

Мы

и **ЗДОРОВЬЕ**



№ 11 (702) 18 ноября 2021 г. | Издаётся с 17 июня 1994 г.

Экзамен для хирургов

➤ Стр. 22-24, 32

Незаметно точит кости

➤ Стр. 16-18

Новая история пневмонии

➤ Стр. 28-30

Рентген-хирургия в условиях экстренного стационара

Семинар проводился с целью повышения качества оказания экстренной помощи населению Алтайского края и совершенствования рентген-эндоваскулярной диагностики и лечения в медицинских организациях края.

В приветственном слове Евгений Цеймах, д. м. н., профессор, заведующий кафедрой общей хирургии и топографической анатомии АГМУ, отметил, что эндоваскулярная хирургия – это большой раздел медицины, который имеет огромные перспективы, и сейчас мы видим расцвет этой технологии благодаря минимальной травматичности и высокой эффективности.

Эндоваскулярная хирургия включает в себя растворение тромбов, восстановление проходимости сосудов и их геометрии, удаление тромбов и инородных тел и, напротив, закрытием просвета сосудов и остановкой сосудистых кровотечений.

На семинаре обсуждались вопросы эндоваскулярных вмешательств при кровотечениях, невазкулярных рентген-хирургических малоинвазивных вмешательств в экстренном хирургическом стационаре, диагностики и лечения последствий острой кровопотери.



Новое назначение в Минздраве края

Сергей Воронкин, занимавший в 2021 году пост главного врача городской больницы № 12 в г. Барнауле, назначен заместителем министра здравоохранения Алтайского края.

Сергей Владимирович родился 17 июня 1977 года. В 2000 году окончил Алтайский государственный медицинский университет по специальности «лечебное дело». С 2000 по 2001 год проходил одногодичную интернатуру на базе Краевой клинической больницы по специальности «хирургия».

До 2003 года проработал врачом – анестезиологом-реаниматологом Краевой клинической больницы (г. Барнаул), с 2004 по 2005 год – врачом – анестезиологом-реаниматологом Городской клинической больницы № 25 (г. Новосибирск), с 2005 по 2014 год – врачом – анестезиологом-реаниматологом Краевой клинической больницы (г. Барнаул).

В 2014 году назначен главным врачом КГБУЗ «Городская больница № 2, г. Рубцовск», в 2020-м – главным врачом КГБУЗ «Городская больница № 12, г. Барнаул».

В 2006 году окончил Алтайский государственный университет с присвоением квалификации «Эконо-



мист-менеджер» по специальности «антикризисное управление».

Врач первой категории по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье», врач высшей квалификационной категории по специальности «анестезиология и реаниматология».

В 2017 году за добросовестный труд, большой личный вклад в развитие здравоохранения города Рубцовска награжден Почетной грамотой Администрации города Рубцовска.

Стала лауреатом IX Национальной премии

Акушер-гинеколог перинатального центра «ДАР» Марина Нагайцева стала лауреатом IX Национальной премии «Репродуктивное завтра России».

Церемония награждения прошла во время Всероссийского научно-практического семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контрверсии» и собрала лучших практикующих врачей страны. В номинации «На страже женского здоровья» на победу претендуют врачи – акушеры-гинекологи поликлинического звена.

В перинатальном центре «ДАР» Марина Нагайцева возглавляет кабинет наблюдения беременных высокого риска по преждевременным родам, открытый 3 года назад. Марина Вла-

димировна была его идейным вдохновителем и разработала уникальную концепцию мониторинга беременных группы высокого риска с угрозой преждевременных родов.

Ее пациентки – женщины с отягощенным акушерским анамнезом (преждевременными родами и привычным невынашиванием), беременные с многоплодной беременностью, а также иными факторами риска. Им предлагают более частые явки, УЗИ, инфекционный контроль. Если кроме акушерских осложнений есть иные экстрагенитальные патологии (к примеру, сахарный диабет или нарушение гемостаза), женщин направят на консультации к узким специалистам.

Программа модернизации первичного звена в действии

Барнаульская поликлиника № 3 получила цифровой флюорограф и цифровой рентгеновский аппарат.

Учреждение обслуживает более 27 609 жителей Барнаула. Ежедневно здесь выполняют до 250 флюорографических исследований, порядка 100 рентгенологических.

Новое оборудование заменит устаревшее, которое выработало свой ресурс. В медицинской организации уже завершены работы в помещениях для размещения новой техники. На эти цели из краевого бюджета выделили порядка 2 млн 179 тыс. рублей.

Специалисты говорят, что для установки специализированного медицинского оборудования помещение должно соответствовать определенным санитарно-эпидемиологическим и радиационным требованиям.

«Цифровой рентгеновский аппарат уже установлен, в ближайшее

время начнется монтаж цифрового флюорографа. Использование нового современного оборудования позволит улучшить качество оказания медицинской помощи жителям г. Барнаула. По сложным случаям теперь мы сможем значительно оперативнее консультироваться с коллегами из медицинских организаций второго и третьего уровня», – рассказывает Николай Карпов, главный врач поликлиники № 3.

Всего в регионе в 2021 году по программе модернизации первичного звена приобретено 47 единиц тяжелой техники. В больницах и поликлиниках края появятся современные компьютерные томографы, маммографы, рентгенаппараты.

В настоящее время в медучреждениях ведут ремонт помещений. Порядка 100 млн рублей на эти цели выделены из краевого бюджета.

ФАП в Николаевке открывает двери

Новый ФАП в с. Николаевка Петропавловского района находится в центре населенного пункта и обслуживает 805 человек, в том числе 180 детей. Теперь экстренную и плановую медицинскую помощь они будут получать в новом здании, построенном по всем стандартам.

Общая площадь ФАПа составляет 65 кв. м. Здесь находятся кабинеты общего приема, смотровой, процедурный-прививочный, душевая и туалетная комнаты, а также котельная, помещение для хранения угля.

Кроме того, в ФАПе организована выдача льготных препаратов и изделий медицинского назначения для отдельных категорий граждан, имеющих право на их бесплатное получение, продажа лекарственных средств населению.

«В ближайшее время мы получим лицензию и справим новоселье. А пока сотрудники местного ФАПа – фельдшер и санитарочка обживаю

новое помещение. ФАП в с. Николаевка укомплектован кадрами на 100%. По утвержденному графику прием пациентов будет вести врач общей практики амбулатории с. Паутово», – рассказывает главный врач Петропавловской ЦРБ Андрей Прозоров.

Стоимость объекта в с. Николаевка Петропавловского района вместе с приобретением мебели и оборудования составила около 4 млн 400 тыс. рублей. Прием пациентов уже начался.



Сохранить орган

Алтайские онкологи освоили новый метод-контроль для выполнения органосохраняющих операций при раке молочной железы.

Один из распространенных видов операций при раке молочной железы – мастэктомия. Это полное удаление груди со всеми лимфатическими узлами подмышечной области. Нередко последствиями такого обширного хирургического вмешательства оказывается ограничение подвижности плечевого сустава и лимфостаз.

На ранних стадиях рака молочной железы такой вариант мастэктомии не оправдан и является избыточной, калечащей процедурой.

В октябре 2021 года впервые на Алтае в краевом онкологическом диспансере внедрена методика биопсии сторожевого лимфоузла – первого на пути лимфооттока.

В молочную железу за несколько часов до операции вводится безопасный радиофармпрепарат. Меченый лимфоузел определяется с помощью специального гамма-детектора (его приобрели благодаря федеральной программе по борьбе с онкологическими заболеваниями). Сторожевой лимфоузел удаляется и передается для исследования в морфологическую лабораторию. По его результатам хирург принимает решение о дальнейшей тактике.

Окончательное заключение удастся получить на расширенном гистологическом исследовании, но, как правило, эти результаты совпадают со срочным исследованием.

Проведение специальной подготовки с помощью радиофармпрепарата возможно исключительно в условиях специализированной радиоизотопной лаборатории. В Алтайском крае таковая есть только в краевом онкодиспансере. При наличии показаний пациенток Алтайского края будут отправлять на хирургическое лечение в Барнаул. По словам специалистов, это примерно половина всех операций, выполняемых на молочной железе.

Источник: zdravalt.ru



65 достойных лет



лечебных учреждений города и края стоматологическая поликлиника № 1 ежегодно занимает призовые места, была награждена переходящим Красным знаменем, дипломами 1-й степени, почетными грамотами и ценными подарками.

Впервые в Алтайском крае при поликлинике открывается кабинет пародонтопатий, где врачи – стоматологи-пародонтологи, специализируясь в данной области стоматологии, учились новым методикам диагностики и лечения стоматологических заболеваний. В ортопедическом отделении впервые в городе и крае внедрили производство металлокерамических коронок. С 1980 года были организованы филиалы ортопедического отделения поликлиники на Барнаульском станкостроительном заводе, заводе «Трансмаш». Городская стоматологическая поликлиника № 1 за достигнутые успехи, хорошие показатели в лечебно-профилактической работе, за большую организационно-методическую работу по обучению и воспитанию кадров утверждена «Школой передового опыта». В 1989 году открывается филиал поликлиники по адресу: пр. Красноармейский, 103.

С марта 1992 года, в связи с расширением платных услуг населению, открывается платный кабинет по лечению зубов. В 1995 году в поликлинике была сделана первая в городе и крае компьютерная рентгенограмма зубов. В 2008 году впервые в городе врачами – стоматологами-хирургами была проведена операция синус-лифтинга.

На сегодняшний день в поликлинике действуют 3 отделения: лечебное, хирургическое и ортопедическое. Все отделения оснащены современным стоматологическим оборудованием. В поликлинике проводятся все виды стоматологической помощи в рамках территориальной программы медицинского страхования: консультации высококвалифицированных специалистов, точная диагностика за-

11 февраля 1956 года приказом по Барнаульскому городскому отделу здравоохранения была открыта первая в городе и крае городская стоматологическая поликлиника, где главным врачом был назначен Ефим Аронович Бобович.

Поликлиника состояла из 3 кабинетов, регистратуры и маленькой зуботехнической лаборатории, рассчитанной на 5 зубных техников. Постепенно площади поликлиники расширялись. В 70-х годах поликлиника становится базой для проведения производственной практики студентов стоматологического факультета

Кемеровского медицинского института, зубных врачей, зубных техников г. Барнаула и Алтайского края. В 1978 году было утверждено новое штатное расписание поликлиники, предусматривающее 3 отделения: детское, терапевтическое и ортопедическое, в том числе 2 бригады по санации в школах и детских садах. В смотрах

54 врача

и 65 средних
медицинских
работников трудятся
в настоящее время
в поликлинике

болеваний с применением компьютерной рентгеновизуографии, высокоэффективное обезболивание и лечение зубов любой сложности, удаление зубов, проведение амбулаторных операций в области лица и шеи, чистка и отбеливание зубов, реставрация зубов с использованием стекловолоконных штифтов, пломбирование каналов гуттаперчей и системой Thermafil, вживление внутрикостных имплантатов с последующим протезированием, профилактика и лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта и тканей пародонта, все виды несъемного протезирования, включая металлопластмассу и металлокерамику, съемное протезирование – от простого пластиночного протеза до изготовления цельнолитого бюгельного протеза с косметическим замковым креплением.

В настоящее время в поликлинике трудятся 54 врача и 65 средних медицинских работников – это высококвалифицированные специалисты, мастера своего дела, имеющие большой опыт и передающие его молодым работникам.

На данный момент краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Стоматологическая поликлиника № 1, г. Барнаул» возглавляет **Вера Павловна Козлова**, главный врач.

Источник: пресс-служба
Министерства здравоохранения
Алтайского края.
Фото с сайта stomklinika1.ru

Виртуальные операции



В симуляционном центре Алтайского государственного медицинского университета создали виртуальную операционную с комплексом взаимодействующих симуляторов. Это новое виртуальное пространство для освоения практических навыков ординаторами, студентами, а также врачами в рамках циклов дополнительного профессионального образования.

В виртуальной операционной предусмотрена возможность проведения симуляционных занятий по анестезиологии, различным хирургическим специальностям, а также междисциплинарных тренингов. Новое пространство позволяет моделировать проведение оптимальных методов анестезиологического обеспечения при различных оперативных вмешательствах, в том числе с применением лапароскопических технологий. Также в операционной можно отрабатывать навыки командного взаимодействия хирургов, анестезиологов и среднего медицинского персонала, уточняют в университете.

В преддверии Международного дня анестезиолога состоялось первое практическое занятие с клиническими ординаторами первого года обучения по специальности «анестезиология и реаниматология». Его посвятили отработке практических на-

выков по проведению современной ингаляционной анестезии и тотальной внутривенной анестезии. В условиях, максимально приближенных к реальной клинической ситуации, будущие врачи после вводной анестезии осуществляли интубацию трахеи. Потом в зависимости от характера моделируемого оперативного вмешательства проводили различные варианты современной общей анестезии.

«Благодарим кафедры и сотрудников университета, принимавших участие в создании в нашем центре виртуальной операционной. У нас получился новый достойный и очень нужный для вуза образовательный инструмент», – говорит директор симуляционного центра Алтайского государственного медицинского университета **Ирина Чечина**.

Источник: zdravalt.ru.
Фото: altairegion22.ru

Это надо знать об инсульте



В конце октября отмечался Всемирный день борьбы с инсультом. Смысл этой даты, считает Сергей Федянин, заведующий неврологическим отделением острых нарушений мозгового кровообращения Краевой клинической больницы, врач-невролог высшей категории, к. м. н., главный внештатный специалист – невролог Министерства здравоохранения Алтайского края, в том, чтобы люди могли напомнить самим себе о правилах здоровой жизни, которые помогут снизить риск развития инсульта.

– Все могут измерить свое артериальное давление в течение дня, задуматься о своем образе жизни, подумать о том, сколько в жизни еще может быть хорошего, если инсульт не случится, задуматься о том, что его можно предотвратить. И, если есть проблемы со здоровьем, обратиться к врачам.

Осведомлен - значит предупрежден

29 октября стало Днем борьбы с инсультом по инициативе Всемирной

организации по борьбе с инсультом в 2006 году. Цель этой и подобных дат – повышение осведомленности граждан о том или ином заболевании, а также напоминание о необходимости своевременно проходить диспансеризацию и профосмотры.

