

Алтайская краевая медицинская газета | 12+

Мы

и **ЗДОРОВЬЕ**



№ 1 (715) 19 января 2023 г. | Издается с 17 июня 1994 г.

Здравоохранение края в 2022 году

➤ Стр. 4-6

«Аптек Алтай» станет больше

➤ Стр. 8-9

Филигранная работа

➤ Стр. 24-26

В праздники без помощи не оставили

3 января в региональном Министерстве здравоохранения состоялось видеоселекторное совещание с медицинскими учреждениями Алтайского края, посвященное работе системы здравоохранения в праздничные дни.

Все медицинские организации работали в штатном режиме. Министр здравоохранения **Дмитрий Попов** подчеркнул, что жители края должны беспрепятственно получать медицинскую помощь как в рабочие, так и в выходные и праздничные дни. Именно с этой целью был подготовлен Приказ по работе учреждений в новогодние каникулы. Он отметил, что 31 декабря, 1 и 2 января специалисты обзванивали кол-центры поликлиник и поликлинических отделений края с целью записаться на прием к терапевту или вызвать бригаду неотложной помощи. Дмитрий Попов вновь напомнил, что невозможность дозвониться до поликлиники приводит к увеличению нагрузки на скорую помощь.

Отделением экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации Краевой клинической больницы в первые дни 2023 года из районов края в специализированные клиники Барнаула было эвакуировано более 50 человек. Вертолетом 2 и 3 января доставлено четыре пациента. Также на месте в районах врачами отделения проведено 5 операций.

В праздничные дни Дистанционно-консультационный центр с выездными акушерскими и реанимационными бригадами Алтайского краевого перинатального центра «ДАР» продолжал вести мониторинг беременных женщин группы высокого и очень высокого риска, сейчас в регионе таких пациенток 60. В первые дни нового года реанимационной бригадой «ДАРа» из Мамонтовской ЦРБ вывезен новорожденный, сейчас малыш находится под наблюдением высококвалифицированных специалистов.

2023 год начался с назначений



9 января заместитель министра здравоохранения Алтайского края **Наталья Белоцкая** представила коллективу Алтайского краевого противотуберкулезного диспансера нового главного врача. Им назначен **Олег Войтов**.

С июня 2019 года Олег Андреевич возглавлял Каменскую межрайонную больницу.

«Главная задача, которая сегодня стоит перед новым руководителем вашего учреждения, – объединение фтизиатрической службы и модернизация противотуберкулезной помощи населению края. Я уверена, коллеги, что с вашей помощью и благодаря совместным усилиям эта задача будет успешно решена», – обратилась к сотрудникам диспансера **Наталья Белоцкая**.

Коронавирус не пройдет

В Алтайский край поступило 33 тысячи насадок-распылителей на шприц, используемые для вакцинации от коронавирусной инфекции.

Их получили все поликлиники и поликлинические отделения края, в которых проводится вакцинация взрослого населения. Раньше иммунизация от коронавируса проводилась только внутримышечно, теперь же получить вакцину можно интраназально.

«В соответствии с методическими рекомендациями от 17 июня 2022 года при назальной вакцинации также используется препарат «ГамКовидВак» («Спутник V»), отличается только способ введения.

Также с 9 января на должность главного врача барнаульской городской больницы № 10 назначен **Константин Печеников**. Его представил коллективу замминистра **Сергей Воронкин**. С 2017 по 2022 год Константин Печеников возглавлял Калманскую ЦРБ, с апреля 2022 года по настоящее время работал главным врачом Консультативно-диагностического центра медуниверситета.

С 10 января на должность главного врача стоматологической поликлиники № 1 г. Барнаула назначен **Юрий Козлов**. Он начал свою трудовую деятельность в 2007 году именно в этом медицинском учреждении, затем в течение 12 лет работал в стоматологической поликлинике АГМУ.

Медработник нажимает на поршень шприца, и вакцина впрыскивается в носовой ход с помощью насадки-атомайзера, а затем в виде мельчайших частиц оседает на слизистой носа. В результате образуются секреторные антитела, которые нейтрализуют вирус при попадании его в организм воздушно-капельным путем», – рассказала главный эпидемиолог Алтайского края **Ирина Переладова**.

Специалисты отмечают, что назальная вакцина используется, когда у человека нет насморка. После иммунизации врачи не рекомендуют в течение двух часов есть, пить, чихать, сморкаться и курить.

Новорожденных начали проверять тщательнее

С 1 января 2023 года всех новорожденных в Алтайском крае начали тестировать не на 5 наследственных заболеваний, как раньше, а на 36. Скрининг необходим для выявления детей, попадающих в группу риска и требующих тщательного наблюдения узкопрофильных специалистов, особенно в первый год жизни. Скрининг позволит выявить такие наследственные заболевания, как спинальная мышечная атрофия, фенилкетонурия, муковисцидоз, врожденный гипотиреоз, адреногенитальный синдром, галактоземия и многие другие.

В Алтайском крае биоматериал для проведения неонатального скрининга доставляется из медорганизаций в медико-генетическую консультацию Консультативно-диагностического центра Алтайского края для проведения скрининга на 5 заболеваний.

Далее для проведения расширенного скрининга направляется в НИИ медицинской генетики Томского НИМЦ.

Кровь для исследования берется на специальную тест-бланку из пятачки у доношенного новорожденного в первые двое суток, а у недоношенного – на 7-й день после рождения. Биоматериал в течение 24 часов с момента забора доставляется в лабораторию Консультативно-диагностического центра Алтайского края.

После выявления подозрения на наличие заболевания результаты направляются в референс-центр по подтверждающей диагностике врожденных и наследственных заболеваний в МГНЦ имени академика Н.П. Бочкова. В случае подтверждения родители получают от диагноста направление к узкопрофильному специалисту для дальнейшей консультации.

В Бийске закрыли ковидный госпиталь

В Бийске 10 января закрыли ковидный госпиталь городской больницы № 2, развернутый на базе бывшего родильного дома. Это связано со снижением заболеваемости коронавирусом в регионе.

– На момент закрытия в ковидном госпитале находились шесть пациентов. Троицких на долечивание перевели в терапевтические отделения, двоих доставили в инфекционное отделение ЦГБ, еще один пациент был выписан домой, – рассказывает **Ольга Каурова**, начальник медицинской части городской больницы № 2. – При этом новые

пациенты с COVID-19, если им требуется госпитализация, будут направлены в инфекционное отделение ЦГБ.

Ковидный госпиталь городской больницы № 2 был открыт в апреле 2020 года. В пик заболеваемости медицинское учреждение было переполнено, в сутки врачи принимали более 100 пациентов. За все время работы лечение в стационаре прошли 17 240 человек. И это не только бийчане, но и жители 11 соседних районов.

В настоящее время в ковидном госпитале проводят генеральную уборку и дезинфекцию.



Военным пенсионерам – бесплатные рецепты

Для лекарственного обеспечения военных пенсионеров Алтайского края заключен новый договор от 15.12.2022 № 58/к/595 между ФКУ «Объединенное стратегическое командование Центрального военного округа», г. Екатеринбург, и КГБУЗ «Городская поликлиника № 10, г. Барнаул» на лекарственное обеспечение военных пенсионеров по бесплатным рецептам за счет средств Минобороны России на сумму 11,0 млн рублей, предусмотренных на 2023 год.

Военные пенсионеры обеспечиваются по бесплатным рецептам в соответствии с перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, утвержденным Распоряжением Правительства Российской Федерации, в рамках выделенных Министерством обороны Российской Федерации финансовых средств.

За выпиской бесплатных рецептов, в том числе в форме электронного документа, военные пенсионеры обращаются в государственные медицинские организации по месту проживания, за получением лекарственных препаратов – в государственные, муниципальные, частные аптечные организации, прикрепленные к медицинской организации и осуществляющие отпуск лекарственных препаратов по бесплатным рецептам.

В г. Барнауле – в аптечные пункты АКГУП «Аптеки Алтай» по адресам: ул. А. Петрова, 124, ул. Г. Титова, 21, Павловский тракт, 277а, ул. Малахова, 111, пр. Красноармейский, 79, пр. Ленина, 87, р. п. Южный, ул. Белинского, 13.

Приказ о порядке обеспечения военных пенсионеров от 11.04.2017 № 134 и перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов размещены на официальном сайте Министерства здравоохранения Алтайского края в разделе: «Населению» – «Льготное лекарственное обеспечение».

Здравоохранение края в 2022 году

Министр здравоохранения Алтайского края Дмитрий Попов в декабре подвел предварительные итоги 2022 года и обозначил задачи на 2023-й.



Снижение смертности населения

– Основной показатель работы системы здравоохранения – это уровень смертности населения. По оперативным данным ведомственной статистики, за 11 месяцев 2022 года в Алтайском крае умерли 30 298 человек, что на 9181 человек меньше (на 23,3%), чем за аналогичный период 2021 года (39 479 человек). Показатель смертности снизился на 23,3% и составил 14,4 на 1000 населения, за 11 месяцев 2019 года показатель составлял 18,8 на 1000 населения.

В трудоспособном возрасте за 11 месяцев 2022 года в Алтайском крае умерло 6926 человек, что на 1120 человек меньше (на 13,9%), чем за аналогичный период 2021 года (8046 человек). Показатель смертности снизился на 13,9% и составил 610,6 на 100 тысяч трудоспособного населения. За 11 месяцев 2021 года показатель составлял 709,3 на 100 тысяч трудоспособного населения.

Министр назвал в качестве основных причин смертности следующие:

- 1. Болезни системы кровообращения**, которые составляют 31,6% от всех умерших. Показатель смертности составил 192,8 на 100 тысяч населения (11 месяцев 2021 года – 211,1).
- 2. Внешние причины смерти**, которые составляют 20,7% от всех умерших. Показатель смертности составил 226,6 на 100 тысяч населения (11 месяцев 2021 года – 127,2).
- 3. Новообразования**, в том числе злокачественные, которые составляют 14% от всех умерших. Показатель смертности составил 85,3 на 100 тысяч населения (11 месяцев 2021 года – 96,7).
- 4. Инфекционные заболевания**, которые составляют 9,3% от всех умерших. Показатель смертности составил 56,5 на 100 тысяч населения (11 месяцев 2021 года – 59,3).
- 5. Болезни органов пищеварения**, которые составляют 8,6% от всех умерших. Показатель смертности составил 52,4 на 100 тысяч населения (11 месяцев 2021 года – 52,1).

6. Болезни органов дыхания, которые составляют 4,5% от всех умерших. Показатель смертности составил 27,6 на 100 тысяч населения (11 месяцев 2021 года – 39,6).

7. Смертность от COVID-19 – 3,7% от всех умерших. Показатель смертности составил 22,7 на 100 тысяч населения (11 месяцев 2021 года – 72,7).

– В начале года было определено, что в 2022 году акцент в работе поликлиник и поликлинических отделений сделаем на диспансерном наблюдении. Это периодическое обследование пациентов, у которых есть хронические заболевания. Регулярное детальное наблюдение за этой категорией позволит нам значительно снизить смертность. Во время осмотров доктор может своевременно выявить или предупредить осложнение и обострение заболевания, провести их профилактику, а также эффективную реабилитацию после перенесенных осложнений. Сегодня на диспансерном наблюдении находятся 1,2 млн человек, которые нуждаются в постоянном наблюдении врачей.

Нами были разработаны дополнительные организационные мероприятия. Утвержден состав рабочей группы по организации диспансерного наблюдения пациентов, которая выезжает в поликлиники. Во время поездок врачи, медицинские сестры, медицинские работники ФАПов, операторы контакт-центров показывают на практике, как организован процесс диспансерного наблюдения в их учреждениях. Провели по округам обучающие мастер-классы.

Регулярно заслушиваем главных врачей, которые защищают свои планы по снижению смертности от болезней системы кровообращения путем диспансерного наблюдения. В первом полугодии диспансерное наблюдение прошли более 140 тыс. человек, которые имеют сердечно-сосудистое заболевание в сочетании с другим хроническим заболеванием, так как в этой категории высока вероятность высокой смертности.

Сейчас мы продолжаем наблюдение за этими пациентами уже дистанционно – их обзванивают операторы кол-центра, задают вопросы об их состоянии. Уже сегодня мы видим снижение смертности в этой группе, уменьшение количества вызовов скорой помощи.

Оснащение медицинских учреждений

– Мы завершили строительство 18 новых ФАПов, на завершающем этапе строительство 10 врачебных амбулаторий и одного центра общей врачебной практики. Также в 2022 году продолжалось строительство поликлиники в Советском районе, городской поликлиники № 14 и городской больницы № 3 в Барнауле. Полным ходом идут капитальные ремонты 12 объектов, среди которых есть ФАПы, амбулатории и поликлиники. До конца года будут завершены работы в детской городской поликлинике № 5 Барнаула.

За последние четыре года в крае построено 86 объектов здравоохранения. Среди них 72 ФАПа, 12 врачебных амбулаторий, большинство из которых открыты в селах края. С 2018 года отремонтировано 758 медицин-

ских структурных подразделений в 69 муниципальных образованиях, на это направлено из краевого бюджета свыше 6,3 млрд рублей и 199 млн из федерального бюджета.

Стоит также сказать об обновлении автопарка службы скорой медицинской помощи и центральных районных больниц. С 2019 по 2022 год в Алтайский край поступило 153 автомобиля класса В и С как за счет федерального, так и краевого бюджетов, 32 из них приобретены в этом году.

В этом году была продолжена работа по установке тяжелого оборудования для диагностики и лечения. Кроме этого, с целью внедрения дистанционных методов диагностики центральные районные и городские больницы получили 110 электрокардиографов.

Кадровый вопрос в здравоохранении

– Вопрос кадрового обеспечения медицинских учреждений самый серьезный. Мы неоднократно убеждались в том, что уровень развития здравоохранения определяет общий уровень качества жизни жителей Алтайского края, обеспечение качественной и своевременной медпомощи – это база. Сегодня в регионе работают 7711 врачей, 19 870 средних медицинских работников. Нехватка кадров – 1500 врачей и 900 средних медработников исходя из федеральной методики расчета.

В 2022 году на заседании Правительства был принят комплекс мероприятий по привлечению и закреплению специалистов медицинской отрасли, который был закреплён законом Алтайского края:

Так, по привлечению специалистов в отрасль действуют:

1. Программа по переводу студентов-платников на бесплатное целевое обучение. Мы компенсируем до 170 тысяч в год на оплату обучения будущих терапевтов и педиатров, таким образом ежегодно увеличивая долю студентов-целевиков. В настоящее время обучается 211 студентов по лечебному делу и педиатрии.

