

Мы

и **ЗДОРОВЬЕ**



№ 3 (717) 17 марта 2023 г. | Издается с 17 июня 1994 г.

**С Международным
женским днем!**

➤ Стр. 2-3

**Верность профессии
и родной больнице**

➤ Стр. 6-7

Мама «Солнечного круга»

➤ Стр. 8-9



**Виктор
Томенко**

Губернатор Алтайского края

Дорогие жительницы Алтайского края!

Сердечно поздравляем вас с Международным женским днем!

Уже более 100 лет 8 Марта в нашей стране отмечают достижения прекрасной половины человечества в разных сферах. Сегодня трудно назвать направление деятельности, где бы россиянки не добивались успехов. Есть в ваших рядах и руководители, и первопроходцы, и защитники Отечества. В непростые моменты истории России женщины всегда проявляют стойкость, выдержку и решают ответственные задачи наряду с мужчинами.

Сегодня неоценим вклад жительниц Алтайского края в работу по поддержке наших военнослужащих, мобилизованных, добровольцев, защищающих интересы России на Донбассе. Во многом благодаря вам в крае на достойном уровне организован сбор гуманитарной помощи, развивается волонтерство. Кроме того, традиционно именно вы продолжаете активно развивать социальную политику в интересах материнства и детства.

Мы, мужчины, восхищаемся вашими успехами и не устаем благодарить за то, что и сегодня вы бережете семейные ценности, являетесь хранительницами домашнего очага, хорошими женами и матерями.

Желаем вам счастья и благополучия. Будьте всегда здоровы, красивы и любимы!



**Игорь
Степаненко**

Заместитель
Председателя Правительства
Алтайского края

Дорогие женщины!

От всего сердца поздравляю вас с чудесным праздником – праздником женской красоты и очарования, с праздником весеннего вдохновения и светлой радости. В день 8 Марта от всей души желаю вам постоянного ощущения счастья, ежедневного веселья души, волшебных чувств любви и нежности, прекрасного настроения и непобедимого интереса ко всему новому в жизни.

Пусть в вашей жизни будет много сюрпризов и радостных событий, а ваша улыбка всегда украшает этот мир! Пусть здоровье, удача и достаток всегда будут рядом! Пусть все желания исполнятся, а жизнь будет наполнена мгновениями счастья!



Дмитрий Попов

Министр здравоохранения
Алтайского края

С Международным женским днем!

Уважаемые женщины!

От всей души хочу поздравить вас с замечательным праздником – Международным женским днем – праздником весны, любви и красоты!

Сегодня трудно назвать хоть одну сферу деятельности, где бы не работали представительницы прекрасного пола. Алтайский край – регион успешных и активных женщин, которые ярко проявили себя в разных сферах – от здравоохранения и образования до бизнеса и госструктур. В то же время вы бережно храните традиции семьи, воспитываете детей, оставаясь при этом всегда обаятельными и красивыми.

Пусть в вашей жизни будет много приятных сюрпризов и радостных событий! Здоровья вам, семейного уюта, благосостояния, хорошего настроения на долгие годы! Пусть все желания исполнятся, а жизнь будет наполнена мгновениями счастья!

Виртуальная реальность алтайских онкологов

Алтайские врачи прошли обучение по работе с навигационной системой виртуальной реальности Sirio. С ее помощью они смогут проводить пункционную биопсию. Об этом сообщает «Катунь 24».

Sirio – это специальная приставка к компьютерному томографу. Она в реальном времени выводит на экран 2D- и 3D-изображение анатомической области.

В это же время устройство показывает движение инструмента внутри тела. Благодаря этому врач может точно и быстро определять наилучшую траекторию введения иглы.

Виртуальное сопровождение не только облегчит процедуру и снизит риски осложнений, но и уменьшит дозу рентгеновского облучения.

«Для онкологических пациентов это особенно важно, ведь в процессе лечения и диспансерного наблюдения они регулярно подвергаются лучевой нагрузке», – говорит врач-рентгенолог Алтайского онкологического диспансера **Ольга Борисенко**.

С помощью системы Sirio можно проводить процедуры с грудной клеткой, почками, надпочечниками, печенью и костными структурами.

В онкологии устройство используют для радиочастотных абляций (выжигание опухолей электрическим током определенной частоты) и химиоэмболизаций (введение медикаментов непосредственно в опухоль). Но главное предназначение системы – это пункционная биопсия.

Источник: altapress.ru



Медицинский форум «Наставничество 2023» прошел в Барнауле



Более 350 человек объединил медицинский форум «Наставничество 2023. Объединяя опыт, строим будущее» в стенах Алтайского филиала РАНХиГС. Он был организован Министерством здравоохранения Алтайского края с целью создания коммуникативной среды между молодыми специалистами, наставниками и руководителями.

Ежегодно в учреждения здравоохранения АК приходят порядка 800 специалистов – молодых врачей, средних медработников. В 2022 году за наставниками было закреплено 550 молодых специалистов. Из них 318 врачей и 232 среднего медицинского персонала.

С приветствием к медицинскому сообществу региона в формате видеобращения обратился Губернатор Алтайского края **Виктор Томенко**.

По всем вопросам - в Единый контакт-центр взаимодействия с гражданами

С 23 февраля жители Алтайского края могут обратиться в Единый контакт-центр (ЕКЦ) по новому номеру 8 800 100 0001.

Операторы ЕКЦ предоставляют гражданам консультации по всем вопросам и услугам, связанным с социальной поддержкой, включая получение сертификата на материнский капитал, единое пособие, оформление инвалидности или путевки в санато-

Участников масштабного краевого мероприятия поприветствовал министр здравоохранения **Дмитрий Попов**.

«Форум наставников является основополагающим моментом в закреплении медицинских работников в медорганизациях края. Корпоративная культура – это адаптация молодого человека в своей профессии, преодоление чувства страха перед той специальностью, которую нужно познать в достаточно короткое время. Поэтому рядом должен быть человек, который преодолел все эти трудности и может вовремя посоветовать, подсказать. Ежегодно 2000 молодым специалистам в течение первых трех лет работы необходимо сопровождение наставника. Мы открываем эти двери для новых желающих, чтобы они могли погрузиться в эту интересную работу», – отметил Дмитрий Попов.

рий, уточнение статуса поданного заявления и многое другое.

– На поступающие в контакт-центр обращения отвечает виртуальный ассистент, который помогает получить информацию по самым популярным запросам, – поясняет начальник управления по обеспечению деятельности Единого контакт-центра Отделения Социального фонда России по Алтайскому краю **Никита Образцов**.