По данным ВОЗ, инсульт является одной из основных причин смертности от заболеваний в мире: ежегодно от инсульта умирают 6,7 млн человек, больше умирает только от ишемической болезни сердца. В России

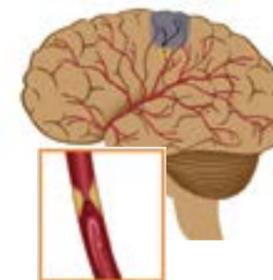
инсульт переносят ежегодно более 450 тысяч человек, причем медики отмечают, что заболевание «молодеет», то есть все чаще происходит у людей достаточно молодого возраста – до 30% перенесших инсульт.

Инсульт - следствие ковида

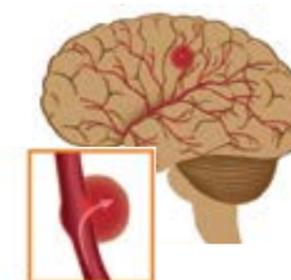
С пандемией коронавируса, которая длится в мире вот уже полтора года, в и без того серьезной и сложной теме инсульта появились новые

На **25-30%** сокращается риск инсульта у людей, которые регулярно занимаются физкультурой

Справка «МиЗ»



Ишемические инсульты происходят из-за закупорки или сужения сосудов.



Геморрагические инсульты происходят при разрыве сосудов и кровоизлиянии.

аспекты: между новой инфекцией и развитием инсульта действительно существует взаимосвязь. Неврологи считают, что головной мозг может являться вторым органом-мишенью для коронавируса после легких.

– Назначение антикоагулянтов при лечении ковида связано с тем, что коронавирус действительно влияет на систему свертываемости крови. Артериальные и венозные тромбозы могут приводить к разным заболеваниям, не только неврологическим. Антикоагулянты при ковиде назначаются для того, чтобы избежать осложнений при коронавирусной инфекции, в том числе инсульта. Чаще всего осложнения в виде инсульта после ковида происходят у тех людей, у которых есть дополнительные факторы риска. И мы чаще стали встречаться с так называемыми «молодыми», в том числе ассоциированными с коронавирусом, ишемическими инсультами. К нам поступают довольно часто люди 30–40 лет, у которых не было особых факторов риска и развивался ишемический инсульт. Через несколько дней у них начиналась лихорадка и развивалась клиника коронавирусной инфекции, которая потом подтверждалась лабораторно. Могло начинаться с клиники инсульта, а потом развивалась клиника ковида. Но бывает и наоборот. В моей практике таких больных примерно 5–10%, – говорит Сергей Федянин.

По словам невролога, у ковида могут быть и другие неврологические последствия: выраженный астениче-

ский синдром (общая слабость и недомогание), например. У некоторых после ковида имеются нарушения сна, развиваются различные нарушения обоняния. Могут наблюдаться полиневриты – множественные поражения нервов рук и ног, из-за этого в них возникает слабость, человек не может ходить, вплоть до обездвиженности (синдром Гийена – Барре).

– При этом степень выраженности осложнений и их перечень не всегда зависит от тяжести самого ковида. Конечно, чем тяжелее человек болеет ковидом, тем выше у него риск развития астении, без всяких сомнений. Но аутоиммунные неврологические заболевания могут возникнуть и на фоне легкого течения ковида. Инфекция может протекать и без осложнений, но прогнозировать и гарантировать это невозможно. Если человек болел дома в легкой форме и у него потом возникли какие-либо жалобы, в том числе на неврологические проявления, возможно, ему нужна реабилитация. В любом случае, если после перенесенной коронавирусной инфекции что-то в состоянии здоровья изменилось в худшую сторону, то нужно обращаться к врачу.

Второй инсульт

– Наверное, профилактика инсульта – это сейчас одно из самых главных направлений, которое может понизить и заболеваемость, и инвалидность среди больных, и смертность. Необходимо следить за своим здоровьем, – говорит Сергей Федянин.

Причем важна как первичная профилактика для тех, кто еще не сталкивался с таким острым нарушением кровообращения головного мозга, так и вторичная профилактика для тех, кто уже инсульт перенес.

Самый опасный период в плане риска развития повторного инсульта – это первый месяц после первого инсульта. Профилактика снижает риск повторного инсульта в несколько раз. Меры вторичной профилактики врач подбирает для каждого больного индивидуально – это зависит от тех причин, которые привели к развитию инсульта, и меры профилактики призваны их ликвидировать или снизить их влияние.

После перенесенного инсульта, госпитализации и лечения пациент переходит на амбулаторный этап, на котором также находится под наблюдением врачей-терапевтов и неврологов поликлиники с контролем необходимых показателей и контролем приема назначенных препаратов для профилактики повторного инсульта. По большому счету человек, перенесший инсульт, должен находиться под наблюдением в течение всей жизни.

– Сейчас действует федеральная программа профилактики инсульта. При геморрагическом и ишемическом инсульте, если у пациента нет отказа от льготы и есть показания для назначения профилактических мероприятий, он в течение двух лет обеспечивается всеми необходимыми препаратами, в

Продолжение на стр. 8 >>

«Продолжение. Начало на стр. 6-7»

этот список включены довольно дорогостоящие препараты – антикоагулянты, статины, дезагреганты, гипотензивные препараты. Больные получают льготные рецепты практически на выезде из стационара.

Терапевтическое «окно»

Сергей Федянин напомнил о важности оказания специальной медицинской помощи в первые часы после инсульта. Так называемое терапевтическое «окно» составляет 3–4,5 часа.

– Это то время, когда мы можем, растворив или удалив тромб, практически восстановить очаг инсульта. То есть он не случится или будет очень маленьким. Это делается с помощью проведения тромболитической терапии. В этом году в крае она внедрена еще в двух отделениях – в Камне-на-Оби и в Алейске. Терапия проводится только в стационаре, после проведения всех обследований – анализов, компьютерной томографии головного мозга, потому что клинически отличить ишемический и геморрагический инсульты довольно сложно. А при геморрагическом инсульте данный вид терапии категорически противопоказан.

При выявленном остром инсульте отказ от госпитализации может иметь большие негативные последствия для здоровья и даже жизни. Поэтому отказываться от госпитализации крайне нежелательно.

Признаки инсульта

Наиболее известны три признака инсульта: невнятность речи, асимметрия лица, неспособность одинаково хорошо действовать обеими руками. Такая клиническая картина наблюдается, по словам Сергея Федянина, примерно в 90% инсультов. Но остальные 10% могут проявляться совершенно другими симптомами в зависимости от того, какой участок головного моз-

га поражен. Выпадение полей зрения (некоторые участки видятся как затемненные) происходит при поражении затылочной доли. Поражения теменной доли могут проявляться в виде исчезновения чувствительности. Если поражена височная доля, то человек может забывать названия каких-либо предметов, развиваются нарушения речи (афазия). При поражении мозжечка развивается атаксия (нарушение согласованности движений различных мышц). Поражение в области ядер черепных нервов проявляется в виде остро возникшего косоглазия.

Курение приводит к ишемическому инсульту в пожилом возрасте. Употребление алкоголя – к кровоизлияниям в мозг в более молодом возрасте.

Признаками инсульта могут быть нарушения сознания (внезапная дезориентация в пространстве и времени, резкое ухудшение памяти), тошнота и рвота, расстройства глотания, шаткая походка, неустойчивость при ходьбе.

И снова про ЗОЖ

Меры профилактики для людей, перенесших инсульт, имеющих факторы риска, и всех остальных отличаются. Меры вторичной профилактики инсульта, как уже было сказано, определяет врач. Люди с факторами риска должны соблюдать меры, назначенные врачом по основному заболеванию, например пациенты с нарушениями сердечного ритма должны принимать антикоагулянты.

Если у человека нет такой специфики, то меры первичной профилактики, рекомендованные всем, включают:

- контроль веса, уменьшение массы тела;
- контроль и нормализацию артериального давления;
- меры, связанные с питанием: средиземноморская диета, нормализация режима питания, уменьшение потребления соли и консервированных продуктов, употребление большего количества овощей и фруктов;
- физические нагрузки, в том числе ходьбу;

Важно знать

Факторы риска развития инсульта

Контролируемые:

- повышенное артериальное давление (выше 140/90 мм рт. ст.);
- курение;
- употребление алкоголя;
- мерцательная аритмия и другие заболевания сердца;
- факторы образа жизни (избыточный вес, отсутствие физической активности, нарушение питания и факторы стресса);
- повышение уровня холестерина;
- сахарный диабет;
- предшествующие транзиторные ишемические атаки (ТИА) и инсульт;
- применение оральных контрацептивов (особенно в сочетании с курением и повышенным АД).

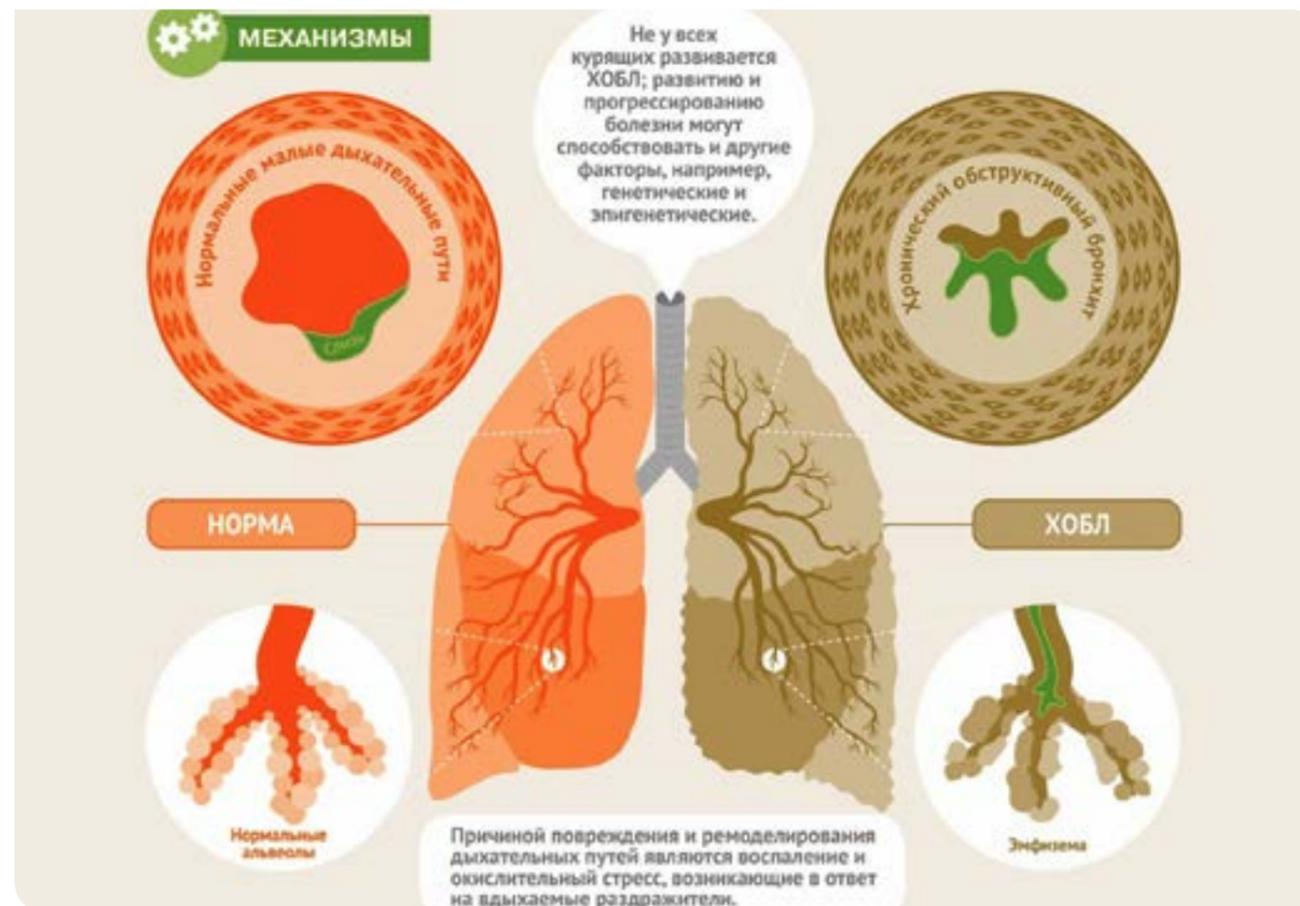
Нерегулируемые факторы риска

- **Возраст:** две трети инсультов происходят у лиц старше 60 лет.
- **Пол:** у мужчин риск развития инсульта чуть выше, однако смертность от инсульта в любой возрастной группе выше у женщин.
- **Наследственность:** люди, у ближайших родственников которых был инсульт, более подвержены риску развития инсульта.

- солнечные ванны (выработка витамина D);
- отказ от курения и употребления алкоголя;
- достаточный и нормальный ночной сон;
- нормализация режима сна и бодрствования, работы и отдыха;
- снижение уровня стресса.

Подготовила Елена Клишина.
Инфографики с сайтов www.kushcrb.ru и antinsult.ru

ХОБЛ в вопросах и ответах



Всемирный день борьбы с хронической обструктивной болезнью легких отмечается 17 ноября. На вопросы о заболевании ответила Ирина Бахарева, главный специалист – терапевт-пульмонолог Министерства здравоохранения Алтайского края.



– Насколько в Алтайском крае распространены случаи ХОБЛ?

– По данным ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, рас-

пространенность ХОБЛ среди взрослого населения в Российской Федерации составляет 15,3%.

Существующие сведения о распространенности ХОБЛ имеют значительные расхождения, что обусловлено

различиями методов исследования, диагностическими критериями. В разных странах от 6 до 20% населения слышали от врача, что страдают ХОБЛ. Число больных, страдающих ХОБЛ, в крае составляет более 50 тысяч человек.

– **Люди с хроническими заболеваниями легких входят в группу риска по коронавирусной инфекции. Есть ли особенности течения болезни и лечения пациентов с ХОБЛ?**

– Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – заболевание, характеризующееся поражением бронхиального дерева, преимущественно малых бронхов, и развитием различных форм эмфиземы легких. Это ведет к снижению скорости воздушного потока в респираторном тракте и кли-

Продолжение на стр. 10 ➤➤

«Продолжение. Начало на стр. 9»

тически – к возникновению одышки. Основной причиной болезни является курение, в редких случаях – другие экзогенные воздействия.