Также действует региональная программа компенсации расходов

на оплату обучения в ординатуре (действует с 2019 года). В настоящее время обучается 53 ординатора (24 – выпуск 2023 года, 29 – выпуск 2024 года). В 2022 году выпуск участников программы – 18 ординаторов, все 100% трудоустроены.

2. Реализуется целевая подготовка фельдшеров для ФАПов и скорой помощи. Для студентов предусмотрены меры материального стимулирования в размере 50 тыс. рублей в год. Для последующего трудоустройства в ФАПы и в отделения скорой медицинской помощи ЦРБ и ЦГБ в настоящее время обучаются 90 будущих фельдшеров, из краевого бюджета им выплачивается стипендия в размере 50 тыс. рублей в год.

3. Привлеченным специалистам из других государств (ближнее зарубежье) из краевого бюджета возмещают средства на прохождение профессиональной переподготовки, позволяющей подтвердить сертификат или получить новую специальность.

С целью закрепления медработников законом гарантированы:

1. Ежемесячная выплата фельдшерам, трудоустроившимся в течение 6 месяцев после получения допуска к профессиональной деятельности, в первые 3 года работы, в общей сумме 360 тыс. рублей за 3 года. Эти выплаты получают 82 фельдшера.

2. Ежемесячная выплата врачам-терапевтам участковым и врачам-педиатрам участковым, трудоустроившимся в течение 6 месяцев после получения допуска к профессиональной деятельности, в первые 3 года работы, в общей сумме 540 тыс. рублей за 3 года. Ее получают 106 участковых врачей.

3. Ежемесячные выплаты в размере 10 тыс. рублей специалистам особо востребованных специальностей межрайонных медицинских центров за разъездной характер работы. Их получают 24 специалиста.

4. Ежемесячные выплаты наставникам молодых специалистов в размере 1 тыс. рублей в течение первого года работы за каждого молодого

Продолжение на стр. 6 >>

«Продолжение. Начало на стр. 4-5»

специалиста. Такие выплаты получает 261 наставник.

Задачи на 2023 год

– На отрасль «Здравоохранение» за счет средств краевого и федерального бюджетов предусмотрено 13,2 млрд рублей. Предусмотренные средства будут направлены на финансовое обеспечение территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в сумме 9,28 млрд рублей, при этом ожидаемый прирост территориальной программы за счет средств краевого бюджета планируется на уровне 4,7% по сравнению с 2022 годом (8,86 млрд рублей). Также предусмотренные средства планируется направить на реализацию региональных проектов в рамках нацпроекта «Здравоохранение», лекарственное обеспечение отдельных категорий граждан.

Бюджет на отрасль «Здравоохранение» за счет средств обязательного медицинского страхования предусмотрен в сумме 42,2 млрд рублей. Средства, выделенные в рамках национального проекта «Здравоохранение», будут направлены на переоснащение медицинским оборудованием как ЦРБ, так и специализированных клиник Барнаула. Продолжится строительство ФАПов по проекту «Модернизация первичного звена здравоохранения» – в 2023 году мы планируем открыть 9 новых ФАПов и 4 амбулатории.

Продолжим обеспечение медицинских организаций тяжелым оборудованием. В 2023 году мы запланировали приобретение оборудования для холтеровского мониторирования, с помощью которого диагностируются скрытые сердечно-сосудистые заболевания, и аппараты для суточного мониторирования артериального давления.

Информация предоставлена пресс-службой Министерства здравоохранения Алтайского края

Лучше «видеть» - лучше лечить



В декабре 2022 года в Краевой клинической больнице была введена в работу новая ангиографическая установка. Ее установили взамен прежней, устаревшей.

Установленный ангиограф – оборудование нового поколения, с более широкими возможностями. С момента установки примерно за половину декабря с его помощью было выполнено несколько десятков сосудистых исследований, операции баллонной ангиопластики, прооперировано несколько пациенток с миомами матки.

Этот аппарат позволяет выполнять исследования и проводить операции

в любой части сосудистой системы. О возможностях нового ангиографа рассказал **Денис Арзамасцев**, заведующий отделением рентген-операционных методов диагностики и лечения № 2 Краевой клинической больницы.

Один из пациентов, которого прооперировали с использованием нового оборудования, – **Сергей Гаврилов**. Говорят, что инфаркты молодеют, и

Около
4500

тыс. исследований проводится в отделении рентген-операционных методов диагностики и лечения № 2 ККБ в год.

случай Сергея это подтверждает: в 39 лет у него произошел инфаркт. Хирурги отделения с помощью нового ангиографа установили ему стенты, чтобы расширить просвет коронарных сосудов. Операция была малоинвазивной, пациент уже чувствует себя хорошо.

По словам Дениса Арзамасцева, в отделении три операционных, которые оснащены подобными ангиографическими установками. Пришедшее на замену одной из них оборудование обладает более широким спектром возможностей. Но главное: оно уменьшает дозу облучения, которую получает пациент. Среди плюсов – более качественное изображение. Ангиографическая установка позволяет вести диагностический поиск заболеваний сосудистой системы, а также решать такие задачи, как расширение сосудистого просвета и эмболизирующие операции для прекращения кровоснабжения опухолей.

– Установка может выполнить 3D-реконструкцию с параллельным исследованием «карты дороги». То есть раньше мы могли видеть, куда движется наш инструмент, только в двухмерном изображении. Теперь мы это видим в трехмерном изображении и можем в реальном времени изменять положение трубки, сохраняя в фокусе ту область, которая нас интересует, и более четко контролировать инструмент. В современной установке существует и такая опция, как исследование ранее установленных в коронарных сосудах стентов и тому подобное. Мы можем при позициони-

В тему

Новое оборудование в конце 2022 года было установлено также в Алтайском краевом онкологическом диспансере. Здесь начали лечить пациентов с помощью уникального линейного ускорителя.

HalcyonElite – новейшая модель в линейке оборудования для 3D-конформной лучевой терапии американской компании VARIAN. Аппарат приобретен за счет средств федеральной программы «Борьба с онкологическими заболеваниями».

Внешне HalcyonElite напоминает компьютерный томограф. Функциональные возможности нового аппарата, помимо продуцирования направленного пучка ионизирующего излучения, также включают методики компьютерной томографии. Благодаря встроенной рентгеновской трубке осуществляется технология объемной реконструкции изображений, что значительно повышает точность прицела, следовательно, и эффективность лечения.

Также это позволяет уменьшить лучевую нагрузку на пациентов и сократить количество побочных

эффектов так называемой постлучевой болезни.

Специалисты оценили возможности нового ускорителя.

– Подвижная часть аппарата, предназначенная для наведения пучка ионизирующего излучения на пациента, делает 2,5–3 оборота в минуту, в то время как линейные ускорители ClinacX и Unigue, на которых мы лечили до сих пор, совершают менее одного оборота в минуту. Это позволит нам лечить в два раза больше пациентов, чем прежде, – рассказал заведующий отделом радиотерапии Алтайского краевого онкологического диспансера **Сергей Глов**.

HalcyonElite считается универсальным аппаратом одной энергии – на нем можно лечить все самые часто встречающиеся раковые опухоли. В краевом онкодиспансере, руководствуясь опытом коллег-радиотерапевтов из других регионов, ему «доверяют» прежде всего онкопатологии органов малого таза (гинекология, урология и проктология), а также опухоли головы и шеи – как для радикального лечения, так и паллиативной помощи.

ровании нового стента внутри предыдущего (при ре-стенозах) более четко видеть границы предыдущего стента, чтобы не заходить за них. Это снижает риски воздействия на больного, улучшает результат операции, и самое главное – мы таким образом боремся с возможными осложнениями, у нас теперь больше вариантов для их профилактики, – говорит заведующий отделением. – Эта ангиографическая установка позволяет выполнять любые диагностические и лечебные процедуры на любом сосудистом бассейне.

Область применения установки – весьма широкая: кардиология, сосудистая хирургия, нейрохирургия, урология и гинекология. Она используется при лечении больных с геморрагическими и ишемическими инсультами, острым коронарным

синдромом, инфарктом миокарда, хронической ишемической болезнью сердца, другими кардиологическими патологиями. По лечению заболеваний урогинекологического профиля, прежде всего пациенток с миомами матки, в ККБ выполняют наибольший объем процедур в России.

Новое оборудование позволяет проводить на стыке рентгеновских и эндоскопических методов малоинвазивным способом сложные операции, которые ранее либо не могли быть выполнены, либо были очень травматичными с негарантированным результатом.

Информация и фото предоставлены пресс-службой Министерства здравоохранения Алтайского края. Использована информация АКОД «Надежда»

«Аптек Алтай» станет больше



В конце 2022 года министр здравоохранения Алтайского края Дмитрий Попов озвучил планы по расширению сети АКГУП «Аптеки Алтай». Руководитель предприятия Ольга Халковская рассказала об этих планах подробнее.



«Аптеки Алтай» – единственная в крае государственная сеть аптек. Она

ведет прием, учет, хранение и отпуск льготных лекарств, препаратов для лечения редких заболеваний у детей и препаратов для вакцинации.

Сеть предприятия включает 139 аптек, расположенных по всему краю. В 2022 году зона ответственности АКГУП увеличилась за счет присоединения к ней муниципальных аптек Бийской зоны, Чарышского, Павловского, Тогульского районов. К примеру, в 2022 году аптека этой сети была открыта в селе Новиково Бийского района, в котором проживает около тысячи человек. До этого в аптеку им приходилось ездить за 60 километров. Открытие в Новиково аптеки – ответ краевой власти на обращения жителей села.

Руководитель АКГУП «Аптеки Алтай» Ольга Халковская говорит, что основная миссия предприятия – социальная: сделать получение лекарственных препаратов для населения края, особенно для сельских жителей, доступнее. «Коммерческим организациям открывать аптеки в селах нерентабельно, а у нас есть такая возможность, и мы берем на себя эту

ответственность», – говорит Ольга Халковская.

Дмитрий Попов, министр здравоохранения Алтайского края, сказал о расширении «Аптек Алтай» на онлайн-пресс-конференции 20 декабря следующее:

– Эта тема всегда социально обусловленная, и те аптечные пункты, которые сегодня представлены в регионе, в значимой мере страхуют население в части лекарственного обеспечения. В первую очередь это льготное лекарственное обеспечение, возможность получения лекарств вплоть до фельдшерско-акушерских пунктов. Год от года мы прирастаем по количеству аптечных пунктов, которые относятся к этой государственной структуре. Задачу перед собой ставим – дальнейшее усиление и расширение сети аптек в 2023 году. Где-то это происходит в виде замещения муниципальных аптек. Также мы ставим задачу перехода на электронные сервисы, в том числе на электронные рецепты. В течение 2022 года мы готовились к этому, и сейчас готовность достаточно высокая в отношении

льготных категорий пациентов – более 90% сегодня имеет возможность выдачи рецепта в электронном формате. Задача 2023 года – коммерческий сегмент препаратов также перевести на электронные сервисы. Для населения это возможность с помощью своего смартфона увидеть, в какой аптеке есть назначенные препараты, если требуется, их заказать.

Что ждет «Аптеки Алтай» в 2023 году? По словам Ольги Халковской, на базе «Аптек Алтай» начнут тестировать пилотный проект по внедрению приложения по выдаче электронных рецептов на препараты коммерческого сегмента. Пациенты смогут установить себе это приложение на смартфон. Когда им выпишут рецепт, приложение уведомит их об этом. В аптеке достаточно будет показать провизору QR-код на экране смартфона, провизор его отсканирует и отпустит рецептурный препарат.

Для пациентов льготных категорий примерно 90% выписываемых рецептов – электронные. Врачи работают в единой системе онлайн и в момент выписки рецепта видят, сколько того или иного препарата есть в данный момент в прикрепленной к учреждению аптеке. Сотрудник аптеки при обращении пациента или его законного представителя открывает данный рецепт и выдает препарат, а при его отсутствии ставит на отложенный спрос. Также в этой программе медицинская организация может создать ходатайство на заказ дорогостоящих препаратов или препаратов для вновь выявленных пациентов.

Из уже введенных в практику «Аптек Алтай» технологических новшеств – робот-информатор, который обзванивает пациентов и уведомляет их о том, что в аптеке появилось назначенное им лекарство и его можно забрать. В день он совершает около 600 звонков и тем самым снимает нагрузку по информированию со специалистов сети.

В 2023 году АКГУП планирует открыть первую в Барнауле производственную аптеку. Она будет расположена по адресу ул. Малахова, 111. Это будет третья производственная

аптека в крае, другие две расположены в Завьяловском и Рубцовском филиалах сети. По словам руководителя предприятия, в барнаульской аптеке будут производить антигриппин и глюкозу в порошках, растворы магния сульфат и новокаина, капли протаргол, раствор Люголя с глицерином, лосьон «Утро-вечер». Методика производства этих препаратов была разработана в регионе – в этом участвовали специалисты «Аптек Алтай», ряда поликлиник и АГМУ. Себестоимость таких препаратов будет ниже, чем у изготовленных на фармзаводах. Кроме того, на базе этой аптеки будут обучаться фармацевтическому делу студенты медицинского университета и медицинского колледжа.

Ряд аптек откроется в районах Барнаула. Одна из них будет расположена на базе барнаульской поликлиники № 14. Жители быстрорастущего микрорайона, который обслуживает поликлиника, смогут приобретать лекарства сразу после приема врача. Другая аптека сети откроется в поселке Кирова – на базе ФАП поликлиники № 1, строительство которого завершается.

Кроме того, в районах края в рамках анонсированного Дмитрием Поповым расширения сети будет происходить передача муниципальных аптек предприятию «Аптеки Алтай». Это, по словам министра, снимет «аптечную» нагрузку с муниципалитетов.

Вместе с тем, как отмечает Ольга Халковская, «Аптеки Алтай», как и другие учреждения здравоохранения, испытывают кадровый дефицит и пытаются его решать.

– Сегодня коллектив «Аптек Алтай» – 521 человек, из которых 269 – специалисты с высшим и средним фармацевтическим образованием. Проблема с кадрами стоит остро, особенно в сельских местностях. Мы заключаем со студентами договоры целевого обучения, привлекаем специалистов государственными гарантиями выплаты заработной платы и соблюдения трудового распорядка, предоставления им возможности повышения квалификации.

Подготовила Елена Клишина

Новости

Новый корпус к 2025 году

В Барнауле началось строительство нового хирургического корпуса Алтайского краевого клинического центра охраны материнства и детства.