В Черной Курье возобновил работу ФАП

Фельдшерско-акушерский пункт в селе Черная Курья возобновил работу в феврале 2023 года. В течение полугода на его базе была организована выездная работа Мамонтовской ЦРБ: по графику выезжали терапевт, педиатр, акушер-гинеколог, проводилась прививочная кампания. Теперь здесь вновь трудится фельдшер **Елена Журкина**. Именно она оказывает медицинскую помощь жителям.

«В самое ближайшее время в ФАПе будет проведен косметический ремонт, уже закуплено новое медицинское оборудование и мебель. Мы надеемся на долгое и плодотворное сотрудничество с Еленой Юрьевной», – говорит главный врач КГБУЗ «Мамонтовская

центральная районная больница» **Егор Ивлев**.

По его словам, село Черная Курья расположено в 37 километрах от райцентра. Важность и необходимость этого медицинского учреждения трудно переоценить, данный фельдшерско-акушерский пункт обслуживает более 600 человек. Но из-за состояния дороги доставка пациента до районной больницы нередко бывает затруднена, теперь за медпомощью люди вновь могут обратиться в ФАП, в котором созданы все условия для первого этапа диспансерного наблюдения и профосмотров, проведения внутривенных и внутримышечных инъекций, вакцинации, записи ЭКГ, акушерского обследования и иных процедур.

Владимир Путин вручил государственную награду барнаульскому медику

8 Марта Владимир Путин в Екатерининском зале Кремля вручил государственные награды Российской Федерации выдающимся женщинам России – представительницам различных профессий. Среди них была жительница Алтайского края.

Почетное звание «Заслуженный врач Российской Федерации» присвоено **Екатерине Арехиной**, заместителю главного врача по медицинской части краевой Городской больницы № 8, г. Барнаул.

Екатерина Арехина в ответном слове поблагодарила Президента: «Уважаемый Владимир Владимирович! Дорогие друзья!

Я представляю отрасль, где важны не только профессионализм и знания, но и душевные качества, милосердие. Наши пациенты в первую очередь нуждаются в сочувствии, понимании, заботе, душевной теплоте. Вероятно, поэтому в нашей профессии очень много женщин.

Спасибо большое за теплые слова, за поздравления с женским днем.



Главный врач АКЦОМД - заслуженный работник здравоохранения Российской Федерации



Главному врачу Алтайского краевого клинического центра охраны материнства и детства **Константину Смирнову** присвоено почетное звание «Заслуженный работник здравоохранения Российской Федерации»!

Константин Владимирович работает в системе здравоохранения более 35 лет. За время работы рекомендовал себя грамотным руководителем с высоким чувством профессионального долга и ответственности, обладает отличными организаторскими способностями. Под его руководством учреждение стало ведущим организационным и методическим центром, который реализует большой комплекс мероприятий, направленных на улучшение состояния здоровья детского населения региона, что положительно отражается на работе всей педиатрической службы.

Поздравляем с высокой наградой!

Источник: <https://www.altaregion22.ru>

Верность профессии и родной больнице



20 декабря 2022 года в Екатерининском зале Кремля Владимир Путин вручил награду алтайскому врачу – анестезиологу-реаниматологу Алтайской краевой клинической больницы Валентине Игнатъевой. Валентина Ивановна работает в краевой больнице 51 год при общем стаже 54 года – буквально единственное место работы по трудовой книжке. Руководящих должностей никогда не занимала, поэтому факту присвоения ей звания «Заслуженный врач РФ» очень удивилась.

«Так и инфаркт можно получить»

О том, как ее приглашали на вручение в Кремль, Валентина Ивановна вспоминает очень эмоционально.

– 28 ноября мне позвонила начальник отдела кадров нашей больницы и сказала: «Вы, наверное, знаете новость про вас?» Я говорю: «Нет. Что, надо увольняться, приходите писать заявление?» Она отвечает: «Нет, что вы! Вам присвоено звание “Заслуженный врач Российской Федерации”». У меня началась тахикардия, я разволновалась от избытка чувств. Мне сказали, что, когда придет пакет документов, награду мне вручит губернатор

Томенко. Хорошо, буду ждать. Минут через двадцать мне снова звонит начальник отдела кадров и говорит, что звонили из Администрации Президента и хотят видеть меня на награждении в Кремле. Тогда я еще сильнее заволновалась, хотя человек спокойный в отношении наград и почестей. Еще минут через двадцать звонят уже из Администрации Президента... 9 декабря я прилетела в Москву, 12-го нас поместили в карантин по коронавирусу – мы должны были находиться в отеле и не покидать его. Наш этаж был закрыт, у всех участников церемонии награждения взяли мазки, еду принесли в номер. Я за это больше всего переживала: не дай бог обнаружат у

меня и я с позором должна буду вернуться домой.

20 декабря на вручении в Екатерининском зале нас было 27 человек со всей страны – Герои России, военнослужащие, ученые, врачи... И я в числе заслуженных. Церемония была кратковременная, все было очень торжественно, величественно. Я горжусь своей страной, даже сейчас голос дрожит от того, что такой почет врачу с периферии.

Анестезиология вместо хирургии

– В школе я училась не очень хорошо по физике и математике, поэтому решила, что точными науками не

буду заниматься – не мое. Моя мама работала фармацевтом, всегда всем соседям оказывала помощь. И я решила, что буду поступать в наш медицинский институт. С химией у меня было все в порядке, экзамен сдала на пять.

Я поступила на лечебное дело в 1967 году. Тогда в институте на всех кафедрах были профессора из центральных регионов СССР. Очень умные, они очень корректно к студентам относились, приходили на наши вечера. Мы все были влюблены в своих преподавателей – во всех, между нами не было никаких конфликтов. Ректором тогда был **Виталий Николаевич Крюков**, он также заведовал кафедрой судебной медицины. Нас учил профессор **Ефим Борисович Берхин**, заведующий кафедрой фармакологии, был очень строгий. Физиологию нам преподавал **Борис Иванович Погдин**. Они преподавали не сухо и по учебнику, а с какими-то интересными примерами, с какими-то интересными разговорами. Это запоминалось и оставляло впечатление. Все преподаватели были хорошими, просто отличными.

