Алтайская краевая медицинская газета | 12+

Мы и ЗДОРОВЬЕ

№ 2 (681) 19 февраля 2020 г. | Издается с 17 июня 1994 г.

Совершенству нет предела

› Стр. 4–6

Живите дольше!

› Стр. 7–9

Мальчик, мужчина, дедушка

› Стр. 9–11

Дмитрий Попов
Министр здравоохранения
Алтайского края

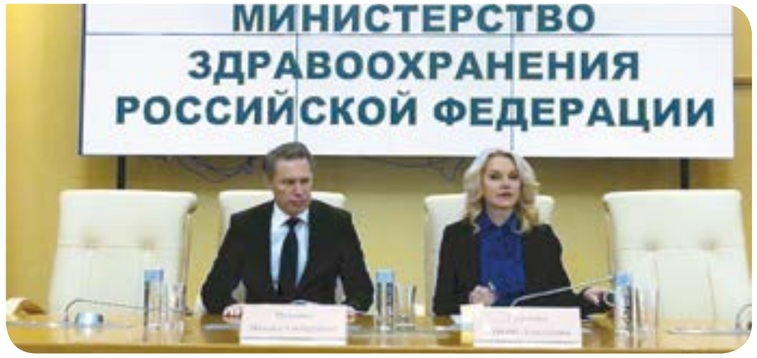
С Днем защитника Отечества!

Уважаемые коллеги!

Самое ценное, что есть в нашей жизни, – это мир, спокойствие и стабильность, а потому не случайно День защитника Отечества имеет славную и богатую историю. В разные времена он назывался по-разному, но он всегда являлся символом мужества, достоинства, чести и самоотверженности.

Примите искренние пожелания здоровья, счастья, мира и благополучия! Пусть ваша жизнь будет наполнена яркими событиями, успехами и достижениями, а сердце согрето вниманием, любовью и заботой родных и близких!

Пациентоориентированность в приоритете



Заместитель Председателя Правительства РФ Татьяна Голикова 23 января представила нового Министра здравоохранения России Михаила Мурашко коллективу ведомства.

В напутственном слове вице-премьер отметила важность реализации задач, поставленных перед Минздравом России Президентом и Правительством Российской Федерации. Это в первую очередь модернизация первичного звена здравоохранения, решение кадровых вопросов, совершенствование системы оплаты труда медиков, улучшение лекарственного обеспечения.

В ответной речи Михаил Мурашко сделал акцент на дальнейшем развитии стратегического направления по повышению качества, безопасности и доступности медицинской помощи. Реализация национального проекта «Здравоохранение», программы модернизации первичной медико-санитарной помощи будут продолжены с максимальным качеством. «Нашим приоритетом является пациентоориентированность, это распространяется в том числе и на федеральные медучреждения», – подчеркнул Михаил Мурашко. Министр также поблагодарил **Веронику Скворцову** за сформированную за годы ее работы в министерстве базу нормативно-правового регулирования, беспрецедентные достижения отечественного здравоохранения по увеличению продолжительности жизни, снижению младенческой и материнской смертности.

Техника для точности

Новейшая медицинская техника поступила в Центр охраны материнства и детства.

В 2019 году в рамках нацпроекта «Здравоохранение» для медучреждения закуплено оборудование на 270 млн рублей.

В частности, на вооружение отоларингологов поступили четыре лор-комбайна. С их помощью можно не только диагностировать, но и максимально удобно и без боли проводить практически все необходимые лечебные манипуляции. К примеру, удалить серную пробку, промыть ухо или миндалины. Главным отличием от обычного осмотра является возможность осмотреть лор-органы детально, с помощью высокочувствительных приборов, а не только глазом, и поставить точный диагноз.

Еще одна гордость Центра охраны материнства и детства – современный видеоколоноскоп японского производства. Аппарат позволяет исследовать желудочно-кишечный тракт маленьких пациентов и при этом не только получить хорошую оптическую картинку, но и изменить цветовосприятие, усилить сосудистый рисунок. А функция видеозаписи дает возможность сохранить результаты исследования и впоследствии оценить динамику состояния больного.

Снюсы под запретом

30 января депутаты Алтайского краевого Законодательного Собрания приняли подготовленный по поручению губернатора края законопроект о запрете розничной продажи снюсов несовершеннолетним.

На сессии АКЗС законопроект, разработанный с участием специалистов Алтайского краевого наркологического диспансера, был принят депутатами сразу в двух чтениях. Он внес изменения в два краевых закона: один – запрещающий продажу снюсов несовершеннолетним и второй – устанавливающий ответственность.

Данный закон был принят в связи с тем, что в крае сейчас существует проблема неограниченного оборота и потребления никотиносодержащей продукции, особенно несовершеннолетними. В итоге происходит быстрое формирование привычки и появление различных сопутствующих заболеваний: нарушения работы сердечно-сосудистой, центральной нервной и эндокринной систем, желудочно-кишечного тракта.

Напомним, что с 2015 года табачные смеси в России запрещены, однако в продаже появились бестабачные, которые по заданным в федеральном законодательстве параметрам не попадали под этот запрет. Благодаря принятому краевому закону бестабачные смеси, причиняющие вред здоровью, запрещаются к распространению в торговых сетях несовершеннолетним лицам. Закон принят в целях обеспечения общественного порядка, защиты здоровья, прав и законных интересов жителей Алтайского края, а также в целях предупреждения причинения вреда здоровью несовершеннолетних.

Совершенству нет предела

В Алтайском крае обсудили программу модернизации первичного звена здравоохранения. Министр Дмитрий Попов отметил, что все изменения будут детально обсуждаться с медицинской общественностью, руководителями муниципальных образований и населением. Это сделает данную работу максимально открытой и ориентированной на конкретный район края. Подробнее о развитии первичной медико-санитарной помощи нашего региона расскажет начальник отдела организации медпомощи детскому и взрослому населению Министерства здравоохранения Алтайского края Жанна Вахлова.

– Жанна Игоревна, каковы особенности медико-санитарной помощи в нашем регионе?

– В Алтайском крае 44% составляют сельские территории, где очень низкая плотность населения. Для нас очень важна оптимальная доступность первичной медико-санитарной помощи, которую при таких условиях проживания выстраивать крайне сложно. Так, на карте региона 445 населенных пунктов, где проживает до 100 человек, и каждый из них имеет право на доступную медицинскую помощь. Мы провели ревизию всех населенных пунктов, и там, где нормативно должно быть структурное подразделение, оно обязательно должно появиться. Так, за 2018–2019 годы дополнительно построено 9 фельдшерско-акушерских пунктов. Два из них находятся в черте города, в так называемых городских сельских поселениях – Новомихайловке и Березовке, где проживает небольшое количество людей.

Существует геоинформационная система, которая принадлежит Минздраву России. С ее помощью Росздравнадзор осуществляет контроль за нашей сетью структурных подразделений и ее формированием. Благодаря геопорталу их все можно видеть и измерять расстояние между ними. Белых пятен на этой карте сейчас нет.

Мы постоянно ищем новые формы работы для повышения доступности медицинской помощи. Сегодня в 10 центральных районных больницах работают ФАПы на колесах, которые объезжают все села в районе, где нет медицинского работника. Их выезды заранее спланированы. Жители небольших сел по установленному графику могут пройти вакцинацию, профилактический осмотр, диспансеризацию, если имеют хронические заболевания. В передвижном ФАПе есть кабинеты: процедурный и для приема пациентов. Также в нем имеется доступ к региональной информационной системе – при необходимости фельдшер может записать пациента на прием к терапевту в ЦРБ.

– За время реализации нацпроекта «Здоровье» какие изменения коснулись именно этого направления здравоохранения?

– Мы внедряем в крае новую модель организации первичной медико-санитарной помощи. Прежде всего это региональный бренд «Открытая регистратура». Его начали реализовать в крае еще в 2016 году. По сути, он основан на принципах бережливого производства, которые по всей стране начали активно применяться позже.

Первое, что мы сделали в рамках этого проекта, – убрали стекла в регистратурах, чтобы появился прямой контакт между пациентами и работниками медучреждения.

Кроме того, чтобы уменьшить очереди в регистратуре, было решено разобщить потоки пациентов. Для этого изменили структуру самой регистратуры – появились такие подразделения, как фронт-офис, кол-центр, картохранилище. Сейчас картотеки из холлов поликлиник перемещают в специальные помещения. Регистратор, который работает во фронт-офисе, занимается только записью на прием и не отвлекается на поиск нужной амбулаторной карты. Специалист в картохранилище, видя запись в компьютере, ищет карты и разносит их по кабинетам врачей. Регистратор в кол-центре осуществляет прием вызовов на дом, а также запись на прием по телефону.

При этом учитывается человеческий фактор – не все могут напрямую работать с пациентом. С регистраторами работали психологи, отбирали людей по психотипам, чтобы определить подходящее место работы. Таким образом удалось снять напряженность при работе с пациентами.

Снизить пациентопоток в регистратуре помогает переход на дистанционные формы записи. Забронировать талоны можно не только по Интернету, но и по телефону – одинаковое число первичных талонов отражено на портале госуслуг и на рабочем месте у регистраторов. Мы оставляем только повторные талоны, чтобы врач сам мог определять нужное время следующего приема. Таким образом мы создаем плановый поток.

Новая модель оказания первичной помощи предусматривает не только использование новых технологий, но и создание комфортных условий в поликлиниках. Сегодня ремонтные работы идут повсюду. Первым делом изменения коснулись детских медучреждений. В прошлом году удалось отремонтировать 2/3 детских поликлиник. Отмечу, многие из них выглядят не хуже, чем частные. Региональный бренд подразумевает наличие определенной структуры, и все изменения происходят в этом направлении.

– В 2019 году поликлиники перешли на новый режим работы. Каковы первые результаты этого нововведения?

– Главной целью было увеличить доступность помощи. Постоянно поступали жалобы о невозможности попасть к врачу. Территориальная программа установила срок – на прием к участковому терапевту пациент должен попасть в течение одного дня. Как правило, люди работают полный восьмичасовой день, и, конечно, попасть в поликлинику проблематично. Именно для таких пациентов работу поликлиник пролонгировали до 20.00.Теперь наличие вечернего расписания в поликлиниках – обязательно.

При этом замечу, продолжительность рабочего дня у врача не увеличилась. Она осталась в рамках нормы рабочего времени, изменена лишь его структура. Пять часов терапевт должен сидеть на приеме, а основную работу на участке мы пытаемся переложить на бригаду неотложной помощи. На патронаж к маломобильным людям или же хроническим больным может ходить медицинская сестра, чтобы измерить артериальное давление, проверить, принимает ли пациенты препараты, а также оценить – нужна ли ему помощь врача.

– С какими трудностями приходится сталкиваться?

– Сложно поменять сложившуюся годами систему, менталитет – как врачей, так и пациентов. Врачам сложно перестроиться на вечернее время работы, а пациенты по старинке за талонами идут в регистратуру, не доверяя дистанционным формам записи. Непросто приучить пациента приходить ко времени приема. Они стараются прийти заранее – садятся возле кабинета побеседовать, пытаются проскользнуть без очереди.

Пока мы не можем уйти от нулевых талонов, но активно работаем в этом направлении. В поликлиниках созданы кабинеты неотложной помощи, кабинеты дежурного врача, кабинеты доврачебного приема. Туда направляют пациентов, которые пришли утром, но не смогли записаться к своему врачу.

Таким образом, пока мы не может полностью убрать напряженность, которая создается неправильно созданными потоками пациентов. Очень важно планово подходить к вопросам

Продолжение на стр. 6

Цифры и факты

По сравнению со всей Сибирью в нашем регионе – самое большое количество структурных подразделений. Сегодня на территории Алтайского края функционирует 851 ФАП, 188 врачебных амбулаторий, 17 участковых больниц, 58 ЦРБ. И это не считая городских больниц и поликлиник.

Первичная врачебная медико-санитарная помощь организуется по территориальному участковому принципу. То есть по принципу приближенностик месту проживания или же к месту работы/учебы. Она подразумевает 30-минутную транспортную доступность.

Первичную помощь оказывают участковые врачи – терапевты и педиатры, а также узкие специалисты и врачи общей практики в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара. Фельдшеры оказывают доврачебную помощь.

Продолжение. Начало на стр. 4-5

здоровья! Если у пациента не острое состояние, то на прием к врачу лучше записаться заблаговременно – за 5–10 дней. Так всем будет работать проще.

– Жанна Игоревна, каким образом контролируется работа поликлиник?

– Мы применяем различные формы мониторинга. С помощью ситуационного центра можем увидеть, образуется ли у специалиста очередь, возникла ли проблема с записью и так далее. Кроме того, вместе с так называемыми тайными покупателями мы заходим в поликлиники, чтобы иметь представление, как работает медицинское учреждение. Также разработаны специальные чек-листы, которые позволяют оценить, как меняется ситуация в поликлинике.

– Какие задачи стоят перед здравоохранением в 2020 году в области первичной помощи?

– В первую очередь совершенствовать то, что уже сделано. Продолжится ремонт детских поликлиник, а также начнется во взрослых медучреждениях. Все работы пройдут в рамках регионального бренда – от наполнения до оформления, навигации. Предполагается создание доступной среды для маломобильных граждан. Кнопка вызова персонала уже есть во всех поликлиниках, постепенно в медучреждениях появляются подъемники. Если условий для их создания нет, создаются кабинеты приема на первых этажах. В планах – установить во всех поликлиниках пандусы, звукопередающие устройства, также обязательно наличие желтых кругов на дверях, шрифта Брайля и других элементов, формирующих доступную среду.

В этом году продолжится строительство ФАПов – в планах возвести 32 новых пункта.

