

Алтайская краевая медицинская газета | 12+

# Мы и ЗДОРОВЬЕ



№ 5 (708) 11 мая 2022 г. | Издается с 17 июня 1994 г.

**С Днем Победы!**

➤ Стр. 2

**В режиме нон-стоп**

➤ Стр. 7-9

**Не доводите дело до инсульта**

➤ Стр. 18-19



**Дмитрий Попов**

Министр здравоохранения  
Алтайского края

## С Днем Победы!

«  
Дорогие ветераны  
Великой Отечественной войны!  
Уважаемые жители Алтайского края!

Примите сердечные поздравления с 77-й годовщиной Победы!

В героической летописи России не было битвы более жестокой, чем Великая Отечественная война. Память о беспримерном мужестве тех, кто сражался с оружием в руках, самоотверженно трудился в тылу, строил и укреплял великую державу, будет жить в веках. В этом году победным строем вновь пройдет «Бессмертный полк». Портреты героев бережно пронесут внуки и правнуки. Этот беспримерный подвиг будет для нас неиссякаемым источником созидательной энергии и духовных сил во имя счастья и благополучия в каждом доме, во имя могущества и процветания нашего многонационального Отечества.

Среди тех, кто совершил подвиг в годы Великой Отечественной войны, одно из самых почетных мест занимают ветераны-медики – без их героического труда невозможно было бы вернуть в строй сотни тысяч бойцов. Напряженному и неустанному труду военных медиков обязаны сохранением жизней многие и многие из ветеранов фронта.

Примите искренние пожелания здоровья и долголетия, бодрости духа, теплоты и понимания близких, счастья и мирного неба над головой!



## На повестке Общественного совета – проблемы граждан и медиков



В региональном Минздраве состоялось заседание Общественного совета при министерстве. В повестку очередного заседания вошли вопросы по работе с обращениями граждан и защите медицинских работников.

В первой части мероприятия члены совета заслушали доклад начальника отдела по работе с обращениями граждан и контролю качества министерства **Татьяны Батрак**. В своем выступлении она представила подробный анализ обращений граждан за 2021 год и рассказала о новых подходах в работе. Татьяна Батрак подчеркнула, что данная работа направлена не только на выявление недостатков в работе медорганизаций, а в первую очередь на их устранение.

Также о работе с обращениями граждан рассказали главный врач Городской поликлиники № 10 **Галина Недорезова** и главный врач Городской поликлиники № 9 **Инна Анисимова**. Они подробно остановились на мероприятиях, которые проводятся в медучреждениях для снижения количества обращений.

В итоге обсуждения **Владимир Трешутин** подчеркнул, что нельзя говорить о качестве медицинской помощи, не решив вопросы доступности оказания помощи. Членами Общественного совета было предложено использовать возможности ведомственного контроля и учитывать в работе рейтинг субъектов Российской Федерации по количеству обращений, чтобы показатели Алтайского края не превышали среднероссийские.

Рассматривая вопрос защиты медицинских работников, участники мероприятия выделили сразу несколько аспектов данной темы. О защите врачей в СМИ и популяризации профессии рассказала главный специалист-консультант по работе со СМИ **Марина Галдина**.

О работе АРОО «Профессиональной ассоциации средних медицинских работников» по вопросам защиты специалистов со средним медицинским образованием доложил **Юрий Романченко**. Он напомнил, что в штате ассоциации есть юрист, к которому члены сообщества всегда могут обратиться за консультацией и за сопровождением в суде, по вопросам профессиональной деятельности.

Более глубоко о необходимости защищать медицинских работников высказался председатель комитета по здравоохранению АКЗС **Владимир Лещенко**. Он обратил внимание присутствующих на имеющиеся правовые механизмы защиты прав медиков в соответствии с нормами действующего административного и гражданско-правового законодательства. Отметил, что должна быть планомерная совместная работа краевого Министерства здравоохранения, Медицинской палаты Алтайского края, Ассоциации средних медицинских работников по созданию некоего методического центра, юридически сопровождающего работу медицинских организаций в этом направлении.

Подробнее на сайте [zdravalt.ru](http://zdravalt.ru)

## Своих не бросаем

Медики из многих регионов России отправляются добровольцами в госпитали ДНР и ЛНР. Спасает жизни и профессор кафедры факультетской хирургии имени профессора И.И. Неймарка с курсом ДПО АГМУ **Андрей Гурьянов**.

Андрей Гурьянов работает в ЦРБ Новоазовска (Донецкая Народная Республика). Сюда привозят раненых – как военных, так и мирных жителей. Сейчас пациенты в основном из Мариуполя.

Как рассказывает Андрей Гурьянов, раненые почти все тяжелые. Чаще всего это минно-взрывные травмы, осколочные, пулевые ранения. За смену проводится по три или четыре операции. Среди его пациентов есть и пленные украинские военные, которых привозят в больницу, чтобы спасти.

«Я отправился в Донбасс, потому что считаю спасение жизней своей святой обязанностью. И уже попав сюда, понял, насколько раненым нужна помощь врачей. Для меня это, безусловно, бесценный опыт. Потому что тех повреждений, колоссальных травм, которые, к сожалению, получают бойцы, в обычной жизни не увидишь никогда», – говорит профессор АГМУ.

Он будет находиться в ДНР около месяца.

Без врачей-волонтеров в больнице Новоазовска просто не справились бы, признаются местные хирурги журналистам НТВ. О героях нашего времени они сняли сюжет.





## Контроль качества – на высоте

Лаборатория Алтайского онкологического диспансера успешно прошла независимый аудит молекулярных исследований и в очередной раз подтвердила высочайший уровень выполняемых ДНК-тестов на определение генетических мутаций. Алтайские генетики успешно прошли два авторитетных контроля качества – Российского общества клинической онкологии (RUSSCO) и европейского подразделения Центра геномной медицины Манчестера (EMQN).

В ходе подобных независимых аудитов компания-организатор направляет в лаборатории-участники контрольные образцы опухолевой ткани или крови пациентов, а затем полученные результаты сверяются с эталонными данными.

В этот раз сотрудники лаборатории продемонстрировали блестящее выполнение ДНК-тестов при молекулярном исследовании злокачественных опухолей легкого и молочной железы (гены EGFR и PIK3CA), проанализировав 10 и 22 контрольных образцов соответственно. По итогам экспертиз Алтайский краевой онкологический диспансер вошел в реестр сертифицированных медицинских организаций по молекулярному анализу гена PIK3CA. В этот реестр входит всего семь российских онкологических центров.



## Паллиативная помощь



В настоящее время в Алтайском крае медицинскую помощь на дому получают 215 паллиативных пациентов, которые нуждаются в лекарственных препаратах и специальном медоборудовании.

В рамках исполнения поручения Президента РФ в первом квартале 2022 года лекарствами были обеспечены 1423 паллиативных больных по 2915 бесплатным рецептам на 6,7 млн рублей.

«В наших медорганизациях регулярно обновляются данные о маломобильных гражданах, которые нуждаются в доставке медикаментов. Для пациентов данной категории выписка рецептов проводится преимущественно на дому. При регистратурах созданы диспетчерские службы, которые принимают информацию о том, что пациенту необходимо привезти, уточняют сроки и условия доставки», – рассказала начальник отдела организации медицинской помощи

взрослому населению регионального Минздрава Наталья Чуканова.

В 2022 году в рамках соглашения между Минздравом РФ и Правительством Алтайского края о предоставлении субсидий из федерального бюджета выделено 90,2 млн рублей. 50% данных средств предусмотрены на лекарственные препараты тяжело больным, 50% – на автотранспорт для выезда медицинских бригад к паллиативным пациентам, на медоборудование и медизделия, которые пациенты используют дома.

В настоящее время в крае уже проведены закупки лекарств для вышеуказанных целей на сумму 36,4 млн рублей. Кроме того, за счет всех источников финансирования на дому аппаратами для искусственного дыхания обеспечены 12 детей и оборудованием для респираторной поддержки 195 взрослых пациентов. В настоящий момент идет работа по обеспечению дополнительным оборудованием четверых детей.

## Новый порядок диспансеризации

22 апреля 2022 года Минздрав опубликовал данные по новому порядку диспансеризации взрослого населения страны. Документ – на официальном портале правовой информации.

На диспансеризацию обязательно будут направлять людей с хроническими заболеваниями или высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском – на уровне не менее 70%, лиц

старше трудоспособного возраста – не менее 90%. Также ее должны будут проходить граждане, страдающие инфекционными заболеваниями или имеющие высокий риск их развития.

Направлять на диспансеризацию будут в течение трех дней после постановки диагноза или при получении выписки из больницы.

[www.amic.ru](http://www.amic.ru)

## Важное звено

Нехватка среднего медицинского персонала – одна из острых проблем здравоохранения. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и Международного совета медицинских сестер, в мире насчитывается около 28 млн работников сестринских служб. За пять лет – с 2013 по 2018 год – их численность выросла почти на 5 млн. Однако дефицит сестринского персонала во всем мире сохраняется и составляет около 6 млн специалистов. Как эта проблема решается в российских регионах, и в частности в Алтайском крае, – читайте в нашем материале.

### Поддержать молодых

По официальным данным, в числе причин, приводящих к дефициту медицинского персонала, – недостаточный статус профессии, низкая заработная плата и неудовлетворительная социальная поддержка медиков. Это находится под пристальным вниманием общественности и властей. В текущем году в Алтайском крае для привлечения медицинских работников в учреждения здравоохранения и закрепления их на рабочих местах разработан ряд дополнительных мер.

Как правило, у молодых специалистов без стажа и квалификационных категорий низкий уровень заработной платы. Таким образом, решение финансово поддержать их в течение первых трех лет работы после оконча-



ния учебного заведения неслучайно. Теперь три года ежемесячные выплаты будут получать фельдшеры ФАПов, работники скорой помощи, кабинетов неотложной и доврачебной помощи. По словам министра здравоохранения Алтайского края Дмитрия Попова, в первый трудовой год ежемесячная доплата к заработной плате фельдшера составит 6 тыс. рублей, во второй – 9 тыс. рублей, в третий – 15. Всего за три года одному работнику дополнительно выплатят 360 тыс. рублей.

Барнаульский базовый медицинский колледж (ББМК) ежегодно выпускает около 550 специалистов среднего медицинского звена. «Общий процент трудоустройства выпускников ББМК достаточно высокий – около 80%. Показатель устроившихся в Алтайском крае ниже, потому что колледж обучает студентов и из других регионов страны, они после обучения возвращаются на родину. Кроме того, наших санитарных фельдшеров забирают в территории Сибирского федерального округа, например, в Томскую область (не во всех медицинских колледжах СФО есть подготовка по такой специальности. – Прим. ред.), – отмечает директор ББМК Ольга Бондарен-

ко. – Около 10% выпускников нашего колледжа ежегодно ориентированы на продолжение обучения в вузе. Мы это приветствуем и считаем хорошим показателем, который свидетельствует о высокой мотивированности выпускников на развитие в профессии. Обучаясь в вузе, многие наши выпускники работают в медучреждениях с частичной занятостью, ведь они уже имеют прочные знания и диплом».

По словам директора Барнаульского базового медицинского колледжа, ситуация с трудоустройством выпускников постепенно меняется в лучшую сторону. «К выпуску большая часть студентов определяется с местом трудоустройства. Благо, что есть выбор рабочих мест и в молодых специалистах нуждаются, – подчеркивает Ольга Бондаренко. – Меры соцподдержки молодых специалистов-медиков, утвержденные Правительством Алтайского края, очень своевременны. Ежемесячная дополнительная финансовая поддержка после трудоустройства на период профессионального становления (три года) будет способствовать закреплению молодежи в родном регионе».

Продолжение на стр. 6-7 ➤



«Продолжение. Начало на стр. 5

**Работать по призванию**

«Несмотря на постоянный выпуск молодых специалистов, заполнить кадровые пробелы медицине пока не удается. Причина – возрастные волны. Согласно вышеупомянутому докладу каждая шестая медсестра выйдет на пенсию в ближайшие десять лет. Эта тенденция сохраняется и в российских регионах. Многих опытных медсестер Алтайский край лишился в период разгара пандемии. Какое-то время мы, конечно, продолжим работать в условиях кадрового дефицита, но уже сегодня ведется серьезная работа по изменению ситуации в будущем.

В текущем году в регионе стартовал профориентационный проект «Медицинский кадровый резерв.22», который направлен на привлечение школьников из сельских территорий в профессию среднего медицинского работника.

Проект направлен на создание ББМК условий для погружения в профессию младшей медицинской сестры школьников к окончанию 11-го класса. Так, старшеклассники, которые обладают внутренней готовностью и необходимыми личностными качествами, смогут получить навыки своей первой рабочей профессии. Планируется, что после участия в проекте ребят ждет заключение целевого договора с конкретной медицинской организацией, в которую они вернутся работать, на обучение в колледже.

Важно было понять, насколько проект найдет отклик. Огромную роль в этом начинании сыграла инициатива глав районов и главных врачей. Первыми откликнулись главы Алейска и Алейского района. Мы значительную работу провели не только со старшеклассниками, но и с их родителями. Глава каждого сельского поселения совместно с директором муниципальной школы выявляли те семьи, в которых дети желают учиться в колледже и при этом обладают необходимыми способностями. В пилотном проекте захотели принять участие 20 учеников 10–11-х классов. После профессионального тестирования их осталось 11, – говорит

Ольга Бондаренко. – С учетом эпидемиологической ситуации занятия проходили в интерактивном формате с использованием дистанционных технологий в ББМК и Алейской ЦРБ. Мы старались, чтобы программа получилась насыщенной, познавательной, а самое главное – практико-ориентированной. В апреле выпускники школ получили сертификаты о прохождении курса обучения в рамках проекта «Медицинский кадровый резерв.22». Они могут использовать их в качестве дополнительного бонуса при поступлении в колледж. Десятиклассники же продолжают участие в проекте в следующем учебном году».

Директор ББМК надеется, что проект «Медицинский кадровый резерв.22» станет одним из способов привлечения молодежи в практическое здравоохранение. Полученный опыт планируют масштабировать на другие муниципальные образования. Условия для вхождения в проект простые – инициатива от главы муниципального образования.

«Все усилия приложим, чтобы реализация нашего проекта при поддержке Министерства здравоохранения Алтайского края помогла в вопросе обеспечения медицинскими кадрами отдаленных территорий Алтайского края. Те результаты, которые показал пилотный проект, позволяют нам говорить об этом с определенной долей уверенности», – подчеркивает Ольга Бондаренко.

**Работа на качество**

Много вопросов сегодня возникает по поводу качества образования студентов – виной тому пандемия, которая принесла с собой огромный объем занятий с помощью дистанционных технологий и в медицину. «Введенные ограничения позволили мобилизоваться и включить все ресурсы, которые есть. К счастью, у нас практически не возникало архистрессовых ситуаций. Было организовано очень тесное взаимодействие с главными врачами медучреждений. Мы действовали совместно и упорядоченно, планомерно, исходя из потребностей медорганизаций. Студенты оказывали

и продолжают оказывать посильную помощь», – говорит директор ББМК.