При выявлении у пациента с ХОБЛ COVID-19 развитие дыхательной недостаточности может прогрессировать быстрее, что требует особого наблюдения за этими пациентами и оценки уровня газообмена. Что касается смертности от коронавирусной инфекции, то более высокий риск летального исхода отмечен у больных с патологиями сердечно-сосудистой и эндокринной систем.

В период лечения пациентов с ХОБЛ и коронавирусной инфекцией требуется продолжение базисной терапии бронхолитиками длительного действия. Если они не были назначены, их необходимо ввести в общую схему.

Ингаляционные глюкокортикостероиды должны использоваться в виде дозированных аэрозолей или порошков. Небулайзерной терапии нужно избегать и применять ее лишь по жизненным показаниям с соблюдением мер предосторожности распространения инфекции через аэрозоль. Системные глюкокортикостероиды должны применяться по правилам лечения обострения ХОБЛ.

– Какие факторы способствуют развитию ХОБЛ? Правда ли, что ХОБЛ можно отнести к болезням, обусловленным социальным неблагополучием, плохим качеством жизни? Как часто ХОБЛ развивается у социально благополучных граждан?

– Факторами риска ХОБЛ являются генетическая предрасположенность (тяжелая недостаточность альфа-1-антитрипсина), рост и развитие легких (во время беременности, в детском возрасте, низкая масса тела при рождении). Также к ним относятся профессиональные пыли и химикаты: органические и неорганические пыли, химические агенты и дымы, – это характерно для шахтеров, людей, работающих в зернопереработке, на переработке хлопка, в металлургии. К факторам риска относят домашние загрязнители (загрязнители) – например, использование биоорганическо-

Более
50
тыс.

человек составляет в крае число больных, страдающих ХОБЛ

го топлива для отопления и приготовления пищи в плохо проветриваемых помещениях, атмосферные загрязнители, возникающие из-за сжигания ископаемого топлива. Кроме этого, в списке факторов риска – мужской пол, возраст старше 40 лет, бронхиальная астма, инфекции дыхательных путей, социально-экономический статус (обратная зависимость).

Доказано, что бедность является фактором риска ХОБЛ, но причины этого до сих пор не установлены. До сих пор не ясно, связано ли это с воздействием загрязнения воздуха внутри помещений и атмосферного воздуха, скученностью людей, плохим питанием, инфекционными заболеваниями либо с другими факторами.

– В связи с распространением коронавирусной инфекции есть ли какие-то специфические меры профилактики для больных ХОБЛ?

– Меры профилактики новой коронавирусной инфекции для всех одинаковы: вакцинация, ношение масок, соблюдение социальной дистанции, предупреждение контакта с больными ковидом, самоизоляция лиц старше 65 лет и т.д.

– Снижает ли вакцинация от коронавируса для людей с ХОБЛ риск получить тяжелые осложнения? Диагноз ХОБЛ не является противопоказанием для вакцинации?

– Вакцинация от коронавируса снижает риск заболевания или тяжелых осложнений для всех привитых. Больные с ХОБЛ не исключение. Вакцинация показана всем. ХОБЛ не является противопоказанием.

Подготовила Елена Клишина.
Инфографика с сайта neo-medical.ru

Редакция газеты «Мы и здоровье» рассказывает о сотрудниках регионального здравоохранения, которые преданы своей профессии и пациентам. Одна из них – старшая операционная медицинская сестра хирургического отделения Алтайского краевого госпиталя для ветеранов войн Валентина Журко. В госпиталь она пришла сразу после окончания Родинского медицинского колледжа и работает здесь уже почти 22 года.

– В июле 2000 года я пришла работать в госпиталь палатной медсестрой, а в 2001 году мне предложили стать операционной медсестрой – согласилась сразу, не раздумывая. Большую роль в моем профессиональном становлении сыграла старшая операционная медсестра **Зинаида Павловна Глазкова**, с которой мы проработали более пятнадцати лет. Я очень благодарна ей за терпение и внимание. Сожалений о том, что я выбрала эту профессию, у меня никогда не было. Мне нравится моя профессия, работая в операционной, я помогаю людям.

Операционная медсестра, по словам Валентины Николаевны, первый помощник хирурга, она должна знать ход операции, для того чтобы в ответственный момент подать необходимый инструмент. «Иногда по одному только взгляду врача мы уже понимаем, что ему нужно. Мы пер-

«В операционной я как дома»



выми приходим в операционный зал, а уходим последними: готовим операционную, хирургические инструменты, проверяем оборудование, которое будет использоваться во время операции, расходники, чтобы все было в наличии, накрываем операционные столы. Когда привозят пациента – ждем врачей, готовим операционное поле, и затем операция уже начинается. Мы стараемся, чтобы пациент как можно меньше времени находился в опера-

ционной. По окончании операционного дня готовим все необходимое для следующего», – рассказывает героиня публикации о своей работе. В работе операционной медсестры, по словам Валентины Журко, важны такие качества, как точность, внимательность, скрупулезность. «Только так и можно работать, а иначе смысла нет идти в эту профессию, – говорит она. – Главное – чувствовать ответственность за здоровье человека, который лежит на операционном столе».

Справка

Из характеристики В.Н. Журко:

«Зарекомендовала себя как умелый организатор, сочетающий практическую и административную деятельность, что позволяет повышать качество работы сестринского персонала отделения и улучшать медицинскую помощь пациентам – ветеранам войн. Работа отделения эффективна, в этом большая заслуга старшей операционной медицинской сестры. За многолетний добросовестный труд, высокий профессионализм была неоднократно поощрена и награждена администрацией госпиталя, другими организациями и учреждениями. Имеет благодарственное письмо Алтайского краевого Законодательного собрания. В общении с пациентами и коллегами вежлива и тактична, чем заслужила уважение и признание в коллективе».

Среди пациентов краевого госпиталя много пожилых людей. Валентина Николаевна говорит, что внимание и участие нужно всем людям, а пожилым его требуется чуть больше. «Бывает, словом подбодрить, улыбнись, и им уже легче становится, на выздоровление быстрее идут».

Валентина Журко отмечает, что в профессию молодежь идет неохотно, поэтому она рада стать наставником и передавать свой опыт и знания молодым специалистам, выбравшим профессию операционной сестры. В 2017 году на практику в госпиталь пришла студентка Барнаульского базового медицинского колледжа **Софья Куркова** и осталась работать операционной медсестрой.

Елена Клишина

Апгрейд флебологов

15 октября в Барнауле впервые прошел Алтайский венозный форум. Межрегиональная научно-практическая конференция объединила более 200 специалистов, работающих с проблемами сосудов. По медицинской статистике, сегодня симптомы заболевания вен можно обнаружить у каждого второго жителя края. Спикеры форума рассказали о методах, которые способны эффективно профилактировать и диагностировать сосудистые заболевания.

С позиций доказательной медицины

Сегодня патологии сосудов различной локализации – актуальная медицинская и социальная проблема. Высокая распространенность, клинические проявления и последствия заболеваний сосудов оказывают существенное влияние на качество и продолжительность жизни пациентов. В такой ситуации обмен научным и клиническим опытом врачей с высоким профессиональным уровнем – важнейшее условие успеха своевременной диагностики и эффективного лечения пациентов с различной венозной патологией. Идея провести подобное мероприятие в Алтайском крае обсуждалась в научных кругах Ассоциации флебологов России уже несколько лет. Но мировая эпидемия и непростая обстановка помешали реализации мероприятия ранее. Однако в мае нынешнего года было при-



нято решение о проведении форума в Барнауле осенью.

Открыл форум президент Ассоциации флебологов России **Игорь Сучков**. На конференции выступило 8 лекторов из Москвы, Рязани, Ростова-на-Дону, Новосибирска, Иркутска и Барнаула. Они представили 11 докладов, два из которых прозвучали в онлайн-формате. Все спикеры – признанные выдающиеся российские эксперты, сердечно-сосудистые хирурги и врачи-флебологи с многолетним научным и практическим опытом, члены Ассоциации флебологов России. В их числе: заместитель директора Института кластерной онкологии ФГБОУ ВО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

Минздрава России, д. м. н., профессор кафедры лучевой диагностики, онкологии и пластической хирургии, профессор РАН (Москва) **Максим Кузнецов**, заведующий отделом Центра новых медицинских технологий Института химической биологии и фундаментальной медицины Сибирского отделения Российской академии наук, д. м. н., профессор (Новосибирск) **Андрей Шевела**, профессор кафедры хирургических болезней № 1 Ростовского государственного медуниверситета, д. м. н. (Ростов-на-Дону) **Игорь Кательницкий**, доцент кафедры хирургии Иркутской государственной медицинской академии последипломного образования, к. м. н., врач – сердечно-сосуди-

стый хирург ФГБНУ «Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека» (Иркутск) **Алексей Смирнов** и другие.

Главной целью форума было ознакомление с современными технологиями и подходами к диагностике и лечению различных заболеваний вен и артерий. С позиций доказательной медицины лекторы подробно осветили современные аспекты диагностики, профилактики и лечения венозных тромбозомболических осложнений (тромбозы глубоких и поверхностных вен, тромбозомболии легочной артерии) у различных категорий пациентов. Кроме того, обсудили современные возможности и сложности антикоагулянтной терапии при венозных тромбозах, а также эпидемиологические и патогенетические аспекты хронических заболеваний вен. Спикеры представили современные стратегии и новую информацию консервативного и хирургического лечения хронических заболеваний вен и ВТЭО, включая современные методики (эндовенозная лазерная и радиочастотная абляция вен). Не остались без внимания проблемы диагностики и хирургической тактики при острой мезентериальной ишемии и критической ишемии нижних конечностей. Особый акцент был сделан на стандартизацию ультразвуковых исследований в диагностике патологии вен нижних конечностей. Также были затронуты современные вопросы эстетической флебологии в лечении патологии вен различной локализации с помощью неодимовых транскутантных лазеров.

Общение для совершенствования

Подобные форумы – это живое общение врачей, возможность задать наболевшие и интересующие вопросы высококвалифицированным экспертам и получить исчерпывающие ответы. Это совершенствование знаний – получение новой полезной профессиональной информации. Кроме того, в наше непростое время у подобных мероприятий важной целью является сплочение и развитие нашего профессионального сообщества врачей, объединенных друг

с другом одним общим делом. В данном случае – диагностикой, профилактикой и лечением острых и хронических заболеваний артерий и вен.

По мнению организатора форума, члена Исполнительного совета Ассоциации флебологов России, профессора кафедры факультетской хирургии с курсом ДПО ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, д. м. н. **Алексея Петрикова**, прошедший Алтайский венозный форум реализован успешно. Он привлек большое количество разных специалистов. В мероприятии приняло участие 212 специалистов (103 человека подключились онлайн): это общие и амбулаторные хирурги (63%), сердечно-сосудистые хирурги и флебологи (13%), врачи функциональной и ультразвуковой диагностики (12%), кардиологи, рентген-эндovasкулярные хирурги, терапевты (6%), а также врачи других специальностей (6%). Наибольшее количество врачей (67%), принявших участие в мероприятии, были из Барнаула, 15% специалистов от общего числа участников – представители районов Алтайского края. Это свидетельствует о заинтересованности врачей в новых знаниях и получении современной информации в отношении патологии сосудов. В настоящее время хирурги в районах нашего региона работают в непростых условиях и сталкиваются с этими проблемами практически ежедневно.

Во время форума шла онлайн-трансляция, которая охватила не только Алтайский край. География городов, подключившихся к мероприятию, впечатляет: Абакан, Батайск, Владикавказ, Вологда, Воронеж, Горно-Алтайск, Иркутск, Кемерово, Красноярск, Майкоп, Москва, Новосибирск, Ростов-на-Дону, Рязань, Санкт-Петербург, Саратов, Томск, Уфа.

Также Координационный совет по развитию медицинского и фармацевтического медицинского образования при Министерстве здравоохранения Российской Федерации высоко оценил Алтайский венозный форум как образовательное мероприятие. В результате чего все участники конференции в рамках реализации модели отработки основных принципов непрерывного медицинского образования получили

Для справки

Алтайский венозный форум – это научно-образовательный проект, направленный на получение специалистами, прежде всего Алтайского края, профессиональных знаний и компетенций по диагностике, профилактике и лечению острых и хронических заболеваний сосудов. В частности, хронических заболеваний вен и хронической венозной недостаточности, венозных тромбозомболических осложнений и посттромботической болезни, облитерирующих процессов артерий нижних конечностей и острого нарушения мезентериального кровообращения, включая больных хирургического профиля и «хрупких» пациентов.

Программа мероприятия была рассчитана прежде всего на врачей хирургического профиля (общие и сосудистые хирурги, флебологи и рентген-эндovasкулярные хирурги), а также на врачей смежных с флебологией специальностей – травматологов-ортопедов, специалистов функциональной и ультразвуковой диагностики, акушеров-гинекологов, терапевтов, врачей общей практики и др.

пять зачетных единиц (кредитов) по соответствующей специальности.

Организаторы планируют проводить венозный форум в Алтайском крае ежегодно. Это позволит привлекать к участию большое количество врачей различных специальностей, в том числе из смежных областей медицины, заинтересованных в диагностике и лечении различной патологии сосудов. А также формировать актуальную тематику форума с учетом потребностей врачей нашего региона, привлекать авторитетных спикеров для освещения разных разделов и направлений, формировать разные тематические секции, проводить показательные операции с применением современных и новых технологий.

Подготовила **Ирина Савина**.
Фото с сайта altaivenousforum.ru

Доступные инновации



Обеспечить лечебные учреждения средствами индивидуальной защиты или же уникальным оборудованием с одинаковой оперативностью – для компании «Восточный Альянс» не существует незначительных проектов. Более 20 лет она поставляет медицинские изделия и оборудование во все уголки России. Каковы особенности медицинского рынка в Алтайском крае и какие инновационные технологии появились в нашем регионе благодаря компании – расскажет генеральный директор Роман Кириченко.



Опыт и ответственность как козыри

– Роман Владимирович, с чего все начиналось и что компания представляет собой сегодня?