Если говорить о глобальных изменениях, мы проведем советы по всем медицинским округам. Региональная программа модернизации первичного звена – разработана. Она подразумевает вопросы территориального планирования, доступности первичной медико-санитарной помощи. Все сегменты будут ревизованы и отработаны.

Вопросы качества – весьма актуальны! Большое внимание будет уделено совершенствованию работы наших поликлиник. Вслед за приказом об их работе выходит перечень приказов, которые касаются диспансерного наблюдения хронических больных – с хронической сердечной недостаточностью, с сахарным диабетом и так далее.

В документах прописано, как вести такого пациента, как часто он должен появляться на участке, какой перечень обследований необходимо проходить больному. Эти приказы носят не только клинический, но и организационный характер. В них четко прописывается, в течение какого времени пациент должен пройти обследование, каким образом врач участвует в этом процессе. Так, например, в приказе четко прописано: фельдшер должен записать человека на прием к терапевту через региональную информационную систему, если есть отклонения от нормы.

К этим приказам параллельно составляются чек-листы. Это некий элемент самоконтроля для врача – все ли он сделал для пациента. Кроме того, чек-листы – помощники заведующего терапевтическим отделением или же заведующего поликлиникой при контроле качества. Они могут проверить, какая помощь оказана пациенту, соблюден ли стандарт качества. Подобный приказ по работе с пациентами с гипертонической болезнью работает с середины прошлого года.

К слову, с сентября 2019 года две барнаульские поликлиники – № 3 и № 9 отработали пилотную схему системы дистанционного мониторинга артериального давления. 1100 пациентов на участке получили аппараты для измерения АД. Их задача 2 раза в день – утром и вечером измерять артериальное давление. В аппаратах встроены сим-карты, которые передают данные в Центр компетенции. Там происходит мониторинг по каждому пациенту с использованием искусственного интеллекта. Система сигнализирует о том, что у больного держится высокое давление или же наблюдаются его пики. В этом случае специалисты из центра компетенции могут напрямую выйти на пациента и сказать, что нужно сделать. Либо информация передается по месту жительства, терапевт подключается и корректирует схему лечения.

За небольшое время удалось достичь неплохих результатов: у 15% пациентов достигнуты стабильные нормальные значения АД. В дальнейшем мы намерены транслировать данную систему на весь край. В рамке модернизации первичного звена планируется закупить такие аппараты. С их помощью врач может дистанционно мониторить состояние пациента с артериальной гипертонией, сахарным диабетом, то есть теми заболеваниями, которые максимально влияют на смертность.

Продолжится работа над кадровой составляющей. Сейчас в среднем первичное звено в части участковых врачей – терапевтов и педиатров укомплектовано на 75%. Безусловно, этого недостаточно. Чтобы человек работал с полной отдачей и нужным качеством, он должен работать исключительно на своем участке. Не замещать никого, не совмещать, а знать от начала и до конца истории всех пациентов, которых на участке в среднем 1500 человек. Важно, чтобы пациенты имели приверженность и ходили к своему врачу. В таком случае будет соблюдаться принцип лечащего врача и можно говорить о качестве, о спросе за пациента сконкретного участкового врача.

– В чем заключается важность первичной медицинской помощи?

– Когда возникают проблемы со здоровьем, поликлиника – первое место, куда человек приходит со своими проблемами. Если она недоступна, то на последующих этапах будет гораздо сложнее. В поликлинике должны понять человека: в чем он нуждается, провести диагностику, поставить диагноз, выстроить схему лечения, и при необходимости – направить на специализированную помощь. Все последующие этапы зависят от первичной помощи.

Беседовала Ирина Савина

Живите дольше!

Диана Рудакова, главный врач Алтайской краевой клинической больницы, рассказала об участии учреждения в реализации регионального проекта «Мужское здоровье».

– Основная задача проекта «Мужское здоровье» – увеличение продолжительности жизни мужского населения Алтайского края. В паспорте проекта зафиксирован показатель по данным 2016 года – 65 лет. До какого значения планируется ее увеличить?

– В 2020 году она прогнозируется на уровне почти 67 лет для мужчин, а к 2025-му – 69. Но необходимо понимать, что одним проектом принципиально изменить продолжительность жизни не получится, да и влияние медицины в целом на продолжительность жизни населения не превышает 15%, остальное – это социальные, экологические, экономические факторы. Это комплексная проблема, и подход к ее решению должен быть таким же.

Но определенный вклад в решение этой проблемы проект «Мужское здоровье» внести способен. В первую очередь он направлен на то, чтобы изменить отношение к своему здоровью у самих мужчин. В этой степени он больше социальный, и информационно-просветительская составляющая, которая уже сделана и запланирована на будущее, огромна. Однако и медицинскую составляющую тоже нельзя оставлять без внимания, и за такой короткий промежуток времени (проекту фактически еще нет двух лет) сделано достаточно много.

– Наблюдается ли в последние годы рост продолжительности жизни у мужчин?

– В принципе, рост средней продолжительности жизни и мужчин, и женщин в последние годы есть. Но это величина, которая меняется достаточно медленно, в среднем в год не более чем на 0,3–0,5 года, поскольку зависит от очень многих факторов. Проследить корреляцию средней продолжительности жизни мужчин в Алтайском крае и проектом «Мужское здоровье» за такой короткий промежуток времени очень сложно.

– Какие, на Ваш взгляд, меры нужно предпринимать (в здравоохранении, профилактике, социальной сфере и т. д.), чтобы увеличить продолжительность жизни у мужчин?

– В первую очередь изменить отношение к своему здоровью, причем это касается не только мужчин, а вообще всего населения. Здоровый образ жизни, правильное питание, систематическое наблюдение за состоянием здоровья, отказ от вредных привычек. Если говорить о здравоохранении, то в последнее время именно в профилактическое направление вкладывается много сил всей системой здравоохранения: это и диспансеризация, и профилактические осмотры, различ-

Продолжение на стр. 8-9

Продолжение. Начало на стр. 7

ные системы мониторинга за состоянием здоровья, школы профилактики для населения, различные региональные проекты, к которым относится и «Мужское здоровье».

– Основной причиной смертности у мужчин в Алтайском крае называют сердечно-сосудистые заболевания. Какие из них отмечаются наиболее часто? Какой процент составляют другие причины смертности?

– На первом месте – инфаркты и инсульты, а все болезни системы кровообращения явились причиной 40% смертей в крае. Вторую строчку (около 16%) удерживают онкологические заболевания (по данным за 2018 год).

– Какие задачи в рамках реализации проекта «Мужское здоровье» выполняет Алтайская краевая клиническая больница?

– Проект включает комплекс взаимосвязанных мероприятий по информированию населения, повышению укомплектованности краевых медицинских организаций врачами-урологами, урологами-андрологами и детскими хирургами, прошедшими обучение по программам дополнительного профессионального образования в части особенностей лечения и профилактики уроандрологических заболеваний у взрослых и детей; модернизацию и оснащение специализированных отделений; создание сети кабинетов специализированного амбулаторного приема врача – уролога-андролога и межрайонных уроандрологических центров; повышение доступности и качества медицинской помощи населению по профилям: «урология», «детская урология-андрология», «онкоурология».

Краевая клиническая больница как ведущее учреждение оказания помощи взрослому населению взяла на себя роль головного учреждения, на базе которого создан Центр медицинский урологический «Академия мужского здоровья». На базе консультативной поликлиники выделен блок помещений площадью 100 кв. м, включающий 4 кабинета, процедурную, соответствующие всем санитарным нормам. В помещениях сделан ремонт, установлена офисная и медицинская мебель,

69

такова плановая продолжительность жизни мужского населения Алтайского края к 2025 году

компьютерная техника, организованы точки доступа к защищенной корпоративной сети передачи данных.

Мы детально проработали технологию оказания стационарной помощи этой категории пациентов. Определен перечень оперативных вмешательств, оплата которых возможна за счет средств ОМС в рамках существующих клинико-статистических групп круглосуточного и дневного стационаров (всего 146 урологических и андрологических операций). Это позволяет полностью исключить оказание в рамках проекта платной медицинской помощи.

Учитывая особенную направленность такой стационарной помощи, мы провели реорганизационные мероприятия в отделении урологии. Из состава отделения выделено урологическое отделение № 2 мощностью 30 коек. Оно ориентировано на выполнение преимущественно эндоскопических (малоинвазивных) вмешательств. Именно на базе этого отделения проводятся оперативные вмешательства в рамках проекта «Академия мужского здоровья».

В 2019 году за счет средств краевого бюджета приобретено более чем на 21 млн рублей диагностическое, операционное оборудование, многие аппараты уникальны для края и есть только в нашем центре. Причем с самого момента приобретения это оборудование не простаивает. Ежедневно на амбулаторный прием в ЦМУ приходят около 20 пациентов. Проведено значительное количество операций, некоторые из них на территории Алтайского края выполнены впервые. В 2020 году мы будем расширять спектр проводимых операций, планируем собрать на нашей базе коллег из других регионов страны для совместного обсуждения, обмена опытом и мнениями, определения перспектив дальнейшего развития и сотрудничества.

– В ККБ ведется регистр кардиологических пациентов. Какую долю в нем составляют мужчины? Какую роль играет кардиорегистр в аспекте продолжительности жизни мужского населения, какие задачи решает?

– Действительно, «Регистр больных хронической ишемической болезнью сердца» является собственной разработкой Краевой клинической больницы, но делали мы его не столько для себя, сколько для учреждений всего края. Он работает в Алтайском крае с конца 2014 года (официальное свидетельство о регистрации получено в марте 2015 года). На сегодняшний день в регистре состоит более 17,5 тысячи пациентов, почти 12 тысяч из них – мужчины. Инструмент оказался очень удобным и позволяет дистанционно следить за состоянием здоровья пациентов, вовремя корректировать необходимое лечение, вызывать пациентов на внеплановые консультативные приемы в головные учреждения края.

В конце 2019 года мы создали и зарегистрировали аналогичный регистр пациентов, перенесших транзиторные ишемические атаки (мозговые сосудистые катастрофы). Фактически программа работает менее трех месяцев, но в ней уже состоит более 800 пациентов со всего края. К сожалению, опять же (более 450) преобладают мужчины. Эти цифры наглядно показывают, что проблема мужского здоровья комплексная и для ее решения требуется комплексный подход, объединяющий не только уролого-андрологическую, но и другие службы нашего здравоохранения. И у Краевой клинической больницы как самого мощного учреждения края все ресурсы для реализации такого подхода есть. Как ведущее учреждение нагорного медицинского кластера мы оказываем помощь и другим учреждениям.

– Какие функции выполняет АККБ в реализации регионального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», осуществляется ли взаимодействие с другими учреждениями здравоохранения?

– Как и любое другое учреждение здравоохранения, мы не работаем обособленно, взаимодействие осуществляется со всеми учреждениями края, причем не только в рамках борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями, но и по всем другим профилям медицинской помощи. Наши специалисты выезжают в районы края с организационно-методической помощью. С конца 2019 года нам передана экстренная консультативная помощь и санавиация, поскольку консультации коллег на местах в основном проводят наши специалисты, у нас самый широкий спектр оказываемой медицинской помощи и мы способны «забрать на себя» практически любого пациента, требующего оказания высококвалифицированной специализированной помощи. На сегодняшний день в Краевой клинической больнице самая развитая в крае служба телемедицинского консультирования. В 2019 году мы провели больше 250 консультаций пациентов в федеральных медицинских организациях по 17 профилям из 24 существующих. Наши специалисты на собственной телеконсультативной платформе, соответствующей всем требованиям защиты персональных данных, в сложных случаях проводят телеконсилиумы с коллегами в городах и районах края.

На нашей базе расположены отделения, оказывающие самую различную помощь пациентам с сердечно-сосудистой патологией: кардиологическое отделение, отделение рентген-эндоваскулярных методов лечения, сосудистой хирургии, региональный сосудистый центр. В отделении кардиохирургии выполняются уникальные операции на сердце и крупных сосудах, в том числе и относящиеся к высокотехнологичной медицинской помощи. Мы – единственное учреждение в крае, осуществляющее трансплантацию сердца.

Подготовила Елена Клишина

Мальчик, мужчина, дедушка

В марте 2018 года в Алтайском крае был запущен пилотный проект «Мужское здоровье». Его основная цель – повышение продолжительности жизни мужчин, в том числе с помощью профилактики и лечения заболеваний мужской половой сферы. В декабре 2020 года будут подведены итоги этого проекта. О ходе его реализации мы поговорили с Романом Алиевым, д. м. н., профессором, руководителем медицинского урологического центра «Академия мужского здоровья».

Продолжение на стр. 10-11

Продолжение. Начало на стр. 9

«ПАПА» подскажет

– Алтайский край вошел в число всего четырех регионов страны, где реализуется этот пилотный проект. По сути, задачи очень амбициозные – продлить жизнь мужчинам. Начинать думать об этом нужно даже не с детства, а с пренатальной диагностики – с наблюдения женщины, беременной мальчиком, а потом наблюдать его в течение всей жизни.

В рамках проекта в крае на базе Алтайской краевой клинической больницы был создан Центр медицинский урологический «Академия мужского здоровья», а также специальный информационный интернет-ресурс. На нем размещен опросник «ПАПА» (персональная андрологическая возрастная анкета). Ссылки на нее размещены на всех официальных сайтах учреждений здравоохранения, и в дальнейшем мы намерены добиться того, чтобы ссылки появились и на сайтах немедицинских учреждений.

В анкетировании могут принять участие все мужчины и родители мальчиков, для того чтобы определить, есть ли какие-либо отклонения мочеполовой сферы. Анкетирование проводится анонимно, онлайн, результаты ответивший видит сразу. Он может на основании этих результатов записаться на прием к врачу. К примеру, если он не живет половой жизнью, или состоит уже несколько лет в браке и не имеет детей, или встает в туалет несколько раз за ночь – все это поводы задуматься о своем здоровье.