По состоянию на декабрь подрядчик – строительная компания «Селф» – подготовил котлован под фундамент и устанавливал буронабивные сваи. Работы по расчистке площадки начались в июле 2022 года. Новый восьмизэтажный корпус планируется построить к 2025 году.

Строительство ведется в рамках регионального проекта «Развитие детского здравоохранения Алтайского края, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям» национального проекта «Здравоохранение». На эти цели выделено 3,8 млрд рублей из федерального бюджета и 108 млн рублей из краевого на условиях софинансирования.

В новом корпусе разместятся пять отделений АККЦОМД: хирургическое, онкологическое, травматологическое, урологическое и ортопедическое. Как пояснили в центре, также теперь дети смогут получать помощь нейрохирургического профиля, не выезжая за пределы Алтайского края. Пока такое лечение они проходят в Новосибирской области.

Общая площадь корпуса – более 19 тыс. кв. м. На этой площади будут работать семь операционных. Коечный фонд – 165 койко-мест.

По словам **Юрия Тена**, заместителя главного врача по хирургии АККЦОМД, новый корпус позволит увеличить количество проводимых операций примерно в полтора раза. Сейчас в центре выполняют более пяти тысяч операций в год, в том числе около трех тысяч полостных операций. Также ожидают, что вырастут и объемы высокотехнологичной помощи, так как в новый корпус поступит и новое оборудование.

Правила гигиены для будущих женщин

В течение 2023 года Минздрав РФ будет проводить региональные тематические недели по профилактике заболеваний и поддержке здорового образа жизни. Во второй половине января пройдут Неделя профилактики неинфекционных заболеваний и Неделя информированности о важности диспансеризации и профилактических осмотров.



Олеся Булганина, главный внештатный специалист – гинеколог детского и юношеского возраста Министерства здравоохранения Алтайского края, кандидат медицинских наук, заведующая центром охраны репродуктивного здоровья подростков КГБУЗ «АККЦОМД», ассистент кафедры акушерства и гинекологии с курсом ДПО АГМУ, в рамках этих мероприятий осветила темы репродуктивного здоровья девочек и подростков.

По словам специалиста, в настоящее время высок уровень заболеваемости урогенитальными инфекциями среди девочек и девушек. Первое место сре-



ди поражений урогенитального тракта у девочек занимают вульвовагиниты. Среди факторов развития заболевания – несоблюдение правил гигиены.

Половое развитие девочки состоит из нескольких периодов: внутриутробный, период новорожденности, детство (от 1 года до 8 лет), препубертатный (от 8 лет до первой менструации), пубертатный (I фаза – от первой менструации до 14 лет включительно и II фаза – юношеский от 15 до 17 лет включительно). Каждый период имеет свои анатомо-физиологические особенности и рекомендации по интимной гигиене.

Период новорожденности

Уход за половыми органами младенцев заключается в своевременной смене подгузников (каждые 1,5–2 часа, но не реже чем через 3 часа) и в подмывании струей проточной теплой воды с

последующим просушиванием (не вытирая, а промокая) мягкой салфеткой или пеленкой. Обычно это делается чисто вымытой рукой в направлении спереди назад, то есть к заднему проходу. Туалет полезно заканчивать смазыванием наружных половых частей стерильным растительным маслом (оливковым, персиковым, подсолнечным) или гипоаллергенными косметическими средствами для младенцев, а также воздушной процедурой без подгузника в течение 5–10 минут при комнатной температуре без сквозняков.

Детство

Ближе к трем годам девочку нужно научить пользоваться туалетной бумагой после опорожнения кишечника. При туалете девочки взрослые должны использовать разные руки для обмывания анальной зоны и на-

Важно!

Не рекомендуется использовать для туалета половых органов малышей мыло, мочалки, отвары трав, раствор марганцовки, асептики и антисептики, другие средства – только чистая теплая вода.

Ни в коем случае не надо мыть половые органы девочки в тазу или ванночке.

ружных половых органов. Перед началом обмывания и при смене рук их нужно вымыть с мылом. Обмывание производится, начиная с анальной зоны, по направлению к копчику, затем выполняется туалет половых органов по направлению спереди назад.

Девочка должна постоянно носить трусики, их нужно менять каждый день. Детское белье не должно быть изготовлено из синтетических материалов, быть тесным, обтягивающим, с давящими резинками. У малышки должно быть свое полотенце для половых органов, ее белье нужно стирать отдельно от вещей взрослых. От подгузников следует отказаться не позднее полутора лет.

Препубертат

В период с 8 лет и до первой менструации в организме девочки происходит много изменений: меняется гормональный фон, появляются вторичные половые признаки, изменяются и сами половые органы. В связи с этим меняются и гигиенические рекомендации. Так как реакция среды влагалища в этом периоде под нарастающим влиянием эстрогенов приближается к кислой, рекомендуется в этом возрасте применять средства для интимной гигиены со слабощелочным pH для поддержания физиологического биоценоза влагалища. Средство для интимной гигиены должно соответствовать происходящим изменениям, мягко защищать и поддерживать физиологическую микроэкологию наружных половых органов девочки.

Продолжение на стр. 12 >>

Профилактические осмотры

В каком возрасте девочки проходят профилактические осмотры у врача-гинеколога?

Согласно приказу Минздрава РФ от 20 октября 2020 г. № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» профилактический осмотр девочек врачом – акушером-гинекологом проводится в возрасте 3, 6, 13, 15, 16 и 17 лет включительно. В остальные возрастные периоды осмотр проводит врач-педиатр и при наличии показаний направляет девочку к врачу – акушеру-гинекологу.

Для чего нужно проходить профилактические осмотры?

Профилактические осмотры девочек акушером-гинекологом проводятся с целью предупреждения и ранней диагностики гинекологических заболеваний и патологии молочных желез.

По результатам профилактических осмотров формируются группы здоровья (5 групп). Девочки из 1-й и 2-й группы здоровья подлежат плановым профилактическим осмотрам врачом – акушером-гинекологом. Девочки 3, 4 и 5-й групп здоровья подлежат лечению, за ними устанавливается диспансерное наблюдение по месту жительства.

Как проводится профилактический осмотр?

При проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних врач – акушер-гинеколог спрашивает, есть ли жалобы, оценивает менструальную функцию, проводит общий осмотр, измеряет рост и массу тела, определяет степень их соответствия возрастным нормативам, оценивает степень полового развития, проводит осмотр

и ручное исследование молочных желез и наружных половых органов, консультирует по вопросам личной гигиены и полового развития.

В каком возрасте девочка может самостоятельно обратиться к врачу-гинекологу?

Девочки старше 15 лет могут самостоятельно обращаться к гинекологу.

Какие патологии молочных желез встречаются у девочек-подростков?

Чаще всего встречается мастопатия (доброкачественная дисплазия молочной железы), нелактационный мастит (воспаление молочной железы), патологические выделения из сосков молочных желез, мастодения – болезненность в молочных железах без органической патологии.

Какие заболевания в подростковом возрасте могут привести к бесплодию?

Наиболее распространенными причинами бесплодия признаны инфекции, передающиеся половым путем, аномалии развития матки и маточных труб, нарушения менструальной функции. К бесплодию чаще всего приводят аборт и самопроизвольные выкидыши, а также спаечный процесс, возникающий после оперативных вмешательств на органах малого таза или на фоне хронического воспалительного процесса. По статистике, в России бесплодна примерно каждая пятая супружеская пара. Причиной бесплодия могут быть нарушения репродуктивной системы у одного или обоих супругов. При этом женский фактор служит причиной бесплодия в браке в 45% случаев, мужской – в 40%, сочетанный – в 15% случаев.

«Продолжение. Начало на стр. 10-11»

Пубертат

В I фазу пубертатного периода появляются слизистые выделения, pH влагалища становится стойко кислым. При таких условиях болезнетворным микроорганизмам гораздо проще преодолеть защитные барьеры и вызвать воспалительный инфекционный процесс. Действенную защиту обеспечивают профилактические мероприятия – строгое соблюдение правил интимной гигиены. С 15 лет начинается II фаза пубертатного периода, и на этом этапе развития репродуктивной системы девушка уже осознанно должна ориентироваться в гигиенических правилах и ежедневно соблюдать их.

На заметку

Шесть главных правил интимной гигиены:

1. Кожа промежности и наружные половые органы всегда должны быть чистыми. На них не должно оставаться остатков каловых масс, мочи и других выделений.
2. Принимать душ следует не реже 2 раз в сутки и по мере необходимости.
3. Подмываться нужно теплой водой, чистыми руками. При желании и по показаниям следует использовать жидкое мыло для интимной гигиены, которое лучше покупать в аптеке.
4. Подмывать зону анального отверстия и наружные половые органы следует разными руками, предварительно вымытыми с мылом.
5. Для ухода за половыми органами лучше не пользоваться мочалками, а влагу после мытья следует промокать, а не вытирать, чтобы не поцарапать нежную слизистую оболочку половых органов.
6. Полотенце должно быть чистым, мягким и строго индивидуальным. Это является профилактикой провоцирующего фактора в отношении инфицирования, в том числе и половых путей.

Новый взгляд на профилактику преждевременных родов



Тема преждевременных родов очень актуальна, так как сопряжена с высокой смертностью и заболеваемостью новорожденных. Помощь таким детям требует очень больших материальных затрат, зачастую большие суммы не могут позволить себе не только родители недоношенных детей, но и лечебные учреждения, в том числе с государственной и страховой медициной. Поэтому эта тема обсуждается постоянно.

Преждевременные роды (ПР) являются важнейшей проблемой, потому что дети, которые рождаются «слишком рано», недостаточно развиты для внеутробной жизни и могут иметь серьезные проблемы со здоровьем. Некоторые проблемы со здоровьем, такие как церебральный паралич, могут длиться всю жизнь. Другие проблемы, такие как сниженные способности к обучению, могут

появиться позже в детстве или даже во взрослом возрасте.

Распространенность ПР (28–36 недель и 6 дней беременности) в Российской Федерации остается стабильной на протяжении последних 10 лет, и в 2018 году составила 6% от общего числа родов. ПР являются причиной неонатальной смертности, младенческой смертности и отдаленных неврологических последствий

у детей. Среди рожденных в сроке 22–23 недели и 6 дней смертность в течение нескольких недель составляет 97–98%, при этом только 1% выживает без нарушений развития нервной системы. Среди рожденных в сроке 24 недели – 24 недели и 6 дней 55% новорожденных выживают, но только 32% не имеют неврологических дефицитов в возрасте 18–22 месяцев жизни.

Что такое преждевременные роды?

Преждевременные роды – это роды, наступившие в сроки беременности от 22 до 36 недель и 6 дней, при этом установление срока беременности определяется на основании данных о 1-м дне последней менструации (при регулярном менструальном цикле) и УЗИ плода, выполненном в 1-м триместре.

Преждевременные роды определяются как регулярные сокращения матки, приводящие к изменениям в шейке матки. Изменения в шейке матки включают ее сглаживание (шейка укорачивается) и расширение (шейка открывается, что способствует попаданию плода в родовые пути).

Причины наступления преждевременных родов

Научно доказана связь преждевременных родов с инфекцией нижних половых путей. Инфекционно-воспалительный процесс приводит к:

- повышению сократительной активности матки, с появлением схваток;
- изменениям плодных оболочек (в том числе децидуальной), в основном воспалительного генеза с последующим преждевременным их разрывом;
- несостоятельности шейки матки с развитием истмико-цервикальной недостаточности.

В 70–80% преждевременные роды бывают спонтанные, которые начинаются либо с родовой деятельности (60–70%), либо с преждевременного излития околоплодных вод (30–40%).

Это важно!

Симптомы возможного начала преждевременных родов

Повышение тонуса матки, боли в нижних отделах живота, поясничной области, чувство распирания во влагалище, выделения из половых путей. В момент раскрытия шейки матки возможны тошнота и рвота. Для начавшихся преждевременных родов характерны жалобы на регулярные схваткообразные боли в животе.

При наличии вышеперечисленных жалоб беременная женщина должна обязательно обратиться к акушеру-гинекологу для дообследования и определения дальнейшей тактики ведения!

В 20–30% преждевременные роды бывают индуцированными (вызванные искусственно по медицинским показаниям), со стороны матери или плода.

Диагностика преждевременных родов

Преждевременные роды можно диагностировать только при обнаружении изменений в шейке матки. Акушер-гинеколог проводит мануальное обследование, чтобы определить, есть ли изменения в шейке матки. Для измерения длины шейки матки проводится трансвагинальное ультразвуковое исследование.

Методы профилактики для предотвращения преждевременных родов

Ключевым моментом в профилактике любого осложнения беременности является прегравидарная подготовка женщины. В настоящее время существуют методы диагностики угрожающих преждевременных родов (УЗИ). Для успешной про-

На заметку

Факторы риска, провоцирующие преждевременные роды

- Раннее начало половой жизни;
- наркомания и курение, стрессы;
- отягощенная наследственность по ПР;
- наступление беременности в возрасте менее 18 или больше 34 лет;
- осложнения предшествующей беременности: плацентарная недостаточность, преэклампсия, ЗРП;
- преждевременные роды в анамнезе;
- экстрагенитальные заболевания: АГ, гипертиреоз, заболевания сердца, анемия, тромбофилии;
- перенесенная вирусная инфекция, инфекции мочеполовой системы, ИППП до и во время беременности, наличие условно патогенной и патогенной флоры в половых путях;
- пороки развития матки;
- хирургические операции во время беременности, особенно на органах брюшной полости, или травмы;
- перерастяжение матки: многоводие, многоплодие, макросомия при СД;
- беременность после ЭКО;
- короткий межгестационный интервал;
- угроза прерывания во время настоящей беременности.

филактики преждевременных родов целесообразно учитывать факторы риска, начиная с прегравидарного этапа, с целью точечного воздействия на управляемые проблемы.

• При планировании беременности женщина должна провести обследование на ИППП (инфекция является главным фактором развития преждевременных родов).

При обнаружении ИППП должна быть проведена эррадикация с вос-

Продолжение на стр. 14 >>

«Продолжение. Начало на стр. 12-13»

становлением влагалищной микрофлоры.

- Для снижения риска ПР на этапе планирования беременности не рекомендовано рутинное применение поливитаминов, аскорбиновой кислоты и альфа-токоферола ацетата (витамина Е).

- Женщинам с преждевременными родами в анамнезе при неосложненной беременности не рекомендовано ограничение физической активности и половое воздержание.

- Не рекомендовано применение антибактериальных препаратов с целью пролонгирования беременности и улучшения перинатальных исходов пациенткам с угрожающими или начавшимися ПР при отсутствии доказанных признаков инфекции.