В силу своего характера я сразу выбрала хирургию – училась, ходила в кружки по хирургии. После окончания института меня распределили в Топчиху хирургом. Приезжаю, а там место занято, но говорят, что им нужен анестезиолог. А я тогда только отдаленно знала, что надо делать анестезиологу. Студентами мы были на операциях, анестезиолог колет наркоз, я даже в это не вникала. Но раз нужен, то я согласилась. И меня отправили учиться в интернатуру в краевую клиническую больницу. Когда я училась на последних курсах, то работала здесь медсестрой. Заведующим реанимацией был **Борис Алексеевич Климов**. Он приехал на Алтай из Горького. Здесь он стал родоначальником службы анестезиологии и реанимации – все начиналось с него.

Пока я год училась в интернатуре, мне эта профессия очень понравилась. Даже в тот год Борис Алексеевич доверял мне, мы часто вылетали санавиацией с хирургами, гинекологами,

детскими врачами – нас вызывали на сложные случаи, хотя там, в районах, были всегда маститые свои хирурги и другие врачи. В то время в краевую больницу поступить на работу без опыта в районе было невозможно. Борис Алексеевич говорил, что возьмет меня, если крайздрав даст согласие. Пока я училась в интернатуре, для Топчихи нашли врача-анестезиолога, а я случайно встретила главного хирурга края **Юлия Ивановича Елисеева**, который помог мне остаться в краевой клинической больнице врачом-анестезиологом, где я до сих пор работаю. Сейчас я работаю в отделении ЭКО и даю анестезиологическое пособие при малых хирургических манипуляциях.

Краевая больница – это навсегда

Валентина Ивановна говорит, что у нее никогда не возникало мыслей поменять место работы, уйти из краевой в другое учреждение.

– Если кто пришел в краевую больницу и тут поработал, он уже никогда не уйдет. По крайней мере, в наше время было именно так. Сейчас молодые могут даже переехать в другой регион в поисках большей зарплаты или лучших жилищных условий. Но тогда мы думали о другом. Мы были молодыми максималистами, стремились усвоить все и даже больше, ни о чем другом не помышляли. У нас был хороший, очень стабильный коллектив. Для нас перейти в другое отделение было как начинать все с нуля. Мы были верны своей родной больнице, в которой проходило наше профессиональное становление, в которой мы стали врачами.

Конечно, когда я начинала, все было по-другому. Сейчас есть современная аппаратура, внедрено много новых методик. Есть аппарат искусственной почки, и больные с почечной недостаточностью уже не умирают. Есть ЭКМО (экстракорпоральная мембранная оксигенация), которая дышит за пациента, если легкие не работают... В середине 1970-х был один универсальный наркозный аппарат-гармошка. В нейрохирургии операции

Блиц

– Ваши правила жизни и профессии?

– Самая главная заповедь – это не навредить больному, не сделать хуже, чем есть на самом деле. Надо быть честным с пациентами, открытым, хотя бы каким-то добрым словом их подбодрить.

– Однажды выбрав анестезиологию, хотели Вы вернуться в хирургию?

– По молодости, может, и хотела бы, а сейчас нет. У нас хватает хирургических манипуляций. Например, поставить подключичный катетер или дренаж в плевральную полость. Анестезиология мне всегда нравилась.

– Что Вы любите делать в свободное время?

– До коронавируса я любила путешествовать. И в молодости, и в среднем возрасте я много ездила, путешествовала. В последнее время для меня любимым местом стал Крым. Люблю садоводство, огородничество. Раньше любила вышивать, вязать. Сейчас каждую субботу-воскресенье я обязательно на Тропе здоровья – заряжаюсь там энергией. Жду весны, когда можно будет уехать на дачу.

длились по 6–8 часов, и анестезиолог должен был все это время стоять и качать гармошку – руками! Поэтому мы были в хорошей физической форме, очень стройные, поесть было некогда! Спустя восемь лет стали появляться другие наркозные аппараты – с искусственной вентиляцией легких, где работала уже автоматика. В больнице тогда было одно отделение реанимации, общее для всех. В нем работали шесть человек вместе с заведующим. А сейчас, кроме общей реанимации, есть кардиореанимация, нейрореанимация, кардиохирургическая реанимация и т.д.

Елена Клишина.
Фото предоставлено героиней публикации

Мама «Солнечного круга»

21 марта – Международный день человека с синдромом Дауна. В Алтайском крае родителей детей с этим синдромом объединяет краевая общественная организация «Солнечный круг». Одна из ее участниц – Оксана Кальченко. Она живет в селе Бобровка Шипуновского района, воспитывает четверых детей и руководит творческой мастерской.



Большая дружная семья

История семьи **Оксаны и Сергея Кальченко** началась просто: жили в соседних селах, познакомились на дискотеке, встречались, решили пожениться и вот уже 20 лет живут вместе. Сергей – бригадир молочно-товарной фермы, а Оксана занимается домом, детьми. Вместе ведут личное подсобное хозяйство. Супруги держат шесть дойных коров, телят, свиней – «обычное сельское хозяйство». Раньше им помогала старшая дочь **София**, но теперь она, окончив в прошлом году школу с золотой медалью, учится на первом курсе Алтайского государственного педагогического университета, на историческом факультете, и уже начинает строить научную карьеру.

О своей жизни Оксана рассказывает с оптимизмом. Только когда начинает говорить про болезни детей, в ее рассказе появляются грустные нотки. Их старшая дочка родилась недоношенной, «чудом спасли ребенка» – пока ее выхаживали, о том, чтобы родить второго ребенка, не думали. На второго малыша решились только лет через пять. Вторая дочка, **Арина**, сейчас ей 14 лет, родилась с синдромом Дауна.

– Во время беременности врачи ничего такого не подозревали, все было нормально. Но, как выяснилось, синдром был не единственной проблемой у Ариши. Она родилась с пороком сердца, у нее не работала щитовидная железа, развилась двухсторонняя пневмония. Когда Арише был один год, ей удалили опухоль средостения за легким, а еще через три месяца сделали операцию на сердце в Новосибирске.

Мыслей о том, чтобы отказаться от ребенка, у нас даже не возникало. Когда мы вернулись в Бобровку, то об этом диагнозе старались никому не рассказывать, но все равно постепенно другие об этом узнали. Если честно, в первый год нам было не до того, что о нас подумают. Дочка была в тяжелом состоянии, и только после удаления опухоли она стала кушать с ложки, держать голову, начала ходить. После всех лечений мы даже ходили в детский сад. Правда, после всех перенесенных наркозов у нее так и не развилась речь. В детском саду речь еще была, а потом исчезла, возможно, из-за стрессовых ситуаций, потому что из садика мы уходили со скандалом – не нравились мы там, видимо, нужно было нас убрать. В Барнауле специа-

листы психолого-медико-педагогической комиссии посоветовали нам год перед школой посидеть дома. В школе дочь учится на надомном обучении, к ней приходит учитель. Сейчас она занимается по облегченной программе седьмого класса. Кроме того, мы возим ее на занятия в Центр помощи семье и детям в Шипуново за двадцать километров.