В центре «Академия мужского здоровья» мужчина может получить комплекс всех мер (диагностика, консультации, лечение, реабилитация) по полису ОМС. Это очень важно, до этого у мужчин не было возможности пройти все эти процедуры бесплатно и в одном месте достаточно быстро. Это существенный аргумент в пользу того, что с обращением к урологу не надо затягивать. Пациент может получать лечение амбулаторно на дневном стационаре или получить хирургическую помощь в стационаре АККБ.

до 90%

достигает эффективность терапии при эректильной дисфункции.

Мужская консультация

– 2020 год в рамках проекта «Мужское здоровье» – этап создания мужских консультаций. Предыдущие два года шла организационная, методическая работы, повышался образовательный уровень врачей, медсестер, велась разработка анкеты, был организован ЦМУ «Академия мужского здоровья». Он является головным учреждением, здесь должны концентрироваться пациенты с самыми тяжелыми формами уроандрологической патологии. Продолжается формирование системы урологической помощи.

В этом году Рубцовск и Бийск получат специализированное оборудование для организации работы центров, охватывающих Рубцовскую и Бийскую медико-географические зоны. Они будут централизованно соединены с ЦМУ и Краевой клинической больницей. Мужчины разных возрастных групп уже могут обращаться в мужские консультации Бийска и Рубцовска. Если эта программа будет продлена, мы откроем консультации и в других городах края.

Чем отличается реализация проекта в Алтайском крае от других регионов? Мы выстроили последовательность «мальчик – мужчина – дедушка», а именно только нам удалось «связать» детских андрологов со специалистами-урологами. За детский блок отвечает главный внештатный специалист Минздрава Алтайского края, детский уролог-андролог **Илья Попов**. На базе Алтайского краевого клинического центра охраны материнства и детства были открыты детское уроандрологическое специализированное отделение и клиническая кафедра урологии, андрологии с курсами специализированной хирургии АГМУ, был усилен диагностическим оборудованием центр амбулаторного приема. Теперь мы подключаем онкологов, так как лица старшего возраста часто сталкиваются с таким угрожающим состоянием, как рак предстательной железы.

Любой мужчина старше 45 лет должен знать свой уровень онкомаркера ПСА (простатспецифического антигена), уровень тестостерона и делать трансректальное ультразвуковое исследование предстательной железы.

Предвестники инфаркта

– То, что «Академию мужского здоровья» взяла под свое крыло Краевая клиническая больница, очень важно. В АККБ существует уже долгое время кардиорегистр – перечень пациентов, находящихся под наблюдением. В этот список они попадают уже после того, как с ними произошла кардиокатастрофа. Мы же, создавая свой андрологический регистр, стараемся отодвинуть планку ранней диагностики сердечно-сосудистых заболеваний, работать на опережение. Уже доказано, что нарушение потенции является предвестником серьезных сердечно-сосудистых проблем, и даже берем шире – жизнеугрожающих состояний.

Если говорить простым языком, то кавернозные сосуды (сосуды полового члена) по диаметру меньше в четыре раза, чем коронарные (сосуды сердца). Любое нарушение потенции связано с нарушением притока артериальной крови. Если мужчина начинает жаловаться на снижение потенции, то, по всей видимости, не исключено поражение сосудистой стенки кавернозных артерий полового члена. Значит, мы можем спрогнозировать через шесть-семь лет кардиокатастрофу либо ишемический инсульт. За эти годы можно заняться проблемой здоровья сосудов и не допустить жизнеугрожающего состояния.

Благодаря соединению андрологического регистра с кардиологическим мы будем обращать внимание кардиологов на наших пациентов, чтобы они наблюдали их с позиции кардиорисков.

Мужчина в возрасте старше 50 лет, жалуясь на ночные мочеиспускания, может столкнуться с более серьезными проблемами. В этом случае задача врача – ответить на вопросы: есть ли у него хроническое воспаление предстательной железы, есть ли у подозрения на аденому, нет ли начальной стадии рака предстательной железы.

Подготовила Елена Клишина

Важно!

www.rosamz.ru – сайт, посвященный проблемам мужского здоровья, на котором можно пройти анкетирование с помощью формы «ПАПА».

На заметку

Шанс иметь ребенка

Сегодня в бесплодном браке мужчина и женщина «виноваты» примерно поровну. Еще недавно «вина» возлагалась в основном на женщину. Наконец-то стали понимать, что значимость мужского фактора бесплодия весьма велика. Мы, занимаясь этой проблемой, начинаем предлагать все более высокотехнологичные способы лечения. Мужчина, который не имеет ни одного сперматозоида, сегодня может стать отцом. Мы уже можем доставать генетический материал непосредственно из яичка и дальше использовать его в цикле ЭКО ИКСИ. Раньше мы такой возможности не имели, а сейчас уже есть и беременности от пациентов, которые по 12–15 лет не могли зачать ребенка. Сейчас строится специальный операционный блок, мы понимаем, что поток пациентов будет большой и мы должны к нему готовиться.

Для жизни без почек

Согласно официальным данным Минздрава России, распространенность хронической болезни почек (ХБП) в стране составляет 0,07% (у 681 человека на 1 млн населения). Но реальная цифра может составлять 6% и более. За последние десятилетия произошел рост числа хронических болезней почек, связанных со старением населения, ростом заболеваемости артериальной гипертензией, сахарным диабетом и атеросклерозом. Как удается компенсировать их состояние и с какими проблемами приходится сталкиваться в малых городах – расскажет врач-нефролог, заведующий отделением гемодиализа КГБУЗ «Городская больница № 2, г. Рубцовск» Николай Невежин.

Продолжение на стр. 12-13

Продолжение. Начало на стр. 11

В заданном ритме

– Почечная недостаточность – это состояние, при котором почки перестают справляться со своими функциями – функциями фильтра. В ходе длительного заболевания нарушение работы почек прогрессирует и со временем переходит в терминальную стадию хронической почечной недостаточности (ХПН), – поясняет Николай Невежин. – Человек может даже не подозревать, что серьезно болен, не ощущать симптомов заболевания до тех пор, пока функция почек не снизится на 80%. К счастью, в наше время есть возможность заместить функцию почек аппаратом «искусственная почка».

Жизнь пациентов в терминальной стадии хронической почечной недостаточности подчинена строгому режиму. Три раза в неделю им необходимо проходить очищение крови посредством процедуры гемодиализа. Сама процедура длится четыре часа, определенное время нужно потратить на подготовку и отдых после нее. Все усложняется, если люди с таким заболеванием проживают в малых городах или селах. Кроме того, вопрос транспортировки пациентов вызывает дополнительные сложности, в том числе и финансовые.

Больным, которым необходим гемодиализ, помощь оказывают бесплатно – ежегодно Алтайский край выделяет установленное количество квот. В этом году Рубцовской медико-географической зоне предоставлено квот на 10 тыс. процедур. Их могут получить примерно 70 человек.

С каждым годом число больных с хронической почечной недостаточностью растет. Врач-нефролог отмечает, что еще 6 лет назад в Рубцовске диализную помощь получали 10–12 человек. Сегодня эта цифра возросла до 80. Это по большей части связано со своевременной диагностикой данного заболевания. «Еще одним фактором, влияющим на увеличение числа больных с ХБП на территории, является прирост количества пациентов к уже находящимся на заместительной почечной терапии (ЗПТ). А также значительный прогресс в области доступности получения самой процедуры гемодиализа, – говорит Николай Невежин. – Существенно увеличивается продолжительность жизни данной категории пациентов при возрастающей первичной выявляемости терминальной стадии ХБП».

Цифры и факты

По данным мировой статистики, на 1 млн населения приходится 600 человек, получающих заместительную почечную терапию в той или иной форме. В Рубцовске и Рубцовской медико-геогрфической зоне (в нее входят Волчихинский, Угловский, Егорьевский, Рубцовский, Поспелихинский, Курьинский, Краснощековский, Локтевский, Змеиногорский и Третьяковский районы) проживают 365 917 человек. Соответственно, можно предположить, что 228 жителей этой зоны нуждаются в заместительной терапии.

По словам заведующего отделением гемодиализа, сегодня диагностированной почечной недостаточности сопутствует комбинация патологий – сердечно-сосудистая недостаточность, сахарный диабет, артериальная гипертензия и другие. И чем раньше выявлено ХБП, тем быстрее состояние пациента будет компенсировано заместительной почечной терапией.

Восстановить ресурсы

Сегодня в Алтайском крае работает около 10 диализных центров (отделений), и список этот постоянно расширяется. При лечении хронической почечной недостаточности в терминальной стадии оказывают три вида помощи: гемодиализ, перитонеальный диализ и трансплантация почки.

«Гемодиализ наиболее распространен в нашем регионе – это метод очищения крови с помощью специального диализного аппарата, называемого «искусственная почка». Очищение крови происходит в диализаторе, синтетическом фильтре. В ходе процедуры кровь пациента очищают от токсинов, – поясняет заведующий отделением гемодиализа.

Перитонеальный диализ не применяется в нашем регионе, несмотря на то что он более физиологичен и прост. В качестве очищающего фильтра используется собственная брюшина пациента. Больной может самостоятельно проводить процедуру вне стен медицинского учреждения. Для этого ему в брюшной полости устанавливают катетер, через который посредством растворообмена из организма выводятся вредные продукты. Перитонеальный диализ идеально подходит для жителей малых городов и сел, которым в этом случае не надо каждый раз добираться в крупный центр для проведения процедуры гемодиализа. Если говорить непосредственно о нашей больнице – она имеет терапевтический профиль. А для перитонеального диализа необходимо хирургическое вмешательство, поэтому пока мы не можем освоить этот вид помощи».

Дефицит медицинских кадров разного профиля – проблема не только регионального здравоохранения. В целом по России низкая укомплектованность врачами-нефрологами, а также недостаточное количество диализных мест. Эти факторы не позволяют оказывать качественную медицинскую помощь в полном объеме. По официальным данным статистики, в 24 регионах страны отсутствуют специально выделенные диализные места для проведения острого гемодиализа. «Это затрудняет оказание заместительной почечной терапии при неотложных состояниях либо таковая помощь оказывается в ущерб обслуживания больных, находящихся на постоянном (хроническом) гемодиализе. У нас в больнице с февраля 2019 года решена данная проблема – один аппарат (больше нет) «искусственная почка» передан в реанимационное отделение. Безусловно, не в полном объеме, так как процедуры гемодиализа в отделении проводят и пациентам стационарных отделений, при стабильном состоянии пациента и наличии свободных мест в этот момент в отделении гемодиализа», – продолжает Николай Невежин.

Еще одна проблема – износ оборудования и недостаточное количество аппаратов.

«Сейчас в нашей больнице – 10 аппаратов. 6 из них (один в реанимации) – давно выработали своей ресурс и подлежат замене. Два новых аппарата «Артис» мы недавно взяли на апробацию и два приобрели по закупке Минздрава, – говорит заведующий отделением гемодиализа. – Из-за отсутствия необходимого количества аппаратуры нет возможности проводить процедуры всем пациентам. В марте 2018 года были вынуждены одномоментно перевести 18 человек в открывшийся Центр диализной помощи фирмы «Б. Браун в городе Рубцовске» на условиях частно-государственного партнерства. Для многих из них это событие стало дополнительным стрессом. В отделении городской больницы могут быть размещены еще 5 аппаратов «Искусственная почка» – оно рассчитано на 14 аппаратов и одна точка для ремонта оборудования. Главный врач **Сергей Воронкин** активно решает этот вопрос – заключает договоры о сотрудничестве с разными фирмами и берет медицинскую технику на апробацию».

Цифры и факты

Нормативный показатель нагрузки на одну действующую машину – 600 сеансов в год при двусменном режиме работы. В Рубцовской больнице № 2 в 2014 и 2015 годах нагрузка на одну машину составляла 910 и 993 сеансов соответственно. С 2015-го показатель удалось снизить до 650 благодаря тому, что увеличили количество аппаратов, взятых в аренду и на апробацию.

В амбулаторном режиме диализную помощь за 10 месяцев прошлого года получали 38 человек. Им провели 4203 процедуры. Для сравнения: в 2014 году такая помощь оказана 25 пациентам – проведено 3642 процедуры.

Быть в тренде

Достижения современной медицины и новая техника позволяют решать врачам вопросы буквально жизни и смерти. Благодаря активным действиям руководства Рубцовской больницы № 2 и энтузиазму врачей-лечебников отделение гемодиализа постоянно развивается. В нем за счет краевых средств сделан современный ремонт, установлена новейшая система водоподготовки, удалось опробовать методику высокопоточного (интермедирующего) гемодиализа, методику проведения гемодиафильтрации.

Чтобы быть в курсе всех новых веяний, заведующий отделением гемодиализа постоянно изучает научные публикации по своему профилю, а также сам регулярно участвует в семинарах и конференциях различных уровней. «Обмен информацией – очень важен! Я стараюсь поддерживать контакты с другими специалистами по лечению конкретного больного для определения методики их лечения и реабилитации, обмениваться мнениями. Движение в развитии заместительной почечной терапии в городе Рубцовске есть, а значит, есть шанс продлить жизнь большему числу пациентов», – отмечает Николай Невежин.

Ирина Савина

Фото с сайта www.akyudesign.com, а также из архива ГБ № 2, г. Рубцовск

Справка

Николай Невежин родился 21 сентября 1964 года в г. Рубцовске Алтайского края. В 1987 году окончил АГМУ по специальности «педиатрия». В 1988 году прошел интернатуру по специальности «педиатрия» на базе Станции скорой медицинской помощи. Работал врачом детской реанимационной бригады на Станции скорой медицинской помощи, а также врачом – анестезиологом-реаниматологом (в группе анестезиологии-реанимации).