Дополнительной компетенцией и ценным опытом для студентов стала работа в кол-центрах. «Для них прямое общение с пациентами было определенным страхом. Педагоги пришли на помощь и разработали программу для обучения операторов кол-центров, скрипты, которые позволили быстро и грамотно общаться в конкретной профессиональной ситуации даже первокурсникам. Студентов готовили и психологически. Стрессоустойчивость – важное и нужное качество медработника. Работая в кол-центрах, студенты получили первые навыки по его выработке», – отмечает руководитель колледжа.

Себя Ольга Бондаренко называет руководителем с проактивным мышлением. В ее понимании любые сложности должны восприниматься как знак наступления времени для анализа, выводов, коррекции действий. Несмотря на то, что все образовательные программы выстроены в соответствии с необходимыми требованиями и реализуются согласно утвержденным стандартам, этот процесс не может быть статичным. «Образовательная программа определена стандартом, но есть довольно большой процент по объему преподаваемых дисциплин (так называемая вариативная часть) для конструирования, создания необходимого и востребованного. Сейчас мы ее выстраиваем от запроса региона – в зависимости от того, в какой области сейчас дефицит, – поясняет Ольга Бондаренко. – Сегодня мы вышли на перестройку подходов к получению дополнительного профобразования студентами в период обучения. Внедрили меры дополнительной поддержки для целевиков – получение дополнительной образовательной программы во время периода обучения. Например, студент определился, что хочет работать в реанимации. Он может плюсом к диплому медицинской сестры получить сертификат по анестезиологии, реаниматологии или операционному делу, так как уже определился со своей специализацией. Другими словами, отрабатываем на

100% заявку работодателя, и обучение проходит конкретно под запрос организации. Мы продолжаем совершенствовать этот механизм».

Студенты колледжа работают в обеих барнаульских больницах скорой медицинской помощи, Детской клинической больнице № 7, на Станции скорой помощи г. Барнаула. По словам директора ББМК, около 20 студентов продолжают работу в этих медучреждениях после окончания обучения. Среди выпускников нынешнего года более 30 человек пойдут работать фельдшерами скорой помощи.

В регионе существует потребность в фельдшерах и акушерках, а также специалистах, которые работают в медучреждениях первичного звена. В этом году специалисты наблюдают активное трудоустройство лаборантов, что тоже стало приметой пандемийных событий. В планах руководства колледжа – открыть новые специальности. Так, уже в этом году абитуриенты смогут претендовать на обучение по программе «Стоматология профилактическая».

Сегодня ББМК активно развивает инновационные технологии, а также технологии, рекомендованные национальным чемпионатом WorldSkillsRussia. Перед руководством колледжа стоит важная задача – научить использовать в деятельности те технологии, которые позволяют получать профессиональные компетенции по современным международным стандартам на протяжении всей жизни и преподавателям, и обучающимся. Уже в текущем году для этого на базе колледжа начнет работать симуляционно-аккредитационный центр. Его двери будут открыты с 8 утра до 8 вечера не только для студентов, но и для средних медицинских работников, которые почувствуют профессиональные дефициты и смогут «отточить» необходимые манипуляции в условиях, максимально приближенных к практике.

Ирина Савина

**В режиме нон-стоп**

Операция на кисти в отделении травмы кисти БСМП.  
Оперируют Сергей Свиридов, Охлоков Руслан

Дорожно-транспортные происшествия – суровая реальность наших дней, где все привыкли жить на высоких скоростях. По словам заведующего отделением тяжелой сочетанной травмы Больницы скорой медицинской помощи № 1 Анатолия Бондаренко, 70% пострадавших погибает на месте происшествия. Еще 5% – в машине скорой помощи. Понятие «золотой час» для травматологов – не просто слова, а вопрос человеческой жизни и смерти. Пациентов со сложными травмами везут сюда со всего края. На базе больницы работает единственное в Сибири отделение тяжелой сочетанной травмы и еще три травматологических отделения, которые оказывают экстренную помощь в режиме 24/7. Какой опыт накоплен травматологической службой – в нашем материале.

Продолжение на стр. 8-10 &gt;&gt;



«Продолжение. Начало на стр. 7

## Фатальное сочетание

Краевой центр тяжелой сочетанной травмы создан на базе второго травматологического отделения более 20 лет назад. С тех пор его бессменно возглавляет врач – травматолог-ортопед высшей категории, профессор, д. м. н., заслуженный врач РФ **Анатолий Бондаренко** – ученик профессора **В. Соколова**, который в свое время руководил отделением сочетанной и множественной травмы в Институте им. Склифосовского. «Основные работы были перенесены в Алтайский край и в настоящее время существенно доработаны. За время функционирования отделения накоплен свой огромный опыт, которым мы успешно делимся с соседними регионами», – говорит врач – травматолог-ортопед первой категории, к. м. н. **Иван Плотников**.

В России не наберется и десятика отделений тяжелой сочетанной травмы. И это большая проблема для регионов – пациенты не получают своевременную квалифицированную помощь. За Уралом подобный центр – единственный в своем роде. «Всех пациентов с травмами, которые требуют реконструктивных вмешательств, привозят к нам. Наиболее тяжелые пациенты поступают после ДТП, падений с высоты (так называемые кататравмы), а также после тяжелых производственных травм. Чем раньше после происшествия это произойдет – тем больше шансов у пациента на выживание, –

отмечает травматолог с 12-летним стажем. – Сочетанные травмы сопровождаются массивной кровопотерей и довольно часто – травматическим шоком. Поэтому крайне важно как можно быстрее оценить тяжесть состояния, чтобы определить прогноз и спектр необходимых мероприятий. Особенность оказания помощи пациентам с подобной травмой в том, что нужно сделать все максимально быстро и эффективно – времени на долгие раздумья нет. В нашем деле минуты решают все».

Специалисты отделения имеют дело, как правило, с тремя видами травм. При сочетанной травме один фактор повреждает несколько систем организма. Например, пациент поступает с черепно-мозговой травмой, травмой внутренних органов и переломом конечности. При множественной травме фиксируют несколько повреждений в одной системе. К примеру, перелом таза, предплечья и лодыжки врачи определяют как множественную скелетную травму. При комбинированной травме в процессе повреждения участвуют сразу несколько травмирующих агентов. Например, при столкновении автомобилей возникает механическое повреждение и ожог вследствие пожара. Каждая такая травма угрожает жизни, а когда их несколько – риски возрастают в разы, вплоть до летального исхода.

## Счет на минуты

С какой бы травмой ни пришлось работать, модель оказания экстренной

помощи неизменна. Пациента доставляют в приемный покой, где им занимается целая бригада врачей. Его сразу транспортируют в шокую палату или чаще всего в операционную – там врачи оценивают его витальные функции и стабилизируют. Такими пациентами занимаются одновременно анестезиолог-реаниматолог, нейрохирург, травматолог и хирург.

Параллельно с лечебными мероприятиями происходит диагностика. «Как только появляется возможность, мы транспортируем больного на травмоскан – аппарат МСКТ, который позволяет получить 3D-картину всех повреждений буквально за минуты. Его использование значительно повышает эффективность и скорость диагностики, – поясняет Иван Плотников. – Когда жизни пациента уже ничего не угрожает, мы можем переходить к профильному клиническому этапу – выполнять реконструктивные вмешательства. Следуя за мировыми тенденциями, мы отдаем предпочтение малотравматичным вмешательствам. Наша задача избежать так называемого второго удара. Это означает, что после компенсации кровопотери действия врачей не должны ухудшить состояние пациента. Любая открытая операция сопровождается потерей крови, поэтому в приоритете – малоинвазивные».

Малоинвазивные технологии подразумевают минимальные разрезы, минимальное повреждение кости и травматизацию мягких тканей. Их применяют, например, при переломах таза и нижних конечностей. Врачи используют штифты с блокированием, мостовидную установку пластин, специальные канюлированные винты, которые позволяют достаточно тяжелые повреждения заднего комплекса таза через небольшие разрезы зафиксировать. Также освоена методика остеосинтеза переднего комплекса штифтами, которая разработана учеными НИИ Склифосовского. Алтайские медики для этих целей используют пластины, запатентованные коллегами из Кемеровской области. А недавно они внедрили способ артропротезирования коленного сустава, который ранее на территории России не применялся.



Операция при переломе таза в отделении тяжелой сочетанной травмы БСМП.

## Шаг вперед

«Современные методики позволяют пациентам с переломом бедра вернуться к привычной жизни в максимально короткие сроки. Раньше такой пациент полтора месяца находился на скелетном вытяжении и в гипсе от кончиков пальцев до нижних ребер проводил до полугода. Сегодня с помощью стержня с блокированием мы стабилизируем состояние пациентов на вторые-третьи сутки. При этом не нужна длительная реабилитация, – подчеркивает врач. – Мы работаем с людьми, которых травма выбивает из привычной жизни, они становятся социально неадаптированными и требуют ухода. Поэтому чем быстрее мы возвращаем их к привычному укладу жизни, тем меньше последствий, в том числе психологических. И этим наша профессия интересна – результат своего труда можно увидеть и оценить довольно быстро».

Специалисты отделения – пионеры в области остеосинтеза ребер в России. С помощью специальных пластин они осуществляют синтез переломов ребер. Подобные операции в Сибири выполняют только алтайские травматологи-ортопеды из БСМП № 1. У них на подходе еще ряд методик для введения в широкую практику.

«Всеми своими наработками мы делимся, регулярно посещаем Евразийский ортопедический форум, который проходит в Москве. Учимся сами и проводим семинары для коллег из ближнего зарубежья. Ежегодно проводим образовательные курсы для специалистов травмоцентров второго уровня – ЦРБ, а также коллег из нашего региона. Ездим в Новосибирск, где обучаем оказанию экстренной помощи. Эта география постоянно расширяется – любой обмен опытом бесценен, – говорит Иван Плотников. – В условиях кадрового дефицита в отдаленных территориях актуальны телемедицинские консультации. С помощью снимков мы получаем объективную информацию и консультируем врачей дистанционно во всей области края 24 часа в сутки. Сегодня эта методика совершенствуется, чтобы жители глубинки могли своевременно получить квалифицированную помощь».

За несколько десятков лет ортопедия и травматология далеко шагнула вперед. Сегодня при проведении операций вместо ниток и иголок врачи используют современные фиксаторы, для обработки костей – специальные аппараты вместо дреелей, чтобы избежать ожога и некроза тканей. Все ювелирные манипуляции происходят под контролем рентгена в режиме реального времени, чтобы идти максимально чисто, не вызывая нарушения кровоснабжения и питания тканей. Работают специалисты на прозрачных ортопедических столах.

Все эти современные методики давно вошли в будни алтайских травматологов. За минувшие 20 лет госпитальная летальность снизилась с 20 до 5%. Это самый низкий показатель по сравнению с другими регионами, отмечает Анатолий Бондаренко. По мнению заведующего отделением, это произошло благодаря грамотной организации работы. Врачи могут правильно оказать помощь, восполнить кровопотерю, без промедления провести все хирургические вмешательства, организовать наблюдение за пациентом, при необходимости осуществить интенсивную терапию.

Но все же травматологи желают жителям края не оказываться в стенах их учреждения. И рекомендуют придерживаться простейших правил безопасности – соблюдать правила дорожного движения, а также максимально внимательно следить за детьми. Летом они оказываются в БСМП не только из-за ДТП, но и вследствие выпадения из окон. Врачи делают все возможное для спасения жизни, но они убеждены – береженого Бог бережет.

## Поставить на ноги

На базе травматологического отделения № 1 работает другой краевой центр – артрологии и эндопротезирования суставов. Пять дней в неделю его врачи дежурят – принимают больных с повреждениями опорно-двигательного аппарата. Сюда поступают пациенты с изолированной травмой, полученной, как правило, в результате бытовых происшествий.

## Цифры и факты

Отделение тяжелой сочетанной травмы работает в БСМП № 1 с **2000** года.

Сегодня экстренную помощь в ней оказывает **71** человек: **20** врачей (**6** из них – кандидаты наук), **28** медсестер, **23** санитаров. В отделении ежегодно проходит лечение около **1500-1700** человек.

Врачами отделения опубликовано более **300** научных статей в центральной, зарубежной и местной медицинской литературе. Защищено **2** докторских и **12** кандидатских диссертаций, получено **10** патентов на изобретения, напечатано **5** монографий.

Здесь разработали и ввели в широкую практику остеосинтез таза, вертлужной впадины, пяточной кости и пр. аппаратами внешней фиксации и канюлированными винтами по оригинальным технологиям, также разработанным в отделении и защищенным патентами.

Впервые в Алтайском крае здесь стали применять канюлированные винты для малоинвазивного остеосинтеза мелких костей. В отделении внедрен остеосинтез переломов таза погружными конструкциями. Кроме того, впервые в Алтайском крае у детей при переломах стали использовать методы погружного остеосинтеза: титановые эластические фиксаторы и пластины LCP. Также впервые в регионе стали применять аппараты наружной фиксации – тазовые щипцы.

Продолжение на стр. 10 &gt;&gt;

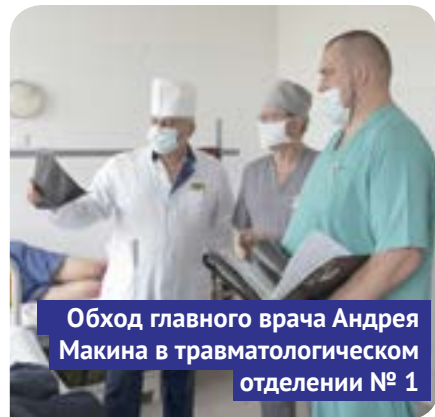


«Продолжение. Начало на стр. 7-9»

«Летом к нам чаще поступают пожилые люди, которые получают травму во время сезонных работ на даче, активных прогулок, а также в результате падений. Встречаются и пострадавшие в ДТП. Зимой же больше пациентов более молодых, – отмечает травматолог-ортопед второй категории **Роман Матлахов**. – В консультативном кабинете врачи определяют характер помощи – экстренный или плановый. Нередко приходится работать, что называется, с колес – ежедневно мы проводим около 10 операций на нижних конечностях».

В плановом режиме ортопеды работают с деформирующими артрозами (чаще всего – тазобедренного сустава). К ним пациенты обращаются при выраженном болевом синдроме. По словам Романа Матлахова, который уже 8 лет работает в качестве врача отделения, все чаще стали встречаться переломы шейки бедра у молодых людей (около 40 лет) – накладывает свой отпечаток питание и образ жизни.

При работе с пациентами любых возрастов врачи используют современные методы лечения, которые ускоряют сращение переломов и, как следствие, реабилитацию. «Оперируя более молодых пациентов, мы используем канюлированные винты и надеемся на сращение перелома. Впоследствии они наблюдаются у нас в консультативном кабинете, мы следим за процессом регенерации. При необходимости – направляем их в Федеральный центр ортопедии и травматологии, – поясняет Роман Матлахов».