Она общается с нами определенными звуками, и мы понимаем, о чем она просит. Ариша играет, развивается, любит ездить в игровые центры в Барнауле. Еще она любит купаться – в речке, в озере, в бассейне. Она не читает и не любит, когда ей читают, но любит рассматривать картинки в книгах, рисовать красками, клеить, раскладывать что-то. Может одеться, положить себе покушать. Мы получаем пенсию по инвалидности и какой-то особой помощи ни у кого не просим.

В 2016 году у супругов Кальченко родилась еще одна дочка, **Злата**. В этом году она пойдет в первый класс, увлекается танцами. В 2019-м родился сын **Иван**, который унаследовал хозяйственную жилку отца: любит животных, технику, не упустит случая побывать с папой на ферме.

Специальный вопрос

– Оксана, что бы вы хотели получить накануне Дня человека с синдромом Дауна? Может быть, вашей семье нужна помощь, что-то определенное?

– Ни вещей, ни помощи не надо, мы и сами можем заработать. Помощь мы просить не любим. Нам однажды задали вопрос, какую помощь от государства мы ожидаем. Так мы для себя рожали, какая помощь? Ребенок наш, не чей-то, будет только нашим.

Хотелось бы нормального человеческого отношения к таким детям, чтобы их воспринимали более адекватно. Аришу, например, некоторые в селе считают неадекватной, но это не так. Хотелось, чтобы про нее думали, что это нормальный ребенок. Да, чуть-чуть другой. Но мы все чуть-чуть другие, не дотягиваем до идеала. Конечно, мы задаем вопросы, что делать, когда нас не станет, и, возможно, поэтому родили четверых детей. Надеемся, что они не бросят, приглядят за ней.

Мастерить, творить, знакомить

Творческую мастерскую Оксана открыла благодаря своим младшим детям – в их селе не так много кружков для детей. Сейчас мастерскую посещают дети в возрасте от трех до 15 лет. Занятия проводит в основном Оксана, но иногда к ней присоединяются и другие творческие мамы Бобровки.

– Каждую неделю у нас в мастерской что-то новое – бумага, тесто, пластилин, квиллинг, бисероплетение, мыловарение. Мы пытаемся показать детям, какие есть способы изготовить что-то своими руками. Стараемся приглашать гостей, чтобы они рассказывали нам про свои интересные проекты. У нас уже выступали представители поискового движения «Лиза Алерт», проекта «Экосозидатели», которые рассказали про раздельный сбор мусора. Иногда мы устраиваем что-нибудь праздни-

ное, какие-нибудь развлечения – мастер-классы, игры, настолки, и все на добровольных началах, – делится Оксана. – Для мастерской нам выделили совершенно бесплатно помещение в Доме культуры. Районный комитет по образованию предоставил мебель. Иногда нам помогают спонсоры, но чаще всего расходные материалы для занятий мы покупаем за свой счет. Я, к примеру, занимаюсь еще мыловарением и прибыль от него направляю на мастерскую. У нас на одном занятии бывает до 35 ребятишек, в том числе участвуют дети с инвалидностью.

В «Солнечном круге»

С организацией «Солнечный круг» Оксана познакомилась много лет назад, когда ее председателем была **Ольга Ланговая**, мама известной спортсменки с синдромом Дауна **Маши Ланговой** – многократной чемпионки международных соревнований по плаванию. Оксана и Арина Кальченко участвовали в летних сменах для детей с синдромом Дауна в Краевом реабилитационном центре для детей и подростков с ограниченными возможностями «Журавлики» и в таком же реабилитационном центре в селе Фунтики Топчихинского района. Оксана и другие мамы детей, с которыми она познакомилась на этих сменах, стали членами «Солнечного круга» и начали общаться, разъехавшись по своим городам и селам, в социальных сетях и мессенджерах.

Оксана также говорит, что она является участницей проекта «Добрый

Справка «МиЗ»

«Солнечный круг» – Алтайская региональная общественная организация родителей, воспитывающих детей с синдромом Дауна. Она берет свое историческое начало в 1997 году, когда была создана «Ассоциация Даун-синдром» при спортивно-оздоровительном клубе «Инв-ЭСКО-Спорт». В 2011 году родители приняли решение о государственной регистрации самостоятельной организации и смене названия на «Солнечный круг». Организация объединяет родителей и детей двухсот семей. Родители могут здесь получить психолого-педагогическую, информационную, консультативную помощь, а для детей с особенностями развития устраивают праздники, проводят занятия, мастер-классы.

Алтай», объединяющего несколько добровольческих инициатив, в том числе проект «Добрые вещи» по обмену вещами. Оксана помогает проводить «круговорот вещей в природе», чтобы родители могли избавиться от ненужного и найти нужное для себя и своих детей: одежду, обувь, книги, предметы обихода. Такие акции проходили в Краевом дворце молодежи и на ярмарке «ВДНХ» на ул. Взлетной.

Елена Клишина.
Фото предоставлено героиней публикации



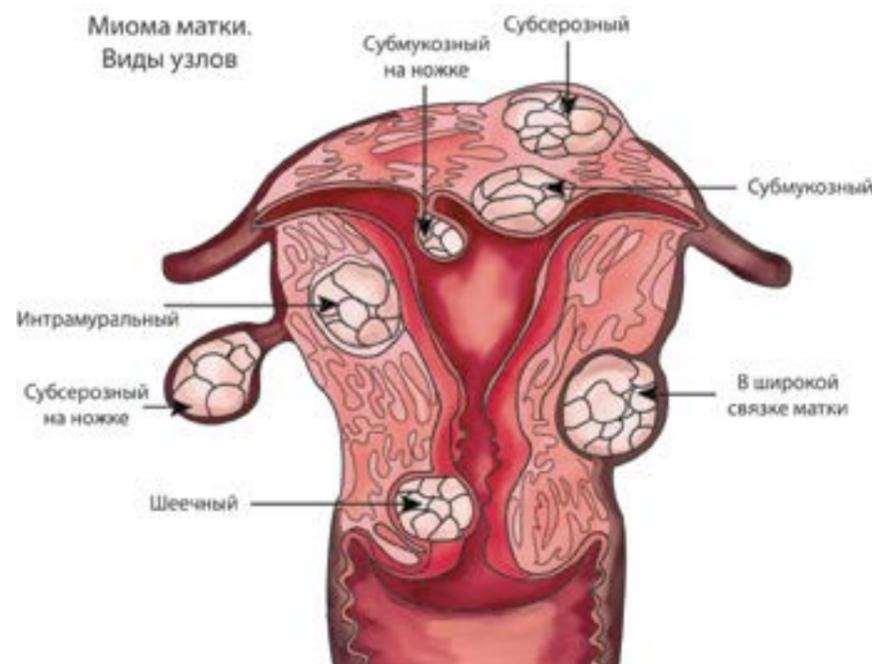
Эмболизация маточных артерий в лечении миомы матки

Эмболизация маточных артерий – это современный малоинвазивный способ лечения миомы матки. С его помощью можно не только устранить симптомы заболевания и прекратить рост миоматозных узлов, но и сохранить главное – репродуктивную функцию женщины. В чем суть ЭМА и когда целесообразно ее применять?

