевой перинатальный центр» «ДАР»

Болезнь курильщиков

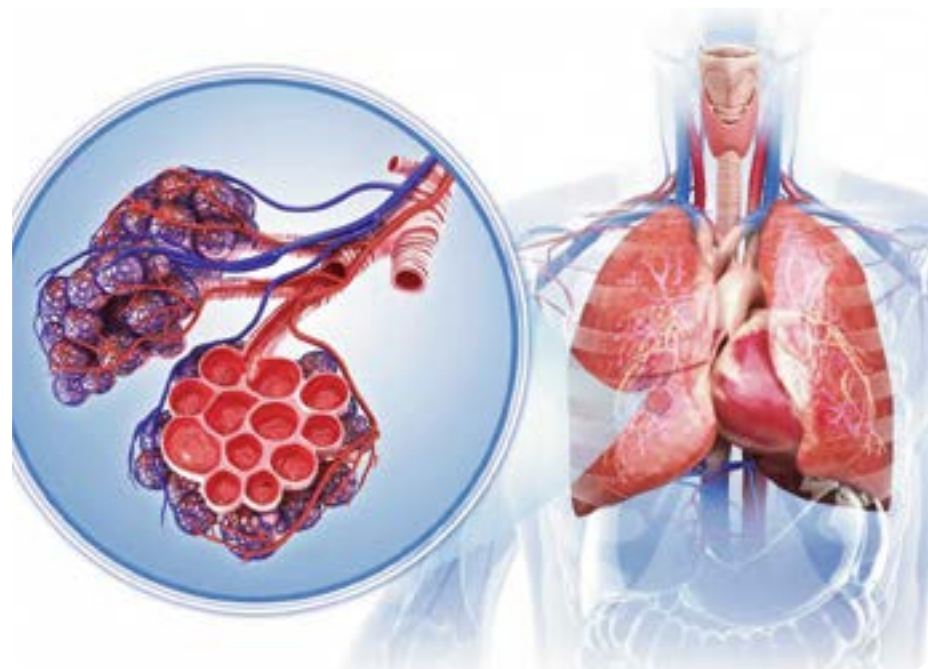
17 ноября – Всемирный день борьбы с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). Курение и возраст – вот наиболее вероятная комбинация факторов, которая приводит к развитию ХОБЛ. Пациент может прожить много лет с этой болезнью, прежде чем появятся ее заметные признаки.

Об особенностях ХОБЛ рассказывает Татьяна Мартыненко, д. м. н., профессор, врач-пульмонолог высшей квалификационной категории, заместитель главного врача по организационно-методической работе КГБУЗ «Городская больница № 5, г. Барнаул».



Коротко о главном

ХОБЛ, если говорить о ней простыми словами, болезнь, которая нарушает главную функцию легких – вентиляцию и снабжение нашего организма кислородом.



Признаки ХОБЛ – одышка, сильный кашель с мокротой, боль в груди, слабость, хрипы в легких. Но они становятся заметными спустя длительное время после начала заболевания.

По данным, которые приводит Татьяна Мартыненко, болезни органов дыхания в целом (в том числе пневмония, ХОБЛ и другие) среди причин смертности находятся на четвертом месте – и в стране, и в Алтайском крае.

– Проблема № 1 в теме ХОБЛ – поздняя выявляемость, так происходит практически в 95% случаев. Клинические проявления болезни значительно отстают от патофизиологического процесса в организме, морфологических изменений, которые выражаются в постепенном сужении бронхов, в том числе мелких. В начале болезни сужение бронхов бывает периодическим, весной или осенью, при каких-то обострениях. ХОБЛ постепенно прогрессирует, при этом человек адаптируется к тому, что проходимость бронхов все более уменьшается.

ХОБЛ можно и нужно выявлять на бессимптомной стадии. Но ежегодное прохождение флюорографии здесь не поможет, так как болезнь не имеет

никаких признаков, которые были бы видны на рентгенограмме. Даже компьютерный томограф не может «увидеть» начавшуюся ХОБЛ. Зато ее обнаруживают при помощи двух других методик – спирометрии или бодиплетизмографии. Спирометрия («дуньте в трубочку») показывает, как работают легкие пациента именно на выдохе, ведь ХОБЛ еще называют болезнью выдоха. Это доступная процедура, аппараты, по словам пульмонолога, есть в поликлиниках. Однако спирометрия не входит в перечень обязательных тестов и медосмотров и проводится по показаниям.

– Нам бы хотелось, чтобы спирометрия использовалась более широко, особенно у пациентов старше 45 лет и у курильщиков, – говорит Татьяна Мартыненко.

«Механика» ХОБЛ

Из-за болезни в легких происходят два серьезных патологических изменения. Первое – поражение бронхов, которое выражается в сужении их просвета и проявляется в виде одышки, дыхания со свистами и хрипами. Хронический бронхит – одно из клинических проявлений ХОБЛ.

Словарь «МиЗ»

Бодиплетизмография – методика исследования функции внешнего дыхания с помощью специального аппарата.

Легочное сердце – увеличение и расширение правых отделов сердца в результате повышения артериального давления в малом круге кровообращения, которое развивается из-за заболеваний легких, поражений легочных сосудов или деформаций грудной клетки.