- Рекомендовано профилактическое назначение препаратов прогестерона (действующее вещество прогестерон натуральный микроинтерполированный) вагинально с 22 до 34 недель беременным группы высокого риска ПР: с бессимптомным укорочением шейки матки по данным УЗ-цервикометрии менее 25 мм в сроках 16–24 недели беременности и/или наличием ПР (до 34 недель) или позднего выкидыша (после 16 недель) в анамнезе как при одноплодной, так и многоплодной беременности.

- Рекомендовано рассмотреть возможность наложения профилактического акушерского серкляжа (шва на шейку матки) пациенткам с одноплодной беременностью, укорочением шейки матки 25 мм и менее по данным УЗ-цервикометрии, проведенной между 16 и 24 неделями беременности и наличием в анамнезе спонтанных ПР (и/или ПРПО) или травм шейки матки (конизация, удаление обширной зоны трансформации, радикальные вмешательства – ампутация, трахелэктомия).

- Рекомендовано применение акушерского пессария при укорочении шейки матки менее 25 мм с целью профилактики ПР до 37 недель беременности.

- При угрожающих или начавшихся ПР, преждевременном разрыве плодных оболочек в 24–33

недели и 6 дней беременности рекомендована антенатальная профилактика респираторного дистресс-синдрома плода. Для профилактики используются препараты глюкокортикостероидов.

Подводим итоги

Преждевременные роды являются большой медико-социальной проблемой, так как охватывают весь мир. Дородовая терапия кортикостероидами, токолитиками (расслабление матки) и антибиотиками позволила снизить перинатальную заболеваемость и смертность, но, несмотря на все усилия, частота преждевременных родов остается значимой.

В современном мире за последние годы благодаря грамотной региональной маршрутизации пациенток современной службе неонатальной реанимации с соблюдением этапности оказания помощи удалось достичь значительных успехов в улучшении перинатальных исходов.

Основными задачами при ведении женщин с угрозой преждевременных родов являются пролонгирование беременности до оптимального срока родов, своевременная профилактика и коррекция возникающих осложнений, наблюдение за состоянием и развитием плода, правильный выбор метода родоразрешения, рациональное ведение родов и послеродового периода.

Современные методы диагностики и интенсивная терапия новорожденных позволяют оказать всю возможную помощь преждевременно рожденным детям. Шанс на выживание есть даже у малышек с экстремально низкой массой тела (500–1000 г).

Марина Борисовна Игитова,
д. м. н., профессор кафедры акушерства и гинекологии с курсом ДПО;

Альбина Петровна Глиос,
врач – акушер-гинеколог
КГБУЗ БСМП № 1;

Валерия Олеговна Вахитова,
врач – акушер-гинеколог

Практически при любом нарушении здоровья лечащий врач выписывает пациенту направление на общий анализ крови. Это исследование способно многое рассказать о процессах, протекающих в данный момент в организме. Одним из ключевых показателей, на который опираются специалисты при диагностике, – скорость оседания эритроцитов. О чем может рассказать повышение или понижение уровня СОЭ – в нашем материале.

Найти одну среди сотни причин

Немного раньше этот анализ назывался РОЭ – реакция оседания эритроцитов. Сегодня СОЭ – показатель, который определяет скорость и интенсивность склеивания эритроцитов при тех или иных патологических процессах. Его изменение может служить косвенным признаком текущего воспалительного или иного патологического процесса. Скорость оседания эритроцитов может быть повышена по ряду физиологических причин. У женщин, например, при беременности, перед или в начале менструации, а также при физических перегрузках или стрессе. Также повышение этой величины связывают с курением, приемом оральных контрацептивов и другими факторами. В случае с курением рекомендуется отказаться от вредной привычки или минимизировать ее, увеличить питьевой режим до двух литров чистой воды в сутки. Общий анализ крови пересдать через 2–3 недели. Кроме того, уровень СОЭ может повышаться после операции как реакция на операционную травму.

Еще одним физиологическим фактором повышения СОЭ выступает... возраст. Существуют исследования, где обнаружено, что скорость оседа-

На допустимой скорости



организмов. Кроме того, проводят микроскопию, бактериологический посев мочи, мокроты и крови. А также выполняют анализ кала на яйца глистов.

Если причина повышения СОЭ – онкологическая патология, обязательно выполняется биопсия. Общим признаком считается обнаружение большого количества атипичных клеток. У больных злокачественными болезнями крови в пунктате костного мозга преобладают бластные клетки, в биоптате лимфоузла – атипичная лимфоидная пролиферация.

Если лабораторных данных недостаточно, врач назначает инструментальные исследования – рентгенографию, УЗИ, ангиографию и другие.

Опасности нет?

Опасно ли для здоровья повышение уровня СОЭ? Врачи отмечают, что само по себе ускоренное оседание эритроцитов не представляет угрозы для здоровья. Но цифры в данном случае имеют значение. Норма СОЭ для мужчин составляет 1–10 мм/час, для женщин – 2–15 мм/час. Отклонение от этих показателей свидетельствует о воспалительном процессе и общей интоксикации организма. Медики условно выделяют умеренную и высокую степень повышения скорости оседания эритроцитов. Превышение данного показателя свыше 60 мм/час указывает на распад тканей в организме и, как следствие – на наличие злокачественного новообразования.

Очень часто ускорение скорости оседания эритроцитов возникает вместе с лейкоцитозом (повышением уровня лейкоцитов) и лихорадкой. Основная клиническая картина определяется патологией, на фоне которой возникло увеличение СОЭ. Показатель СОЭ исследуется ручным либо автоматическим методом в венозной или капиллярной крови, обычно в утреннее время до приема пищи и лекарств.

Продолжение на стр. 16 >>

ния эритроцитов постепенно повышается с годами (каждые 5 лет на 0,8 мм/час). Поэтому практически у всех пожилых людей наблюдается СОЭ до 40–50 мм/час. Примерно у 10–15% абсолютно здоровых людей встречается увеличение скорости оседания эритроцитов.

Но все же ускорение СОЭ – неспецифический лабораторный маркер. Его причиной могут быть инфекционные (преимущественно бактериальные), воспалительные, аутоиммунные и онкологические заболевания.

Любое, даже бессимптомное увеличение этого показателя требует обращения к врачу, чтобы выяснить причину. Определить, какие изменения в организме он «подсвечивает», можно только при расширенной диагностике. Для этого лечащий врач подробно расспрашивает пациента: имелось ли повышение температуры тела ранее, испытывал ли он боли в суставах, мышцах, есть ли утомляемость и пр. Сбор данных помогает в диагностическом поиске. Кроме того, он назначает дополнительные обследования в зависимости от того, какая патология подозревается.

В первую очередь, конечно, это – анализы крови. Измеряется концен-

трация гемоглобина, форменных элементов крови (эритроцитов, тромбоцитов, лейкоцитов). Очень часто обнаруживается увеличение уровня фибриногена и С-реактивного белка. К слову, последний показатель обладает большой информативностью. С-реактивный белок – более точный маркер воспаления, чем непосредственно уровень СОЭ. Дело в том, что СРБ на ранних стадиях воспаления проявляется сразу, а скорость оседания эритроцитов меняется спустя некоторое время. После прекращения воспалительного процесса СРБ опускается до нормы практически сразу, а СОЭ опускается медленно и остается повышенным еще некоторое время.

Также кровь могут проверить на наличие аутоагрессивных антител (аЦЦП, антинейтрофильные цитоплазматические антитела, антитела к двуспиральной ДНК). При тяжелых бактериальных инфекциях в крови наблюдаются высокий пресепсин и прокальцитонин.

Для идентификации инфекционного возбудителя определяют антитела к антигенам вирусов, бактерий, паразитов с помощью методов ИФА и серологических тестов. Посредством ПЦР выявляются ДНК и РНК микро-

«Продолжение. Начало на стр. 14-15»

Низкий уровень скорости оседания эритроцитов также не является нормой. Он позволяет заподозрить нарушения кровообращения, генетические заболевания, эпилепсию. Снижение показателей может наблюдаться и при ряде других патологий. Для постановки точного диагноза результатов одного анализа недостаточно, требуется комплексное обследование.

Истина или ложь?

По механизму возникновения различают истинное и ложное увеличение СОЭ. В первом случае его причиной выступают различные воспаления, инфекционные и онкологические патологии. Ложное ускорение СОЭ наблюдается при анемиях, азотемии, алкалозе, высоком уровне холестерина в крови.

Рассмотрим подробнее причины истинного увеличения СОЭ. Самой частой признаны инфекционные заболевания. Патогенетический механизм заключается в том, что образующиеся воспалительные белки (фибриноген, С-реактивный белок) и иммуноглобулины (антитела) к чужеродным микроорганизмам, которые имеют положительный заряд, адсорбируются на поверхности эритроцитов, уменьшая их отрицательный заряд. Это ослабляет силу взаимного отталкивания красных кровяных телец, что приводит к их агрегации, агрегации (склеиванию), образованию «монетных столбиков», из-за чего они оседают быстрее, чем в норме.

Как уже было сказано, увеличение СОЭ происходит несколько позже проявления клинических симптомов, появления лейкоцитоза в крови и лихорадки, и напрямую коррелирует с тяжестью инфекции. При бактериальных, грибковых инфекциях (ангина, сальмонеллез, кандидоз) СОЭ намного выше, чем при вирусных (грипп, корь, краснуха). Она достигает максимума уже после обратного развития патологических процессов, сохраняется некоторое время после выздоровления, затем постепенно снижается.

Распространенной причиной стойко увеличенной СОЭ признаны хрони-

ческие инфекции мочевыделительной системы, полости рта. Довольно часто повышение этого показателя может быть единственным проявлением таких вялотекущих инфекционных воспалительных процессов, как туберкулез, листиные инвазии, хронический вирусный гепатит С.

Причиной высокой СОЭ также выступают патологические состояния, которые сопровождаются повреждением и распадом тканей. Это инфаркты различных органов (миокарда, легкого, почек), оперативные вмешательства, неинфекционное воспаление органов желудочно-кишечного тракта (панкреатит, холецистит).

Под влиянием тканевых продуктов распада вырабатываются белки острой фазы воспаления, главным образом, фибриноген, связывающийся с мембраной эритроцитов, что вызывает их агрегацию. Увеличение СОЭ возникает не сразу, а примерно на 2–3 сутки, усиленно нарастает в конце 1-й недели, когда уровень лейкоцитов в крови начинает снижаться. Этот феномен особенно типичен для инфаркта миокарда и называется «симптомом перекреста».

При иммунных воспалениях увеличение СОЭ развивается постепенно и отражает активность воспалительного процесса. Показатель нормализуется в период ремиссии и служит индикатором эффективности патогенетического лечения. Примечательно то, что его увеличение наступает намного раньше возникновения симптомов этих заболеваний (боль в суставах, кожных высыпаний и т. д.). Из данной группы болезней наиболее частыми причинами повышения СОЭ у детей считается острая ревматическая лихорадка, у взрослых – ревматоидный артрит, у пожилых – ревматическая полимиалгия. Сюда входят такие аутоиммунные патологии, как гломерулонефрит, аутоиммунный гепатит, тиреоидит и многие другие.

Причина выраженного увеличения СОЭ (до 100 мм/час и выше) – опухоли системы В-лимфоцитов (паранеопластические гемобластозы). К ним относятся множественная миелома, макроглобулинемия Вальденстрема, болезнь тяжелых цепей. Данные па-

тологии характеризуются секрецией большого количества парапротеинов (аномальных белков), вызывающих гипервязкость крови и изменяющих мембранный потенциал эритроцитов. Причем увеличение СОЭ нередко развивается за несколько лет до возникновения первых симптомов (кожного зуда, оссалгий, кровотечений). Увеличение СОЭ, хоть и менее резкое, встречается у больных с другими онкогематологическими патологиями (лейкозы, лимфомы).

Иногда причиной увеличения в крови СОЭ становятся солидные (негемопозитические) опухоли. Степень ее повышения определяется не гистологическим строением опухоли, а ее размерами и поражением окружающих тканей. Нередко появление роста СОЭ опережает клиническую симптоматику.

Коррективы – по показаниям

Изменение скорости оседания эритроцитов по физиологическим причинам или вследствие применения медицинских препаратов не требует коррекции и быстро проходит самостоятельно. Пожилым людям с высокой СОЭ без других клинико-лабораторных признаков какой-либо патологии также не требуется дополнительное вмешательство. Для нормализации патологического роста СОЭ необходимо проводить лечение нозологии, послужившей причиной для ее развития.

При бактериальных инфекциях назначают антибиотики в соответствии с чувствительностью. При острых вирусных инфекциях – симптоматическую терапию.

При заболеваниях, сопровождающихся иммунным воспалением, необходимы противовоспалительные средства. При острой абдоминальной патологии (холецистит, панкреатит) требуется хирургическое (иногда экстренное) вмешательство.

Важно понимать, что заниматься самолечением – неприемлемо и даже опасно для жизни. Необходимо обследование и лечение заболевания, послужившего причиной.

Подготовила Ирина Савина

Обратная связь организма

Реабилитация занимает особое место в медицине – от ее качества напрямую зависит качество жизни пациента после перенесенного заболевания. Один из ведущих методов – БОС-терапия. Сегодня ее используют во многих медицинских учреждениях краевой столицы. Что это такое и какой эффект получает организм – расскажем.



Ждем ответа

БОС-терапия (метод биологической обратной связи) – немедикаментозный метод терапии, который активизирует и использует скрытые резервы организма для восстановления или совершенствования физиологических навыков. Его конечная цель – эффективная саморегуляция важных физиологических показателей – биологических колебаний потенциала головного мозга (электроэнцефалограмма, или ЭЭГ), частоты сердечных сокращений, температуры кожи, степени напряжения мышц, электрического сопротивления кожи, особенностей дыхания и других. Обычно эти физиологические реакции не осознаются, а значит, и не подвластны контролю человека. Суть метода заключается в том, что пациент учится контролировать свое состояние. Сначала сознательно, а затем доводя этот навык до автоматизма.

Непосредственно сам процесс заключается в «возврате» пациенту на экран компьютерного монитора или в аудиоформе текущих значений его физиологических показателей, определяемых клиническим протоколом. Под протоколом специалисты подразумевают все условия, которые регла-

ментируют проведение БОС-процедуры. В этом смысле все БОС-протоколы разделяются на две большие группы. В рамках первой проводят модификацию различных параметров ЭЭГ головного мозга (амплитуды, мощности, когерентности и т. д. основных ритмов ЭЭГ). Второе направление позволяет подвергать изменению показатели вегетативной (симпатико-парасимпатической) активации (проводимость кожи, кардиограмма, частота сердечных сокращений, дыхание, электромиограмма, температура и др.).

