

Мы и ЗДОРОВЬЕ



№ 11 (666) 22 ноября 2018 г. | Издается с 17 июня 1994 г.



Вектор определен

➤ Стр. 4-5

ГТО все возрасты покорны

➤ Стр. 6-7

Сахар под контролем

➤ Стр. 16-18

Высокая оценка алтайских онкологов

Врачи краевого онкоцентра поделились опытом и результатами работы на Национальном пульмонологическом конгрессе.

В Москве прошел XXVIII Конгресс болезней органов дыхания. В рамках конгресса онкологи Алтайского краевого онкологического диспансера приняли участие в Школе заболеваний плевры. Заведующий патолого-анатомическим отделением **Ашот Авдалян**, заведующая цитологической лабораторией **Ольга Григорук** и заведующий первым торакальным отделением диспансера **Александр Агеев** представили доклады по гистологической верификации, цитологической диагностике и возможностям лечения злокачественных опухолей плевры.

Выступление алтайских онкологов на таком масштабном мероприятии было закономерным. Достижения наших врачей в диагностике и лечении опухолей бронхолегочной системы не раз получали высокую оценку экспертов отрасли. Наряду с пульмонологами ведущих московских центров они приняли участие в подготовке большой монографии «Патология плевры» под руководством председателя правления Российского респираторного общества, академика РАН, д.м.н., профессора **Александра Чучалина**, членкора РАН, д.м.н., профессора **Якова Шойхета** и д.м.н., профессора **Евгения Цеймаха**. Эти экспертные статьи легли в основу докладов алтайских онкологов на тематической школе в рамках конгресса.

«Мы увидели большой интерес к нашей работе. Зал был полный. По итогам выступления было задано очень много вопросов», – прокомментировал работу в рамках конгресса Ашот Авдалян.

По словам участников, организаторы мероприятия намерены и дальше приглашать алтайских онкологов к новым совместным проектам и выступлениям на отраслевых мероприятиях.

Профессорская аллея



30 октября в Алтайском государственном медицинском университете состоялась закладка аллеи в честь почетных профессоров вуза.

Около главного корпуса высажены 14 голубых елей в честь почетных профессоров университета, 15-я посвящена началу 65-го учебного года в АГМУ. Около каждой ели установлена табличка с информацией о почетном профессоре, в честь которого она высажена, – **З.С. Баркагана, В. М. Брюханова, А. И. Воробьева, Ю. А. Высоцкого, В. Б. Гервазиева, Г. А. Глазуновой, В. И. Киселева, В. Н. Крюкова, В. Б. Недосеко, И. И. Неймарка, Г. В. Трубникова, А. В. Федорова, В. В. Федорова, Я. Н. Шойхета**.

В торжественном мероприятии приняли участие около 100 человек –

представители федеральной и региональной власти, профессорско-преподавательский состав, сотрудники, студенты вуза, жители Барнаула.

Председатель Медицинской палаты Алтайского края, членкор РАН, почетный профессор **Яков Шойхет**: «Сегодня очень волнительный день. Сложно представить, сколько всего сделано за эти 65 лет, и наше учебное заведение, которое начиналось с очень небольшого курса, выросло в гигантский учебный комплекс. Во многом это благодаря нашим учителям. Спасибо каждому сотруднику за то, что наш университет выглядит достойно и у него есть будущее».

После окончания торжественной части началась церемония закладки аллеи.

Награды лучшим

Званий «Заслуженный врач» и «Заслуженный работник здравоохранения Российской Федерации» удостоены медицинские работники Алтайского края.

Указом Президента Российской Федерации почетное звание «Заслуженный врач Российской Федерации» присвоено **Владиславу Аркадьевичу Бомбизо**, главному врачу КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи», **Татьяне Борисовне Кисловой**, заведующей гастроэнтерологическим отделением КГБУЗ «Детская больница № 1, г. Барнаул».

Почетное звание «Заслуженный работник здравоохранения Российской Федерации» присвоено **Владимиру Дмитриевичу Нарожнову**, главному врачу КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница имени Эрдмана Юрия Карловича», **Ольге Николаевне Бориткиной**, старшей медицинской сестре терапевтического отделения КГБУЗ «Городская больница № 8, г. Барнаул».

Поздравляем коллег с заслуженными званиями и желаем дальнейших профессиональных успехов!

«Женское здоровье» в Петропавловском районе

В селах Петропавловского района работал передвижной мобильный комплекс «Женское здоровье» Диагностического центра Алтайского края. За 5 дней в селах Паутово, Новообинка, Антоньевка, Камышенка, Петропавловское прошли обследование 115 женщин.

Всем пациенткам специалисты края провели УЗИ органов малого таза, женщинам старше 40 лет – УЗИ молочных желез, также были взяты материалы для онкоцитологического исследования. По показаниям некоторым пациенткам проводились кольпоскопия и забор биоматериала

для лабораторного исследования. На дообследование в Диагностический центр была направлена 21 пациентка, одна женщина – на госпитализацию в городскую больницу г. Новоалтайска для оперативного лечения.

Женщины района благодарны организаторам и работникам мобильного комплекса за возможность пройти важное специализированное медицинское обследование по месту жительства. Они отметили высокий профессионализм врачей и внимательное, доброжелательное отношение к пациентам.

Обучение новым методикам

Ежегодный образовательный семинар для работников смотровых кабинетов и фельдшерско-акушерских пунктов провели врачи краевого онкодиспансера.

В мероприятии приняли участие более 200 медицинских специалистов первичного звена со всех районов Алтайского края. По традиции семинар проходил в течение двух дней и включал в себя теоретическую лекционную часть и практические занятия в кабинетах врачебного приема на базе краевого онкодиспансера. Участникам были представлены доклады с большим количеством наглядного материала по диагностике новообразований кожи, молочной железы, женских и мужских половых органов, головы и шеи, прямой кишки. Также слушателям рассказали о возможностях профи-

лактики онкологических заболеваний и особенностях оказания обезболивающей терапии паллиативным пациентам.

Главный врач краевого онкодиспансера, главный внештатный онколог Минздрава Алтайского края **Игорь Вишняков** в своем выступлении рассказал о том, как в крае организована диагностика онкопатологий на уровне первичного звена и выделил ряд проблем, с которыми необходимо работать в первую очередь.

В то же время главный врач краевого онкодиспансера отметил, что из всех подтвержденных диагнозов злокачественных новообразований за 9 месяцев текущего года почти половина (47,6%) были выявлены именно в смотровых кабинетах и фельдшерско-акушерских пунктах.



Уникальная операция урологов



7 ноября врачи урологического отделения № 2 Краевой клинической больницы провели уникальную операцию. Пациентке с аномалией мочевыводящих путей посредством лапароскопического вмешательства подшили мочеточник к мочевому пузырю. В проведении операции алтайским врачам помогли коллеги из Новосибирска.

«Раньше подобные операции делали в основном в открытом виде. В настоящее время все стараются перейти на лапароскопические технологии. Это снижает вероятность осложнений, а также позволяет пациентам быстрее восстанавливаться после оперативного вмешательства», – отмечает **Константин Нотов**, руководитель урологического центра Железнодорожной больницы г. Новосибирска.

Операция длилась порядка трех часов, но уже на следующий день пациентка смогла ходить, пить воду, употреблять пищу, а в ближайшее время и вовсе вернется к привычному образу жизни. Благодаря хирургическому вмешательству врачам удалось спасти почку 23-летней пациентке. По словам заведующего отделением урологии №2 **Владимира Ананьева**, подобные операции в Алтайском крае в скором будущем поставят на поток.

Прежде такая медицинская помощь жителям Алтайского края оказывалась по квотам в крупных федеральных центрах. Теперь высокотехнологичные урологические операции будут проводиться непосредственно в регионе в рамках обязательного медицинского страхования.

Вектор определен



От нового порядка оказания медицинской помощи к трудоустройству выпускников медвузов – вектор дальнейшего развития отрасли обозначен, первые шаги сделаны.

К своим обязанностям министр здравоохранения Алтайского края Дмитрий Попов приступил в конце октября и сейчас активно знакомится с региональным здравоохранением.

От центра...

Вступив в должность министра здравоохранения Алтайского края в конце октября текущего года, Дмитрий Попов получил в руководство довольно крепкую, сложившуюся структуру отрасли, со своими традициями, установками, медицинским сообществом. Важно, чтобы вектор развития был направлен на качество здравоохранения региона, доступность медицинской помощи. Ожидается, что новый министр принесет то лучшее, что есть в Красноярском крае, с созданием новых позитивных методик.

Дмитрий Попов посетил ведущие медицинские организации региона. В Алтайском краевом онкологическом центре он подробно изучил порядок работы регистратуры поликлиники

«Надежда», побывал на консультативном приеме у онколога, а также посетил приемный покой, где проходит оформление пациентов в стационарные отделения диспансера.

Министр особое внимание уделил вопросам маршрутизации пациентов, организации работы регистраторов и врачей поликлиники. Также он ознакомился с работой эндоскопического отделения краевого онкодиспансера. Дмитрий Попов высоко оценил технологические возможности лечебной базы медучреждения. Он отметил, что в следующий раз подробно познакомится с работой отделений радиотерапевтического и хирургического профиля.

В Диагностическом центре министр здравоохранения изучил работу регистратуры, посмотрел, как

формируется расписание приема для городских и сельских жителей Алтайского края, уточнил время ожидания и доступность узких специалистов, таких как эндокринолог, аллерголог, гинеколог.

Также Дмитрий Попов обратил внимание на работу лабораторного отдела и отдела лучевой диагностики. Специалисты центра продемонстрировали возможности телемедицинских технологий и рассказали о том, что сюда фактически стекаются рентгеновские снимки со всего края: в режиме онлайн врачи автопоезда «Здоровье» передают в ДЦ маммограммы, где их описывают, а из районных центральных больниц передают рентгеновские снимки больных со сложными клиническими случаями.

...к периферии

9 ноября министр лично оценил работу центральных районных больниц Славгородской зоны. Вместе с ним в командировке побывали главные внештатные специалисты края – педиатр, терапевт, хирург по неотложной помощи и другие. Рабочая группа оценила маршрутизацию пациентов.

В регионе, где преобладает сельское население, вопрос доступной квалифицированной помощи – весьма актуален. Он напрямую связан с кадровыми возможностями лечебных учреждений. Сегодня даже городские поликлиники укомплектованы кадрами на 50%. В селах эта проблема еще острее. Чтобы решить ее, Дмитрий Попов намерен особое внимание обратить на выпускников медицинского вуза. «Будем рассматривать возможность компенсации части затрат специалистов на обучение в медуниверситете», – отмечает министр. – Попробуем договориться с крупными банками о снижении процентной ставки по ипотеке для выпускников вуза. Другими словами, наша задача – обеспечить социальное обустройство специалиста в том месте, куда он придет работать, а также обозначить перспективу его дальнейшего роста в медицинском учреждении».

Концепция развития

В ближайших планах министра – не только посетить другие медицинские организации Алтайского края, но и сформировать модель дальнейшего развития отрасли. В первую очередь речь идет о формировании нового порядка оказания медицинской помощи пациентам региона с учетом всех его особенностей. «Основным мерилом, по которому оценивают систему здравоохранения, был показатель общей смертности. По динамике изменений последних лет, по количеству сохраненных жизней в регионе можно дать оценку эффективности системы, – поясняет Дмитрий Попов. – Также можно выявить те факторы, которые препятствуют эффективной работе, и изменить что-либо в системе». Именно для этих целей министр намерен сформировать новый порядок оказания медицинской

Справка



Дмитрий Владимирович Попов родился в 1977 году в г. Красноярске. Окончил Красноярскую государственную медицинскую академию по направлению «лечебное дело» в 2000 году.

С 2001 года проходил интернатуру и ординатуру в КГМА.

С 2006 года – врач-хирург, заведующий хирургическим отделением, заведующий медсанчастью медицинского центра РУСАЛ.

С 2002 по 2010 год совмещал работу врачом-хирургом в КГБУЗ «КМКБ № 7». В 2010 году назначен заместителем главного врача по организационно-методической работе Краевого клинического онкологического диспансера им. А.И. Крыжановского.

С января 2013 года работал заместителем министра здравоохранения Красноярского края. В круг его обязанностей входил блок лечебной работы: организация медицинской помощи взрослому и детскому населению, акушерско-гинекологическая помощь, лекарственное обеспечение.

Кандидат медицинских наук с 2003 года.

В октябре 2018 года назначен министром здравоохранения Алтайского края.

Женат, есть дети: сын и дочь.

помощи и обсудить его с региональным медицинским сообществом. Дмитрий Попов заверяет, что реализован он будет уже в этом году.

По материалам СМИ.

Новости

Обезболивающими обеспечены

В конце октября в Москве в Первом МГМУ им. И.М. Сеченова прошла IV Ежегодная конференция с международным участием «Развитие паллиативной помощи взрослым и детям».

В качестве спикеров были приглашены эксперты из России и зарубежных стран. С докладом выступил и представитель из Алтайского края – главный внештатный специалист по паллиативной помощи регионального Минздрава, врач-онколог краевого онкологического диспансера Виктор Павлишинец. Его сообщение о применении неинвазивных пролонгированных опиоидов у онкологических больных в Алтайском крае на примере клинического случая вызвал большой интерес у коллег.

На профильной комиссии представители федерального Минздрава представили анализ результатов работы региональных паллиативных служб. В Сибирском федеральном округе Алтайский край оказался на первом месте по всем ключевым показателям по организации обезболивания. «Эксперты отметили, что в нашем регионе была очень грамотно и своевременно составлена заявка на обезболивающие средства и проведены аукционы. Это позволило нам полностью закрыть и даже сформировать определенный запас необходимых препаратов», – подчеркнул Виктор Павлишинец.

В этом году особое внимание было уделено обсуждению нормативно-правовой базы по оказанию паллиативной помощи, клинических рекомендаций по купированию дыхательной недостаточности у паллиативных больных, а также созданию Единого федерального регистра паллиативных пациентов. Результаты тематических дискуссий переданы на утверждение в Министерство здравоохранения РФ.

ГТО все возрасты покорны

24 марта 2014 года президент Владимир Путин подписал указ о внедрении всероссийского проекта по возрождению советской системы «Готов к труду и обороне». Какая работа проделана в этом направлении в нашем городе – расскажет руководитель Барнаульского центра ГТО Андрей Цепенюк.