Второе – поражение ткани легких, или эмфизема. Татьяна Ивановна, описывая эмфизему, говорит о повышенной «воздушности» легочной ткани и объясняет течение патологического процесса популярно:

– Легкие состоят из альвеол, которые объединены в пучки, похожие на гроздь винограда. В альвеолах всегда находится воздух, в них происходит газообмен: через них организм получает кислород и выделяет углекислый газ. При прогрессировании ХОБЛ воздух в альвеолах как бы застаивается – за счет сужения бронхов он не может в полной мере выйти наружу. Легкие как будто постоянно находятся на вдохе. Со временем из-за этого происходит разрыв альвеол, и вся «гроздь» становится одним воздушным пузырем – патологическим элементом. В этом пузыре находится воздух, в котором углекислого газа больше, чем нужно. Кроме того, мало вентилируемые альвеолы хуже снабжаются кровью. Серьезное прогрессирующее хроническое заболевание легких, такое как ХОБЛ, сопровождается нарушением кровоснабжения легких (эффект Эйлера – Лильестранда). Именно эта причина лежит в начале развития уже сердечной недостаточности, формирования так называемого легочного сердца при ХОБЛ на поздних стадиях. Тогда к симптоматике ХОБЛ добавляются еще и отеки, понижение давления, боли в печени, появление одышки даже в положении лежа и т.д.

Современные методы диагностики позволяют отличить эту болезнь от других схожих. При обследовании

10 лет

и более человек может прожить и не подозревать о развивающейся хронической обструктивной болезни легких.

пациента мы проводим дифференциальную диагностику, то есть сравниваем признаки ХОБЛ с признаками других заболеваний легких (астмы, пневмонии, саркоидоза, хронических аллергических поражений).

Курильщики и «вдыхальщики»

Если говорить о факторах развития ХОБЛ, то основным все же является курение. Болезнь может развиваться даже у тех, кто курить давно бросил, а также у тех, кто является пассивным курильщиком.

– Современные устройства для курения тоже становятся причиной токсического поражения, например, в виде астматического приступа. Кроме того, курение может иметь и отдаленные последствия. Если вы курили в молодости и бросили, есть вероятность того, что в зрелом возрасте вы можете начать задыхаться. Такие случаи описаны в медицинской литературе.

ХОБЛ может развиваться и у некурящих, если они живут или работают в загрязненной среде, фактором риска служит не только профессиональная вредность, но и печное отопление. Из-за этого ХОБЛ называют аэрополлютантным заболеванием.

Наследственность при ХОБЛ имеет гораздо меньшее значение, чем при астме, но этот фактор тоже присутствует. Татьяна Мартыненко говорит, что в медицинской литературе описаны семейные формы заболевания,

Факты

ХОБЛ – болезнь второй половины жизни.

Это прогрессирующее с возрастом заболевание: с годами будет только хуже.

Вылечить ХОБЛ нельзя, можно только сдерживать ее развитие или минимизировать проявления.

Прекращение курения – самый эффективный способ лечения. Это существенно снижает скорость прогрессирования болезни.

ХОБЛ у женщин встречается реже, чем у мужчин.

На десять и более лет ХОБЛ сокращает продолжительность жизни человека.

а лет десять назад был выделен ген, ассоциированный с развитием ХОБЛ.

Принудительное расширение

Главным в терапии ХОБЛ врач-пульмонолог называет отказ от курения. По ее наблюдениям, по совету врачей отказываются от курения до 80% пациентов. Эта цифра выросла: еще несколько лет назад по совету врачей бросала курить только половина больных.

В основе лечения ХОБЛ – назначение ингаляционных бронхолитиков. При вдыхании лекарства суженные бронхи расширяются – происходит их медикаментозное стентирование. Чем просвет бронхов ближе к норме, тем меньше симптомов, тем меньше та же одышка. Современные бронхолитики помогают бороться с обструкцией в течение длительного времени – до 12 часов.

Но лечение ХОБЛ дорогостоящее и ложится целиком на плечи пациента.

Продолжение на стр. 24 ➤

«Продолжение. Начало на стр. 22-23»

Более того, препараты придется принимать постоянно и до конца жизни. Вылечить ХОБЛ нельзя, даже от слова «ремиссия» (период, когда признаки болезни совсем или почти полностью исчезают) пульмонологи отказались. Задача пациента в терапии – взять болезнь под контроль.

– Мы говорим: «стабильная ХОБЛ» или «обострение ХОБЛ». Слово «стабильная» подразумевает постепенное, спокойное течение болезни. Любое обострение значительно его ухудшает, поэтому мы рекомендуем пациенту максимально стараться не допускать обострений.

Мы назначаем пациенту, как правило, два препарата (могут быть в одном ингаляторе), которые обеспечат круглосуточное фармакологическое стентирование бронхов. Другие компоненты лечения – здоровый образ жизни, обязательная физическая активность, занятия ЛФК. Профилактика обострений ХОБЛ заключается в том числе в вакцинации от гриппа и обязательно от пневмококковой инфекции. В определенных случаях, если ХОБЛ напоминает бронхиальную астму или присутствуют оба заболевания, используются ингаляционные глюкокортикостероиды.

На заметку!

Проверьте, есть ли у вас признаки ХОБЛ

1. Кашляете ли вы несколько раз в сутки в течение долгого времени?
2. Откашливаете ли вы мокроту в течение длительного времени?
3. Наблюдаете ли вы у себя одышку по сравнению с другими людьми вашего возраста?
4. Вам больше 40 лет?
5. Курите ли вы сейчас или курили в прошлом?

Три и более ответов «да» – повод обратиться к врачу.

Елена Клишина

Подружитесь со своим ребенком



Такой совет дает Марина Рослякова, медицинский психолог Алтайского краевого наркологического диспансера. Этот совет важен в целом, но Марина Григорьевна рекомендует применять его и в целях профилактики подростковых зависимостей, в частности курения. Причем выстраивать дружбу нужно начинать не тогда, когда грянет переходный возраст или когда подросток закурит, а гораздо раньше.