Что такое миома матки

Миома матки – это наиболее распространенная доброкачественная опухоль женской репродуктивной системы. Частота заболевания среди женщин репродуктивного возраста достигает 70%. Средний возраст выявления миомы матки составляет 32–34 года, а пик заболеваемости приходится к началу менопаузы. В настоящее время отмечается рост частоты встречаемости миомы матки у молодых женщин до 30 лет, нереализовавших свою репродуктивную функцию.

Наиболее распространенными симптомами миомы матки являются маточные кровотечения, боли в области таза и при половом акте, урологические и желудочно-кишечные нарушения. У каждой пятой женщины наличие миомы матки сопровождается бесплодием. Беременность и роды пациенток с миомой матки в большинстве случаев протекают с осложнениями.



Методы лечения миомы матки

Во многих странах мира предпочтение отдается хирургическому методу лечения миомы матки (в США – 46%, в Швеции – 48%, в Великобритании – 35%, в Российской Федерации – 48%). Основными оперативными вмешательствами при лечении миомы матки является гистерэктомия (удаление матки). Использование гистерэктомии приводит к выздоровлению и позволяет избежать в будущем онкологических заболеваний. Однако удаление матки имеет ряд отрицательных моментов: травматичность операции, большая кровопотеря и анестезиологический риск. Кроме того, после гистерэктомии у женщин репродуктивного возраста нарушена детородная функция. За последние десятилетия были разработаны и внедрены в клиническую практику лече-

ния миомы матки менее инвазивные и более щадящие вмешательства. Одним из таких является эмболизация маточных артерий (ЭМА).

Механизм лечебного действия ЭМА

Эффект достигается за счет перекрытия кровотока в узлах миомы с помощью специального препарата, который вводится в артерии матки по тонкой трубке (катетеру) через бедро. Препарат содержит мелкие шарики (эмболы), которые перекрывают артерии миомы. Эти сосуды имеют диаметр до 0,5 мм, то есть в несколько раз больше, чем артерии нормального миометрия. После введения в эти сосуды эмболизационных частиц миома теряет кровоснабжение, и происходит ее замещение соединительной тканью – фиброз, которое ведет к уменьшению и/или исчезновению миомы и ее проявлений. При этом ветви, снаб-

жающие здоровую часть миометрия, не страдают.

Процедура занимает не более 15–20 минут, проводится под местной анестезией (то есть наркоз не требуется), безболезненна и легко переносится.

Реабилитация после ЭМА значительно короче, чем после хирургических методов, и риски осложнений гораздо ниже – примерно в 20 раз. Эффективность ЭМА составляет 94–99%. Это очень высокий показатель для любого вида лечения. После ЭМА уходят все симптомы заболевания.

Эффективность данного рентгенохирургического вмешательства не вызывает сомнений, что позволяет более широко его использовать во всем мире. Особую актуальность ЭМА приобретает для лечения пациенток с нереализованной репродуктивной функцией и женщин с высоким риском гормонального лечения.

Этапы ЭМА – что происходит в операционной

1. Эмболизацию делают в специально оборудованной операционной, оснащенной ангиографическим аппаратом.

2. Проводят такое вмешательство эндоваскулярные хирурги (специалисты, которые осуществляют доступ к пораженному органу через сосуды). Сначала врач делает обезболивающий укол, затем прокалывает бедренную артерию и вводит в нее тонкий катетер.

3. Конечный «пункт назначения» катетера – маточные артерии. Следующие этапы процедуры – ангиография (это исследование помогает убедиться, что катетер попал точно в нужный сосуд) и введение эмболизирующего препарата.

4. Конечная точка эмболизации: эмболизирующий препарат – это крошечные микросферы, перекрывающие кровоток. В современных клиниках ЭМА проводится препаратами «Эмбозин» (США) и «Гидроперл» (Япония). Микросферы в них имеют оптимальный размер и с высокой точностью калиброваны. Материал,

из которого делают эмболы, абсолютно безопасен для организма. Он не вызывает аллергических реакций. Эмболы вводятся до достижения так называемой «конечной точки эмболизации». Этот термин обозначает, что кровоток во всех миоматозных узлах полностью прекратился.

5. Завершает процедуру контрольная ангиография. На протяжении всего вмешательства пациентка не чувствует боли, возникает только ощущение тепла внизу живота. Закончив эмболизацию, хирург удаляет катетер из артерии и закрывает место прокола артерии гемостатическим устройством («Экзосил»). При его использовании происходит «пломбирование» места прокола. В результате не нужно накладывать никаких давящих пластырей.

Возможные осложнения после ЭМА

Единственное осложнение, которое может возникнуть у опытного хирурга, использующего качественные эмболы и расходный материал, – это гематома на месте прокола бедренной артерии (такое случается в 1% случаев). Обычно при гематоме лечение не требуется: она проходит самостоятельно через 1–2 недели.

Постэмболизационный период

После процедуры пациентку переводят в палату и проводят обезболивающую терапию. Болезненные ощущения возникают через 1–2 часа после вмешательства и могут продолжаться в течение 6–9 часов. Однако при адекватном обезболивании они легко купируются и не доставляют женщине выраженного дискомфорта. Уже через 2,5 часа после процедуры можно сгибать ногу, а через 4–6 часов подниматься с кровати и принимать пищу. Как правило, в стационаре пациентка проводит не более 3 дней. Затем ей назначают контрольные УЗИ (периодичность прохождения исследований указывает лечащий врач). Они помогают оценить эффективность лечения.