Одним из перспективных и наиболее «продвинутых» подвидов БОС-терапии по ЭЭГ является так называемая Z-БОС-терапия. Суть ее состоит в том, что «рабочим» параметром БОС-тренинга выступает не амплитуда какого-нибудь ритма ЭЭГ, или когерентность, или спектральная мощность, а величина статистического отклонения от соответствующего показателя возрастной нормы, измеряемая Z-коэффициентом. Такой подход позволяет не только оценить

Справка

Виды БОС-терапии: электроэнцефалографические (альфа-тренинг, бета-тренинг, тета-тренинг); дыхательные (ритм дыхания, частота дыхания, диафрагмальное дыхание); электрокардиографические (ЧСС); кожной проводимости (КГР-кожно-гальваническая реакция); электромиографические; стабильнографические.

наличие в ЭЭГ конкретного пациента статистически значимых отклонений от показателей нормы, но и направить ЭЭГ-БОС-тренинг на нормализацию этих индивидуальных отклонений в границы нормативных показателей.

Важнейшее условие возникновения такого метода – создание нормативных баз данных ЭЭГ для всех возрастов, полученных на больших группах тщательно отобранных здо-

Продолжение на стр. 18-20 >>

«Продолжение. Начало на стр. 19»

ровых испытуемых без опыта психических и неврологических заболеваний.

Будущее за БОС

БОС-терапия применяется для лечения и профилактики многих хронических заболеваний. В их число входят: головные боли различного происхождения, артериальная гипертензия, вегето-сосудистая дистония, энурез, расстройства в эмоциональной сфере (депрессии, тревожность, страхи, бессонница), логоневроз (заикание) и другие нарушения речи.

Широко этот метод используют для восстановления двигательных функций организма при разнообразных неврологических и ортопедических заболеваниях (детский церебральный паралич, нарушение осанки, сколиоз, остеохондроз), а также при болезнях органов дыхания (бронхиальная астма, острый и хронический бронхит).

БОС-терапию признают одним из наиболее перспективных направлений в современной психиатрии.

Сегодня получены максимально надежные доказательства эффективности ЭЭГ-БОС-терапии при лечении синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) у детей и эпилепсии и тревожного расстройства.

Кроме того, БОС-терапию рассматривают как одно из наиболее перспективных средств в арсенале превентивной медицины, основная цель которой – предотвращение развития болезни. Применение БОС-методов на стадии предболезни особенно эффективно, поскольку помогает остановить или стабилизировать патологический процесс.

В чем же успех БОС-терапии? Эти процедуры стали развиваться благодаря появлению новых компьютерных технологий, позволяющих регистрировать, обрабатывать и математически анализировать физиологический сигнал в околореальном

времени. Кроме того, в тех случаях, когда симптомы не поддаются фармакологическому контролю или побочные действия применяемых лекарств неприемлемы по жизненным показаниям, такие методики, как БОС, становятся незаменимыми.

Важным преимуществом БОС-терапии является восстановление нормальной деятельности регуляторных систем организма, что приводит к устранению патологических симптомов и улучшению качества жизни. Специалисты положительно отзываются о данной терапии по целому ряду причин: воздействие на причину заболевания на нейронном уровне, простота применения, отсутствие по-

БОС-терапию признают одним из наиболее перспективных направлений в современной психиатрии.

бочных эффектов, высокая эффективность и длительный эффект, неинвазивность и безболезненность.

Эффективность БОС основана на способности нейронов создавать новые пути сообщения между собой (синапсы). При осваивании новых навыков путем многократного повторения действий в соответствующих областях головного мозга образуются новые синапсы, благодаря которым движения закрепляются, становятся привычными.

Аналогичное происходит, когда в результате неврологических нарушений нервные клетки погибают или по иным причинам перестают выполнять свои функции. БОС «учит» нейроны, которые располагаются поблизости от поврежденных, взять на себя их функции.

Чтобы пациент обучился сознательному управлению физиологическими процессами, необходимо 10–20 сеансов. После окончания курса полученные навыки используются ежедневно и благодаря повторениям доводятся до автоматизма, затем переходят на бессознательный уровень. Таким образом, метод представляет собой аутотренинг перед физиологическим «зеркалом». Благодаря ему есть возможность получить информацию о процессах нашего организма в реальном времени и скорректиро-

вать их. Эта информация выводится в форме световых, звуковых сигналов, движущихся картинок или даже игры на экране монитора. То есть в процессе можно увидеть ответ организма – реакцию на усилия, направленные на достижение поставленной цели.

Комплексный эффект

Сам процесс довольно прост. Пациента усаживают в удобное кресло и с помощью электродов снимают физиологические показатели, которые необходимы для контроля: электрическую активность головного мозга (энцефалограмма), частоту дыхания, сокращение мышц (миограмма), движения (кинетика), частоту сердечных сокращений, реакции кожно-гальванические, реакции зрачков и т. д. Показатели с электродов обрабатываются и выводятся в виде сигналов, форму которых помогает выбрать инструктор.

Эффект БОС усиливается, если идет работа в комплексе с методами транскраниальной магнитной стимуляции, вихревых полей, медикаментозным лечением, массажем и ЛФК. Все эти направления дополняют друг друга, оказывая влияние на ткани и мышцы. Они улучшают активность определенных зон головного мозга, проводимость импульсов и нервных окончаний, а также кровообращение и обмен веществ в тканях.

Так, у пациентов с инсультом для восстановления полностью или частично утраченной двигательной активности в той или иной части тела требуется восстановить достаточное количество синапсов, а также обеспечить необходимый тонус мышцам. Для стимуляции нервных клеток используют транскраниальную магнитную стимуляцию. Их пробуждение и приведение в готовность для активного функционирования происходит с помощью магнитных импульсов. Далее при помощи БОС перезапускаются процессы регуляции движения. Пациент учится напрягать и расслаблять части тела с частичной или полной парализацией, наблюдая на экране монитора эффективность работы. При осваивании новых навыков путем

Под знаком перечеркнутого колоса



доцент кафедры пропедевтики детских болезней АГМУ
Денис Фуголь.

многократного повторения действий, в соответствующих областях головного мозга между нейронами образуются новые синапсы, благодаря которым движения закрепляются и становятся привычными.

При этом для поддержания тонуса и лучшего усвоения навыка невролог назначает массаж и ЛФК. Для обеспечения кровоснабжения в мозге для улучшения работы нервных тканей, а также для лучшего метаболизма в мышечных клетках назначают поддерживающее медикаментозное лечение: сосудистые и витаминные препараты, антиоксиданты и ноотропы.

От игры к лечению

Применение БОС-терапии в детском возрасте – беспроегранный вариант. В этот период головной мозг особенно пластичен. Между нейронами ребенка существует гораздо больше синапсов, чем у взрослого человека. Поэтому любой процесс обучения идет у детей и подростков легко и интенсивно. Поскольку сутью метода является освоение новых навыков, именно у детей эта процедура проходит максимально эффективно. А благодаря тому, что процесс очень напоминает собой игру, – ребенок будет с удовольствием следить за взлетающими самолетами и движущимися человечками на экране, управляя их движениями путем напряжения или расслабления собственных мускулов. Известно, что та работа, которая особенно нравится, имеет наилучший результат.

Таким образом, метод биологической обратной связи – одно из самых популярных используемых сегодня в лечении различных заболеваний. Но только в совокупности с другими аппаратными, восстановительными и медикаментозными методами применение БОС дает наилучший результат и длительную ремиссию хронических патологий.

Подготовила Ирина Савина
по материалам
медицинских сайтов

Что такое глютен?

– Глютен – общее название белков злаковых культур, содержащих аминокислоту пролин. Это, по сути, клейковина – то, что обеспечивает склеивание муки и формирование теста. Глютен содержат пшеница, рожь, полба (дикая пшеница), ячмень

13 января отмечается неофициальная дата – День без глютена. Подобные дни в календаре – дополнительный повод поговорить о том или ином заболевании, проинформировать, развеять мифы, если они есть. О непереносимости глютена редакции «МиЗ» рассказал врач-гастроэнтеролог, к. м. н.,

и овес. У овса глютен называется авеин, у пшеницы – глиадин, у ржи – секалин, у ячменя – горденин. Чем больше глютена содержит пшеница, тем лучше будет получаться тесто из такой муки.

Продолжение на стр. 20-21 >>>

«Продолжение. Начало на стр. 19»

Глютена нет в рисе, просе, кукурузе, гречке, амаранте, киноа. Эти крупы используются для производства безглютеновой муки. Пышная выпечка из такой муки не получится, технологию приготовления нужно адаптировать.

Чем опасен глютен?

– Глютен может вызывать различные повреждения, и механизмы у них разные. Общее их название – непереносимость глютена, которое включает аллергию на глютен и целиакию. У аллергии и целиакии разные механизмы формирования. При аллергии это может быть опосредованная реакция, а со временем может развиваться гипосенсибилизация – организм постепенно привыкает и перестает реагировать на этот раздражитель.

При целиакии развивается аутоиммунная реакция организма, и глютен на протяжении всей жизни пациента будет для него токсическим. Целиакия возникает у людей с определенным набором генов – DQ2 или DQ8. Они делают его предрасположенным к этому заболеванию. Можно быть носителем этих генов и не болеть целиакией. Но может наступить определенный момент, когда болезнь будет запущена, и мы пока не знаем, что именно становится «пусковым механизмом» целиакии. В его роли могут выступать кишечные, респираторные инфекции, иные провоцирующие факторы при таком обязательном условии, как поступление в организм глютена.

Целиакия может начаться в любом возрасте, в том числе во взрослом и даже в пожилом. Хотя раньше считалось, что целиакия возникает только у детей. Носителями этих генов могут быть родители, а целиакия возникнет у их ребенка. У детей заболевание начинается только после попадания глютена в организм – то есть после введения в прикорм каш из содержащих глютен круп. Поэтому сроки введения прикорма составлены с учетом этих особенностей.

Симптомы целиакии

– Они могут быть разными, в зависимости от вида целиакии – типичной или атипичной. Типичная характери-

Факт

Количество глютена для возникновения «неправильной», аутоиммунной реакции не имеет значения. Оно может быть ничтожно маленьким и все равно опасным для людей с целиакией. Поэтому на упаковках пишут о том, что продукт может содержать следы глютена. Безглютеновые продукты отмечены знаком перечеркнутого колоса на упаковке.

зуется повреждением кишечника, нарушением всасывания витаминов, микроэлементов, белков. Она проявляется диареей, большим количеством кала, увеличением объема живота, наличием дефицитных состояний (анемия, остеопороз, дефицит цинка), ломкостью волос и сухостью кожи, проблемами с зубами, дефицитом массы тела, болями в костях, переломами и т. д.

30%

примерно такое количество населения имеют генетическую предрасположенность к целиакии.

При атипичной целиакии аутоиммунная реакция развивается в других органах. На фоне атипичной целиакии может возникнуть диабет первого типа, некоторые формы эпилепсии, потому что иммунная система повреждает мозг. Могут возникать поражения щитовидной железы с развитием аутоиммунного тиреоидита, поражения репродуктивной системы – бесплодие (чаще у женщин, но и у мужчин тоже), ревматоид-

Цифры и факты

3000 рублей – стоимость тестирования одного продукта на наличие следов глютена в лаборатории.

250–600 рублей – стоимость килограмма безглютеновой муки в зависимости от производителя.

ный артрит, аутоиммунный гепатит и пр. То есть появляются симптомы, которые, на первый взгляд, не связаны с системой пищеварения. Целиакию называют «великим мимом» за то, что она проявляет себя столь разнообразно.

Лечение

– Единственный способ лечения заболевания – пожизненная безглютеновая диета. При соблюдении диеты у пациента все хорошо. Если он перестает ее придерживаться, симптомы возвращаются.

Приведу один пример из практики: девочка, сейчас ей три года. Впервые ее родители обратились, когда ей был год. У нее были диарея, приступы рвоты, она теряла в весе, у нее также была рефрактерная к терапии препаратами железа анемия. Когда ее начали обследовать, то нашли высокие титры антител к глиадину. Генетический анализ на DQ-2 и DQ-8 у нее был положительным. При переводе девочки на безглютеновую диету было отмечено значительное улучшение ее состояния. Она стала прибавлять в весе, нормализовался уровень гемоглобина.

Если не соблюдать диету, то у пациента будут наблюдаться постоянное истощение организма, развитие аутоиммунных заболеваний, приводящих к инвалидности, разовьется рак толстой кишки. При раннем дебюте заболевания может значительно замедляться рост. У взрослых может нарушаться способность к регенерации тканей.

Отказ от глютена для профилактики

– Делать этого не стоит. Его надо исключать, только если доказан его вред организму. Злаковые составляют основу нашего рациона. Они содержат витамины группы В и другие важные элементы. Повторю, что целиакия может возникнуть в любом возрасте, предугадать это невозможно, но и исключать глютен на всякий случай не рекомендуется.

Наука ищет и пока не находит

– Пока наука только приблизилась к созданию модифицированных безглютеновых злаков. В лечении целиакии пока нет никакой генетической или другой терапии. Есть только предпосылки к созданию ферментного препарата, который будет приниматься совместно со злаками, расщеплять глютен и делать его нетоксичным для организма. Пока эти исследования не

завершены, тут есть проблема чисто этическая: кто будет на себе проверять эти препараты? Если препарат окажется неэффективным, то прием глютена человеку навредит. К тому же пока неясно, почему у одних предрасположенных людей целиакия возникает, а у других нет, и что является ее триггером. Наука продвинулась в том, что доказала, что есть атипичные формы целиакии.

Елена Клишина

Справка «МиЗ»

Детей с целиакией и их родителей в крае объединяет АКОО «Алтайский центр целиакии». Эту общественную организацию в 2005 году создала и возглавляет Любовь Кашкарева. В организации – более ста членов. Но Любовь Николаевна считает, что реальная цифра заболеваемости целиакией в регионе выше.

– Сто человек – это только те люди, которые пришли в общественную организацию. Это количество не равно количеству тех людей, которым поставлен диагноз «целиакия». Многие о себе просто не заявляют. Кроме того, у нас набралось уже более 50 человек, которые на момент создания организации были детьми, а сейчас выросли. Наша поддержка касается только детей, поэтому выросшие члены как бы потом «пропадают» из нашего поля зрения. Поэтому сто человек в крае – цифра сильно занижена. Кроме того, по нашим наблюдениям, диагностика целиакии идет какими-то волнами. Большой всплеск выявляемости был в начале 2000-х, потом долгое затишье, и вот сейчас подобный всплеск начинается опять. Возможно, это связано с тем, что осведомленность о целиакии растет, в том числе среди докторов.