Курят больше или меньше?

21 ноября – Международный день отказа от курения. По данным опроса по проблеме курения, проведенного ВЦИОМ в 2022 году, молодежь в возрасте 18–24 лет перестала относиться к наиболее курящей части населения. Социологи прогнозируют, что 18–24-летние станут драйвером новой модели «некурящего поведения», и приво-

дят следующие цифры: если в 2009 году курили по пачке в день 22% представителей этой возрастной категории, то в 2022-м – 12%, а общая доля курящих в этом возрасте сократилась в 1,7 раза – с 48 до 29%.

Статистика – вещь упрямая, но не все эксперты разделяют оптимистичные прогнозы. Анна Сорочинская, исполнительный директор Общественного совета по проблеме подросткового курения, считает, что доля

курящей молодежи стала меньше, но только если говорить о курении имитационных сигарет. Если говорить об использовании электронных устройств для курения, то в этом сегменте доля молодежи, наоборот, выросла. Портал «Стоп нелегальный табак» приводит ее слова о том, что за последние пять лет количество подростков, потребляющих и традиционные, и электронные сигареты, растет. Эксперт ссылается на данные исследовательского холдинга «Ромир», по которым сегодня 30,5% подростков курят регулярно или время от времени – плюс 10% к аналогичному показателю пятилетней давности.

Психолог Марина Рослякова отмечает, что подростки действительно предпочитают электронные устройства для курения, и особенно вейпы.

– Среди тех подростков, с которыми общаюсь я как психолог, действительно много тех, кто курит именно вейпы. У них существует мнимая мода на эти устройства, они утверждают, что вещества якобы не пахнут никотином и безвредны. Но это не так. Вейпы очень вредны и сильно подрывают здоровье растущего организма. У вейперов и в целом у курильщиков очень быстро теряется интерес: к занятиям, которыми увлекались ранее, к учебе, спорту, к привычным делам. Далее им становится очень много что безразлично и неинтересно, преобладают апатия и скука. И возникает только одно желание – покурить вейпы. Они начинают больше времени проводить на улице, в компании друзей более старшего возраста, начинают обманывать родителей, изворачиваться.

Марина Григорьевна отмечает, что у вейперов страдает в первую очередь работа мозга.

– По тем подросткам, которые обращаются ко мне, могу сказать, что у них снижается концентрация внимания, ухудшается память, что очень важно в учебной деятельности, да и в жизни. Дети хуже понимают прочитанное, запоминают информацию, и это не просто заметно, это резко бросается в глаза. К примеру, я часто сталкиваюсь с тем, что подростки не понимают слова и фразы из тестовых опросников, рассчитанных на их возраст. Среди вейпов есть безни-

котиновые, никотиновые и солевые. И неважно, какой вейп взять, они все вредны без исключения. В вейпах содержится более 30 высокотоксичных веществ, которые могут спровоцировать канцерогенный процесс.

Курят неблагополучные?

Социологи ВЦИОМ связывают курение у взрослого населения с уровнем образования и доходов. Среди курильщиков больше тех, у кого уровень образования и доходов ниже. Марина Рослякова считает, что среди подростков такая связь неочевидна:

– Я не могу сказать, что юные курильщики относятся исключительно к категории социально неблагополучных детей. В школах, куда я прихожу с лекциями, учителя отмечают, что курящие школьники – чаще всего из обычных, нормальных семей, в которых, может быть, курит один из родителей. Нет такого, чтобы я посмотрела на ребенка в классе и по визуальным признакам определила, что курящий ребенок обязательно из неблагополучной семьи. Когда я спрашиваю в классе, сколько человек в нем курят, школьники отвечают: «Да половина курит!»

Как разговаривать с детьми о курении?

Марина Рослякова рекомендует придерживаться нескольких важных правил.

Установить хорошие, доверительные отношения с ребенком. Это нужно сделать в тот период, когда ребенок еще достаточно мал, когда родители для него – авторитет, а их слова для него имеют значение.

Завести в семье привычку разговаривать и обсуждать проблемы. Если так заведено, то ребенок чувствует себя нужным, ощущает, что его дела интересуют родителей, а в случае проблемы он не останется с ней один на один и придет именно к родителям за советом и помощью.

Давать пример правильного поведения. Действительно, трудно требовать от ребенка не курить, если родители сами курят. Ребенок не поверит ни одному запрету в том случае, если папа и мама, поведение которых он копирует, дают ему понять своими действиями, что курение якобы безопасно.

Информировать. Если уж так случилось, что ребенок сделал первые попытки покурить, нужно в спокойном тоне рассказать ему о том, что существует зависимость от курения. У подростков она может возникнуть гораздо быстрее, буквально после первой сигареты, и неважно, обычной или электронной. Физическая зависимость может возникнуть со второй-четвертой сигареты. При употреблении синтетического никотина (вейпы) и психическая, и физическая зависимости могут возникнуть буквально с первого употребления. С большой долей вероятности юный курильщик потом может стать потребителем других психоактивных веществ.

Приводить аргументы в пользу того, что курение не поощряется обществом и не поднимает престиж курящего. Можно рассказать о том, что есть Федеральный закон «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака», который запрещает курение в общественных местах. Данные из мониторинга ВЦИОМ: курильщиков с высшим образованием меньше, чем со средним (соответственно 24% и 50%), 43% курильщиков имеют плохое материальное положение.