– Центр тестирования Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» открылся в краевой столице в 2016 году. Первый год он работал со школьниками и студентами 1–6-й ступени (от 6 до 29 лет). С 2017 года участником Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» может стать любой желающий в возрасте от 6 до 70 лет и старше.

Центр имеет свою материально-техническую базу. Приобретен необходимый спортивный инвентарь для тестирования участников программы комплекса ГТО, в том числе электронное оружие, инвентарь для туристического похода. В центре оборудованы информационные стенды. Работает сайт центра www.gto22.ru,

на котором размещена информация о комплексе ГТО, рекомендации по его выполнению с видео- и фотоматериалами, график приема испытаний, иная информация о деятельности центра.

В рамках популяризации центр тестирования совместно с комитетом по физической культуре и спорта проводит агитпроекты и физкультурно-спортивные мероприятия.

Регулярно мы выходим на нулевой километр, проводим агитпроекты «Готов к труду и обороне», где жители города могут попробовать свои силы в прохождении испытаний Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса ГТО, получить информацию о порядке прохождения испытаний ГТО.

27 октября 2018 года впервые состоялся фестиваль ГТО «Старшее поколение». В основу программы легли: скандинавская ходьба на дистанции 3 км, отжимания, наклон вперед из положения стоя на гимнастической скамье и поднимание туловища лежа на спине (количество раз за минуту). Все результаты зафиксированы квалифицированными судьями. Их загружат в информационную электронную систему АИС ГТО, а всем выполнившим нормативы присвоят знаки отличия.

22 декабря на базе спортивного манежа Алтайского технического университета пройдет фестиваль «ГТО всей семьей», где мы планируем протестировать спортивные семьи города Барнаула. Заявку от семьи с медицинским допуском на участие в фестивале и прохождения тестирования, личную заявку участника и согласие на обработку персональных данных необходимо направить в МБУ «Центр тестирования ВФСК ГТО» на электронный адрес: gtobuh@gmail.com – в срок до 18 декабря 2018 года или лично принести на ул. Молодежную, 2, тел. 556-878.

– **От министра спорта прозвучало предложение поощрять сотрудников со значками ГТО...**

– Эту идею многие компании взяли на вооружение. Руководство ряда

городских предприятий поощряет сотрудников с золотым знаком отличия ГТО материально. Также сейчас обсуждается возможность выделения дополнительных дней к отпуску. Но, как вы понимаете, что все зависит от внутренней политики компаний – директивно навязать то или иное поощрение невозможно.

– **Андрей Михайлович, отличается ли подход современной системы ГТО от советской? В чем актуальность ее возрождения?**

– Сегодня сдача нормативов ГТО происходит на добровольной основе. Конечно, возрождение системы – важный шаг в физическом развитии жителей нашей страны. Люди могут не только наконец-то заняться физкультурой, но и оценить свою физическую форму. На мой взгляд, школьные, входящие в основную медицинскую группу, должны все выполнять нормативы ГТО. Так они смогут проверить свои главные физические качества – силу, гибкость, выносливость и быстроту. Тем более что школьная программа сопряжена с комплексом ГТО практически по всем дисциплинам.

Что касается взрослых, то большая часть трудоспособного населения ведет малоподвижный образ жизни. Как результат – проблемы с опорно-двигательным аппаратом и другими системами организма. Физкультура нужна, чтобы качество жизни максимально долго было на высоком уровне. Зачастую людям не хватает мотивации. Но когда они приходят к нам, начинают двигаться, пробуют сдавать тест – у них начинается такой эмоциональный подъем, рождается соревновательный дух, начинают блестеть глаза.

– **Сколько дисциплин сейчас входит в систему ГТО? Какие нормативы обязательны?**

– Все будет зависеть от возрастной ступени участника. Всего их – 11. Первая ступень – это дети 6–8 лет. Чтобы получить золото на этой ступени, нужно пройти 7 испытаний: 4 – обязательных и три – по выбору. В обязательные

входят: челночный бег, смешанное передвижение на 1000 метров, подтягивание и наклон вперед. Четыре обязательных теста как раз позволяют оценить главные физические качества, о которых мы говорили ранее. К слову, уже несколько детских садов Барнаула присоединились к сдаче норм ГТО!

Если рассматривать 7-ю ступень (ее представляют граждане 30–39 лет), то для золота необходимо пройти 8 испытаний. Половина из них также обязательные, половина – прикладные, на выбор. В прикладные входит плавание, стрельба, турпоход и другие тесты. Кстати, туристический поход всегда собирает массу положительных откликов. Для сдачи его как теста ГТО участник должен овладеть определенными навыками: уметь ориентироваться на незнакомой местности, правильно укладывать рюкзак, разжигать костер, устанавливать палатку, преодолевать препятствия. С этой целью в процесс тренировки перед походом включается преодоление полос препятствий различной сложности.

Для 10-й ступени (возраст 60–69 лет) золотым результатом станет выполнение 5 тестов: трех основных и два – на выбор. Подробнее нормативы всех ступеней можно изучить на нашем сайте.

– **Какие бонусы дают значки ГТО школьникам, студентам и другим категориям граждан?**

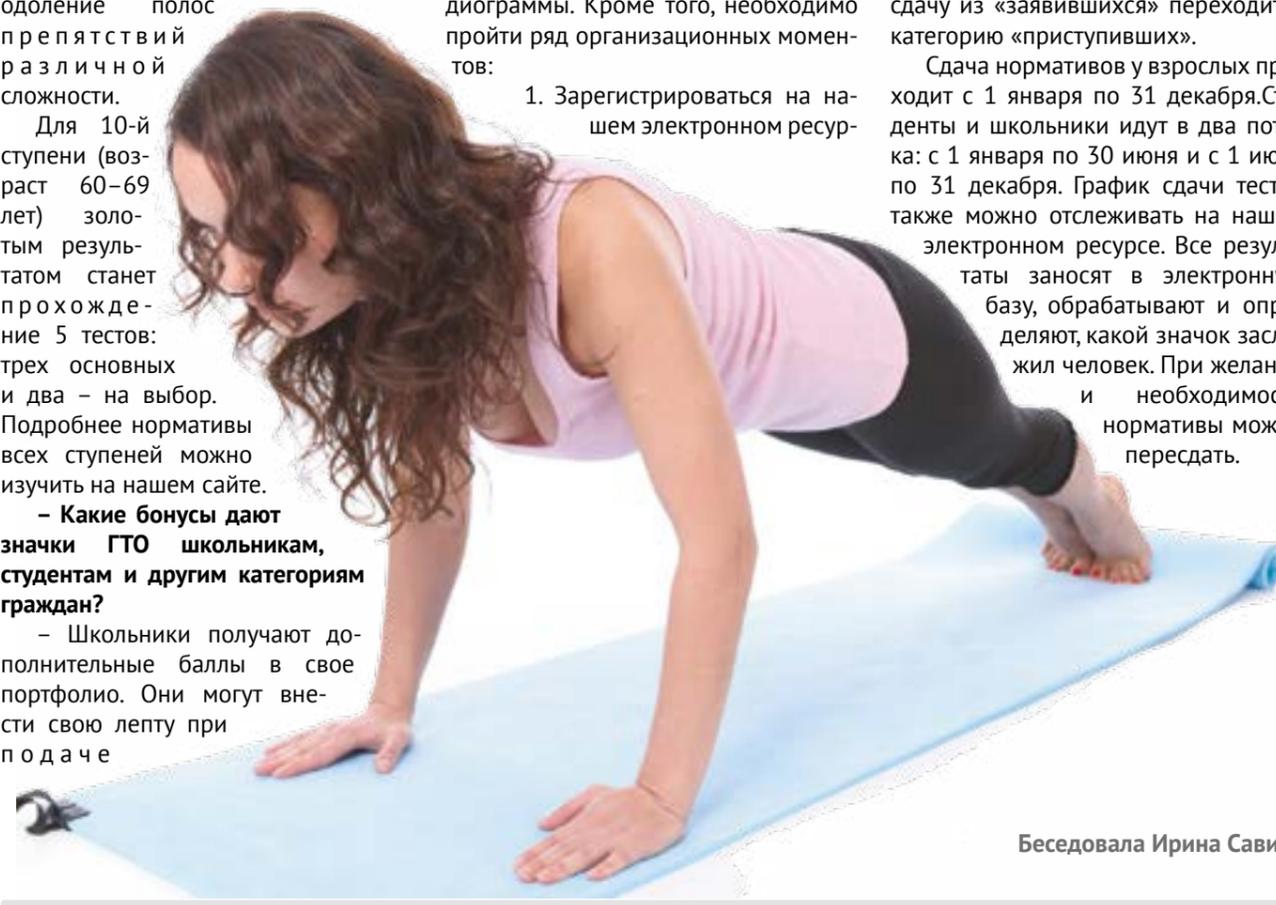
– Школьники получают дополнительные баллы в свое портфолио. Они могут внести свою лепту при подаче

заявки в детские лагеря отдыха «Артек» или «Орленок» или же при поступлении в вузы. Так, золотой значок дает бонусом 12 баллов. Студентам тот же значок может обеспечить повышенную стипендию. Трудящимся – дополнительные дни отпуска или же материальное поощрение. Но тут, как мы уже говорили, все будет напрямую зависеть от компании-работодателя. Пенсионеры у нас всегда получают подарки, ну а самое главное – заряд бодрости и ощущение активной жизненной позиции.

– **Кто и каким образом может принять участие в сдаче нормативов ГТО?**

– В нашем центре сдать нормативы ГТО может совершенно любой желающий – независимо от места жительства и регистрации. Главное условие – регистрация на сайте, наличие медицинского допуска к испытаниям, который получают у терапевта либо педиатра. Людей пожилого возраста, как правило, специалисты направляют на сдачу общих анализов и кардиограммы. Кроме того, необходимо пройти ряд организационных моментов:

1. Зарегистрироваться на нашем электронном ресурсе



Цифры и факты

Г **5687** барнаульцев подали заявки на сдачу ГТО по всем возрастным ступеням.

3979 человек – приступили к сдаче нормативов*.

*Данные на 31 октября 2018 года.

Возраст самого взрослого участника тестирования – **79** лет.

се (<http://gto22.ru/>) или же принести заявку в наш центр (ул. Молодежная, 2), где мы занесем ее в электронную базу.

2. Человек дает согласие на обработку персональных данных. При соблюдении всех условий кандидат на сдачу из «заявившихся» переходит в категорию «приступивших».

Сдача нормативов у взрослых происходит с 1 января по 31 декабря. Студенты и школьники идут в два потока: с 1 января по 30 июня и с 1 июля по 31 декабря. График сдачи тестов также можно отслеживать на нашем электронном ресурсе. Все результаты заносят в электронную базу, обрабатывают и определяют, какой значок заслужил человек. При желании и необходимости нормативы можно пересдать.

Беседовала Ирина Савина

ХОБЛ – коварный недуг!



ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких. Об особенностях диагностики и лечения заболевания нам рассказала главный специалист – терапевт-пульмонолог Министерства здравоохранения Алтайского края Ирина Бахарева.



Пугающие цифры

– **Что такое хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)?**

– Хроническая обструктивная болезнь легких – заболевание, характеризующееся нарушением вентиляционной функции по обструктивному типу, частично обратимому, которое обычно прогрессирует и связано с повышенным хроническим воспалительным ответом легких на действие патогенных частиц или газов. У ряда пациентов обострения и сопутствующие заболевания могут влиять на общую тяжесть ХОБЛ.

– **Сколько человек страдает от нее в Алтайском крае?**

Ежегодно в крае регистрируется более 70 тысяч больных ХОБЛ. Официальной статистики по месту хронической обструктивной болезни легких в смертности не существует. Смертность от болезней дыхания в целом – на 6-м месте, из них 60% – это ХОБЛ.

Предикторами летальности больных ХОБЛ служат такие факторы, как тяжесть бронхиальной обструкции, питательный статус (индекс массы

тела), физическая выносливость, по данным теста с 6-минутной ходьбой, и выраженность одышки, частота и тяжесть обострений, легочная гипертензия. Основные причины смерти больных ХОБЛ – дыхательная недостаточность (ДН), рак легкого, сердечно-сосудистые заболевания и опухоли иной локализации.

Когда не хватает воздуха

– **Каковы ее основные клинические признаки? В каких случаях ХОБЛ сложно определить?**

– В условиях воздействия факторов риска (курение – как активное, так и пассивное, экзогенные поллютанты, биоорганическое топливо и т. п.) хроническая обструктивная болезнь легких развивается обычно медленно и прогрессирует постепенно. Особенность клинической картины состоит в том, что долгое время болезнь протекает без выраженных клинических проявлений.

Первыми признаками, с которыми пациенты обращаются к врачу, служит кашель, часто с выделением мокро-

ты, и/или одышка. Эти симптомы бывают наиболее выражены по утрам. В холодные сезоны возникают «частые простуды». Такова клиническая картина дебюта заболевания.

Хронический кашель – это обычно первый симптом ХОБЛ. Он часто недооценивается пациентами и врачами, так как считается ожидаемым следствием курения и/или воздействия неблагоприятных факторов окружающей среды. Обычно у больных выделяется небольшое количество вязкой мокроты. Нарастание кашля и продукции мокроты происходит чаще всего в зимние месяцы, во время инфекционных обострений.

Одышка – наиболее важный симптом ХОБЛ. Нередко служит причиной обращения за медицинской помощью и основной причиной, ограничивающей трудовую деятельность больного. Вначале одышка отмечается при относительно высоком уровне физической нагрузки, например, бега по ровной местности или ходьбе по ступенькам. По мере прогрессирования заболевания одышка усиливается и может ограничивать даже ежедневную активность, а в дальнейшем возникает и в покое, заставляя больного оставаться дома.

