

Мы

и ЗДОРОВЬЕ



№ 5 (696) 19 мая 2021 г. | Издается с 17 июня 1994 г.



Гусев Пётр Лаврентьевич
матрос

Воскрешенный полк



Боровиков Тимофей Иванович
старший сержант

Воскрешенный полк



Кишкинков
Антоний
Иванович

С Днем Победы!

➤ Стр. 2

Солдаты в белых халатах

➤ Стр. 10-12

Бес паники

➤ Стр. 16-18



Дмитрий Попов
Министр здравоохранения
Алтайского края

С Днем Победы!

Дорогие жители Алтайского края!

Примите искренние поздравления с Днем Великой Победы! Чем дальше уходит в историю победный, 1945 год, тем сильнее мы осознаем величие беспримерного подвига нашего народа-победителя, который и через столетия будет ярким символом негибаемого мужества и стойкости. В этот священный день мы низко склоняем головы перед светлой памятью погибших, в жестоких боях отстоявших свободу и независимость Родины! Их имена золотыми буквами навечно вписаны в героическую летопись грандиозной битвы с врагом. Искренней признательности и благодарности достойны труженики тыла. На заводах и фабриках, на колхозных полях, они делали все, чтобы приблизить миг долгожданной Победы. Благодаря их самоотверженному труду наша Родина стала одной из ведущих держав мира. Для нас они всегда будут примером мужества и отваги, беззаветной любви и преданности своему народу и Отечеству.

Сегодня перед нашим поколением стоит задача сберечь память о тех тяжелых днях и сделать все возможное, чтобы наши земляки-герои чувствовали нашу заботу и внимание.

Пожелать сегодня хочется всем нам одного – здоровья. Помните, только вместе мы – сила! Только вместе мы можем справиться с трудностями, которые ставит перед нами жизнь! Пусть наши близкие всегда будут здоровы, и пусть небо над нашими головами всегда будет светлым и мирным!



Поздравление Министра здравоохранения РФ Михаила Мурашко с Международным днем медицинской сестры

Уважаемые коллеги!
Дорогие друзья!

Примите сердечные поздравления с Международным днем медицинской сестры, который отмечается сегодня во всем мире. Тема 2021 года была определена Международным советом медицинских сестер: «Медицинские сестры – ведущий голос в формировании видения будущего здравоохранения». Вашу роль в оказании медицинской помощи сегодня трудно переоценить.

Искренне благодарю вас за ту огромную работу, которую вы каждый день выполняете во всех уголках нашей страны, за ваш большой вклад в борьбу с пандемией новой коронавирусной инфекции, за помощь в спасении сотен тысяч жизней!

Хочу выразить признательность за ваше самоотверженное служение, которое не только физически исцеляет, но и поддерживает, дает надежду пациентам в трудные минуты их жизни. Даже самые современные лекарства и медицинские технологии были бы не столь эффективны без вашей чуткой заботы, доброты, внимания и душевного тепла.



Я призываю своих коллег, руководителей органов управления здравоохранением, принять на себя максимально высокие обязательства по поддержке сестринского дела. На сегодняшний день в России около миллиона медицинских сестер, и мы обязаны создать им все необходимые, комфортные условия для эффективного труда.

Дорогие коллеги, от лица Министерства здравоохранения и от себя лично от всей души поздравляю вас с профессиональным праздником. Желаю, чтобы жизнь окружала вас тем теплом и заботой, которые вы ежедневно дарите своим пациентам, и, конечно, крепкого здоровья!

Источник: minzdrav.gov.ru.
Фото: russiaedu.ru

Удостоены государственных наград

Президент России 27 апреля подписал постановление о награждении государственных наградами медицинских работников России. В их числе 12 специалистов Алтайского края.

Президент РФ Владимир Путин присвоил звание заслуженного работника здравоохранения главному врачу Городской больницы №5 Ирине Вильгельм, почетное звание залуженного врача РФ заведующему отделением анестезиологии-реанимации Владимиру Мартыненко.

Также 10 алтайских медиков награждены за заслуги в области здравоохранения медалью Луки Крымского:

Бухтояров Максим Петрович – заведующий отделением Городской больницы № 5 Барнаула;

Григорян Арам Мкртичевич – врач Алтайского краевого госпиталя для ветеранов войн;

Каракчеева Татьяна Юрьевна – врач Алтайского краевого центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями, филиал в г. Рубцовске;

Князева Людмила Александровна – медсестра Алтайского краевого госпиталя для ветеранов войн;

Коростелев Евгений Юрьевич – заведующий отделением Городской больницы № 5 Барнаула;

Кулакова Оксана Михайловна – санитарка Алтайского краевого госпиталя для ветеранов войн;

Савенко Оксана Александровна – медсестра Алтайского краевого госпиталя для ветеранов войн;

Серб Гелена Владимировна – медицинская сестра Городской больницы № 4 г. Бийска;

Сорокина Марина Николаевна – медицинская сестра Алтайского краевого госпиталя для ветеранов войн;

Шульга Наталья Геннадьевна – врач Алтайского краевого центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями.

Поздравляем коллег с наградами!

Губернатор края поздравил ветеранов

Губернатор Алтайского края Виктор Томенко поздравил с Днем Победы ветеранов Великой Отечественной войны, находящихся на лечении в КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн».

С своим видеобращением он поздравил ветеранов с праздником, отметил, что «9 Мая – это символ духовного величия и мужества нашего народа», и пожелал «крепкого здоровья, благополучия, оставаться как можно дольше в строю, Вы наша гордость и слава». Традиционно все ветераны Великой Отечественной войны, находящиеся на лечении в госпитале, получили также подарки от губернатора.

В праздничном мероприятии, посвященном Дню Победы, принял участие военный оркестр Территориального Управления Росгвардии по Алтайскому краю. В связи с эпидемиологической ситуацией мероприятие состоялось на территории парковой зоны госпиталя. Ветераны из окон своих палат слушали до боли знакомые песни военных лет и подпевали. Также в этот день звучала песня «День Победы», символизирующая великий подвиг нашего народа.

Коллектив госпиталя присоединился к поздравлению ветеранов и выразил им благодарность и уважение за их подвиг, совершенный в годы войны, пожелал здоровья, долголетия, внимания близких и родных людей.

Диспансерное наблюдение автоматически

Инфекция COVID-19 у людей вызывает индивидуальную реакцию. Последствия ее влияния на организм изучены не полностью. Но известно точно, что в ряде случаев они могут представлять опасность для дальнейшего здоровья. Чтобы не допустить ухудшения уже имеющихся и развитие новых заболеваний, за жителями Алтайского края, переболевшими COVID-19, устанавливается диспансерное наблюдение.

Приоритет отдан пациентам, перенесшим коронавирусную пневмонию, инсульт, инфаркт, имеющим хронические заболевания (в том числе сахарный диабет, ХОБЛ, астма, гипертония). Особое внимание уделяется людям старше 60 лет.

Всех жителей региона, находящихся под диспансерным наблюдением, регулярно осматривает терапевт, при необходимости – пульмонолог и другие специалисты. Им предлагают индивидуальные курсы реабилитации, состоящие из медикаментозной терапии, физиопроцедур, массажа. В зависимости от показаний дополнительно назначают рентген, ЭКГ, КТ.

«Комплексное обследование пациентов, перенесших пневмонию, решено проводить 4 раза в год: через месяц после выписки, через 3 месяца, 6 и 12 месяцев. Жителей региона с хроническими заболеваниями – по факту обращения в поликлинику. Под нашим пристальным контролем они будут находиться не меньше 12 месяцев, и только после углубленного обследования они снимаются с диспансерного наблюдения», – говорит заведующая терапевтическим отделением городской поликлиники № 7 города Барнаула Алла Семенова.

По ее словам, постановка на диспансерный учет осуществляется автоматически. Жителям региона не нужно куда-то обращаться. Участковые терапевты или медсестры сами связываются с ними по телефону и приглашают на прием.

Пополнение в многодетной семье



Из перинатального центра «ДАР» выписали домой семью Елены и Сергея Брит, в которой родился ... одиннадцатый малыш! Малыша назвали Самуилом, что означает «Бог услышал».

С пополнением семью поздравили министр социальной защиты Алтайского края Наталья Оськина, замминистра юстиции региона Андрей Щукин, главный врач перинатального центра Ирина Молчанова. В зале выписки была проведена церемония регистрации, родители получили свидетельство о рождении малыша.

В прошлом году семья Брит стала победителем краевой эстафеты родительского подвига «Согрей теплом родительского сердца – 2020» в номинации «Семья, устремленная в будущее».

– Наша страна и край исторически держатся на таких крепких многодетных семьях, как ваша. Мне очень приятно сегодня разделить вместе с вами это радостное событие. Маме желаю здоровья, сыночку Самуилу, чтобы рос на радость родителям, а сестрам и братьям – чтобы были дружными и помогали друг другу. Хочу пожелать, чтобы вы и в дальнейшем продолжали нести в мир красоту, веру, любовь, истинные семейные ценности, – поздравила супругов Брит министр социальной защиты Алтайского края Наталья Оськина.

По информации на 1 апреля 2021 года, в Алтайском крае проживает 30 573 многодетных семьи, в которых воспитывается 103 152 несовершеннолетних ребенка.

Личный прием граждан в очном режиме

С 1 мая 2021 года обратиться в министерство снова стало возможным лично.

Личный прием граждан проводит специалист сектора по работе с обращениями граждан в кабинете № 127 в рабочие дни с 09.00 до 17.00, обед с 13.00 до 13.48. В случае необходимости в ходе приема в кабинет могут быть приглашены начальник сектора по работе с обращениями граждан, начальник отдела по работе с обращениями граждан и контролю качества, специалист отдела лекарственного обеспечения. При себе необходимо иметь средства индивидуальной защиты.

Личный прием граждан министром здравоохранения Алтайского края Д.В. Поповым проводится каждый 4-й четверг месяца в Правительстве Алтайского края по адресу: пр. Ленина, д. 59, каб. 103, по предварительной записи. В мае встреча состоится 27 числа. Телефоны для предварительной записи: 8 (3852) 62-80-98, 29-50-92, 36-31-33.

Напоминаем, что для устных обращений работает телефон горячей линии в круглосуточном режиме: 8-800-350-3525, и телефоны министерства: 62-77-66, 62-36-48 в рабочие дни с 09.00 до 18.00, обед с 13.00 до 13.48.

Как проходит вакцинация от COVID-19



Перед прививкой

- Осмотр врача с измерением температуры
- Сбор сведений о контактах с инфицированными
- Измерение уровня кислорода в крови и осмотр зева
- Информирование о возможных реакциях
- Заполнение информированного добровольного согласия

Для вакцинации используется «Гам-КОВИД-Вак» («Спутник V»)

1 этап вакцинации

Введение компонента I внутримышечно

2 этап вакцинации

Введение компонента II внутримышечно через 21 день после первой прививки

После прививки продолжайте носить маски. Это особенно важно в течение 42 дней после первой инъекции, пока формируется иммунитет

После прививки в течение 3 дней рекомендуется

- Не посещать сауну/баню
- Избегать чрезмерных физических нагрузок
- Не принимать алкоголь
- При повышении температуры можно принять нестероидные противовоспалительные препараты
- При покраснении, отечности, болезненности места вакцинации можно принять антигистаминные средства

Запишитесь на вакцинацию через Госуслуги

<https://www.gosuslugi.ru/landing/vaccination>

© АНО «Национальные приоритеты», 2021. Источник: стопкоронавирус.рф.

Суперспособности бактерий - новый удар по человеку

Спустя год после прихода зловещного ковида на Алтай уже можно проанализировать случаи летальности и сделать выводы: треть пациентов умирает в первые 72 часа пребывания в стационаре, остальные – в более поздние сроки. И если причинами ранней летальности чаще всего становятся гипоксия и тромбоэмболии, то главной причиной поздней – септические осложнения.

Лекарственная устойчивость бактерий к антимикробным препаратам приобрела угрожающие размеры еще до пандемии, а сейчас начался ее резкий всплеск в связи с бесконтрольным применением антибиотиков, считает главный внештатный специалист по клинической микробиологии и антимикробной резистентности Минздрава РФ по Сибирскому федеральному округу и Алтайскому краю **Ольга Солодилова**.



– Что характерно для назначения антибиотиков при ковиде в России?



– Рынок самых востребованных антибактериальных препаратов за первый год пандемии в РФ возрос на 19 млрд рублей. Это преимущественно левофлоксацин – его было назначено 16 млн DDD (средняя поддерживающая суточная доза) и азитромицин – 6,3 млн DDD. Эта излюбленная амбулаторной службой нашей страны комбинация антибиотиков назначалась в два раза чаще по сравнению с 2019 годом. Избыточное применение антибиотиков привело к резкому росту устойчивости к ним множества штаммов, в том числе к резервным препаратам последнего поколения – карбапенемам и другим препаратам (полимиксины, тигециклины, цефалоспорины 4-го поколения). Так, рост назначений меропенема составил 70% по сравнению с 2019 годом, что в денежном эквиваленте превышает 10 млрд рублей. Как следствие этого, в настоящий момент клебсиелла пневмония лидирует среди всех патогенов по части резистентности к меропенемам и отличается гипервирулентностью.