Главное направление деятельности организации – поддержка больных с целиакией. Из-за особенностей заболевания, из-за того, что они не могут посещать детские сады, отдыхать в детских лагерях и ездить на

спортивные сборы, не могут пойти на день рождения к другу и т. д., нашим детям нужны мероприятия по социализации. В 2012 году мы выиграли грант и впервые в крае организовали профильную смену для детей с целиакией. До сих пор мы ее проводим летом в Горном Алтае. При этом питание для своих детей мы организуем сами, вплоть до того, что наши мамы оформляют медкнижки и пекут в этом лагере хлеб. В селе Фунтики Топчихинского района есть реабилитационный центр, в котором у нас тоже проходят профильные заезды. Для детей очень много значит, когда они могут летом отдыхать, выезжать куда-то вместе с другими детьми.

С 2014 года мы вошли в программу краевого благотворительного марафона «Поддержим ребенка», и теперь ежегодно всем нашим детям до 18 лет предоставляется годовой запас безглютеновой муки. Мы проводим дни целиакии, организуем выдачу детям новогодних подарков – губернаторских и от администрации Барнаула, сформированных специально для нас.

Сейчас нет проблем найти в продаже продукты типа хлеба, муки и макарон. Когда мы начинали работать, найти их было очень сложно. Сейчас их покупка – это только вопрос денег. Но теперь есть проблемы с наличием других продуктов, и мы пытаемся их решать. К примеру, мы договорились с одним частным кол-

басным производством, и они раз в неделю уже более десяти лет делают по нашему заказу колбасу без следов глютена.

Кроме того, мы отдаем продукты в лабораторию оценки качества зерна для того, чтобы проверить их на наличие следов глютена, а затем сообщаем членам организации, можно ли их употреблять. Раньше мы это делали чаще, потому что были уверены в том, что продукт не изменит свой состав. К сожалению, сейчас мы в этом вообще не уверены, так как производитель может заменить какой-либо компонент на глютеносодержащий и никого об этом не уведомить. Даже гречка, в которой глютена нет, может содержать следы глютена, потому что на поле ее убирал комбайн, который до этого убирал пшеницу. Очень немногие компании в России имеют лицензию на производство безглютеновых продуктов, ее сложно получить, и невыгодно их производить. Продукты выпускают, как правило, те, кто лично столкнулся с этой проблемой.

Пока ребенок растет, очень важно, какое отношение к диете складывают его родители. От этого зависит, как он будет относиться к ее соблюдению в самостоятельной жизни. Родители детей, которые были членами организации и уже выросли, и сами они всегда могут к нам обратиться за консультацией, психологической поддержкой, просто пообщаться.

Время строить

Кариес – самое распространенное стоматологическое заболевание. Эта проблема знакома всем жителям

России. Алтайский край отличается от других регионов страны низким содержанием фтора и микроэлементов в питьевой воде на большинстве территорий. Это отражается на состоянии зубов и грозит развитием кариеса. Если долгое время игнорировать появление, казалось бы, безобидных пятен на зубах, то в результате можно остаться без самих зубов.

И тогда выход один – изготавливаться их заменителями. Сегодня расскажем как стоматологи помогают решить этот вопрос.

Зубная фея не поможет

Сегодня стоматологи могут решать практически любые проблемы пациентов. Вопрос – в масштабе потерь. Если они единичные, то дело может обойтись коронкой или имплантом – в зависимости от ситуации врач подскажет, какая альтернатива будет оптимальной. Но если отсутствуют до трех рядом стоящих жевательных зубов или до четырех фронтальных, то лучшее решение – установить мост. Он представляет собой ортопедическую конструкцию, которая имитирует натуральные зубы. Она состоит из нескольких коронок, объединенных в единую линию. Две крайние коронки



имеют внутри полость, чтобы фиксироваться на опоры. По сути, они являются элементами крепления. Средние коронки замещают от 1 до 4 утраченных зубов и обладают цельной конструкцией.

Главное условие для установки моста – с обеих сторон от него должны быть здоровые зубы, поскольку именно они станут опорой. Также возможно протезирование с опорой на импланты, но принцип в обоих случаях один и тот же: чтобы стать полноценной заменой потерянных зубов, мост должен быть надежно закреплен в двух точках – в начале и в конце.

Изготовление и установка протезов с учетом современных технологий и оборудования не займет много времени. Но подготовка и предварительное лечение может затянуть процесс. Сегодня сделать протезирование зубов в Барнауле – довольно просто. В краевой столице около 60 клиник занимаются этим вопросом. Цены на изготовление и установку колеблются в диапазоне от 7200 до 25 350 рублей (средняя цена – 9000 рублей).

Строим мост

Работа по изготовлению и установке протеза проводится по четкому плану и предполагает выполнение различных манипуляций. Прежде чем обзавестись «мостом», пациенту, вероятнее всего, придется пройти целый спектр подготовительных процедур. В первую очередь важно тщательно обследовать ротовую полость, чтобы определить серьезность проблемы и подобрать наиболее подходящие методы ее решения. При необходимости пациенту делают рентген зубов, а также проводят инструментальную диагностику, в ходе которой изучают исходное состояние элементов зубного ряда, анализируют костную ткань и определяют наличие кариозных поражений. Грамотная диагностика позволяет выявить скрытые проблемы, которые могут начать беспокоить пациента после установки протезов.

Кроме того, не исключено, что придется обращаться к дополнительным манипуляциям. Например, может потребоваться удаление оставшихся

Справка

Протезирование зубов металлокерамическими коронками – один из самых доступных и распространенных способов протезирования. Конструкцию изготавливают по двухслойному оттиску. Снимают их при помощи специальных эластичных масс. Готовое изделие в точности повторяет форму, размер и расположение элемента зубного ряда, который будет подвергаться протезированию. Это позволяет достичь отличного эстетического эффекта. Зубы по внешнему виду практически не отличаются от натуральных. Но надо учитывать, что со временем, под воздействием пищевых красителей, протезы могут менять цвет.

корней, а также зубов, не подлежащих лечению, или же очищение от зубного камня и лечение кариеса.

Нельзя приступать к установке протезов, не пролечив предварительно зубы. Такие заболевания, как кариес, пульпит, периодонтит, и другие обязательно нужно устранить, чтобы избежать риска распространения инфекции по всему организму. Качественное лечение исключит возможные осложнения, а также продлит срок службы установленных конструкций.

После диагностики и лечения пациента ждет следующий этап – снятие оттисков. Сначала стоматолог устанавливает штифты и вкладки, которые будут выполнять функции опор. Их изготавливают для придания нужной формы и размера. Важно правильно определить соотношение челюстей, чтобы обеспечить зубам нормальную жевательную функцию. Специалист моделирует зуб, делает оттиски и передает их в зуботехническую лабораторию, где и происходит изготовление имплантатов.

Снимать или не снимать

Лечащий врач определяет, какой вид протезирования необходим в каждом отдельном случае. Существует не-

сколько видов протезирования – съемное и несъемное. Первое способно исправить значительные дефекты зубных рядов и адентия (полное или частичное отсутствие зубов вследствие аномального развития зубочелюстной системы). Съемные протезы устанавливаются при отсутствии зубов, когда мосты не на что крепить.

Несъемное протезирование поможет исправить нарушения разной тяжести. Его применяют при установке мостов и коронок. Так, мостовидный протез – несъемная конструкция, состоящая из соединенных в единое целое стоматологических коронок, которая применяется для протезирования отсутствующих зубов. Протез фиксируют либо на обточенных под коронки зубах (расположенных по сторонам от дефекта зубного ряда), либо с опорой на зубные имплантаты. Протяженность мостовидных протезов может быть от 3 до 14 единиц (количество коронок в протезе).

При отсутствии одного из верхних зубов используют виниры, импланты или вкладки. Это практичные и надежные конструкции, которые обладают отличными эксплуатационными свойствами и в большинстве случаев хорошо приживаются.

Сегодня протезы изготавливают из различных материалов, но одним из самых распространенных остается металлокерамика. Мосты с опорой на обточенные под коронки зубы – могут быть сделаны из металлокерамики, безметалловой керамики (например, из диоксида циркония и стеклокерамики), металлопластмассы либо только из металла. Мосты с опорой на импланты – могут быть сделаны только из металлокерамики или диоксида циркония.

Людям, склонным к аллергическим реакциям, предлагают нейлоновые протезы. Они надежно фиксируются на деснах и маскируются под их цвет, поэтому совершенно незаметны при общении. Такие протезы можно носить по несколько суток, не снимая. Это удобно для людей, которые подолгу находятся в командировках, или же для молодежи, имеющей проблемы с зубами.

Говоря о выборе материала, стоит отметить, если речь идет о протези-

На заметку

Преимущества металлокерамических протезов:

- доступная цена;
- эстетичный внешний вид;
- продолжительный срок службы;
- прочность и надежность.

Стоматологи предупреждают – срок службы самых хороших коронок составит в лучшем случае не более 10–15 лет. Что будет с опорными зубами по истечении этого времени и можно ли на них будет повторно протезировать – заранее не скажет ни один специалист. Поэтому собственные, живые зубы в отличие от искусственных коронок смогут прослужить намного дольше. Возвращаясь к истокам проблемы, обращаем внимание на то, что к состоянию зубов всегда нужно относиться с максимальным вниманием и заботой. Только в таком случае можно избежать множества проблем и гордиться своей улыбкой без стеснения.

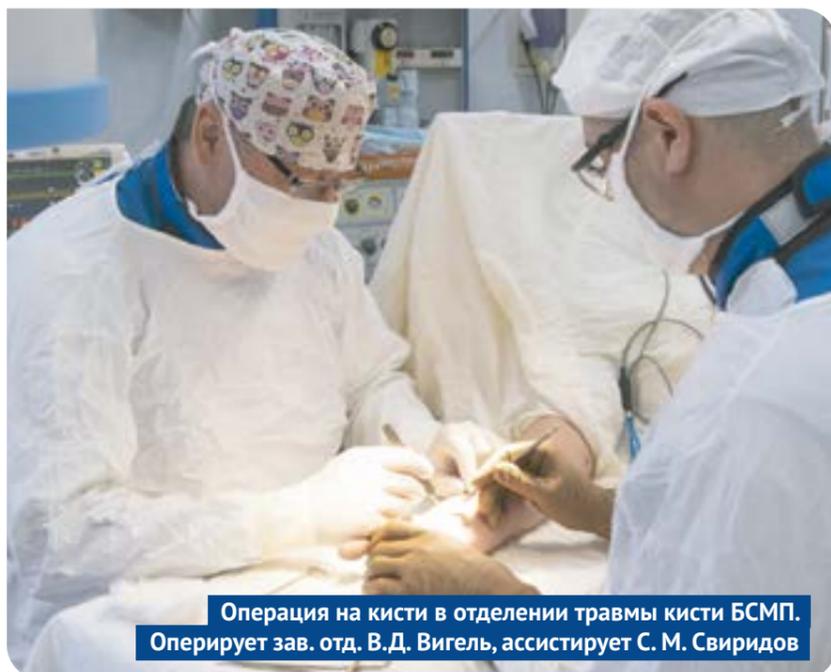
ровании передних зубов, то, по статистике, большинство пациентов в результате оказываются недовольными мостовидными протезами. Все дело в том, что сделать коронки, похожими по цвету и прозрачности на соседние зубы, очень сложно. А вот с протезированием в области жевательных зубов все проще – функциональность тут важнее эстетики.

Каждый протез изготавливается индивидуально с учетом особенностей строения ротовой полости пациента. Цвет и форма искусственных зубов подбирается таким образом, чтобы они не отличались от родных. После установки протезы требуют особого ухода. Об этом рассказывает лечащий врач и дает подробную инструкцию, как в течение долгого времени сохранять их в надлежащем виде.

Подготовила Ирина Савина

Филигранная работа

Сегодня никого не удивить словами «эндоскопия», «микрохирургия», «остеосинтез» – хирургия развивается семимильными шагами. Но далеко не каждый специалист способен освоить все ее направления. Травматологов-ортопедов Краевого центра травмы кисти по праву можно назвать универсальными солдатами от хирургии. В операционных им нет равных – скрепить кости металлоконструкцией, филигранно шить нерв на пальце, провести шов сухожилия эндоскопическим методом они могут с равным успехом. В феврале отделению травмы кисти больницы скорой медицинской помощи выполняется 20 лет. О его возможностях рассказал травматолог-ортопед с 25-летним стажем, заведующий отделением Вячеслав Вигель.



Операция на кисти в отделении травмы кисти БСМП. Оперирует зав. отд. В.Д. Вигель, ассистирует С. М. Свиридов

Жизненная необходимость

Отделения травмы кисти стали создавать еще во времена Советского Союза. В конце 70-х годов прошлого века пришло понимание, что такие отделения жизненно необходимы. В те времена работало множество заводов, и без производственных травм не обходилось. А кисть, по словам Вячеслава Вигеля, один из важнейших органов для человека. «Для слепых это – орган зрения, для глухих – орган слуха, для немых – орган речи. В целом человек через осязание – прикосновение к предметам, другим людям получает немало информации, но самое главное – контакт с миром. Поэтому логично, что за травмой кисти следовала инвалидизация. А в те времена не было врачей, которые специализировались бы именно на травмах кисти, – поясняет Вячеслав Вигель. – Они стоят особняком в ряду всех травматологических патологий. Специалисты, работающие с ними, должны владеть не только остеосинтезом – скреплением костей метал-

локонструкцией, но и уметь работать с мягкими тканями – нервами, сухожилиями, артериями, мышцами, кожным покровом. Это кропотливый труд. В сложных случаях над пациентом приходится сидеть часами в операционной. Шов сухожилий и нервов – тончайшая работа. Это микрохирургическое вмешательство с использованием специальной оптики. Чтобы получить максимальный результат – восстановить функции поврежденной конечности, важно точно сопоставить концы поврежденных сухожилий, мышц и нервов».

В Барнауле первое отделение травмы кисти было открыто на базе Станкостроительного завода в 1985 году. В 90-е годы прошла реорганизация, и оно ушло в состав Больницы скорой медицинской помощи. Тогда травмой кисти занимались два врача, но масштаб обращений был такой, что наращивание мощности стало лишь вопросом времени. В 2003 году **Владимир Пелеганчук** (в то время главный врач БСМП. – Прим. ред.) и **Андрей Коломиец** (в то время врач-клиницист и работник

кафедры АГМУ. – Прим. ред.) решили, что необходимо самостоятельное отделение, со своими особенностями. Его разместили на базе БСМП, и поначалу не было ни собственных операционных и перевязочных, ни компьютерного оборудования – только палаты.