Хорошо известно, что больные ХОБЛ имеют многочисленные внелегочные проявления заболевания, обусловленные системным эффектом хронического воспаления, свойственного ХОБЛ. В первую очередь это касается дисфункции периферических скелетных мышц, что вносит существенный вклад в снижение переносимости физических нагрузок. Хроническое воспаление играет важную роль в поражении эндотелия сосудов и развитии атеросклероза у больных ХОБЛ, что способствует росту сердечно-сосудистых заболеваний (АГ, ИБС, ОИМ, СН) у пациентов ХОБЛ и увеличивает риск летальности. Отчетливо проявляется изменения питательного статуса. В свою очередь сниженный питательный статус может служить независимым фактором риска летального исхода больных. Системное воспаление вносит свой вклад и в развитие остеопороза. Больные, стра-



больных ХОБЛ регистрируется в Алтайском крае ежегодно

дающие ХОБЛ, имеют более выраженные признаки остеопороза по сравнению с теми же возрастными группами лиц, не имеющих ХОБЛ. В последнее время обращено внимание на то, что помимо полицитемии у больных ХОБЛ в 10–20% встречается анемия. Причина ее до конца не изучена, но есть основания полагать, что она является результатом системного эффекта хронического воспаления при ХОБЛ.

Существенное влияние на клиническую картину заболевания оказывают нервно-психические нарушения, проявляющиеся снижением памяти, депрессией, появлением «страхов» и нарушением сна.

Дышать полной грудью

– **Что способствует возникновению ХОБЛ?**

– Ключевым анамнестическим фактором, помогающим поставить диагноз ХОБЛ, служит установление факта ингаляционного воздействия на органы дыхания патогенных агентов, в первую очередь – табачного дыма. Помимо активного курения, следует уделять большое внимание выявлению эпизодов пассивного курения. Это касается всех возрастных групп, включая воздействие табачного дыма на плод во внутриутробном периоде в результате курения самой беременной или окружающих ее людей. Профессиональные ингаляционные воздействия, наряду с курением, рассматриваются в качестве обстоятельств, приводящих к возникновению ХОБЛ. Это касается различных форм воздушных загрязнений на рабочем месте, включая газы и аэрозо-

лы, а также воздействие дыма от органического топлива.

– **Какие существуют методы диагностики заболевания?**

– Диагностика ХОБЛ должна включать следующие направления: выявление факторов риска, объективизацию симптомов обструкции, мониторинг респираторной функции легких.

В связи с тем, что заболевание не имеет специфических проявлений и критерием диагноза служит спирометрический показатель, оно долгое время может оставаться недиагностированным. Проблема гиподиагностики связана также с тем, что многие люди, страдающие ХОБЛ, не ощущают себя больными из-за отсутствия одышки на определенном этапе развития заболевания и не попадают в поле зрения врача. Отсюда следует, что в подавляющем большинстве случаев диагностика ХОБЛ осуществляется на инвалидизирующих стадиях болезни.

Основным методом диагностики и документирования изменений легочной функции при хронической обструктивной болезни легких является спирометрия. На показателях спирометрии построена классификация ХОБЛ по степени выраженности обструктивных нарушений вентиляции. Она позволяет исключить другие заболевания со сходными симптомами.

Лучше лечения – только профилактика

– **Расскажите, пожалуйста, об основных подходах в лечении этого заболевания?**

– Основная задача лечения – предупреждение прогрессирования заболевания.

Основные направления лечения: нефармакологическое воздействие, снижение влияния факторов риска, образовательные программы, медикаментозное лечение. Нефармакологические методы воздействия предполагают отказ от курения, физическую активность, вакцинацию против гриппа и против пневмококковой инфекции. Выбор объема фармако-

Продолжение на стр. 10 >>

«Продолжение. Начало на стр. 8-9»

логической терапии основывается на выраженности клинических симптомов, данных спирометрии и частоте обострений заболевания.

Ингаляционные бронхорасширяющие препараты являются основными средствами в лечении ХОБЛ. Преимущество отдается длительно действующим бронходилататорам. При этом доказано, что комбинации длительно действующих бронходилататоров повышают эффективность лечения, снижают риск побочных эффектов и оказывают большее влияние на ОФВ1, чем каждый из препаратов в отдельности.

Кроме того, в терапии используются средства, разжижающие мокроту, при обострении возможно применение антимикробной терапии. В тяжелых случаях применяются другие методы лечения: кислородотерапия, вентиляционная поддержка и хирургическое лечение.

Выявлено, что длительное назначение кислорода (>15 часов в день) увеличивает выживаемость у больных с хронической дыхательной недостаточностью и выраженной гипоксемией в покое.

Неинвазивная вентиляция (НИВ) широко используется у пациентов с крайне тяжелым течением ХОБЛ. Комбинация НИВ с длительной кислородотерапией может быть эффективна у отдельных больных, особенно при наличии явной гиперкапнии в дневное время.

– Насколько эффективно хирургическое вмешательство? Сколько подобных операций проводилось в Алтайском крае?

– Выделяют два вида хирургических вмешательств: операция уменьшения объема легкого (ОУОЛ) и трансплантация легких.

Операция ОУОЛ проводится путем удаления части легкого для уменьшения гиперинфляции и достижения более эффективной насосной работы респираторных мышц. Ее применение осуществляется у пациентов с верхнедолевой эмфиземой и низкой переносимостью физической нагрузки. В отделении торакальной хирургии городской больницы № 5 г. Барнау-

ла ежегодно таких операций делают около 50 (в том числе 25 видеоторакоскопических).

Трансплантация легкого может улучшить качество жизни и функциональные показатели у тщательно отобранных больных с очень тяжелым течением ХОБЛ, но на территории края подобные операции не осуществляются.

Жить долго и счастливо

– Какие существуют реабилитационные программы для больных хронической болезнью легких?

– Легочная реабилитация – это комплексная программа мероприятий, основанная на пациентоориентированной терапии и включающая в себя, помимо физических тренировок, образовательные и психосоциальные программы, созданные для улучшения физического и эмоционального состояния больных и обеспечения длительной приверженности пациента к поведению, направленному на сохранение здоровья. Эта программа может проводиться как в амбулаторных условиях, так и в условиях стационара.

Основным компонентом легочной реабилитации служат физические тренировки, способные увеличивать эффективность длительно действующих бронходилататоров. Особенно важен комплексный подход к их проведению, сочетающий в себе упражнения на силу и выносливость: ходьбу, тренировки мышц верхних и нижних конечностей с помощью эспандеров, гантелей, степ-тренажеров, упражнения на велоэргометре. В ходе проведения этих тренировок в работу вовлекаются и различные группы суставов, развивается мелкая моторика кисти.

Выполнение всех упражнений должно сочетаться с дыхательной гимнастикой, направленной на выработку правильного паттерна дыхания, что приносит дополнительную пользу. Помимо этого, дыхательная гимнастика должна включать использование специальных тренажеров, дифференцированно вовлекающих в работу инспираторную и экспираторную дыхательную мускулатуру.

Факты ВОЗ

Основной причиной развития ХОБЛ является табачный дым.

Загрязнение воздуха внутри помещений может оказывать негативное воздействие на еще не родившихся детей и подвергать их риску развития ХОБЛ позднее в жизни.

В некоторых случаях ХОБЛ связана с продолжительным заболеванием астмой.

Многие случаи ХОБЛ поддаются профилактике путем отказа от курения или раннего прекращения курения.

ХОБЛ неизлечима, однако лечение может смягчить симптомы, улучшить качество жизни и сократить риск смерти.

Коррекция нутритивного статуса должна быть направлена на поддержание мышечной силы с помощью достаточного содержания белка и витаминов в пищевом рационе.

Помимо физической реабилитации, большое внимание следует уделять мероприятиям, направленным на изменение поведения пациентов в болезни с помощью обучения их навыкам самостоятельного распознавания изменений в течении заболевания и методикам их коррекции.

– Самолечение опасно?

– Как и при всех хронических заболеваниях, в случае с ХОБЛ самолечение неприемлемо, так как необходимо индивидуальный подбор препаратов с учетом осложнений и сопутствующей патологии.

Беседовала Наталья Вдовина

Шипуновская ЦРБ: люди, технологии, развитие



Эта центральная районная больница в 2018 году отметила 88 лет со дня основания. Сегодня медицинское учреждение в районном центре Шипуново объединяет 37 филиалов, в том числе 8 врачебных амбулаторий и 29 фельдшерско-акушерских пунктов.

Здравоохранение Шипуновского района Алтайского края за всю историю существования пережило многое: Великую Отечественную войну, послевоенное время, оттепель и застой, перестройку... Выстояло, как и весь русский народ, – достойно! В структуре Шипуновской ЦРБ постепенно

появлялись все новые отделения, расширялся коечный фонд. В 1958 году на 50 койках размещали пациентов из четырех отделений. А через 20 лет в ЦРБ было уже развернуто 160 коек. К 1983 году было открыто новое здание стационара.

Преимственность поколений

Правительство уделяет сегодня особое внимание развитию и модернизации системы здравоохранения, улучшению качества жизни населения. Многие делается прежде всего для решения проблем, связанных с кадровым вопросом. Больницы могут быть оснащены самым современным оборудованием, но без настоящих специалистов, без команды эффективной работы может быть низким. В Шипуновской центральной районной больнице с благодарностью отзываются о

самоотверженном труде ветеранов: Галины Григорьевны Лободы, Нины Трофимовны Самохваловой, Владимира Владимировича Васюнина, Юрия Васильевича Лубнина, Марины Порфирьевны Сафонкиной, Анатолия Романовича Черепанова. Стаж работы каждого из этих замечательных людей, профессионалов своего дела, по 30–40 лет. Они – пример для подражания, гордость ЦРБ!

Галина Григорьевна Лобода свою трудовую деятельность начала в 1971 году в Шипуновской центральной районной больнице в должности врача-хирурга. А с 1976 по 2012 год занимала должность врача-оториноларинголога. За время работы Галине Григорьевне неоднократно объявлялись благодарности за добросовестный труд. В 1986 году награждена

Продолжение на стр. 12 >>

«Продолжение. Начало на стр. 10-11»

знаком «Отличник здравоохранения», а в 1999-м ей присвоено почетное звание «Заслуженный врач Российской Федерации». Сегодня она находится на заслуженном отдыхе.

Профессиональная деятельность **Нины Трофимовны Самохваловой** тоже тесно связана с ЦРБ. С 1972 года она трудилась в должности врача-педиатра участкового. А в 1977 году продолжила работать в больнице уже на новой должности – врача-дерматовенеролога КГБУЗ «Шипуновская ЦРБ». Ее труд также не раз поощрялся почетными грамотами, как и работа врача **Юрия Васильевича Лубнина**. Юрий Васильевич сразу после интернатуры был назначен врачом – анестезиологом-реаниматологом отделения реанимации и интенсивной терапии. С июля 2011 года был заведующим этого отделения. Общий стаж работы составляет 29 лет, а в должности врача – анестезиолога-реаниматолога – 23 года.

Владимир Алексеевич Васюнин в Шипуново приехал в сентябре 1985 года из Чарышского района. За время работы в центральной районной больнице занимал должности врача-хирурга хирургического отделения, заместителя главного врача по экспертизе качества медицинской помощи, врача-хирурга, оперирующего в поликлинике. С июля 2011 года и по настоящее время занимает должность врача-хирурга хирургического отделения. За все годы работы ему не раз приходилось дежурить на дому по экстренным вызовам.

Марина Порфирьевна Сафонкина начала свою трудовую деятельность в 1979 году в Каменском медицинском объединении в должности санитарки родильного отделения. В 1986 году Марина Порфирьевна окончила Алтайский государственный медицинский институт (сейчас АГМУ) по специальности «педиатрия». Интернатуру проходила в Шипуновской ЦРБ. Здесь же осталась дальше работать в качестве врача-педиатра участкового. Она продолжает работать по настоящее время, успешно совмещает работу в педиатрическом отделении. При не-

обходимости исполняет обязанности врача-неонатолога в акушерском отделении. В этом году Марина Порфирьевна Сафонкина награждена знаком «Отличник здравоохранения».

Анатолий Романович Черепанов не сразу пришел в медицину: сначала была работа в совхозе «Инской» Алтайского края, затем была срочная служба в Советской армии. После чего в 1975 году Анатолий Романович окончил Алтайский мединститут по специальности «лечебное дело». С августа 1993 года он трудился в Шипуновской ЦРБ. За период своей трудовой деятельности он был врачом-кардиологом, врачом-терапевтом участковым, заведующим терапевтическим отделением. В прошлом году он также был награжден знаком «Отличник здравоохранения».

Кадровые решения

Мы часто ждем чуда от врачей, а когда оно происходит, ничему не удивляемся, мало рассказываем о людях, благодаря которым наша жизнь возвращается в привычное русло. А между тем эти люди каждый день стоят на страже здоровья. Сегодня мы отдельно расскажем о молодых специалистах, работающих в ЦРБ.

На данный момент в КГБУЗ «Шипуновская ЦРБ» существует определенный дефицит врачей, в основном узких специализаций. Но эта проблема решается благодаря государственной поддержке – региональной программе «Земский доктор». С 2012 года в больнице было трудоустроено 27 молодых врачей-специалистов. В результате проводимой кадровой политики только в 2017 году приехали на новое место работы 8 специалистов: реаниматолог-анестезиолог, психиатр, два хирурга, два стоматолога, два участковых терапевта. В этом году трудоустроены еще один участковый терапевт и два фельдшера скорой медицинской помощи в рамках реализации программы «Сельский фельдшер».

Среди трудоустроенных по программе «Земский доктор» есть уже такие специалисты, которые отработали положенные по договору 5 лет. Как сложилась их судьба?

Ольга Овчинникова,
врач – акушер-гинеколог, 32 года:



– Большая часть моей работы происходит в женской консультации, на учете состоят 105 беременных женщин. Работаю с понедельника по пятницу и один раз в две недели – дежурю. Конечно, на работе случаются разные ситуации, бывает, принимаю роды. Словами не передать, что чувствуешь, когда берешь младенца на руки! Радость, конечно, приносит и выздоровление пациенток, – рассказывает Ольга Николаевна. – Я не боюсь работать в селе, ведь труд врача везде одинаковый!

Светлана Лукьянова,
врач-кардиолог, 30 лет:



– Я родом из этого села, – поясняет Светлана Владимировна. – После получения медицинского образования я вернулась домой и вначале работала врачом-терапевтом терапевтического отделения ЦРБ, а потом прошла специализацию на кардиолога. В данный момент работаю кардиологом.

Проблем с коллективом у меня не было – практически весь коллектив молодой, энергичный. Если возникают экстренные ситуации, собираем консилиум врачей, сообща решаем вопросы.