– История «Восточного Альянса» началась в 1999 году. Сегодня это уже не просто предприятие – это бренд. А компания продолжает развиваться уже как федеральный дистрибьютор медицинских изделий и техники, произведенных как в России, так и за рубежом. Компания начала с продажи УЗ-аппаратов на территории Алтайского края. Тогда ме-



дицинский отдел компании насчитывал 3 «универсальных» менеджера, которые занимались всеми процессами. Сейчас – это структурированная организация с выделенными функциональными отделами (менеджмента, продаж, снабжения, тендерного и т. д.). Она объединяет более 160 сотрудников в 7 регионах России.

– Какие направления сегодня считаете приоритетными?

– Развитие региональных центров продаж на территории России – в Южном и Дальневосточном федеральных округах. Также мы работаем над усилением пула наших партнеров: сотрудничаем напрямую с отечественными заводами – производителями медицинской техники и медицинских изделий. Сегодня на рынке широко представлены технологии зарубежных производителей, однако в рамках поддержки программы импортозамещения все больше лечебных учреждений предпочитают иметь дело с российскими производителями. Мы работаем в этом направлении, сотрудничая с такими компаниями, как ELEPS (г. Казань) – одним из ведущих отечественных производителей эндохирургического оборудования для жесткой эндоскопии, «Фармстандарт-Медтехника» – крупнейшим поставщиком

оборудования и медицинских изделий для построения современных систем инфекционного контроля. В этом году мы заключили прямой договор с российской компанией – представителем японских технологий CanonMedicalSystems и уже совместно реализовали ряд проектов по поставке КТ, МРТ-аппаратов в лечебные учреждения на территории страны.

Кроме того, большое внимание уделяем обучению персонала на всех уровнях компании. Это необходимо для повышения компетенций и навыков, оперативности, уровня экспертности в области знаний технологий медицинского рынка.

– В вашей сфере достаточно конкурентов. Какие основные преимущества у «Восточного Альянса»?

– Первое – это накопленный опыт и знание структуры здравоохранения. Мы регулярно участвуем в проектах модернизации, централизации, сотрудничаем с региональными министерствами здравоохранения, в том числе по внедрению процессов автоматизации. В первую очередь мы занимаемся продвижением медицинских технологий и инноваций в учреждениях здравоохранения. Мы не только обрабатываем текущие запросы

от больницы, но и предлагаем альтернативы, которые будут экономически обоснованы и конкурентоспособны по техническим характеристикам.

Второе – мы придерживаемся ответственной дистрибуции. Нам важно обеспечить доступность качественных медицинских изделий в региональных лечебных учреждениях, сохраняя финансовую репутацию и надежность.

Третье – наличие центрального и региональных складов, которые позволяют держать на остатках наиболее востребованные или, наоборот, редкие товары. Это особенно важно в период пандемии, когда сроки доставки из других стран увеличены и невозможно купить необходимое или же приходится ждать до 190 дней.

– Вас принято считать региональной компанией, но практика показывает, что горизонты гораздо шире...

– Более 10 лет назад мы открыли первый филиал компании за пределами Алтайского края – в Новосибирске. Сейчас работает 3 полноценных региональных офиса и логистических центра, 15 отдельных представительств компании в Москве, Красноярске, Новосибирске, Краснодаре, Иркутске и Тюмени. В каждом регионе – своя сложившаяся практика взаимодействия между звеньями сферы здравоохранения, а именно: министерства здравоохранения – лечебные учреждения – поставщики. От особенностей этой практики зависит то, каким образом мы будем выстраивать свою работу в регионе. Например, в Красноярском крае и Новосибирской области мы реализовали ряд проектов по высокоэкспертному оборудованию, а на территории Магаданской области внедрили проекты в большей степени по общемедицинской технике и изделиям.

Время инноваций

– Роман Владимирович, по каким принципам вы выбираете партнеров для сотрудничества?

– Мы придерживаемся принципов прозрачности и открытости бизнеса перед нашими партнерами, клиентами и сотрудниками. При выборе поставщиков большое внимание уделяем их деловой репутации, ориентируемся на продукты, чье качество признано мировым медицинским сообществом. Кроме того, мы сами проводим проверку в рамках комплаенс-процедур* у россий-

ских и зарубежных производителей. В этом есть большой плюс – они оценивают нас как партнеров, а также риски, которые существуют.

Чтобы обеспечить экономическую и этическую безопасность компании, при заключении договоров поставки оцениваем своих поставщиков на благонадежность.

– Одна из главных миссий «Восточного Альянса» – делать инновации доступными. Какие технологии или оборудование благодаря вашей компании пришли в Сибирь?

– Мы ежегодно участвуем в медицинских выставках, конгрессах и конференциях – как участники, так и организаторы, проводим круглые столы для врачебных сообществ с участием экспертов-разработчиков, врачей – лидеров мнений в области практической медицины с презентациями актуальных тем и технологий. Также проводили мастер-классы с демонстрацией оборудования и участием аппликатора (эксперт, который проводит вводный инструктаж персонала, в котором объясняются принципы безопасной работы с оборудованием, а также все необходимые настройки. – Прим. ред.). В этом году организовали и провели масштабное мероприятие для патологоанатомов в Алтайском крае.

За год мы заключаем более 2000 контрактов, в рамках которых поставляем ряд уникального оборудования. Так, в сентябре 2017 год мы поставили в нейрохирургическое отделение Краевой клинической больницы инновационное оборудование для нейронавигации – систему Brainlab. Она позволяет хирургу визуально оценить доступ к нужной структуре еще до выполнения разреза тканей. Кроме того, она отслеживает и визуально отображает положение нейрохирургических инструментов относительно анатомических структур в режиме реального времени. Система выдает хирургу пошаговые инструкции, помогая ему выполнять разрезы с минимальным повреждением здоровых тканей.

Также благодаря нашей компании в Новосибирской области появился уникальный рентген-хирургический аппарат, позволяющего получать 3D-изображение костных структур прямо во время операций. В Республику Алтай мы поставили комплект оборудования для экстракорпоральной мембранной оксигенации (ЭКМО) и многое другое.

Усиление позиций

– Какой отпечаток на работу компании наложила пандемия?

– Мы сами и наши поставщики стали более внимательно относиться к созданию эффективного портфеля продукции для того, чтобы технологично и коммерчески быть интересными на рынке для наших клиентов. К сожалению, сегодня значительно сократилась закупка государственными лечебными учреждениями расходных материалов для высокотехнологичных медицинских операций. Это связано с тем, что во многих лечебных учреждениях приостановлены плановые операции. В свою очередь, значительно вырос спрос на средства защиты – маски, перчатки, костюмы.

Сегодня клиенты все чаще предпочитают стандартным решениям варианты, которые более гибко подстраиваются под запросы и текущую рыночную ситуацию. Чтобы избежать дефицита товара, мы стараемся поддерживать резервный фонд товаров повышенного спроса на складе, порой даже с финансовыми рисками для компании на фоне резких колебаний цен на популярные товары. Кроме того, мы организовали поставку дефицитных товарных позиций для реанимации и средств индивидуальной защиты для поддержки лечебных учреждений через специализированные благотворительные фонды.

– Какие направления «Восточный Альянс» намерен развивать в перспективе?

– В первую очередь усилия направим на выстраивание крепких партнерских отношений с производителями. С начала пандемии благодаря тесным партнерским отношениям нам удалось сохранить объемы в родном регионе.

Также большое внимание продолжим уделять развитию социальной политики в компании. В настоящее время на фоне кадрового голода и необходимости сохранения штата намечен новый тренд в социальной политике внутри компаний – управление благополучием сотрудников.

Подготовила Ирина Савина

* Внутренняя система контроля и оценки возможных рисков, включающая в себя процедуры, обеспечивающие контроль за соответствием законодательству.

На правах рекламы

Незаметно точит кости

В октябре в Краевом Центре общественного здоровья и медицинской профилактики состоялся круглый стол, приуроченный к Всемирному дню борьбы с остеопорозом – тихим и незаметным врагом людей пожилого возраста, особенно женщин.

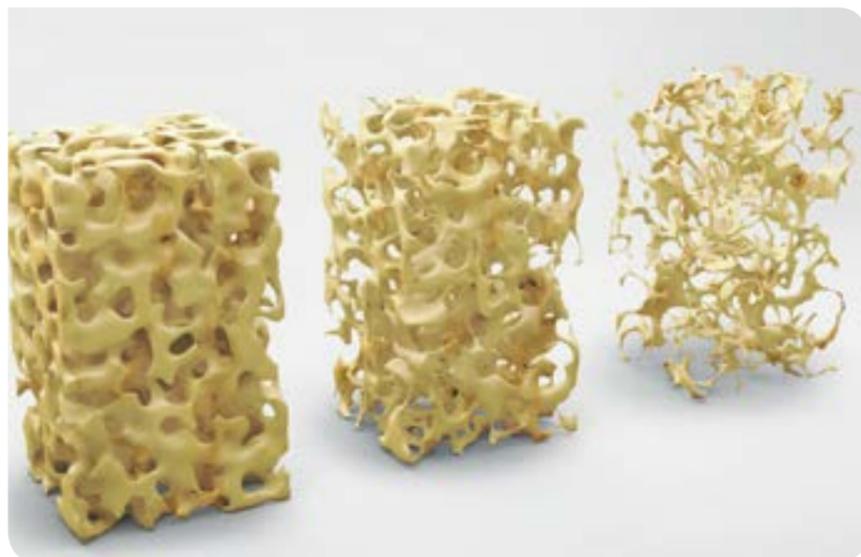
На мероприятии выступили специалисты, которые участвуют в лечении остеопороза: врачи – ревматолог, травматолог, эндокринолог, гинеколог.

«Безмолвная эпидемия»

Оксана Цюпа, врач высшей категории, главный внештатный специалист – ревматолог Министерства здравоохранения Алтайского края, заведующая ревматологическим отделением городской больницы № 4 г. Барнаула, привела статистику по этому заболеванию по краю и отметила, что она, скорее всего, не является полной:

– В Алтайском крае на сегодняшний день, по официальным данным, чуть более трех тысяч пациентов. Но нужно понимать, что эта цифра далека от истины. Как правило, мы сталкиваемся уже со вторичным остеопорозом, поэтому в статистике пациент учитывается под своим основным заболеванием. Считается, что около 14 млн жителей нашей страны страдают остеопорозом.

Специалисты напомнили, что остеопороз (снижение минеральной плотности костной ткани, приводящее к хрупкости костей и патологическим переломам) бывает первичным и вторичным. Первичный – самостоятельное заболевание. К его видам относятся постменопаузальный остеопороз у женщин старше 50 лет (наиболее частый), более редкий ювенильный (диагностируемый у детей до 18 лет)



и идиопатический (самый редкий, выявляемый у детей и людей молодого возраста обоих полов). Как правило, первичный остеопороз развивается медленно, в течение нескольких лет и долго не проявляет себя клинически.

Вторичный остеопороз развивается как следствие различных заболеваний, состояний, приема гормональных препаратов. Причинами вторичного остеопороза могут быть генетические заболевания (муковисцидоз, порфирия, несовершенный остеогенез и др.), нарушения работы эндокринной системы (сахарный диабет, тиреотоксикоз), органов ЖКТ (панкреатит, воспалительные заболевания кишечника, хирургические вмешательства), гематологические, ревматологические и другие заболевания, дефицит кальция и витамина D, прием глюкокортикостероидов, тиреоидных гормонов, антиконвульсантов, противоопухолевых и других препаратов. Вторичный остеопороз может развиваться очень быстро, в течение считанных месяцев.

Преимущественно женская проблема

Специалисты единодушны в том, что остеопороз – болезнь преимущественно пожилых женщин. **Анжелика Гальченко**, врач – акушер-гинеколог, кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии с курсом ДПО АГМУ, приводит цифру: 80% случаев – постменопаузальный остеопороз.

– Женские половые гормоны активно участвуют в формировании костной ткани. Женский организм набирает костную массу в среднем до 25 лет, а потом он только теряет ее. Поэтому очень важно, чтобы в подростковом возрасте эндокринная система, я имею в виду гипоталамо-гипофизарно-яичниковую, работала правильно, чтобы был нормальный уровень гормонов. Девочкам нужно правильно питаться, заниматься физическими упражнениями. Роды и беременность, как и лактация, костную массу не прибавляют,

В мировой статистике остеопороз – одно из самых распространенных заболеваний. Его называют безмолвной эпидемией XXI века. Он занимает третье место после сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета.

естественно, это чисто женские факторы риска. И менопауза. В возрасте 49–51 года функция женских яичников прекращается – прекращается выработка эстрогена, прогестерона, андрогенов, и тогда кальций начинает вымываться из костной ткани, кость становится хрупкой, подверженной патологическим переломам, даже при минимальной нагрузке. Женщина выходит из ванной, оперлась на руку – перелом лучевой кости в типичном месте. При менопаузе снижается и усваивание кальция, и общий обмен веществ. Поэтому важно в этом возрасте сохранить плотность костной ткани. После перелома шейки бедра только 12% пациенток возвращаются к привычному образу жизни. Около 20% погибает от застойной пневмонии и тромбоэмболии, все остальные получают инвалидизацию и уже не могут обходиться без посторонней помощи.

Самая угрожаемая по риску развития остеопороза группа – пациентки, прооперированные в раннем возрасте с удалением яичников. Если выработка женских гормонов пропадает очень рано, остеопороз развивается просто стремительно. Такие пациентки получают терапию, вызывающую лекарственную менопаузу. Мы стараемся эти препараты не назначать более шести месяцев, но такая терапия вынужденно проводится длительно. После физиологической менопаузы и естественного прекращения менструальной функции остеопороз может развиваться через 15 лет. Если пациентка была прооперирована, то через 5–6 лет.

Александр Чанцев, врач – травматолог-ортопед высшей категории, доцент кафедры травматологии АГМУ, к. м. н., подтверждает: остеопороз чаще поражает женщин среднего и старшего возраста. Мужчины тоже ему подвержены, но уже в более пожилом возрасте (70+), у них остеопороз сенильный, то есть старческий, связанный с общими инволютивными процессами.