Если подросток все-таки курит, нужно искать причину. Возможно, он столкнулся с неуспехом в какой-либо сфере, не добился лидерства (это особенно важно для мальчиков) или из-за «давления» родителей ребенок ушел во внешнюю среду и общается с асоциальными подростками, в том числе с курящими, и в тот момент для него важ-

По данным краевого наркодиспансера, в лечебно-реабилитационные программы по проблеме употребления никотиносодержащих веществ в 2021 году было включено 176 несовершеннолетних, в 2022-м – 185.

Продолжение на стр. 26 >>

«Продолжение. Начало на стр. 24-25»

но не быть белой вороной, покурить и тем самым присоединиться к этой компании (стать своим), также многие подростки не могут сказать «нет». Возможно, в его жизни есть какие-то конфликтные ситуации – с родителями, в школе, с друзьями и т.д., которые он переживает таким способом. Очень многие подростки отмечают такие причины, как любопытство и «за компанию».

Не запрещать, а замещать. Психолог рекомендует вредные привычки замещать полезными, например, выработать в себе привычку заниматься каждый день спортом, читать книги, вкусно готовить и т.д. Но надо помнить, что это сделать не так легко, и тут нужна сила воли самого подростка, терпение и выдержка родителей.

Путь замещения вредной привычки полезным досугом тоже труден – в кружки и секции за ручку подростка не отведешь. Желательно помочь ему определиться с занятием, которое интересно самому подростку. Кроме того, нужно предлагать ему какие-то интересные варианты совместного времяпрепровождения. Замечательно, если интересы родителей и ребенка будут совпадать: походы, поездки, игра в футбол, творчество и т.д. Среднестатистическим работающим родителям сделать это иной раз сложно: занять свободное время ребенка дорого обходится и в материальном, и во временном, и в моральном плане. Но гораздо важнее уберечь подростка от пагубной привычки.

Ограничивать круг общения подростка – чтобы он меньше общался с курящими приятелями, а еще лучше отошел от таких друзей. Сделать это сложно, и прямым запретом тут вряд ли можно чего-то добиться, наоборот, можно спровоцировать протестное поведение ребенка.

Разговаривать о вреде курения по возможности в спокойном тоне. Если родитель будет давить и угрожать, он не сможет донести нужную информацию и не получит на нее адекватный отклик, а добьется только еще большего протеста. Родителям стоит занять позицию помощи и поддержки, например, транслировать: «Ты спра-

Цифры и факты

33% россиян курят. Каждый пятый ежедневно выкуривает пачку сигарет (**20%**).

62% курящих хотят отказаться от вредной привычки (2017 г. – **79%**). **22%** уже сократили число выкуриваемых сигарет по сравнению с прошлым годом, но **16%** стали курить больше.

Типичный заядлый курильщик сегодня – это мужчина (**32%** против **10%** женщин), 35–44 лет (в этой группе мужчин курят по пачке в день **42%**), проживающий в селе (**39%**), имеющий плохое материальное положение (**43%**).

13% курящих не готовы отказаться от сигарет ни при каких обстоятельствах.

16% курящих считают проблемы со здоровьем достаточно веской причиной для отказа от курения.

(по данным ВЦИОМ)

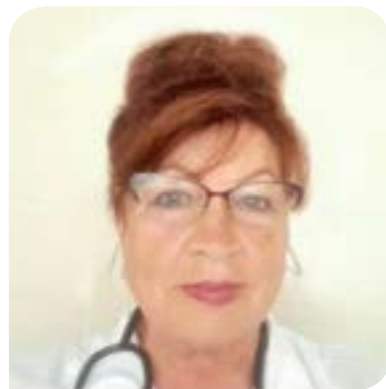
вишься, ты сможешь выйти из этой ситуации, а мы поможем и поддержим».

– Выслушивать, разговаривать обо всем, отвечать на вопросы, как бы ни устал родитель, – говорит Марина Рослякова. – Это важно не только в борьбе с курением, но и в целом для выстраивания взаимодовверительного контакта с ребенком. Это помогает детям ощущать себя нужными родителям. Все это – и внимание, и интерес, и ощущение нужности, и решение проблем – для того, чтобы дети не шли искать «острых ощущений» на улицу. Взаимопонимание, общение с ребенком – оно дорогого стоит.

Номер телефона Краевого наркологического диспансера для анонимных обращений – 63-38-95.

Елена Клишина

В России остеопороз выявляется у 34% женщин и 27% мужчин старше 50 лет. Чем старше становятся люди, тем выше процент распространенности заболевания. В Барнауле зафиксировано свыше 3000 диагностированных случаев (по данным прошлого года). Но это лишь видимая верхушка айсберга – остеопороз развивается практически бессимптомно, и зачастую его не выявляют своевременно. Так, COVID-19, длительная изоляция, постельный режим и прием глюкокортикоидов способствовали росту количества пациентов с остеопорозом. Нередко заболевание развивается на фоне других патологий, которые влияют на его течение. Об особенностях лечения коморбидных пациентов расскажет врач-эндокринолог Надежда Новикова.



Два в одном – найти выход



Невыгодное сочетание

Под коморбидностью врачи подразумевают наличие у пациента двух или более заболеваний или синдромов, связанных между собой патогенетически. «Она может быть осложненной – как результат основного заболевания. Например, диабетическая нефропатия при сахарном диабете или же инсульт вследствие гипертонического криза при артериальной гипертензии, – поясняет Надежда Новикова. – Вследствие применения гормональных препаратов (ГКС) и при химиотерапии может развиваться ятрогенная коморбидность. Также может возникнуть неуточненная коморбидность, которая предполагает единые механизмы развития болезней, составляющих общую клиническую картину, но для подтверждения их наличия требуются определенные исследования».