В Шипуново родился и **Алексей Бровкин**, врач-невролог КГБУЗ «Шипуновская ЦРБ»:



– У меня было в планах вернуться на родную землю. А финансовая поддержка в виде 1 млн рублей, которая предлагалась по программе «Земский доктор», только убедили меня в своем намерении. И я ничуть не пожалел! Конечно, были сложности вначале, но они могут возникнуть у любого молодого специалиста. Нас поддерживали опытные врачи, это помогло. 5 лет прошло, но я не вижу необходимости для переезда в город или другое село. Меня все устраивает! – сказал он. – И я всем советую: ничего не бояться!

В данный момент КГБУЗ «Шипуновская ЦРБ» активно работает над комплектацией кадрами. На каждом курсе АГМУ обучается по два студента, направленные из медицинского учреждения. Также будущие специалисты проходят обучение в ординатуре по специальностям «хирургия», «анестезиология и реаниматология», «дерматовенерология». Отделения КГБУЗ «Шипуновская ЦРБ» являются базой для прохождения практических занятий. Все медицинские специалисты проходят повышение квалификации, обучаясь на очных и заочных программах обучения, в том числе с выездом в симуляционный центр АГМУ.

Цифры и факты

В структуре КГБУЗ «Шипуновская ЦРБ» работает **37** филиалов, стационар на **96** коек, дневной стационар на **47** коек.

В поликлинике ведется прием врачей по **15** специальностям.

В системе здравоохранения района работают **492** человека, из них **208** специалистов со средним медицинским образованием, **51** – с высшим.

Смотрим в будущее, создаем настоящее

Сегодня Шипуновская центральная районная больница имеет одну из самых разветвленных в крае сетей филиалов. Все подразделения функционируют, причем некоторые – в две смены. Как отмечают в учреждении, в прошлом году, несмотря на некоторые финансовые трудности, была продолжена работа по усовершенствованию материально-технической базы ЦРБ.



– В 2017 году собственными средствами больницы удалось капитально отремонтировать кровлю на хозяйственном корпусе, – объясняет **Алексей Баталов**, главный врач КГБУЗ «Шипуновская центральная районная больница». – Продолжена работа по косметическому и текущему ремонту в отделениях больницы, а также во врачебных амбулаториях и фельдшерско-акушерских пунктах. В этом году была отремонтирована кровля на здании Ельцовской врачебной амбулатории. Кроме того, в рамках реализации государственной программы Алтайского края «Энергоэффективность и развитие электроэнергетики» запланирована замена оконных блоков в помещениях учреждения.

Частично обновляется автопарк ЦРБ. В 2018 году по краевой программе «Неотложная медицинская помощь» в распоряжение амбулаторно-поликлинического звена больницы был передан новый автомобиль «Шевроле-Нива». За 2016–2018 годы получено четыре новых автомобиля, в том числе и скорая помощь. В этом году технологически перевооружился и диагностический блок, был закуплен рентген-аппарат. Сейчас ведутся работы по ремонту и подготовке помещения перед установкой данного оборудования.

Наталья Вдовина.
Фото предоставлено КГБУЗ «Шипуновская ЦРБ»

Из девочки - в женщину



По статистике, доля абсолютно здоровых молодых женщин в России сегодня составляет не более 6-8%. Акушеры-гинекологи утверждают, что женское репродуктивное здоровье на 80% зависит от того, чем болела и как лечилась в детстве будущая мама. С какими заболеваниями чаще всего сталкиваются детские гинекологи в нашем регионе и как правильно следить за здоровьем дочерей – рассказывает детский гинеколог Татьяна Тяпкина.



От цветочков к ягодкам

– В каждом возрасте – свои особенности развития половой системы, а соответственно, и свои проблемы. Так, работая с девочками от 0 до 8 лет, чаще всего гинекологи сталкиваются с вульвовагинитами – воспалительными заболеваниями наружных половых органов. Их характерные признаки – покраснение, выделения, нарушение мочеиспускания, зуд в области на-

ружных половых органов, – говорит Татьяна Тяпкина. – Причиной воспалительных заболеваний зачастую может выступать нарушение гигиены, а также употребление пищи, несвойственной для наших широт. Например, экзотических фруктов. Дело в том, что необходимые ферменты образуются в детском организме после 5 лет.

Обилие в рационе сладостей может также привести к воспалительным процессам. А они, в свою очередь, послужат пусковым механизмом для

возникновения синехий – сращения малых половых губ. Сращение может произойти и по иным причинам. Например, несоблюдение гигиены или же, наоборот, чрезмерный туалет половых органов, который приводит к травматизации и последующему сращению половых губ. «Если спайки незначительны, то специалист просто наблюдает – держит ситуацию на контроле. Если же они закрывают большую часть вульвы, то необходимо разведение половых губ. Для этого чаще

всего применяют эстрогенсодержащие препараты», – продолжает эксперт.

Кроме воспалительных заболеваний и синехий, специалисты нередко имеют дело с нарушением гормонального фона и аномалиями в половом развитии.

Следующий виток в развитии девочки – период пубертата – полового созревания. «В возрасте 8–12 лет происходит рост молочных желез, оволосение, наступает менархе – первая менструация. В это время важно отследить, чтобы все процессы протекали в диапазоне нормы, – поясняет Татьяна Тяпкина. – Важно знать, что молочные железы растут по очереди. Так что небольшая разница в их размере – это норма. А вот если половое созревание происходит бурно или преждевременно, то это уже – отклонение от нее. В таком случае мы рекомендуем мамам исключить из рациона дочерей мясо бройлерных цыплят. Оно содержит гормоны, которые способствуют преждевременному половому созреванию. Также стоит обращать внимание на различные беспокойства – нарушения мочеиспускания, покраснение наружных половых органов, бели, выделения. В случае их появления необходимо сдать мазок на исследование микрофлоры влагалища».

Следующую возрастную группу представляют девочки 11–15 лет. Для нее характерны проблемы с менструальным циклом: его нерегулярность, обильные или же болезненные месячные. Для контроля цикла эксперт рекомендует завести специальный календарь, где девушка ежемесячно сможет фиксировать его начало.

Причины нарушения цикла, по словам Татьяны Тяпкиной, нередко имеют психологическую основу. Это может быть стресс, плохой сон, несбалансированное питание, продиктованное модой на худобу, а также экстрагенитальные патологии.

У пациенток старше 15 лет гинекологи чаще всего диагностируют воспалительные заболевания (в том числе шейки матки), а также заболевания, которые передаются половым путем. «Если девушка вступает в половую связь в таком возрасте, то чаще

всего партнер оказывается старше ее и не всегда соблюдаются правила предохранения, – продолжает врач. – Потому наша главная задача – решить вопрос контрацепции. Как правило, в этом возрасте оптимален двойной метод. Это барьерные средства – они способны защитить от инфекций и беременности, но не дают 100%-ного эффекта. Поэтому их рекомендуют сочетать с гормональными препаратами нового поколения. Их преимущества в том, что они микродозированы, а также содержат фолаты – вещества, которые профилактируют заболевания нервной трубки у плода».

Детский гинеколог отмечает, что также приходится иметь дело с метаболическими нарушениями. Проблемы ожирения у девочек гинекологи решают в тандеме с эндокринологами. Кроме того, по словам эксперта, сегодня очень помолодел вирус папилломы человека, который в женском организме поражает шейку матки. Поскольку он может повлечь очень серьезные проблемы со здоровьем, врач рекомендует делать прививку от ВПЧ в первую очередь девочкам, в семейном анамнезе которых зафиксированы проблемы с маткой, а также при дисплазии шейки матки – нарушении ее целостности.

Взрослый подход

Относиться к женскому здоровью нужно с ответственностью уже с пеленок. Даже если девочку не беспокоят болезненные ощущения, выделения, нарушения мочеиспускания, нужно время от времени показывать ее специалисту. «Если жалоб нет, то по существующему протоколу в роддоме девочка проходит первый осмотр гинеколога. Далее – в 3 года, 6 и 14 лет. Однако я бы рекомендовала посетить врача и в 12 лет, – говорит Татьяна Тяпкина. – На мой взгляд, временной разрыв в 8 лет между осмотрами достаточно велик. Все-таки это время, когда приходит первая менструация, начинает формироваться цикл, и, соответственно, могут возникнуть какие-либо проблемы. Девочки начинают пользоваться средствами гигиены. Использовать тампоны не возбраняется, но следует учитывать

ряд нюансов. Во-первых, выбирать тампоны, которые расширяются вдоль. Во-вторых, применять их лишь при необходимости. Например, если девочка ходит в бассейн или же занимается спортом, где-то выступает. Дело в том, что от возникновения инфекционно-токсического шока от применения тампона никто не застрахован. Поэтому лучше отнестись к этому вопросу с осторожностью, проконсультироваться со специалистом и без особой необходимости предпочтение все же отдавать гигиеническим прокладкам».

Чистота без скрипа

Чтобы снизить риск гинекологических патологий у девочек, эксперт рекомендует в первую очередь должное внимание уделить лечению хронических заболеваний – тонзиллиту, пиелонефриту (может быть врожденным), вегетососудистой дистонии и другим.

Второе важное звено в цепи здоровья – соблюдение правил гигиены. «Маленьким девочкам ежедневно мыть с мылом можно только попу, а вот для половых органов использовать моющие средства достаточно раз в неделю – чтобы не смыть защитную оболочку. Средства интимной гигиены – исключены! Спать девочкам обязательно в нательном белье – пижамах или же длинных ночных сорочках, – продолжает гинеколог. – До наступления менструации у девочек в норме преобладает так называемая кокковая микрофлора. Примерно к 10 годам она заселяется лактобактериями. Чтобы не нарушать баланс, не пересушивать слизистую оболочку наружных половых органов, гигиенические процедуры с использованием мыла нужно проводить один раз в день ежедневно. Также во избежание пересушивания стоит отдать предпочтение душе, поскольку ванна забирает влагу из кожи. В подростковом возрасте вопросы гигиены уже решаются субъективно».

Все – по плану

У девочек репродуктивная система закладывается еще в утробе матери. Но чаще всего, если беременность на-

Продолжение на стр. 16 >>

«Продолжение. Начало на стр. 14-15»

ступила у несовершеннолетней, она – незапланированная. «Как правило, девушка узнает о своем состоянии, когда плоду уже 4 недели – в это время начинают формироваться органы. Если в этот период она вела нездоровый образ жизни, то можно предположить, какой вред это может нанести будущему ребенку. Будет страдать не только его репродуктивная сфера. Зеленые воды у беременных – следствие кислородного голодания плода. В результате гипоксии у него разжимается сфинктер и первородный кал (меконий) попадает в околоплодные воды. Это грозит нарушением развития плода, в том числе интеллектуального и психического», – говорит Татьяна Тяпкина.

Чтобы избежать нежелательной беременности в раннем возрасте, родителям важно не игнорировать такой серьезный вопрос, как половое воспитание. «По сути, оно начинается с самого детства. Заплетая косы, выбирая игрушки – мы начинаем знакомить девочек с особенностями женского устройства, они начинают понимать, чем отличаются от мальчиков. Когда приходит время полового созревания – необходимо говорить с девочками обо всех изменениях, которые происходят с их телом, объяснять, что и почему, – убеждена гинеколог. – Когда в подростковом возрасте возникает первая влюбленность, обязательно нужно объяснять, к чему могут приводить страстные объятия и поцелуи. Оптимальный возраст для начала половой жизни у девушек – после 18 лет. Если наши пациентки не живут половой жизнью, мы мотивируем их, чтобы до 18 лет они не начинали это делать, рассказываем, чем это может обернуться. Если у девушки уже были половые контакты – информируем о контрацепции, а также о заболеваниях, передающихся половым путем. В случае когда девочке нет 16 лет, а половой партнер старше ее – мы должны поставить в известность маму пациентки или же органы прокуратуры. С 16 лет девушки имеют право на конфиденциальный прием у гинеколога».

Ирина Савина

Сахар под контролем



Диабет – не приговор и не помеха беременности, если подходить к заболеванию с умом и всей ответственностью. На базе краевого перинатального центра «ДАР» работает отделение, где проводится лечение пациенток с сахарным диабетом. В рамках данного отделения работает школа «Сахарный диабет и беременность», где будущим мамам помогают позаботиться не только о своем здоровье, но и выносить здоровых малышей. Как правильно планировать беременность женщинам с таким диагнозом – расскажут специалисты школы.

Школа жизни

Количество людей, страдающих сахарным диабетом, неуклонно растет во всем мире. В равной степени увеличивается и число беременных с этим недугом. По статистике, примерно 14–20% беременным поставлен такой диагноз.

До недавнего времени женщинам с сахарным диабетом 1-го и 2-го типа врачи, как правило, рекомендовали избегать беременности. Это заболевание могло повлечь самопроизвольный аборт, внутриутробную смерть плода, рождение нежизнеспособного ребенка или малыша с диабетической фетопатией (различными отклонениями в росте, развитии и функциональном состоянии плода). К счастью, медицина не стоит на месте, и теперь прогнозы на беременность у женщин с диабетом более оптимистичные. Значительно выросло количество пациенток с гестационным сахарным диабетом, выявленным на фоне беременности. «Начальные проявления заболевания в основном носят скрытый характер. Женщины могут даже не обратить внимания на его клинические проявления – учащенное мочеиспускание, слабость, сухость во рту и жажду. Болезнь выявляется только при проведении целенаправленного скрининга, – говорит руководитель эндокринологического направления перинатального центра «ДАР» Лариса Антошкина. – При выявлении таких случаев проводится коррекция нарушений углеводного обмена. Наша цель – добиться благополучного исхода беременности. В стенах медучреждения женщины получают всю жизненно необходимую информацию, практическую и медикаментозную поддержку».

По словам эндокринолога, чаще всего врачи имеют дело с гестационным диабетом и диабетом 2-го типа. За год работы школы пролечено 1000 жительниц Алтайского края с нарушением углеводного обмена. Около сотни беременных женщин прошли обучение.

«Проблема носит глобальный характер, поэтому для ее решения нужен крепкий фундамент. Этим фунда-



ментом стала организация структуры оказания помощи пациенткам в перинатальном центре. В данном направлении работают три эндокринолога: один – на амбулаторном приеме, два – в стационаре. Они работают в тандеме с акушерами-гинекологами, репродуктологами, неонатологами, – продолжает Лариса Антошкина. – Уже выработана схема наблюдения пациентки. В зависимости от состояния здоровья их визит к нам ограничивается амбулаторным приемом или же – в случае необходимости – их направляют на стационарное лечение. Существует преемственность между стационарным и поликлиническим звеном. Другими словами, мы полностью ведем женщину от первого появления в центре, вплоть до родов».