В течение нескольких дней после вмешательства женщину могут беспокоить тянущие боли внизу живота, небольшое повышение температуры, слабость, кровянистые выделения из влагалища. Все это – симптомы постэмболического синдрома, нормальной реакции организма на вмешательство. Угрозы для здоровья они не представляют. Через неделю после ЭМА женщина уже чувствует себя полностью здоровой и может выходить на работу, а через 1–1,5 месяца – заниматься спортом, возобновить половую жизнь.

Результаты эмболизации маточных артерий

После процедуры исчезают проявления миомы матки: нормализуются менструальные кровотечения, уходят учащенное мочеиспускание и другие симптомы сдавливания органов, уменьшаются размеры миоматозных узлов. Особенно активно этот процесс происходит в течение первых 6–8 месяцев. В среднем через год узлы уменьшаются в 4 раза. Небольшие миомы полностью исчезают и замещаются соединительной тканью.

Какова вероятность рецидивов после ЭМА?

Рецидивы миомы матки после эмболизации маточных артерий крайне редки. В этих случаях речь идет не о возобновлении роста миоматозных узлов, а о появлении новых миом.

Фертильность и беременность после ЭМА

Эмболизация маточных артерий не оказывает отрицательного действия на матку и не нарушает репродуктивную функцию женщины. Через год после ЭМА можно беременеть и рожать ребенка.

Лариса Александровна Хорева,
к. м. н., доцент кафедры
акушерства и гинекологии с курсом
ДПО ФГБОУ ВО АГМУ МЗ РФ;
Анастасия Анатольевна
Коростелева, врач-ординатор

ОЧИСТИТЬ ФИЛЬТРЫ

Все знают, что главный труженик в организме – сердце. Оно качает кровь в режиме нон-стоп. Но мало кто обращает внимание на орган, который также безостановочно работает днем и ночью, очищая и фильтруя кровь. Проявлять заботу о почках люди начинают, лишь когда происходит сбой в их деятельности. И если вовремя не узнать, что им самим требуется помощь, можно утратить всю радость привычной жизни. В Алтайском крае неуклонно растет число пациентов с хронической почечной недостаточностью. Часть из них нуждается в заместительной почечной терапии. Как врачи сегодня помогают таким больным – в нашем материале.



Компенсировав недостатки

Почечная недостаточность (хроническая болезнь почек) – это синдром нарушения всех функций почек, который приводит к расстройству водного, электролитного, азотистого и других видов обмена. Этот диагноз объединяет всех пациентов с признаками повреждения почек и/или снижением их функции, которые сохраняются в течение трех и более месяцев.

В последние годы число таких больных стало расти вследствие выявляемости. «Нередко пациенты об-

ращаются с проблемой, не связанной с почками, но при обследовании у них обнаруживают высокий уровень креатинина и мочевины в крови. Это первый сигнал о том, что мочевыделительная система не в порядке и требует более тщательной проверки.

Если не быть настороженным в этом вопросе, не заострять внимания на повышенных биохимических показателях анализов крови и не применять заместительную почечную терапию, то человек умирает без привязки к почечной недостаточности», – поясняет заведующий отделением гемо-

диализа Рубцовской городской больницы № 2 **Николай Невежин**.

Вместе с этим увеличивается и число тех, которым требуется проведение заместительной почечной терапии (ЗПТ). Этот факт ярко иллюстрирует статистика отделения гемодиализа Рубцовской городской больницы № 2. По словам его заведующего, если в 2014 году ЗПТ требовалась 10–12 пациентам, получающим диализную помощь в Рубцовске, то сегодня эта цифра превысила сотню. «Гемодиализ – наиболее универсальный и доступный метод ЗПТ, который обе-

Справка «МиЗ»

Николай Невежин – врач-нефролог высшей категории, заведующий отделением гемодиализа КГБУЗ «Городская больница № 2, г. Рубцовск» Алтайского края.

Член Российского диализного общества.

В 2021 году награжден Почетной грамотой АКЗС. В 2022 году присвоена высшая врачебная квалификационная категория и звание «Ветеран труда Алтайского края».

спечивает очистку крови с помощью аппарата «искусственная почка». Для эффективной очистки крови обычно требуется проведение трех сеансов в неделю продолжительностью по 4 часа. Процедура проводится амбулаторно. Но нужно понимать, что гемодиализ – инструмент для продления жизни, но не лечение заболевания», – отмечает Николай Невежин.

Изменилась не только количественная составляющая больных. Сегодня почечная патология довольно часто идет, что называется, рука об руку с другими заболеваниями. «Не так давно описывая характерный портрет пациента, получающего диализную помощь, мы подразумевали, что у человека по тем или иным причинам вышли из строя почки, а остальные органы в той или иной степени сохранены. В настоящее время мы все чаще стали сталкиваться с коморбидностью – состоянием, когда у пациента протекают одновременно несколько заболеваний. Причем одно может усиливать другое, и их отрицательное влияние на организм растет в геометрической прогрессии. Коморбидный пациент нуждается в многопрофильном подходе в лечении, поскольку страдает сразу несколькими хроническими заболеваниями. Комплексно оценить состояние и выработать план лечения такого больного – задача трудновыполнимая для одного узкого специалиста, – подчеркивает врач-нефролог высшей категории. –

Лечение почечной недостаточности, как паровоз, вытягивает все остальные недостаточности, и мы можем их скомпенсировать. Так, пациентов на диализе с сахарным диабетом – около 30%. Или же, например, у человека есть отеки вследствие сердечной недостаточности, мы ее компенсируем и облегчаем работу сердцу. Замещая функцию почек гемодиализом, компенсируем почечную недостаточность. Благодаря целенаправленным усилиям удается контролировать сложный патологический букет заболеваний у конкретного человека, тем самым продлевать ему жизнь и улучшать ее качество».

Безусловно, такие пациенты всегда в зоне особого риска. Для врачей они имеют статус «иммунокомпрометированные», или проще – ослабленные. У таких пациентов меньше шансов на благоприятный исход было и в разгар пандемии COVID-19. Несмотря на то, что в ее пик многих пациентов потеряли, число тех, кому требуется гемодиализ, лишь растет.

С акцентом на местах

В чем же причина развития почечной недостаточности? К основным факторам риска ее развития специалисты относятся сахарный диабет и другие нарушения обмена веществ, наличие сердечно-сосудистых заболеваний, хронические вирусные и бактериальные инфекции, ряд аутоиммунных и инфекционных заболеваний, новообразования, перенесенные хирургические операции на почках, курение и другие вредные привычки, злоупотребление белковой пищей, малоподвижный образ жизни и т. д.