Между тем столь разительного роста потребления антибиотиков в развитых странах, особенно на амбулаторном этапе, не произошло. Особенно в этом отношении спокойно выглядели страны, которые ввели строгие ограничительные мероприятия, например Германия. Либо Испания (Андалузия), где в стационарах ведется строгий контроль антибиотикорезистентности выделенной госпитальной флоры, то есть инфекционный контроль, и препараты назначались «точно в цель» (таргетно).

При этом в первые месяцы пандемии бактериальные суперинфекции легких осложнили треть случаев COVID-19 и лишь в 3% случаев стали причиной летального исхода. Особенность пациентов с COVID-19 – быстрое формирование чрезвычайно опасных бактерий-суперинфектов в их организме. Не потому, что они какие-то выдающиеся, а потому, что они устойчивы к препаратам, которые обычно используются для лечения бактериальных инфекций. Гистологические изменения, характерные для

бактериальной инфекции, выявлены в 32% аутопсий больных ковидом.

– Откуда они берутся? Внутрибольничная инфекция?

– Люди приходят в больницу, уже имея в организме некоторое количество устойчивых микробов, и во время ИВЛ ускоряется именно их рост. Например, потому, что все чувствительные к антибиотикам микробы убиваются препаратами, которыми лечили пациентов. Получается, что «виноваты» сами пациенты – в том, что они заносят устойчивые микробы в госпиталь. Либо устойчивые микробы с самого начала находятся в больнице и потихоньку «заселяют» пациентов в ходе лечения. То есть люди приходят хоть и с диагнозом «ковид», но без каких-то особенно устойчивых микробов. А в ходе ИВЛ в течение нескольких недель они заражаются теми микробами, которые живут в больнице. Для 3% таких пациентов эти обстоятельства являются причиной летального исхода. Собственно говоря, так было всегда. Именно за счет переноса внутри госпиталя в конкретных стационарах и развиваются «свои», «доморожденные» микробы. В одном госпитале – одни, в другом – другие. Еще один из источников заражения нозокомиальными инфекциями – медицинский персонал. Медсестры, врачи ходят от одного пациента к другому, проводят какие-то манипуляции и переносят микробы, особенно если нарушают правила асептики и антисептики рук и перчаток и другие требования инфекционного контроля.

– Что за суперинфекция возникает у больных ковидом? Она настолько опасна, что хуже самого коронавируса?

– Если у интубированных пациентов, поступающих в отделения реанимации, изначально не выделялись патогенные микроорганизмы, то через трое суток пребывания в стационаре начинали выделяться золотистые стафилококки, клебсиеллы и ацинетобактер. Выявляются микробы полирезистентные, с экстремальной резистентностью, и, к сожалению, такая флора встречается довольно часто. Появление новых суперинфектов существенно ограничивает возможности врачей по оказанию помощи реанимационным пациентам с ко-

ронавирусом. Они вызывают массу трудностей и требуют больше затрат – материальных и временных: в отношении таких случаев специалисты начинают применять различные комбинации антибиотиков, новые препараты в сочетании с уже известными.

– Были ли выявлены бактериологическими лабораториями края эти суперинфектанты? Чем наши данные отличаются от других территорий?

Среди инфекций легких в крае 95% были представлены пневмониями, 75% из которых были локализованными, 3,5% представлены абсцессами легких и эмпиемами и 1,5% – септическими эмболами.

В микробном пейзаже биологического материала от пациентов в ковидных госпиталях Алтайского края за 2020 год констатируются следующие особенности: если в 2019 году в стационарах края из мокроты пациентов с внебольничными пневмониями выделялись пневмококки, гемофильные палочки, то в 2020 году, особенно у больных на ИВЛ, до 90% всего микробного пейзажа составляют клебсиеллы, до 5% – ацинетобактер. Это те самые патогены, которые в 2017 году эксперты ВОЗ определили в группу экстремально опасных микроорганизмов, соответственно, в отношении которых необходима разработка новых антибиотиков.

Большую проблему стали представлять дрожжеподобные грибы типа кандиды, которые все чаще регистрируются при коронавирусе. Они распространяются в стационарах стремительно. Последние исследования мокроты при пневмониях показали выделение большого количества штаммов кандиды (в 100% проб) при присоединении бактериальной инфекции, которая до 73% случаев устойчива к антибиотикам и часто является причиной смерти пациентов.

У септических больных в крови выявлялись клебсиелла, синегнойная палочка, ацинетобактер, редко – стафилококк, преобладала грамотрицательная флора. В 2020 году стали выявляться условно-патогенные микроорганизмы из проб органов, где их локализация не свойственна: в легких, моче, крови. Ранее они выявлялись только из фека-

лий. Как правило, они были выявлены у больных ковидом. В мокроте этих пациентов их количество возросло более чем в 3 раза. Более того, микроорганизмы стали полирезистентными и панрезистентными (устойчивыми к большинству антибактериальных препаратов или ко всем): к амикацину, гентамицину, карбопенемам и цефалоспорином 4-го поколения. Преимущественно у энтеробактерий и стафилококков определяются механизмы резистентности. В прошлом году в моче выявлялись в большом количестве (16–20%) полирезистентные энтерококки с сохраненной чувствительностью только к линезолиду и ванкомицину. Из бронхиальных смывов выявлялась синегнойная палочка и клебсиелла. Более чем в 80% проб от ковидных больных выявлялась клебсиелла пневмония, против 40% ранее.

По данным аутопсий: клебсиелла в 100% панрезистентная ко всем антибактериальным препаратам (тогда как в 2019 году полирезистентных штаммов было не более 50%) в сочетании с кишечной палочкой, грибами.

В 10% проб фекалий от больных ковидом выявлялась клостридия деффициле, и кишечная палочка приобрела признаки патогенности, в том числе механизмы резистентности (БЛРС), и стала гемолитической. Таким образом, более чем у 10% ковидных пациентов клостридии вызвали развитие бактериальной инфекции, осложнения которой включают дегидратацию, нарушение электролитного баланса, развитие псевдомембранозного колита, перфорацию толстой кишки, токсический мегаколон и летальный исход.

Ситуация с антимикробной резистентностью меняется, возникают большие трудности в лечении уже не только госпитальных, но и внебольничных инфекций – в амбулаторном звене. Таких возбудителей не так много (к ним можно отнести пневмококк или золотистый стафилококк), но, к сожалению, они определяют основную массу проблем. Стафилококк, например, может вызвать самые разные заболевания – ту же пневмонию, инфекции кровотока, кожи и мягких тканей, суставов и костей.

Продолжение на стр. 8 >>

«Продолжение. Начало на стр. 6-7»

– Достаточно ли разрабатывают новых антибиотиков?

– Новых антимикробных препаратов вовсе не мало, особенно на доклинической стадии. Наша страна тоже в тренде: в рамках программы «Фарма-2030» создание новых антибиотиков – в приоритете. Но мало новых препаратов, которые доходят до этапа регистрации и начала реального клинического применения. Нельзя не учесть, что это не выгодно фармкомпаниям: только вывод на рынок нового антимикробного препарата стоит 1,3 млрд долларов. В течение пяти лет после этого компании надо потратить еще 250–500 млн долларов на логистику и маркетинговое сопровождение. Итого в среднем получаем цифру 1,7 млрд долларов. Усредненные продажи для антимикробного препарата составляют около 50 млн долларов в год. Теоретически необходимо 28 лет, чтобы только компенсировать затраты на новый антибиотик. Эти лекарства, как правило, назначают коротким курсом, и в целом уровень их потребления намного ниже, чем, допустим, популярного антидепрессанта, который пациент будет принимать пожизненно.

Хочу отметить, что бактериальные легочные инфекции встречались у 8–20% пациентов, умерших от COVID-19. Большинство этих случаев были локализованными и имели сомнительное клиническое значение в сравнении с поражениями легких, вызванными непосредственно вирусом SARS-CoV-2, и редко являлись причиной смерти. Полученные данные еще раз обращают внимание на важность стратегии рационального применения антимикробных препаратов в стационаре, так как у большинства пациентов с COVID-19 не развивается бактериальная суперинфекция, и, следовательно, назначение антибактериальных препаратов нецелесообразно. Это четко регламентируется последними клиническими рекомендациями.

Елена Клишина

Единые стандарты помощи



С апреля начал действовать новый «Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях», разработанный и утвержденный Минздравом России. Согласно документу, медицинская помощь онкологическим больным должна оказываться по единым стандартам, вне зависимости от региона проживания. Еще

одна важная цель – обеспечить преемственность диагностики и лечения. Какие принципиальные изменения в работе онкологической службы произойдут? На что теперь могут рассчитывать онкопациенты, «Российской газете» рассказал

главный внештатный специалист – онколог Минздрава России, генеральный директор НМИЦ радиологии Минздрава России, академик РАН Андрей Каприн.

– Зачем понадобился новый порядок оказания медицинской помощи онкологическим больным?

– С конца 2018 года в нашей стране стартовал федеральный проект по борьбе с онкологическими заболеваниями. Перед нами были поставлены очень серьезные задачи: к 2024 году показатель смертности от новообразований должен снизиться до 185

случаев на 100 тыс. человек, а однодневная летальность – до 17,3 процента. Все это возможно только при одном условии: онкологическая помощь должна стать доступной и качественной. Мы понимали, что основой всех изменений должна стать идеология индивидуального подхода к каждому пациенту – это было четко сформулировано Минздравом России.

Все эти годы поэтапно выстраивался механизм трехуровневой системы онкологической помощи, которая покрывала бы всю страну и приближала помощь к пациенту вне зависимости от того, где он живет. Для этого, например, только за два предыдущих года было открыто более 280 центров амбулаторной онкологической помощи в 72 регионах страны.

Новый порядок готовился при участии ведущих экспертов – онкологов, радиологов, рентгенологов, специалистов по инструментальной диагностике, организации здравоохранения и общественного здоровья. В этой работе участвовали Росздравнадзор и ФОМС. Хочу отметить роль общественных и пациентских организаций, которые активно отстаивали права и интересы онкологических пациентов.

– Какие реальные преимущества дадут пациентам вводимые изменения в работе онкослужбы?

– В первую очередь, порядок определяет и регулирует этапы оказания медицинской помощи, стандарты оснащения и штатные нормативы структурных подразделений медицинских организаций по профилю «онкология». Все это приводится к единым стандартам.

Для пациентов также крайне важно, что сроки оказания первичной помощи от момента возникновения подозрения на онкологическое заболевание и до момента получения специализированного лечения и реабилитации пациента синхронизированы с программой госгарантий. В результате процедура обращения каждого больного за помощью стала понятной и прозрачной, обеспечивается преемственность лечения. Этому, в том числе, поможет новая информационная система ВИМИС, которую сейчас активно внедряет Минздрав.

– Как это все будет работать?

– В каждом регионе специальными актами будут закреплены правила маршрутизации пациента. Они будут включать перечень медицинских организаций, в которые пациент будет направлен для диагностики и лечения в зависимости от вида злокачественного образования. Это существенно ускорит сроки получения помощи, особенно,

если учесть, что они теперь строго регламентированы. Причем в этот перечень войдут медучреждения любой формы собственности (как государственные, так и частные), которые участвуют в территориальной программе ОМС и имеют соответствующие лицензии.

При этом при подготовке порядка полностью сохранена возможность получения высокотехнологичной помощи в федеральных медицинских центрах. Более того, мы учли пожелания пациентов в отношении выбора. Согласно новому порядку, пациент теперь сможет обратиться в федеральный медицинский центр по решению онкологического консилиума или даже по собственной инициативе. Однако я хочу еще раз подчеркнуть, что в первую очередь речь идет о сложной хирургии, лучевой терапии и иных видах высокотехнологичной медицинской помощи, которую не всегда легко получить на региональном уровне.

– А что вы можете сказать об уровне онкологической помощи, которую больные получают в регионах. Ведь не случайно многие, узнав о диагнозе, стремятся попасть в столичные клиники.

– Сегодня региональные онкодиспансеры уже достаточно хорошо оснащены высокотехнологичным оборудованием как для диагностики, так и для лечения. С 2019 года специалисты НМИЦ радиологии регулярно выезжают в регионы и проводят мастер-классы «живой» хирургии. Непосредственно в операционных на местах онкохирурги обучаются технике выполнения операций различной сложности у ведущих специалистов страны. Таким образом, многие виды помощи сегодня успешно выполняются в региональных онкологических диспансерах.

– Я правильно поняла, что пациент может обратиться в федеральный центр самостоятельно, без направления?

– Да. Новый порядок предусматривает возможность самостоятельного обращения в федеральный центр. Для этого необходимо иметь результаты лабораторных, инструментальных и других видов исследований, подтверждающие диагноз и необходимость получения специализированной медпомощи, в том числе

высокотехнологичной, именно в федеральном центре.

– За последний год, в том числе и из-за эпидемии, бурно развивалась телемедицина. Чем это направление полезно применительно к работе онкологической службы?

– Считаю, очень важно, что в документе предусмотрено проведение консультаций и консилиумов с применением телемедицинских технологий.