С апреля 2014 года работает в КГБУЗ «Городская больница № 2, г. Рубцовск» в должности заведующего отделением гемодиализа – врач-нефролог. Общий медицинский стаж работы – 33 года.

Награжден Почетной грамотой КГБУЗ «Городская больница № 2, г. Рубцовск» (2017); Почетной грамотой Рубцовского городского Совета депутатов Алтайского края (2013); Почетной грамотой Министерства здравоохранения АК (2019).

Врачи и родители настроены решительно

Острый лимфобластный лейкоз – одно из наиболее часто возникающих у детей онкологических заболеваний. При этом процент ремиссий у маленьких пациентов доходит до 90%. Детей с лейкозами и другими онкозаболеваниями лечат в отделении онкологии Алтайского краевого клинического центра охраны материнства и детства – единственном в крае. О его работе рассказали заведующий отделением, к. м. н., главный внештатный детский онколог-гематолог Минздрава Алтайского края Александр Румянцев и врач-онколог высшей категории Лариса Суворова.

Истории маленьких пациентов

Оксана Ч. из Топчихи и ее трехлетняя дочь с диагнозом «острый лимфобластный лейкоз» находятся в отделении детской онкологии АККЦОМД с июня 2019 года. Заболевание было обнаружено случайно: девочка бегала, споткнулась, стала жаловаться на боль в ноге, появилась хромота. Затем добавились боли в животе, отсутствие стула, малышка не хотела есть и пить. УЗИ брюшной полости, сделанное в детской больнице № 7 г. Барнаула, куда родители привезли ее сами, показало увеличение печени и селезенки в два раза. В АККЦОМД ее привезли в лежачем состоянии. Сейчас, по словам мамы, ребенок ожил. Девочка стала примерно такой же активной, какой была до заболевания.

У двухлетней Мелании мама заметила «неполадки» прошлой осенью: девочка выглядела уставшей, стала прихрамывать, на коже появились непонятные синяки. Дочка жаловалась на боли в груди, спине, появилась сонливость. Диагноз – «острый лимфобластный лейкоз». Они приехали из Каменского района и с прошлой осени в АККЦОМД проходят курс химиотерапии. Сейчас ребенок чувствует себя лучше и на боли не жалуется. Ее мама Мария говорит: «Мы настроены решительно, мы справимся, это обычная болезнь» – и советует другим родителям обращать внимание на любые изменения в состоянии ребенка и, не откладывая, показывать его врачам.

У семилетней Вики из Заринска болезнь впервые проявила себя в мае 2019 года болями в шее. Первоначально ей был поставлен ошибочный диагноз «ранний остеохондроз», в Барнауле девочке поставили диагноз «ганглионейробластома спинного мозга». Вике сделали операцию в Новосибирске, затем она проходила лечение в Национальном центре детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Д. Рогачева в Москве. В АККЦОМД Вика находится с сентября на поддерживающей химиотерапии. По словам мамы Оксаны, после операции в Новосибирске у Вики был парез правой стороны тела, после лечения в Москве она начала самостоятельно ходить, и теперь они ждут вызова на консультацию и дальнейшее лечение.

Лейкозы и лимфомы

– Острый лимфобластный лейкоз действительно самое частое онкозаболевание детского возраста, – рассказывает **Александр Румянцев**. – Это примерно треть всех опухолей, которые встречаются у детей. Острый лейкоз – системное заболевание, поражающее сразу весь организм. Оно начинается с клеток костного мозга – там, где продуцируются эритроциты, лейкоциты, тромбоциты, и выходит в кровь, то есть атипичные клетки циркулируют по всему организму. Они могут задерживаться в каких-то органах или системах (печень, селезенка, легкие, кости, ЦНС) и накапливаться там диффузно. При таких системных заболеваниях мы не можем говорить о метастазах, так как нет первичной опухоли – болезнь поражает сразу весь организм, она не локализуется где-то.

Заболеваемость острыми лимфобластными лейкозами составляет примерно 4,5 случая на 100 тысяч

Продолжение на стр. 16 »

Мнение эксперта

Лариса Суворова, врач-онколог высшей категории:

– Благодаря публикациям в СМИ и соцсетях может сложиться впечатление о том, что детей с онкологией стало больше, просто об этом стали чаще говорить. А по вашим наблюдениям?

– Некоторый рост солидных новообразований, конечно, отмечается. В целом мы это связываем с изменением качества питания, экология не изменилась значимо за последние годы. Характер питания изменился кардинально: отсутствие натуральных продуктов, множество добавок, красителей, консервантов. Мы думаем, что это оказывает свое влияние на здоровье детей.

– Также может сложиться впечатление, судя по рассказам родителей, что онкозаболевание часто проявляет себя внезапно или его обнаруживают случайно. Так ли это?

– Да. Онкологические заболевания начинаются исподволь и очень долго имеют скрытое течение. Нередко они проявляются, к сожалению, на третьей-четвертой стадии. Бывает, что обнаружение заболевания совпадает с каким-либо событием, например, с травмой на тренировке или во дворе либо у ребенка поднялась температура, появилось кровоизлияние под кожей.

– Что означает термин «онкологическая настороженность»?

– Этот термин означает то, что такие заболевания существуют, о них нельзя забывать, и такая настороженность должна быть у врачей-педиатров и узких специалистов первичного звена. Родителям с детьми обязательно нужно проходить диспансеризацию в определенные жизненные сроки. Во время диспансеризации контролируется состояние внутренних органов, делается анализ крови. Когда педиатр назначает УЗИ, нельзя это игнорировать, нужно идти на обследование, потому что есть и врожденные опухоли, которые внутриутробно далеко не всегда можно обнаружить, и есть опухоли, которые развиваются во время первого года жизни. Если родителям что-то не нравится в поведении ребенка либо в его самочувствии, они не должны откладывать визит к педиатру.

– Как часто в детской онкологии имеет значение наследственный фактор?

– Наследственный фактор имеет ретинобластома (МЭН 2А синдром) – опухоль сетчатки, которой чаще всего страдают дети первого года жизни. Если родители замечают, что у ребенка разные по цвету зрачки либо они светятся (так называемый синдром кошачьего глаза), то в обязательном порядке срочно нужно идти к офтальмологу. В семьях, где уже есть дети с ретинобластомой, при рождении последующих детей нужно помнить, что риск возникновения заболевания у них или в других поколениях очень высок.

Продолжение. Начало на стр. 14-15

человек, это общемировая статистика. Вероятнее всего, что это заболевание имеет генетическую предрасположенность, тому есть много подтверждений. При исследованиях выявляются определенные «поломки» в хромосомах, которые могут говорить как о плохом, так и о хорошем прогнозе заболевания.

Бывают годы, когда выявляется больше (примерно 30) или меньше (15) новых случаев. В детской онкологии судить по одному году нельзя, поэтому берется более длительный период – как минимум пять лет. Этот усредненный показатель более достоверен, и он приводит как раз к показателю 4,2–4,5 заболевших на 100 тысяч человек.

К системным опухолям у детей, помимо лейкозов, относят злокачественные лимфомы – лимфому Ходжкина и неходжкинскую лимфому. Они вместе с острыми и хроническими лейкозами составляют половину всех опухолей у детей. Среди солидных (истинных) опухолей на первом месте у детей находятся опухоли ЦНС, которые составляют порядка 20% всех злокачественных заболеваний у детей.

Если до 1990 года очень хорошим результатом считалось достижение ремиссии у 15% пациентов, то сейчас при остром лимфобластном лейкозе процент ремиссий составляет 85–90. Ремиссия может быть длительной, стойкой. У нас есть дети, которые давно выросли, стали родителями. Мы наблюдаем их до 18 лет, затем переводим во взрослую сеть, и они наблюдаются там в течение всей жизни, потому что есть более высокий риск развития других опухолей или возникновения рецидива.

На диспансерном учете в целом по краю находятся около 700 детей. Ежегодно мы выявляем 80–85 впервые возникших опухолей у детей. Это количество понемногу, но растет.

Три раза проверить

– В нашем отделении 30 коек, в том числе 6 гематологических. В АККЦОМД планируется строительство нового корпуса, благодаря которому детское онкоотделение будет расширено до 45 коек.

около 20

новых случаев лейкозов у детей выявляется в Алтайском крае ежегодно.

Мы используем для лечения современные международные протоколы, тесно сотрудничаем с федеральными центрами, в частности с Центром детской гематологии, онкологии, иммунологии им. Д. Рогачева в Москве, с РОНЦ им. Блохина, с центрами Санкт-Петербурга, – рассказывает **Лариса Суворова**. – Мы направляем пациентов на диагностику и лечение в федеральные центры либо консультируемся со специалистами и получаем рекомендации по лечению.

Также мы сотрудничаем с Алтайским краевым онкодиспансером «Надежда». В нашем стационаре дети получают лекарственную терапию и оперативное лечение, в АКЦОД – лучевую терапию. Кроме того, в онкодиспансер мы направляем гистологический материал для проведения иммуногистохимического исследования, которое позволяет верифицировать опухоль с большей достоверностью по сравнению с исследованием на светооптическом уровне. В онкологии есть золотое правило: пересматривать гистологический материал в трех лабораториях, так как некоторые опухоли на светооптическом уровне похожи друг на друга, и без гистоиммунохимических исследований разобраться бывает крайне сложно. Референсным центром патологических исследований является ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Д. Рогачева».

Подготовила Елена Клишина.
Фото автора

Редкий случай

Последний день февраля в календаре медицинского сообщества обозначен как Международный день редких (орфанных) заболеваний. В их список Минздравсоцразвития России первоначально внес 86 патологий. Однако постепенно перечень расширялся, и, по последним данным, в «редкий» список нашей страны включено более 250 заболеваний. Какие из них распространены в Алтайском крае и какая помощь необходима пациентам с орфанными заболеваниями – в специальном материале.

Сбой информации

Орфанными заболеваниями принято считать те, которые встречаются не более чем у 10 человек на 100 тысяч населения. В их перечень входят наследственные болезни обмена веществ, крови и кроветворных органов, а также ряд наследственных моногенных синдромов (мукополисахаридоз, буллезный эпидермолиз – так называемые дети-«бабочки» и другие). Для лечения подобных заболеваний требуется дорогостоящее медикаментозное сопровождение.

«Причиной возникновение редких патологий является изменение генетической информации – мутация в структуре генов. Любая мутация гена ведет к изменению структуры или количества белка – это естественный процесс изменчивости биологических объектов. Подобные нарушения возникают под воздействием множества факторов (внешняя среда, радиация и т. д.), – поясняет врач-генетик Алтайского диагностического центра **Татьяна Маряшина**. – Причем даже здоровые родители не застрахованы от рождения

ребенка с редким заболеванием. Большинство случаев – скрытое наследование мутантных генов. Но существуют также мутации de novo – изменение в гене, произошедшее впервые и только у одного из членов семьи».

По словам эксперта, изменение в гене происходит как результат мутации в зародышевой клетке (яйцеклетке или сперматозоиде) в уже оплодотворенной яйцеклетке или же наследуются. В плане диагностики орфанных заболеваний значительная роль принадлежит профилактике рождения в семье больного ребенка с использованием технологий пренатальной диагностики и диагностики носительства. Пренатальная диагностика позволяет уже в первом триместре беременности выявить нарушения развития будущего ребенка.

Ряд патологий выявляют в первые дни жизни. «С 2006 года в рамках государственной программы «Развитие здравоохранения» все новорожденные проходят диагностику – неонатальный скрининг на пять наследственных заболеваний: адреногенитальный синдром, галактоземию, муковисцидоз, фенилкетонурию, врожденный гипотиреоз», – продолжает генетик.

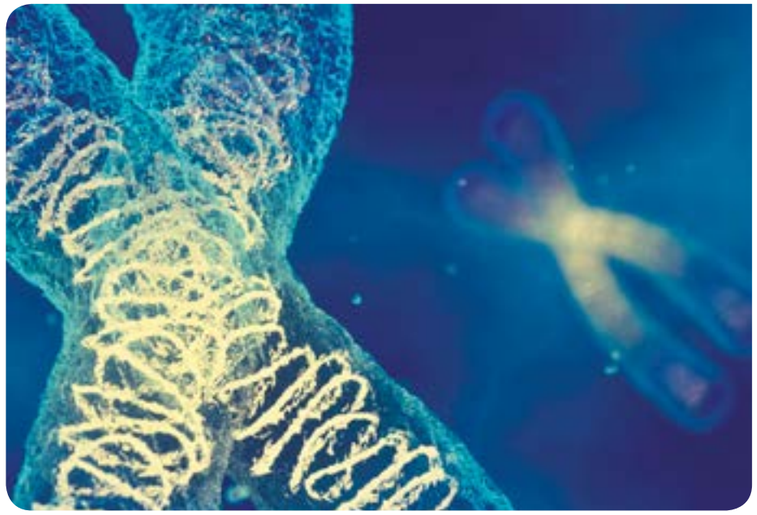
Не стоим на месте

За несколько десятилетий список орфанных заболеваний расширился. «Сегодня наиболее часто встречаются (в том числе и в Алтайском крае) такие генетические заболевания, как синдром Дауна, Клайнфельтера, Шерешевского – Тёрнера, фенилкетонурия, муковисцидоз, миодистрофия Дюшена, гемофилия, – рассказывает Татьяна Маряшина. – Трудность лечения подобных заболеваний заключается в том, что патогенетическая терапия существует не для всех наследственных заболеваний. Она разработана примерно лишь для 200 редких наследственных болезней. Полностью вылечить пациента с орфанной патологией, к сожалению, невозможно. Но есть перечень заболеваний, для которых существует патогенетическая и этиологическая терапия. Она улучшает качество жизни и длительность. Ежегодно этот список пополняется, ведь наука генетика не стоит на месте».