По словам специалиста, существует и «случайная» коморбидность. К примеру, сочетание остеопороза и камней в желчном пузыре. Число коморбидных заболеваний зависит от возраста пациента – у детей сочетание заболеваний встречается реже.

В возрасте 19 лет их число достигает 10%, к 80 годам – 80%. По статистике, у людей, умерших в возрасте 67–77 лет, коморбидность составляет 95%. Чаще всего сочетаются 2–3 заболевания, но встречается и танDEM 6–8 заболеваний.

С коморбидностью сталкиваются все врачи. К сожалению, специфика медицины такова, что узкие специалисты занимаются лечением только своего профильного заболевания. «При диагностике следует выделить основное заболевание, фоновое, осложнения и сопутствующие виды патологии. Среди букета заболеваний необходимо определить болезнь, которая подлежит первоочередному лечению, так как она угрожает жизни, снижает трудоспособность или может спровоцировать опасные осложнения. Коморбидность остеопороза (как и любого другого заболевания) – негативный фактор прогноза, который увеличивает сроки лечения, повышает инвалидизацию, замедляет реабилитацию и увеличивает вероятность летального исхода, – продолжает эксперт. – Отсюда задача врача – видеть клиническую картину в целом, лечить не болезнь, а пациента. При таком подходе снижается вероятность тяже-

лых побочных эффектов при выборе фармпрепаратов. В своей практике я чаще встречаюсь с сочетанием остеопороза и сахарного диабета».

Возрастная хрупкость

Эндокринологи определяют остеопороз как прогрессирующее системное метаболическое заболевание скелета. Для него характерно снижение массы кости, нарушение микроархитектоники костной ткани, что приводит к увеличению хрупкости кости и переломам после минимальной травмы позвоночника, дистального отдела лучевой кости и проксимального отдела бедренной кости (перелом шейки бедра).

Специалисты выделяют две формы заболевания. Первичный остеопороз подразделяется на постменопаузальный и сенильный (старческий), который может развиваться и у мужчин, и у женщин.

Вторичный остеопороз является осложнением различных заболеваний – эндокринных, воспалительных, гематологических, гастроэнтерологических и др. Или же – лекарственной терапии, например, глюкокортикостероидами

Продолжение на стр. 24 >>

«Продолжение. Начало на стр. 27

(ГСТ). По статистике, на долю вторичного остеопороза приходится 60% всех случаев заболевания у мужчин и примерно половина – у женщин в перименопаузе (причина – гипострогенемия, применение ГСТ, тиреоидных гормонов и других препаратов).

По словам Надежды Новиковой, при анализе существующих исследований, объединенных в мета-анализ, можно увидеть шестикратное увеличение риска перелома бедра у пациентов с сахарным диабетом 1-го типа. При этом 40% пациентов, сломавших бедро, погибают, а 60% – остаются инвалидами.

Риск переломов также повышается и у больных с сахарным диабетом 2-го типа. Более того, само по себе наличие СД 2-го типа является независимым предиктором к перелому позвонков у мужчин и женщин. «Основной мишенью при сахарном диабете является не минеральный компонент, не гидроксиапатит, а коллаген. При неферментативном гликировании коллагена нарушается его четвертичная и третичная структуры, и, как следствие, значительно ухудшается качество кости. Накопление конечных продуктов гликирования негативно влияет на остеобласты. Снижается синтез коллагена первого типа, остеокальцина, ухудшается формирование зрелой кости, – говорит эндокринолог. – Сочетание конечных продуктов гликирования с гипергликемией приводит к нарушению нормальной минерализации кости, увеличению ее резорбции. Как правило, пациенты со 2-м типом сахарного диабета тучные, с высоким содержанием жировой ткани. Она, в свою очередь, является независимым эндокринным органом, который секретирует адипонектин и лептин. Они изменяют взаимодействия остеобластов и остеокластов и таким образом могут влиять на костный обмен как негативно, так и позитивно».

Помощь костям

За последние годы медицина достигла значительных успехов в диагностике, лечении и профилактике остеопороза. И вместе с тем актуаль-

ность заболевания только растет. Это связано с увеличением средней продолжительности жизни людей. Возрастные изменения и остеопороз тесно связаны. Так, после 50 лет каждая третья женщина страдает остеопорозом. Более трети женщин старше 65 лет имеют переломы тел позвонков. До 20–36% пациентов с переломом шейки бедра погибают в течение года после травмы и более 50% выживших остаются инвалидами. «Поэтому пациенту с сахарным диабетом, у которого диагностирован низкотравматичный перелом, выявлен остеопороз по денситометрии или же имеется высокий риск переломов согласно ФРАКС* (по ФРАКС СД 1-го типа входит в структуру вторичного остеопороза. – Прим. ред.), наряду с максимальной компенсацией углеводного обмена необходимо рекомендовать традиционные препараты для лечения постменопаузального остеопороза и остеопороза у мужчин. В первую очередь это бисфосфонаты, – отмечает Надежда Новикова. – Кроме того, необходимо назначение препаратов кальция и витамина D. В последнее время отношение к нему несколько изменилось. Во многом из-за обсуждения несkeletalных, плейотропных (множественных) эффектов витамина D. Есть мнение, что он влияет на нервно-мышечную передачу, что связано с риском падений. Потребление витамина D в достаточно больших дозах (порядка 700–1000 МЕ) позволило снизить риск падений, особенно множественных падений. Что касается кальция, то необходим достаточный прием кальция с продуктами питания (молочные продукты, кунжут и т.д.)».