Обход главного врача Андрея Макина в травматологическом отделении № 1

лахов. – Пожилым пациентам мы производим замену суставов на искусственные. Причем делаем подобные операции даже больным преклонного возраста. У меня самой взрослой пациентке было 97 лет». Работают здесь даже со столетними пациентами.

При переломах шейки и проксимального отдела бедра применяют технику гемипротеза тазобедренного сустава ЭСИ (Россия). Травматологи отделения освоили новые типы эндопротезов этого сустава. Кроме того, в отделении продолжают совершенствоваться методики экстренной артроскопии и остеосинтеза при внутрисуставных переломах, криопластика суставного хряща, внутрисуставная лазеротерапия, эндоскопическая пластика сумочно-связочного аппарата коленного и плечевого суставов. «Мы широко применяем малоинвазивные методы остеосинтеза на всех сегментах нижних конечностей (стержни с блокированием, пластины с угловой стабильностью, канюлированные винты). Освоили и ввели в практику металлоконструкции в лечении переломов бедра, накостного остеосинтеза пяточной кости», – рассказывает травматолог-ортопед. Он отмечает, что нет одинаковых операций даже при одинаковых переломах. Врачи всегда действуют индивидуально.

Все современные методики вводятся и осваиваются для того, чтобы пациенты быстрее встали на ноги. Им в этом помогают лечащий врач, а также инструктор ЛФК, который учит правильно садиться на кровати и вставать с нее уже на второй день после операции. Но крайне важно, чтобы на последующем – амбулаторном этапе пациенты соблюдали все рекомендации. К сожалению, довольно часто врачи сталкиваются с тем, что пациентам не хватает дисциплины, как следствие – не удается достигнуть желаемого эффекта. Лечение и последующая реабилитация затягиваются на месяцы. Поэтому травматологи убеждены – лучше, чем сами пациенты, о них не позаботится никто.

Ирина Савина.

Фото предоставлены  
пресс-службой КГБУЗ ККБСМП

Цирроз печени – болезнь, чаще всего обусловленная внешними причинами, в том числе образом жизни пациента, и значительно реже болезни печени зависят от наследственного фактора или измененных иммунных реакций. Татьяна Лубянская, доцент кафедры терапии и общей врачебной практики АГМУ, к. м. н., главный внештатный специалист – гастроэнтеролог Алтайского края, говорит, что циррозу печени подвержены люди разных возрастных категорий, включая молодых. Чаще всего болезнь регистрируется в возрасте 40–50 лет.

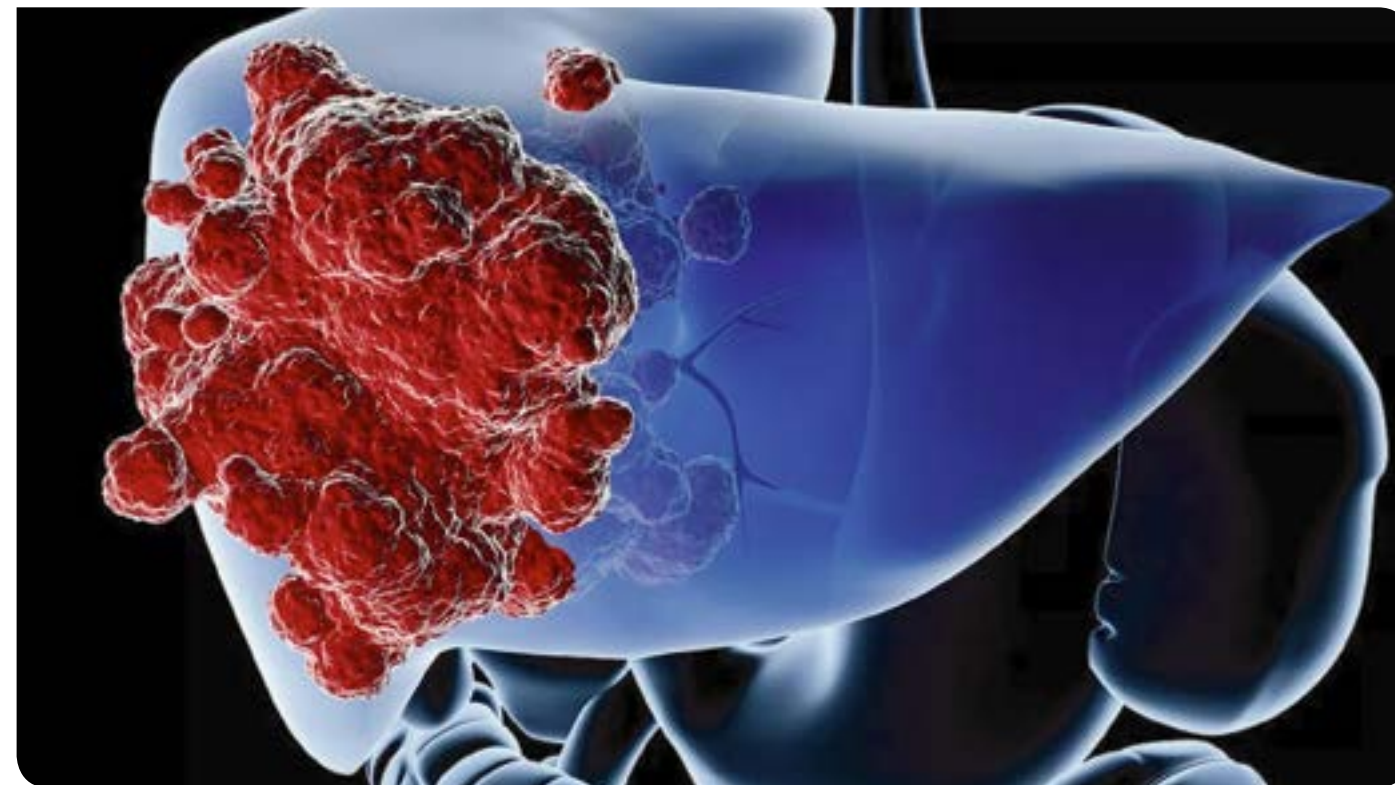


Эксперт говорит и о том, что заболевания печени, если они не в терминальной стадии, можно скорректировать как изменением образа жизни, так и современной терапией.

### Обезвреживание и синтез

Печень в организме человека выполняет несколько весьма

## Удар по печени



важных функций, первая из которых – обезвреживание всех вредных веществ, которые образуются в процессе жизни наших клеток и которые попадают в организм. Вторая функция – синтез большинства белков, липидов, гликогена.

Цирроз печени – заболевание, которое сопровождается гибелью клеток печеночной ткани и появлением клеток соединительной ткани (фиброз). Из-за этого печень утрачивает свои функции и не может обезвреживать и синтезировать.

Фиброзная ткань давит на сосуды, создавая повышенное давление в самой печени и в сосудах органов всей брюшной полости. Это называется портальной гипертензией. Она опасна формированием асцита (накапливанием жидкости в брюшной полости), увеличением селезенки, в которой разрушаются клетки крови лейкоциты и тромбоциты, возникновением кровотечений, может ухудшиться функция почек. Появляются осложнения,

несущие прямую угрозу для жизни. На фоне цирроза печени часто формируется рак печени.

Основные причины цирроза печени – вирусы гепатитов В, С, D, алкоголь, ожирение, ряд наследственных и аутоиммунных заболеваний. В процессе беседы с пациентом, его осмотра, проведения лабораторных и инструментальных исследований можно установить причины заболевания в подавляющем большинстве случаев. Это позволяет начать эффективное лечение заболевания. Очень важны такие сведения, как: количество употребляемого алкоголя, например в неделю, возможные источники инфицирования вирусами гепатитов. Эти вирусы распространяются парентеральным путем, то есть проникают в организм через кровь, сперму, другие биологические жидкости. Важна информация о приеме лекарств, особенно нестероидных противовоспалительных препаратов, эстрогенов, а также о характере питания, динамике

веса, имевшихся у родственников заболеваний печени.

В мире цирроз печени является одной из самых актуальных проблем современной медицины, в том числе в Алтайском крае. Коварство цирроза печени заключается в том, что заболевание долгое время себя никак не проявляет. В печени нет нервных окончаний, болевой синдром отсутствует. «Ласковым убийцей» назвал гепатит С известный инфекционист Соломон Соринсон. Это можно сказать обо всех заболеваниях печени. Не нужно думать, что, систематически и помногу употребляя алкогольные напитки, человек остается здоровым, потому что «у него хорошая генетика, дед пил, и ничего».

### Причины и их комбинации

– Почти все гастроэнтерологические проблемы имеют свои хорошо

Продолжение на стр. 12 >>



«Продолжение. Начало на стр. 10-11

выясненные и обоснованные причины, – говорит Татьяна Григорьевна. – Это касается и язвенной болезни, и хронического гастрита, и заболеваний печени.

Вирусы гепатита В и С вызывают в печени воспалительный процесс, который приводит к тому, что печеночная ткань заменяется фиброзной тканью. Алкоголь также вызывает воспаление и замену печеночной ткани соединительной со снижением функций печени и портальной гипертензией. Ожирение печени может привести к таким же последствиям.

По словам специалиста, нередки и комбинации вредных факторов – пациенты ведут такой образ жизни, при котором возможны и вирусные, и алкогольные поражения печени. По данным гепатологического отделения Московского научного клинического центра, которые приводит эксперт, 13,5% больных выписываются с циррозом печени вирусной этиологии, алкогольно-вирусной – 13,5%, алкогольной – 52%. 17,4% женщин выписываются с диагнозом «первичный билиарный цирроз печени». Не установленной причина болезни остается у 3,6% больных.

## Эффекты терапии

Основная причина вирусных заболеваний печени – попадание вируса В, С, D в кровь. Это происходит при повреждении кожи различными иглами (пирсинг, татуировки) с нарушением правил стерильности, при внутривенном введении наркотических средств, при сексуальных контактах с инфицированным человеком.

В настоящее время число пациентов с вирусным гепатитом В уменьшается из-за вакцинации от этого вида гепатита. Количество больных с хроническим гепатитом С, наоборот, увеличивается. В крае им болеют 12 203 человека. При этом, говорит Татьяна Лубянская, вирус гепатита С сейчас эффективно удаляется из организма современными лекарственными препаратами. Синтезированы препараты, которые существенно сдерживают

репликацию (размножение) вируса В и D и таким образом прекращают прогрессирование гепатита в цирроз печени. Эти препараты могут быть назначены врачами-инфекционистами и гастроэнтерологами. Именно устранение причинного фактора – основной вид лечения хронических заболеваний печени вирусной этиологии.

Если к циррозу печени привело ожирение, то первое, что нужно сделать, – изменить характер питания согласно пирамиде питания ВОЗ, увеличить физические нагрузки.

– Даже если человек не похудел, состояние печени все равно улучшится от сокращения в рационе доли сладких, мучных, жирных блюд и увеличения доли овощей и фруктов. Эффект правильного питания не создадут никакие лекарства, считают медики всего мира. При алкогольном гепатите, циррозе печени алкоголь следует полностью исключить из своей жизни. Надо понимать, что признать у себя проблему – значит начать ее решать.

Сейчас по телевидению рекламируют различные препараты для поддержания здоровья печени. Так вот, вредному воздействию алкоголя на печень не может противостоять ни один гепатопротектор. Если человек употребляет алкоголь и при этом хочет подстраховаться от заболеваний печени, пить гепатопротекторы бессмысленно. Только отказ от приема алкоголя (или значительное его ограничение) может не только прекратить прогрессирование заболевания, но и вызвать его обратное развитие. По крайней мере, развитие цирроза печени (если он не в терминальной стадии) может быть приостановлено. Всегда считалось, что обратное развитие цирроза невозможно. Но, по некоторым данным, у больных, которые лечатся от вирусных заболеваний, фиброз печени уменьшается. У организма много компенсаторных механизмов, все-таки он тоже борется.

При любой стадии гепатита или цирроза печени пациент должен наблюдаться у терапевта, гастроэнтеролога. Больным с асцитом необходимо постоянно ограничивать употребле-

## Цифры и факты

В 2021 году в Алтайском крае зарегистрировано **25 022** пациента с заболеваниями печени. Это больше, чем в 2020 году, на **9,7%**. Таким образом, заболеваниями печени страдает **1,3%** жителей края.

Всего в Алтайском крае от болезней печени в 2021 году умерли **772** пациента – несколько меньше, чем в 2020-м. Смертность от заболеваний печени в трудоспособном возрасте увеличилась на **10%** по сравнению с предыдущим годом.

ние соли – невыполнение этого условия делает лечение неэффективным.

Нужно быть внимательным к организму в целом. При усилении слабости, появлении черного стула, рвоты, повышенной температуры, желтухи необходимо срочно обратиться за медицинской помощью.

Основной способ лечения цирроза печени в терминальной стадии – пересадка донорской печени.

«Безопасной» дозы алкоголя не существует. Доза, которая с высокой вероятностью способствует развитию заболевания печени, – более 20–40 граммов чистого этанола в день. В пересчете на неделю: крепкий алкоголь – 500 мл; вино – более литра в неделю; пиво – более трех литров.

Подготовила Елена Клишина

# Без табака

Ежегодно 31 мая отмечается Всемирный день без табака. Его цель – привлечь внимание мировой общественности к проблеме табачной эпидемии и ее смертельным последствиям, а также защитить представителей различных поколений от разрушительного воздействия табака и табачного дыма. Насколько успешна борьба с курением в нашем регионе – расскажет врач – психиатр-нарколог диспансерно-поликлинического отделения (по обслуживанию взрослого населения) Алтайского краевого наркологического диспансера Наталья Осипова.



## Война табаку

– Наталья Владимировна, в 2013 году начал работать ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака». За счетен ли сегодня эффект от него?



– Активные меры по борьбе с курением в России начались более 20 лет назад, и за это время курильщики заметно потеряли в правах. Сначала курение запретили на стадионах, в школах, вузах, больницах, магазинах, на детских площадках и в самолетах. Год спустя – в гостиницах, кафе и ресторанах, поездах, на вокзалах и в аэропортах. С 1 октября 2019 года запрещено курение на балконах и лоджиях квартир жилых домов. В ноябре правительство России утвердило антитабачную концепцию, рассчитанную на 2019–2030 годы.

Статистика показывает эффективность разумных ограничений в борьбе с курением. Так, по данным глобального опроса взрослого населения о потреблении табака (GATS), в 2009 году число курильщиков в России составляло 39% взрослых (43,9 млн человек). К 2016 году, по данным того же опроса, число курильщиков сократилось до 30,5% взрослых (36,4 млн человек).

– Как Всемирный день без табака пройдет в нашем регионе?