Со стороны государства людям, страдающим редкими заболеваниями, оказывается максимально возможная помощь – их бесплатно обеспечивают необходимым лечением. Сегодня в России определен перечень жизнеугрожающих, хронических, редких заболеваний, согласно которому пациенты с этими заболеваниями должны быть обеспечены необходимыми лекарственными препаратами и лечебным питанием.

На государственном уровне действует программа «Семь нозологий», которая в 2019 году превратилась в «Две-

Продолжение на стр. 18



Цифры и факты

Сегодня насчитывается около 8 тыс. орфанных заболеваний.
90% из них это наследственные или врожденные болезни.

Точной статистики пациентов с редкими заболеваниями нет вследствие трудности в их диагностики. Известен факт, когда более 15 лет не могли диагностировать болезнь Фабри у пациента. По информации представителей медико-генетического научного центра ФАНО России, предполагается, что в стране сейчас около 1,5 млн человек страдают орфанными заболеваниями.

Расходы федерального бюджета на закупку лекарственных препаратов для лечения больных, страдающих редкими заболеваниями, на 2019 год составили 55,7 млрд рублей. В 2020-м потратят 53,6 млрд рублей, столько же запланировано и на 2021 год.

Мы в соцсетях: vk.com/kcmp7 kgbuz_kcmp

Продолжение. Начало на стр. 16-17

надцать нозологий». В ее рамках за счет средств федерального бюджета централизованно закупаются лекарственные препараты для больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, а также пациентов, перенесших трансплантацию органов или тканей.

С прошлого года программа охватывает еще несколько заболеваний – гемолитико-уремический синдром, юношеский артрит с системным началом, мукополисахаридоз I, II и VI типов.

«Своевременное оказание медицинской помощи, организация качества жизни и обеспечение медико-генетическим консультированием, а также необходимыми препаратами будет эффективной помощью людям, страдающим орфанными заболеваниями», – говорит врач-генетик.

Справка

По состоянию на 01.01.2020 в региональном сегменте Федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими заболеваниями, зарегистрировано 200 пациентов (в том числе 125 детей). В 2018 г. – 193 пациента (в том числе 122 ребенка), в 2017 г. – 173 пациента (в том числе 117 детей).

По состоянию на февраль 2015 года, в федеральный регистр пациентов с редкими заболеваниями внесены данные о более 12,7 тысячи больных, из них более 7 тысяч – дети.

Ирина Савина

Рука на пульсе

Реаниматология – одна из самых сложных областей медицины. Каждый день ее представителям приходится смотреть в глаза смерти. Именно поэтому в отделениях интенсивной терапии не бывает «лишних» людей. Какими качествами необходимо обладать, чтобы стать реаниматологом и почему это неженская профессия – читайте в нашем материале.

Два в одном

– Детские реанимационные отделения в нашей стране начали открывать в 80-е годы прошлого века. Возникла необходимость применения методов интенсивной терапии – в то время была большая смертность от стенозов гортани, инфекционных заболеваний (менингококковой инфекции), – рассказывает анестезиолог-реаниматолог отделения реанимациии интенсивной терапии инфекционного стационара Алтайского центра охраны материнства и детства **Андрей Дядигуров.**

Примерно в это же время выделилась отдельная медицинская специальность – «анестезиология-реаниматология». Врач анестезиолог-реаниматолог выполняет работу по двум основным профилям: обезболивание пациента при хирургических вмешательствах и интенсивная терапия критических состояний.

– Эти две стороны специальности тесно связаны – у них общая теоретическая база, оборудование, методы, но у каждой существуют и свои особенности.

Анестезиология – в основном прикладная дисциплина. В задачи врача входит: подбор наиболее безопасного для пациента метода обезболивания при той или иной операции, обеспечение полного контроля стабильности функционирования организма во все периоды оперативного вмешательства и послеоперационного пробуждения, – поясняет Андрей Дядигуров. – Реаниматолог-интенсивист призван восстановить утраченные жизненно важные функции организма больного при различных критических состояниях – шок, кома, тяжелые нарушения дыхания.

Другими словами, анестезиолог-реаниматолог должен в совершенстве владеть всеми приемами интенсивной терапии: катетеризацией центральных вен для обеспечения инфузионной стабилизации гемодинамики, интубацией трахеи, проведением искусственной вентиляции легких, сердечно-легочной реанимацией, мониторингом и многими другими методиками лечения и интенсивного наблюдения.

Он постоянно находится у постели больного и делает все, чтобы пациент восстановил свое нормальное состояние. Когда заканчивается смена, врачи меняют друг друга. Таким образом осуществляется непрерывность интенсивного наблюдения и лечения.

«Врачам нашего профиля некогда расслабляться и в тех случаях, когда они не находятся в операционных или в палатах интенсивной терапии. Поскольку они оказывают еще и консультативную помощь коллегам из других отделений: при поступлении тяжелого больного создается консилиум врачей, где в тандеме с лечащим врачом мы изучаем анамнез и разрабатываем совместную тактику: какие лекарства и в каком сочетании назначить», – продолжает Андрей Дядигуров.

Оставаться в обойме

– Андрей Викторович, какими медицинскими знаниями необходимо обладать врачу-реаниматологу?

– В первую очередь он должен быть хорошо первично подготовлен по курсу врача общей практики – педиатра или терапевта. До сих пор наша специальность не разделена на детскую и взрослую, хотя фактически работа происходит в разных сферах.

Далее врач выбирает обучение по специальности. Анестезиологу-реаниматологу необходимо обладать знаниями в области физиологии и патофизиологии, а также обширным спектром умений и навыков. Он должен четко понимать, как функционирует организм, как осуществляется гемодинамика, процессы дыхания и метаболизма внутренних органов, как эффективно ими управлять, поддерживать артериальное давление, сердечную деятельность.

– Легко ли реаниматологам оставаться в актуальном информационном поле?

– Так же как и другие врачи, каждые пять лет мы обязаны повышать квалификацию. Мы знакомимся с новшествами, которые появились за это время, – в плане методик, технического обеспечения. Профиль больных очень изменился с тех пор, как открылись первые детские реанимационные отделения. Так, в 80-е годы наблюдалась высокая смертность от стенозов гортани, развивающихся при банальной респираторной инфекции, что было связано с отсутствием необходимой дыхательной аппаратуры и ингаляционного оборудования. В те годы буквально каждый третий такой случай заканчивался летально. В 90-е годы, когда появились «адекватные» аппараты ИВЛ и ингаляторы, – проблема решилась. Но возникла новая угроза – вспышки менингококковой инфекции. И пока не была выработана правильная тактика лечения, также были смертельные исходы.

Сегодня актуальность приобрела проблема внутриутробных инфекций. Вирус герпеса, цитомегаловирус, проникая трансплацентарно в развивающийся плод из организма инфицированной матери, приводит к рождению детей с ограниченными возможностями, полиорганными патологиями. Это требует проведения интенсивной терапии уже сразу после рождения малыша. Но надо отдать должное тому, что сейчас более профессионально работают все службы неотложной и экстренной помощи детям. Техническое оснащение отделений и бригад интенсивной терапии на несколько порядков выше по сравнению с тем временем, когда наша специальность только появилась.

Продолжение на стр. 20 »

Мы и ЗДОРОВЬЕ
№ 2 (681) 19 февраля 2020 г.

Продолжение. Начало на стр. 18-19

Мужской подход

– Принято считать, что реанимация – мужское дело. С чем это связано?

– На самом деле, женщин в нашей профессии крайне мало. Реаниматологом сможет работать только физически крепкий человек, поскольку он совершает множество манипуляций, где нужна физическая сила. Также важна стрессоустойчивость – каждый день приходится сталкиваться с колоссальными психологическими нагрузками. А женщины по своей природе более эмоциональны и восприимчивы. Но всегда бывают исключения. В нашем реанимационном отделении работает молодая девушка-врач, которая «нашла себя» в детской реаниматологии после нескольких лет работы педиатром.

– Какими личностными качествами должны обладать врачи данного профиля?

– Реаниматолог – это прежде всего волевой человек. Он должен уметь самостоятельно принимать решения, добиваться намеченного результата, уметь доводить свою работу до конца. Кроме того, ему необходимо обладать аналитическим складом ума: понимать, что происходит с пациентом, какие методы окажутся эффективными. При этом важно оставаться критичным по отношению к самому себе, прислушиваться к мнению коллег – так рождается объективный подход.

Реаниматологу нужно многое успеть в единицу времени, поэтому он должен обладать быстрой реакцией, уметь сохранять самообладание, быть энергичным, уверенным в своих действиях, хладнокровным. А также уметь концентрироваться на поставленной задаче, абстрагируясь от лишних эмоций и того, что происходит вокруг. Особенно это важно в критических ситуациях, когда эмоции не должны возобладать над разумом и действиями.

– Андрей Викторович, что самое сложное в вашей профессии?

– Смиряться с неудачами. К сожалению, не всегда удается скомпенсировать состояния пациента и избежать летального исхода. На это есть много причин. И не всегда это во власти врача. Вдвойне тяжело, когда речь идет о детях. К счастью, даже тяжелое состояние нечасто может привести детей к летальному исходу, но все же такие случаи бывают. Например, при менингококковой инфекции токсический шок может развиться очень быстро, и врачи могут не успеть оказать необходимую помощь.

Большую эмоциональную нагрузку испытываешь при работе с паллиативными больными. В таких случаях всегда есть о чем подумать. Конечно, сложные и спорные вопросы мы обсуждаем с коллегами.

– И все же в реаниматологии Вы проработали более 30 лет. За что любите свою профессию?

– За адреналин и профессиональную самореализацию. Львиную долю наших пациентов мы спасаем. И тогда возникает чувство восстановления энергии – приложено много усилий, но благодаря этому спасена чья-то жизнь. Приятно осознавать, что я могу что-то сделать для этого, могу профессионально развиваться и реализовываться. Порой происходят вещи на грани чуда. Однажды к нам поступили близнецы, состояние одного из них было критическим – возникли проблемы с дыханием. Его пришлось перевезти в отделение интенсивной терапии. Оказалось, что правое легкое не дышит. Мы поставили ему катетер, расправили легкое, и одышка прошла. Такие минуты дорогого стоят.

– Как Вы снимаете стресс и спасаетесь от профессионального выгорания?

– Врачам, и особенно представителям экстренной медицины, важен полноценный сон. Без него накапливается усталость, в организме происходят изменения, которые негативно отражаются как на физическом, так и на психоэмоциальном уровне. Как следствие – возникают негативные эмоции, недовольство работой и так далее. Такого быть не должно. Мне для восстановления ресурсов достаточно шести часов качественного сна. Также люблю активный отдых. Прогулки пешком или на лыжах помогают разгрузиться и немного забыть о трудностях, с которыми сталкиваешься каждый день.

Ирина Савина

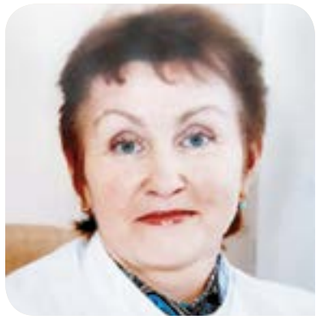
Справка

Андрей Дядигуров работает в здравоохранении 36 лет. В 1987 году награжден Почетной грамотой МЗ СССР за участие во Всесоюзном медицинском десанте по оказанию медпомощи детям Узбекской ССР. В 2008 году занесен на Доску почета комитета по делам здравоохранения г. Барнаула «Клятве Гиппократа верны». Награжден Благодарственным письмом АКЗС (2012 г.).

С 1989 по 1992 год совмещал работу в отделении реанимации и интенсивной терапии Городской детской инфекционной больницы № 2 г. Барнаула (ныне – Инфекционный стационар АККЦОМД) с преподавательской деятельностью в АГМУ. С 1994 по 1995 год по инициативе А. Дядигурова врачи ОРИТ ГДИБ № 2 внедрили методику поэтапного лечения детей с инфекционно-токсическим шоком при менингококковой инфекции. Благодаря ее повсеместному распространению на территории страны удалось практически полностью исключить летальность при данном заболевании.

С 2015 по 2019 год был главным внештатным детским анестезиологом-реаниматологом Алтайского края, экспертом по детской анестезиологии и реаниматологии Управления Росздравнадзора по Алтайскому краю. На данный момент активно занимается распространением на территории Алтайского края паллиативной медицинской помощи. Входит в состав выездной бригады детской паллиативной службы. Автор более 30 научных статей по проблемам интенсивной терапии у детей, в том числе при синдроме Рея, токсической реакции организма на применение нестероидных препаратов при инфекционных заболеваниях.

Берегите женщину



Что делает женщину женщиной? В первую очередь ее способность к зачатию и рождению детей. Она напрямую связана с менструальным циклом и овуляцией. Если естественные процессы омрачаются неприятными симптомами, страдает качество жизни не только самой женщины, но и ее окружения. По данным специалистов, от 20 до 50% представительниц слабого пола, находящихся в репродуктивном возрасте*, в той или иной степени подвержены предменструальному синдрому (ПМС). Как распознать его симптомы, а самое главное – как их компенсировать – расскажет акушер-гинеколог городского центра планирования семьи и репродукции Елена Холупко.

Сложности адаптации

«ПМС представляет собой нейроэндокринный синдром (его также называют синдромом предменструального напряжения) – сложный циклический симптомокомплекс. То есть это не болезнь в обычном ее понимании (женщина здорова – она может забеременеть и родить), а совокупность множества симптомов. У каждой женщины они индивидуальны и могут варьировать от цикла к циклу. Как правило, предменструальный синдром возникает во вторую фазу цикла – за 7–10 дней до менструации и заканчивается с ее наступлением или же

Продолжение на стр. 22-23

Продолжение. Начало на стр. 21

спустя два дня, – говорит Елена Холупко. – Нормой такое состояние назвать нельзя. В Международной классификации болезней ему даже присвоен свой шифр. По сути это дисфункция гипоталамуса – центрального отдела нейроэндокринной системы. Существует множество теорий возникновения ПМС. Одна из них говорит о том, что предменструальный синдром – адаптивный ответ организма на отсутствие оплодотворения яйцеклетки».