Не приговор, а образ жизни

Врачи помогают будущим мамам осознать ответственность за лечение своего заболевания во время беременности, поскольку от этого зависит здоровье малыша. Для поддержания нормального уровня сахара в крови они обучают их методам самоконтроля и мотивируют придерживаться принципов правильного питания. «Занятия в нашей школе проходят в виде лекций. На первой (вводной) мы знакомим пациенток с особенностями заболевания, видами диабета, и, конечно же, осложнениями, чтобы женщины оценивали все риски беременности и оценивали свою ответственность перед малышом, – поясняет врач-эндокринолог Елена Булатова. – Вторая лекция посвящена питанию и диете. Мы помогаем

каждой пациентке индивидуально рассчитать количество углеводов, необходимое в сутки. На последнем занятии говорим о ведении родов и послеродовой адаптации». Доктор отмечает, что обучение – не разовая акция, оно носит прогрессирующий характер. Беременных приглашают на повторные лекции, чтобы закрепить в сознании важные моменты.

«Существует ряд факторов, способствующих развитию диабета у беременных. В их числе – возраст старше 25 лет, количество родов в анамнезе, которые изменяют гормональный фон. А также крупный плод, невынашивание, пороки развития плодов в предыдущих беременностях. Большую роль играет наследственный фактор, но все же главные провоцирующие элементы – это лишний вес, малоподвижный образ жизни и переедание, – продолжает врач-эндокринолог Вероника Лебедева. – Поэтому важно понимать, что от самих женщин многое зависит. Диабет сегодня – не приговор. Это особый образ жизни, при котором важно сформировать принципы правильного питания и оптимальных физических нагрузок».

Особая беременность

«Беременность при сахарном диабете может протекать непредсказуемо. Состояние углеводного обмена нестабильное, и в любой момент все может обернуться кетоацидозом либо гипогликемиями, – говорит Лариса Антошкина. – Вследствие дефицита инсулина клетки не получают глюкозу, необходимую им для выработки энергии. Организм начинает питаться собственными жировыми запасами, и в ходе этого процесса происходит выработка кетоновых тел. Большое количество кетонов в крови может нанести сильный удар по почкам. Поэтому очень важно, чтобы женщина во время беременности соблюдала все рекомендации специалистов».

Диабет способен вызвать прогрессирование всех осложнений, сопутствующих конкретному типу этого заболевания. Если сахар повысился

Продолжение на стр. 18 >>

«Продолжение. Начало на стр. 16-17»

уже на фоне беременности, речь идет о так называемом гестационном диабете. Но расслабляться не стоит! Он может не завершиться с окончанием беременности и перейти в диабет 2-го типа, пусть даже спустя годы.

«Гестационный сахарный диабет увеличивает частоту нежелательных исходов беременности. Но важно понимать, что рождению здорового ребенка мешает именно повышенный сахар в крови, а не наличие диабета у матери. Повторюсь, женщина может даже не заметить проявлений заболевания. При этом весь поток сахара обрушивается на малыша, стимулирует его поджелудочную железу, – добавляет Лариса Антошкина. – Показатели инсулина в его крови растут, формируется большой риск развития осложнений у будущего ребенка. Вследствие чего может произойти недоразвитие или же нарушение работы ряда созревающих систем».

Специалисты делают акцент на отсутствии правильной прегравидарной подготовке женщин, страдающих диабетом. «Планирование и профилактика – ключевые слова в данной ситуации. Не должно быть страха перед заболеванием – нужна осознанность и ответственность. За три месяца до планируемой беременности состояние нужно компенсировать, – объясняет Елена Булатова. – Если это сахарный диабет первого типа, то компенсаторным методом будет инсулинотерапия. При втором типе применяют сахаропонижающие препараты, диетотерапию и физические нагрузки. В случае наступления беременности медикаментозные средства отменяют и переводят на инсулинотерапию, если уровень сахара не стабилизировался до нормальных показателей на диетотерапии».

Чтобы избежать осложнений во время беременности, необходимо строго следовать рекомендациям специалистов и регулярно контролировать уровень сахара в крови. «Уровень глюкозы не должен превышать норму. Также важный показатель для беременных – уровень гликозилированного гемоглобина. Если глюкозы

много, она связывает белок гемоглобин, который в таком случае будет плохо отдавать кислород клеткам. Недостаток кислорода вызывает фетоплацентарную недостаточность и, как следствие – гипоксию плода и нарушение его развития», – добавляет Вероника Лебедева.

Индивидуальный подход

Сахарный диабет требует сугубо индивидуально подхода – как во время беременности, так и во время родов. «Если беременность протекает без осложнений, то роды проходят естественным путем. В случае тяжелого течения беременности, а также наличия противопоказаний к естественным родам со стороны других систем организма показан оперативный путь родоразрешения, – поясняет Лариса Антошкина. – В родах также возможны проблемы – они могут начаться преждевременно, или же наоборот. Что касается малыша, у него могут возникнуть гипогликемические состояния. Кроме того, вследствие блокировки гормональной системы не исключены проблемы с открытием легких. Чтобы решить эти вопросы, требуются дорогостоящие препараты и сложные лечебные мероприятия. К сожалению, количество с подобными патологиями увеличивается. Но в этом году нам удалось изменить ситуацию. В «ДАРе» по сравнению с прошлым годом число фетопатий у детей, родившихся у мам с сахарным диабетом, уменьшилось в три раза».

К слову, детей, рожденных у матерей с сахарным диабетом, не оставляют на произвол судьбы. Их направляют в отделение катамнеза, где продолжают наблюдать за состоянием малышей.

Не останавливаться на достигнутом

Системный подход, который применяют специалисты в лечении, в обучении в рамках школы «Сахар-

ный диабет и беременность», приносит свои первые плоды. Пациенток информируют о принципах правильного питания, обучают правилам самоконтроля, рекомендуют индивидуальные физические нагрузки. При необходимости их направляют на стационарное лечение. Будущим мамам, не имеющим нормального значения гликемии, подбирают индивидуальную инсулинотерапию, начиная с самого раннего срока беременности. В повторные госпитализации проводится коррекция инсулинотерапии. Проводится суточное мониторирование гликемии с целью адекватного подбора лечения. В результате этих действий число беременностей с благоприятным исходом увеличивается.

В ближайшее время в перинатальном центре планируют ввести методы помповой инсулинотерапии, коррекции избыточного веса и ожирения.

На сегодняшний день в центре формируется регистр беременных с сахарным диабетом. В первую очередь это необходимо для правильной прегравидарной подготовки к следующей беременности женщин с 1-м и 2-м типами сахарного диабета и ожирением. Им будут подбирать соответствующую терапию, предоставлять рекомендации по планированию и ведению беременности.

«Наша цель – стать передовым центром в этом направлении если не в стране, то по крайней мере в Сибири. Но еще много над чем предстоит работать. В идеале нужно наладить наблюдение за женщинами с сахарным диабетом и после родов. Через два-три месяца после рождения ребенка им следует сдать глюкозотолерантный тест и по его результатам определить тактику дальнейшего наблюдения. Также необходимы дополнительные обследования в плане сопутствующих патологий у женщин и отслеживание отдаленных последствий у детей», – резюмирует Лариса Антошкина.

Ирина Савина

Чтобы избежать осложнений во время беременности, необходимо строго следовать рекомендациям специалистов и регулярно контролировать уровень сахара в крови.

Предотвратить диабет!

15 ноября в ТРЦ «Европа» в рамках межотраслевого взаимодействия прошла масштабная акция «День борьбы с диабетом», организатором которой выступил Краевой центр медицинской профилактики.

В ней приняли участие специалисты центра здоровья городской больницы № 4, врачи Алтайского краевого наркологического диспансера, а также волонтеры – студенты-медики АГМУ. Мероприятие было направлено на повышение информированности населения о сахарном диабете и его профилактике.

Со вступительной речью к собравшимся обратилась заслуженный врач РФ, эндокринолог **Нина Леонова**. Она дала рекомендации, как не допустить возникновения сахарного диабета, а также советы тем, кто уже имеет это заболевание, рассказала, как смягчить его последствия.

Мероприятие прошло в доброжелательной атмосфере. Ведущие **Анна** и **Константин** провели программу с музыкальным сопровождением, с конкурсами и занимательными викторинами для посетителей торгового центра и волонтеров. А приглашенный фитнес-инструктор **Влада Соколова** провела зажигательную «Зарядку со звездой», в которой с удовольствием приняли участие все желающие.

Виртуальный пациент

Виртуального пациента для тренировки будущих врачей создал алтайский студент **Иван Бакиров**. Над необычной программой учащий медуниверситета работает уже год. Его тренажер «Диагност 3D» – это трехмерная модель человека на экране компьютера.

С помощью мимики, жестов и ответов на вопросы он будет способен имитировать поведение настоящего больного. Разработка сейчас на начальной стадии. Пока виртуальный пациент страдает только от ОРВИ или гастрита – самых распространенными заболеваниями.

По словам Ивана Бакирова, в перспективе виртуальный больной нау-

Специалисты Краевого центра медицинской профилактики подробно рассказали посетителям о секретах правильного питания, для наглядности используя муляжи блюд пирамиды питания. Большой интерес вызвало проведение сердечно-легочной реанимации на манекене. Сотрудники центра здоровья консультировали посетителей, снабжая их информационными раздаточными материалами. Студенты-волонтеры провели анкетирование по вопросам здорового образа жизни.

В то же время на площадке в ТРЦ «Европа» медики центра здоровья горбольницы № 4 вели обследование всех желающих: измеряли рост, вес, вычисляли индекс массы тела, проводили экспресс-анализ крови на содержание глюкозы и холестерина, по результатам врач-терапевт давал рекомендации по коррекции состояния здоровья.

В акции приняло участие около 100 человек. Подобные мероприятия становятся доброй традицией, заметно растет число людей, которые заботятся о своем здоровье, контролируют свои показатели, становятся приверженцами здорового образа жизни.

Фоторепортаж с мероприятия – на стр. 32.

Кайдзен в медицине

Представители медицинского сообщества Алтайского края, руководитель Регионального центра первичной медико-санитарной помощи Алтайского края **Анатолий Лысенко** и заведующий поликлиническим отделением КГБУЗ «Детская городская больница №1, Барнаул» **Денис Данилов** приняли участие в семинаре «Кайдзен в работе медицинского учреждения», организованного в рамках года Японии в России.

Всего в мероприятии приняли участие более 150 представителей профессиональных медицинских сообществ 70 субъектов России.

Руководитель одной из крупнейших японских консалтинговых компаний IТЕС, специализирующейся на менеджменте здравоохранения, **Сэки Дзётаро** поделился опытом совершенствования деятельности медицинских организаций в Японии. Он рассказал о планировании и реализации кайдзен деятельности, в частности о миссии и постановке цели, определении ожидаемого результата, разработке стратегии, назначении ответственных. Также Сэки Дзётаро отметил важность использования инструментов визуализации и учета интересов и удобства пациентов с ограниченными возможностями.

В дальнейшем опыт «бережливых поликлиник» планируется использовать в российских стационарах, что позволит поднять на новый уровень организацию оказания медицинской помощи в стране.

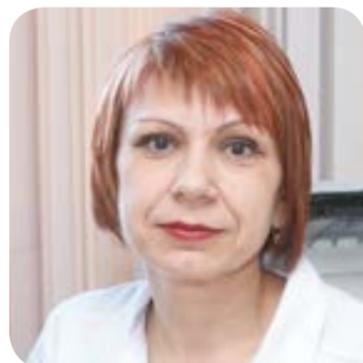
Справка

Кайдзен – технологический подход, при котором и руководство медицинского учреждения, и персонал занимаются непрерывным улучшением. Философия кайдзен: «Все, за что бы вы ни взялись, нужно делать хорошо и качественно».

vesti22.tv

Что вы знаете о псориатическом артрите?

Главный внештатный ревматолог Алтайского края, заведующая ревматологическим отделением городской больницы № 4 города Барнаула Оксана Цюпа ответила на вопросы, наиболее часто возникающие у пациентов с диагнозом «псориатический артрит».



В последние годы отмечен рост заболеваемости псориазом, увеличение числа тяжелых, атипичных, инвалидизирующих, резистентных проводимой терапии форм заболевания. Связывают это с тем, что человечество в значительной степени подвержено воздействию факторов, провоцирующих возникновение псориаза, таких как наследственность, обменные нарушения, патология внутренних органов, микроциркуляторные изменения, алкоголизм. Усугубляющими течение болезни факторами являются, по данным исследований, курение, алкоголизм, избыточный вес, стрессы, тяжелая сопутствующая патология.

В 2014 году на Генеральной ассамблее Всемирной организации здравоохранения была принята резолюция по псориазу, в которой страны – чле-

ны ВОЗ признали, что псориаз является хроническим, неинфекционным, болезненным, обезображивающим и инвалидизирующим заболеванием, не поддающимся излечению. Подчеркивается, что в мире слишком велико число больных псориазом, испытывающих неоправданные страдания в результате поздно поставленного диагноза.

Какова природа псориаза и псориатического артрита?

Они относятся к разным группам заболеваний, наблюдение и лечение псориаза и псориатического артрита проводят врачи разных специальностей. Но так ли много различий между этими заболеваниями? Согласно официальным данным, псориаз (ПсО) определяется как хроническое воспалительное заболевание кожи мультифакториальной

природы с доминирующим значением в развитии генетических факторов, характеризующееся ускоренной пролиферацией эпидермоцитов и нарушением их дифференцировки, дисбалансом между провоспалительными и противовоспалительными цитокинами, с возможным поражением опорно-двигательного аппарата.

Тогда как псориатический артрит – это хроническое воспалительное заболевание суставов, позвоночника и энтезисов из группы спондилоартритов (СпА), которое обычно наблюдается у больных с псориазом. Согласно современной классификации, псориатический артрит (ПсА) относят к подгруппе периферических СпА, при которых наблюдаются, главным образом, воспаление периферических суставов (артрит), пальцев кистей и стоп (дактилит), энтезисов (энтезит), а также может наблюдаться воспаление



в аксиальных структурах – телах позвонков (спондилит) и/или осакральных сочленениях (сacroилиит).