– В Алтайском крае ежегодно разрабатывают и реализуют комплексный план мероприятий по профилактике употребления психоактивных веществ, формированию навыков здорового и безопасного образа жизни у подростков и молодежи. Специалисты Краевого наркологического диспансера принимают активное участие в проводимых межведомственных краевых акциях, приуроченных к международным дням по укреплению здоровья и профилактике заболеваний. В их числе – обучающие семинары, видеолектории, лекции среди различных групп населения края. Совместно со специалистами Краевого Центра общественного здоровья и медицинской профилактики мы организуем проведение мониторинга факторов риска хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), раздачу памяток и листовок, демонстрацию видеороликов, а также консультации экспертов с активным привлечением волонтеров.

Продолжение на стр. 14-15 >>

«Продолжение. Начало на стр. 13

В этом году в регионе заинтересованные службы, активисты, связанные с ВОЗ, и медицинские работники традиционно будут проводить мероприятия, направленные на повышение осведомленности граждан о вреде употребления табака и пропаганду здорового образа жизни. Кроме того, пройдут дни открытых дверей в кабинетах наркологов края.

## Индивидуальный подход

– Какой метод борьбы с табакокурением наиболее эффективен?

– Лечение табакокурения должно быть комплексным, направленным как на уменьшение неприятных симптомов абстиненции, так и на предотвращение психологического дискомфорта. По моему мнению, наиболее эффективна заместительная (в том числе и никотинзаместительная) терапия, совмещенная с психотерапией, психокоррекцией. Объем помощи при отказу от табакокурения индивидуален. Но лучше всего работает комбинация из когнитивно-поведенческой психотерапии и медикаментозного воздействия препаратами, чья эффективность подтверждена с позиций доказательной медицины. Основное значение по-прежнему придается психологическому настрою курильщика, его осознанному и твердому желанию избавиться от никотиновой зависимости.

Наряду с возрастом, полом, стажем и интенсивностью, стадией курения и психологической готовностью к отказу от курения специалисты оценивают индивидуальные особенности пациента, тип курительного поведения, степень никотиновой зависимости, уровень мотивации к отказу от курения, а также риск для здоровья, связанный с курением. Все в совокупности позволяет выбрать наиболее приемлемый подход к лечению в каждом конкретном случае.

Но стоит отметить, что ни один из способов лечения никотиновой зависимости не является гарантией отказа от курения. Все современные средства могут лишь повысить вероятность

того, что пациент бросит курить и не обратится к сигаретам достаточно долгое время.

Дело в том, что, даже осознавая никотиновую зависимость, лишь немногие способны бороться с ней. По данным исследований, более половины курильщиков хотели бы отказаться от вредной привычки. Многие ранее предпринимали попытки бросить курить, но только 5% могут это сделать самостоятельно.

Исследований сравнительной эффективности методов лечения никотиновой зависимости в России практически не проводилось. Клинические наблюдения врачей российских клиник зачастую противоречат результатам репрезентативных зарубежных сравнительных исследований, делающих выводы об уровне эффективности таких методов лечения никотиновой зависимости, как рефлексотерапия, гипнотерапия, аверсивная стимуляция, равная плацебо.

– Какую помощь оказывают специалисты Краевого наркологического диспансера?

– Всем, кто обратился в диспансер, оказывают консультативную, диагностическую, специализированную наркологическую помощь. В том числе и на анонимной основе. На его базе организована работа телефона доверия. По номеру 63-61-15 можно получить всю необходимую информацию.

## Опасный дым

– Наталья Владимировна, только ли курение сигарет представляет собой опасность для здоровья?

– Табак – единственный узаконенный потребительский товар, который приводит к смерти от 1/3 до 1/2 людей, его потребляющих. В последнее время в молодежной среде большую популярность приобрели электронные сигареты (вейпы), или вапорайзеры, – устройства, которые превращают никотиновую жидкость в пар, а также системы нагревания табака (iqos), которые считаются якобы «меньшим злом», чем обычные сигареты. Одна из причин растущей популярности этих электронных девайсов – их достаточно большой ассортимент (с разными механизмами

## Цифры и факты

По оценке Минздрава РФ, в России ежегодно от болезней, связанных с потреблением табака, погибают от **300 до 400** тыс. граждан.

По данным Министерства здравоохранения, в 2019 году в России курили около **29%** граждан. С начала реализации антитабачной кампании количество курильщиков в стране снизилось на **21%**.

По данным Росстата, в стране ежедневно курят **22%** мужчин и женщин старше **15** лет.

Избавились от вредной привычки **10%**.

**62,8%** никогда не курили.

действия). Но нужно понимать: когда курильщик переходит на электронные сигареты, зависимость никуда не уходит – он по-прежнему получает никотин. Будь то табак в составе стиков для систем нагревания или же никотиновые жидкости с ароматизаторами для курения вейпов.

Более того, зависимость от никотина усиливается, так как в отличие от обычных сигарет электронные аналоги более удобны в повседневной жизни. Человеку не обязательно каждый раз выходить на улицу или искать специальные места для курения – можно «дымить» где угодно.

Многие не выпускают эти девайсы из рук, курят практически круглосуточно, нервничают и сильно раздражаются, если вдруг потеряли сигарету, не успели ее зарядить или забыли дома никотиновую жидкость. В ре-

зультате человек начинает потреблять куда больше никотина, чем раньше. Так, например, производители рекламируют «одноразовые» вейпы на 1–2 тысячи затяжек. В обычной сигарете – 8–10 затяжек, в среднем у курильщика уходит 1 пачка в день. В пачке 20 сигарет, итого в районе 200 затяжек в день, или 2000 затяжек за 10 дней. Но у курильщика есть ограничивающий фактор – ему приходится делать специальные перерывы, чтобы выйти на улицу или в курилку.

Когда же человек покупает NQD-систему на 2000 затяжек, у него нет ограничителя, он курит в любой удобный момент, почти непрерывно. При этом подсчитать, сколько он уже выкурил, нельзя. В результате 10-дневная «норма» может выполняться за 3–5 дней.

Лишь небольшому проценту «электронных курильщиков» удается перейти на безникотиновые жидкости. Но вред для здоровья есть и от них. А аргумент, что электронные сигареты помогают снизить вред от курения, – крайне спорный.

– Другими словами – безопасного дыма не существует?

– ВОЗ подчеркивает, что абсолютно все формы курения вредны для здоровья. Заболевания, связанные с легкими, – основная проблема курильщиков. В первую очередь – это рак легких. Хотя производители «электронки» без устали говорят о том, что в никотиновых жидкостях нет канцерогенов или их меньше, чем в обычных сигаретах, это не так. Еще в 2014 году японские ученые выявили зашкаливающее количество канцерогенов в некоторых марках никотиновых жидкостей, включая высокотоксичные ацетальдегид и формальдегид. Даже если все производители никотиновых жидкостей в мире начнут работать максимально качественно и выпускать на рынок только продукты с минимальным содержанием канцерогенов, риск все равно останется.

При любом виде курения сохраняется большинство повреждающих факторов – клетки легких и других органов разрушаются, они просто не предназначены природой для куре-

ния. Поэтому всегда есть риск того, что одна из поврежденных курением клеток начнет мутировать.

Более того, курение может спровоцировать развитие рака других локализаций, а также неопухолевых поражений легких (в частности, хронической обструктивной болезни легких), так как вдыхаемый аэрозоль содержит глицерин, ароматизирующие компоненты, пропиленгликоль, ацетальдегид, формальдегид и другие потенциально опасные вещества, которые могут вызывать воспалительные изменения в тканях легких. Летом прошлого года ученые Крымского федерального университета выяснили, что никотиновые и безникотиновые электронные сигареты повреждают структурные белки легких, снижают защиту тканей от разрушения. Есть также публикации о смертельных исходах, вызванных курением вейпа. Помимо этого, они наряду с обычными сигаретами повышают жесткость сосудов, провоцируют развитие атеросклероза и других сердечно-сосудистых патологий, которые по-прежнему занимают лидирующую позицию в структуре смертности населения.

Вред от любого курения носит отсроченный характер. Пока еще нет серьезных полномасштабных исследований по системам нагревания табака, показывающих, какое именно отсроченное влияние на состояние здоровья человека они оказывают. Но то, что их использование – один из факторов риска возникновения как онкологических, так и ряда неонкологических заболеваний, неоспоримый факт.

Единственный вариант, когда курение не наносит урона, когда человек не курит сам и не встречается с теми, кто курит.

– Какова сегодня общая тенденция: ситуация развивается в сторону ухудшения или же, наоборот, здоровый образ жизни побеждает?

– Курящая молодежь – очень серьезная проблема. Причем не только медицинская, но и социальная.

Несмотря на активную антипропаганду курения, значимость его па-

## Рекомендация эксперта

– Прекращать курить стоит в любом возрасте. Чем раньше курящий откажется от своей зависимости, тем больше будет пользы для здоровья. В случае эффективного лечения у пациента в течение первых 2–3 месяцев могут сохраняться приятные воспоминания о курении. Как правило, через три месяца он может спокойно смотреть на курящих со стороны. Шесть месяцев без сигарет расценивается как успешный курс лечения в целом. Если же через 12 месяцев после прекращения курения пациент может шутить на тему курения, цель считается достигнутой.

губного влияния на здоровье понимают далеко не все. Профилактика зависимостей среди подростков и молодежи – достаточно непростой в психологическом, правовом и организационном отношении процесс.

Профилактику необходимо строить не только на основе воспитательного процесса, психотерапевтического или медицинского вмешательства. При ее организации важно помнить о законодательной и правовой базе. Здесь следует использовать положения административного, уголовного и других законодательств, а также нормы международного права и рекомендации мирового сообщества.

Как ни странно, самая действенная на данный момент профилактика курения – это мода. А она сейчас диктует здоровый образ жизни. И это в том числе заслуга политики государства. Романтика сигарет уже не настолько туманит незрелые умы, поэтому власть табака с этой точки зрения ослабевает с каждым днем. Если раньше было модным курить, а над некурящими посмеивались, то сейчас ситуация изменилась с точностью до наоборот. В нашей стране среди населения, в том числе среди молодежи, все больше растет приверженность к здоровому образу жизни.

Подготовила Ирина Савина





# Полвека борьбы против рака



В мае отмечает 50-летие КГБУЗ «Онкологический диспансер г. Рубцовска». От онкокабинета медсанчасти тракторного завода до крупного специализированного учреждения – таков путь коллектива онкодиспансера.

## Страницы истории

В 1942 году в Рубцовск приехали составы с оборудованием эвакуированного Харьковского тракторного завода. Началось строительство промышленного предприятия, и примерно в то же время при заводе начали создавать поликлинику, первыми сотрудниками которой стали врачи из Харькова.

В 1940-е учет онкологических больных в Рубцовске вели все хирурги и гинекологи города. Операции больным с онкозаболеваниями делали в хирургическом отделении горбольницы.

В середине 1950-х после специализации в Кемеровском онкодиспансере в Рубцовск прибыла врач-онколог **Галина Дедигурова**. При медсанчасти Алтайского тракторного завода она организовала онкокаби-

нет, впоследствии заведовала онкоотделением до 1969 года.

В 1957 году при медсанчасти АТЗ были открыты кабинет глубокой рентгенотерапии и гистологическая лаборатория. Врачам онкокабинета большую практическую помощь оказывали врачи краевого онкологического диспансера и хирурги города, в том числе **Борис Марамыгин** и **Фаина Леончикова**, заслуженный врач РСФСР.

Онкодиспансер в Рубцовске был создан в мае 1972 года. Главным врачом онкодиспансера был назначен **Ринат Шарипович Билалов**, штат онкокабинета был передан онкодиспансеру. В 70-е годы коллектив учреждения участвовал в социалистическом соревновании, награждался переходящим Красным знаменем, грамотами городского отдела здравоохранения. Руководству учреждения удалось расши-

рить материально-техническую базу диспансера. Тогда диспансер находился в здании № 186 на улице К. Маркса.

В 1993 году онкодиспансер переехал на улицу Громова, 19 в реконструированное здание управления Треста-46. Годом позже постановление главы администрации Рубцовска изменило статус учреждения, переименовав его в Рубцовский межрайонный онкологический диспансер. Это увеличило территорию обслуживания пациентов – диспансер стал принимать не только жителей Рубцовска, но и близлежащих районов.

В 1999 году онкодиспансер возглавил врач-хирург **Анатолий Степанович Савченко**.

## Время новых технологий

2004 год вошел в историю учреждения тем, что в онкодиспансере был



## Цифры и факты

Благодаря своему оснащению и квалификации медперсонала онкодиспансер может принимать ежегодно до **30** тыс. человек в своей поликлинике, до **2000** пациентов лечить в круглосуточном стационаре и столько же в дневном. Хирурги учреждения могут выполнять в год до **800** операций различного профиля и уровня.

Коллектив диспансера состоит из **185** сотрудников, из которых **25** врачей, **15** из них имеют высшую и первую квалификационные категории.



введен в эксплуатацию второй корпус и установлен линейный ускоритель электронов SL 75/5 МТ.

В 2008 году главным врачом был назначен врач высшей квалификационной категории **Василий Григорьевич Курганский**. Он добился того, чтобы онкологический диспансер был включен в краевую программу модернизации здравоохранения. Благодаря программе в 2012 году в диспансере был проведен капитальный ремонт. Обновленное лечебное учреждение было рассчитано на 60 коек. В рекордно короткие сроки были отремонтированы все необходимые для бесперебойного функционирования инженерные сети, в частности, заменены системы отопления, канализации, водо- и электроснабжения, обновлены стены и вставлены пластиковые окна.

Кроме того, диспансер получил новейшее оборудование стоимостью 40 млн. рублей. Современная медицинская техника позволила вывести работу учреждения на качественно иной уровень. Например, аппарат УЗИ экспертного класса позволил выявлять у пациентов опухоль на ранней стадии.

Сегодня главным врачом онкологического диспансера г. Рубцовска работает врач-онколог высшей квалификационной категории **Вадим Олегович Мирко**. На эту должность он был назначен приказом Минздрава Алтайского края в декабре 2017 года.

В настоящее время онкологический диспансер – это комплексное

специализированное лечебно-профилактическое учреждение, которое оказывает все виды онкологической помощи жителям города Рубцовска и 11 районов. Общая численность населения этой территории составляет более 319 тыс. человек.

Лечебное учреждение оснащено современным оборудованием, которое обеспечивает новый уровень лечебных технологий амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи.

Диспансер расположен в двух корпусах, которые соединены теплым переходом. Территория учреждения огорожена, создан внутренний двор для психологической реабилитации стационарных больных.

Врачи и медицинские сестры участвуют в профильных конференциях и съездах, постоянно повышают свой профессиональный уровень и защищают квалификационные категории. Они ведут учет лиц с высоким онко-риском и просветительскую работу по предупреждению онкологических заболеваний среди населения.