Спустя 5 лет появилась федеральная программа. Благодаря ей удалось создать и запустить проект отделения на 30 коек с собственными постами, операционными и перевязочными. Поток больных был большой, и возникла потребность в увеличении мощностей. В прошлом году количество коек увеличилось до 40.

Сегодня отделение работает как Краевой центр травмы кисти. Работа ведется в двух операционных. Хирургические вмешательства проводятся каждый день, их количество предугадать заранее – невозможно, но точно одно – врачи расстраиваются крайне редко. Сюда поступают жители со всего региона, а также из соседней Республики Алтай – охват 2,5 млн человек. Не отказывают в помощи и приезжающим из всех уголков страны. Отделение травмы кисти БСМП по праву можно назвать уникальным в Сибирском федеральном округе. И не только благодаря внушительным объемам проводимых здесь манипуляций – в прошлом году их количество перевалило за 2000. Медицинскую специализированную помощь центр оказывает в рамках ОМС, а значит, она доступна всем, кому необходима.

Без перерыва на отдых

У специалистов Краевого центра травмы кисти не бывает сезонных пауз – пациенты поступают круглогодично в любое время суток. Только сегодня акцент сместился с производственных травм на бытовые. Но они по-прежнему связаны с механизмами, точнее, с нарушением правил их использования. «Весной и летом чаще всего мы имеем дело с травмами, возникающими во время дачных работ, когда мужчины решают не обращаться за помощью к профессионалам и самостоятельно используют всевозможные инструменты, нарушая

2,5
млн

человек – таков охват населения Алтайского края и Республики Алтай Краевым центром травмы кисти

технику безопасности. В основном речь идет о циркулярных пилах и различных станках. У женщин нередки травмы, связанные с использованием кухонных механизмов и ножей. Например, при попытке разрезать кусок замороженного мяса руки соскальзывают, и нож разрезает сухожилия и нервы на пальцах, – говорит Вячеслав Вигель. – Зимой в отделение поступает много пожилых людей с переломами и вывихами, полученными во время гололедицы. Молодежь в основном страдает от спортивных травм – с начала нынешнего сезона мы уже прооперировали 12 любителей лыжного спорта. Особенность таких травм – их высокоэнергетичность. Когда человек врывается во что-то или падает с большой скоростью, возникают взрывные повреждения, в том числе внутрисуставные с большим поражением тканей. Безусловно, такие травмы гораздо тяжелее. Мы стараемся все восстановить по максимуму, но, к сожалению, не всегда это удается. К 100% функциональности в таких случаях не вернуться никогда. Равно и при травмах, когда происходит размозжение или сдавление тканей, не говоря уже об отрезанных конечностях».

Спасти каждый миллиметр ткани

Специалисты БСМП ориентированы на работу с экстренными пациентами. Врачи отделения травмы кисти – не исключение. «При экстренной травме мы осуществляем любые виды остеосинтеза. Сегодня мы можем использовать современные импланты

с угловой стабильностью. Для того чтобы максимально вернуть функции руки, выполняем накостный либо интрамедуллярный остеосинтез, при которых на кости фиксируется пластина либо вводятся внутрь штифты. При этом мы используем рентген-навигацию с электронным оптическим преобразованием. Это дает хорошие шансы на качественную операцию, – отмечает Вячеслав Вигель.

В Краевом центре травмы кисти оказывают и плановую помощь. Движение потока больных уже налажено. Пациенты сначала проходят через консультативный кабинет, где определяют время, сроки и объем необходимых вмешательств. В плановом режиме оперируют больных, страдающих от последствий полученных травм или заболеваний. Чаще всего это запущенные случаи – неправильно сросшиеся переломы, застарелые повреждения сухожилий или нервов, а также всевозможные деформации, посттравматические контрактуры. «Большую помощь мы оказываем пациентам с хронической почечной недостаточностью. Трижды в неделю они бывают на процедуре диализа. В связи с возникновением диализных свищей появляются проблемы с периферической нервной системой. Как правило, очень сильно страдает срединный нерв. Мы решаем проблему буквально за один день – благодаря невролизу существенно облегчаем их состояние», – рассказывает заведующий отделением.

Кроме того, в Краевом центре травмы кисти проводят до 400 операций высокотехнологичной помощи. В прошлом году их было 390. Квоты поступают по двум направлениям – федеральному и краевому. «В краевые квоты попадает вся микрохирургия – больные с полными и неполными ампутациями, с размозжением конечностей. Другими словами, это те случаи, когда врачи сидят часами над пациентом, восстанавливая кровоток в конечности. Конечно, проще ее убрать и поставить протез, но мы стараемся делать максимально органосохраня-

Продолжение на стр. 26 >>

«Продолжение. Начало на стр. 24-25»

ющие операции и боремся за каждый миллиметр живой ткани, – продолжает Вячеслав Вигель. – В федеральные квоты входят операции, где мы убираем последствия травм – несращение костей, хронические деформации, а также реконструктивные операции на сухожилиях и костях».

Два года назад в отделении начали осваивать эндоскопическое направление, которое весьма востребовано у населения. Уже проведено около 200 операций. Пока в основном это артроскопия плечевого сустава. В дальнейшем планируется расширить диапазон вмешательств и освоить артроскопию локтевого и лучезапястного суставов. Пока подобные операции не делают нигде за Уралом.

Хирургов отделения травмы кисти по праву можно назвать ювелирами. Помимо помощи взрослому населению, экстренная специализированная медицинская помощь при повреждении нервных стволов и сухожилий оказывается также детям всех возрастов. Заведующий отделением с гордостью говорит о своих врачах, называя их штучными специалистами. «Молодежь к нам пришла великолепная. Это врачи, которые за несколько лет овладели таким количеством методик, что можно только завидовать им в этом плане, – отмечает Вячеслав Вигель. – Успешный исход операции – всегда командная работа. Большой вклад в нее вносит младший и средний персонал. Большинство медицинских сестер работает в отделении с момента его открытия и знают свое дело до мелочей, а у нас их тысячи».

Сегодня в Краевом центре травмы кисти работает 25 сотрудников: 9 врачей – травматологов-ортопедов, 7 медицинских сестер, 9 санитарок. Благодаря кропотливому труду врачей, слаженной работе среднего и младшего персонала, профессиональной помощи всех подразделений больницы пациенты получают возможность продолжать жить максимально полной жизнью.

Ирина Савина.

Фото предоставлены
пресс-службой БСМП

Вес как угроза



Проблемы лишнего веса с каждым годом становятся все более актуальными во всем мире. По прогнозам экспертов, к 2030 году 3,3 млрд человек могут столкнуться с ними.



При этом 2,2 млрд будут иметь избыточный вес, а 1,1 млрд – ожирение. Как лишний вес влияет на здоровье, каковы последствия ожирения для организма и что делать, чтобы их избежать, – расскажет к. м. н., врач-гастроэнтеролог Ольга Гатаулина.

На заметку!

Классификация ожирения в соответствии с ИМТ (кг/м²):

Показатель ИМТ <18,5 указывает на недостаточное питание и недостаток веса;

18,5–24,9 – нормальное питание и вес;

25,0–29,9 – избыточный вес;

30,0 и более – ожирение (ожирение I степени – 30,0–34,9; ожирение II степени – 35,0–39,9; ожирение III степени – ≥ 40,0 (морбидное)).

Морбидное ожирение – это избыточное отложение жировой массы с индексом массы тела (ИМТ) 40 кг/кв. м и более или с ИМТ 30 кг/кв. м и более при наличии серьезных осложнений, связанных с ожирением.

Считаем лишнее

«Ожирение – хроническое заболевание, характеризующееся избыточным накоплением жировой ткани в организме. Оно представляет угрозу здоровью и является основным фактором риска ряда других хронических заболеваний, включая сахарный диабет 2-го типа и сердечно-сосудистые заболевания, – говорит Ольга Гатаулина. – Для диагностики ожирения и оценки его степени используют формулу расчета индекса массы тела (ИМТ). В настоящее время ее не применяют для детей с незавершенным периодом роста, для пожилых вследствие развития саркопении, для спортсменов и людей с очень развитой мускулатурой, а также для беременных».

Развитие ожирения определяют следующие факторы: психологические и поведенческие (питание, физическая активность, алкоголь, курение, стрессы), социально-экономические (образование, профессия, семейное положение), а также наследственность. Эти причины действуют в сочетании друг с другом. Но все же

главным определяющим фактором является избыточная калорийность питания в сочетании с малоподвижным образом жизни у людей с наследственной предрасположенностью, отмечает врач.

Килограммы в нагрузку

По расположению жировая ткань делится на два вида – подкожная жировая ткань и висцеральная жировая ткань (ВЖТ). Особое внимание врачей сосредоточено на ВЖТ в связи с многочисленными ассоциированными заболеваниями. «Висцеральный жир расположен внутри брюшной полости и окружает внутренние органы (желудок, печень, кишечник, почки и т.д.). Эпикардальная и периваскулярная жировая ткань – особый вид ВЖТ, откладывающейся вокруг сердца и сосудов и вырабатывающей биоактивные молекулы, которые значительно влияют на функционирование сердечно-сосудистой системы. А вот увеличение количества подкожного жира не связано с развитием ассоциированных с ожирением заболеваний», – подчеркивает Ольга Гатаулина.

К серьезным осложнениям (ассоциированным заболеваниям), связанным с ожирением, гастроэнтеролог относит: сахарный диабет 2-го типа и предиабетические нарушения углеводного обмена, сердечно-сосудистые заболевания (артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца), дислипидемию, синдром обструктивного ночного апноэ, заболевания опорно-двигательной системы, злокачественные опухоли отдельных локализаций (у женщин – рак молочной железы, эндометрия, яичников, у мужчин – рак предстательной железы, независимо от пола – рак толстой кишки, почек, поджелудочной железы, печени и желчного пузыря), а также неалкогольную жировую болезнь печени, гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь с последующим развитием пищевода Барретта, а затем раком пищевода. Кроме того, сюда же входят и репродуктивные нарушения.

Спасаем печень

Если о сахарном диабете 2-го типа и сосудисто-сердечных заболеваниях информации довольно много, то о жировом гепатозе знают лишь единицы. Но он распространен среди населения (в России, по результатам исследования DIREG 2, на 2014 год распространенность составляла 37%. – Прим. ред.) и перспективы его развития – не самые радужные.

«Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) – жировая инфильтрация печени по данным визуальных тестов или гистологии, включающая стеатоз (избыточное накопление жира внутри клеток печени), неалкогольный стеатогепатит (воспалительный процесс печени на фоне ее жирового перерождения) и цирроз печени, не связанные со злоупотреблением алкоголя, приемом стеатогенных медикаментов или врожденными нарушениями, – поясняет Ольга Гатаулина. – Скрининговое обследование для выявления НАЖБП показано при наличии ожирения, сахарного диабета 2-го типа, дислипидемии и метаболическом синдроме (МС). Причем большая часть случаев НАЖБП ассоциирована именно с МС». По словам специалиста, риск развития жировой болезни печени повышают следующие патологии: синдром поликистозных яичников, гипотиреоз, синдром обструктивного апноэ сна, гипогонадизм, панкреатодуоденальная резекция. А также дефицит витамина D и прием тамоксифена. «Тамоксифен – антиэстрогенный препарат с противоопухолевым действием», – поясняет врач.

Для неалкогольной жировой болезни печени характерна атерогенная дислипидемия (нарушение липидного обмена). При подозрении на наличие данного заболевания эксперт рекомендует провести ряд обследований. Один из доступных и простых методов – оценка антропометрических данных: рост, масса тела, ИМТ, объем талии (ОТ), окружность бедер (ОБ), отношение ОТ/ОБ. Если объем талии у женщин превышает

Продолжение на стр. 28 >>>

«Продолжение. Начало на стр. 26-27»

80 см, а у мужчин – 94 см, а соотношение ОТ/ОБ у мужчин более 1,0, у женщин более 0,85, можно говорить о наличии абдоминального (висцерального) ожирения.

Следующим шагом эксперт называет выполнение клинического и биохимического анализов крови. При этом основное внимание следует уделить оценке уровня печеночных ферментов, общего билирубина и альбумина.

Далее нужно определить уровень глюкозы, инсулина в крови натощак и расчет показателя HOMA-IR (Homeostatis Model Assessment of Insulin Resistance). На проявление сахарного диабета укажет повышение глюкозы более 6,1 ммоль/л натощак, более 11,1 ммоль/л при случайном определении. Для инсулинорезистентности характерно повышение содержания инсулина в сыворотке крови при нормальном или повышенном уровне глюкозы. «Далее у пациента исследуют липидный профиль, а также проводят ультразвуковое исследование органов брюшной полости, можно использовать КТ и МРТ. Если остаются сомнения в установлении НАЖБП, необходима биопсия печени», – говорит Ольга Гатаулина.

Необходимые метаморфозы

Что делать, если диагностировано ожирение или жировая болезнь печени? Не паниковать, а переходить к активным действиям по изменению образа жизни. «Известно, что даже умеренное уменьшение калорийности рациона сопровождается значительным снижением активности печеночных ферментов и регрессом воспалительных изменений в печени. При своевременном выявлении НАЖБП, соблюдении режима и диеты, рекомендаций лечащего врача прогноз благоприятный, – заверяет врач-гастроэнтеролог.

Модификация образа жизни подразумевает коррекцию питания и расширения объема физических нагрузок. Необходимо добиваться снижения массы тела – первоначально

на 10% (не более чем на 0,5–1,0 кг в неделю). Ежедневная физическая активность (ежедневная ходьба в среднем темпе не менее 30 минут с достижением 12 тыс. шагов в сутки). Это способствует снижению массы тела и уменьшению выраженности стеатоза печени».