При выборе лекарственной терапии остеопороза учитывается наличие ожирения, сахарного диабета, артериальной гипертензии, хронических заболеваний ЖКТ, а также возраст. У коморбидных пациентов в первую очередь выявляют причину остеопороза и в зависимости от этого выстраивают схему лечебных и профилактических мероприятий.

Эндокринолог напоминает, что в человеческом организме каждый орган и каждая клетка связаны между

На заметку

Для диагностики остеопороза необходимо определить уровень витамина 25(OH)D в крови, ионизированного кальция, фосфора, щелочного фосфора, а также оценить результаты биохимического анализа крови и рентгеноденситометрии.

Большое значение в профилактике развития остеопороза играет фактор адекватных физических нагрузок и рационального питания – с достаточным содержанием белка и кальция.

собой. «Только слаженная и согласованная работа всех органов и систем позволяет поддерживать гомеостаз внутренней среды, необходимый для нормальной жизнедеятельности организма. Однако на практике мы не всегда учитываем это, лечим не больного, а болезнь. Поэтому совершенствование персонифицированного подхода – это прежде всего улучшение коморбидной диагностики остеопороза. Поскольку он, как правило, сочетается с другими заболеваниями сердца, суставов, сосудов, эндокринными болезнями, артериальной гипертензией и другими. Зачастую такие пациенты лечатся у нескольких врачей, получают массу препаратов, что нередко усложняет лечение или ведет к неизлечимой ятрогенной патологии», – отмечает специалист.

Таким образом, разнообразие патогенетических процессов, приводящих к развитию коморбидного первичного и вторичного остеопороза, требует разработки персонифицированного и комплексного подхода к терапии таких пациентов.

**FRAX – это диагностический инструмент, используемый для оценки 10-летней вероятности риска переломов костей. FRAX интегрирует клинические факторы риска и минеральную плотность костной ткани в шейке бедра.*

Ирина Савина

С миопией можно побороться

За сохранение остроты зрения у детей уже много лет бьются медицинские работники дневного офтальмологического стационара КГБУЗ «Детская городская больница № 1, г. Барнаул». 11 ноября они и другие офтальмологи края отметили свой профессиональный праздник.

Врач-офтальмолог **Людмила Саблина** проводит небольшую экскурсию по стационару, объясняя принципы работы некоторых аппаратов: вот этот прибор – для цветотерапии, вот этот – для тренировки цилиарной мышцы, вот этот помогает тренировать глазодвигательные мышцы, вокруг каждого глаза их шесть...

Людмила Викторовна Саблина окончила АГМИ с отличием в 1977 году. Работала врачом-педиатром, в 1989 году прошла первую специализацию по офтальмологии. Врач первой квалификационной категории. Дневной офтальмологический стационар в детской горбольнице № 1 был открыт в 1989 году. Людмила Викторовна работает в нем с самого начала: она создавала офтальмологический кабинет, который вырос до дневного стационара. В нем также работают медсестры **Нина Васильевна Сони́на** и **Нина Сергеевна Истомина**. Этот маленький коллектив в таком неизменном составе лечит детей уже долгие годы.

Эффект измеряемый

В этот дневной стационар направляют детей и подростков врачи поликлиник со всего города. В день здесь принимают до 20 пациентов. Курс лечения длится десять дней, во время него пациент получает до восьми процедур ежедневно. Эффект от лечения очень даже измерим: ребенку в ста-



ционаре проверяют зрение перед началом курса и после его завершения, в очках и без очков.

– Объективно зрение улучшается на одну-две строчки (таблицы Сивцева. – **Прим. ред.**). Процедуры снимают напряжение с глаз. Такие курсы желательно проходить два раза в год, чтобы этот эффект сохранялся. После выписки из дневного стационара желательно также выполнять рекомендации врача: делать гимнастику для глаз, принимать назначенные препараты – капли для снятия напряжения, витаминные комплексы. Благодаря лечению у многих детей происходит стабилизация миопии. Если она еще не закрепились, если есть только первичное избыточное напряжение аккомодации, то мы стараемся предупредить развитие миопии. Если миопия началась, то наша задача – как можно больше и дольше сдерживать ее развитие.

Близорукость с детского сада

Профильное заболевание, которое лечат в дневном стационаре, – миопия

Важно!

Лазерную коррекцию зрения можно сделать после 18 лет. Однако, считает Людмила Викторовна, не стоит думать, что при плохом зрении можно до этого срока ничего не делать, а затем решить проблему одним махом. Такой подход неверный. Лазерная коррекция хоть и возвращает остроту зрения, борется со следствием, но никак не затрагивает причину – миопическую патологию. Коррекция проводится на роговице. А все миопические процессы происходят в глубине глаза, на глазном дне.

18 лет – возраст, в котором, как правило, происходит стабилизация миопического процесса, и если зрение удастся сохранить по максимуму, этот «запас» может остаться всю жизнь.

Продолжение на стр. 24 >>

«Продолжение. Начало на стр. 28-29

(близорукость) – в основном первой и второй степени, с третьей степенью детей обычно направляют в Краевую офтальмологическую больницу. В дневном стационаре также оказывают помощь детям с привычно-избыточным напряжением аккомодации и детям с астигматизмом, имеющим миопическую рефракцию.

– Вообще, все дети рождаются с дальнозоркостью, – говорит Людмила Викторовна. – В процессе роста дальнозоркость (гиперметропия) переходит в соразмерную рефракцию (эметропию – нормальное зрение). А при ослабленной аккомодации и работе на близком расстоянии у них может развиваться миопия. Это очень распространенная патология рефракции, связанная с изменением размера глаза, из-за которого изображение падает не на сетчатку, а перед ней, поэтому нужна оптическая коррекция очками или линзами.