В 2019 году в диспансер поступило и продолжает поступать новое оборудование – более 45 наименований. Среди них: аппарат рентгенотерапевтический «Терад 200», анализатор биохимический автоматический СА-270, цифровой маммограф и медицинский линейный ускоритель Varian Uniqe. Для размещения аппаратов были реконструированы, отремонти-

рованы и приведены в соответствие с требованиями санитарных правил кабинеты, выделены помещения для создания новых рабочих мест. Пациенты теперь имеют возможность проходить своевременно высокоэффективные обследования по месту жительства, не тратить время на поездку в краевой центр, и это весьма повышает оперативность оказания этих медицинских услуг.

Большое внимание руководство диспансера в настоящее время уделяет вопросу закрепления молодых специалистов. Сейчас в Алтайском государственном медицинском университете обучаются по договорам целевого обучения 4 студента и 4 ординатора. При трудоустройстве молодых специалистов им выплачиваются подъемные. Молодых врачей курируют наставники из числа врачей с большим стажем, которые передают им свой практический опыт.

Информация и фото предоставлены КГБУЗ «Онкологический диспансер г. Рубцовска».

Фоторепортаж на стр. 32 >>



# Не доводите дело до инсульта

Медицина знает немало ситуаций из разряда «ка- залось бы, ничего не пред- вешало», когда происхо- дит какое-либо серьезное ухудшение здоровья без явных предшествовавших симптомов. К таким ситуа- циям относятся, напри- мер, инсульты, которые происходят из-за стеноза сонной артерии. Что это, как лечат и почему важна диспансеризация, расска- зывает Александр Беллер, заведующий отделением сосудистой хирургии ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Барнаула», к. м. н., ассис- стент кафедры кардиоло- гии и сердечно-сосудистой хирургии АГМУ.



## Пациент не подозревал

Александр Викторович начинает с примера: в день, когда мы беседо- вали, он прооперировал пациента с



таким стенозом. Мужчина, 49 лет, хо- рошее состояние здоровья. Если не считать гипертонии, никаких жалоб на ухудшения самочувствия и тем более на какие-либо проявления стеноза. Направление на операцию стало для него полной неожиданностью. Мужчи- на проходил плановый профилакти- ческий осмотр. Кардиолог прослушал проекцию сонных артерий, а затем назначил дополнительное их иссле- дование. Обследование показало, что стеноз имеется уже довольно выра- женный. А при операции выяснилось, что просвет сонной артерии, который в норме должен быть около 4–6 мм в диаметре, был не шире диаметра иголки. Да и это «узкое место» было заполнено фрагментами распадаю- щейся атеросклеротической бляшки. Если бы мужчина пренебрег плано- вым осмотром, то еще немного, и мог бы произойти инсульт, последствия которого могли бы быть очень тяже- лыми. После операции ему предстоит провести около недели в стациона- ре, а затем еще пару недель дома на больничном, и можно возвращаться к работе и привычной жизни.

– Наша задача – сделать так, чтобы в последующие 20–30 лет он не стал- кивался с этой проблемой, – говорит доктор Беллер. Хотя, по его же словам, повторные стенозы у проопериро- ванных пациентов возможны. Но они могут произойти через несколько лет

и даже десятилетий. Продолжитель- ность промежутка между операциями зависит от того, насколько пациент дисциплинирован: принимает ли он назначенные препараты, наблюдает- ся ли у врача. Коррекция образа жиз- ни также может отодвинуть и первич- ный, и повторный стеноз.

## Организм скрывает

**Стеноз (сужение) сонной артерии** – уменьшение просвета артерии, по ко- торой кровь поступает в головной мозг. Сужение происходит из-за того, что на стенках сонной артерии откладывают- ся частицы «вредного» холестерина и формируют бляшку. На языке хирургов она называется атеромой.

По словам Александра Беллера, мозг, которого лишают довольно су- щественной части «питания», начинает подавать сигналы: головные боли, по- рой беспричинные, усталость, слабость, шум в ушах, мелькание мушек перед глазами. Правда, далеко не сразу.

– Если такие признаки появляются, то нужно задуматься о том, чтобы сде- лать исследование сонных артерий, – говорит доктор. – Однако стеноз не всегда проявляется чем-то симпто- ным. Человек так устроен, что наш организм очень многое может скры- вать, компенсировать. Наступивший же инсульт – это уже та крайняя точка, когда мы как хирурги можем помочь человеку в меньшей степени, чем мог-



**диаметр внутренней сонной артерии в норме, это зависит от комплекции человека**

ли бы. В большей степени мы можем ему помочь до наступления инсульта, когда должны найти это сужение сон- ной артерии, пока еще нет опасных проявлений.

## Найти на слух

Александр Беллер говорит, что признаки стеноза можно найти даже при помощи фонендоскопа, и сделать это может не только сосудистый хи- рург, но и участковый терапевт, и кар- диолог, и невролог. Для этого нужно прослушать основные «точки»: сон- ные артерии и проекцию бедренных артерий в паховой области. Специа- лист услышит систолический шум, ко- торый свидетельствует о том, что где- то в организме есть участок стеноза. Искать его надо в тех местах, которые наиболее часто поражаются атеро- склерозом. Это сонные, бедренные и коронарные артерии.

После того как были выявлены первые подозрения, в дело вступает ультразвуковая диагностика, а имен- но дуплексное сканирование – ме- тод простой, распространенный, но эффективный в плане обнаружения стеноза. Если заключение по УЗИ все-таки оставляет вопросы и сомне- ния, врач назначает аортографию – рентенологическое исследование крупных сосудов с использованием контрастного вещества. Проблемный участок хорошо виден даже на экра- не телефона – Александр Викторович показывает мне снимок одного из пациентов. Сонная артерия, разделя- ющаяся в этом месте на наружную и внутреннюю артерии, на снимке вы-

глядит как раздвоенный ствол дерева. На одном из ответвлений отчетливо видно белое пятно: здесь сужение, и кровь, «окрашенная» контрастом, практически не проходит.

Для того чтобы определять степень выраженности стеноза, сосудистые хирурги используют классификацию хронической ишемии мозга, разрабо- танную академиком **Анатолием По- кровским**. Он выделил четыре степени:

**1. Асимптомная** (без каких-либо проявлений).

**2. Преходящие нарушения – тран- зиторные ишемические атаки разной степени тяжести.** Состояние, похожее на инсульт, но проходит само и без се- рьезных последствий для организма.

**3. Хроническая сосудисто-мозго- вая недостаточность.**

**4. Инсульт**, в том числе с тяжелыми последствиями.

К сосудистым хирургам пациентов со стенозами сонных артерий чаще всего направляют кардиологи и не- врологи, реже – офтальмологи. В дру- гих регионах офтальмологи выявляют признаки стеноза гораздо чаще. Это происходит во время исследования состояния сосудов глазного дна. Так как глазничная артерия отходит от внутренней сонной артерии, сосуды глазного дна и «выдают» стеноз.

К факторам риска развития сте- ноза относят ишемическую болезнь сердца, коронарный атеросклероз, гипертоническую болезнь, сахарный диабет, ишемические нарушения сет- чатки глаза, а также возраст старше 70 лет.

– Стеноз – проблема довольно-та- ки частая. Атеросклероз, к сожалению, молодеет. Если раньше нашими паци- ентами были люди 60–65 лет и стар- ше, то сейчас среди них есть и 40-лет- ние. Мы видим, что группа пациентов с атеросклеротическим поражением крупных артерий становится моложе год от года.

## Хороший и очень хороший

Сосудистые хирурги используют два метода лечения стеноза. Алек- сандр Беллер называет их «хороший» и «очень хороший». Первый – **каро-**

**тидная эндартерэктомия** в двух вари- антах, классическом и эверсионном. Классический вариант: выполнение продольного разреза на внутренней артерии в том месте, где «выросла» атеросклеротическая бляшка, ее удаление и наложение «заплатки» из собственной вены па- циента на место разреза. Эверсион- ный вариант: внутреннюю артерию перерезают и выворачивают, как чу- лок, убирают атерому, возвращают на место и пришивают.

Метод, который доктор Беллер назы- вает очень хорошим, – **стентирование сонной артерии**. Это процедура более дорогостоящая, поэтому применяется к тем пациентам, у которых очень высок риск осложнений, вплоть до летального исхода, во время операции. К таким па- циентам относятся люди старше 70 лет, перенесшие один или два инсульта, с второй или третьей степенью хрониче- ской ишемии мозга по классификации Покровского, с гипертонией и другими серьезными хроническими заболева- ниями. Сонные артерии таких пациен- тов не терзают скальпелями. Вместо этого через прокол в паховой области в бедренную артерию вводится специ- альное устройство, оно несет к месту стеноза специальный фильтр, который не пустит к сосудам мозга остатки бляш- ки, а также стент-баллон в сложенном состоянии. Устройство подает давление, под воздействием которого сетчатый стент раскрывается и расширяет про- свет артерии, армируя ее стенки. После операции фильтр выводят и проводят контроль восстановленного кровотока.

После операции каждому паци- енту назначают лекарственную тера- пию – антиагреганты (препараты, пре- пятствующие образованию тромбов) и статины (уменьшающие выработку холестерина).

Вместе с этим нужно скорректиро- вать и свой рацион, и свой образ жиз- ни. Это же касается и профилактики первичных стенозов. Александр Бел- лер рекомендует отказаться от куре- ния, ограничить употребление алкого- ля, повысить физическую активность, уменьшить долю потребления жир- ного мяса и увеличить долю овощей, фруктов, рыбы и морепродуктов.

**Елена Клишина**



# COVID-19 и беременность: известное о неизвестном



Одной из наиболее актуальных проблем текущего периода является инфекция, вызванная новым коронавирусом SARS-CoV2, которая сегодня приобретает не только медицинское, но и, безусловно, социальное значение. Всемирной организацией здравоохранения 11 марта 2020 года объявлена пандемия COVID-19.

Во всем мире активно изучаются аспекты патогенеза, возможные методы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных после перенесенной инфекции. По данным статистики, женщины переносят COVID-19 легче, чем мужчины, но уже доказано, что это правило не распространяется на беременных и родильниц. Поэтому важными являются вопросы, связанные с влиянием

COVID-19 на репродукцию человека в целом и на течение беременности, родов и послеродового периода, здоровье новорожденных в частности.

## Клиника и диагностика коронавирусной инфекции

Доказано, что вирус может передаваться двумя путями: воздушно-капельным путем и контактным. Симптомы при COVID-19 у беременных неспецифичны и схожи с проявлением ОРВИ или гриппа.

К ним относятся:

- высокая температура;
- чихание, кашель и заложенность носа;
- потеря обоняния;
- затрудненное дыхание;
- боли в мышцах и в груди;
- головная боль и слабость;
- возможна тошнота, рвота и диарея.

Однако клиническая картина от легких до тяжелых проявлений инфекционного процесса развивается очень быстро и не всегда клиника соответствует тяжести заболевания. Это

связано со следующими причинами.

Во-первых, беременность – это состояние иммунологической толерантности (цель – дать возможность наполовину генетически чужеродному плодному яйцу закрепиться, расти и развиваться), а это значит, что организм беременной более беззащитен перед агрессией бактериальной и вирусной инфекции.

Во-вторых, беременность – это состояние физиологической гиперкоагуляции, усиление которой нарастает со сроком беременности (цель – защита матери от чрезмерной кровопотери в родах). При наличии любой инфекции – гиперкоагуляция также усиливается. Наличие у беременной таких хронических заболеваний, как артериальная гипертензия, ожирение, сахарный диабет. Они повышают риск развития гиперкоагуляции и микротромбозов. Одним из фатальных осложнений COVID-19 являются тромбозы.

В-третьих – во второй половине беременности, за счет растущей матки, происходит поднятие диафрагмы и усиление ее экскурсии, увеличение

окружности грудной клетки, расширение субстернального угла, чем компенсируется уменьшение вертикального размера грудной клетки, – все это ведет к снижению дыхательного объема легких, повышает риск развития застойных явлений.

Таким образом, сегодня мы открыто говорим, что беременные женщины – это группа повышенного риска по заболеваемости новой коронавирусной инфекцией и ее тяжелому течению.

Лабораторная диагностика COVID-19 основана на качественном выявлении РНК SARS-CoV-2 методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). Основным видом биоматериала для лабораторного исследования является материал, полученный при заборе мазка из носоглотки и/или ротоглотки. Наряду с ПЦР определение антител классов G и M выступает в качестве исследования, обладающего высокой диагностической ценностью.

## Что ожидает беременную при заболевании (данные международного и российского опыта 2019-2021 годов)?

Во время беременности пневмонии при COVID-19 развиваются значительно чаще, чем у небеременных пациенток, при этом такие пациентки значительно чаще требуют госпитализаций в отделения интенсивной терапии, проведения кислородотерапии и ИВЛ. В 20% случаев развиваются тяжелые формы течения COVID-19. Смертность среди беременных женщин с COVID-19 значительно превышает таковую среди небеременных;

имеются данные о повышении риска неразвивающейся беременности, самопроизвольных абортов, врожденных аномалий развития, в том числе дефектов нервной трубки при перенесенном COVID-19 в ранние сроки беременности;

COVID-19 во втором триместре значительно повышает риск позднего выкидыша, преждевре-

менного излития околоплодных вод и сверхранних и ранних преждевременных родов;

COVID-19 в третьем триместре беременности повышает риск развития таких осложнений, как преэклампсия, эклампсия и HELLP-синдром, задержка роста плода, гестационный сахарный диабет, антенатальная гибель плода, а в послеродовом периоде возрастает риск развития кровотечений;

роды у пациенток с COVID-19 чаще наступают преждевременно, пациентки со среднетяжелой и тяжелой формами в 80% случаев родоразрешаются путем операции кесарева сечения по сочетанным показаниям.

## Передача COVID-19 от матери плоду

На клетках плаценты (трофобластах и синцитиотрофобластах) появляются рецепторы ACE2, начиная с 7-й недели гестации, что является местом прикрепления SARS-CoV-2 на любом сроке гестации;

вертикальная передача вируса COVID-19 от матери к плоду является спорным вопросом. В большинстве случаев такой передачи не выявлено, заражение происходило от COVID-19-позитивной мамы к плоду во время родов или при кормлении грудью, уходе за новорожденным. Однако анализ и тестирование тяжелых случаев течения заболевания выявил единичные случаи трансплацентарной передачи коронавируса;

ПЦР-тестирование различных сред материнского организма, таких как вагинальный секрет и околоплодные воды, при COVID-19 матери были отрицательными.

## Новорожденные от матерей с SARS-CoV-2

Большинство новорожденных имеют отрицательные тесты к SARS-CoV-2;

однако несмотря на отрицательные результаты тестирования, часть новорожденных имеют симптомы поражения легочной ткани (одышка, лихорадка, учащенное сердцебиение, пневмоторакс и рвота), при

рентгенографии чаще всего выявляется неонатальная пневмония;

среди перинатальных исходов наиболее часто регистрируются дистресс-синдром плода, низкая масса тела при рождении, асфиксия новорожденных, госпитализация новорожденных в отделение интенсивной терапии требуется в 43% случаев;

младенцы с отрицательными тестами, рожденные от женщин, инфицированных SARS-CoV-2, имеют высокие уровни иммуноглобулина (Ig) G и IgMк SARS-CoV-2 в своей крови, которые проходят через плацентарный барьер от матери и защищают ребенка после рождения;

ПЦР-тестирование грудного молока не выявило наличие вируса SARS-CoV-2 у COVID-19-позитивных мам, однако кормление сочетано с риском воздушно-капельной передачи вируса новорожденному.