Хорошо известно значение особенностей генетического кода клетки как при псориазе, так и при псориатическом артрите. Полагают, что вклад наследственности в развитие псориатического артрита составляет 60%.

Кто в группе риска?

Однозначного ответа нет. Заболевание проявляется у всех больных по-разному. У 70% больных с псориазом рано появляются поражения опорно-двигательного аппарата, у 20% – одновременно, у 15–20% больных – ПсА возникает до первых клинических проявлений псориаза. Корреляция между тяжестью ПсО и ПсА отсутствует, однако в когортных наблюдениях, направленных на обнаружение нескольких факторов риска для нескольких патологий, отмечена высокая частота случаев ПсА у больных с ПсО.

Псориатический артрит может развиваться в любом возрасте, часто страдает трудоспособная часть населения. Заболевание характеризуется разнообразными клиническими проявлениями. Все пациенты с псориазом при наличии суставных жалоб должны быть осмотрены врачом-ревматологом с целью ранней диагностики ПсА, предупреждения развития деструкций суставов и функциональных нарушений.

Врачи, осуществляющие лечение и наблюдение за больными с ПсО, должны помнить о возможности развития ПсА. Предикторам возможного развития и (или) неблагоприятного течения ПсА являются ПсО волосистой части головы, инверсный псориаз, ониходистрофии.

В каких случаях ПсА приводит к инвалидности?

Утрата трудоспособности, инвалидизация больных наступает более чем

в 30% случаев. При активной форме заболевания в течение двух лет почти у 50% пациентов появляются эрозии суставов, то есть происходит деструкция суставов, приводящая к инвалидности.

ПсА и ПсО оказывают негативное влияние на качество жизни больных и их социальную адаптацию в связи с прогрессирующим поражением опорно-двигательного аппарата и кожи. У пациентов с подобными диагнозами повышенный риск развития социально значимых заболеваний: ишемической болезни сердца, стенокардии, инфаркта миокарда, артериальной гипертензии, ожирения, сахарного диабета 2-го типа.

Какова длительность лечения?

Да, рекомендуется лечение псориатического артрита проводить постоянно, в течение всей жизни пациента. При ПсА показано придерживаться стратегии «лечение до достижения цели» (Treat-to-target), которая подразумевает назначение активной иммуносупрессивной терапии с момента установления диагноза, частый и объективный контроль за состоянием пациента, изменение схемы терапии, вплоть до достижения целей лечения. Данная стратегия продемонстрировала высокую эффективность при ранних формах ПсА, с длительностью заболевания до 3 лет.

Цель фармакотерапии заболевания – достижение ремиссии или минимальной активности основных клинических проявлений заболевания, замедление или предупреждение рентгенологической прогрессии, увеличение продолжительности и качества жизни пациентов, а также снижение риска развития коморбидных заболеваний, то есть нескольких хронических заболеваний, связанных между собой единым патогенетическим механизмом.

Подготовила Наталья Вдовина

Имеются противопоказания. Проконсультируйтесь со специалистом.

Справка

Клинические варианты заболевания

➤ **Преимущественное поражение дистальных межфаланговых суставов кистей (ДМФС), кистей и стоп, дистальная форма.** Наблюдается у 5% больных с ПсА. ДМФС кистей и стоп. Вовлечение ДМФС наряду с другими суставами часто наблюдают при других клинических вариантах ПсА.

➤ **Асимметричный ПсА.** Встречается у большинства (до 70%) больных ПсА. Обычно вовлекаются коленные, лучезапястные, голеностопные, моно-/олигоартрит – локтевые, а также межфаланговые суставы кистей и стоп, при этом общее число воспаленных суставов не превышает 4.

➤ **Симметричный полиартрит (ревматоидоподобная форма).** Наблюдается у около 15–20% пациентов с ПсА. Характеризуется вовлечением парных суставных областей, как при РА. Часто наблюдают асимметричный полиартрит пяти или более суставов.

➤ **Псориатический спондилит** – преимущественное проявление заболевания. Характеризуется воспалительным поражением позвоночника, часто сочетается поражение позвоночника с периферическим артритом, редко (до 5%) наблюдают изолированный спондилит.

➤ **Мутилирующий артрит.** Редкая клиническая форма ПсА, наблюдается у 5% больных, характеризуется распространенной резорбцией суставных поверхностей (остеолиз) с укорочением пальцев кистей и/или стоп с формированием «телескопической деформации», укорочения, разнонаправленных подвывихов пальцев конечностей. В то же время локальный (ограниченный) остеолиз суставных поверхностей может развиваться при всех клинических вариантах ПсА.

Любите свои кости

Таков основной лозунг Дня профилактики остеопороза в 2018 году: «Любите свои кости. Защитите свое будущее. Осторожно: переломы позвонков!». Этот недуг является одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем во многих странах мира, в том числе и у нас. Однако эффективность борьбы с ним в нашей стране невелика в силу недостаточной информированности потенциальных пациентов, а также низкой приверженности профилактике и терапии заболевания.

В зоне риска

Остеопороз (ОП) – системное заболевание, характеризующееся снижением плотности и качества костной ткани (истощением костей) и приводящее к повышенному риску переломов, а также ослаблению скелета.

Президент Российской ассоциации по остеопорозу, доктор медицинских наук, профессор **Ольга Лесняк** заявляет: «Согласно статистике, каждая третья женщина и каждый четвертый мужчина старше 50 лет в нашей стране страдают остеопорозом. При этом наибольшую опасность остеопороз представляет для женщин в постменопаузе – вероятность наступления перелома у пациенток старше 50 лет достигает 53%. Это существенно превышает вероятность возникновения у них болезней сердечно-сосудистой системы или рака молочной железы». По ее словам, наиболее часто при этом заболевании бывают переломы позвонков, на втором месте – переломы



лучевой кости (у женщин они бывают чаще, чем у мужчин, особенно при падении в гололед и слякоть), на третьем месте – переломы шейки бедра.

Причиной развития ОП может быть сочетание целого ряда факторов, таких как курение, злоупотребление алкоголем, дефицит в организме кальция и витамина D, низкая физическая активность, возраст, а также падения. Однако наиболее значимым фактором риска остеопороза являются предшествующие переломы в анамнезе пациента.

По словам профессора Ольги Лесняк, каждый человек, когда-либо перенесший перелом при небольшой травме, должен понимать, что его перелом может быть обусловлен остеопорозом. Наличие в анамнезе низкоэнергетического перелома существенно увеличивает риск получения последующих переломов, и в частности перелома проксимального отдела бедра – одного из наиболее тяжелых последствий остеопороза. В этой связи крайне важно уделять серьезное внимание диагностике и лечению заболевания, так как это позволит предотвратить развитие остео-

пороза и его последствий у значительного числа жителей нашей страны.

Действительно, после получения первого перелома большинство людей не уделяют должного внимания лечению заболевания. 80% больных с низкоэнергетическими переломами никогда не лечились от остеопороза и не пытались снизить риск падений. А среди пациентов, столкнувшихся с переломами бедра и плечевой кости, лишь небольшой процент принимает антиостеопоротические препараты. Особую озабоченность специалистов вызывает серьезная недооценка проблемы распространения ОП и тяжелых последствий, к которым приводят вызванные недугом переломы.

Легкомыслие недопустимо

Распространение остеопороза приводит к тяжелым социальным последствиям, которым уделяется мало внимания. Среди переломов костей самый тяжелый – перелом шейки бедра. Этот участок кости не имеет надкостницы, что мешает сращиванию кости. Поэтому практически единственный выход – эндопротезирова-

ние при помощи имплантата. Если же операция не проводится, больной, по сути, обречен на обездвиженность. Более 65% людей, которым по каким-то причинам не сделали операцию по эндопротезированию тазобедренного сустава, умирают в первый же год после перелома от осложнений.

Чтобы облегчить последствия перелома, важно обеспечивать госпитализацию пациентов в 100% случаев и проводить оперативное лечение. Тогда прогноз благоприятный, и буквально в первые сутки после операции больной может встать на ноги. Это значительно увеличивает шанс на спасение пациента независимо от возраста.

Очень важно, чтобы пациент, получивший перелом бедренных костей, был госпитализирован в ближайшие часы после травмы и ему в первые 24–72 часа была сделана операция по замене сустава или фиксации костей при помощи металлоконструкций.

«Обычно человек, получивший перелом на фоне остеопороза, первые месяцы три добросовестно пьет препараты кальция, витамина D3 и другие средства для увеличения минеральной плотности кости, а потом бросает, – считает главный ортопед-травматолог Москвы, доктор медицинских наук, профессор **Николай Загородный**. – Это в корне неправильно. Больной остеопорозом должен понимать, что лечение надо продолжать всю оставшуюся жизнь».

И хотя операция – один из наиболее эффективных способов лечения, в результате которого в несколько раз уменьшается показатель летальности пациентов в течение первого года после ее проведения, также необходима соответствующая медикаментозная терапия. Костная ткань должна удерживать искусственный сустав, поэтому пациенту следует проводить лекарственную коррекцию качества костной ткани (в том числе анаболическими

препаратами), стимулирующую формирование новой костной ткани, а не просто тормозящую костную резорбцию.

Профилактика остеопороза

Для уменьшения риска развития ОП важно уделить внимание профилактике заболевания, ключевыми аспектами которой являются физическая активность, прием витамина D, употребление в пищу продуктов питания, содержащих кальций – важнейший естественный компонент костной ткани, а также проводить профилактику падений. Последняя заключается в целом ряде программ, направленных на коррекцию зрения, укрепление координации движений за счет индивидуально подобранных схем физических упражнений, выявление неврологических и костно-мышечных заболеваний, при которых увеличивается частота падений, и т. п. Одним из видов профилактики является использование специальных протекторов, помогающих смягчить удар при падении на боковую поверхность бедра.

Очень актуальна диагностика остеопороза, поэтому было бы предпочтительно денситометрическое исследование включить в программу обязательного медицинского страхования. В настоящее время эта услуга платная для пациентов.

Поскольку ОП – заболевание, обусловленное разными причинами, обследование необходимо проводить комплексное, с участием разных специалистов – травматологов, терапевтов, эндокринологов, неврологов, анестезиологов и т. п. Такое коллегиальное решение позволит подобрать оптимальный подход индивидуально к каждому пациенту. Только совместные усилия врачей позволяют обратить более пристальное внимание на проблему, признать ОП социально значимым заболеванием, увеличить долю прооперированных больных, а также обеспечить потенциальных пациентов свободным доступом к качественной диагностике заболевания и наиболее эффективным методам его лечения.

По материалам СМИ
подготовила Наталья Камышева

Только цифры

По статистике, около **14** млн жителей России, то есть **10%** населения, страдают остеопорозом, а около **20** млн человек имеют сниженную костную массу.

В группу высокого риска переломов, вызванных остеопорозом, входят около **34** млн человек, что составляет **24%** населения страны.

Согласно прогнозам, к **2050** году доля людей с остеопоротическими переломами в возрасте **50** лет и старше вырастет до **56%**, **70** лет и старше – до **20%**.

На заметку

Если у вас снижена плотность костной ткани или вам поставили диагноз «остеопороз», вам необходимо:

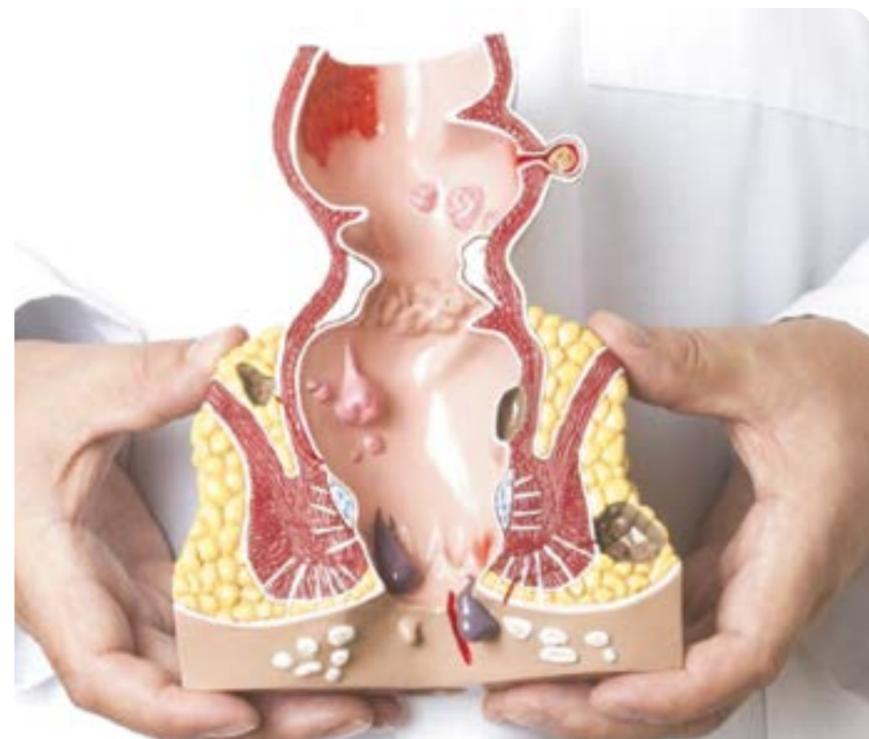
- отказаться от вредных привычек, которые провоцируют это заболевание;
- изменить свои принципы питания, ежедневно включать в рацион молоко и молочные продукты. По данным исследования «Остеоскрининг Россия», в котором приняли участие более 100 тысяч человек, дневная порция кальция, которую мы прежде всего получаем из молочных продуктов, у россиян не превышает 600 мг, тогда как в среднем потребление кальция у мужчин и женщин после 50 лет должно составлять 1500 мг, а у более молодых – 1000 мг;
- регулярно принимать препараты кальция и витамина D3, а также другие средства, способствующие укреплению минеральной плотности костной ткани;
- ежедневно выполнять физические упражнения, включая в комплекс силовые нагрузки: они в первую очередь способствуют укреплению костей.

О деликатном расскажите врачу!

В Барнауле пациентов с проблемами кишечника, в том числе его нижних участков, принимает Краевой колопроктологический центр, который действует на базе КГБУЗ «Городская больница № 4, г. Барнаул». О том, какую помощь оказывают его специалисты и какие заболевания прямой кишки наиболее распространены, нам рассказал врач-колопроктолог Виктор Бондаренко.