В числе главных причин возникновения ПМС акушер-гинеколог называет генетическую предрасположенность, нарушение баланса эстрогенов и прогестерона, а также дефицит серотонина, альдостерона и антидиуретического гормона. Точную причину этого явления представители медицинского сообщества назвать не могут, но факторы, которые способствуют его возникновению, определены. Это стрессовые ситуации, заболевания, переезд, смена климата и многое другое.

От формы к форме

В гинекологии выделяют четыре формы предменструального синдрома: нейровегетативную, отечную, цефалгическую и кризовую. «Но следует понимать, что строгого разделения нет – формы могут переплетаться, перетекать из одной в другую, а выраженность симптомов – меняться от месяца к месяцу. Кроме того, на фоне ПМС могут ухудшать свое течение другие заболевания – астма, аллергические реакции, конъюнктивит и другие, – поясняет Елена Холупко. – Наиболее распространены – две первые формы. Чаще всего они встречаются у молодых девушек. ПМС может сопровождаться дисменореей (болезненными месячными). После 30 лет чаще встречается цефалгическая форма, – поясняет акушер-гинеколог. – Беременность и роды – основное лечение ПМС, но иногда симптомы возвращаются даже у рожавших женщин. А после 40 лет – в пременопаузе и без компенсации проявляются в кризовой форме. В этот период они маскируются другими заболеваниями экстрагенитальной патологии. Такие женщины ходят по кругу – от врача к врачу, предъявляя массу жалоб. Но никто не догадается их направить к гинекологу с подозрением на ПМС».

Как отмечает эксперт, коварность предменструального синдрома заключается в том, что все симптомы – неспецифичны. Это означает, что они могут проявляться и при каких-либо соматических заболеваниях. На ПМС может указывать четкая цикличность проявления симптомов.

Изменить жизнь

«Диагностика предменструального синдрома представляет определенные трудности, поскольку нет объективных лабораторных данных, а данные физикального обследования мало что дают. Как правило, гинеколог опирается на субъективную информацию, основанную на жалобах пациентов и исключения другой экстрагенитальной патологии (соматические заболевания), – отмечает Елена Холупко. – Специфического лечения ПМС не существует. Помощь начинается с консультирования. Первый шаг – модификация образа жизни. Важно сформировать адекватный режим сна и бодрствования. Второй важный шаг – физические нагрузки. Так, отечная форма хорошо лечится регулярными физическими упражнениями».

Зачастую ПМС возникает на фоне нарушения углеводного обмена (повышение глюкозы в крови). Специалисты рекомендуют изменить диету – сократить до минимума употребление продуктов, содержащих простые сахара, и перейти на сложные углеводы, которые медленно усваиваются. «Нужно питаться в течение дня дробно: несколько раз в день маленькими порциями. Очень важно избегать определенных продуктов – консервированной пищи, фастфуда, газированных напитков, чипсов, жирного мяса, кофе, алкоголь – в умеренном количестве. Женщине лучше самой вести дневник и оценивать, как смена диеты влияет на ее состояние, – подчеркивает эксперт. – В рационе в достаточном количестве должны присутствовать свежие овощи и фрукты, молоко, клетчатка. В целом подход нужен комплексный! Как сейчас принято говорить, он должен стать стилем жизни, а не разовой акцией».

На заметку

Формы и симптомы ПМС:

1. Нейровегетативная форма:
- раздражительность, плаксивость;
- депрессия, тревожность, беспокойство;
- агрессивность;
- бессонница;
- апатичность, подавленность;
- утрата концентрации, выраженная усталость.

2.Отечная форма:
- задержка жидкости в организме;
- отечность лица, голеней, пальцев рук, стоп;
- нагрубание молочных желез;
- чувство тяжести, давление внизу живота и спины.

3. Цефалгическая форма:
- головная боль, головокружение;
- парестезии конечностей (чувство мурашек, онемения). Бывает, что конечности полностью онемевают, подкашиваются ноги;
- возможны обмороки, учащение сердцебиения;
- головные боли могут сопровождаться тошнотой, рвотой. Возможны запоры, извращения аппетита, усиление угревой сыпи, проявление нейродермита.

4. Кризовая форма (протекает по типу симпатоадреналовых кризов):
- повышается артериальное давление;
- головные боли, сопровождающиеся рвотой;
- ухудшение течения других имеющихся заболеваний;
- приступы страха и панических атак.

Если не лечить эту форму, она переходит в тяжелый климактерический синдром.

Первая помощь

В протекании предменструального синдрома выделяют три степени тяжести (с возрастом ситуация усугубляется): легкую – не нарушена трудоспособность, но присутствуют какие-либо симптомы, качество жизни не страдает, среднюю – течение заболевания влияет на семейную и производственную жизнь, но трудоспособность не нарушена и тяжелую степень выраженности – потеря трудоспособности, женщину периодически посещают суицидальные мысли. В 5% случаев ПМС протекает в тяжелой форме, отмечает эксперт. «К сожалению, все эти процессы неуправляемы. Женщина знает, что с ней происходит, но контролировать свое состояние не может – все это регулируется центральной нервной системой, – поясняет врач. – При этом страдает не только сама женщина, но и семья, коллеги. В таких случаях нужно не терпеть, а обращаться к врачу. Гинекологи оценят симптомы, а после этого назначат необходимое обследование и лечение. Как правило, это седативные препараты, витаминосодержащие комплексы, ноотропы, гормональные препараты, которые нормализуют вторую фазу цикла. Считается, что дефицит прогестерона приводит к ПМС. При необходимости назначают комбинированные оральные контрацептивы (очень эффективны при лечении ПМС) – строго индивидуально, с учетом всех показаний и противопоказаний».

В числе главных причин возникновения ПМС акушер-гинеколог называет генетическую предрасположенность, нарушение баланса эстрогенов и прогестерона, а также дефицит серотонина, альдостерона и антидиуретического гормона.

Тяжелая форма ПМС требует особого внимания. Женщинам назначают дополнительные клинические обследования – электроэнцефалографию, рентгенографию шейного отдела позвоночника и др., а также консультации у невролога и психотерапевта. Психотерапевт в свою очередь может назначить препараты, которые стимулируют выработку серотонина, а также другие необходимые медикаменты.

«Важно понимать – лечение назначает исключительно врач, а не фармацевтический работник в аптеке, – подчеркивает Елена Холупко. – Лечение предменструального синдрома – длительное. Первый этап займет не менее трех месяцев, далее на протяжении двух месяцев – поддерживающая терапия. В идеале завершить курс следует санаторно-курортном лечением».

Специалист предупреждает: симптомы могут вернуться. «Если это произошло, назначаем дополнительные обследования – возможно, упустили соматическое заболевание. Мы направляем женщину к неврологу, терапевту, окулисту, чтобы исключить тяжелую соматическую патологию, например артериальную гипертонию», – говорит акушер-гинеколог.

Нейровегетативную и отечную формы скомпенсировать достаточно легко. «Чем раньше купировать симптомы, тем легче будут протекать дальнейшие процессы. Если же запустить ситуацию, формы протекания ПМС утяжеляются. Важно, чтобы женщины внимательнее относились к своему здоровью и научились о нем заботиться, – продолжает Елена Холупко. – Если симптомы наблюдаются регулярно – от цикла циклу, нельзя сидеть дома и ждать, что все пройдет! Это состояние нарушает качество жизни, что, в свою очередь, приводит к хроническим депрессиям, а потом и к суицидальным мыслям, проблемам в семье. В результате страдает не только женщина, но и ее окружение, то есть возникает социальная проблема. В таком случае важно обратиться к специалисту и совместно с ним решить проблему».

**Репродуктивный возраст начинается с менархе (первая менструация) и длится до пременопаузы.*

Ирина Савина

Мать и дитя

Успешный поворот

Врачи перинатального центра «ДАР» выполнили больше 20 успешных акушерских поворотов. В Алтайском крае эта методика не была прежде широко внедрена в практику. В «ДАРе» ее стали активно применять в прошлом году.

Наружный акушерский поворот – прием, с помощью которого можно изменить неблагоприятное для течения родов положение плода на благоприятное. Специалисты центра освоили этот метод весной 2019 года, переняв практику у коллег из перинатального центра Екатеринбурга.

Согласно клиническому протоколу ведения беременности, прием показан женщине при тазовом предлежании – при отсутствии противопоказаний. В их числе – рубец на матке, аномалии ее развития (двурогость или наличие перегородки), миомы больших размеров, обвитие шеи малыша пуповиной, крупный и гигантский плод (более 4 кг). Также усложняет процедуру маловодие и лишний вес беременной.

Акушерский поворот, как правило, проводится на сроке не менее 36 недель, при котором беременность еще считается недоношенной. В расчет берется тот факт, кто манипуляция может способствовать наступлению родов. Сам поворот занимает несколько минут. При этом подготовка длится около получаса. После того как тонус снят, посредством введения токолитика, под контролем УЗИ проводится поворот.

Врачи уверяют: нанести при этом травму ребенку практически невозможно – он надежно защищен околоплодными водами, плодным пузырем, передней брюшной стенкой и жировой прослойкой. Грубых механических воздействий на ребенка не оказывается: руки врача его только подталкивают, сам же поворот осуществляется под действием силы тяжести. Кроме того, проведение наружного акушерского поворота осуществляется только в специализированном учреждении, поэтому риск развития осложнений составляет не более 1%.

Мы и ЗДОРОВЬЕ
№ 2 (681) 19 февраля 2020 г.

Десять вопросов доктору об эпилепсии

Ежегодно во второй понедельник февраля отмечается Международный день эпилепсии. В марте есть похожая дата – 26 марта, или Фиолетовый день, который отмечается в европейских странах. Оба дня были учреждены с целью повышения уровня осведомленности о заболевании в обществе, в том числе среди самих больных, а также для того, чтобы выразить поддержку страдающим эпилепсией и убедить их в необходимости лечения.

На вопросы об этом заболевании отвечает **Алексей Шамрай**, психиатр-эпилептолог Алтайской краевой клинической психиатрической больницы им. Ю. К. Эрдмана.

– Расскажите, что это за болезнь?

– Эпилепсия – хроническая болезнь головного мозга, для которой характерно как минимум два неспровоцированных либо два рефлекторных приступа, возникших с интервалом более 24 часов.

Или достаточно одного приступа, но при этом мы понимаем, что имеет место высокий риск повторных приступов, допустим, после тяжелой черепно-мозговой травмы с повреждением мозга или инсульта. Если приступ возник спустя шесть месяцев после какого-либо из этих событий, то, скорее всего, произошедшие в головном мозге изменения не исчезнут и будут постоянно служить источником приступов. В этом случае можно поставить диагноз уже после одного приступа и назначить лечение.

По современной классификации выделяют следующие формы эпилепсии:

- **фокальная**, причиной которой могут быть врожденные аномалии головного мозга, травмы, инсульты, нейроинфекции;
- **генерализованная** (генетическая), передающаяся по наследству;
- **комбинированная** (фокальная/генерализованная);
- **неуточненная** форма, когда причина возникновения приступов неизвестна. Как правило, в 30% случаев причины эпилепсии не ясны.

– Правда ли, что от эпилепсии никто не застрахован и она может возникнуть в любом возрасте?

Да, это на самом деле так. Болезнь может проявить себя в любой декаде жизни. У кого-то первый приступ возник в 20 лет, у кого-то – в 30, приходят пациенты, впервые столкнувшиеся с заболеванием и в 40, и в 50 лет.

Если эпилепсия вызвана врожденными, тяжелыми аномалиями головного мозга, то болезнь может проявить себя буквально в первые месяцы жизни человека.

Для манифестации наследственных форм эпилепсии существуют определенные возрастные рамки:

- **абсансная форма**, которая впервые может проявить себя в возрасте с 5 до 7 лет. Ребенок может иметь отсутствующий вид, «застыть» в момент действия или речи, смотреть в одну точку несколько секунд либо не реагировать на оклик, часто моргать. Если родители замечают это, нужно сразу бить тревогу;
- **юношеские миоклонические формы** проявляют себя в пубертатном периоде и примерно до 25 лет короткими, внезапно возникающими асинхронными мышечными сокращениями (вздрагивания конечностей) при сохранении сознания, обычно в утренние часы, к которым часто присоединяются тонико-клонические приступы.

– Может ли образ жизни человека повлиять на возникновение заболевания?

– Первый приступ, как правило, возникает после приема алкоголя или нарушения сна, особенно это касается подростков, которые проводят время в ночных клубах. Злоупотребление алкоголем напрямую связано с повышенным черепно-мозговым травматизмом и, как следствие, с возникновением фокальной структурной эпилепсии.

– Эпилепсию можно вылечить?

– Основная цель лечения – выход в ремиссию, то есть отсутствие приступов у пациента в течение года. Если их не будет в течение этого времени, то это хороший прогноз на перспективу. Регулярный прием назначенного препарата, отказ от алкоголя, нормализация режима сна и бодрствования являются залогом успеха при лечении приступов.

Около 70% случаев эпилепсии лечатся медикаментозно, и только медикаментозно. Эта патология стоит на стыке двух специальностей – неврологии и психиатрии. И, пожалуй, эта самая благодарная болезнь из всех психоневрологических болезней в плане лечения. Если препараты сработают, то они сработают. Очень важна именно стартовая терапия.

Но, к сожалению, 30% случаев – так называемые резистентные, фармакоустойчивые формы эпилепсии, как правило, при фокальных структурных формах. Тогда нужно прибегать к хирургическим методам лечения. Успешно оперируют таких пациентов в федеральном центре нейрохирургии в Новосибирске. Примеров очень много, когда люди мучились по 20–30 лет, принимая одновременно 2–4 препарата, и при этом приступы у них сохранялись. После успешной операции люди возвращались в обычную жизнь, некоторым полностью отменили препараты.