## Что делать?

Пандемия COVID-19 и связанный с ней режим самоизоляции, экономическая нестабильность и изменения в работе системы здравоохранения стали уникальным опытом для медицинских работников и большинства людей, в том числе и в вопросах, связанных с беременностью и родами. Международное медицинское сообщество сегодня считает, что снижению частоты неблагоприятных исходов беременности и родов, ассоциированных с новой коронавирусной инфекцией SARS-CoV-2, помогает эффективная вакцинация еще в период планирования беременности как женщин, решившей стать мамой, так и членам ее семьи. А тем, кто не успел, – необходимо вакцинировать во время беременности. Вакцинация разрешена в России с 22 недель гестации «Гам-КОВИД-Вак» («Спутник V»).

**Ксения Владимировна Дмитриенко, к. м. н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии с курсом ДПО ФГБОУ ВО АГМУ МЗ РФ;**  
**Светлана Дмитриевна Яворская, д. м. н., профессор кафедры акушерства и гинекологии с курсом ДПО ФГБОУ ВО АГМУ МЗ РФ**



# Электронная поджелудочная железа

В XXI веке есть много возможностей добиться компенсации сахарного диабета 1-го типа. Человек не должен бояться сделать или съесть что-то не то, чувствовать себя больным, он может заниматься спортом, создать семью и родить ребенка, считает Евгения Тайлакова, врач-эндокринолог отделения дневного стационара (профиль – эндокринология) Алтайского краевого клинического центра охраны материнства и детства.



Инсулинотерапия – единственный, основной способ лечения сахарного диабета 1-го типа (СД-1). Инъекции инсулина назначают всем пациентам независимо от возраста и тяжести заболевания. Вводить инсулин им нужно в течение всей жизни.

Есть разные способы введения инсулина. Самый современный – с помощью инсулиновой помпы. НО! Евгения Тайлакова отмечает, что любой способ будет эффективным, если он поможет



добиться компенсации заболевания и будет удерживать показатели глюкозы в крови в целевом диапазоне.

**Хоть петь, хоть плясать**

Конечно, инсулиновая помпа значительно улучшает качество жизни пациента. Детский врач-эндокринолог приводит примеры, как дети с этим диагнозом и с этим устройством живут полноценной жизнью:

– Мальчик семи лет, занимается футболом. Он снимает помпу перед тренировкой, вводит в устройство определенные показатели для коррекции уровня гликемии. После тренировки – надел помпу, включил по-

дачу инсулина. Если ребенок обучен правильному обращению с устройством, то даже в семь лет он сам все может сделать. Другое дело, что дети могут забывать про это, такое нередко случается.

А можно помпу не снимать и подавать инсулина не отключать. К примеру, девочка девяти лет занимается танцами. Подачу инсулина она не отключает потому, что вступает в пубертатный возраст и у нее уровень сахара без подачи инсулина сразу повышается. Помпа никак не может травмировать ребенка, она не ограничивает движения и т. д. С помпой, пожалуй, нельзя только плавать в бассейне.

## Цифры и факты

Ежегодно в мире **96** тыс. детей заболевают сахарным диабетом. До **90%** случаев – это сахарный диабет первого типа. Самый подверженный этому заболеванию возраст – **7-14** лет.

В России распространенность сахарного диабета 1-го типа у детей составляет примерно **81-91** случай на **100** тыс. человек, у подростков – **210** случаев на **100** тыс. человек.

Каждый четвертый ребенок с сахарным диабетом 1-го типа на территории РФ использует помповую инсулинотерапию.

В Алтайском крае почти **20%** детей с СД-1 получают инсулин через помпу.

## Диабет не от сладкого

Это довольно устойчивый миф, говорит доктор, причины возникновения диабета иные. На сегодня нет достоверных данных и четкой причины возникновения сахарного диабета, какой именно фактор способствует запуску аутоиммунного процесса. Есть данные, что СД-1 возникает у генетически предрасположенных лиц, но у 95% пациентов в семье ни у кого не встречалось данного заболевания. Чаще всего запуском являются вирусные инфекции, тяжелые стрессовые ситуации, которые приводят к нарушениям в правильной работе иммунной системы.

– После вспышки COVID-19 мы выявляем большое количество заболевших сахарным диабетом детей. СД-1 может быть последствием и ковида, и любой вирусной инфекции – энтеровирусной, ротавирусной и т. д. Мы отмечаем, что после сезонных пиков ОРВИ количество детей, впервые по-

## Это важно!

### Помпы и шприц-ручки

Помповая инсулинотерапия – более удобный и комфортный для пациента способ введения инсулина. Он более адаптивен к индивидуальным особенностям пациента, но требует большей ответственности, внимательности, чем введение инсулина шприц-ручками.

| Шприц-ручки                                           | Инсулиновые помпы                                                                    |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Инсулин вводится отдельными дозами                    | Инсулин вводится постоянно                                                           |
| Расчет болюсной дозы в уме или с помощью калькулятора | Встроенная программа автоматического расчета болюсной дозы                           |
| 4 инъекции в день                                     | Одна инъекция в 2–3 дня (для смены катетера)                                         |
| Нужно сделать укол                                    | Укол не требуется, достаточно нажать кнопку                                          |
| Минимальное вводимое количество инсулина: 0,5 ед.     | Минимальное вводимое количество: до 0,01 ед. в базальном и 0,1 ед. в болюсном режиме |

ступивших с дебютом сахарного диабета, увеличивается. Выходит, что любой инфекционный агент может вызвать сбой в иммунной системе и запустить каскад аутоиммунных реакций, которые приведут в том числе к развитию СД-1. Сахарный диабет – это не только наследственная предрасположенность. Получается, что любой ребенок перед сахарным диабетом уязвим.

**Почему помповая инсулинотерапия показана детям?**

У детей младшего возраста основное показание – необходимость введения очень маленьких доз инсулина. Во-вторых, дети боятся уколов, прочих медицинских вмешательств. Страх – плохой помощник в лечении, поэтому психотравмирующих эпизодов лучше избегать. В-третьих, родители маленьких детей часто боятся возникновения гипогликемии в детском саду и школе, поэтому утром вводят меньше инсулина на завтрак. С помпой, у которой все автоматизировано, уменьшать дозы в этом случае не нужно.

У детей постарше часто наблюдаются высокие показатели глюкозы в крови ночью и утром. Ночные гипогликемии опасны тем, что не каждый может их почувствовать во сне и сво-

времененно принять меры. По статистике, около 35% случаев гипогликемии происходит ночью. 75% тяжелых гипогликемий происходит в ночное время.

Общие показания к использованию помпы: высокий уровень гликированного гемоглобина, сложность достижения удовлетворительных показателей уровня глюкозы в крови, частые гипогликемии, эпизоды тяжелой гипогликемии.

Большой плюс, если у ребенка и родителей высока мотивация к установке этого устройства, есть желание разобраться в особенностях его использования, присутствуют знания о самом заболевании, есть ответственное отношение к терапии и высокий уровень самоконтроля и родительского контроля. В противном случае терапия с помощью помпы не будет эффективной.

Забывчивость, стеснительность, нежелание вникать в детали и вести мониторинг показателей будут приводить к осложнениям, ухудшению состояния пациента. Абсолютных противопоказаний к установке помпы нет. Противопоказанием может быть наличие некоторых соматических (например, психических) заболеваний у самого ребенка или его родителей,

Продолжение на стр. 24 >>



«Продолжение. Начало на стр. 22-23

если эти заболевания препятствуют грамотному использованию помпы. Но и в этом случае важен персонализированный подход.

Вред, который может принести некорректное использование помпы, – диабетический кетоацидоз, острое осложнение диабета, требующее немедленных действий, а в тяжелых случаях даже реанимационных мероприятий. Помпа подает так называемый короткий инсулин, который действует 2–3 часа. Если есть какая-то неисправность в устройстве и инсулин не поступает, то уровень сахара растет очень быстро, в геометрической прогрессии, и за 4–6 часов ребенок может уйти из стабильного состояния в диабетический кетоацидоз. Крайним его проявлением является диабетическая кома.

– Если мы видим некорректное использование помпы, то предлагаем родителям на время отказаться от ее использования и перейти на шприц-ручку. Очень часто от использования помпы отказываются подростки, чаще девочки, из-за повышенного внимания друзей, одноклассников. Взрослея, ребенок понимает, что на инсулиновой помпе компенсация диабета будет лучше, качество жизни выше.

### Сам измерит, сам введет

Инсулиновая помпа – прибор, имитирующий работу здоровой поджелудочной железы. Это электронный шприц, который вводит инсулин в подкожно-жировую клетчатку. По весу и размерам не больше мобильного телефона. Внутри находится батарейка, электронная схема, моторчик, поршень и емкость с инсулином. Помпа – программируемое устройство, в которое можно ввести периодичность, дозировку введения инсулина. Электроника управляет поршнем, который выдавливает инсулин с определенной скоростью, буквально в микродозах.

На теле пациента устанавливается канюля (тефлоновая или стальная) –

Г

280

**измерений уровня  
глюкозы в крови  
в сутки может  
автоматически делать  
инсулиновая помпа.**

игла, через которую по трубке (катетеру) помпа подает инсулин. Помпа работает в двух режимах – базальном и болюсном. Первый – это постоянные подачи небольших или малых доз инсулина. Второй – введение больших доз инсулина, чтобы снизить уровень глюкозы в крови или перед едой. Примерно так и работает поджелудочная железа человека без сахарного диабета.

У некоторых современных помп есть функция непрерывного мониторинга уровня сахара – устройство измеряет его каждые пять минут и выстраивает прогноз к повышению или понижению уровня глюкозы. Если прогноз к понижению, то устройство отключает подачу инсулина и подает сигнал, который позволит родителям или самому пациенту принять меры по предотвращению тяжелой гипогликемии («низкого сахара», когда ребенок может потерять сознание).

**В умелых  
руках даже самая  
обычная, простая  
помпа предоставляет  
максимальные возможности  
для компенсации  
сахарного  
диабета.**

Родители, рассказывает Евгения Тайлакова, могут установить на свой домашний компьютер модуль, который принимает показания помпы, и программу, которая собирает и анализирует эти данные. Графики показаний родители отправляют врачу на электронную почту. Врач в своем рабочем ПК видит данные этих пациентов и их помп.

**Елена Клишина.  
Фото предоставлено  
героиней публикации**

В Алтайском крае разработаны методические рекомендации «Актуальные вопросы проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения». Издание подготовлено Алтайским государственным медицинским университетом и Краевым Центром общественного здоровья и медицинской профилактики.

Методические рекомендации предназначены для специалистов отделений и кабинетов медицинской профилактики, участковых врачей-терапевтов, врачей общей практики, фельдшеров ФАПов, участвующих в проведении профилактических осмотров и диспансеризации определенных групп взрослого населения. Также с ними могут ознакомиться студенты, приступившие к освоению поликлинического раздела внутренних болезней, и клинические ординаторы.

В брошюре приводятся нормативные документы, описан порядок проведения профосмотров и диспансеризации, отражено содержание первого этапа диспансеризации, в частности мероприятия для разных возрастных групп населения. В пособии отмечены особенности второго этапа диспансеризации. Отдельно уделено внимание проведению диспансеризации для пациентов 65+, а также их профилактическому консультированию и анкетированию.

Рекомендации содержат такие материалы, как алгоритм установления групп здоровья по результатам диспансеризации, методики определения степени сердечно-сосудистого риска, диагностические критерии факторов риска разви-

# Диспансеризация и профосмотры – по правилам



тия хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ). В приложении к методическим рекомендациям опубликованы тесты, анкеты, опросники, оценочные листы для выявления факторов риска ХНИЗ, старческой астении, оценки когнитивных способностей.

Над методическими рекомендациями работала группа авторов, в которую вошли **Татьяна Репкина**, к. м. н., доцент, заведующая кафедрой поликлинической терапии АГМУ, главный врач Краевого Центра общественного здоровья и медицинской профилактики, **Ирина Бахарева**, к. м. н., доцент кафедры факультетской терапии и профессиональных болезней АГМУ, главный специалист – терапевт-пульмонолог, **Ольга Гатаулина**, к. м. н., доцент кафедры поликлинической терапии АГМУ, **Богдан Царенко**, врач-статистик Краевого Центра общественного здоровья и медицинской профилактики. Рецензентом выступила **Марина Фомичева**, к. м. н., главный специалист по медицинской профилактике Министерства здравоохранения Новосибирской области и

СФО, директор Регионального центра общественного здоровья и медицинской профилактики, руководитель новосибирского регионального отделения Общероссийской общественной организации «Лига здоровья нации».

Методические рекомендации распространяются в электронном виде, их можно скачать на сайте Краевого Центра общественного здоровья и медицинской профилактики.

Проведение профилактических осмотров и диспансеризации, считает Татьяна Репкина, «единственно верный путь к сохранению человеческого капитала государства».

– Важно выявлять факторы риска социально значимых заболеваний для того, чтобы скорректировать их и сохранить здоровье, а иногда и жизнь человека. Например, своевременное выявление хронической обструктивной болезни легких, назначение лечения такому пациенту и помощь в отказе от вредной привычки реально сохраняют ему жизнь. Там, где нет таких скрининговых программ, пациент оплачивает сам свои профилактические чекапы

по своей страховке. У нас все это можно пройти в рамках государственных гарантий: первый этап диспансеризации, при необходимости дообследование (второй этап). Кроме того, с июля 2021 года по Приказу Президента РФ стартовала углубленная диспансеризация, введенная из-за того, что ковид дает ряд осложнений (одышка, риск тромбозов, увеличение кардиоваскулярного риска и т.д.).

Если диспансеризацию проводить качественно, своевременно, ежегодно, то на 67% снижается смертность от онкозаболеваний, на 24% – смертность от заболеваний системы кровообращения в трудоспособном возрасте.

Татьяна Репкина подчеркнула, что движение врач – пациент должно быть двусторонним: сами граждане должны ответственно относиться к своему здоровью, не пренебрегать профосмотрами и соблюдать сроки диспансеризации. Все желающие в рамках диспансеризации могут пройти флюорографию, маммографию, сдать анализы, узнать свои индивидуальные факторы риска.

**Елена Клишина**



# Голова кругом

Если голова кружится не от любви и не от счастья, а по какой-то другой не всегда ясной причине, то, возможно, это доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ). Разобраться с тем, что означает этот сложный термин, нам помогает Алла Тырышкина, врач-отоларинголог-отоневролог. Она ведет прием в краевой поликлинике № 2.