Вероятно, нет человека, который бы не слышал об этом заболевании: для кого-то геморрой – только ругательство, а для кого-то уже диагноз. Болезни прямой кишки известны человечеству с давних времен. О геморрое знали еще во времена Гиппократ (в переводе с греч. – «истечение крови»). Уже тогда первые врачеватели пробовали его излечить народными и другими, зачастую даже опасными, средствами.



Последствия комфортной жизни

Колопроктологические заболевания по сей день остаются не менее серьезной проблемой для современного человека. По мнению специалистов, общепроктологические (неопухольные) заболевания занимают значительное место в амбулаторно-поликлинической деятельности хирурга. Достаточно сказать, что геморроем страдают около 10% взрослого населения страны.

– Нам приходится сталкиваться с такими болезнями прямой кишки и заднего прохода, как геморрой, трещины, выпадение слизистой прямой кишки, недостаточность анального сфинктера, острый и хронический парапроктит, незаращение эпителиальных копчиковых ходов. Кроме того, часто развиваются разного рода новообразования, как доброкачествен-

ные (полипы), так и злокачественные. И перед нами стоит очень важная задача – выявить и дифференцировать эту патологию в первую очередь. При поступлении мы сразу назначаем пациенту обследование, чтобы не пропустить рак на ранней стадии.

По словам Виктора Николаевича, самое распространенное заболевание, которое часто обнаруживается у пациентов, обращающихся в Краевой колопроктологический центр, – это геморрой, его удельный вес в структуре заболеваний толстой кишки составляет около 40%.

– Осенью мы обычно наблюдаем «бум» проктологических патологий. Это происходит, когда население массово собирает урожай картофеля и других овощей, поднимает тяжести, зачастую злоупотребляет спиртными напитками. Вследствие чего в кишечнике появляется воспаление, происходит выпадение геморроидальных

40%
столько приходится
на геморрой
в структуре заболеваний
толстой кишки

узлов. Много людей приходит на первичный прием, – делится с нами своими размышлениями доктор. – Я думаю, что у более половины населения есть опасность появления проблем со здоровьем в виде геморроя.

И такое суждение вполне обоснованно! Столь высокую его распространенность принято связывать с сидячим образом жизни, сосудистыми заболеваниями и употреблением продуктов питания низкого качества, а также алкоголя. К сожалению, заболевания заднего прохода у людей часто остаются без должного внимания специалиста, так как заболевшие попросту стесняются обращаться к врачу, полагая, что справятся с недугом самостоятельно.

Сидячая болезнь

Фраза «Нажить себе геморрой» стала уже крылатой – это значит «столкнуться с проблемами, которых можно было избежать». И это так! Существуют факторы риска развития

Полезно знать

Какие симптомы требуют обращения к колопроктологу:

- нарушения стула (запоры и/или поносы);
- кровь в стуле;
- боли или неприятные ощущения в заднем проходе или в животе;
- повышенное газообразование в кишечнике (метеоризм).

геморроя. Прежде всего это желудочно-кишечные расстройства, погрешности в диете, злоупотребление алкоголем, малоподвижный и сидячий образ жизни, тяжелые физические нагрузки, стрессовые ситуации, а также беременность и роды.

Одним из факторов риска врачи также называют наследственность. Геморроидальные узлы можно обнаружить практически у каждого человека. Но само по себе их наличие – не страшно, если они мелкие. Это врожденные предпосылки, которые появились при рождении и могут всю жизнь никак не проявиться.

– На прием часто приходят люди в 70–80 лет. Геморрой в этом возрасте возникает на фоне растягивания соединительных тканей, поддерживающих мышцы. Вследствие этого геморроидальные узлы тоже увеличиваются, набухают. Особенно острые проявления заболевания наблюдаются у пациентов, имеющих проблемы с артериальным давлением. Но стоит отметить, что сейчас мы все чаще выявляем геморрой и у молодых, 20–25-летних юношей и девушек. Бывает, что парней к нам направляют прямо из военкомата, – рассказывает врач-колопроктолог. – Если говорить о профилактике, то я бы посоветовал вам правильно питаться, пить много жидкости, а также вести активный образ жизни. Эти простые правила являются самой эффективной профилактикой различных заболеваний, в том числе и в данной сфере.

Врач также посоветовал самостоятельно не пытаться поставить себе диагноз и не заниматься самолечением. Нередко в практике проктологов происходят случаи, когда пациенты на протяжении пяти лет лечили геморрой при помощи мазей и свечей, а на деле выявлялись гораздо более серьезные заболевания. Зачастую под видом геморроя «маскируются» полипы (доброкачественные опухоли), которые лечатся только оперативно. Встречается и патология вирусного генеза. В этом могут разобраться только специалисты! Болезни кишечника лучше не запускать.

Наталья Вдовина, фото автора

На заметку

Сегодня существуют щадящие процедуры амбулаторного характера, позволяющие лечить заболевания на ранних стадиях быстро и безболезненно.

В колопроктологическом отделении КГБУЗ «Городская больница № 4, г. Барнаул» выполняются все виды проктологических операций на прямой и ободочной кишке, промежности. В том числе:

1. Реконструктивно-восстановительные операции по восстановлению непрерывности кишечника (закрытие колостом).
2. Геморроидэктомия в различных вариантах с индивидуальным подходом.
3. Лечение по поводу ректоцеле.
4. Лигирование геморроидальных узлов латексными кольцами.
5. Фотокоагуляция геморроидальных узлов.
6. Иссечение анальной трещины.
7. Эндоскопическое удаление полипов ободочной кишки.
8. Радикальные операции ЭКХ.
9. Удаление кондилом перианальной области и анального канала.
10. Иссечение параректальных свищей различной степени сложности.
11. Удаление доброкачественных новообразований перианальной области и анального канала.
12. Удаление анальных бахромок.
13. Тромбэктомия геморроидального узла.
14. Иссечение полипа анального канала.
15. Сфинктеропластика.

Имеются противопоказания. Проконсультируйтесь со специалистом.

Знакомьтесь - герпес!



С 16 по 23 ноября в ряде стран мира проводится Международная неделя герпеса. Что это за вирус, большинство обывателей знают не понаслышке. По статистике, около 90 процентов жителей планеты являются его носителями. Сегодня особое внимание специалисты уделяют генитальному герпесу. Почему – расскажет наш эксперт, врач-дерматовенеролог высшей категории, доктор медицинских наук Юлия Ковалева.



Герпес - это навсегда

«Общая статистика ведется только по генитальному герпесу. По официальным данным, в России около 8 млн поражены этим видом герпесвирусной инфекции. Но цифры не отражают полной и достоверной картины. Во-первых, не все те, кого настигла эта деликатная проблема, обращаются в государственные клиники, а частные не ведут подобную статистику. Во-вторых, число заболевших постоянно увеличивается – вирусных инфекций в мире в принципе становится больше», – поясняет Юлия Ковалева.

Повышенное внимание к проблеме генитального герпеса специалист объясняет тем фактом, что он передается половым путем и оказывает влияние на репродуктивное здоровье населения. Важно своевременно выявлять и по возможности профилировать рецидивы заболевания.

При этом врач уточняет, что следует разделять заболеваемость и инфицированность. «Это два разных состояния. Инфицированный человек может быть носителем вируса, но при этом не иметь развернутой клиники заболевания. Вирус у него находится в латент-

ном, «спящем» состоянии. Только 35% носителей герпесвирусной инфекции имеют рецидивы – повторные эпизоды заболевания, – продолжает эксперт. – Если они происходят чаще 6 раз в год, то требуется медикаментозное лечение. Но всегда нужно оценивать: как проявляет себя болезнь, насколько ярко протекает. В некоторых случаях бывает достаточно применения наружных средств. Следует понимать, что медикаменты лишь подавляют деление вирусных клеток, но не излечивают от вируса. Он навсегда поселяется в нервных ганглиях человека».

Многоликий вирус

Науке известно более 100 видов герпеса. И лишь 8 из них патогенны для человека, то есть могут вызвать заболевания. «Вирус простого герпеса 1-го типа является причиной пузырьков на губах, но может локализоваться и на других частях тела. Как правило, инфицирование им происходит в возрасте до трех лет. Вирус передается воздушно-капельным путем, а также через контакт и предметы быта – от больного человека или носителя, – объясняет дерматовенеролог. – Вирус герпеса 2-го типа – причина высыпаний на половых органах. Он передается половым путем. Также существует трансплацентарный путь передачи герпеса – при прохождении новорожденным родовых путей в момент болезни матери. Вирус опоясывающего лишая (тип герпес зостер) – обладает нейротропическим действием, вызывает в организме ветряную оспу или же опоясывающий герпес. Поселяется этот вирус в спинальных ганглиях. Он редко проявляется дважды, скорее как исключение. От повторного зостера чаще всего страдают ВИЧ-инфицированные и пожилые люди, то есть те, чей иммунитет ослаблен. Вирус 4-го типа – причина инфекционного мононуклеоза, 5-й тип – это цитомегаловирус».

По словам эксперта, встречаются и атипичные формы простого герпеса. Например, так называемый герпес борцов. Он настигает представителей контактных видов спорта. Вирус проявляется после травмирующих моментов.

Факт инфицирования не означает заболевания. Но если вирус поселился в организме, то любая провокация может вызывать его рецидив. «Все напрямую зависит от состояния иммунитета, – напоминает Юлия Ковалева. – Охлаждение, стресс, эмоциональное волнение, переутомление, синдром хронической усталости, ВИЧ-инфекции, проведение малоинвазивных манипуляций, например татуажа, способны спровоцировать рецидив герпеса первого типа. Вирус 2-го типа может активизировать менструация, половой акт, эпиляция, избыточное потребление алкоголя, прием гормональных и иммуносупрессивных препаратов».

Ответ герпесу

От герпесвирусной инфекции страдают в первую очередь кожные покровы и слизистые оболочки. Причем локализация может быть разной – кожа головы, кисти, туловище, слизистые оболочки половых органов и так далее. Также под его удар может попасть нервная система и даже внутренние органы.

В Интернете есть информация о том, что вирус герпеса может вызвать шизофрению, болезнь Альцгеймера, сахарный диабет, а также инфаркт, инсульт и ряд других заболеваний. Специалисты уверяют, что эти данные мало изучены и не подкреплены научными исследованиями. Но все же стоит оставаться начеку – вирус герпеса способен давать тяжелые системные осложнения. Поэтому лечением этого заболевания должны заниматься врачи – дерматолог, уролог или же гинеколог.



такое количество времени наиболее контагиозен вирус герпеса после появления первых симптомов

«Если рецидивы повторяются чаще 6 раз в год, то самолечение здесь абсолютно противопоказано наряду со средствами народной медицины в виде аппликаций зубной пастой, зеленкой и так далее. Они не влияют на деление вируса. Кроме того, бывают такие прецеденты, когда человек, обнаружив у себя герпес, обращается не к врачу, а фармацевту. И тот рекомендует не средства против вируса, а иммуномодуляторы. Они способны активировать продукцию интерферонов, но не подавляют вирус герпеса внутри клетки, – продолжает Юлия Ковалева. – Требуется медикаментозное лечение – препараты, производные ацикловира. Сегодня во всем мире эффективно

применяют ацикловир, валацикловир и фамцикловир. Но нужна консультация врача – он определит дозировку и сроки лечения, а также подход – эпизодический или супрессивный длительный».

Не передавай Другому!

«Вирус наиболее контагиозен в первые 72 часа после появления симптомов – зуда, жжения, высыпаний на коже. В этот период он выделяется максимально и опасность заражения высока, – говорит дерматовенеролог. – Риск заражения сохраняется в течение 5 дней. В это время лучше избегать прямых контактов с больным. Если в семье маленькие дети до 3 лет, то их по возможности изолировать. При заражении герпес у них может проявиться в виде стоматита».

При эпизодах генитального герпеса специалист рекомендует воздержаться от половых контактов в эти дни. «Один из партнеров может быть скрытый носитель. Вирус герпеса протекает у него бессимптомно, при этом человек способен инфицировать другого, – поясняет Юлия Ковалева. – При этом в паре могут быть оба носителями вируса, оба болеть, или же один – носитель, а второй – болеет. Все напрямую зависит от иммунной системы человека. Но отмечу, риск передачи все же выше от мужчины к женщине».

Отдельное внимание в этом вопросе уделяют женщинам, готовящимся стать матерями. «Противопоказаний для беременности нет, но женщина обязательно должна проинформировать своего врача о том, что у нее возникают эпизоды герпеса, – говорит специалист. – Для таких случаев существует свой протокол ведения беременности, врачи наблюдают за ее течением. Как правило, пероральный прием препаратов отменяют в пользу наружных средств. Перед беременностью рекомендуется курс профилактического лечения».

От вируса герпеса не застрахован никто, равно как от волнений, стрессов и других неблагоприятных факторов, способных активировать его. Поэтому главный метод профилактики – внимательное отношение к своей иммунной системе.

Ирина Савина

Солнце, воздух и вода - наши лучшие друзья



В чем заключаются основные этапы закаливания и как сделать так, чтобы не навредить себе, нам рассказала Елена Бойко, к. м. н., доцент кафедры поликлинической терапии и медицинской реабилитологии АГМУ.



С наступлением зимнего периода становится особенно актуальной проблема сохранения здоровья. И тут можно с уверенностью сказать, что все в наших руках. Ведь, как известно, здоровье человека примерно на 10–15% зависит от наследственности и экологии, 8–12% – от здравоохранения и на 70–80% – от нашего ответственного отношения к своему организму. Здоровый образ жизни заключается в первую очередь в рациональном питании, регулярной физической активности, отказе от алкоголя и курения.

В погоне за здоровьем некоторые родители нередко бросаются из одной крайности в другую: либо слишком опекают своих детей, либо, наоборот, создают экстремальные условия в процессе закаливания. Но насколько это оправданно? Как не навредить самому дорогому человеку? На эти вопросы нам ответила Елена Бойко, кандидат медицинских наук.

Не ошибиться в выборе

– Елена Александровна, расскажите, пожалуйста, о закаливании.

– Закаливание – это процедура адаптации организма к определенным условиям окружающей среды. Способов существует много. Можно закалывать организм с помощью воды, жары, холода, под землей или в горах...