Однако и после хирургического лечения бывают срывы ремиссии. Один из моих пациентов, болеющий с детства, имел до восьми приступов в месяц. После операции в течение полугода у него не было приступов. Он почувствовал себя здоровым и начал принимать алкоголь. У него возобновились приступы – в среднем один приступ в месяц.

При лечении эпилепсии важен междисциплинарный подход: заболеванием занимаются эпилептологи, нейрофизиологи, нейрохирурги, психологи. А самолечение, обращение к бабушкам, неконтролируемое врачом течение болезни – все это может привести к ухудшению состояния человека и утяжелит течение заболевания.

Сегодня в арсенале врачей имеется большой спектр противосудорожных современных препаратов. Наблюдаемые нами пациенты обеспечиваются препаратами бесплатно. Помимо лечения, пациентам и их родственникам оказывается психологическая поддержка, а наши соцработники стараются максимально способствовать их трудоустройству. Диагноз «эпилепсия» может служить основанием для присвоения инвалидности, это зависит от частоты и характера приступов, от осложнений (в первую очередь это изменение личности и когнитивные нарушения), решение об этом принимает комиссия медико-социальной экспертизы.

Цифры

По мировой статистике: в мире страдает эпилепсией порядка **60 млн** человек, в России – более **350 тыс.** человек. В Алтайском крае зарегистрировано около **2,5 тысяч** взрослых, у которых отмечался хотя бы один эпилептический приступ.

– Чем опасно неконтролируемое течение болезни?

– Во время тонико-клонических приступов гибнет большое количество нейронов. Со временем, особенно при неконтролируемом течении приступов, у пациента развиваются когнитивные нарушения: страдает память, интеллект, может развиться эпилептическое слабоумие. Формируется так называемая эпилептоидная личность: человек становится мелочным, вспыльчивым, заноживым, постоянно раздраженным, озлобленным и тем самым доставляет немало хлопот окружающим. Но, пожалуй, наибольшую опасность представляют вторичные повреждения, когда во время приступа человек может получить фатальную травму, тяжелый термический ожог, упасть с высоты или утонуть.

– Что влияет на возникновение приступов, на продолжительность периодов между ними?

– Большое значение имеет комплаенс человека, страдающего эпилепсией, – насколько он сам заинтересован в состоянии своего здоровья, насколько он прислушивается к советам эпилептолога и выполняет его рекомендации. Очень многое зависит от стартовой терапии – препарат должен быть максимально безопасным и эффективным. Было очень много примеров, когда врач и пациент вроде бы добились контроля приступов, вышли

Продолжение на стр. 26

Мы и ЗДОРОВЬЕ
№ 2 (681) 19 февраля 2020 г.

Мы в соцсетях: vk.com/kcmp7 kgbuz_kcmp

Продолжение. Начало на стр. 24-25

в ремиссию, приступов нет в течение года или даже пяти лет, но пациент посчитал, что он выздоровел (хотя это хроническое заболевание) и либо начал самостоятельно снижать дозу препарата, либо отменил его, и, к сожалению, приступы возобновились.

Основным провокатором приступов является нарушение режима приема препаратов. Нужно нормализовать режим сна и бодрствования, так как нарушения сна способствуют возникновению приступов. Особенно это касается дебюта заболевания, у подростков с генетическими формами эпилепсии, когда после ночного клуба, приема алкоголя и непродолжительного сна в утренние часы и возникает приступ.

Приступы могут спровоцировать яркий свет, длительное пребывание в темном помещении при просмотре телевизора или при работе за компьютером, посещение кинотеатров, дискотек, пребывание на ярком солнце.

– Эпилептический приступ можно перепутать с каким-то другим приступом?

Да, существует много коморбидной патологии, поэтому нужна точная дифференцированная диагностика: МРТ по эпипрограмме, ночной ЭЭГ-мониторинг, клинические наблюдения за пациентом.

Диагноз «эпилепсия» очень сложный и может оказать негативное влияние на дальнейшую жизнедеятельность человека. Поэтому здесь важно разобраться. Если это не эпилептические состояния, то нужно искать патологию со стороны других органов и систем, при этом человеку не показаны противосудорожные препараты.

– Как вести себя родственникам, окружающим, если они стали свидетелями приступа?

– Во-первых, не паниковать, хотя этого не делать сложно. Зрелище не из приятных, особенно когда приступ возникает впервые. Родственникам кажется, что их близкий человек умирает. В случае возникновения приступа нужно максимально быстро уложить пациента на ровную поверхность, повернуть его на бок и удерживать туловище, под голову подложить что-нибудь мягкое. Ни в коем случае нельзя пытаться разжать зубы любыми предметами, оказывать какие-то реанимационные действия, бить по щекам, поливать водой. Приступ возникает спонтанно и так же сам постепенно купируется. Длительность приступа – в среднем от одной до трех минут.

Если приступ возник впервые, то необходимо вызвать скорую помощь, так как нужна госпитализация, чтобы выявить причину приступа и не пропустить острую патологию или опухоль головного мозга.

Если пациент давно страдает эпилепсией и приступ длится не более пяти минут, то вызывать скорую, я считаю, нецелесообразно. Если приступ длится более пяти минут, то может развиваться эпилептический статус (приступы следуют один за другим, при этом человек не приходит в сознание). В этом случае требуется экстренная госпитализация и интенсивная терапия, поскольку это грозное осложнение течения болезни, которое может привести к гибели.

– Есть ли у больных эпилепсией ограничения по образу жизни?

– Существует ряд ограничений для людей, страдающих эпилепсией, и в первую очередь это касается работы во вредных и опасных условиях труда.

Подготовила Елена Клишина

Справка

Признаки эпилептического приступа:

- внезапное падение;
- утрата сознания;
- остановка деятельности;
- различные виды судорог;
- остановка дыхания и др.

Приступу может предшествовать состояние, называемое аурой, – тревога, страх, неприятные слуховые, вкусовые, зрительные ощущения и др.

21 февраля в России свой профессиональный праздник отмечают фельдшеры – специалисты, которые нередко первыми встречают пациента. В Завьяловской ЦРБ уже более 20 лет работает фельдшером офтальмологического кабинета Надежда Анатольевна Шатилова.

Марина Костромицкая, главный врач Завьяловской ЦРБ, говорит, что с Надеждой Анатольевной повезло и коллегам, и пациентам:

– Надежда Анатольевна – отзывчивая, коммуникабельная, энергичная, преданная своей профессии. Ей предопределено свыше оказывать помощь людям. Она всегда найдет нужные слова для пациента: выслушает, даст рекомендации по тактике дальнейшего лечения, поддержит. Надежда Анатольевна имеет богатый опыт самостоятельного приема, постоянно самосовершенствуется, много общается с докторами, охотно делится опытом с молодыми коллегами, является наставником.

Надежда Шатилова в 1977 году окончила Прокопьевское медицинское училище по специальности «лечебное дело» и с тех пор работает в Завьяловской ЦРБ. В должности фельдшера офтальмологического кабинета она трудится с 1995 года. Ее общий медицинский стаж составляет более 30 лет.

Сама Надежда Анатольевна о выборе профессии говорит так:

– Поехали поступать вместе с подружкой, потом вместе с ней же отработали семь лет на скорой. В первый год после окончания училища я работала в травмпункте на «Трансмаше». Тогда в районе не было места фельдшера, и я приехала в Барнаул – сдала допуск на «Трансмаш» и на завод геофизики. Куда быстрее взяли, туда и пошла.

Отзывчивый и чуткий фельдшер

И так получилось, что попала в кабинет офтальмолога. Не знаю, возможно, это была судьба. В 1995 году я прошла специализацию по офтальмологии – в течение двух месяцев обучалась с отрывом от производства у Зои Павловны Степановой, заведующей отделением травмы глаза больницы «Трансмаш», которая меня всему научила.

Надежда Анатольевна проводит своевременное обследование и лечение профильных больных в стационаре и поликлинике ЦРБ. Совместно с врачом она обеспечивает организацию и проведение диспансеризации, определяет вопросы трудоспособности пациентов, оформляет необходимую медицинскую документацию, участвует в работе выездных бригад врачей-специалистов, осуществляет регулярный контроль за работой среднего медперсонала сельских врачебных амбулаторий, фельдшерско-акушерских пунктов по проведению тонометрий. Является надежным помощником врача, в его отсутствие проводит самостоятельный прием пациентов.

Надежда Анатольевна в совершенстве владеет инструментальными методами обследования офтальмологических больных, оценивает данные специальных методов обследования, широко применяет современные методы консервативного лечения при офтальмологических заболеваниях.

Она владеет такими амбулаторными манипуляциями, как исследование зрительных функций, тонометрия, подбор очков при гиперметропии, миопии, астигматизме, пресбиопсии, афокии, катетеризация слезных путей и их промывание, удаление поверхностно расположенных доброкачественных опухолей век, удаление халазиона. Может провести первичную обработку ранений глазницы, удалить поверхностно расположенные инородные тела роговицы, конъюктивы и выполнить другие процедуры.

Надежда Анатольевна постоянно повышает свой профессиональный уровень, осваивает новые методики диагностики и лечения, участвует в работе фельдшерских семинаров, оказывает консультативную помощь. Проводит санитарно-просветительную работу среди населения в формате бесед и оформляет наглядную агитацию.

Надежда Анатольевна аттестована на высшую квалификационную категорию. Ее отличают требовательность к себе и окружающим, принципиальность при решении лечебно-профилактических вопросов, соблюдение медицинской деонтологии. За годы работы зарекомендовала себя грамотным, ответственным, исполнительным специалистом.

Подготовила Елена Клишина

Коронавирус: меры предосторожности

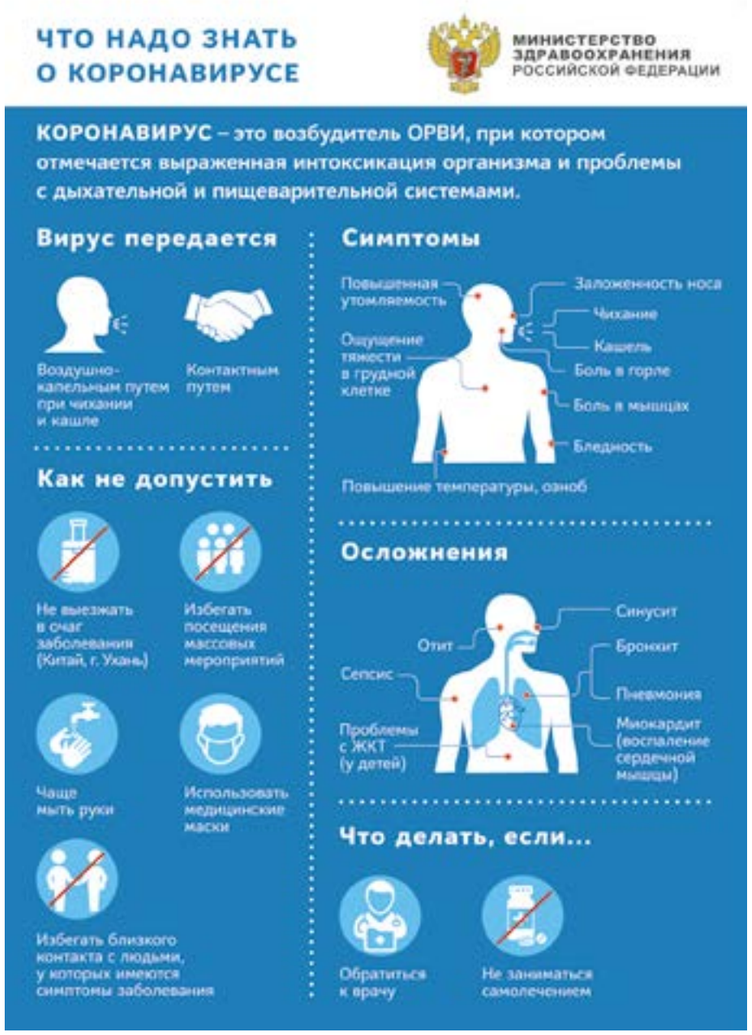
С 29 января в Алтайском крае введен карантин по гриппу и ОРВИ. Пока темпы роста заболеваемости не превышают прошлогодних. Однако особенностью нынешнего сезона является эпидемия новой коронавирусной инфекции в Китае.

Ульяна Калинина, заместитель руководителя Управления Роспотребнадзора по Алтайскому краю, рассказала о том, какие меры предосторожности предпринимаются в регионе и что можно сделать для того, чтобы обезопасить себя от вирусных инфекций.

Официально

Подтверждены факты передачи нового коронавируса (2019-nCoV) от человека к человеку, известно, что вирус передается воздушно-капельным, контактно-бытовым путями. Длительность инкубационного периода составляет 10–14 дней.

На территории Российской Федерации зарегистрировано два случая заболевания новой коронавирусной инфекцией.



На территории региона Управлением Роспотребнадзора по Алтайскому краю предпринимаются следующие меры предосторожности:

- усилен контроль в воздушном пункте пропуска аэропорта г. Барнаула;
- организована и проведена изоляция граждан КНР, прибывших на территорию Алтайского края, сроком на 14 дней;
- за прибывшими из КНР гражданами РФ осуществляется медицинское наблюдение;
- в крае обеспечена готовность медицинских организаций, лабораторной базы и воздушного пункта пропуска аэропорта г. Барнаула;
- обеспечен запас лекарственных препаратов в медицинских организациях, средств индивидуальной защиты, дезинфицирующих средств;
- организована работа с населением по информированию о мерах профилактики новой коронавирусной инфекции.