## Что это значит?

**Доброкачественное** – то есть не представляет большой опасности для жизни и здоровья.

**Пароксизмальное** – проявляется время от времени, возникает и проходит.

**Позиционное** – возникает при перемене положения тела или головы, зависит, грубо говоря, от позы.

Такие головокружения возникают при повороте головы влево и вправо, наклоне вниз головы и верхней половины тела, при запрокидывании головы вверх, при резком вставании и некоторых других изменениях положения тела.

Второе название этого заболевания – **отолитиаз**, от греческих слов

«отос» – «камень» и «литос» – «ухо», дословно «камни в ушах». Но в отличие от желчекаменной и мочекаменной болезни эти «камни» не нужно удалять из организма. Наоборот, они очень нужны и важны, просто они находятся не на своем месте и их следует вернуть куда надо.

## А где им следует быть?

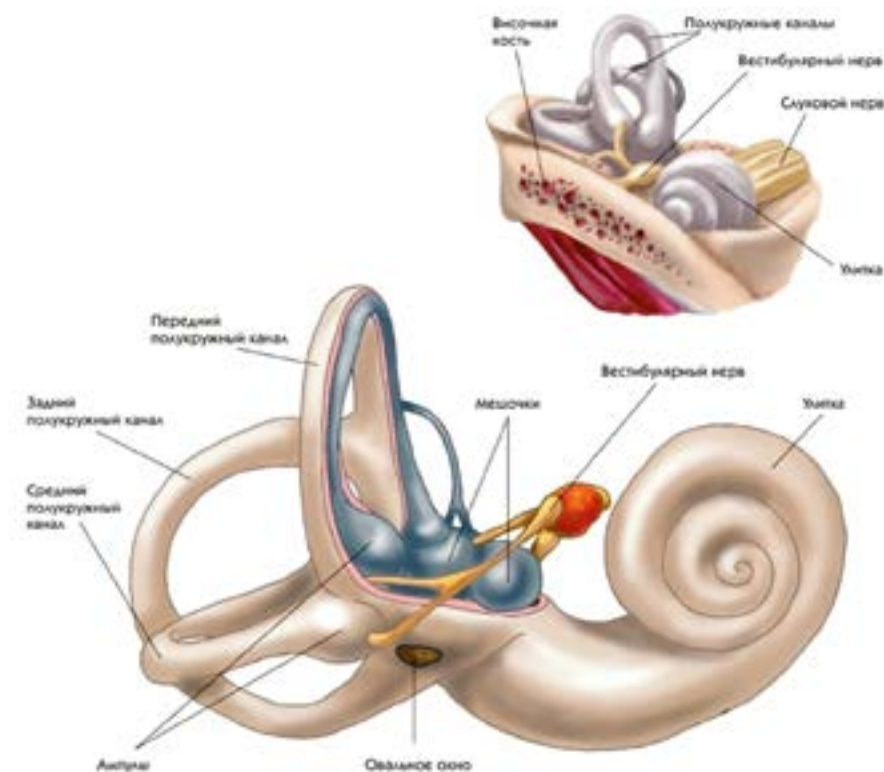
В 50% случаев головокружение связано с заболеваниями вестибулярного аппарата. Этот аппарат представляет собой сложную систему, которая находится в голове человека, а точнее, во внутреннем ухе. Одна часть внутреннего уха (улитка) отвечает за слух, другие части – за восприятие неподвижного положения тела и за его динамические изменения.

За статику отвечают вестибулярные клетки в овальном и круглом мешочках преддверия внутреннего уха. В этих мешочках и должны находиться эти самые мельчайшие камешки отолиты – кристаллы бикарбоната кальция  $\text{CaCO}_3$ . За динамику отвечают

три полукружных канала, которые начинаются из овального мешочка. Эти каналы расположены в разных плоскостях, поэтому так чувствительны к изменениям положения тела. В каналах находится жидкость эндолимфа, которая, перетекая, воздействует на купулы (особо чувствительные клетки) в каждом канале. Клетки купул передают колебания жидкости в виде нервных импульсов в мозг.

В норме отолиты «вкраплены» в желеобразную мембрану и нигде не перемещаются. Но если происходит повреждение мембраны, ее фрагменты начинают перемещаться и «заплывают» в полукружные каналы. Если фрагменты попадают на купулы, то они начинают дезинформировать мозг, вызывая головокружения, нистагм – произвольные быстрые ритмические движения глаз, другие реакции.

Повреждения мембраны могут происходить из-за травм головы, воспалительных процессов во внутреннем ухе, хирургических вмешательств и болезни Меньера (заболевания вну-



тренного уха). Но примерно в 50–75% случаев установить причины повреждения мембраны не представляется возможным.

## И что же делать?

Доброкачественные пароксизмальные позиционные головокружения – предмет изучения отоневрологии. Отоневрология использует знания и навыки трех разделов медицины – оториноларингологии, невропатологии и нейрохирургии. Отоневрология изучает симптомы и синдромы, возникающие при нарушении иннервации ЛОР-органов вследствие поражения периферических и особенно центральных отделов вестибулярного, слухового, обонятельного и вкусового анализаторов, а также чувствительной и двигательной иннервации глотки и гортани.

Отоневрологическое обследование позволяет не только выявить уровень поражения центральной нервной системы (определить локализацию поражения, особенно если процесс затрагивает ствол мозга, корешки черепно-мозговых нервов), но и помогает оценить функциональное состояние нервных структур на момент осмотра (степень компенсации и декомпенсации).

По данным, которые приводит Алла Владимировна, проблема диагностики и лечения острых кохлеовестибулярных нарушений – одна из актуальных. В нашей стране число больных с такими нарушениями составляет 13–14 человек на 10 тыс. населения. При этом

среди тех, кто ими страдает, преобладают представители наиболее активного и трудоспособного возраста.

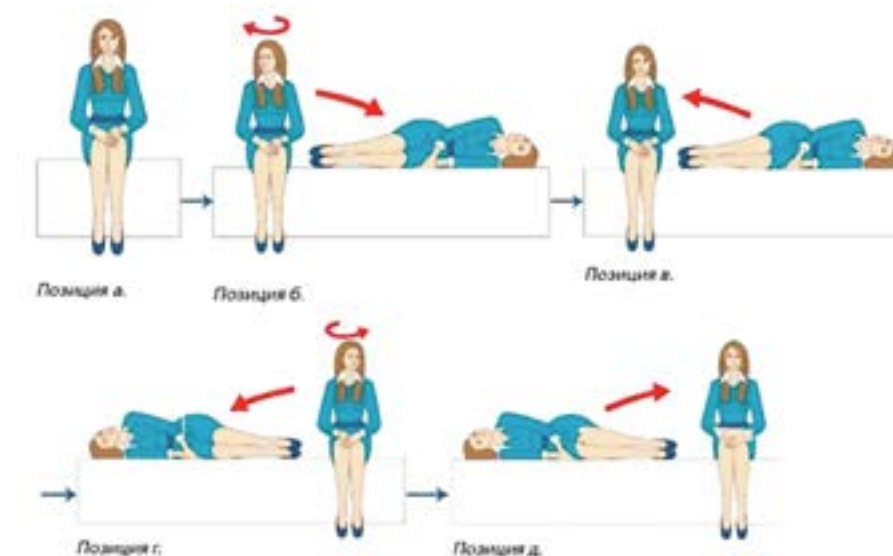
К отоневрологу следует обращаться, если вы отмечаете у себя головокружения, нарушение равновесия, изменение походки, хронический насморк, нарушение обоняния или вкуса, двустороннее или одностороннее нарушение слуха, звон или шум в ушах.

На приеме отоневролог уточнит, когда появились эти нарушения, постоянные они или пароксизмальные, как часто повторяются, чем провоцируются, чем сопровождаются, чем купируются и многое другое.

Следующий этап диагностики – клиническое обследование пациента с головокружением или нарушением равновесия. Оно включает осмотр, проведение провокационных проб позиционных тестов.

Кроме традиционных (медикаментозных) методов лечения, отоневролог порекомендует выполнять специальные упражнения для тренировки вестибулярного аппарата, они помогут снизить тяжесть симптоматики. Отдельные комплексы нужно выполнять под контролем врача, но есть и такие, которые пациент может применять дома самостоятельно.

Например, метод Брандта – Дароффа. Суть его в том, что пациент принимает специальную позу и удерживает ее в течение 30 секунд. За один сеанс нужно сделать не менее пяти повторов. Позиция: положение лежа на боку, повернув голову вверх на



## Важно!

Важно помнить, что отолитиаз – не единственная причина головокружений и разбираться с этим должен все-таки врач. ДППГ относится к периферическим головокружениям (то есть вызванным патологией вестибулярного аппарата вне головного мозга). Есть еще центральные головокружения, которые возникают при поражении структур головного мозга, чаще всего продолговатого мозга и мозжечка. Часто они сочетаются с другими проявлениями: нарушениями произношения, появлением двоения в глазах, онемения кожи, ощущения мурашек в конечностях, ощущения покалывания без внешнего воздействия, головной болью, слабостью, расстройством координации конечностей.

Нередко головокружения могут быть приняты за последствия остеохондроза, их списывают на нарушение кровоснабжения головного мозга из-за атеросклероза и извитости позвоночных артерий (вертебро-базилярная недостаточность). Головокружения могут возникать из-за резкого падения артериального давления.

ДППГ могут проходить независимо от медикаментозного лечения. Это обычно связано с растворением свободно перемещающихся частиц в эндолимфе, особенно при уменьшении в ней концентрации кальция.

При возникновении ДППГ нужно скорректировать образ жизни: ограничить перемещения, особенно в первые два дня, стараться поворачиваться и подниматься таким образом, чтобы не вызвать головокружение, желательно не садиться за руль и обратиться к врачу.

45 градусов. Метод показан в том числе пожилым людям после инсульта и травм мозга. Но его не следует выполнять, если есть серьезные нарушения ритма дыхания, проблемы с сердцем, имеется инфекционное заболевание.

Подготовила Елена Клишина



# Капли жизни

Профилактика – лучшее лечение, любят говорить врачи. И они знают, о чем говорят. По статистике, 80% смертей в России приходится на долю хронических неинфекционных заболеваний. Большую их часть можно предотвратить или хотя бы остановить на ранних стадиях при своевременной диагностике. Для этого в нашей стране проводят плановую диспансеризацию и профилактические медицинские осмотры. Даже небольшой спектр исследований поможет вовремя выявить недуг. О чем могут рассказать простые анализы крови и мочи – читайте в нашем материале.

## Кровный интерес

Один из наиболее информативных анализов – **клинический (общий) анализ крови (ОАК)**. Он поможет определить состояние иммунной системы организма – оценить уровень гемоглобина, наличие и остроту воспалительного, а также аллергических процессов, нарушения свертываемости крови. ОАК включает определение концентрации гемоглобина, количества лейкоцитов и подсчет лейкоцитарной формулы, определение количества эритроцитов, тромбоцитов, скорости оседания эритроцитов (СОЭ) и других показателей.

Благодаря правильной расшифровке результатов ОАК можно установить причину возникновения тех или иных симптомов у взрослых, определить вид болезни крови, внутренних органов, подобрать правильную схему



лечения. Также с его помощью врачи отслеживают динамику развития заболевания и оценивают эффективность выбранной терапии.

**Эритроциты** – форменные элементы крови. Они содержат гемоглобин и занимаются транспортировкой кислорода и углекислого газа в организме. Их повышение (эритроцитоз) может быть результатом гипогидратации при потливости, рвоте, ожогах или же указывать на болезнь Вакеза (эритремия) – хронический лейкоз. Эритроцитоз также может возникнуть вследствие гипоксии в организме при хронических заболеваниях легких, сердца, сужении почечных артерий и поликистозе почек. Снижение эритроцитов (эритропения) говорит об анемии, опухолях крови. Уровень эритроцитов в крови становится меньше при дефиците в организме железа, недостатке витамина В<sub>12</sub>, кровотечениях.

**Тромбоциты** участвуют в обеспечении гемостаза, а также в свертывании крови. Повышение их количества (тромбоцитоз) наблюдается при: кровотечениях, лечении кортикостероидами, дефиците железа, злокачественных новообразованиях, остром гемолизе, миелопролиферативных расстройствах (эритремии, миелофиброзе), хронических воспалительных заболеваниях (ревматоидный артрит, туберкулез, цир-

роз печени), а также при физическом перенапряжении. Понижение количества тромбоцитов (тромбоцитопения) наблюдается при сниженной продукции тромбоцитов, ДВС-синдроме, повышенном разрушении тромбоцитов, гемолитико-уремическом синдроме, аутоиммунных заболеваниях.

**Лейкоциты** – белые кровяные тельца. Они защищают организм от чужеродных веществ и микробов – обеспечивают иммунитет. Повышение их уровня (лейкоцитоз) говорит о наличии инфекции, воспаления, аллергии. Также он наблюдается при лейкозах, состояниях после острого кровотечения и при гемолизе.

Снижение лейкоцитов (лейкоцитопения) указывает на патологию костного мозга, наличие инфекции (грипп, краснуха, корь и т. д.), генетические аномалии иммунитета, а также повышенную функцию селезенки.

Диагностическое значение имеет изменение числа отдельных видов, а не всех лейкоцитов в общем.

**Базофилы** содержат в большом количестве вещества, вызывающие воспаление тканей. Их количество повышается при развитии реакции гиперчувствительности, ветряной оспы, гипотиреозе, хронических синуситах. Снижается – при гипертиреозе, беременности, овуляции, стрессе, острых инфекциях.

**Эозинофилы** отвечают за аллергию. Повышение их показателя свидетельствует о наличии аллергического воспаления (аллергический ринит). Кроме того, количество эозинофилов может быть повышено при наличии глистных инвазий! Особенно часто это бывает у детей.

**Нейтрофилы** обеспечивают антибактериальный иммунитет. Благодаря этому можно определять остроту и тяжесть воспалительного процесса или поражение кроветворной системы.

Увеличение количества нейтрофилов отмечается при бактериальных инфекциях, травмах, инфаркте миокарда, злокачественных опухолях. При особо тяжелых состояниях, гнойных процессах и сепсисе в крови могут обнаруживаться промиелоциты и миелоциты, которых в норме быть не должно.

**Моноциты** – вариация лейкоцитов в активной фазе. Они поглощают погибшие клетки и бактерии. Снижение уровня моноцитов обусловлено тяжелыми операциями и приемом кортикостероидов. Повышение указывает на развитие ревматоидного артрита, сифилиса, туберкулеза, мононуклеоза и иных болезней инфекционной природы.

**Гранулоциты** выступают активаторами работы иммунной системы в борьбе с воспалениями, инфекциями и аллергическими реакциями. Их уровень повышается при воспалениях, снижается при красной волчанке и апластической анемии.

**Гемоглобин** – это белок, который содержится в эритроцитах и осуществляет обмен кислорода между легкими и тканями организма. Увеличение концентрации гемоглобина встречается при эритремии (уменьшении числа эритроцитов), эритроцитозах (повышении числа эритроцитов), а также при сгущении крови вследствие большой потери организмом жидкости. Кроме того, показатель гемоглобина бывает увеличенным при сердечно-сосудистой декомпенсации. Если показатель гемоглобина больше или меньше границы нормы, это говорит о наличии патологических состояний.