Прежде всего это отличная возможность получить консультацию специалистов федерального центра, не выезжая при этом из своего региона. То есть самому пациенту не нужно тратить время, деньги и силы на дорогу. В нашей практике мы сталкиваемся с очень неприятными случаями, когда по какой-либо причине больному требуется уточнить диагноз, скорректировать план лечения, продумать новые варианты, когда все стандартные методы уже исчерпаны. К сожалению, все еще большой проблемой являются ситуации с поздней диагностикой. Во всех этих случаях на помощь специалистам в регионе и их пациентам приходит телемедицинский консилиум с врачами нашего центра.

При необходимости в таком консилиуме могут участвовать специалисты сразу нескольких специальностей – хирург, радиолог, химиотерапевт. Мы совместно с коллегами обсуждаем каждого конкретного пациента и выработываем решение по дальнейшей тактике его наблюдения и лечения.

Телемедицинские консультации становятся все более востребованными. Если раньше подобных консультаций было около 1000–2000 в год, то за 2020 год мы провели более 4500 дистанционных телеконсилиумов, а в 2021 году проходит уже около 600 консилиумов в месяц.

То, что теперь порядок проведения телемедицинского консилиума регламентирован – станет очень важным подспорьем в лечении пациента. Кстати, если в ходе такого консилиума мы понимаем, что пациент может получить необходимое лечение только в нашем центре, мы приглашаем его к нам. Мы не отказываем никому.

Ирина Невинная

Источник: rg.ru Фото: alania.gov.ru

Солдаты в белых халатах

В музее истории АГМУ и медицины Алтай целый зал посвящен вкладу алтайских медиков в дело Великой Победы. Директор музея Иван Беккер проводит для редакции «МиЗ» экскурсию по этому залу. В его руках оказывается то один, то другой экспонат. Вот он держит в руках простую глиняную крынку, покрытую сетью трещин.

Найдено на Алтае

– Наверное, в ней раненым в госпиталь молоко приносили? – пытаюсь угадать историю артефакта.

– Нет, – говорит Иван Генрихович. – Тут другое. Ее мне отдала одна бабушка в Рубцовске. В годы войны она работала санитаркой в госпитале. В таких и похожих горшках солдатам, которые приходили в себя после операций, оставляли кашу. Чтобы каша не остывала, горшок оборачивали одеялом или телогрейкой. Эта женщина украла в госпитале крынку с кашей, потому что дома были маленькие дети, а еды не было. Она сказала, что шестьдесят с лишним лет эта кража во спасение лежала камнем у нее на сердце, мучила совесть. И крынку эту она мне отдает для музея, чтобы этот камень у нее с души наконец свалился.

Каждый из предметов, который берет в руки Иван Генрихович, обладает своей историей. Этот блестящий пузатый «самоварчик» – аппарат для эфирного наркоза, не хватает только резиновой груши, с помощью которой подкачивали воздух и подавали пары эфира в легкие пациента. Это нарезанная папиросная бумага – часть солдатского довольствия, чтобы прощало было в окопах крутить самокрутки.



Это бормашина с педальным приводом – «в окопах ведь электричества, как правило, не было».

По словам Ивана Беккера, все экспонаты этого зала были собраны на территории Алтайского края.

– Например, хирургический инструментарий мы нашли на курорте в Лебяжье. Дело в том, что там был санаторий для долечивания раненых после выписки из госпиталей. Туда завезли инструменты во время войны, а самих операций там не делали. Этот инструментарий так и пролежал в законсервированном виде в солидоле. Или вот наркозный аппарат, са-

мый современный на тот момент. Эти вещи использовали вплоть до 70-х годов, в том числе проволочная наркозная маска.

«Человек немедицинского образования»

В одной из витрин рядом с вышитым кисетом и книжкой красноармейца лежит небольшая коллекция складных садовых ножей. Такой нож лежал в сумке каждого санинструктора в годы Великой Отечественной войны. Нужен был для того, чтобы разрезать голенище солдатского или

офицерского сапога. Это сама сумка санинструктора – добела выгоревшая, настоящая, тех лет. Жаль, что никогда не получится узнать, кому она принадлежала и скольких раненых ее владелец вынес с поля боя.

Самые известные алтайские санинструкторы – Герои Советского Союза **Вера Кащеева** и **Иосиф Халманов**. Их именами названы улицы в Барнауле. Улица Веры Кащеевой всем известна. Улица Иосифа Халманова известна меньше, потому что находится в поселке Гоньба, в котором он родился. Иосиф Васильевич в начале войны сам был не один раз ранен, после госпиталя окончил курсы санитарных инструкторов и затем вынес из-под огня 190 раненых. В медицину после войны Иосиф Халманов не пошел. «Он был человеком немедицинского образования, – говорит о нем Иван Беккер. – Нужны были здоровые, крепкие парни, чтобы раненых выносить, вот его и взяли».

Вера Кащеева, наоборот, после демобилизации окончила акушерское отделение медтехникума и работала медсестрой до отъезда в Хабаровский край. Она – одна из первых в СССР женщин, получивших награду Международного комитета Красного Креста – медаль имени Флоренс Найтингейл, которая присуждается медицинским сестрам за исключительную преданность своему делу и храбрость при оказании помощи раненым и больным как в военное, так и в мирное время. Иван Беккер не скрывает своей досады по поводу того, что в советское время факту награждения Веры Сергеевны не придавалось должного значения: медаль Найтингейл считалась буржуазной наградой.

Точная цифра неизвестна

На одном из стендов музея цифра – 4748 медсестер Алтайского края несли службу на фронте. «А сколько докторов дал край фронту?» – спрашиваю у директора музея. Оказывается, что эта цифра неизвестна до сих пор.

– Данных по докторам нет. Невозможно было сосчитать. Перед войной было вот что, – рассказывает

4748

медсестер
Алтайского края
несли службу
на фронте

Иван Генрихович. – В Барнауле жило тогда тысяч пятьдесят. После создания Алтайского края в 1937 году что сделали? Первым делом расстреляли 26 врачей, которые потом все были реабилитированы. Заполнить их места было нечем. И тут война. Медиков, естественно, военкоматы призывали на фронт. А тут госпитали разворачивают, поезды привозят раненых. Откуда взять медиков? Собирали всех, кого можно было, в том числе пенсионеров, невзирая на возраст.

Со средним медперсоналом разобрались быстро: вместо четырех лет образования – два года. В Барнауле была фельдшерско-акушерская школа, размещалась в здании магазина «Красный». Кроме того, начали учить медсестер непосредственно в больницах – врачи тут же им читали, что надо, и образование сестринское они получали прямо на рабочем месте.

С институтами сделали следующее: в Томске, например, после четвертого курса всем студентам вручили дипломы эрзац-врачей и отправили работать – кого на фронт, кого в гражданскую медицину. После окончания войны их снова собрали, и они доучивались два года. На Алтай были эвакуированы Астраханский медицинский институт, часть Харьковского фармацевтического и Ленинградский педиатрический институт. Их преподаватели и студенты тоже привлекались к работе в госпиталях и больницах. Государство направляло в тыл врачей только военных специалистов, вместе с госпиталями.

На Алтае было развернуто 65 госпиталей. Больше всего в Бийске – 25.

Конечная станция железной дороги, природные и климатические условия прекрасные. Вообще, госпитали были везде, где была железная дорога. Только в двух местах в крае, где не было железной дороги, но были госпитали, – в Егорьевке, где рядом был курорт Лебяжье, и в Белокурихе.

65 – это только развернутые госпитали. Но на Алтае их было гораздо больше. Они стояли свернутыми на железнодорожных путях. Стоит поезд, в нем вот такие складные кровати, ящики с имуществом. И медики тоже. Этих медиков обязывали работать в гражданских больницах по четыре часа в день.

Великие имена

Мы знаем, что всю войну оперировал в медсанбатах Волховского, Ленинградского, 2-го Прибалтийского фронтов легендарный хирург **Александр Чеглецов**. Не менее легендарный Израиль Неймарк нес службу со скальпелем в руках на Ленинградском фронте. Известный уролог **Валентина Борисова-Хроменко** в годы войны работала в омских эвакуационных госпиталях и даже сделала уникальную операцию на ноге женщине – механику-водителю танка Т-34, после которой пациентка не только смогла ходить, но и танцевать, и управлять автомобилем.

Иван Беккер называет и другие, менее известные широкой публике фамилии. Например, хирург **Константин Зеров**, который в 1941–1942 годах был главным хирургом эвакуационных госпиталей Алтайского края. С 1942 по 1946 год он был врачом 150-й Сталинской дивизии. Зеров завершил войну на Дальнем Востоке, после нее возглавил крайздравотдел.

Или братья **Крюковские, Иван и Александр** – рубцовские хирурги. Младший из братьев, Иван, был сначала назначен начальником хирургического отделения эвакуационного госпиталя 1232, развернутого в Рубцовске. Но потом все-таки добился назначения на фронт: стал старшим хирургом и командиром оперативно-хирургического взвода, участвовал в обороне

Продолжение на стр. 12 >>

«Продолжение. Начало на стр. 10-11»

Сталинграда. Старший, Александр, был командиром оперативно-перевозочного взвода, ошибочно считался погибшим. После войны Иван Крюковской организовал в Рубцовске стационар при медсанчасти тракторного завода.

Чем лечили раненых

В годы войны каждый житель края старался своим трудом приблизить день Великой Победы. В том числе своим трудом в медицинской и фармацевтической сферах. Историк **Марина Аргунова** в своей статье «Лечебно-оздоровительная деятельность в эвакогоспиталях Алтайского края в 1941–1945 гг.» пишет, что к середине 1942 года в отдельных городах края было налажено производство некоторых видов товаров медицинского назначения – подкладных суден, кружек Эсмарха, поильников, наконечников, воронок из местной глины. В Бийске и Тальменке делали костыли. Некоторые артели занимались ремонтом медицинской аппаратуры и хирургического инструментария. При мясокомбинатах изготавливали жидкий гематоген.

Жители края собирали лекарственные растения для нужд Красной Армии и эвакогоспиталей. В бийской и барнаульской галеновых лабораториях выпускались простые медикаменты, мази и кедровое мыло, а в краевой комплексной лаборатории ставились опыты по изготовлению новых препаратов.

В годы войны в Бийске работал эвакуированный из Харькова Украинский институт экспериментальной эндокринологии. Там выпускали инсулин, адреналин, витамин С, желудочный сок, пантокрин, гематоген, холосас, получали концентраты и экстракты из растений Алтайского края. В научных лабораториях института разрабатывали новые лечебные средства для быстрейшего заживления ран, лечения после обморожений и ожогов.

Елена Клишина.

Фото Софьи Небесных

Приметы времени



Алтайскому краевому кожно-венерологическому диспансеру – почти сто лет. И если в прошлом веке акцент в деятельности специалистов приходился на лечение венерологических заболеваний, то сегодня он глобально сместился в сторону дерматологии. Свою лепту внесла и пандемия Covid-19 – количество пациентов с кожными заболеваниями увеличилось. Как медики помогают бороться с тяжелыми случаями заболеваний – сегодня в материале.

Вынужденные метаморфозы

В начале прошлого года в Алтайском крае прошла реорганизация службы – был закрыт Бийский кожно-венерологический диспансер. Его присоединили к краевому, преобразовав в филиал. «Одним из самых сложных моментов стало закрытие долгов, поскольку филиал присоединили с большой задолженностью. И даже после того, как мы погасили долги, трудности не закончились. После присоединения врачи, которые работали в Бийске, уволились. Наступил кадровый голод. Врачи краевого

диспансера ездят в Бийск в командировки и ведут там амбулаторный прием. В связи с этим в Барнауле дополнительная нагрузка на врачей возрастает», – говорит и. о. главного врача Краевого кожно-венерологического диспансера **Игорь Казанцев**.

Сегодня в штате краевого кожно-венерологического диспансера – 140 сотрудников. 10 врачей принимают в среднем около 200 пациентов в сутки. «Количество людей с кожными заболеваниями растет год от года. Поэтому те первоначальные задачи, которые были поставлены перед службой, изменились. Кроме консультацион-

но-диагностического отделения у нас есть стационар на 100 коек (в том числе дневной), 35 – для лечения пациентов с венерологическими заболеваниями, 65 – с кожными», – поясняет врач.

Кожные заболевания не протекают изолированно, а чаще всего являются индикаторами патологий организма. Нередко в диспансер направляют пациентов неврологических отделений после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения, с подозрением на сифилитическую инфекцию. В связи с этим специалистам центра приходится часто контактировать с гастроэнтерологами, неврологами, психотерапевтами и фармакологами – в зависимости от характера основного заболевания.

По последнему слову науки и техники

Для обследования таких больных применяют самые передовые технологии: магнитно-резонансную томографию головного мозга, спинномозговую пункцию с исследованием ликвора, проводимую неврологом, исследование ликвора с использованием современных иммунологических тестов, проводимое только в лаборатории диспансера. Методы ПУВА-терапии* и генно-инженерные биологические препараты используют для лечения тяжелых кожных заболеваний. ПУВА-терапия позволяет добиться стойкой ремиссии при псориазическом артрите и атопическом дерматите на полгода-год. Обратная же ее сторона – онконастороженность, поскольку для лечения применяют ультрафиолетовые лучи.