Важный фактор риска поражения почек, борьбе с которым не уделяется должного внимания в России, – злоупотребление анальгетиками и нестероидными противовоспалительными препаратами, «увлечение» пищевыми добавками (средства для снижения веса у женщин, протеиновые коктейли для наращивания мышечной массы у мужчин).

Почечная недостаточность может развиваться остро, и в таком случае

Это важно!

Профилактика хронической болезни почек:

1. Контролировать артериальное давление, вес, уровень глюкозы и холестерина в крови.

2. Регулярно проходить медицинские обследования, позволяющие оценить состояние почек (общий анализ мочи, альбуминурия, биохимический анализ крови, включая креатинин крови, УЗИ – 1 раз в год). Получение ранней диагностики и лечения может помочь замедлить прогрессирование почечной недостаточности.

3. Соблюдать диету – не злоупотреблять солью и мясной пищей. Максимально ограничить употребление консервов, пищевых концентратов, продуктов быстрого приготовления. Больше употреблять овощей и фруктов, ограничивать высококалорийные продукты.

4. Пить не менее 1000–1500 мл жидкости (при отсутствии противопоказаний со стороны сердечно-сосудистой системы), особенно в жаркое время года – воду, почечные фиточаи, натуральные морсы, компоты.

5. Избавиться от вредных привычек – курения, злоупотребления алкоголем.

6. Регулярно заниматься физкультурой – для почек это не менее важно, чем для сердца! Больше двигаться (ходить пешком, по возможности – не пользоваться лифтом и т. д.).

7. Не злоупотреблять обезболивающими средствами! Если невозможно полностью от них отказаться – ограничить прием до 1–2 таблеток в месяц.

8. Не принимать мочегонные без назначения врача.

9. Не злоупотреблять пребыванием на солнце, не допускать переохлаждения поясничной области и органов таза, ног.

Продолжение на стр. 14 >>

«Продолжение. Начало на стр. 12-13»

шансы на возвращение к привычной жизни велики. По словам Николая Невежина, таких пациентов отправляют в реанимацию, и в 90% случаев после очистки почек в дальнейшем не потребуется гемодиализ на постоянной основе.

Для тех, у кого почечная недостаточность перетекла в хроническую фазу в крайней степени, жизнь уже не будет прежней. Государство оказывает всестороннюю помощь таким пациентам. В Алтайском крае сегодня работает 11 диализных центров. Два из них – в Рубцовской медико-географической зоне. «Доступность помощи сегодня увеличилась. Если раньше пациенты из районов ездили ближе к центру в Барнаул или же к нам и буквально жили здесь в стационарных условиях, то сейчас помощь оказывают амбулаторно. В прошлом году за счет краевого бюджета увеличили компенсацию на транспортные расходы и стали перевозить пациентов в диализные центры за счет государства, – рассказывает Николай Невежин. – Это стало весомым вкладом в оказание помощи, но не решило все вопросы. Дело в том, что большая часть пациентов – пожилые люди. И для них сама транспортировка трижды в неделю уже является проблемой. Наша общая задача сегодня – найти из нее выход».

И выход из этой ситуации, по мнению заведующего отделением, есть – открытие диализных центров при крупных центральных районных больницах. «Таким образом, можно уменьшить плечо доставки пациентов из сел. Для этой идеи есть и финансовое обоснование. Запустив небольшой центр на 4–5 машин, можно сэкономить средства на транспортировку пациентов и приобрести необходимое оборудование. К тому же сама процедура стоит немалых средств, которые будет компенсировать краевой бюджет. Качество помощи однозначно повысится», – уверен врач. Он сам готов оказать посильную помощь в запуске такого центра, обучать специалистов, делиться наработанным опытом. Но очень важна инициатива со стороны местных жителей и медицинского сообщества на местах.

Продлевая жизнь

Гемодиализ относится к высокотехнологичным видам медицинской помощи. Для его проведения необходимо формирование фистулы (наиболее комфортная и безопасная для пациента форма сосудистого доступа). Фистула находится под кожей и создается из тканей больного, поэтому риск заражения и тромбоза минимален. – Прим. ред.), но в ряде случаев это невозможно, и требуется установка перманентного катетера. Сосудистые хирурги 2-й городской больницы Рубцовска освоили эту процедуру, и теперь пациентам не нужно ехать для этих целей в Краевую клиническую больницу.

Рубцовские нефрологи тесно сотрудничают с паллиативным отделением больницы – онкологические заболевания в настоящее время не являются противопоказанием для проведения гемодиализа. И все же эту сложную процедуру нельзя назвать абсолютно безобидной – осложнения возникают. В ряде случаев их дают хронические сопутствующие заболевания. Другие обусловлены специфичностью самой процедуры. Так, например, артериальная гипотензия возникает вследствие быстрого снижения крови и выведения вазоактивных веществ. Аритмия – из-за быстрого изменения состава электролитов.

Врачи всегда держат «руку на пульсе», чтобы минимизировать риск осложнений и сделать процедуру максимально безопасной. В отделении используют высокопоточные диализаторы (одноразовые фильтры) для пожилых. У них высокий коэффициент ультрафильтрации, что позволяет быстрее и эффективнее очищать кровь от продуктов обмена веществ и излишков жидкости. У пациентов с плохой свертываемостью крови применяют дорогостоящие диализаторы с гепариновым покрытием. Когда речь идет о сохранении жизни, нужно в первую очередь думать о пациенте, убежден Николай Невежин.

Ирина Савина.