**СОЭ – скорость оседания эритроцитов.** Она показывает, как быстро кровь разделяется на плазму и форменные

## Прямая речь

**Врач-терапевт Краевого Центра медицинской профилактики и общественного здоровья Татьяна Макарова:**



– Большинство результатов лабораторных анализов разделить на «норму» и «патологию» не всегда легко. Чтобы интерпретировать, требуется сравнение полученных данных с показателями, установленными в качестве нормы (референсных или референтных значений), так как это средние значения и могут быть отклонения от средней величины в зависимости от пола, возраста, функционального состояния тех или иных органов и систем физиологического

состояния. Результаты конкретного пациента сравнивают с референтным интервалом (диапазоном). Результаты, входящие в

референтный диапазон, не всегда есть норма. И, напротив, результаты, выходящие за пределы референтных значений, – не всегда патология, а лишь существенный прогностический признак, способный сигнализировать о возможном патологическом процессе. И только врач, учитывая индивидуальные особенности пациента (пол, возраст, анамнез, визуальный осмотр, физиологическое состояние), может правильно интерпретировать лабораторный данные.

элементы. Чем больше у человека красных клеток, тем медленнее они оседают. Причинами высокой СОЭ могут стать острые и хронические воспалительные процессы инфекционного происхождения (пневмония, ревматизм, сифилис, туберкулез, сепсис), а также поражения сердца, болезни печени, поджелудочной железы, кишечника и почек. Повысится СОЭ и при гематологических заболеваниях, сахарном диабете и тиреотоксикозе, а также при состояниях с выраженной интоксикацией и злокачественных новообразованиях. Травмирование органов и тканей (хирургические операции, ранения и переломы костей) повышает способность эритроцитов к агрегации. СОЭ ниже нормы характерно для механической желтухи.

Как неспецифический индикатор процесса болезни, СОЭ часто используется для слежения за ее течением.

Крайне важно регулярно проверять **уровень глюкозы** в крови. Это поможет вовремя выявить сахарный диабет уже на стадии преддиабета. Количество глюкозы в крови влияет на самочувствие и работу всех внутренних органов.

Основным показателем жирового обмена является **уровень холесте-**

**на.** Анализ крови на холестерин играет значительную роль в диагностике атеросклероза и в определении риска развития ишемической болезни сердца. Время от времени его нужно сдавать даже здоровым людям, чтобы вовремя отследить изменения его уровня и скорректировать диету. Для получения полной картины необходимо измерять не только общий уровень холестерина, но и уровень **ЛПНП (липопротеинов низкой плотности), ЛПВП (липопротеинов высокой плотности) и ЛПОНП (липопротеинов очень низкой плотности).**

Повышение уровня холестерина характерно для таких заболеваний, как: врожденная гиперлипидемия, патологии гепатобилиарной системы, рак поджелудочной железы, сахарный диабет, гипотиреоз и патологии почек. У людей, страдающих алкоголизмом и ожирением, а также у тех, кто слишком увлекается жирной едой, этот показатель приближается к верхней границе нормы и иногда даже пересекает ее.

Пониженный уровень холестерина также не является нормой. Он может быть признаком гипертиреоза, рака

Продолжение на стр. 30 ➡



«Продолжение. Начало на стр. 28-29

печени и других онкологических заболеваний, цирроза печени (особенно на поздних стадиях), хронической анемии, патологии костного мозга, хронической легочной патологии. Понижение концентрации холестерина характерно также для острых инфекций, сепсиса и обширных ожогов. У людей, чрезмерно увлекающихся голоданием и очень строгими диетами, а также у тех, кто употребляет слишком много жирных кислот (омега), часто наблюдается низкий уровень холестерина.

## На заметку

**Липопротеины низкой плотности** – так называемый «плохой холестерин». Это не означает, что он действительно плох и опасен. ЛПНП нейтрализуют вредные для организма токсины. Однако, если уровень этого соединения слишком велик, оно образует склеротические бляшки.

**Триглицериды**, которые входят в состав **липопротеинов очень низкой плотности (ЛПОНП)**, участвуют лишь в образовании холестериновых бляшек.

**Липопротеины высокой плотности** растворяют холестериновые бляшки на стенках сосудов, потому их еще называют «хорошим холестерином». Функция ЛПВП – доставка холестерина с периферии организма обратно в печень для дальнейшей переработки. «Хороший холестерин» также участвует в строительстве клеточных мембран, обмене витамина D и синтезе ряда гормонов.

## Непростая жидкость

**Общий анализ мочи (ОАМ)** выявляет заболевания органов мочевыделительной системы. С его помощью определяют химические, физические и биологические параметры мочи, а вместе с этим и отклонения от нормы, которые позволяют диагностировать патологию еще до проявления клинической симптоматики. ОАМ также

является средством мониторинга эффективности проводимого лечения.

Моча на 92–99% состоит из воды. Оставшуюся часть объема составляют продукты жизнедеятельности организма: токсины, соли, гормоны и пр. Определяя их концентрацию, химический и физический состав, можно не только оценить состояние и функциональность почек, мочевого пузыря, простаты, печени, но и диагностировать отдельные заболевания: пиелонефрит, гломерулонефрит, почечную/печеночную недостаточность, нефротический синдром, злокачественные новообразования и т. д.

В норме объем мочи составляет 100–300 мл за один акт мочеиспускания. Разовое отклонение от нормы может быть связано с особенностями диеты, приемом некоторых медикаментов и/или водным режимом пациента. Повышение значений (в сочетании с другими показателями) говорит о пиелонефрите и сахарном диабете. Понижение значений (в сочетании с другими показателями) может указывать на острую почечную недостаточность и тяжелую степень обезвоживания.

В числе ключевых биохимических характеристик – **наличие белка**. В норме он практически не выделяется в мочу. Незначительное его повышение может возникать на фоне интенсивных нагрузок и эмоциональных потрясений, общего переохлаждения организма. Значительное превышение нормы указывает на сбой в работе почек.

**Глюкоза** может присутствовать в моче только в минимальных количествах (не более 0,8 ммоль/л). Превышение допустимых значений – явный признак преддиабета или диабета.

**Билирубин** отфильтровывается печенью и вместе с желчью попадает в желудочно-кишечный тракт. Его появление в моче свидетельствует о дисфункции печени.

**Кетоновые тела** в норме не определяются в моче. Кетонурия свидетельствует о развитии сахарного диабета или же неэффективной терапии инсулином. Увеличение концентрации кетоновых тел опасно кетоацидозом (резкое повышение сахара), поражением центральной нервной системы и гипергликемической комой.

**Нитриты** в норме отсутствуют. Их появлению в моче подвержены пациенты после 70 лет, мужчины с аденомой предстательной железы, пациенты после лечебно-диагностических манипуляций в области мочеполовой системы, а также страдающие сахарным диабетом или подагрой.

**Гемоглобин** в норме не обнаруживается. Его присутствие может указывать на гемолиз (разрушение эритроцитов) в почках, сосудах или моче, а также на повреждение или отмирание мышечной ткани.

**Кровяные тельца** в ОАМ присутствуют лишь в условном количестве. Превышение нормы свидетельствует о заболеваниях мочеполовой системы и мочевыводящих путей, воспалительных и инфекционных процессах. Также высокая концентрация кровяных телец характерна для отравлений нитритами, змеиным ядом, солями тяжелых металлов, грибами.

**Эпителиальные клетки** в норме содержатся в осадке мочи и имеют различное происхождение. Повышение значений плоского эпителия говорит об инфицировании мочеполовой системы. Переходного – о цистите (воспалении мочевого пузыря), пиелонефрите, мочекаменной болезни. Почечного – о заболеваниях паренхимы почек (гломерулонефрит, пиелонефрит), хронической почечной недостаточности, интоксикации, новообразованиях в почках.

**Бактерии** в норме отсутствуют. В случае заболевания они должны исчезнуть из мочи не позже чем через двое суток после лечения антибиотиками.

**Грибы** в норме также отсутствуют. Наличие **неорганического осадка (соли, кристаллы)** может быть признаком изменения кислотности мочи, мочекаменной болезни, подагры, нефрита, а также почечной недостаточности и обезвоживания.

Небольшое количество **слизи** в норме содержится в моче. Это свидетельствует о физиологических процессах, происходящих в слизистых оболочках органов. При воспалительных и инфекционных заболеваниях слизь в моче повышается.

Подготовила Ирина Савина

Я живу в г. Камне-на-Оби. Весной этого года случайно на УЗИ у меня обнаружили опухоль поджелудочной железы. И вот волею судьбы я попала в КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер» в отделение рентгенохирургии онкоцентра «Надежда». Как же мне было страшно, вы не представляете. Но, наверное, каждый пациент испытывает подобные чувства. Что меня поразило с первых же минут – это идеальная чистота. Для пациентов здесь созданы все удобства: туалеты, биде, душевые, послеоперационные кровати – все для комфорта и в помощь тяжелобольным людям. Персонал в отделении подобран исключительный: все медсестры, санитарочки вежливые и предупредительные к больным, работают очень слаженно, каждая на своем месте. 25 марта мне делали операцию три поистине гениальных хирурга: заведующим **Константин Григорьевич Мамонтов**, хирурги **Андрей Константинович Мамонтов** и **Нвард Карленовна Бедян**. 9 часов стояли надо мной эти врачи в операционной. Они спасают наши жизни, и за это им огромное спасибо. Сейчас я иду на поправку, самочувствие прекрасное, а главное – безмерная радость, что моя болезнь обнаружена вовремя и вовремя я попала к таким замечательным врачам. Они достойны государственной награды, ведь что может быть более ценным, чем человеческая жизнь. А тут сражаются за каждого пациента, невзирая на чины и звания.

Галина Александровна Малышева

Впервые была пациентом, ожидающим приезда скорой помощи, причем вызова для моей дочки 2 лет. Бригада приехала очень быстро, добрые и грамотные фельдшеры Благовещенской ЦРБ **Е. Ситник** и **А. Безнос** – огромное спасибо за оказанную помощь. Осмотрели, дали рекомендации, ребенок спокойно согласился на уколы. Огромная благодарность специалистам своего дела!

Е.В. Черкашина

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».

Абсолютно все жители Тальменского района, у кого есть дети, знают лично **Снежану Владимировну Полозову** – врача-педиатра Тальменской ЦРБ. Еще не было такого случая, чтобы она не уделила внимания, не нашла времени на разъяснение или рекомендации по лечению, поддержанию здоровья ребенка. Снежану Владимировну можно поистине называть народным доктором и профессионалом в своем деле. Она все время повышает квалификацию, грамотный и надежный врач. У нее не бывает ошибочных диагнозов или недостаточного обследования. Снежана Владимировна четко определяет и оценивает необходимость конкретного обследования и принимает правильное, взвешенное решение. С ней спокойно и надежно. Побольше бы таких врачей в районных больницах! Благодарим нашего любимого врача за достойный и благородный труд! Желаем Снежане Владимировне здоровья, благополучия, простого человеческого счастья и дальнейшего профессионального и личного роста! У нее это здорово получается!

Инга Речкунова

Педиатр КГБУЗ «Алтайский краевой клинический перинатальный центр «ДАР» **Кристина Геннадьевна Уфимцева** – самая замечательная, мы всегда с огромной радостью и беззубой (пока) улыбкой ее посещаем. Квалифицированная, добрая, понимающая.

Елена Сергеевна Мищенко

Я проходил лечение в отделении нейрохирургии Краевой клинической больницы скорой медицинской помощи с 31.03.2022. Упал с большой высоты и получил множественные травмы. Здесь мне провели операцию на позвоночнике. До операции я не мог ходить. Сейчас готовлюсь к выписке и последующей реабилитации в санатории. Хочу поблагодарить заведующего **Евгения Геннадьевича Черданцева**. Он не только профессионал, но очень внимательный человек, доброжелательно относится к пациентам. Все объяснит, расскажет, успокоит. Спасибо всему персоналу отделения.

Алексей Николаевич Головин

Огромное спасибо заведующему ДХО № 1 Детской горбольницы № 7, г. Барнаул, **Андрею Владимировичу Бойко** за своевременную и безупречно оказанную неотложную помощь моему старшему сыну в 2015 году на вторые сутки жизни по поводу атрезии и заворота кишечника. Благодарю за грамотно и в нужный срок запланированную операцию по поводу врожденного гидронефроза моему младшему сыну. Оба малыша восстановились быстро, послеоперационный период был легким и для мамы, и для малышей. Наша семья желает Андрею Владимировичу профессиональных успехов, сильных маленьких пациентов, доверяющих профессионализму врача родителей.

Екатерина Евгеньевна Айкашева

Выражаю благодарность девушкам из регистратуры Детской поликлиники № 9, г. Барнаул, за отзывчивость, точную консультацию, советы. Отдел отличается организованностью, тактичностью. Хочу отметить также, что именно старший регистратор **Анастасия** очень лояльна к пациентам, помогла нам разрешить ситуацию и урегулировать все спорные вопросы. Безмерно благодарна за это, за ваш труд и понимание!

Татьяна





## Пятьдесят лет на страже здоровья

Рубцовскому онкодиспансеру 1 мая 2022 года исполняется 50 лет. Это комплексное специализированное ЛПУ. Оно осуществляет все виды помощи больным с доброкачественными и злокачественными новообразованиями – жителям города Рубцовска и 11 близлежащим сельским районам. Онкодиспансер – компактное учреждение, оно имеет достаточное оснащение и высокий уровень лечебных технологий амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи.

Информация и фото  
предоставлены КГБУЗ  
«Онкологический диспансер  
г. Рубцовска».



В выпуске использованы фотографии с сайта [zdravalt.ru](http://zdravalt.ru), из архива редакции и открытых источников сети Интернет: [mykaleidoscope.ru](http://mykaleidoscope.ru), [ctfassets.net](http://ctfassets.net), [culture.ru](http://culture.ru), [prouriu.ru](http://prouriu.ru), [exo-ykt.ru](http://exo-ykt.ru), [sitekid.ru](http://sitekid.ru), [spirinmusic.ru](http://spirinmusic.ru), [stblizko.ru](http://stblizko.ru)

**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. Свидетельство 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:** Алтайский край, г. Барнаул, ул. Ползунова, 23.  
**Адрес редакции:** 656056, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Ползунова, 23. E-mail: [medprof\\_miz@mail.ru](mailto:medprof_miz@mail.ru).  
**Отпечатано в типографии** ООО «А1»:  
656049, г. Барнаул, ул. Папанинцев, 106А. Тел./факс: 245-936, тел. 69-52-00. E-mail: [europrint@list.ru](mailto:europrint@list.ru).  
ОГРН 1062221060670, ИНН 2221121656. Подписано в печать 5.05.2022.  
По графику 18.00. Фактически 18.00. Тираж 1000 экз. Цена в розницу свободная.