А вот за генно-инженерной биологической терапией (ГИБТ) Игорь Казанцев видит будущее. Основные показания для применения ГИБП (генно-инженерные биологические препараты) в дерматологии – тяжелые дерматозы, поражения суставов. Первыми лекарствами из группы ГИБП стали ингибиторы фактора некроза опухоли (ФНО), которые появились на рынке более 20 лет назад. Сейчас они известны по всему миру. Круг лекарственных средств, относящихся к ГИБП, продолжает расширяться.

Появились препараты второй линии с другими механизмами действия в случае неэффективности ФНО. А также препараты для лечения атопического дерматита.

«Это – самый современный метод лечения во всем мире. В России генно-инженерные биологические препараты применяют с начала XXI века. В мае 2018 года в нашем стационарном отделении появились три первых пациента, которые прошли терапию генно-инженерными биологическими препаратами», – отмечает врач-дерматовенеролог.

Первые случаи применения ГИБП на базе стационара Краевого кожно-венерологического диспансера стали началом для перспективного будущего в качественной помощи пациентам, страдающим тяжелыми формами псориаза и псориазического артрита. «Объем ГИБТ постепенно увеличивается, мы постоянно вводим новые препараты. Если начинали с одного средства, то теперь их в нашем арсенале уже шесть! За счет фонда ОМС мы можем проводить дорогостоящее лечение, которое ранее пациентам было недоступно», – отмечает Игорь Казанцев.

По словам врача, примерно 5% жителей во всем мире страдают псориазом. Чем раньше он появляется – тем сложнее протекает. Причем пострадать может не только кожа, но и суставы. Теперь у больных с таким заболеванием появился шанс на повышение качества жизни. С помощью ГИБТ можно добиться не только улучшения самочувствия, но и полного очищения кожи. Подобное лечение назначают пациентам, когда другие методы бессильны. Проходят они его длительно – от нескольких месяцев до нескольких лет.

Также появилась возможность проводить такую терапию пациентам с тяжелыми формами крапивницы. ГИБП для них стала актуальной в связи с тем, что в нашем крае нет специализированного медицинского учреждения для оказания подобной помощи.

Сегодня в стационарном отделении кожно-венерологического диспансера ГИБП получают более 20 человек. В дальнейшем у руководства учреждения много планов по воз-

Для справки

В структуре кожно-венерологического диспансера имеются серологическая и клинико-диагностическая лаборатории, которые оснащены современным оборудованием и проводят широкий спектр биохимических, микологических и других клинико-диагностических исследований. С 2016 года начала работу микологическая лаборатория, которая позволяет осуществить весь спектр услуг по идентификации микроорганизмов (микроскопических грибов). В 2017 году благодаря реализации губернаторского проекта «Государственно-частное партнерство» (инвестиции частных структур используются в поддержке государственных учреждения) открылся герпес-центр.

можному оказанию ГИБТ пациентам с тяжелыми, трудно поддающимися лечению дерматозами. «Наша специализация не самая легкая: кожные заболевания для наших пациентов – это в первую очередь душевная травма. Социум не всегда воспринимает таких людей адекватно, поэтому задача дерматовенерологов состоит не только в том, чтобы вылечить, но и поддержать людей психологически», – отмечает исполняющий обязанности главного врача.

Чтобы оставаться в курсе всех достижений современной науки, сотрудники Краевого кожно-венерологического диспансера регулярно принимают участие в конференциях, посещают съезды Общества дерматологов и косметологов. Все знания и навыки, которые они приобретают, – без промедления применяют на практике.

*ПУВА-терапия – методика, в основе которой лежит использование ультрафиолетового облучения в сочетании с фоточувствительными препаратами, вызывающими фотосенсибилизацию кожи (повышение ее чувствительности к действию ультрафиолетового и/или видимого излучения). Данный метод используется для лечения различных кожных заболеваний.

Ирина Савина

После COVID-19



В детской поликлинике № 9 г. Барнаула в январе была открыта программа реабилитации детей, перенесших ковид. В течение года они будут наблюдаться у врачей и проходить реабилитационные курсы.

По словам **Ирины Потаповой**, главного врача поликлиники, для того чтобы открыть новую реабилитационную программу, учреждение имело хорошую основу. Во-первых, методическую – поликлиника № 9 является базой кафедры педиатрии Алтайского государственного медицинского университета, поэтому методики реабилитации постоянно обновляются. Во-вторых, практическую – отделение реабилитации было создано более 25 лет назад и имеет большой опыт работы с детьми, перенесшими пневмонию, с детьми с хроническими легочными заболеваниями и часто болеющими ОРВИ.

– Мы поняли, что последствия коронавирусной инфекции могут быть разными и они зависят от того, на каком фоне она протекала. Мы также поняли, что у детей, которые страдали хроническими заболеваниями, были изменения в самочувствии по основному заболеванию. Это сахарный диабет, почечная патология, заболевания нервной системы, – рассказала Ирина Потапова. По ее словам, последствия наступали даже у тех детей, которые перенесли ковид сравнительно легко. – Двух детей нам пришлось госпитализировать в отделение неврологии, так как в условиях поликлиники

не удалось справиться с возникшими проблемами. Оба ребенка состояли на учете у невропатолога. В рамках этой программы мы не только делаем массаж и ЛФК, но и комплексно оцениваем состояние ребенка, при необходимости направляем в дневной стационар.

Согласно разработанной методике, детей разделили на две группы, учитывая их состояние здоровья и степень тяжести заболевания. В первую очередь курс реабилитации проходят дети, перенесшие коронавирусную пневмонию и имеющие хронические заболевания. Если ребенок перенес



Важно!

Тем детям, которые перенесли ковид, но не могут проходить медицинскую реабилитацию в учреждении здравоохранения, **Нина Хромина** советует выполнять следующие рекомендации:

- соблюдать режим дня,
- делать утреннюю гимнастику, ночной сон должен быть полноценным,
- прогулки на свежем воздухе обязательны,
- питание должно быть правильным, сбалансированным,
- их родителям нужно следить за уровнем физической выносливости, за тем, как ребенок переносит школьную нагрузку.

Цифры и факты

157 детей в возрасте от 0 до 18 лет были взяты на диспансерный учет в поликлинике № 9 в январе 2021 года. Из них 60 человек были на стационарном лечении, у 13 детей была выявлена пневмония. Из 13 детей восемь уже прошли первый курс реабилитации. Курсы реабилитации составлялись индивидуально.

коронавирусную инфекцию и у него нет жалоб, нет хронических заболеваний, то он будет наблюдаться врачом-педиатром один раз в три месяца.

Нина Хромина, заведующая отделением медицинской реабилитации детской поликлиники № 9, говорит, что в основу комплекса реабилитации был взят стандартный комплекс реабилитации детей после пневмонии, применявшийся в отделении. В него включены лечебный массаж, занятия ЛФК, в том числе в бассейне, физиолечение, кислородные коктейли. Курс длится 10 дней, и его предлагают проходить раз в три месяца.

Татьяна Гашке, медицинский психолог детской поликлиники № 9, отмечает, что дети, перенесшие ковид, как правило, жалуются на повышенную тревожность, страхи, эмоциональную лабильность, перепады настроения.

Один из инструментов, используемых в их лечении, – песочная терапия. С помощью работы с этим природным материалом снимается эмоциональное напряжение, можно улучшить настроение. Это альтернатива арт-терапии, которая используется с теми детьми, кто не умеет рисовать или отказывается это делать. Ребенок с повышенной тревожностью на песке старается создать

ограниченное пространство, безопасное место, может «защищать» себя с помощью фигурок животных. Психолог слушает его объяснения и начинает корректировать его состояние, вместе искать пути выхода из ситуации. Требуется в среднем 3–5 занятий, чтобы психологическое состояние ребенка изменилось. Но занятия могут длиться и два, и три месяца, при этом промежуток между занятиями может сокращаться.

Елена Клишина.
Фото предоставлено пресс-службой Минздрава Алтайского края

Бес паники



Если вы однажды испытали приступ панического страха и

теперь боитесь, что он может повториться, знайте: панические атаки успешно поддаются терапии. А иногда с ними можно справиться, подключив рациональное мышление. О механизме панических атак и том, как разорвать порочный круг страха, рассказывает врач-психотерапевт Ростислав Юсупходжаев.



«Бей или беги»

В основе панических атак лежит древний как мир механизм «бей или беги». Это инструмент выживания, которым природа снабдила наших далеких предков. Им, чтобы сохранить жизнь в случае опасности, нужно было либо сражаться, защищать себя, либо убежать.

Суть этого механизма: реальная угроза и возникший страх вызывают выброс гормонов стресса, из-за этого учащаются дыхание и сердцебиение, кровь приливает к мышцам для того, чтобы человек мог их максимально использовать в бою, драке или при бегстве.

Сначала механизм «бей или беги» включался только в угрожающих жизни ситуациях. А потом что-то пошло не так, и такая реакция стала запускаться тогда, когда жизни ничего не угрожало. Примерно так появились тревожные расстройства.

В ходе эволюции люди не только научились строить планы, но и представлять возможную, еще не существующую опасность. Древние люди представлять свой страх не умели. Мы же можем настолько сильно бояться будущего гнева начальника или предстоящего полета в самолете, что начинаем испытывать симптомы тревожного расстройства. Головокружение, неприятные ощущения в груди, животе, учащение пульса, потливость и т. п. – признаки того, что запустился механизм «бей или беги».

Получается, что большинство причин тревоги – в голове современного человека. Еще ничего не произошло, нет реальной опасности, а мы уже в красках представили ужас, который происходит пока только в нашем воображении. Механизм «бей или беги» иногда запускается одними только мыслями «Я этого не переживу» (например, экзамена или трудного разговора), «Это будет ужасно» (если у меня не получится, если меня уволят). Но ведь реальной угрозы нашей жизни нет.

Порочный круг паники

Основой развития панической атаки выступает выброс надпочечниками гормонов кортизола и адреналина, которые проникают в кровь. В ситуации реальной опасности они помогают мобилизоваться и спастись от неприятностей. Если реального врага или реальной опасности нет, то вся агрессия организма будет направлена не вовне, а внутрь, на самого себя же.

Развитие панической атаки происходит по следующей схеме. Сначала человек чувствует страх, испытывает тревогу, волнение, начинает прислушиваться к своим ощущениям. Организм интерпретирует эти ощущения как реальную опасность и под воздействием выделившихся гормонов запускает механизм «бей или беги». При этом организм игнорирует факт

На заметку

Симптомы панической атаки

Эмоциональные: тревога, чувство паники, катастрофы.

Когнитивные: дереализация (ощущение нереальности мира), деперсонализация (нарушение восприятия себя), лиссофобия (страх сойти с ума), боязнь утратить контроль над действиями, танатофобия (страх смерти), нозофобия (страх серьезно заболеть).

Соматизированные: учащенный пульс, сердцебиение, затруднение

дыхания, удушье, одышка, боль и дискомфорт в груди, потливость, озноб, тремор, волны жара и холода, ощущение головокружения, неустойчивость, ощущения онемения или покалывания, тошнота и дискомфорт в животе, органах пищеварения.

Моторные: психомоторное возбуждение (ажитация).

отсутствия реальной опасности и впадает в режим паники. Далее человек закичивается на своих физических ощущениях: чем хуже он себя ощущает, тем сильнее его страх. Организм получает подтверждение опасности, и поэтому человек не может успокоиться и начинает бояться еще сильнее – сойти с ума, задохнуться, умереть и т. д.

В режиме паники организм активирует физические реакции и дезактивирует рациональное мышление, то есть человек не может убедить себя в том, что реальной угрозы нет, или ему придется приложить для этого большие усилия.

После первой панической атаки у человека появляется «страх страха» – охранительное поведение, когда человек старается избегать потенциально опасных мест и ситуаций. Например, если первый приступ произошел в метро, то человек будет избегать поездок на метро. Такое поведение не спасает, а наоборот, провоцирует возникновение новых приступов паники.

В восприятии мира у человека, склонного к паническим атакам, преобладают следующие установки:

- ▶ «Мир – опасное место».
- ▶ «Я слабый и беспомощный».
- ▶ «Мне необходимо все держать под контролем, чтобы чувствовать себя в безопасности».
- ▶ «Опасна любая ситуация, которая не поддается контролю».

Причины и триггеры

У панических атак есть свои причины возникновения и запускающие

факторы. Так, к причинам могут быть отнесены межличностные и внутриличностные конфликты, подавление собственных чувств, «убегание» от проблем, низкая самооценка, перфекционизм, неумение говорить «нет» и другое.

Приступы паники могут быть спровоцированы такими обстоятельствами, как перемена привычного места жительства и окружения, появление проблем в семье, возникновение конфликтных ситуаций на работе, наличие затаенной агрессии, постоянное присутствие чувства вины, психологические травмы, приобретенные в детстве, и даже планирование беременности и рождение ребенка.

Панические атаки можно условно разделить на несколько категорий:

1. Спонтанные, внезапные, неожиданные. Как правило, речь идет о нескольких первых эпизодах.

2. Возникающие во время самой неприятной ситуации. Например, при поездке в метро или лифте. Часто панические атаки «закрепляются» за одной или несколькими ситуациями. В этом случае возникновение приступа – это привычка реагирования.