Специалист отмечает, что диета разрабатывается для каждого конкретного пациента индивидуально. «В основе диетического лечения ожирения лежит снижение поступления энергии с пищей и/или увеличение энергозатрат организма. Диеты с энергетической ценностью ниже 1200 ккал приводят к уменьшению интенсивности основного обмена. Длительное применение очень низкокалорийных диет после их отмены способствует быстрому восстановлению массы тела и набору лишних килограммов. Кроме того, очень низкокалорийные диеты чреваты побочными эффектами: слабостью, утомляемостью, выпадением волос,

запорами или диареей, сухостью кожи, тошнотой. Также может развиться дисменорея и аменорея, непереносимость холода, нарушения сердечного ритма, развитие подагры, желчнокаменная болезнь, сердечно-сосудистые заболевания и остеопороз, – подчеркивает Ольга Гатаулина. – Оптимальна диета – с умеренным ограничением энергетической ценности (1300–1600 ккал), преимущественно за счет жиров и углеводов. Исключают простые сахара, ограничивают животные жиры, поваренную соль до 3–5 г в сутки. В нее включают растительные жиры, пищевые волокна (сырые овощи, фрукты, пищевые отруби). Пищу готовят в отварном виде или на пару, без соли. Свободную жидкость ограничивают до 0,8–1,5 л/сут. Режим питания дробный – 4–6 раз в день».

Химический состав рациона, направленного на лечение ожирения, определяют такие характеристики

основных нутриентов, как энергоемкость, особенность их метаболизма, а также способность подавлять чувство голода и обеспечивать насыщаемость, отмечает эксперт.

В ряде случаев при лечении подобных заболеваний врачи назначают лекарственные средства. При ИМТ не менее 30 кг/кв. м или при ИМТ не менее 27 кг/кв. м при наличии факторов риска и/или коморбидных заболеваний обращаются к медикаментам. «Но помним, что препараты может назначить только специалист. Самолечение – недопустимо!» – продолжает Ольга Гатаулина. Самостоятельность стоит проявить в другом важном аспекте лечения ожирения. Пациент должен взять на себя ответственность за поведенческую терапию – изменить те факторы, которые способствуют чрезмерному потреблению пищи, неправильному питанию, малоподвижному образу жизни. Для этого специалисты проводят детальную оценку его повседневной

деятельности (определяют мероприятия, обстоятельства и действия, которые способствуют потреблению пищи). Далее психотерапевт разрабатывает индивидуальный план для конкретного больного.

По словам Ольги Гатаулиной, ведение пациента с ожирением в структуре мультиморбидной патологии предполагает междисциплинарный подход при оказании первичной медико-санитарной помощи. Участковый терапевт намечает алгоритм ведения с учетом индивидуальных особенностей течения ассоциированных заболеваний у данного пациента. Успех лечения ожирения и НАЖБП зависит от слаженной работы большой команды специалистов, куда входят: участковый терапевт, диетолог, психотерапевт, эндокринолог, гастроэнтеролог, хирург. Но самое главное – важно, чтобы пациент следовал всем рекомендациям врачей.

Ирина Савина

Если объем талии у женщин превышает 80 см, а у мужчин – 94 см, а соотношение ОТ/ОБ у мужчин более 1,0, у женщин более 0,85, можно говорить о наличии абдоминального (висцерального) ожирения.



6 принципов правильного питания зимой

1 Достаточная калорийность пищи



Много калорий организм затрачивает на поддержание постоянной температуры тела. Если температура внешней среды понижается, расход энергии увеличивается. Поэтому калорийность суточного рациона зимой должна быть несколько выше.



Лучше повышать ее за счет белков: мяса, рыбы (минимум 2 раза в неделю), птицы, молочных, бобовых продуктов.



Суточный рацион должен содержать 500 г овощей и фруктов.

Обязательно включать в пищу злаки, цельнозерновые каши и хлеб («медленные» углеводы отдают свою энергию постепенно и равномерно).

Чтобы не набрать лишнего «зимнего» веса, лучше употреблять углеводы в первой половине дня. Для поддержания иммунитета организму необходимы кисломолочные продукты.

2 «Зимние» витамины



Витамин С эффективнее всего противостоит вирусным инфекциям. Особенно много его в цитрусовых, квашеной капусте, замороженных ягодах, в зелени и салатах (источнике фитонцидов).

Свежевыжатый сок из цитрусовых нужно смешивать с водой (1:1), выпивать сразу же (витамин С быстро разрушается).

Употребляйте витамины каждый день!

утром в кашу добавляйте ягоды, в обед ешьте салаты из свежих овощей, а в вечерний прием пищи заменяйте часть гарнира квашеной капустой.

Очень важен зимой и витамин D. Больше всего его содержится в жирной морской рыбе, орехах, яйцах, молочных продуктах.

3 Грамотный питьевой режим



На 1 кг веса должно приходиться 30 мл воды в день. Полезны травяные чаи, морсы, компоты.

4 Температурный режим



Пища зимой должна быть по возможности теплой и горячей.

Полезно заваривать в термосе сушеные ягоды – шиповник, боярышник, черноплодную рябину.

Используйте для приготовления пищи «согревающие» приправы – перец, анис, кардамон, гвоздику, кориандр, имбирь.

5 Разнообразие пищи

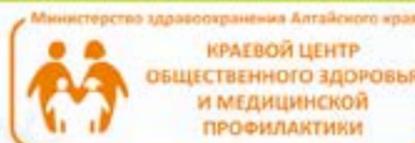


Питаться нужно часто и разнообразно – так организм будет получать максимум необходимых полезных веществ и бороться с холодом, депрессией и вирусными заболеваниями.

6 Меньше соли



Ограничьте употребление соли (консервированные, соленые продукты). Не досаливайте пищу!



656056, г. Барнаул, ул. Ползунова, 23, т. (3852) 666-750, www.medprofaltay.ru

Министерство здравоохранения Алтайского края
КРАЕВОЙ ЦЕНТР
ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ
И МЕДИЦИНСКОЙ
ПРОФИЛАКТИКИ

656056, г. Барнаул, ул. Ползунова, 23, т. (3852) 666-750,
e-mail: medprof-altay@yandex.ru, www.medprofaltay.ru

ПРАВИЛА ПОВЕДЕНИЯ НА ГОРКЕ

Поднимайтесь на снежную или ледяную горку только в месте подъема, оборудованном ступенями.

Съезжайте только тогда, когда отошел в сторону предыдущий спускающийся.

Не перебегайте ледяную дорожку.

Кататься стоя на ногах и на короточках опасно!

Старайтесь не съезжать спиной или головой вперед (на животе).

Если под горкой находится проходной, подождите, пока он отойдет.

Избегайте катания с горок с неровным ледовым покрытием.

Ни в коем случае не катайтесь с железнодорожных насыпей и с горок вблизи проезжей части дорог!

ПРАВИЛА ПОВЕДЕНИЯ НА КАТКЕ

Взяв из проката коньки, посмотрите, в каком они состоянии. Убедитесь в отсутствии сколов и заусенцев. Постарайтесь потуже завязать шнурки. В крайнем случае позже их можно будет чуть ослабить.

Если вы не уверены в безопасности катания или первый раз на катке, используйте наколенники, налокотники, шлем.

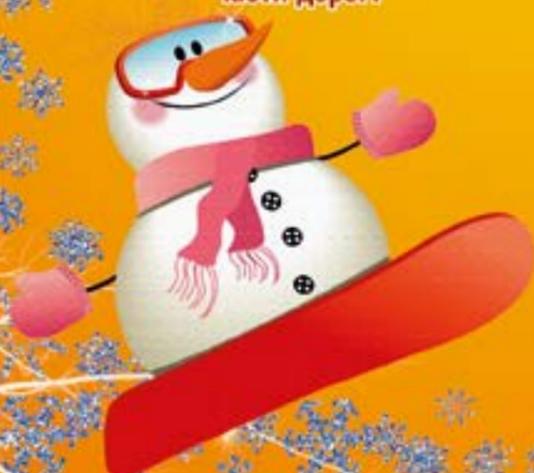
Двигайтесь по направлению потока.

Не лежите, не сидите на льду длительное время.

Используйте теплую одежду и термобелье.

По статистике, 95% травм на катке происходит во время первого выхода на лед и столкновения с другими фигуристами.

Старайтесь соблюдать несложные правила безопасности и будьте внимательнее друг к другу!

Хочу выразить благодарность и сказать огромное спасибо врачу КГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи, г. Барнаул» **Евгению Витальевне Петровой** и всей бригаде № 68 (подстанция Железнодорожного района, ул. Восточная, 121). 23 декабря 2022 года вызвал бригаду для моего брата Ивана Владимировича Киселева. Причина вызова – подозрение на инсульт. Карета прибыла быстро, и меня приятно порадовали профессиональный подход, оперативность и слаженность действий. Евгения Витальевна провела предварительный опрос и осмотр, выслушала меня и брата, сняла ЭКГ и взяла анализы. Было принято решение о немедленной госпитализации. Евгения Витальевна и ее коллега помогли нам собраться в дорогу, подсказали, что взять с собой, помогли брату сесть в карету и оперативно доставили в приемный покой, в котором моего брата передали дежурному неврологу, все объяснили. Спасибо Евгении Витальевне и ее коллегам за чуткость, профессионализм и доброе отношение к пациенту и его близким. Желаю нашему здравоохранению побольше таких замечательных врачей.

Сергей Александрович Корнев

Хочу написать благодарность врачу – стоматологу-хирургу КГБУЗ «Славгородская ЦРБ» **Евгению Константиновичу Кузнецову**. Евгений Константинович очень ответственно, внимательно относится к своим пациентам, проявляя при этом высокий уровень профессионализма. На прием попала 03.01, в праздничный день, испытывая острую боль. В этот день дежурили замечательный врач, медсестра и санитарочка, мне очень понравилось их отношение и качество работы. После удаления мне дали рекомендации по уходу. Было приятно оказаться в руках такого специалиста. Евгений Константинович, спасибо Вам большое.

Ольга Владимировна Диденко

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».

В ноябре лежал в пульмонологическом отделении КГБУЗ «Каменская ЦРБ» с воспалением легких. Хочу выразить большую благодарность **медицинскому персоналу, врачам** за помощь и лечение. Благодаря вам быстро встал на ноги. Спасибо всем.

Анатолий Степанович Окунь

В октябре 2022 года по скорой с механической желтухой попала в КГБУЗ «Городская больница № 5, г. Барнаул». Принимал меня чудесный и внимательный доктор **Михаил Константинович Акелькин**, подробно все объяснил и отправил на госпитализацию. В ноябре 2022 года докторами отделения общей хирургии была проведена сложная и длительная операция, удалили опухоль. Операция шла более 8 часов, но благодаря высокому профессионализму врачей все прошло хорошо, и я быстро пошла на поправку. Благодарю заведующего **Валерия Николаевича Теплухина**, а еще хирурга и моего лечащего врача **Артура Оганесовича Хачатуряна**, он – профессионал своего дела. Еще говорю спасибо медсестрам отделения, именно они были рядом в трудные послеоперационные моменты. **Наталья Александровна Совкова, Яна Анатольевна Назарова, Полина Александровна Степанова, Надежда Сергеевна Иванова, Елена Евгеньевна Иванова**, низкий поклон вам.

Наталья Николаевна Мозильнико

20.12.2022 я стала мамой. Хочется выразить огромную благодарность врачам роддома № 1, г. Барнаул, **Наталье Михайловне Астужиновой** и **Светлане Викторовне Денисовой**. Благодаря этим людям мой сын появился на свет. Они постоянно подходили, проверяли меня, спрашивали о самочувствии, проявляли заботу. Большое вам спасибо. И за время нахождения в роддоме я увидела, что там все такие. Палатная медсестра проверяла ребятшек даже ночью. На момент перевода меня в послеродовое отделение я не ела больше 12 часов, а время было 23.00. Медсестра услышала мой желудок и предложила хлеба...Теперь, проезжая мимо роддома, я буду с теплом и любовью вспоминать и смотреть на это место, зная, что здесь помогли родиться моему сыну. Большое спасибо всем. Спасибо за вашу работу, любовь и тепло. Тронута.

Екатерина Викторовна Шкурова

Хочется выразить огромную благодарность **бригаде скорой помощи**. Они спасли нам отца. Скорая приехала быстро. Осмотрели тщательно и увезли в больницу. В итоге у него обнаружили двухстороннюю пневмонию и инфаркт. Хочется поблагодарить бригаду еще и за то, что профессионально объяснили все матери, не испугали ее. Бригада приехала 11 декабря в промежутке с 10 до 11 часов. Больной – В.П. Коновалов, 57 лет. Очень хочется их найти и поблагодарить лично. Это настоящие герои.

Анастасия Николаевна Ивлева

Хочу выразить благодарность фельдшеру скорой помощи КГБУЗ «Бурлинская ЦРБ» **Людмиле Николаевне Мурашкиной**. Так получилось, что дважды к родителям приезжала Людмила Николаевна. Действовала быстро, четко, грамотно. Спасибо за неравнодушные и высокий профессионализм.

Валентина Александровна Карпенко



Материально-техническое состояние - под контроль!

Министр здравоохранения Дмитрий Попов провел ряд выездных рабочих совещаний, посвященных улучшению материально-технического состояния медицинских организаций Барнаула. Вместе с заместителем Константином Гордевым он оценил качество ремонта в стационаре и поликлиническом отделении горбольницы № 10, а также проверил уровень готовности объекта на строплощадке Городской поликлиники № 14. В горбольнице № 3 прошла встреча с представителем подрядной организации, ведущей реконструкцию поликлинического отделения.

Информация и фото предоставлены пресс-службой Минздрава АК



В выпуске использованы фотографии с сайта zdravalt.ru, из архива редакции и открытых источников сети Интернет: crbkrf.ru, soustock.in, journaldesfemmes.com, vrachivmeste.ru, sgastronomy.ru, zoon.ru, b17.ru

Алтайская краевая медицинская газета | 12+
МЫ ЗА ДОВОЛЬЕ

Краевая медицинская газета. Издаётся с 17.06.1994 г.
Учредитель: КГБУЗ «Краевой Центр общественного здоровья и медицинской профилактики».
Газета зарегистрирована Управлением Роскомнадзора по Алтайскому краю и Республике Алтай. Регистрационный номер ПИ №ТУ 22-00617 от 21.10.2016 г.

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

Главный редактор – Н. С. Камышева, редактор – И. А. Савина
Издатель: КГБУЗ «Краевой Центр общественного здоровья и медицинской профилактики».
Адрес издателя: 656056, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Ползунова, 23.
Адрес редакции: 656056, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Ползунова, 23. E-mail: medprof_miz@mail.ru.
Отпечатано в типографии ООО «А 1».
Адрес типографии: 656049, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Папанинцев, 106А.
Телефон/факс: 8(3852)245-936. **E-mail:** europrint@list.ru. ОГРН: 1062221060670. ОКПО: 98366744
Подписано в печать 13.01.2023. По графику 18.00. Фактически 18.00. Тираж 1000 экз. Цена свободная.