Меры профилактики

Как отмечают в региональном Роспотребнадзоре, быстро начатое лечение способствует облегчению степени тяжести болезни. При первых признаках заболевания следует обращаться за медицинской помощью в лечебные организации, не стоит заниматься самолечением.

Среди основных мер профилактики – своевременное мытье рук, ношение маски, отказ от посещений массовых мероприятий.

Гигиена рук – важная мера профилактики распространения гриппа и коронавирусной инфекции. Мытье с мылом удаляет вирусы. Если нет возможности помыть руки с мылом, нужно пользоваться спиртосодержащими или дезинфицирующими салфетками. Мыть руки следует перед едой и после посещения многолюдных мест.

Также необходимо чистить и дезинфицировать поверхности, используя бытовые моющие средства. Чистка и регулярная дезинфекция поверхностей (столов, дверных ручек, стульев, гаджетов и др.) удаляет вирусы.

При общении с человеком с признаками вирусной инфекции нужно помнить о том, что вирусы передаются воздушно-капельным путем (при чихании, кашле), поэтому необходимо соблюдать расстояние не менее одного метра от больных.

Избегайте трогать руками глаза, нос или рот.

Для защиты органов дыхания нужно использовать маски. Они могут иметь разную конструкцию, быть одноразовыми или предназначаться для многократного применения. Есть маски, которые служат 2, 4, 6 часов. Стоимость этих масок неодинаковая из-за различной пропитки. Нельзя все время носить одну и ту же маску, тем самым вы можете инфицировать дважды сами себя. Какой стороной внутрь носить медицинскую маску – непринципиально.

Чтобы обезопасить себя от заражения, крайне важно правильно ее носить: маска должна тщательно закрепляться, плотно закрывать рот и нос, не оставляя зазоров.

При снятии маски старайтесь не касаться ее поверхностей. Если вы ее коснулись, тщательно вымойте руки с мылом или спиртовым средством. Влажную или отсыревшую маску следует сменить на новую, сухую.

Одноразовую маску не следует использовать повторно. После использования ее нужно немедленно выбросить.

При уходе за больным после окончания контакта с заболевшим маску следует немедленно снять. После снятия маски необходимо незамедлительно и тщательно вымыть руки.

Маска уместна, если вы находитесь в месте массового скопления людей, в общественном транспорте, а также при уходе за больным, но она нецелесообразна на открытом воздухе. Во время пребывания на улице полезно дышать свежим воздухом и маску надевать не стоит.

Чтобы уменьшить риск заболевания, если нет маски, используйте другие подручные средства защиты.

При кашле, чихании следует прикрывать рот и нос одноразовыми салфетками, которые после использования нужно выбрасывать.

Избегая излишних поездок и посещений многолюдных мест, можно уменьшить риск заболевания.

В Роспотребнадзоре напомнили о том, что при планировании зарубежных поездок следует уточнять эпидемиологическую ситуацию в стране посещения, в самих поездках не посещать рынки, где продаются животные, морепродукты, зоопарки, культурно-массовые мероприятия с привлечением животных. Употреблять нужно только термически обработанную пищу и бутилированную воду.

Также специалисты ведомства напомнили о том, что сопротивляемость организма инфекциям повышает ведение здорового образа жизни: режим, включающий полноценный сон, потребление пищевых продуктов, богатых белками, витаминами и минеральными веществами, физическая активность, а также регулярное проветривание помещений и увлажнение воздуха в них.

Особые «приметы»

Симптомы коронавирусной инфекции:

- высокая температура тела,
- озноб,
- головная боль,
- слабость,
- заложенность носа,
- кашель,
- затрудненное дыхание,
- боли в мышцах,
- конъюнктивит.

В некоторых случаях могут быть симптомы желудочно-кишечных расстройств: тошнота, рвота, диарея.

Среди осложнений лидирует вирусная пневмония.

Только цифры

27 тысяч случаев заболевания ОРВИ зарегистрировано в крае по данным на начало февраля. Это на 72,6% выше эпидемического порога заболеваемости ОРВИ и на 15% ниже предыдущего года. Превышение эпидемического порога отмечается среди всех возрастных групп. Сохраняется еженедельный прирост заболеваемости. В целом за текущий период эпидемического подъема (за три недели) заболеваемость ОРВИ по краю ниже предыдущего года.

Валерий Иванович Шумаков (1931–2008)

Валерий Шумаков – российский врач-трансплантолог. Доктор медицинский наук. Профессор. Действительный член Российской академии наук. Лауреат Государственной премии России. Заслуженный изобретатель России. Один из основоположников отечественной клинической трансплантологии.

Родился 9 ноября 1931 года в Москве. В 1956 году окончил лечебный факультет I Московского мединститута им. Сеченова. В течение следующих трех лет обучался в аспирантуре кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии того же института. Позднее защитил кандидатскую и докторскую диссертации.

После аспирантуры Шумаков работал в академической группе Бориса Петровского по проблеме искусственного кровообращения при открытой коррекции пороков сердца. С 1963 по 1966 год являлся старшим научным сотрудником Научно-исследовательского института клинической и экспериментальной хирургии Министерства здравоохранения. Следующие три года руководил лабораторией искусственного сердца и вспомогательного кровообращения института.

С 1969 по 1974 год занимал должность начальника отдела трансплантации и искусственных органов. С 1974 года избран директором НИИ трансплантологии и искусственных органов Минздрава РФ.

Кардиохирург широкого профиля Валерий Шумаков – один из основоположников отечественной клинической трансплантологии. Впервые в стране успешно выполнил пересадку сердца, печени и поджелудочной железы, а также двухэтапную пересадку сердца. Создатель науки об искусственных органах, временно заменяющих нарушенные функции жизненно важных органов человека. Эти искусственные органы разработаны на всех этапах конструирования, экспериментальной апробации, внедрения в клиническую практику и серийное производство.

До конца жизни хирург возглавлял основанную им кафедру «Физика живых систем» Московского физико-технического института. Параллельно руководил лабораторией биомедицинской информатики Института автоматизации и проектирования Российской академии наук. В ней основал высшую школу подготовки специалистов: трансплантологов, хирургов, физиков, механиков и управленцев системы. Всего им подготовлено 27 докторов и 45 кандидатов медицинских наук.

Валерий Иванович Шумаков – автор трех научных открытий, 17 монографий и более 450 научных работ. Имеет более ста изобретений как в клинической хирургии, так и на стыке медицины и точных наук.

Ученый являлся действительным членом РАМН, председателем Научного совета по трансплантологии и искусственных органов при Президиуме РАМН, координатором межведомственного соглашения между Россией и США по искусственному сердцу и вспомогательному кровообращению, главным редактором журнала «Трансплантология и искусственные органы», ответственным редактором раздела «Медицинская техника» Большой медицинской энциклопедии, член правления Всесоюзного общества сердечно-сосудистых хирургов.

Кроме того, Шумаков входил в Международное общество хирургов, Французское общество трансплантологов, Международное общество искусственных органов, Международное общество пересадки сердца, Международное общество трансплантологов, Американское общество торакальных хирургов и общество искусственных органов.

Информация с сайта ruspekh.ru, фото с сайта wikimedia.org

Все, кто живет в деревне, знает, как порой важна первая медицинская помощь, заботливый уход, добрые слова сочувствия больному, когда до районной больницы более 50 км. Жителям села Песчаное Топчихинского района повезло: в деревне работает фельдшерско-акушерский пункт, а в нем уже 17 лет трудится замечательный человек, специалист своего дела – **Наталья Евгеньевна Иванова**. И в бураны и морозы, днем и ночью, в будни и праздники наш фельдшер всегда придет на помощь, постарается грамотно оказать первую медицинскую помощь больному, иногда и с транспортом помочь, сопроводить в районы. Конечно, это круг ее обязанностей, скажете вы, но Наталья Евгеньевна порой сама ищет бензин для машины, ночами сидит у кровати немощного, приводит в порядок его самого (моет, собирает вещи и документы для транспортировки), если рядом нет его близких. Вся забота о здоровье сельчан на плечах нашего фельдшера: обеспечить лекарствами население, вызвать скорую помощь, поставить плановые прививки, вести патронаж новорожденных, провести осмотр школьников… Всего не перечислить! В здании ФАПа всегда уютно, чисто и тепло. А ведь было время, когда Песчановский ФАП закрывали, и полтора года жители мучились, по-другому не сказать, без надлежащего медицинского внимания. По многочисленным просьбам сельчан вернули и само здание, и уговорили Наталью Евгеньевну вернуться на прежнее место работы. А кто, если не она! Это тот человек, который добросовестно выполняет профессиональный долг, не нарушает профессиональной этики, Богом наделен чувством милосердия и сострадания, специалист своего дела! Мы, жители с. Песчаное, поздравляем Наталью Евгеньевну с юбилеем, желаем ей крепкого здоровья и процветания. Таких людей надо поощрять!

Е.В. Романова, Ю.И. Романов, Л.Н. Писанская, В.В. Писанский, Л.А. Капп, С.А. Капп, О.В.Шарова, Б.П. Шаров и еще 30 подписей

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

Хочу выразить огромную благодарность нашему врачу-хирургу **Эдуарду Владимировичу Эбелю** (Алтайский центр термических ожогов) за его профессионализм и помощь моему сыну (2 года). За время лечения я практически не задавала вопросов и этого не требовалось, так как Эдуард Владимирович сам все рассказывал и показывал, что происходит, что делает, чего ждать и т. д., даже заводил в перевязочную и показывал состояние ручки моего ребенка, то есть я видела все этапы заживления. Особенно я запомнила тот момент, когда доктор сам принес сына после операции. Я стояла в этот момент возле палаты и ждала, когда закончится операция, операционная находится прямо напротив нашей палаты. Он сам нес его на руках в палату и так аккуратно положил его на кровать, как что-то очень ценное, все поправил, проверил, все ли хорошо, рассказал, что сейчас требуется от меня по отношению к ребенку. Я в тот момент даже заплакала не из-за вида ребенка, отходящего от наркоза, а от чувства благодарности за заботу, проявленную к нему в этот момент. Я долго еще могу писать слава благодарности… в общем, спасибо еще раз, Эдуард Владимирович, за предоставленную помощь и возможность счастливого детства. Вы Доктор с большой буквы. Теперь мой крикуша бегает счастливый по дому и совсем не обращает внимания на свою ручку.

Валентина Сергеевна Волоконская

Были на приеме в детской городской больнице № 1 г. Барнаула у **Татьяны Эриковны Тяпкиной**, вышли из кабинета в полном восторге. Лечение в точку, отношение к ребенку на позитиве. Все страхи сразу прошли. Спасибо!

Н.А. Колесникова

Хочется выразить огромную благодарность доктору горбольницы № 3 г. Барнаула **С.А. Муродову** за профессионализм, чуткое и внимательное отношение. Очень профессиональные и качественные объяснения со стороны доктора, что и как необходимо делать. В самый кратчайший срок были проведены обследования и назначено лечение. Все на высшем уровне. Сиротулло Амиржонович стал для моего сына почти ангелом-хранителем. Огромное вам спасибо и низкий поклон за ваш труд, терпение, душевность и золотые руки. Спасибо вселенной, что в нашей жизни встретился такой врач от Бога.

Юлия Викторовна Матякина

Хочу выразить благодарность неврологу Первомайской ЦРБ **Александру Ивановичу Илющенко** за его профессионализм и внимание к своим пациентам. Прекрасный врач, который действительно выслушал, провел профессиональный осмотр, «вправил позвоночник». Провел психологическую беседу, дал необходимые рекомендации и назначил лечение. Таких внимательных к своим пациентам врачей я еще не встречала. Спасибо вам огромное!

Анна Николаевна Печенкина

Хотим выразить огромную благодарность за самоотверженный труд, профессионализм, безграничную доброту и внимание к своим пациентам врачу-педиатру Первомайской ЦРБ им. А.Ф. Воробьева **Юлии Владимировне Побочиной** и медсестре **Елене Николаевне Марфенко**.

Татьяна Сергеевна Казанцева

Новые горизонты: стали межрайонным центром

Врачи Алейской центральной районной больницы начали работать на новом оборудовании. В рамках национального проекта «Здравоохранение» в прошлом году Алейск получил оборудование на 48 млн рублей: 2 аппарата УЗИ, 20 функциональных кроватей, 2 аппарата ИВЛ, 2 наркозных аппарата, мониторы, оцифровщики, переносной рентген и пр. Оснащение Алейской ЦРБ новым оборудованием – одна из частей плана по созданию в крае шести межрайонных медицинских центров.

Фото и информация предоставлены пресс-службой Министерства здравоохранения Алтайского края

В выпуске использованы фотографии с сайтов zdravalt.ru, www.rosminzdrav, из архива редакции и открытых источников сети Интернет: tolknews.ru, flywheel.netdna-ssl, mosmedpreparaty.ru, look.com.ua, akyudesign.com, elearning-uk.co.uk, wikimedia.org

Алтайская краевая медицинская газета 12+
Мы и ЗДОРОВЬЕ

Краевая медицинская газета. Издается с 17.06.1994 г.
Учредитель: КГБУЗ «Краевой центр медицинской профилактики „Центр общественного здоровья“».
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 медицинской профилактики „Центр общественного здоровья“».
Адрес: Алтайский край, г. Барнаул, ул. Ползунова, 23.
Адрес редакции: 656056, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Ползунова, 23. E-mail: medprof_miz@mail.ru.
Отпечатано в типографии ООО «А1»:
656049, г. Барнаул, ул. Папанинцев, 106А. Тел./факс: 245-936, тел. 69-52-00. E-mail: europrint@list.ru.
ОГРН 1062221060670, ИНН 2221121656. Подписано в печать 13.02.2000.
По графику 18.00. Фактически 18.00. Тираж 1000 экз. Цена в розницу свободная.