3. Возникающие во время ожидания неприятной ситуации (страх страха). Человек боится, что приступ вновь настигнет его, и страх так силен, что запускается тот же стрессовый механизм. Человеку достаточно подумать о том, что ему сейчас может стать плохо, и ему становится плохо.

4. Возникающие по биологическим и химическим причинам. Био-

Важно знать

- ▶ **От паники не умирают.** При здоровом сердце паника не приводит к инфаркту или инсульту.
- ▶ **От паники не сходят с ума.** Деперсонализация, дереализация, паника – не признаки шизофрении.
- ▶ Паническое расстройство не приводит к ухудшению состояния сердца и нервов.
- ▶ Паника всегда проходит.
- ▶ Паника – не показатель слабости и трусости.

логические причины: гормональная перестройка, начало половой жизни, аборт, прием гормональных средств. Химические: прием алкоголя или наркотиков. Иногда во время беременности женщина испытывает впервые приступ паники, чему способствует гормональная перестройка организма. Но порой именно беременность лечит от панических атак.

Стрессовые ситуации, которые могут повлечь за собой закрепление панических атак, также делятся на несколько групп:

1. «Хочу, но не могу». Хочу развестись, но долг заставляет воспитывать ребенка в браке. Хочу большой дом, но не имею средств для его покупки и т. п. Есть желания, реализации которых препятствуют сознательные запреты, которые человек ставит сам себе, или объективные обстоятельства. Невозможность реализации сопровождается самыми разными чувствами, которые зачастую не осознаются, – страх, гнев, тревога, вина, стыд, отчаяние и т. п. Это эмоциональное напряжение вызывает разбалансировку вегетосудистой системы, депрессивное состояние, нарастание тревожности.

2. «Новичок». Человек попадает в новые для себя обстоятельства, причем в благоприятные: долгожданный переезд в новую квартиру, замужество, рождение ребенка, смена работы на более перспективную. Или в печальные: смерть близкого человека, потеря любимой работы, тяжелая

Продолжение на стр. 18 >>>

«Продолжение. Начало на стр. 16-17»

болезнь, пожар и т. д. В любом случае меняется привычное течение жизни, и человек вынужден адаптироваться, формировать заново наиболее успешные модели поведения в новых условиях. В этом случае панические атаки – это средство облегчения ситуации.

3. «Отголоски прошлого». Если человек в прошлом пережил какую-то травмирующую ситуацию (военные действия, стал жертвой преступника, тяжелую болезнь и т. п.), то она исподволь может влиять на его жизнь. Например, человек, переживший тяжелую болезнь, всю жизнь может прислушиваться к своему организму, воспринимая каждую мелочь как ее возвращение.

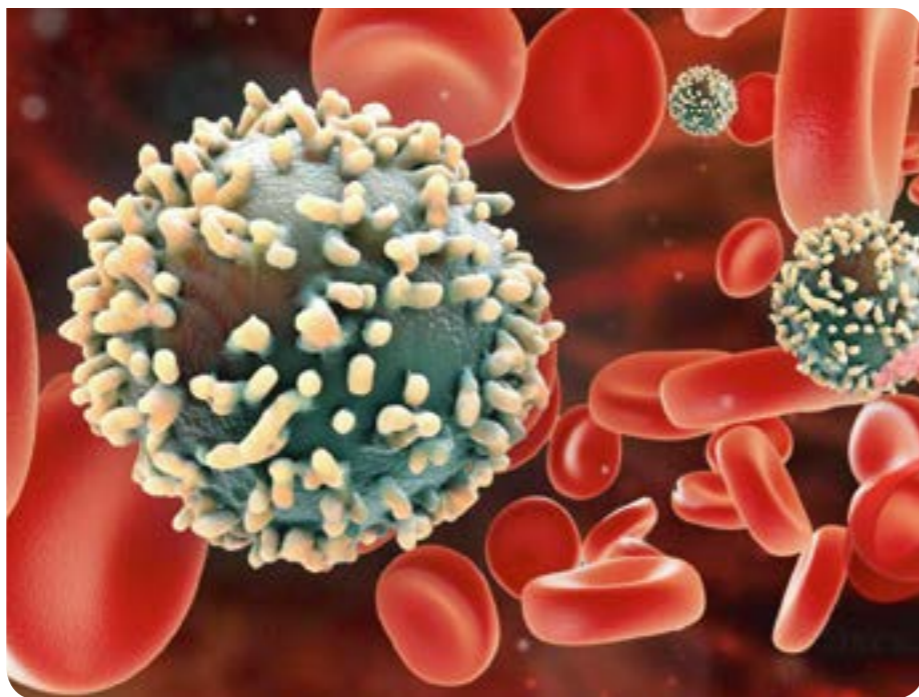
Как лечат панические атаки?

Тактика лечения зависит от степени выраженности проблемы. При легкой степени панического расстройства используют когнитивно-поведенческую терапию. При средней и тяжелой степени добавляют антидепрессанты.

При проведении когнитивно-поведенческой терапии врач-психотерапевт соберет и проанализирует историю панических приступов (когда возник первый приступ, какие стрессовые факторы к нему привели, какие запускающие факторы присутствуют, характер охранительного поведения и т. д.). Он объяснит, как запускается механизм паники, развеивает мифы о ней, расскажет об автоматических мыслях, которые не являются результатом мыслительной деятельности, не опираются на доказательства, но воспринимаются как истина. Врач обучит навыкам работы с автоматическими мыслями, выявит и проработает мешающие жить убеждения, научит избавляться от охранительного поведения, обучит методикам релаксации и контролю дыхания.

Подготовила Елена Клишина

Щит от гепатита



Прививку от этого заболевания ставят в первые дни жизни человека. Это не прихоть медиков – по уровню смертности инфекция стоит на втором месте после туберкулеза. А число людей, инфицированных гепатитом, в девять раз превышает число ВИЧ-инфицированных. По данным ВОЗ, гепатитом В или С инфицировано 325 млн жителей планеты. Ежегодно он уносит жизни 1,4 млн человек. Несмотря на программы по лечению, количество заразившихся гепатитом в мире снижается медленно, отмечают в ВОЗ. Это связано с ростом новых очагов и низким уровнем здравоохранения. Как сегодня борются с этим заболеванием – в нашем материале.

Точка над В

По оценкам ВОЗ, на первом месте по гепатиту сегодня – Пакистан, где заражено свыше 10 млн человек. На втором месте – Китай, далее следует Египет. На четвертом месте – США и РФ. Сегодня сотни тысяч людей живут с вирусным гепатитом, не зная, что больны. В прошлом году Всемирный день борьбы с гепатитом проходил под названием «Найти пропавшие

миллионы». Ситуация серьезная. Но если перенести взгляд с глобального на насущное, то картина оптимистичная. По крайней мере, относительно вирусного гепатита В. За последние 20 лет в Алтайском крае в разы снизился уровень заболеваемости острой формой. По оценкам региональных инфекционистов, здесь главную роль сыграла иммунизация населения. Показатели заболеваемости хронической

На заметку

Поскольку вирус гепатитов В и С проникает в организм человека двумя способами – половым путем или же через поврежденные кожи и слизистых оболочки, то в группу риска попадают лица, употребляющие наркотики, доноры биоматериалов, посетители косметологических салонов и медицинских кабинетов, где могут использоваться нестерильные инструменты. А также те, кто практикует незащищенные половые контакты. Вирус гепатита С в 2–4% случаев может передаваться от мамы к ребенку. Вирус гепатита В – в 8–10%, но в данном случае риски инфицирования ребенка можно снизить за счет вакцинации. Прививка от гепатита В внесена в Национальный календарь профилактических прививок.

ческой формой в Алтайском крае в 1,5 раза меньше по сравнению со всей страной, отмечает главный внештатный инфекционист региона **Валерий Шевченко**.

Так, если в 2015 году в крае зарегистрированы 37 заболевших гепатитом В, в 2017-м – 29, то в прошлом – только 3 человека. Такие цифры приводит Роспотребнадзор по Алтайскому краю.

Раскрыть карты гепатита

Что же кроется за страшным словом «гепатит»? Это воспаление печени, вызываемое вирусной инфекцией. В первую очередь при гепатите страдают печеночные клетки – происходит их разрушение. Но бывает и внепеченочное проявление HCV/HBV-инфекций. То есть поражаются другие системы и органы, например поджелудочная или щитовидная железа, костный мозг.

В медицине выделяют пять основных вирусов гепатита – типы А, В, С, D и E. В зависимости от типа люди заражаются через инфицированные жидкости организма или же через пищевые продукты и воду.

Типы В и С на ранней стадии болезни протекают бессимптомно. Зачастую люди узнают о болезни, когда она становится хронической. Иногда спустя десятилетия после инфицирования. Не зная об этом, они заражают других. У гепатитов В и С высокая вероятность стать хроническими.

Гепатит В, или сывороточный гепатит, характеризуется сильным поражением печени. Заражение происходит через кровь, а также при половых контактах и вертикальным путем – от матери к плоду. Поражение печени при гепатите В в сложных случаях приводит к циррозу и раку печени.

Для его профилактики детей вакцинируют на первом году жизни. Медики отмечают, что поствакцинальный иммунитет к гепатиту В сохраняется не менее 7 лет.

Спасти миллионы жизней

В мае 2016 года почти две сотни государств – членом ВОЗ решили искоренить вирусные гепатиты к 2030 году во всем мире. В ходе 69-го заседания Всемирной ассамблеи здравоохранения делегаты приняли «Глобальную стратегию по вирусным гепатитам». Помимо цели уничтожить гепатиты, документ включает в себя ряд задач по их профилактике и лечению. В случае их выполнения количество смертельных исходов, вызванных вирусными гепатитами, сократится на 65%, а охват лечением увеличится до 80%. Эксперты подсчитали, что благодаря этим мерам к 2030 году будет спасено более семи миллионов жизней.

На другого надейся, но сам не плошай: медики рекомендуют относиться к собственному здоровью внимательно.

Желтизна склер и кожных покровов – первое, с чем ассоциируется гепатит В. Но врачи указывают и на другие симптомы, типичные для гепатита В, – повышение температуры тела, появление слабости, болей в суставах, тошноты и рвоты. Возможно потемнение мочи и обесцвечивание кала, сыпь, увеличение печени и селезенки.

При наличии подобных симптомов следует обязательно обратиться

Цифры и факты

Россия – мировой лидер по вакцинации от гепатита В. В нашей стране привито более **100 миллионов** россиян. Основной пик заболеваемости приходится на возрастную группу **35-49 лет**, и далее он смещается в сторону более старших возрастных групп. Это неблагоприятный прогностический фактор в отношении исходов болезни. Дело в том, что в возрастной группе старше **40 лет** повышается скорость прогрессирования болезни, формирования цирроза печени и развития рака печени. По оценкам специалистов, в России живет более **5 млн человек** с гепатитом. Так, только в 2018 году выявлено около **62 тыс.** случаев хронических гепатитов. Из них почти **78%** пришлось на хронический гепатит С, остальные – на хронический гепатит В.

к терапевту или педиатру. Врач даст направление на общеклиническое обследование. Возможно, результатом будет основанием сдачи крови на маркеры вирусных гепатитов.

При хроническом гепатите В применяют противовирусные препараты. Лекарства не излечивают от болезни, но снижают активность вируса, тем самым позволяя сохранить качество жизни пациента в течение многих лет.

А чтобы не заразиться гепатитом В и С, важно соблюдать элементарные правила поведения: избегать беспорядочных половых связей, инъекций с использованием общих шприцев, проводить процедуры только у проверенных специалистов. А также регулярно проходить плановые медицинские осмотры. Чем раньше выявят болезнь, тем больше вероятность благоприятного прогноза.

Подготовила Ирина Савина

На всякий пожарный



Накануне летнего сезона – времени дачных работ и путешествий Игорь Березов, врач-методист Краевого Центра общественного здоровья и медицинской профилактики, дал советы о том, как правильно составить аптечку для личного и семейного пользования. Лица с хроническими заболеваниями (гипертония, сахарный диабет и т. д.) всегда должны иметь при себе назначенные врачом медикаменты. Остальным же аптечка нужна, что называется, на всякий пожарный случай.

Только для своих

– Официально есть два вида аптечек: автомобильная и для работников производств. Их наполнение регламентировано двумя соответствующими приказами Минздрава РФ – № 697 и 169. В каждой из них есть перевязочный материал, средства для остановки кровотечений (жгут) и проведения

сердечно-легочной реанимации (средство «рот-устройство-рот»). Однако ни в одной из них нет медикаментов. Их исключили потому, что оказывающий помощь вряд ли будет знать, какие у пострадавшего есть противопоказания и каков его аллергический анамнез. Даже обычный анальгин может быть опасен. Ну а формируя аптечку для

себя и своей семьи, мы можем включить в нее медикаменты, – пояснил Игорь Геннадьевич.

Что берем?

– Основой для дачной аптечки может стать аптечка для сотрудников, а автомобильную можно трансформировать в аптечку для путешествий. В

любой аптечке должны быть **медицинские перчатки, ножницы, чтобы отрезать бинт или пластырь. А также булавка, блокнот и ручка** – для того чтобы написать записку со временем наложения жгута и приколоть ее к одежде пострадавшего.