Врач-травматолог назвал точками-мишенями костного скелета, наиболее часто страдающие при остеопорозе. Во-первых, это лучевая кость в

Прямая речь

Инна Вейцман, врач-эндокринолог высшей категории, кандидат медицинских наук, доцент:



– Первичный остеопороз развивается достаточно длительно. Если остеопороз обусловлен приемом гормональных препаратов либо эндокринными заболеваниями, то он развивается достаточно быстро. Хочу обратить внимание

пациентов и врачей, что назначение больших доз глюкокортикостероидов уже в течение трех месяцев ведет к развитию тяжелого остеопороза. Клинических проявлений не будет, пока не произойдет перелом. Перелом может быть уже в первый год приема этих препаратов. Здесь возраст не играет роли.

Факты об остеопорозе

- Риск остеопороза и переломов более подвержены худые люди, нежели полные. Вес тела менее 57 кг может быть фактором риска. Жир обладает способностью выделять женские половые гормоны и поэтому защищает кости от переломов, во время падения жировая прокладка служит амортизатором. С другой стороны, лишней вес является фактором риска развития ишемической болезни сердца, гипертонии, сахарного диабета и специально «наедать» жировую прослойку не нужно.
- Курение повышает риск развития остеопороза, так как снижает кровоснабжение костей и препятствует поглощению кальция. Недостаток минеральных веществ в организме курильщика делает его кости более хрупкими.
- Алкоголь подавляет деятельность клеток костной ткани. Отрицательно влияя на деятельность желудка и кишечника, он препятствует всасыванию кальция. Также алкоголь снижает переработку и усвоение витамина D, имеющего большое значение для крепости костной ткани.

- Физическая активность способствует упрочению костной ткани. У спортсменов кость на 25% плотнее, чем у тех, кто просто выполняет физические упражнения. У выполняющих физические упражнения плотность костей на 30% выше, чем у человека, лежащего на диване. Бег, танцы, теннис, некоторые силовые упражнения способствуют укреплению костной ткани.
- В целях профилактики остеопороза питание в любом возрасте должно быть сбалансированным и включать молочные и кисломолочные продукты, творог, сыры, рыбу, овощи, фрукты, зелень.
- Если уровень кальция в организме снижен, «наесть» его обратно не получится. Главная задача терапии – остановить развитие остеопороза на минимально возможном уровне и препятствовать дальнейшему разрушению костной ткани.
- Нужно следить за своим гормональным фоном и соблюдать правила приема гормонозаместительной терапии, если она была назначена врачом.

типичном месте (нижней трети), перелом которой возможен даже при минимальной травме.

– Если взять статистику по травмпункту, то переломов луча в типичном

месте в день будет три-пять случаев, по большей части у женщин постменопаузального возраста.

Продолжение на стр. 18 ➤

«Продолжение. Начало на стр. 16-17»

Во-вторых, это компрессионные переломы позвоночника, с которыми к врачам обращаются далеко не все.

– Стала меньше ростом бабушка – ну, стала и стала. А если сделать ей снимки, то там будет перелом позвоночника без болевого проявления.

Еще одна мишень – шейка бедра. Ее перелом в пожилом возрасте – проблема, по словам Александра Чанцева, связанная с сохранением жизни пациента.

– У нас не зря открыт центр экстренного эндопротезирования в больнице скорой медицинской помощи, потому что этих пациентов по-другому выводить невозможно. Если пожилого человека с переломом шейки бедра не прооперировать, если не поставить искусственный сустав, то перелом этот в 99,9% не срастается, пациент обездвиживается, развивается застойная пневмония, пролежни, урологические проблемы, и пациент погибает.

Травматолог считает, что те пациенты, которые попадают к ним в отделение, – это лишь верхушка айсберга, а случаев остеопороза среди населения гораздо больше. Александр Чанцев предложил решать проблему поздней выявляемости остеопороза в терапевтической плоскости: например, сделать денситометрию для людей групп риска обязательной с последующим назначением препаратов для профилактики заболевания.

Как пройти денситометрию?

Денситометры (приборы для определения плотности костной ткани) есть в ряде учреждений здравоохранения, например, в краевом диагностическом центре. В том числе Краевой Центр общественного здоровья и медицинской профилактики не так давно приобрел ультразвуковой денситометр. Обследование могут пройти все желающие, бесплатно, без направления. Метод практически не имеет противопоказаний.

Врач-педиатр **Любовь Михайлова**, заведующая организационно-методическим отделом Краевого Центра общественного здоровья и медицинской профилактики, рассказывает:

Справка «МиЗ»

В Краевом Центре общественного здоровья и медицинской профилактики денситометрия входит в комплексную программу медицинского профилактического обследования. Для его прохождения нужно иметь паспорт и полис ОМС. Продолжительность обследования – 40 минут. Прием проводится по предварительной записи по телефонам:

- в г. Барнауле – ул. Ползунова, 23, тел. (3852) 63-18-43;
- в г. Бийске – ул. Короленко, 41/1, тел. (3854) 40-96-40.

– Кость молодого человека очень плотная и хорошо отражает ультразвуковые волны. У людей более старшего возраста кости более пористые, ультразвук проходит сквозь них. Обследование проводится в течение 5–7 минут, результат сразу выдается на руки. Ультразвуковой денситометр дает нам следующие показатели: плотность костной ткани и минеральную массу кости, плюс разницу плотности костной ткани обследуемого и средней плотности здорового человека. Если показатели обследования однозначно указывают на остеопороз, нужно обратиться к врачу-эндокринологу.

Обследование на ультразвуковом денситометре могут проходить кормящие и беременные женщины. Оно рекомендовано людям с нарушениями опорно-двигательного аппарата, частыми переломами, женщинам в период менопаузы, людям, принимающим кортикостероиды более трех месяцев, людям с онкологией, анемией, сахарным диабетом, тиреотоксикозом, болезнью Иценко – Кушинга, гемолитической болезнью.

Денситометр обнаруживает уже 3%-ный недостаток костной ткани. А симптомы остеопороза появляются гораздо позднее, когда поражено 20–30% костной ткани.

Елена Клишина

14 ноября – Международный день логопеда.

Наталья Касьянова – логопед высшей категории, работает в отделении медицинской реабилитации Алтайского краевого клинического центра охраны материнства и детства. Ей приходится иметь дело с довольно сложными диагнозами, ведь в стационаре и на дневном стационаре АККЦОМД лечатся дети с серьезными заболеваниями, после травм, ДТП, операций. Однако без надежных случаев нет, просто иногда нужно больше усилий, помощь специалистов-медиков, чтобы маленькими шажками идти к результату.



– Недавно от нас выписалась девочка. Год назад, 1 сентября, она получила автодорожную травму. У нее были проблемы с памятью и речью. Сначала девочка была лежачей, не ходила, мама привозила ее на занятия в коляске, потом

Сегодня – лепет, завтра – речь



ребенку важнее эмоцию выдать, чем проследить, как он говорит.

Основные два центра, отвечающие за речь, – это зоны Брока и Вернике, соответственно, лобная и левая височная доли головного мозга. Но это, так скажем, выявленные точки. Для развития речи важны все отделы мозга: левое полушарие – аналитическое мышление, правое – воображение, затылочная зона – зрение, теменная – счет и мышление. При сложных травмах, заболеваниях не всегда сразу видно, что будет впоследствии нарушено. Если левая височная доля, то речь придется восстанавливать долго. Сейчас уже говорят, что нервные клетки восстанавливаются, это называется нейрогенез.

Поэтому нейро сегодня – это наше все. Активно развивается нейрологопедия, подключается нейропсихология. Кроме традиционных инструментов логопеда (зеркала, картинки, игрушки, раскраски-обводилки), мы используем еще и нейропсихологические знания. Занятия проходят с подключением движений к проговариванию слов или слогов. Координация этих действий быстрее закрепляет изучаемый материал, помогает удерживать внимание. Рисовать и обводить одной, двумя руками, ходить и что-то делать, передавать или перекатывать мяч и т. д. в купе с произнесением – это все нейропсихологические «добавки» к нашим занятиям, и это помогает.

Всегда что-то еще

– Вообще, если есть проблемы с речью, нужно искать что-то еще – причину, из-за которой эти проблемы возникли, – говорит логопед. – Среди нашей категории детей очень часты именно неврологические причины. К примеру, безречевые дети (алалия моторная, сенсорная), которые вообще не говорят либо говорят простые слова и, может быть, единичные глаголы. У них почти всегда проблем-

Ксюша стала приходить сама. Мы с ней заново учились говорить, строить фразы, вспоминали слова. Для этого потребовалось несколько курсов. На занятиях последнего курса она уже пересказывала тексты, вела дневник. За год она очень хорошо восстановилась и снова начала ходить в школу, в девятый класс. Правда, пока на домашнем обучении, но это уже большой прогресс. Иногда ко мне заходят поздороваться дети, которые раньше ничего не говорили, были так называемыми безречевыми, а теперь учатся в школе, – рассказывает Наталья Владимировна.

– Логопедия – это в первую очередь коррекционная педагогика, которая занимается и звукопроизношением, и слоговой структурой слова, и грамматическим строем речи, и фонематическим анализом, и синтезом.

Все речевые нарушения, особенно сложные, включают все это. Поэтому необходим комплекс мер: неврологическое лечение, физиотерапия, массаж, ЛФК, логопедические занятия, и поэтому в Центре охраны материнства и детства я работаю вместе со специалистами-медиками.

Весь мозг участвует

– Речь считается высшей функцией человека. Это работа мозга, нейронные связи. Речь «собирает» и отражает все прочие проблемы работы мозга. Если нарушена речь, скорее всего, у ребенка будут и другие проблемы – с поведением, концентрацией внимания, когнитивные нарушения. У гиперактивных детей, к примеру, мы можем увидеть, что у них плохо с вниманием вообще, и со слуховым вниманием в том числе. Такому

Продолжение на стр. 20-21 >>

«Продолжение. Начало на стр. 24-25»

ный анамнез: в возрасте до года наблюдалась задержка гуления, лепета, возможно, были нарушены какие-то моторные функции – не вовремя сел, пошел и т.д. Как правило, таким детям до двух лет назначают неврологическое лечение, и оно всегда помогает. Мы, логопеды, активнее подключаемся после двух-трех лет, когда ребенок уже может выполнять наши инструкции на занятиях. Заключение «алалия» мы ставим ближе к трем годам, до этого – задержку темпа речевого развития. Во время занятий задержка, как правило, сокращается. Но если прогресса нет или он идет очень тяжело, то мы продолжаем заниматься под контролем невролога. Иногда рекомендуем к четырем годам определить ребенка в специализированное детское учреждение – в речевой либо в коррекционный детский сад.

Комплекс неврологического лечения и логопедических занятий хорошо помогает при заикании. Занятия с такими детьми основаны больше на формировании слоговой структуры слова и на дыхании. Нужно корректировать дыхание, следить за темпом речи, за речевым режимом и общим режимом дня. Для таких детей важно вовремя поесть, поспать, нужен спокойный образ жизни без каких-либо эмоциональных всплесков, как положительных, так и отрицательных. Таким родителям мы советуем не особо праздновать дни рождения детей, не посещать шумные праздники.

С ребенком нужно разговаривать

Источником речевых проблем у ребенка могут быть психологические причины, например, стрессовые ситуации в семье. Но Наталья Касьянова в качестве проблемы № 1 называет ситуацию, когда родители мало общаются с ребенком.

– Дети практически с рождения пользуются телефонами, планшетами и смотрят мультики. А нормального, живого общения мало. Но мультик не заменит сказку на ночь. Мультфильмы и гаджеты – это досуг, а не развитие. От ребенка требуется только погло-

щать, собственное воображение не работает, мышление снижено. Гаджеты не предполагают от ребенка какого-то речевого ответа или взаимодействия. Они, конечно, могут присутствовать в жизни ребенка, но дозированно. Например, уставшей маме действительно лучше включить ребенку мультик, чем раздраженно реагировать на его просьбы. Но персонажей мультфильмов дети могут воспринимать как речевую модель и копировать ее, а персонажи, к сожалению, могут быть и с речевыми дефектами.

Бывает так, что ребенок в 3–4 года не слушает сказки, и это проблема – отсутствует слуховое восприятие информации. Это может аукнуться потом в школе. Все дошкольники сейчас преимущественно визуалы, а в школе очень много информации, которую нужно воспринимать на слух. Чтобы развивать навык слухового восприятия в дошкольном возрасте, с ребенком нужно больше разговаривать, вести с ним диалог, предоставлять ему информацию через слуховой канал. От этого включается собственное воображение, формируется словарный запас, та библиотека знаний, которая накапливается у него в голове до школы.

Кроме того, всем детям с речевыми нарушениями, в том числе с тяжелыми, с заиканием, я рекомендую музыкальные занятия – очень помогают вокал, хоровое пение, игра на музыкальных инструментах, танцы. Потому что речь – это ритм и музыка – это ритм, ребенок учится его слышать.

Другая проблема: детям сегодня не нужно прилагать усилия, чтобы получить желаемое, родители предоставляют это по первому требованию, буквально по движению пальца. Хочешь что-то получить – попроси словами, скажи, объясни, подожди, когда тебе дадут. Это важный психологический момент, так как основной стимул развития нормальной речи – это стимул извне.

Для развития речи очень важна языковая, речевая среда. В семьях, где родители следят за своей речью, где много разговаривают, казалось бы, ни о чем, где все обсуждается, где мама гуляет с ребенком и проговаривает все увиденное – именно это

и важно, в этом и заключается общение. Детский сад тоже многое дает – и развитие, и дополнительные занятия, и умение контактировать с детьми и взрослыми. Но важнее все-таки семья. И очень хорошо, если в семье есть старшие дети. В больших семьях все построено на общении и взаимодействии между собой.

Проблемы дошкольные и школьные

На вопрос «Насколько важно научить ребенка читать и писать перед первым классом?» Наталья Владимировна отвечает, что нет сейчас такого правила, чтобы все дети в школу приходили читающими. Но большинство родителей стремятся к тому, чтобы перед школой дети умели читать или хотя бы соединяли слоги. По ее наблюдениям, в классах сейчас может быть примерно три-пять нечитающих детей, и они постепенно начинают читающих – школьная среда стимулирует к этому.

– Если у ребенка норма общего и речевого развития, то его нужно начинать учить читать тогда, когда у него появляется интерес к буквам и книгам. Родители, как правило, это видят. С безречевыми детьми все по-другому. Есть такая методика «речь через чтение», когда мы учим первые слоги и слова наизусть, как стихотворение, учимся читать слогами.