– Почему и когда может возникнуть у человека потребность в закаливании?

– Начинают закалывать детей еще в дошкольном возрасте. Почему? За предрасположенностью к заболеваниям у нас отвечает иммунитет, который наследуется генетически и в течение жизни укрепляется. Когда человек рождается, за иммунитет отвечает вилочковая железа – орган, который постепенно редуцируется. С возрастом иммунную функцию берет на себя другая система, и во «взрослый иммунитет» человек вступает пример-

но в период полового созревания. И вот этот переходный период чреват повышенной заболеваемостью. Это чаще всего наблюдается, когда дети начинают посещать детский сад. В этот период родителям нужно обратить особое внимание на профилактику заболеваемости у детей: питание, прогулки, режим дня и адекватные физические нагрузки помогут преодолеть сложный период становления иммунитета. Конечно, одним из ключевых моментов в профилактике заболеваний является закаливающие мероприятия. И помогать в этом деле можно, но главное – не навредить!

– Какие существуют методы закаливания?

– Их следует разделить на традиционные и нетрадиционные. К традиционным методам закаливания относятся обливания, обтирания, контрастные воздействия температур на организм, босохождение, проветривание, солнечные и воздушные ванны. То есть это воздействие факторов внешней среды на организм человека. Существует целый раздел в медицине – физиотерапия, – который регулирует эти процессы.

Нетрадиционными методами закаливания называют такие процедуры, которые вводят организм человека в стрессовое состояние. Если говорить о нашем регионе, то чаще всего у нас говорится о закаливании холодом. Классической считается методика Порфирия Иванова, основанная на обливании холодной водой на морозе. Среди нетрадиционных методов также можно назвать купание в проруби, плавание в холодной воде. В некоторых странах практикуется хождение по углям. Резкий контрастный душ из очень горячей воды и очень холодной также относится к нетрадиционному методу закаливания.

Не навреди!

– Но такое закаливание не может быть показано каждому человеку?

– Если говорить о нетрадиционных методах, то в стрессовом состоянии неизвестно, как поведет себя организм, просчитать все очень сложно. Есть люди, которые жить без этого не могут,

Это интересно

О закаливании и его свойствах известно с давних времен. Так, например, Владимир Даль, известный русский писатель, этнограф и лексикограф, а также талантливый врач, в своем «Толковом словаре живого великорусского языка» дает такое объяснение слову «закаливание» применительно к человеку: закаливать – это «приучать его ко всем лишениям, нуждам, непогоде, воспитывать в суровости».

а есть люди, которые не в силах начать, потому что боятся, что такое закаливание может разрушить их организм. И действительно, заболевание может развиваться легко, особенно у неподготовленного человека. Противопоказанием является любое заболевание в стадии обострения, а также 10 дней после выздоровления. Не нужно рисковать там, где есть угроза лишения здоровья (при ишемической болезни сердца, состоянии после инфаркта миокарда, остром болевом синдроме и др.).

– Как можно начать закаливаться без вреда для себя?

– Нужно придерживаться основных физиологических принципов: начинать с адаптации, последовательно, постепенно... Если организм сопротивляется, значит, нужно снизить нагрузку. Нужно помнить, что такие процедуры должны как минимум приносить удовольствие. Одним из самых безопасных способов закаливания, я считаю, принятие воздушных ванн. Пройтись по парку, стадиону или в лесной зоне доступно каждому! Кстати, скандинавская ходьба не имеет противопоказаний.

Выбор схемы закаливания при пользовании воздушными, водными или солнечными процедурами должен зависеть от индивидуальных особенностей человека, состояния его здоровья.

Основные принципы

Если говорить о закаливании взрослых, то, по мнению специалистов, оно состоит из нескольких принципов.

Адаптация: процедуры нужно начинать летом, когда еще стоит теплая погода. В этот период наиболее комфортные условия для закаливания.

Систематичность: закаливающие процедуры должны проводиться систематически – ежедневно, без длительных перерывов, так как только регулярность процедур обеспечивает повышение способности нервной системы адаптироваться к меняющимся условиям внешней среды.

Постепенность: закаливание принесет положительный результат лишь в том случае, если сила и длительность действия закаливающих процедур будут наращиваться постепенно. Причем начинать лучше летом. Переход от менее сильных воздействий к более сильным должен быть постепенным, с учетом состояния организма и характера его ответных реакций на применяемое воздействие. Особенно это важно учитывать при закаливании детей и пожилых, а также людей, страдающих какими-либо хроническими заболеваниями.

Последовательность: речь идет о предварительной тренировке организма с более щадящими процедурами, такими как проветривание комнаты, обтирание, ножные ванны, и уж затем обливание и душ. Причем температуру воды или воздуха снижают постепенно.

Помните! В случае возникновения простудных заболеваний врачи рекомендуют прекратить все закаливающие процедуры. После выздоровления необходимо подождать еще 10 дней и только тогда можно начинать все сначала.

Наталья Вдовина

Федоров Святослав Николаевич (1927–2000)

Святослав Федоров – талантливый хирург, академик АМН, автор многих изобретений и открытий в офтальмологии, в том числе метода имплантации искусственного хрусталика, методов лечения близорукости, глаукомы, астигматизма, создатель межотраслевого научно-технического комплекса «Микрохирургия глаза». Благодаря Федорову развитие офтальмохирургии приобрело в России качественно новый уровень.

В 1960 г. С.Н. Федоров провел первую имплантацию ИОЛ. Это была ирис-клипс линза модели Бинхорста собственного изготовления.

В 1961–1967 гг. были изготовлены и имплантированы первые сотни искусственных хрусталиков. Осваивались методики задней кератотомии, витрэктомии и возможность введения силикона в полость стекловидного тела. Главной задачей стало развитие технологии микрохирургии. Федоров ввел в повседневную практику операционный микроскоп, микрохирургический инструментарий. Исследования С.Н. Федорова заложили основы современной имплантологии.

1968 г. – склеропластика при близорукости, первые операции кератомилеза без замораживания, а уже в 1972–1974 гг. – первые операции радиальной кератотомии. С.Н. Федоров – пионер интраокулярной коррекции аметропии, им предложены факичные ИОЛ для коррекции высочайших степеней миопии и гиперметропии. В 1974 г. в руководимом им институте создан отдел лазерной хирургии, разработан метод лазерной инфракрасной кератопластики при гиперметропии и эксимерлазерная кератэктомия при миопии на отечественной лазерной установке «Профиль». Впервые в России проведена операция LASIK.

С 1965 г. С.Н. Федоров начинает работать в области кератопластики и кератопротезирования. Разработана технология сквозной кератопластики с трансплантатом большого диаметра, сквозная ступенчатая кератопластика. По его инициативе в 1988 г. создается Глазной банк – крупнейший в России и Европе.

В 1966–1968 гг. Святослав Николаевич проводит операции пересадки стекловидного тела при тяжелых гемофтальмах, а с 1972 г. – витрэктомии. В 1966 г. создан Центр диабета глаза.

В начале 70-х гг. С.Н. Федоровым предложены принципиально новые антиглаукомные операции – склерангулореконструкция и глубокая склерэктомия. А с середины 80-х гг. создается и успешно развивается непроникающая хирургия глаукомы и вазореконструктивные операции.

С.Н. Федоров предложил и реализовал оригинальные и уникальные организационные новшества: бригадный метод работы, арендный подряд, передвижные операционные с диагностическим комплексом оборудования на базе автобусов, теплохода, железнодорожного вагона; диагностический и хирургический конвейеры с широким использованием современной компьютерной техники.

Информация с сайта www.mntk.ru, фото с сайта www.archives21.ru



Мечты о новом институте.



Федоров с первой пациенткой.
«Все отлично!»

Хочу выразить благодарность работникам взрослой поликлиники № 9: врачу **Оксане Александровне Макаровой**, хирургической сестре **Анастасии Олеговне Гаранькиной**, а также работнику регистратуры **Оксане Викторовне Саренковой**. Я попал в беду – мне ампутировали ногу, слабость была такая, что я не мог даже двигаться, думал, что жизнь закончена. В таком состоянии меня выписали из больницы. Мои родные вызвали врача на дом – О.А. Макарову, и с этого момента во мне что-то изменилось. Внимательность, чуткость, добрые слова вернули меня к жизни. Ко мне была приставлена хирургическая сестра А.О. Гаранькина – молодая девочка, но, несмотря на это, чувствуется огромный профессионализм. Она знает свое дело, аккуратна, умеет успокоить больного, когда это необходимо. Очень признателен работнику регистратуры О.В. Саренковой, мои родные обращаются по возможности только к ней и всегда получают компетентный ответ или совет. Она всегда очень вежлива и спокойна, внимательна и доброжелательна. И не только с моими родными, ее хвалят все, кто к ней обращается в регистратуру. Для не совсем здоровых и немолодых людей это вдвойне приятно. Только добрые и признательные слова можно говорить об этих людях. Такая слаженная работа может быть выполнена только там, где есть гармония и профессионализм. Я очень надеюсь, что мое письмо к вам не останется без внимания и вы найдете способ, как-то отблагодарить этих людей. Заранее спасибо!

Юрий Евгеньевич Березанский

Огромное спасибо главному врачу Славгородской ЦРБ **Дмитрию Сергеевичу Григоровичу** за внимательное и отзывчивое отношение к людям. От чистого сердца желаю Вам оставаться уважаемым человеком, самым лучшим врачом и чудесным человеком своего счастья и высокого призвания.

**Гульсум Хабидуловна
Ромаданова**

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».

Хочется выразить огромную благодарность врачам Бийской ЦГБ **Сергею Александровичу Подковырову** (зав. хирургическим отделением), врачу-хирургу **Андрею Викторовичу Шмидту**, а также **Василию Николаевичу Горобцу** (зав. отделением анестезиологии и реанимации) за своевременное и профессиональное оказание помощи и спасение жизни моего мужа – Г.Г. Штыко. Также хочется поблагодарить средний и младший медицинский персонал отделений хирургии и реанимации за внимательное отношение и помощь.

Елена Тимофеевна Штыко

Хочу выразить благодарность врачам КГБУЗ «Михайловская ЦРБ», а именно: врачам-неврологам **Кириллу Викторовичу Митькину** и **Татьяне Николаевне Капелькиной**, а также врачу-терапевту **Татьяне Васильевне Кателиной**. Все они мне помогли встать на ноги, внимательно выслушивали все мои проблемы по состоянию здоровья и назначили очень эффективное лечение. Это «врачи от Бога», я их очень люблю. Желаю им и их семьям крепкого здоровья, добра и благополучия. Спасибо им за их нелегкий труд. А также хочу поблагодарить все отделение скорой помощи КГБУЗ «Михайловской ЦРБ». Они всегда мне оказывают помощь, очень внимательные, добросовестные, человечные, спасибо им от всей души!

**С уважением,
Вера Дмитриевна Гесенко**

Пишу по просьбе моей бабушки – Раисы Васильевны Чудаковой, 1940 года рождения. 21 октября 2018 года она потеряла сознание, сердце остановилось, пульса не было. Скорая приехала очень быстро, это и спасло ей жизнь. От всей нашей семьи выражаем огромную благодарность доктору скорой помощи **Роману Олеговичу Лаптеву**, который, не теряя ни минуты, провел реанимацию и вернул человека с того света. Хорошо, что есть такие люди – профессионалы своего дела, которым можно доверить жизнь! Спасибо Роману Олеговичу за неравнодушное и чуткое отношение, доброе сердце и золотые руки! Спасибо большое от всей души!

Ольга Игоревна Виноградова

Огромное спасибо хочу сказать перинатальному центру «ДАР». Спасибо Вам за ЭКО, Вы дарите людям возможность услышать долгожданные слова: «Поздравляем, Вы беременны». Это такое счастье, которое не передать словами. Отдельное спасибо **Е.В. Мыльниковой** – очень добрый и замечательный врач.

Юлия Ивановна Карпова

Хочу выразить благодарность доктору больницы города Заринска **Анатолию Игоревичу Какавину**. Попала к нему на прием с гнойной десной (флюс). Я испытывала большой страх, думала, что мне удалят зуб. Но он не только сохранил мне зуб, но и, проведя все необходимые манипуляции с десной, назначил мне лечение с учетом моего положения «кормящей матери». Я была поражена его учтивому отношению. Он подробно мне все объяснил. Даже в частных кабинетах не встретишь такого отношения. Я следовала его инструкциям, и у меня все прошло, и так быстро! Еще раз огромное спасибо!

Татьяна Селиверстова



Предотвратить диабет!

15 ноября в ТРЦ «Европа» в рамках межотраслевого взаимодействия прошла масштабная акция «День борьбы с диабетом», организатором которой выступил Краевой центр медицинской профилактики. В ней приняли участие специалисты центра здоровья городской больницы № 4, врачи Алтайского краевого наркологического диспансера, а также волонтеры – студенты-медики АГМУ. Мероприятие было направлено на повышение информированности населения о сахарном диабете и его профилактике.

Наталья Камышева,
фото автора



В выпуске использованы фотографии с сайтов zdravalt.ru, из архива редакции и открытых источников сети Интернет.

Алтайская краевая медицинская газета | 12+
Мы за ЗДОРОВЬЕ

Краевая медицинская газета. Издаётся с 17.06.1994 г.

Учредитель: КГБУЗ «Краевой центр медицинской профилактики».

Газета зарегистрирована Управлением Роскомнадзора по Алтайскому краю и Республике Алтай. Свидетельство ПИ №ТУ 22-00617 от 21.10.2016 г.

Редакция может публиковать материалы в порядке обсуждения, не разделяя точку зрения автора. Полную ответственность за точность приведенных фактов, цитат, статистических данных, собственных имен и прочих сведений несут лица, являющиеся источником информации.

Главный редактор – Н. С. Камышева, редактор – И. А. Савина

Издатель: КГБУЗ «Краевой центр медицинской профилактики».

Адрес: Алтайский край, г. Барнаул, ул. Ползунова, 23.

Адрес редакции: 656056, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Ползунова, 23. E-mail: medprof_typ@mail.ru.

Отпечатано в типографии ОАО «Апостроф»:

656056, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Партизанская, 17, кв. 5, тел. 8 (3852) 22-68-06.

ОГРН 1162225085956, ИНН 2223612890. Подписано в печать 20.11.18.

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