Также в аптечку кладем:

Перевязочный материал. Это стерильные и нестерильные бинты, салфетки, пластыри – бактерицидный, ленточный.

Жгут для остановки кровотечений. Я рекомендую купить в аптеке самый обычный жгут Эсмарха.

Покрывало спасательное изотермическое (есть в автоаптечке). Летом его используют при перегреве, накрывая пострадавшего белой стороной наружу, зимой – при холодных травмах наружу желтой стороной.

Охлаждающие пакеты. Их используют при ушибах и укусах насекомых, при ожогах первой-второй степени, для того чтобы избежать отека. Пакет становится холодным в результате химической реакции, которая происходит, если разбить капсулу внутри пакета резким ударом. Пакет накладывают через носовой платок или бинт, а не непосредственно на кожу. В дорогу лучше взять таких пакетов штук десять.

Противоожоговые средства (типа «Пантенол»). Стоит помнить, что пораженные места нельзя смазывать жиром, маслом, кремами и мазями на масляной основе. Первое средство при ожоге 1–2-й степени – охлаждение проточной водой в течение 15–20 минут. При более тяжелых ожогах нельзя вскрывать пузыри, отрывать приплавившуюся к коже одежду, туго бинтовать пораженный участок. На обожженное место нужно наложить сухую, нетугую стерильную повязку, предварительно кожу можно обработать хлоргексидином. После того как утихнет боль и спадет отек, можно использовать «Пантенол» и другое противоожоговое средство. При ожогах болевой синдром очень выражен, поэтому пострадавшему можно дать обезболивающие – анальгин или другой препарат на его основе. С ожогом второй степени с большой площадью

поражения, а также с ожогами 3–4-й степени нужно обращаться в медучреждение, вызывать скорую.

Средства для обработки ран. На первом месте – перекись водорода 3%. Ею промывают рану после того, как промыли ее чистой проточной водой. Для обработки краев раны, чтобы не было вторичной инфекции, лучше брать спиртовой раствор бриллиантовой зелени. Удобная форма для аптечки – зеленка в виде фломастера. Также для обработки ран можно использовать водный раствор хлоргексидина.

Энтеросорбенты. Они будут кстати при пищевых отравлениях.

Противодиарейные средства. Прежде чем их использовать, нужно помнить об одном нюансе: при частом жидком стуле повышенная температура, как правило, является признаком бактериальной кишечной инфекции. В таких случаях перистальтику не нужно «притормаживать», организму будет всасывать токсины. Если диарея сопровождается температурой, нужно обращаться в медицинское учреждение.

Средства для восстановления водно-солевого баланса. Это может быть как минеральная вода без газа, так и препараты типа «Регидрона». Стоит помнить, что при частом жидком стуле и постоянной рвоте эти средства использовать бессмысленно, поэтому нужно обращаться в медучреждение, где водно-солевой баланс восстановят парентерально, с помощью капельницы. Обезвоживание – серьезная угроза здоровью, при которой тянуть с помощью нельзя.

Средства при потере сознания. Валидол, нашатырный спирт. Нашатырь раздражает дыхательный центр при потере сознания. Валидол особых противопоказаний не имеет, если нет аллергии на его компоненты, если пациент старше 18 лет. Его можно дать при перегреве, чувстве нехватки воздуха, пожилым людям – наряду с гипотензивными препаратами при тахикардии, повышении давления.

Антигистаминные препараты. Их применяют в случае аллергических реакций, например на укусы насекомых.

Елена Клишина

Важно!

Формируйте аптечку с учетом анамнеза всех, кто отправляется в путешествие или будет жить на даче.

➤ **Лица с хроническими заболеваниями** (гипертонией, сахарным диабетом и т. д.) должны взять с собой назначенные врачом препараты, а их близкие – проследить за тем, чтобы они не забыли это сделать.

➤ **Гипертоникам** нужно возить с собой портативный тонометр и иметь запас батареек. Людям с сахарным диабетом – шприц-ручки или инсулиновые помпы и запас элементов питания к ним.

➤ **Для детей** лучше иметь под рукой жаропонижающие препараты в удобных, «детских» лекарственных формах – сиропы, драже, порошки.

➤ На даче **аптечку нужно хранить** в прохладном, недоступном для детей месте, избегать попадания на нее прямых солнечных лучей.

К сведению

Нужно не только иметь под рукой набор для оказания первой помощи, но еще уметь им пользоваться. Краевой Центр общественного здоровья и медицинской профилактики проводит курсы по обучению оказания первой помощи.

Программа включает 20 часов теоретических и практических занятий, сдачу экзамена и выдачу удостоверения. На занятиях специалисты центра рассказывают о проведении сердечно-легочной реанимации с отработкой навыков на манекене, наложении различных видов повязок, правильном извлечении пострадавших из автомобиля после ДТП, использовании подручных средств для оказания помощи.

Подробную информацию можно получить по тел. (3852) 63-18-43.

ЦЕЛИНаправленная жизнь

Во второй половине мая во всем мире отмечают

День поддержки больных целиакией. Это заболевание, при котором поражается тонкий кишечник в случае употребления пищи с глютеном, что накладывает отпечаток на работу всего организма.

Но есть люди, которым не один день, а круглый год нужна поддержка.

Они не понаслышке знают, что такое – меню glutenfree*. Для человека, не переносящего

глютен, даже небольшое количество еды с этим белком может привести

к непредвиденным последствиям. Сегодня в Алтайском крае на учете состоит 135 детей с

целиакией. Кто помогает им вести полноценную жизнь, отказавшись от

глютена, и как вовремя распознать заболевание –

в нашем материале.

Есть на кого опереться

Семьи, где дети страдают непереносимостью глютена, получают поддержку краевой общественной организации «Алтайский центр целиакии». В этом году она отмечает 15-летие своей деятельности. «В нашем регионе, в



отличие от многих других, на регулярной основе происходит поддержка больных целиакией. Мы ежегодно получаем большой запас безглютеновых смесей, дети регулярно ездят в летний лагерь, проходят лечение в реабилитационном центре. У нас есть возможность получить помощь грамотных гастроэнтерологов, причем бесплат-

но», – отмечает председатель организации **Любовь Кошкарева**.

Даже в прошлом – непростом для всех – году эта помощь не прекращалась. Так, в рамках благотворительного марафона «Поддержим ребенка» дети с целиакией получили от 20 до 32 пачек безглютеновых смесей (в зависимости от возраста), продол-

жилась работа с производителями – протестировали ряд продуктов и получили ответы на запросы родителей. Все дети с целиакией, независимо от места проживания, бесплатно получили консультацию детского гастроэнтеролога, говорят в центре.

Кроме того, в прошлом сентябре создали инициативную группу по решению вопроса с организацией питания в образовательных учреждениях. Также каждый участник общества в любое время может получить консультацию по питанию.

Найти отличия

Непереносимость глютена встречается у многих людей и проявляется чаще всего неким дискомфортом в желудочно-кишечном тракте после употребления в пищу продуктов из пшеничной муки. Но сама по себе она не опасна и не имеет таких последствий, как целиакия. Последняя, в свою очередь, может проявляться по-разному. В том числе обычным дискомфортом, во время которого внутри будут постепенно происходить необратимые изменения, отмечают в краевом центре целиакии.

Даже при попадании совсем малого количества глютена в кишечник весь следующий день человек будет плохо себя чувствовать – слабость, упадок сил, ощущения, как при отравлении, диарея или запор. Дело в том, что при употреблении пищи с глютеном у человека с целиакией в тонком кишечнике начинается воспаление. Организм так настроен, что иммунная система считает белки пшеницы, ржи и ячменя «врагами» и сразу начинает их уничтожать, задевая все. Главным образом, это кишечные ворсинки, которые в результате «битвы» отмирают. Вследствие этого возникает плохое самочувствие, которое чревато и отсроченными во времени расстройствами.

При аллергии и непереносимости серьезных последствий можно не ждать. Но стоит опасаться, как правило, почти моментальной и достаточно сильной реакции – буквально от одной крошки.

Как же отличить непереносимость глютена от целиакии?

Специалисты предлагают обратить внимание на 8 различий между этими двумя состояниями.

1. Целиакия запускает аутоиммунную реакцию на глютен.

У людей с целиакией при попадании глютена с пищей иммунная система перегружается и начинает воздействовать на здоровые ткани организма, вызывая повреждение кишечника. И дальше по цепочке: какой-то витамин или микроэлемент перестает усваиваться. Это влияет на один из органов или систем, а он, в свою очередь, на остальные. При непереносимости глютена такие цепочки не работают и внутренние повреждения не происходят.

2. Целиакия встречается гораздо реже.

По статистике, от 1 до 3% людей имеют целиакию.

В то время как непереносимостью глютена страдают – от 13 до 20% населения.

3. Диагностика целиакии может занять продолжительное время.

В среднем продолжительность диагностики целиакии может достигать 13 лет!

Однако процесс диагностики на данный момент стандартизирован и есть определенный алгоритм, который должен соблюсти врач, чтобы поставить диагноз. А вот непереносимость чаще диагностируют как синдром раздраженного кишечника или же не могут установить диагноз вообще.

4. Целиакию может «показать» анализ крови. А вот на непереносимость глютена специальных диагностических тестов не существует. Если анализ крови подтверждает, что целиакии нет, специалисты рекомендуют какое-то время придерживаться элиминационной диеты, чтобы установить, существует ли непереносимость глютена.

5. Целиакия – это генетическое заболевание.

Если у вас есть родители, братья, сестры или дети с глютеновой болезнью, то вероятность того, что у вас тоже есть целиакия, – намного выше.

6. У людей с целиакией чаще встречаются другие аутоиммунные заболевания.

Целиакия часто сочетается с диабетом 1-го типа и аутоиммунным заболеванием щитовидной железы.

7. Единственный метод лечения целиакии – придерживаться строгой безглютеновой диеты всю жизнь.

Это избавит от симптоматики и позволит организму начать восстанавливаться. Причем любое количество употребленного глютена снова вызовет внутренние повреждения. А вот люди с его непереносимостью часто могут употреблять этот белок в небольшом количестве без каких-либо симптомов.

8. Целиакия способна вызвать ряд серьезных симптомов, которые имеют долгосрочные последствия.

Диарея, тошнота, рвота, головные боли и вздутие живота после употребления глютена – это симптомы, которые могут быть и при непереносимости. А вот остеопороз, проблемы с фертильностью, дефицит железа и проблемы с нервной системой – спутники целиакии.

Подтвердить диагноз

Диагностировать целиакию можно с помощью серологических исследований. Пациенты с подозрением на целиакию должны пройти скрининг на IgA-антитела к ТТГ, пока они еще не перешли на безглютеновую диету. Чувствительность и специфичность этого исследования – 95%. Если у пациента есть снижение IgA, проверяется уровень IgG-антител к ТТГ.

В случае положительного анализа на IgA-антитела к ТТГ назначают ФГДС с биопсией. В идеале нужно взять 1–2 биоптата из луковичного отдела и не менее 4 – из других отделов двенадцатиперстной кишки. Целиакия обладает довольно широким спектром проявлений: от незначительного углубления крипт до полной атрофии

Всем пациентам с целиакией необходимо проходить скрининг на недостаток витаминов А, В₁₂, D, Е и К, а также меди, цинка, железа и фолиевой кислоты.

Продолжение на стр. 24 >>>

«Продолжение. Начало на стр. 22-23

ворсинок и инфильтрации собственной пластинки тонкой кишки лимфоцитами. А поскольку те же изменения характерны и для других заболеваний кишечника, именно нормализация на фоне безглютеновой диеты выступает одним из критериев диагностики целиакии.

Несмотря на то, что для подтверждения диагноза достаточно положительного анализа на IgA (IgG) к ТТГ и результатов биопсии, бывает так, что один анализ отрицательный, другой – положительный. Тогда назначают генетический анализ на наличие HLA-DQ2 и HLA-DQ8, так как в 99% случаев отрицательный результат помогает определиться с диагнозом. Он также полезен, если пациент уже самостоятельно перешел на безглютеновую диету без каких-либо анализов на целиакию.

В этом случае отрицательный результат анализа на HLA-DQ2/DQ8 говорит о малой вероятности целиакии. Если же результат положительный, нужны дальнейшие исследования, так как по одному этому положительному результату нельзя сказать, что это – целиакия или чувствительность к глютену. В такой ситуации нужна провокация глютеном сроком на 8 недель или как минимум на 2 недели, если пациент плохо переносит глютен. После провокации проводится анализ на ТТГ или ФГДС с биопсией, которая подтверждает наличие или отсутствие целиакии.