Учить ребенка читать и любить книги нужно прежде всего своим примером. Дети ведь не знают о том, что их родители когда-то читали книжки. Они видят их сейчас, по факту: один у компьютера, другой у телевизора, а самому ребенку почему-то нужно идти и читать. Надо вместе выбирать и покупать книги, делать из этого праздник, читать их, обсуждать, таким образом поддерживая интерес к чтению.

Сейчас один из трендов книгоиздания – книги-картинки: большие иллюстрации, мало текста. Такие книги я рекомендую детям 4–5 лет, которые не хотят слушать сказки. Эти книжки им понятны, поэтому они важны. Постепенно их надо заменять на книги, в которых поменьше картинок и побольше текста. Иногда для того, чтобы ребенок

Валерий Александрович Головин



В новый состав Общественного совета вошел заслуженный работник здравоохранения РФ, заведующий отделом ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России по взаимодействию с практическим здравоохранением Валерий Александрович Головин.

лучше понял услышанное, нужно проиграть озвучиваемую ситуацию. Зайчик побежал и спрятался за деревом? Покажи, как зайчик спрятался! Ребенку становится ясен смысл услышанного, смысловая связь продолжается в его сознании, и он слушает, потому что ему интересно.

Предположить, что у ребенка могут быть дислексия и дисграфия, мы можем после пяти лет, потому что в норме фонематический слух (способность воспринимать и различать звуки речи) созревает к пяти годам.

Навыки чтения и письма до школы мы не проверяем, потому что они формируются с первого по третий класс, к девяти годам. Но предположить, что у ребенка с фонетико-фонематическим недоразвитием речи будет дисграфия можно по мелким деталям на обследовании. И это заключение «угрожаемый по дисграфии» ставим до девяти лет – и в первом, и во втором, и в третьем классе.

Логопедические ошибки – не орфографические, это не незнание правил русского языка. О дисграфии свидетельствуют стойкие нарушения написания слов по глухости-звонкости, твердости-мягкости звуков, постоянные пропуски гласных, слитное написание слов, предлогов. Дислексию можно заподозрить, если ребенок читает медленно и монотонно, не соблюдает знаки препинания, заменяет окончания, слова, не дочитывает правильно, не умеет делать паузы, не понимает прочитанное.

При дизартрии (нарушение передачи нервных импульсов речевому аппарату) ребенок произносит искаженные звуки. За мелкие движения пальцев и языка отвечают близкие участки головного мозга, поэтому для развития речи так важно развитие мелкой моторики. При дизартрии, скорее всего, у ребенка будет еще нарушен и почерк.

Помните, что обратиться к логопеду никогда не поздно – исправить речь можно в любом возрасте.

Беседовала Елена Клишина

Около 30 лет он проработал как организатор здравоохранения на различных должностях. Накопленный опыт определил ряд моментов, на которые Валерий Головин намерен обратить внимание представителей Общественного совета и руководителей здравоохранения в регионе.

В первую очередь это создание руководящего кадрового резерва. «В советское время существовала хорошая традиция создания в ЛПУ резерва на выдвижение в руководящие должности, например, в начмеды или

Продолжение на стр. 22 >>

«Продолжение. Начало на стр. 21»

главные врачи. То есть специалист, прежде чем занять руководящую должность, на протяжении определенного времени готовился к этому – теоретически и практически», – говорит Валерий Александрович.

Кроме того, он отмечает необходимость развития института наставничества, причем не номинально на бумаге, а со всей отчетной документацией.

По мнению Валерия Головина, сегодня много вопросов, которые

требуют немедленного реагирования. В их числе размер заработной платы медицинских работников, который подчас не соответствует той нагрузке, которая ложится на их плечи. Кроме того, остро стоит проблема восстановления фельдшерско-акушерских пунктов и закрепления кадров на селе, где наблюдается серьезная нехватка специалистов.

Подготовила Ирина Савина

Для справки

Валерий Головин окончил Алтайский государственный медицинский институт в 1977 году по специальности «лечебное дело». После вуза его направили врачом-травматологом в барнаульскую больницу скорой медицинской помощи, где он проработал до 1982 года. Его назначили заведующим отделом здравоохранения Октябрьского райисполкома. На тот момент специалисту было всего 32 года.

С сентября 1985 по февраль 1990 года он работал инструктором Барнаульского горкома КПСС. Лечебную работу Головин не прерывал, умело совмещая профессию врача-травматолога со службой в партийных органах. По оценкам коллег, на всех участках работы проявлял себя хорошим организатором, грамотным и требовательным работником.

Кроме того, Валерий Головин много времени уделял подготовке молодых специалистов и совершенствовал различные формы повышения квалификации медицинских кадров.

В 1990 году он вернулся в стены БСМП уже в качестве главного врача. Вступив в должность, Валерий Александрович сразу же начал заниматься вопросами строительства нового корпуса больницы. Ему удалось добиться внесения поправок в проект,

решения о дополнительной пристройке к середине корпуса для отделения лучевой диагностики. Это значительно облегчило работу в дальнейшем, после покупки компьютерного томографа. Добился он и появления пристройки для будущего конференц-зала. Начало строительных работ было положено в конце 1992 года при расчистке территории под будущий корпус. Строительство же началось в 1993 году.

В 1996 году Головина утвердили в должности председателя Комитета администрации города по здравоохранению.

В 2000 году он возглавил Краевой госпиталь для ветеранов войн и помог стать ему передовым медучреждением, где сегодня применяются современные медицинские технологии в диагностике и лечении больных. Под его руководством госпиталь ежегодно увеличивал количество пролеченных больных. Благодаря проведенным выездам специалистов в районы края больше инвалидов войны прошли углубленный диспансерный осмотр.

В 2009 году Валерий Головин стал главным врачом городской поликлиники № 1 (г. Барнаул). А сегодня он работает заведующий отделом ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России по взаимодействию с практическим здравоохранением.

Девять лет назад в Алтайском крае родился мальчик с синдромом Поланда и диафрагмальной грыжей. Для этого заболевания характерно частичное или полное отсутствие большой грудной мышцы с одной стороны и врожденный порок развития кисти со стороны повреждения. Это достаточно редкая врожденная аномалия развития. По официальной статистике, в мире она выявляется у одного из 100 тысяч новорожденных. Сибирские врачи столкнулись с таким диагнозом впервые. Диафрагмальная грыжа как самостоятельное заболевание встречается чаще. А вот сочетание двух подобных патологий в медицинской практике – редкость. Сегодня, спустя время, алтайские медики могут с уверенностью сказать – проблема решена. Подробности – в нашем материале.

Быть как все

По словам мамы мальчика, беременность протекала спокойно. УЗ-исследования не показывали каких-либо отклонений. Когда же Андрей родился, его сразу направили в Алтайский центр охраны материнства и детства (на тот момент – Краевая клиническая детская больница. – *Прим. ред.*), где провели срочную

Экзамен для хирургов



операцию. Выписали юного пациента только через три месяца – врачи хотели убедиться, что его жизни ничего не угрожает. С тех пор **Наталья** с сыном регулярно приезжают из Новичихи в Барнаул на плановые обследования – сначала каждые полгода, а сейчас уже раз в 2 года.

Сегодня можно с уверенностью говорить, что мальчик полностью здоров. Уже к полутора годам он смог вести образ жизни, свойственный его сверстникам. «Поначалу у **Андрея** иногда была небольшая одышка при беге, но он садился, отдыхал и продолжал бегать. Сейчас нет никаких проблем. Он, как и все мальчишки, играет в футбол, лазит по деревьям, прыгает, катается на велосипеде», – говорит мама Андрея. Что же помогло

мальчику, рожденному со сложной сочетанной патологией?

Под счастливой звездой

Чтобы спасти жизнь малышу, в 2012 году ему провели две сложные операции. «К нам он попал, когда ему было всего двое суток. Мальчик поступил с синдромом дыхательных расстройств – колоссальная одышка, тахикардия, частота сердечных сокращений превышала 200 ударов в минуту, показатели пульса зашкаливали, он весь был синий. Дело в том, что брюшная диафрагма была недоразвита и крайне истончена», – вспоминает заместитель главного врача по хирургии Алтайского краевого клинического центра охраны материнства и

детства **Юрий Тен**, который проводил операцию и с тех пор контролирует состояние мальчика.

После операции ребенку стало лучше, его перевели в палату и оставили для наблюдения в больнице. Через некоторое время постепенно, в силу физиологических причин диафрагма ослабилась, растянулась и – проблемы вернулись. Врачи приняли решение провести еще одну операцию.

Алтайские хирурги впервые использовали искусственный костный материал для пластики диафрагмы у ребенка – викриловую пленку в виде сетки, которую доставили в Барнаул из Москвы. Как правило, применение подобных материалов в детской хирургии не принято – инородное тело может быть отторгнуто. К счастью, этого не произошло. «Диафрагма была слабая, повторную пластику делать не было смысла. Во время операции использовали специальный дорогостоящий синтетический материал в виде пленки, он рассасывается сам в течение нескольких месяцев», – говорит Юрий Тен. – Менять пленку в будущем не придется, потому что у мальчика уже сформировалась полноценная диафрагма, которая удерживает давление в животе. Она хорошо восстановилась, потому что мы вшили пленку между брюшиной в животе и плеврой в грудной клетке. Прошло уже девять лет – диафрагма на месте, ребенок абсолютно здоров».

Андрей на самом деле быстро пошел на поправку и сейчас ничем не отличается от своих сверстников – находится в хорошей физической форме, учится на отлично, ведет активную жизнь (играет на аккордеоне, а недавно даже записался на самбо).

Когда уникальность – не в радость

Этот случай – уникальный. Синдром Поланда встречается крайне редко – у одного новорожденного на 100 тысяч в мире. Кроме того, чаще

Продолжение на стр. 24 >>

«Продолжение. Начало на стр. 22-23»

всего он поражает правую сторону. У Андрея была повреждена левая часть. Диафрагмальная грыжа (выпячивание органов полости живота) как самостоятельное заболевание у новорожденных встречается примерно у одного на 5000 детей. В России в половине случаев это грозит летальным исходом. В сочетании же эти две патологии образуют смертельный тандем. История Андрея закончилась благополучно благодаря работе целой команды профессионалов. Подобные клинические случаи ранее в медицинской литературе не описаны. Юрию Тену предстоит заполнить этот пробел.

Алтайские хирурги говорят, что, к сожалению, количество врожденных патологий у детей увеличилось, чаще стали встречаться сложные случаи. Так, недавно в Алтайском центре охраны материнства и детства прооперирован пациент с удвоенной почкой. Чуть позже медики помогли пациенту с тяжелой сочетанной патологией – гипоспадией тяжелой формы (врожденный порок развития мочеиспускательного канала – уретры у мальчиков, при котором наружное отверстие уретры располагается не на верхушке полового члена, а на его нижней поверхности, в области мошонки и даже в промежности. – *Прим. ред.*) в сочетании со скрытым половым членом. Врачам удалось сформировать орган, но пациенту предстоит перенести еще ряд операций.

Такие сложные заболевания и пороки – непредсказуемы. Точные причины их возникновения определить сложно. Факторов для развития патологий много – от генетических мутаций до психогенных причин, отмечает врач – детский хирург **Константин Тен**. Не всегда методы скрининг-диагностики способны выявить патологии во время беременности. Чтобы снизить риски во время вынашивания ребенка, медики рекомендуют создавать максимально благоприятные условия для беременности.

Ирина Савина.

Фото предоставлены
КГБУЗ АККЦОМД

Фоторепортаж на стр. 32 >>

Андрей Васильевич Иощенко



Восемь месяцев назад начал работу новый состав Общественного совета при Министерстве здравоохранения Алтайского края. В него вошел главный врач ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Барнаул» Андрей Васильевич Иощенко.

– Большая честь представлять дорожная медицина в течение в совете крупнейшую сеть государственных клиник в России «РЖД-Медицина», ведь железно- 100 последних лет вносила свой вклад в охрану здоровья населения, обеспечивая доступную и ка-

чественную медицинскую помощь не только работникам ОАО «РЖД», членам их семей, но и другим жителям региона, – отмечает Андрей Иощенко.

По его мнению, деятельность Общественного совета необходима для эффективного взаимодействия Министерства здравоохранения и общества, а также для решения вопросов обеспечения медицинскими кадрами в крае, лекарственного обеспечения, развития «доступной среды» и многих других.

Особенно важным для себя в работе в Общественном совете Андрей Иощенко называет умение быстро ориентироваться в информационной среде, коммуникативность, умение дискутировать, аргументировать и предлагать возможные решения. Он надеется, что работа совета поможет системе здравоохранения края в решении актуальных проблем в сложнейший период пандемии.

Главный врач Железнодорожной больницы активно взаимодействует с территориальными органами исполнительной власти. В период ограничения плановой медицинской помощи в клинике организовали оказание экстренной помощи жителям Барнаула. Часть врачей командировали для работы в больницы, перепрофилированные для оказания медицинской помощи больным с COVID-19 в крае и центральных клиниках «РЖД-Медицина». Также была организована вакцинация от коронавирусной инфекции в поликлиниках учреждения и разработаны эффективные программы постковидной реабилитации.

Андрей Иощенко убежден, что для решения многих проблем в здравоохранении необходимо объединение сил и средств государства и бизнеса, то есть реализация совместных проектов. В последние годы законодательство в сфере обязательного медицинского страхования претерпело существенные изменения, в том числе влияющие на возможности реализации медицинских государственных-частных проектов.

Подготовила Ирина Савина.

Фото предоставлено
героем публикации

Для справки

В 2001 году Андрей Иощенко с отличием окончил лечебный факультет Алтайского государственного медицинского университета. После обучения в интернатуре и ординатуре, с 2003 года, работал врачом-анестезиологом отделения анестезиологии и реанимации Отделенческой клинической больницы на ст. Барнаул (переименована в ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» города Барнаул» в 2019 году), более известной как Железнодорожная больница.

В 2013–2016 годах работал директором санатория-профилактория «Алтай» – структурного подразделения Западно-Сибирской железной дороги – филиала открытого акционерного общества «Российские железные дороги» (руководство коллективом более 100 человек). В этот период при его участии были разработаны и внедрены новые оздоровительные программы, привлечены дополнительные клиенты.