Проблема миопии – проблема не только сегодняшнего дня. Еще римский император Нерон пользовался отшлифованным изумрудом для рассматривания удаленных предметов. Но сегодня меня, как врача-офтальмолога, настораживает очень большой процент миопических пациентов. Раньше дети впервые приходили в наш стационар в возрасте 9–10 лет. В последние лет пять к нам приходят дети, начиная с детского сада, – они еще не ходят в школу, а уже имеют проблемы со зрением. Кроме того, большой рост именно школьной миопии: если в первом классе зрение снизилось на 10%, то к десятому снижению может составлять 50%.

Ухудшение зрения происходит в том числе из-за интенсивного раннего развития (предшкольной подготовки), раннего обучения чтению и других зрительных нагрузок, особенно общения со смартфонами и компьютерами. Общение с гаджетами приводит к тому, что ребенок меньше занимается подвижной деятельностью, меньше гуляет на улице. С одной стороны, это очень удобно – ребенок вроде бы чем-то занят и сидит тихо. С другой стороны, это очень серьезная нагрузка на глаза, может раз-

виваться игровая зависимость, вызывающая психологические проблемы: замкнутость, раздражительность, неумение общаться. Такое чаще всего наблюдается у детей 7–12 лет. При «компьютерном синдроме» замедляется процесс моргания, что вызывает зрительное напряжение, роговица пересыхает, может появиться головная боль, повышенная утомляемость, зрительный эффект размытости, покраснение глаз.

Мы не можем сейчас забрать у детей гаджеты совсем, поэтому нужно соблюдать меру в общении с ними. По медицинским нормам дети 8–12 лет должны проводить за компьютером или с гаджетом не более 2,5 часа в сутки. В возрасте 14 лет – не более трех часов. С обязательными интервалами 15–20 минут через каждый час работы. Перерывы нужно делать и во время выполнения домашних заданий: 40–45 минут – работа, 10–15 минут – перерыв.

Комната, где стоит компьютер, должна быть освещена равномерно, а расстояние от глаз до монитора составлять не менее 60–70 см. Уровень освещенности поверхности письменного стола должен быть 300–500 люкс.

Большое влияние на прогрессирование миопии оказывают и другие факторы, например, несбалансированное и нерациональное питание, низкий уровень физической активности. Очень часто уровень зрения снижается в пубертате: из-за общих гормональных изменений и быстрого роста. Кроме того, миопия может быть унаследована от родителей. Если с самого раннего возраста заниматься профилактикой миопии, заболевание может проявиться в более позднем возрасте и протекать легче.

Спорт и зрение

Людмила Викторовна затрудняется ответить на вопрос, в каком районе Барнаула живут дети с самым хорошим или с самым плохим зрением. Врач с сожалением констатирует: детей с проблемами зрения становится все больше. Но, по наблюдениям врача, дети, которые занимаются спортом, в офтальмологический стационар приходят реже, чем остальные.

На заметку

Диета для глаз

В рацион детей и подростков нужно обязательно включать:

➤ яйца (желтки), кукурузу, киви, грейпфруты, шпинат, тыкву и другие овощи и фрукты оранжевого цвета, которые содержат лютеин и зеаксантин;

➤ витамин А (говяжья печень и печень морских рыб, яйца, молоко, сыры, сливочное масло);

➤ витамины С, Е, В₂, цинк и селен; чернику и другие продукты, содержащие антоцианы.

Постоянное употребление этих продуктов улучшает кровоснабжение и питание глаз, укрепляет стенки сосудов, защищает сетчатку от повреждений.

Важно соблюдать режим дня и особенно режим сна – ребенок должен спать не менее восьми часов в сутки. Каждый день нужно гулять – чем больше, тем лучше.

С другой стороны, спортсменов среди детей очень мало – у современных детей недостаточный уровень физической нагрузки, даже просто на улице они выходят редко.

Для укрепления здоровья глаз лучше всего подходят такие виды спорта, как большой и настольный теннис, бадминтон. На корте нужно следить за движениями мяча или волана, постоянно меняя фокусное расстояние, переключаясь с близи на даль. У современных детей, поясняет Людмила Викторовна, с этим большие проблемы. Одна из пациенток Людмилы Викторовны стала заниматься теннисом, и у нее развитие миопии остановилось.

Хорошо помогут зрению такие виды спорта, как плавание и лыжи – занятия ими укрепляют верхний грудной отдел, в том числе мышцы шеи, улучшают кровоснабжение головного мозга и глаз. А навредить глазам могут потенциально травматичные виды спорта (бокс, борьба, некоторые единоборства).

Елена Клишина.
Фото предоставлено
героиней публикации

Наблюдалась всю беременность у акушера-гинеколога роддома № 2, г. Барнаул, **Натали Викторовны Кухаревой**. Потрясающий врач, отличный специалист, рада, что мою беременность вела именно она. 14. 10. 2022 утром меня привезли в роддом. Начались схватки, воды давно отошли, но очень долго не начиналась родовая деятельность. Все время со мной были специалисты, все помогали. В послеродовом отделении убедилась в том, что я и малыш в хороших руках добрых людей и профессионалов. Благодарна и влюблена в медсестер послеродового отделения, им отдельное спасибо. В детском отделении работают замечательные специалисты, помогают, подсказывают, отвечают на вопросы по уходу за малышом. Каждый день обязательно обходы, проверки здоровья мамы и малыша, все добрые и чуткие. Каждый день приходила специалист по ГВ, что важно, так как именно благодаря **Нине Александровне** с первого дня не наделала ошибок по советам мам и бабушек. Спасибо огромное всему персоналу роддома № 2.