Эксперты отмечают, что стандартные лабораторные исследования не способны выявить целиакию, но биохимический анализ крови все же необходим. При этом уровень сывороточного альбумина обычно в норме. По причине мальабсорбции** у пациентов встречается железодефицитная анемия. Она может быть связана и с недостатком солей фолиевой кислоты или витамина B₁₂. У 15% больных, которым назначают ФГДС из-за анемии, причина которой непонятна, обнаруживают целиакию. Поэтому многие специалисты считают, что всех пациентов с анемией не-

Для справки

Целиакия (глютеновая энтеропатия) – аутоиммунное заболевание, связанное с повреждением слизистой оболочки тонкого кишечника продуктами, содержащими глютен. Оно характеризуется хроническим воспалением этого органа, сопровождается нарушением всасывания и возникает в результате непереносимости глютена – белка, который содержится в хлебных злаках: пшенице, ржи и ячмене. В его состав входит вещество, которое оказывает токсическое действие на слизистую и ведет к нарушению абсорбции питательных веществ в кишечнике. Чаще всего (в 85% случаев) полное исключение глютена из рациона вызывает восстановление функциональности тонкого кишечника через 3–6 месяцев.

ясной этиологии нужно обследовать на целиакию. Мальабсорбция ведет также к недостаточности витамина D. Часто встречается и повышенный уровень аминотрансферазы, который, как правило, нормализуется на фоне безглютеновой диеты. Если же он не приходит в норму, причину нужно искать в наличии заболеваний печени.

Если у вас есть вопросы или желание общаться с семьями, где также растут дети, больные целиакией, обращайтесь в Алтайский центр целиакии.

Подготовила Ирина Савина по материалам краевой общественной организации «Алтайский центр целиакии»

*Без глютена.

** Затруднение способности организма усваивать питательные вещества из пищи вследствие нарушения их всасывания в тонком кишечнике.

Мерцательная аритмия, или фибрилляция предсердий, – наиболее распространенное нарушение сердечного ритма. Мерцательная аритмия увеличивает риск инсульта, и важно вовремя ее диагностировать и начать лечение.

О мерцательной аритмии и диагностике заболевания рассказал заместитель главного врача консультативно-диагностического центра по организационно-методической работе, член регулярного совета по инсульту Европейского общества кардиологов, врач-кардиолог Александр Владимирович Емельянов.



– Александр Владимирович, как проявляется мерцательная аритмия?

– Вначале нерегулярный пульс кажется пароксизмальным, то есть вызывает внезапные приступы. Это может длиться минуты, часы или даже дни, пока ритм сердца самопроизвольно не нормализуется. Со временем приступы могут перерасти в хроническую фибрилляцию предсердий, которая требует медицинского лечения, поскольку приступы больше не заканчиваются спонтанно. Люди могут привыкать к нерегулярному пульсу – и

Мерцательная аритмия. Диагностика

заболевание остается незамеченным. Поэтому для предотвращения инсульта важно обнаруживать даже бессимптомные фазы мерцательной аритмии. Пациенты с тихими эпизодами фибрилляции предсердий нуждаются в специальной лекарственной терапии для профилактики инсульта.

– Что происходит в сердце во время мерцательной аритмии?

– Мышцы предсердия перестают ритмично сокращаться и синхронизироваться друг с другом. Это означает, что слишком мало крови достигает камер сердца, и способность сердца перекачивать кровь в целом снижается. Существует также вероятность того, что в определенных областях предсердий кровь может застаиваться, что приводит к образованию тромбов. Эти сгустки крови могут вызвать инсульт, если они забивают кровеносный сосуд в мозге.

Мерцательная аритмия может

привести к учащенному сердцебиению (тахикардии), нерегулярному сердцебиению и в некоторых случаях к замедлению сердечного ритма (брадикардия).

– Как обнаружить фибрилляцию предсердий?

– Самый простой способ обнаружить мерцательную аритмию – это проверить свой пульс. Если ваш пульс нерегулярный, высока вероятность фибрилляции предсердий. С помощью электрокардиограммы или ЭКГ можно быстро подтвердить подозрение на хроническую фибрилляцию предсердий.

Случаи пароксизмальной фибрилляции предсердий, однако, гораздо сложнее проверить, так как ЭКГ должна быть выполнена во время приступа, чтобы обнаружить его.

Поэтому для па-

циентов с пароксизмальной фибрилляцией предсердий обследование в кабинете врача может не привести к окончательному диагнозу. В этом случае выполняется долгосрочная ЭКГ (мониторирование ЭКГ по Холтеру), когда сердечная деятельность измеряется в течение 24 часов или дольше. Если результат все еще неоднозначен, может быть установлен кардиомонитор для постановки правильного диагноза.

Если вы почувствовали неладное, обнаружили у себя сбой пульса, следует немедленно обратиться к врачу-кардиологу. Специалист назначит вам необходимые исследования и определит тактику лечения. Записаться к врачу-кардиологу консультативно-диагностического центра Национального медицинского исследовательского центра терапии и профилактической медицины Минздрава России можно по телефону 8 (495) 790-71-72.

Источник: gnicpm.ru



Ваши родинки под угрозой

24 мая в России в тринадцатый раз пройдет День диагностики меланомы. Заболевание коварное – почти треть случаев в мире заканчивается летальным исходом. В Алтайском крае за последние десять лет выявляемость меланомы увеличилась на 67%. Ежегодно она увеличивается на 3–5%.



Но есть и хорошие новости: меланома становится все более управляемым заболеванием, считают специалисты НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина, так как лекарственная терапия совершенствуется и значительно продлевает жизнь пациентам.

Кроме того, большинство меланом имеют наружную локализацию, их можно обнаружить при простом осмотре. Именно поэтому не стоит пренебрегать ранним обращением к врачу – терапевту, дерматологу, а также не избегать профилактических ежегодных осмотров, которые проводят фельдшеры смотровых кабинетов в поликлиниках и ФАПах.

Самый злой рак

Меланома – один из самых агрессивных видов рака, который может привести к быстрой гибели пациента. Но, обнаруженное на ранних стадиях заболевание, как правило, успешно лечится. Чтобы не пропустить самое начало патологического процесса, нужно почаще обращать внимание на свои родинки и показывать их специалистам.

Меланома может долгие годы дожидаться своего часа. Так было у одной из пациенток краевого онкологического диспансера. Родинка была у

нее с детства и никак не беспокоила, но через 40 лет изменила цвет, стала объемной, начала шелушиться, после травмирования одеждой стала кровоточить. Своевременное обращение к врачу помогло избежать худшего прогноза и остановить распространение болезни в самом начале, подобрать эффективное лечение. Теперь пациентке предстоит наблюдаться у онколога в течение всей жизни.

Ирина Николаенко, онколог Алтайского краевого онкологического диспансера, говорит, что основными признаками злокачественной трансформации родинки являются:



➤ **любые изменения ее размеров, формы и цвета**, наблюдаемые в течение одного или нескольких месяцев;

25%

приходится на кожу, в том числе меланоме среди наружных злокачественных опухолей (по данным Алтайского края, 2020 г.)

- **асимметрия**, когда одна половина не похожа на другую;
- **зуд в области образования, изъязвление и шелушение его поверхности, появление кровоточивости, а также выпадение волос, если они там были раньше.** Различные сочетания все этих симптомов проявляются уже на начальных стадиях заболевания.

Повод для визита к врачу – если родинок вдруг стало значительно больше.

Неприятные особенности

– Причина возникновения меланомы – перерождение меланоцитов, клеток, отвечающих за цвет кожи, – поясняет Ирина Николаенко. – Скопления таких клеток находятся в родинках, поэтому нередко меланома развивается именно из них. У мужчин чаще всего эта опухоль возникает на туловище, голове и шее, у женщин – на руках и ногах.

Меланома способна стремительно давать метастазы, и в этом заключается главная сложность при ее лечении. В то же время после хирургического иссечения первичного очага опухоли на ранних стадиях стойкое излечение может быть достигнуто у 80–90% больных.

Еще одна особенность меланомы – нельзя взять фрагмент опухоли для исследования, по стандарту новообразование необходимо удалить полностью и уже тогда его изучать.

Как лечат меланому?

– Тактика лечения зависит от стадии заболевания. Именно поэтому важно обращаться за помощью как можно раньше. Первую стадию лечат хирургически, полностью иссекая образование с широким отступом от его краев, чтобы не оставить в коже патологических клеток и не дать ей возможности выпустить метастазы. По этой причине онкологи категорически против удаления родинок и других новообразований кожи в косметических салонах, – поясняет Ирина Николаенко.

– На второй и третьей стадии операция выполняется в сочетании с последующей лекарственной терапией. Она нужна, чтобы перевести болезнь в стойкую ремиссию. В последние два года пациентам Алтайского края стали доступны современные иммунологические и таргетные препараты, которые позволяют эффективно лечить меланому.

Лечение четвертой стадии может включать хирургическое удаление опухоли там, где это возможно, но, как правило, состоит из лекарственной терапии, способной продлить жизнь пациента настолько, насколько возможно.

Лучевая терапия применяется только при меланоме сетчатки глаза.

Быть бледным не так уж плохо

Причины того, что случаев заболевания меланомой становится все больше, врачи видят, во-первых, в моде на загар, во-вторых, в усилившемся из-за ухудшения экологической обстановки воздействию ультрафиолетовых лучей на кожу человека.

Загорать становится все опаснее, об этом нелишне напомнить накануне лета. Любое нарушение режима загара (длительное нахождение на солнце, загар в самые жаркие часы дня – с 11.00 до 16.00, солнечные ожоги) может стать фактором риска возникновения меланомы.

Наиболее подвержены риску заболеть меланомой обладатели светлых,

Продолжение на стр. 28 ➤➤

Цифры и факты

При поликлиниках краевых медицинских организаций функционирует **782** ФАПа, **252** смотровых кабинета, в том числе мужских – **30**.

В **2019** году в Алтайском крае с целью выявления онкопатологии профилактически осмотрено **1 601 667** человек, из них в смотровых кабинетах **676 905**, в ФАПах – **183 596** пациентов. Всего выявлен активно **2761** пациент со злокачественными новообразованиями, из них в смотровых кабинетах **1154** человека (**41,8%** от всех впервые выявленных больных на профосмотрах).

81,7% пациентов со злокачественными новообразованиями, выявленных активно на профосмотрах, имели I–II стадии процесса, из них визуальных локализаций – **58,0%**.

В структуре онкозаболеваемости в Алтайском крае наружные локализации злокачественных опухолей занимают ведущие позиции (данные 2020 года):

- **кожа**, в том числе меланома, – **25%**;
- **молочная железа** – **20,3%**;
- **прямая кишка** – **9,5%**;
- **щитовидная железа** – около **5%**;
- **шейка матки** – **4%**;
- **губа, ротовая полость** – около **2%**.

«Продолжение. Начало на стр. 26-27»

рыжих волос, бледной кожи, голубых глаз, склонные к солнечным ожогам, люди с большим количеством родинок, пигментных пятен и веснушек. У людей, получивших три или более эпизода солнечных ожогов в течение жизни, заболевание может развиваться даже через несколько лет после того, как они сгорели на солнце.

Рискуют заболеть также те, чьи близкие родственники болели меланомой, люди с иммунодефицитом. Меланома чаще развивается у мужчин. Имеет значение и возраст – часто болеют сравнительно молодые, от 30 до 50 лет. В группу высокого риска попадают женщины в период беременности и лактации. Кроме того, к факторам риска относится травматизация любых родинок.

Нетипичные локализации

В последние годы в регионе стали часто встречаться меланома радужной оболочки глаза и подногтевая меланома.

В первом случае к врачу стоит обратиться при появлении на радужке черных точек, при периодическом мелькании черных плавающих точек перед глазами. Для профилактики меланомы радужной оболочки глаза важно защищать орган зрения от воздействия ультрафиолета – с мая по октябрь носить солнцезащитные очки с фактором защиты UV 400.

Во втором случае стоит обращать внимание на темные пятна, которые возникают под ногтевой пластиной любого пальца руки или ноги, но чаще под пластиной большого пальца ноги. Пятно можно принять за синяк, однако при ушибе он будет сростать вместе с ногтевой пластинкой, а при меланоме пятно останется на месте.

Меланомы могут располагаться и в нетипичных местах: на слизистых оболочках вульвы, влагалища, возле ануса. Также необходимо обращаться к врачу при появлении темных родинок на подошве стопы и ладонях.

Информация предоставлена
АКОД «Надежда»

Аntenатальное оздоровление – залог здоровья будущего человека



Всем известно, что здоровье детей тесно связано со здоровьем их родителей, особенно будущей мамы. Поэтому, прежде чем подумать о рождении здорового ребенка, необходимо задуматься о состоянии собственного здоровья. Не менее важно и то, какой образ жизни ведет будущая мама, какими зависимостями она страдает.

Табакокурение и беременность

Женщина с сигаретой – в XXI веке это модно, эффектно, статусно. Курящих беременных намного больше,

чем кажется на первый взгляд. И что за этим стоит?

Никотиновая зависимость представляет угрозу для будущего ребенка по всем фронтам – от внутри-

Цифры и факты

Курение повышает перинатальную смертность на **27%**! Значимым показателем является выкуривание беременной более **10** сигарет в день. Например, у беременных, выкуривающих в день меньше пачки сигарет, перинатальная смертность повышается на **20%**, а у выкуривающих больше пачки – на **35%**.