В 2016 году Андрей Васильевич вернулся в частное учреждение здравоохранения «Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Барнаул» в качестве заместителя главного врача по качеству медицинской помощи. Основным разделом его работы стало создание системы контроля качества и безопасности медицинской деятельности в клинике, а также внедрение современных методов мотивации персонала для достижения высокого профессионального и финансового результата.

Дополнительно он занимался вопросами предоставления медицинских услуг по программам добровольного медицинского страхования, заключением договоров со страховыми компаниями, предприятиями и учреждениями на оказание медицинских услуг. Андрею Васильевичу также удалось выстроить эффективные коммуникации и сформировать партнерские отно-

шений со страховыми компаниями. Он успешно курировал направление «Медицинский туризм» в ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» города Барнаул».

С 2019 года обучается в магистратуре ФГБОУ ВО РАНХиГС при Президенте РФ по специальности «менеджмент» (г. Москва). Это способствовало дальнейшему развитию профессиональных компетенций специалиста.

В августе 2020 года Андрей Иощенко назначен главным врачом клиники. Много усилий он приложил для повышения качества медицинской помощи, внедрения и развития в больнице современных технологий, способных обеспечить высокий уровень диагностики и лечения больных в условиях обязательного медицинского страхования и появления конкурентного рынка медицинских услуг.

В декабре 2020 года в клинике был открыт кабинет магнитно-резонансной томографии, в мае 2021 года – лаборатория ПЦР-диагностики. В марте 2021 года как результат многолетнего сотрудничества клиники и Алтайского государственного медуниверситета организован урологический эндокласс для подготовки студентов, ординаторов и курсантов, оснащенный современным симуляционным оборудованием. Клиника практически с момента открытия медуниверситета является неизменной базой, на которой сегодня 7 кафедр проводят свои занятия. Традиции этого взаимодействия имеют огромное значение для развития современных технологий в клинике, а также повышения уровня знаний персонала. Более 30 врачей больницы имеют научные степени кандидатов и докторов медицинских наук.

В 2021 году Андрей Иощенко вошел в состав Общественного совета Министерства здравоохранения Алтайского края.

Старший репродуктивный возраст и деторождение



В России, как и во всем мире, наблюдается тенденция к увеличению продолжительности жизни. Казалось бы, это должно вызывать только положительные эмоции, но есть и обратная сторона медали – изменение репродуктивного поведения современных женщин и их отношение к семье и деторождению. Наши современницы сначала стараются реализовать свой интеллектуальный потенциал, найти свое призвание, достигнуть успехов в профессии и в бизнесе и лишь потом, когда уже стукнет 30–35 лет, придет время думать о детях. Хорошо это или плохо? Давайте попробуем разобраться вместе.

В чем преимущества позднего материнства?

Совершенно очевидным становится факт, что женщины старшего репродуктивного возраста более ответственно относятся к рождению и воспитанию детей, чем молодые мамы. Женщина в возрасте уже, как правило, состоялась в профессии, имеет хорошую работу и материальный достаток. Она более самостоятельна и менее зависима от разнообразных негативных факторов. Однако на фоне роста социального и

экономического статуса происходит ухудшение репродуктивного здоровья и снижение фертильности.

Что такое репродуктивный период

Период, в течение которого организм способен к осуществлению репродуктивной функции – зачатию, вынашиванию и рождению детей.

Особенностью функционирования репродуктивной системы является ее постепенное прижизненное угасание: с 35 лет – репродуктивной, с 45–50 –

менструальной и гормональной функций.

Выделяют следующие периоды:

1. Ранний репродуктивный период (18–34 года) – это наиболее благоприятный период для зачатия и рождения здоровых детей. В течение которого отмечают полноценные менструальные циклы, готовящие организм к беременности (регулярные менструации, наличие овуляции).

2. Поздний репродуктивный период (35–45 лет), в рамках которого выявляются низкие значения антимю-

лерового гормона (АМГ) и, возможно, ингибина В и числа антральных фолликулов (ЧАФ).

3. Переходный период (переход к менопаузе).

4. Менопауза.

Начиная уже с позднего репродуктивного периода в организме женщины возникают и манифестируют многие соматические (сердечно-сосудистые и урологические заболевания, профицит массы тела и нарушения углеводного обмена, дисфункция щитовидной железы и др.) и гинекологические заболевания (хронический эндометрит, миома и эндометриоз). Все это негативно сказывается на репродуктивном потенциале женщины. С каждым годом жизни прогрессивно падает возможность физиологической реализации репродуктивной функции. Репродуктологи считают, что если в возрасте 21–25 лет 90% женщин являются фертильными, то в 30 лет только каждая вторая пациентка самостоятельно забеременеет и без проблем выносит беременность, в возрасте 35 лет таких пациенток остается только 25–30%. Следует помнить, что и репродуктивный потенциал мужчин с возрастом также прогрессивно снижается.

Что такое овариальный резерв?

Женщина рождается, уже имея определенный запас первичных фолликулов (ооцитов):

- при рождении у девочек в яичниках находится около 2 000 000 примордиальных фолликулов;
- к пубертатному периоду (половому созреванию) их количество сокращается до 400 000 штук;
- к 37 годам уже остается всего 25 000 фолликулов;
- в менопаузе остается менее 1000 фолликулов.

Фолликулы созревают на протяжении всего детородного периода жизни женщины. Именно из этих фолликулов происходит формирование яйцеклетки. Размер овариального резерва предопределяется генетически. Он дается один раз и на всю жизнь. Его невозможно увеличить. Он истощается год за годом. Любые неблагоприятные факторы (стресс, инфекции, химическое и

лучевое воздействие) могут привести к досрочному истощению фолликулярного запаса женщины. Когда количество фолликулов достигает критической точки, наступает менопауза.

Что делать, если время ушло, а вы еще не успели стать счастливыми родителями? Если шанс исправить это сегодня?

Да, наука не стоит на месте, и все чаще и чаще мы слышим про вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ).

Что мы понимаем под ВРТ?

Вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) – это все манипуляции *in vitro* с ооцитами, сперматозоидами или эмбрионами человека с целью получения беременности и рождения нового человека. Программы ВРТ включают в себя: экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО), перенос эмбриона (ПЭ), интрацитоплазматическую инъекцию сперматозоида (ИКСИ), биопсию эмбриона, преимплантационное генетическое тестирование (ПГТ), вспомогательный хетчинг, криоконсервацию гамет и эмбрионов, донорство спермы, ооцитов и эмбрионов, циклы с женщиной, вынашивающей беременность.

От чего зависит эффективность ВРТ?

Эффективность ВРТ зависит от многих факторов, но одним из самых главных является возраст женщины. Одной из наиболее изученных и отработанных технологий ВРТ является ЭКО. Однако вероятность успешного исхода ЭКО у женщин в возрасте от 35 до 40 лет достигает примерно 10%, у женщин в возрасте 40+ только 5%. Возраст требует применения более сложных технологий, шансы иметь генетически родного ребенка прогрессивно снижаются.

Беременность наступила. Что ожидает впереди?

При оценке исходов беременности у женщин разного репродуктивного возраста установлено, что беременность и роды у пациенток старшего возраста протекают с большим процентом

осложнений. Так, по данным многоцентрового проспективного исследования, включающего 24 579 пациенток, было установлено, что беременные в возрасте 35 и более лет в сравнении с группой беременных 24–27 лет значительно чаще имеют такую соматическую патологию, как артериальная гипертензия и сахарный диабет. У них чаще регистрируется осложненное течение беременности на фоне плацентарной дисфункции, роды чаще заканчиваются оперативным путем (экстренное КС), а их потомство рождается с более низкой массой тела, что негативно в дальнейшем сказывается на их физическом и психосоциальном развитии.

Как снизить риски, связанные с возрастом?

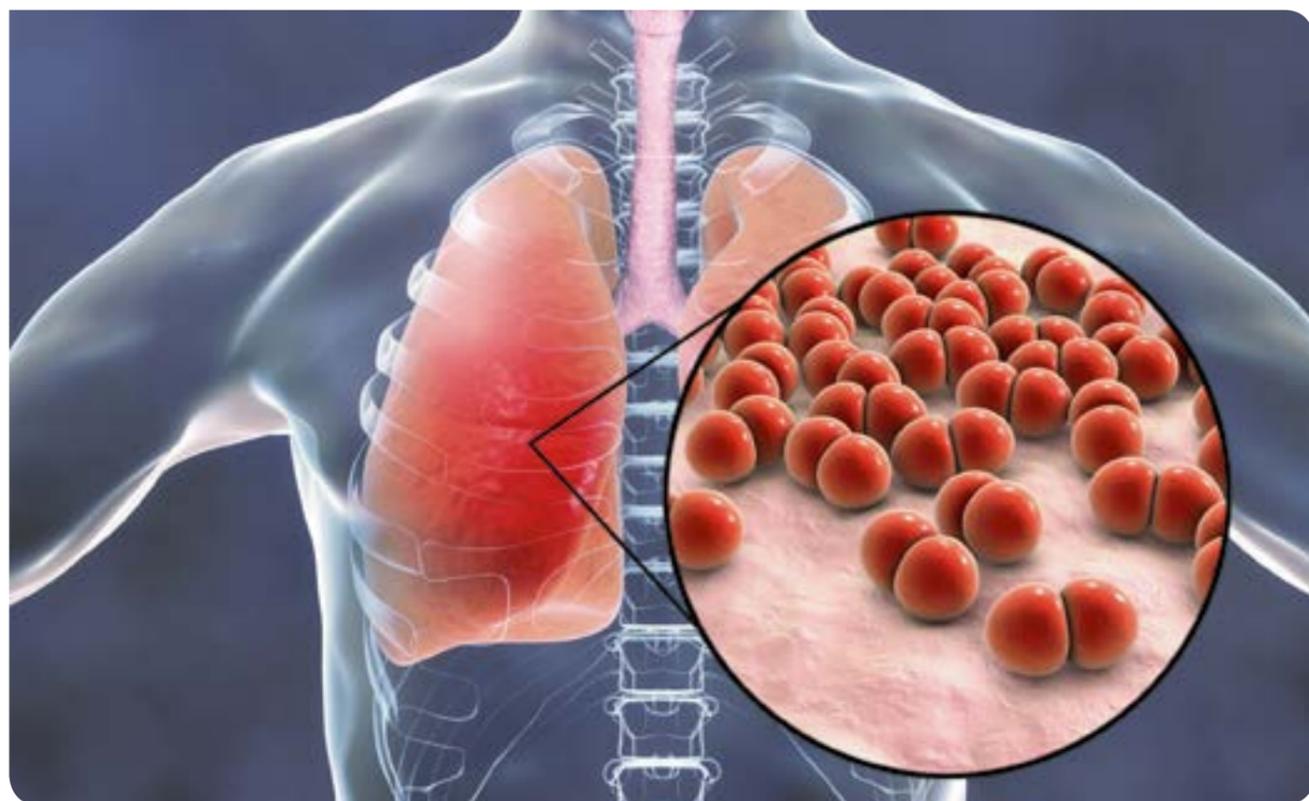
В жизни современной семьи рождение ребенка – это скорее эксклюзив, чем практика, и чтобы праздник состоялся, к нему надо хорошо готовиться. Женщины старшего репродуктивного возраста (35 лет и более) нуждаются в расширении программы прегравидарной подготовки с учетом более высоких рисков для здоровья матери и ребенка:

- нормализации веса тела;
- лечении и компенсации имеющихся хронических заболеваний;
- изменении режима питания и физической активности;
- отказе от вредных привычек: курение, алкоголь, наркотики;
- избегании воздействия токсичных веществ.

В заключение хотелось бы отметить, что, несмотря на все новые технологии, нельзя забывать – все нужно делать вовремя. Правильно выбранное время для зачатия, беременности и родов – это значит рождение здорового ребенка и счастье материнства. Будьте здоровы и счастливы!

Лариса Александровна Хорева,
к. м. н., доцент кафедры акушерства
и гинекологии с курсом ДПО;
Екатерина Александровна Евдошенко,
ординатор первого года обучения;
Анна Дмитриевна Плеханова,
ординатор первого года обучения

Новая история пневмонии



12 ноября – Всемирный день борьбы с пневмонией. До недавнего времени она считалась хорошо известным, изученным заболеванием, которое успешно излечивалось. Однако последние два года, по словам Татьяны Мартыненко, д. м. н., профессора, врача-пульмонолога высшей квалификационной категории, заместителя главного врача по организационно-методической работе КГБУЗ «Городская больница № 5, г. Барнаул», в этом вопросе словно «перевернулось все с ног на голову». С помощью Татьяны Мартыненко попытаемся в этом разобраться.



Начало: свиной грипп

– Пневмония, или воспаление легких, – одно из старейших заболеваний, описанных первыми врачами, начиная с Гиппократов. Это была одна из наиболее частых причин ухода пациентов из жизни до 1942 года – начала эры антибиотиков.

Пневмония всегда являлась серьезным заболеванием и традиционно ассоциировалась с назначением антибиотиков. Считалось, что причиной пневмонии является бактериальная инфекция – различные бактерии, на первом месте пневмококк, *Streptococcus pneumoniae*. С появлением антибиотиков и новых клас-

сов этих препаратов летальность от пневмонии шла на убыль, и до 2000-х годов ситуация находилась под контролем.

В 2009–2010 годах произошла эпидемия свиного гриппа, появился вирус гриппа H1N1, и врачи впервые масштабно столкнулись с вирусной природой пневмонии. Тогда мы увидели

ли совсем другую клиническую картину. Особенностью тех вирусных пневмоний, начиная с эпидемии птичьего, а потом свиного гриппа, были одышка и всегда выраженная прогрессирующая дыхательная недостаточность. Те пациенты при средней и особенно при тяжелой форме заболевания нуждались в искусственной вентиляции легких. Совершенно четко в тот период врачи на первое место в группе так называемого этиотропного лечения (устранения причин заболевания) поставили противовирусные препараты, а именно противогриппозные. И в общем-то все шло относительно неплохо до прошлого года, пока не появилось вирусное, ассоциированное с новой коронавирусной инфекцией поражение легких. При этом мы знаем, что новая инфекция поражает не только легкие, но и весь организм.