Екатерина Евгеньевна Ширяева

Хочется выразить огромную благодарность **Юлии Владимировне Бариновой** и всему отделению ОВЛ КГБУЗ «Краевая клиническая больница» за профессионализм и внимательный подход к пациентам. Моя мама инвалид I группы, после инсульта, перенесенного 1,5 года назад. В октябре проходила реабилитацию. Юлия Владимировна отнеслась очень внимательно, реабилитация прошла прекрасно. Мама осталась довольна, несмотря на то, что она очень боялась ложиться в больницу, остаться одна среди незнакомых людей. Но все прошло отлично, а самое главное – мы увидели результат. Специалисты отделения знают свою работу и с заботой относятся к своим пациентам. Самочувствие у мамы стало лучше, появился прогресс в восстановлении речевых и двигательных функций.

Алена Валерьевна Тяботова

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».

Выражаю искреннюю благодарность и глубочайшую признательность отделению хирургической инфекции и лично заведующему **К.Е. Власову** (КГБУЗ «Краевая клиническая больница»). Именно Константин Евгеньевич, дежуривший в ту ночь, когда я поступила практически в бессознательном состоянии, своим спокойствием и уверенностью подал мне надежду на жизнь. День за днем, месяц за месяцем врачи боролись за мою жизнь. Реанимация – сколько доброты и бесконечного терпения. Я очень вам благодарна. Мой первый лечащий врач **Э.Р. Кулушаев** – только слова поддержки в самые тяжелые минуты отчаяния. Замечательный человек, талантливый хирург **Н.И. Шипилов**, он терпеливо и уверенно вел меня по пути преодоления болезни. Благодарна всем, вы – замечательные, чуткие, милосердные. Шесть месяцев пребывания в отделении я чувствовала вашу заботу, терпение, сострадание. Низкий поклон. Здоровья и благополучия, благодарных пациентов всему отделению и его замечательному заведующему, создавшему такой профессиональный коллектив, способный решать любые задачи.

Т.А. Подмазова

Хочется выразить слова благодарности бригаде КГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи, г. Барнаул»: врачу **Д.А. Князеву** и фельдшеру **А.Ю. Пескову**, которые работали 28.10.2022. Вызывала к

маме, которой 83 года. Отнеслись очень профессионально, внимательно, провели все манипуляции, объяснили. И самое главное – они реально помогли. Такое человеческое отношение сейчас встретишь очень редко, особенно к пожилому человеку. Побольше бы таких медицинских работников!

Татьяна Валерьевна Копычева

От всей души хочу поблагодарить коллектив детского отделения КГБУЗ «Зональная ЦРБ»: замечательного врача, заведующую **Веру Александровну Реховскую**, медсестер – **Чимназ, Людмилу и Ольгу**, санитарочек – **Елену, Надежду, Светлану**. В этом прекрасном отделении лежала в октябре 2022 года с дочерью с диагнозом «обструктивный бронхит средней степени тяжести». Хотелось отметить отзывчивость, вежливость, участие, гуманное отношение к маленьким пациентам. Детское отделение отличается доброй, теплой атмосферой. Особую благодарность также хочется выразить **Елизавете Ивановне Панфиловой**, педиатру Буланихинской участковой больницы. Елизавета Ивановна тщательно провела осмотр, изучила анамнез болезни и на этом этапе рекомендовала стационарное лечение, что и спасло нас от дальнейших осложнений. Спасибо вам за доброту, участие и сострадание к моему ребенку.

Татьяна Николаевна Жданова

Наша поликлиника (КГБУЗ «Городская поликлиника № 14, г. Барнаул») одна на густонаселенный район. Нагрузка огромная на коллектив. Но люди работают с душой. На нашем первом участке меняются терапевты. Но постоянно и давно работает наша любимая медицинская сестра **Оксана Ивановна Блохина**. Вежливая, энергичная. Знающий специалист, всегда готова прийти на помощь. Не сдастся ни при каких трудностях.

Светлана Викторовна Першина



Узнай свой ВИЧ-статус

Накануне Всемирного дня борьбы со СПИДом на территории Алтайского края работает мобильный комплекс по экспресс-тестированию на ВИЧ. В ноябре он побывал в Барнауле, Новоалтайске, Бийске. График работы комплекса можно посмотреть на сайте Алтайского краевого центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями или узнать о тестировании по тел. 33-46-99. Тестирование анонимное и бесплатное, документы тоже не нужны. С февраля его прошли более 1300 жителей края.

Информация и фото предоставлены пресс-службой «Центра-СПИД»



В выпуске использованы фотографии с сайта zdravalt.ru, из архива редакции и открытых источников сети Интернет: idei.club, psy-files.ru, militarywellness.org, takzdorovo.ru, mamanatural.com, wellnesstidings.com, rusargument.ru, improvehealth.ru

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_miz@mail.ru.
Отпечатано в типографии ООО «ЭКСЕЛЕНТ».
Адрес типографии: 630001, г. Новосибирск, ул. Сухарная, 35 корпус 7/3. Тел. +7 953 887 0769.
E-mail: offsetpro@inbox.ru. ОГРН 1195476059998, ИНН 5406799721. Подписано в печать 11.11.2022. По графику 18.00. Фактически 18.00. Тираж 1000 экз. Цена свободная.