утробного развития до осложнений в родах. Снижение массы тела и роста, изменение развития коронарных артерий у новорожденных, увеличение частоты самопроизвольных выкидышей, преждевременных родов, мертворождений – вот далеко не полный перечень воздействия курения на систему мать – плод. Наибольшее влияние курение оказывает на работу нервной и сердечно-сосудистой системы и даже может отразиться на его умственном постнатальном развитии.

Никотин и окись углерода табачного дыма приводят к спазму и повреждению сосудов, увеличивают вязкость крови, тем самым снижают кровоток в пупочных артериях и приводят к преждевременному старению плаценты. На фоне длительного нарушения плацентарного кровотока происходят выраженные морфологические изменения в плаценте – формируется плацентарная недостаточность (ПН), которая выявляется у 92,5% курящих и у 71,8% беременных, употребляющих алкоголь.

Одним из проявлений некомпенсированной ПН является задержка развития плода (ЗРП). ЗРП чаще встречается у курящих беременных (10%), а у употребляющих алкоголь – в 3,1% случаев.

Другим важным обстоятельством является то, что никотин и окись углерода значительно снижают концентрацию оксида азота (специального медиатора, который расширяет сосуды, увеличивая приток крови к тканям) в сосудах плаценты и пупочной вены на 47%, либо снижают его активность на 36% по сравнению с некурящими. Именно со снижением активности и концентрации оксида азота связаны осложнения беременности и родов, а также перинатальная заболеваемость и смертность.

Синдром внезапной смерти внешне здорового ребенка, занимающий в структуре младенческой смертности одно из первых мест, также связывают с курением женщины во время беременности. А синдром дыхательных расстройств выявлен у каждого третьего новорожденного от курящих матерей.

Дети от курящих женщин характеризуются замедлением не только физического, но и интеллектуального

развития, у них чаще обнаруживаются неврологические изменения. Это связано с влиянием курения на процесс формирования органов и тканей плода посредством гипоксии – кислородного голодания, что приводит к нарушениям метаболизма и гибели нервных клеток, неправильноному развитию мозговых сосудов и структур мозга.

Курение во время беременности способствует активации предшественников онкогенов в тканях плода и плаценты и увеличивает на 50–60% риск развития онкологических заболеваний у детей в ближайшие годы!

Алкоголь и беременность

Что касается алкоголя, то его влияние на внутриутробное развитие плода в разные сроки беременности неодинаково. Особенно велика опасность при употреблении женщиной спиртных напитков в первом триместре беременности, когда происходят закладка и формирование основных органов и систем будущего ребенка. Токсическое действие этилового спирта усиливается из-за отсутствия в печени плода специального фермента алкогольдегидрогеназы, разрушающего этанол у взрослого человека.

Употребление спиртных напитков беременной также значительно снижает защитные силы ее собственного организма, повышая тем самым восприимчивость к различным инфекционным заболеваниям, и осложняет течение самой беременности и родов.

Таким образом, изучение влияния табакокурения и алкоголя у беременных показало, что курение в большей степени, чем употребление алкоголя, оказывает негативное влияние на течение беременности, увеличивая частоту осложнений и усугубляя их тяжесть. Однако, несмотря на это, антенатальная гибель плода достоверно чаще встречается у беременных, употребляющих алкоголь (6,25%). Наиболее выраженное отрицательное влияние на течение беременности оказывает сочетанное воздействие табакокурения и алкоголя.

Материнский организм и плод тесно взаимодействуют друг с другом, причем большее влияние оказывает материнская среда, а плод возьмет от нее все – и хорошее, и плохое, и результат будет соответствующий, об этом нужно помнить всегда.

Не вреди себе и своему малышу!

Беременность – это возможность женщины реализовать свою репродуктивную функцию. Материнский организм и плод – это как две половинки единого целого. Они тесно взаимодействуют друг с другом, вместе работают «на результат». Для обеспечения оптимальных условий внутриутробного развития плода разработан комплекс профилактических и лечебных мер, объединенных общим названием «антенатальная (дородовая) охрана плода». Данные мероприятия проводятся в женских консультациях. Однако даже при условии хорошей организации работы женских консультаций главная роль в антенатальной охране плода принадлежит самой женщине, готовящейся стать матерью, помните об этом и берегите себя и своих близких.

Юлия Алексеевна Дударева,
д. м. н., доцент, профессор кафедры акушерства и гинекологии с курсом ДПО ФГБОУ ВО АГМУ МЗ РФ;
Татьяна Сергеевна Пушкарева,
клинический ординатор кафедры акушерства и гинекологии с курсом ДПО ФГБОУ ВО АГМУ МЗ РФ;
Валерия Анатольевна Реут,
клинический ординатор кафедры акушерства и гинекологии с курсом ДПО ФГБОУ ВО АГМУ МЗ РФ

Елена Ханановна Энтина-Компанеец (1900-1991)

Елена Ханановна Энтина-Компанеец родилась в Днепропетровске в многодетной семье. Из шести детей она была пятой, в возрасте 12 лет потеряла мать. Училась в женской гимназии, после окончания которой поступила в Днепропетровский мединститут на педиатрическое отделение. Окончила вуз в 1924 году. В этом же году вышла замуж. Муж, **Юлий Владимирович Компанеец**, занимался проектированием мартеновских печей. Начала работать детским врачом в родном городе. Зарплата врача была очень мала, поэтому мужу приходилось трудиться буквально день и ночь, чтобы содержать свою семью, помогать многочисленным родственникам, родителям. В 1938 году семья Компанеец переехала в Сталинград, муж стал работать на военном заводе, Елена Ханановна – в медицинском институте.

С началом Великой Отечественной войны муж работал на заградительных рубежах к городу, Елена Ханановна в качестве врача в военном госпитале. После начала массированных бомбежек города в июне 1942 года с дочерью и братом (работал бухгалтером в этом госпитале) в составе

эвакогоспиталя сплывались по Волге в направлении Каспийского моря. В течение месяца госпиталь базировался в небольшой деревушке, куда всего за несколько часов до отправления его вглубь страны, пешком из-под Сталинграда, без денег и вещей, только с сохранившимися документами, пришел Юлий Владимирович. Как металлург он имел бронь, поэтому с началом битвы под Сталинградом ему было приказано выбираться самому в тыл.

К осени госпитальный эшелон через Среднюю Азию, южный Урал прибыл в Алтайский край и был размещен в Тальменке, где Елена Ханановна продолжила свою врачебную деятельность. Вскоре мужу, как сотруднику завода Трансмаш, дали комнату в Барнауле, и семья перебралась в краевой центр. Елена Ханановна начала работать заведующей Зайчанской консультацией (нынешний Железнодорожный район, расположенной ориентировочно на пересечении ул. Партизанской и переулка 2-й Прудской). До 1948 года руководила консультацией, затем переведена (со слов дочери) главным врачом в детскую больницу, а после реорганиза-

Награды

1. Медаль «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.» от 29.11.1945 г.
2. Орден Трудового Красного Знамени от 14.04.1951 г.
3. Медаль «Тридцать лет Победы в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.» от 01.08.1976 г.
4. Медаль «Сорок лет Победы в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.» от 25.04.1985 г.
5. Медаль «Ветеран труда» от 9 мая 1985 г.

ции и появления в 1950 году Объединения детских лечебных учреждений Октябрьского района стала его главным врачом (по июнь 1960 года).

Уволилась в 1960 году, работала затем некоторое время врачом-педиатром во 2-й краевой поликлинике (так называлась, находилась за стадионом) и 3-й детской поликлинике.

Записано со слов дочери
Елены Ханановны –
Евгении Юльевны Компанеец.
Н.П. Ялунина, архивариус



Приехала специально из другого города в родильный дом № 1, г. Барнаул, чтобы рожать с рубцом на матке. Две недели ждали, пока начнется родовая деятельность. В итоге все прошло замечательно, даже лучше, чем я ожидала. Роды начались сами, мне помогала врач **Ирина Ивановна Геронимус**, внимательная, спокойная, деликатная, отличный специалист. Спасибо огромное за такое отношение! А также хочу выразить благодарность и. о. главного врача **Елене Леонидовне Новиковой** за то, что не отказывала мне в консультации. Здесь работают прекрасные люди и специалисты.

Екатерина Васильевна
Кирьянова

Выражаю огромную благодарность врачу-хирургу высшей категории отделения общей хирургии Краевой клинической больницы **Александру Васильевичу Казакову** за его золотые руки и человеческое отношение. Александр Васильевич оперировал меня в 2020 году, операция была очень сложная. На обходах он был такой внимательный, вежливый и всегда вселял в меня оптимизм и веру в лучшее. Александр Васильевич, я всю жизнь буду помнить Вас и всегда буду благодарна. От всей души желаю здоровья, профессионального роста и процветания!

Наталья Владимировна
Тихонечко

Выражаю благодарность доктору Детской городской поликлиники № 9, г. Барнаул, **Наталье Семеновне Каракуловой** за то, что нашла подход к моему сыну, который до слез боится стоматологов. Это единственный врач, который взялся за лечение. Огромное спасибо Наталье Семеновне за высокий уровень профессионализма, человечность, доброту и спокойствие!

Анна Юрьевна Цеханович

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

Хочу выразить благодарность анестезиологу родильного дома № 2, г. Барнаул, **Ивану Арсентьевичу Аришину** за моральную подготовку к операции, юмор и, конечно, за профессионализм! А также выразить огромную благодарность замечательному доктору с золотыми руками **Алле Викторовне Ариничевой**. Огромное спасибо за вашу ювелирную и сложную работу! Спасибо огромное, будьте здоровы!

Анастасия Сергеевна Бурдакова

Хочу сказать огромное спасибо бригаде скорой помощи Михайловской ЦРБ, а именно **Алексею Владимировичу Зикратову, Олегу Юрьевичу Шляпникову, Александру Петровичу Янгель** за своевременную помощь моей соседке, Зубурде Сабируловне Колычевой. Спасибо огромное. Побольше бы таких отзывчивых людей.

Татьяна Николаевна Новохатько

Хотелось бы выразить особую благодарность **всему коллективу КПО горбольницы № 12 г. Барнаула**, отдельно хочу отметить работу медбрата **Ильи Владимировича Кравцова**. Поблагодарить его за профессионализм, внимательность, способность вникнуть в проблемы каждого больного. Спасибо, что Минздрав Алтайского края и АГМУ готовят таких специалистов.

Армен Геннадьевич Сагателян

Хотелось бы написать и выразить благодарность врачам первого роддома Барнаула, особенно **Наргиз Бурхановне Зяблицкой**. Спасибо Вам огромное за мою Дашулю. Также благодарна **Татьяне Александровне Бережной** за то, что поверила в меня, дала самой родить; **Ирине Ивановне Геронимус**, присутствовавшей на родах, которая смогла успокоить; **Людмиле Ивановне Пшеничниковой** за то, что научила правильно кормить грудью. Я не пожалела, что выбрала вас. Спасибо всем врачам и сестрам!

Наталья Алексеевна Мардовина

Хочу выразить благодарность коллективу отделения противоопухолевой лекарственной терапии № 1 краевого онкодиспансера и лично заведующей **Дарье Геннадьевне Лазаревой**. Спасибо за труд, а правильность выбранных тактик лечения неоднократно подтверждались в ведущих онкологических центрах г. Москвы и г. Санкт-Петербурга

Анастасия Юрьевна Масликова

Хочется от всего сердца поблагодарить персонал КГБУЗ «Городская клиническая больница № 11, г. Барнаул». Рожала в разгар пандемии, в июне 2020 года. Роды принимала **Наталья Николаевна Бондаренко**. К сожалению, имен акушерочек и медсестер не запомнила. Очень доброжелательный медперсонал: все объясняли, держали меня в курсе ситуации, успокаивали. В послеродовом отделении тоже было все прекрасно, отзывчивые акушерки и доктора. Особую благодарность хочется выразить начмеду **Наталье Николаевне Пажетновой**. Это очень внимательный, рассудительный специалист! Благодаря ее профессионализму мне удалось избежать осложнений. Спасибо за вашу работу и заботу о женщинах и их детях!

Кристина Соколова



Инвестиции в здоровье. Аграрный университет

В апреле выездные бригады Краевого центра общественного здоровья и медицинской профилактики в рамках федерального проекта «Укрепление общественного здоровья» нацпроекта «Демография» провели осмотр более 500 студентов и преподавателей Алтайского государственного аграрного университета на территории вуза. Сотрудники и студенты без отрыва от учебного процесса прошли комплексное медицинское обследование. Все желающие смогли узнать уровень сахара, уровень холестерина, пройти флюорографию и маммографию.

Источник: medprofaltay.ru



и открытых источников сети Интернет: lookbio.ru, alania.gov.ru, inteo.ru, postavenue.ru, opecheny.ru, ulekare.cz, celiachia.org, counseling.net, vimg.com.ua, darmaga.ru

Алтайская краевая медицинская газета | 12+
МЫ ЗА ДОВОДЬЕ

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.

Отпечатано в типографии ООО «А1»:

656049, г. Барнаул, ул. Папанинцев, 106А. Тел./факс: 245-936, тел. 69-52-00. E-mail: europrint@list.ru. ОГРН 1062221060670, ИНН 2221121656. Подписано в печать 13.05.2021.

По графику 18.00. Фактически 18.00. Тираж 1000 экз. Цена в розницу свободная.