Что происходит в легких при ковиде? В отличие от свиного гриппа, не говоря уже о традиционной бактериальной пневмонии, это та самая прогрессирующая острая дыхательная недостаточность, чрезвычайно трудно поддающаяся даже аппаратному лечению с помощью ИВЛ. За эти два года появилось много информации, знаний об этом, но ситуация остается весьма и весьма проблемной.

Особенностью патологического процесса при новой коронавирусной инфекции является развитие ДВС-синдрома (диссеминированного внутрисосудистого свертывания), или микроциркуляторного блока, или тромбозов на мелких сосудах. Другими словами, происходят серьезные, значимые изменения в органах дыхания сразу по нескольким направлениям: нарушается вентиляция легких, прохождение и обмен газов, плюс к этому нарушается кровоток в этом органе. В первые месяцы пандемии большой проблемой было «увлечение» не только пациентов, но и врачей антибиотиками. Важно понимать, что антибиотики не воздействуют на вирусы. Они убивают только бактерии.

Пневмонит – новое слово, так называют коронавирусное поражение легких (не пневмонию). Бактериальное поражение легких (пневмония) может развиваться как раз после и в результате пневмонита. И в таких ситуациях антибиотики абсолютно показаны. После седьмого-десятого дня мы уже говорим, как правило, о бактериальной пневмонии и стараемся выделить микроорганизм, чтобы подобрать правильный антибиотик для таргетной терапии.

Еще одно отличие ковидного поражения легких от пневмонии: нередко после тяжелых форм заболевания развиваются фиброзы, когда на месте воспаления разрастается соединительная ткань. Фиброз может проявлять себя в виде каких-либо респираторных симптомов. Даже у бессимптомного пациента иногда к концу года после заболевания выявляются при рентгенографии те самые фиброзные изменения – пневмосклероз, уплотнения легочной ткани.

Стоит помнить и о постковидном синдроме. Важно понимать, что после завершения заболевания эта история не заканчивается. Организм считается выздоравливающим до 12 месяцев. В этом периоде должны быть повышенный самоанализ, самоконтроль, самонаблюдение – за температурой, состоянием функции дыхания, проявлениями со стороны нервной системы, психического статуса (та самая астения, вариативность настроения, депрессия). В этом периоде врачи обеспечивают диспансерное наблюдение за такими пациентами – назначают повторную рентгенографию или КТ.

Среди факторов, влияющих на развитие бактериальной пневмонии при ковиде: чаще всего – длительное горизонтальное положение больного в постели, микроаспирация желудочного содержимого, снижение иммунитета, транслокация микроорганизмов через стенку кишечника, особенно у тяжелых пациентов, находящихся длительно на ИВЛ. ИВЛ-ассоциированная госпитальная пневмония, как правило, одна из самых тяжелых бактериальных инфекций, так как вызывается организмами, нечувствительными к большинству известных антибиотиков. Но это происходит чрезвычайно редко. Соблюдение правил асептики и антисептики, своевременная замена интубационных приборов и сами современные аппараты ИВЛ значительно минимизировали количество случаев госпитальной пневмонии, связанной с медицинским вмешательством.

На заметку

Факторы риска развития бактериальной пневмонии:

- возраст: чем старше, тем чаще;
- хронические заболевания в стадии декомпенсации – например, сахарный диабет;
- малоподвижный образ жизни;
- полнота, тучность, отечность;
- курение, особенно у мужчин (на 10% болеют чаще, чем женщины);
- хронические болезни легких, в том числе ХОБЛ;
- низкий иммунный статус, в том числе при ВИЧ/СПИД. Низкий иммунитет может быть причиной рецидивирующих (повторяющихся) и хронических пневмоний;
- длительный прием гормонов, цитостатиков;
- онкозаболевания с приемом иммуноподавляющей терапии.

«Болезнь стариков»

– У внебольничной пневмонии есть несколько механизмов развития, назову самые явные. Врач Сергей Боткин, живший в XIX веке, называл пневмонию «другом стариков». Тогда заболевали люди пожилого возраста, в основном потому, что их заражали дети и внуки (так называемая «домашняя пневмония»), и сейчас

«Болезнь стариков»

Продолжение на стр. 30 ➤

«Продолжение. Начало на стр. 28-29»

эта проблема остается. Один из факторов риска развития пневмонии – по-прежнему возраст, риск заболеть увеличивается после 65 лет.

Пожилые люди могут заболеть пневмонией из-за длительной иммобилизации – необходимо соблюдать постельный режим в связи с переломом шейки бедра или перенесенным инсультом. Первый путь заражения у них – заброс желудочного содержимого в дыхательные пути (bronхи, трахею). Второй путь – застой в легких, гипостатическая пневмония, если человек долго лежит. Третий путь – тромбоз легочной артерии.

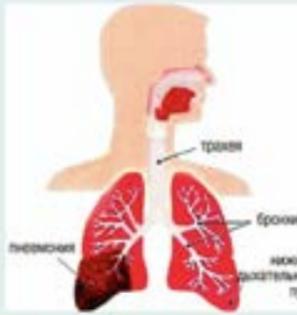
При пневмонии длительное горизонтальное положение и иммобилизация нецелесообразны. Среди правил ведения таких пациентов – обязательный подъем головного конца кровати на 45 градусов постоянно, плюс обязательное назначение антикоагулянтов и максимально ранняя реабилитация через движение.

Вакцинация от пневмококка

От пневмонии тоже можно привиться. Но об этом, по словам Татьяны Мартыненко, мало кто знает. Мешает не только отсутствие информации, но и в целом негативное отношение граждан к прививкам. При этом с 2016 года вакцинация от пневмонии

ПНЕВМОНИЯ

Острая респираторная инфекция, воздействующая на легкие. Возбудителями пневмонии являются вирус, бактерии и грибки.



НЕ ЗАНИМАЙТЕСЬ САМОЛЕЧЕНИЕМ!

Пути передачи инфекции

- воздушно-капельный
- через кровь

Симптомы заболевания

- температура 38-40°C
- кашель, мокрота
- одышка
- слабость
- сильное потоотделение
- боли в груди

Профилактика

- закаливание, укрепление иммунитета
- отказ от вредных привычек
- здоровый образ жизни

Факторы риска

для взрослых

- стрессы
- ослабленный иммунитет
- курение
- хронические заболевания

для детей

- хронические ангины и частые простудные заболевания
- охлаждение или перегревание
- неполноценное питание
- несоблюдение режима дня

При малейшем подозрении на пневмонию НЕЗАМЕДЛИТЕЛЬНО вызывайте врача.

внесена в национальный календарь прививок и является обязательной для лиц старше 60 лет, имеющих хронические заболевания.

– Известны две вакцины: «Пневмо-23» – содержит 23 антигена и «Превенар» – 13-валентная, содержащая 13 антигенов. Вторая вакцина по результатам исследований, проведенных в 2012–2014 годах, настолько хорошо зарекомендовала себя, что ее можно поставить после 60 лет один раз на всю оставшуюся жизнь. Она дает более

длительный иммунитет от пневмококка. Первую вакцину рекомендуется ставить каждые пять лет. Смысл вакцинации – в выработке собственных антител. Если поставить прививки от гриппа, пневмонии, ковида, то организм будет защищен более надежно.

Среди госпитализированных с ковидом в нашем стационаре на каждые сто поступающих – только 3–5 привитых от коронавируса. Это говорит о том, что заболевших среди привитых действительно меньше и у них более легкое течение болезни.

Термин «внебольничная пневмония» несет в первую очередь для врача информацию о вероятном возбудителе, как правило, пневмококке, и назначаемых антибиотиках. При госпитальной пневмонии и полирезистентных возбудителях будут назначаться совсем другие препараты.

Подготовила Елена Клишина.
Листовка с сайта tabletix.ru

Справка

Признаки внебольничной пневмонии:

- повышение температуры тела более 38,5 градуса в течение двух-трех суток;
- кашель с отделением мокроты или без;
- увеличение объема откашливаемой мокроты и/или появление гноя в мокроте;
- боли в грудной клетке;
- одышка (при бактериальной пневмонии возникает редко, при вирусной – наиболее часто).

Важно!

Маркером выраженной дыхательной недостаточности являются результаты пульсоксиметрии (измерения уровня насыщения эритроцитов кислородом), поэтому можно иметь в домашней аптечке пульсоксиметр. Показатель нормы – 96–100%. При ковидном пневмоните он составляет 95 и ниже. Для проверки его точности в домашних условиях можно замерять сатурацию у себя на пальцах разных рук, а также на пальцах других людей.

Хочу выразить огромную благодарность **Дмитрию Александровичу Ананьеву** и всему медперсоналу, особенно врачам – кардиологам-хирургам **Денису Евгеньевичу Соколову** и **Алексею Александровичу Клошинских** КГБУЗ. 29 октября 2021 года нашего папу, Анатолия Борисовича Афанасьева, привезли в Краевую клиническую больницу из ЦРБ Родинского района в очень тяжелом состоянии. Когда мы узнали, какая сложнейшая операция предстоит (сегментальный разрыв аорты грудной клетки), мы плакали, молились. Операция прошла успешно. Родной и любимый наш человек сейчас поправляется. Дорогие врачи, вы совершили героический подвиг! Вы спасли жизнь! Мы, родные и близкие люди Анатолия Борисовича Афанасьева, от всей души хотим сказать огромное человеческое спасибо за ваш нелегкий труд, профессионализм, чуткое сердце. Здоровья вам, сил, чтобы каждая операция была успешной. Спасибо!

Александр Анатольевич Афанасьев

Хотим выразить огромную благодарность **Антонине Афанасьевне Юрковой** (КГБУЗ «Детская городская поликлиника № 3, г. Барнаул») за курс массажа нашему сынишке. Профессional своего дела, подходит к работе со всей душой, очень внимательная к ребенку, его настроению. После курса массажа ребенок намного лучше себя чувствует и можно снимать диагноз. Спасибо вам за отношение к детям и любовь к работе!

Наталья Петровна Крайниченко

Хочу поблагодарить маммолога и акушера-гинеколога КГБУЗ «Краевая клиническая больница» **Наталью Владимировну Смагину** за человеческое отношение, психологическую поддержку, профессионализм в выполнении пункционной биопсии. Спасибо за ваш труд!

Рада Юрьевна Чубарова

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».

Мой ребенок дважды проходил лечение в дневном офтальмологическом стационаре в поликлиническом отделении № 2 КГБУЗ «Детская городская больница № 1, г. Барнаул». Очень благодарны **Людмиле Викторовне Саблиной** за квалифицированную помощь. Зрение у ребенка после пройденного лечения существенно улучшилось. Очень хотелось бы иметь возможность дальше проходить такой курс.

Олеся Петровна Роголева

В августе 2021 года коллектив гимназии № 123 г. Барнаула принял участие в программе «Женское здоровье». Благодарим за помощь **Л.В. Муравьеву** и весь коллектив КГБУЗ «Краевой Центр общественного здоровья и медицинской профилактики» за высокий уровень организации обследования. Специалисты работают четко, профессионально, очень внимательные. Спасибо, надеемся на дальнейшее сотрудничество!

Юлия Колмагорова

Спасибо и низкий поклон медицинскому персоналу Алтайского краевого онкологического центра «Надежда». Профессионализм, доброжелательность, терпение и постоянная борьба за жизнь своих пациентов! Почти три года мой муж был под контролем врача-онколога **А.Б. Балаганской**, заведующей дневным стационаром **А.А. Гофман**, заведующего отделением радиотерапии **С.С. Глотова** и всех специалистов

этих отделений! Нам никто не обещал полного выздоровления и «ста лет жизни», но каждый из них сделал гораздо больше, чтобы облегчить проявления болезни и максимально сохранить качество жизни! Мой муж, Сергей Васильевич Безматерных, умер, но он был активен все это время, пролежал только несколько дней, результаты лечения позволили уменьшить страшные боли. Он умер с легкой улыбкой на лице! Конечно, рак опять выиграл, но при таком диагнозе и такой спокойной смерти – это была реальная победа специалистов онкоцентра, позволившая качественно прожить три года с таким диагнозом и сохранить мужское и человеческое достоинство. Спасибо! Вы – специалисты с большой буквы!

Татьяна Константиновна Безматерных

Хочу выразить глубокую благодарность медицинскому персоналу терапевтического отделения № 2 КГБУЗ «Городская больница № 8, г. Барнаул». 10.10.2021 я поступила по скорой. Состояние было крайне тяжелое: анемия, кровотечение, показатели упали до критических. Врачи сразу оказали необходимую экстренную помощь, вернули меня к жизни. Низкий поклон людям в белых халатах. Особую благодарность хочется выразить врачу-терапевту **Владимиру Васильевичу Кандаеву**, старшей медицинской сестре **Ольге Николаевне Бориткиной**, процедурной медицинской сестре **Елене Владимировне Пастуховой**. Здоровья вам, дорогие наши медики!

Лидия Степановна Гудукина

Спасибо нашему педиатру КГБУЗ «Детская городская поликлиника № 3, г. Барнаул» **Надежде Карловне Гауцель**. Всегда выручит, примет (если не смогли записаться), придет к ребятишкам, позвонит и не забудет про нас. Лечение грамотное, доктор – умница!

Евгения Валинчук



Подарили шанс на полноценную жизнь

Специалисты Алтайского краевого клинического центра охраны материнства и детства на современном многопрофильном оборудовании выполняют высокотехнологичные операции на уровне ведущих мировых клиник детям с самыми сложными заболеваниями. Алтайские хирурги поделились результатами операции, проведенной в 2012 году ребенку с редкой врожденной патологией – сочетанием синдрома Поланда и диафрагмальной грыжи.

Фото Евгения Налимова предоставлены КГБУЗ АКЦЦОМД



В выпуске использованы фотографии с сайтов zdravalt.ru, из архива редакции и открытых источников сети Интернет: technoavia.ru, stomklinika1.ru, www.kushcrb.ru, antinsult.ru, neo-medical.ru, altaivenousforum.ru, zdorovieinform.ru, dobrea.ru, vecernji.hr, newzdrorovie.ru, tabletix.ru

Алтайская краевая медицинская газета | 12+
Мы за ЗДОРОВЬЕ

Краевая медицинская газета. Издаётся с 17.06.1994 г.

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

Газета зарегистрирована Управлением Роскомнадзора по Алтайскому краю и Республике Алтай. 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 11.11.2021.

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