Фото предоставлено героем публикации

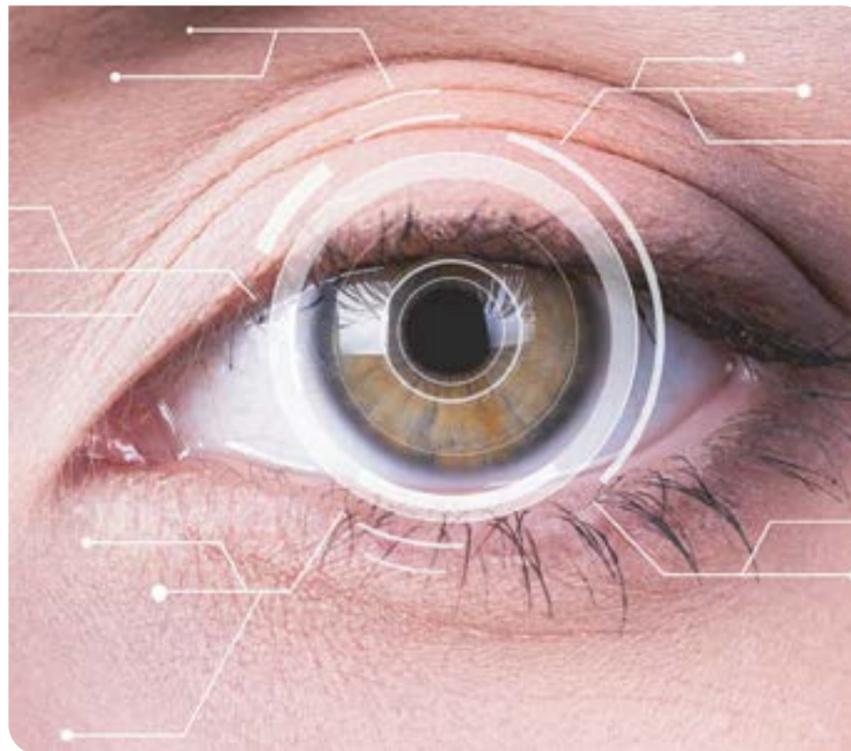
6 марта в календаре обозначен как День борьбы с глаукомой. Почему пациенты отказываются верить в поставленный им диагноз, о том, как их лечат и почему невозможно избавиться от глаукомы, рассказывает Светлана Макогон, заведующая взрослым поликлиническим офтальмологическим отделением Алтайской краевой офтальмологической больницы, д. м. н., завкафедрой офтальмологии с курсом ДПО Алтайского государственного медицинского университета. Она напомнила основные правила поведения пациента с глаукомой, с подозрением на нее или из группы риска.



№ 1: Не отказываться от лечения

– Первое, о чем стоит помнить: глаукома не болит. Это заболевание очень долго себя никак не проявляет. Когда пациент начинает что-то замечать, значит, у него, ско-

Глаукома: три правила



рее всего, уже третья стадия заболевания. Замедлить его развитие мы можем, но на третьей стадии это сделать уже трудно.

Первый этап лечения глаукомы во всем мире – консервативный, медикаментозная терапия. Как только мы ставим этот диагноз, то тут же назначаем гипотензивные препараты в виде капель. Во время лечения медикаментами мы наблюдаем пациентов каждые три месяца.

Так как заболевание долго проходит бессимптомно и пациенты ничего не замечают, иногда бывает трудно убедить их принимать эти препараты и соблюдать рекомендации врача. Мы стараемся разъяснить, чем может закончиться отсутствие лечения – полной слепотой. Хороший результат терапии – это нормализация внутриглазного давления и стабильное течение заболевания из года в год.

Глаукома – не только хроническое, но еще и прогрессирующее заболевание. Поэтому мы должны контролировать ее течение. В каждый

контрольный прием мы проводим пациенту ряд обследований. Кроме того, мы ставим диагноз «подозрение на глаукому», когда вроде бы есть некоторые признаки, но все-таки картина заболевания не является полной. Такой диагноз мы можем сохранять у пациента в течение двух лет. Но это не значит, что мы его отпускаем и на два года забываем про него. В течение этих двух лет каждые три месяца мы проводим ему также весь комплекс обследований, чтобы не пропустить момент, когда подозрение на глаукому перейдет в заболевание.

При наблюдении больных и с глаукомой, и с подозрением на нее нам помогает оптическая когерентная томография. Это оборудование появилось в нашей поликлинике несколько лет назад. С его помощью мы исследуем состояние органов зрения в динамике. На этом томографе мы смотрим структурные изменения зрительного нерва и сетчатку на гистологическом уровне. Сетчатка имеет десять слоев, с помощью этого метода мы можем

Цифры и факты

По данным 2021 года, в Алтайском крае насчитывалось **29 500** человек с глаукомой. В 2012 году их было меньше на **5400** человек.

В Сибирском федеральном округе по уровню заболеваемости глаукомой Алтайский край делит первое место с Омской областью.

Пациенты с глаукомой нередко имеют хронические заболевания, например, гипертонию, сахарный диабет, другие заболевания, при которых нарушена микроциркуляция крови в органах зрения, и эти заболевания относятся к факторам риска развития глаукомы.

Глаукома как причина инвалидности занимает первое место среди других заболеваний глаз.

В **85%** случаев хирургическая операция позволяет добиться эффективного снижения уровня ВГД на продолжительное время без применения капель. Но со временем операционный канал рубцуются, и скорость оттока жидкости снижается. Пациенту нужно снова пользоваться гипотензивными каплями. Возможна и повторная операция.

Продолжение на стр. 16 >>

«Продолжение. Начало на стр. 14-15»

определить, в каких из них есть изменения. При глаукоме есть характерные изменения и со стороны диска зрительного нерва, и со стороны сетчатой оболочки. И мы изучаем все это в комплексе, плюс используем другие диагностические методы. Если глаукома прогрессирует, то это является показанием к хирургическому или лазерному лечению – его проводят в стационаре нашей больницы.

Цель операции с помощью лазера – восстановить отток водянистой влаги по естественным путям. Лазерное лечение безболезненно, операция длится 10–15 минут.

Цель хирургического вмешательства – создать новый путь для оттока жидкости. Операции проводятся в условиях стационара под местной анестезией. После нее может быть кратковременное ощущение дискомфорта и чувство «инородного тела» из-за наложенных хирургических швов.

После лазерной и хирургической операции пациентам назначают специальные капли. После хирургического вмешательства нужно соблюдать в течение двух-трех месяцев ряд ограничений: не пользоваться косметикой, не посещать бани, сауны и бассейны, избегать заражения ОРВИ, не заниматься тяжелой физической работой.

№ 2: После 40 лет измерять внутриглазное давление

Один из основных и доказанных факторов риска развития глаукомы – повышенный уровень внутриглазного давления (ВГД), который приводит к постепенному повреждению зрительного нерва, появлению дефектов в поле зрения и развитию слепоты.

Чтобы глаза хорошо видели, в них должно поддерживаться определенное давление. Показатель ВГД зависит от количества влаги, которую вырабатывает цилиарное тело глаза и которая оттекает через дренажную систему. При нормальном ВГД глаз вырабатывает столько же жидкости, сколько из него оттекает. При глау-

коме отток внутриглазной жидкости затруднен, и давление внутри глаза повышается.

В начальной стадии болезни эти изменения незначительны, и пациент ничего не ощущает. На поздних стадиях в результате повышения ВГД и нарушения оттока пациент начинает замечать проявления глаукомы: у него сужается поле зрения, как если бы он видел мир через подзорную трубу. Из-за этого пациент хуже ориентируется в пространстве, теряет остроту зрения. В последней стадии наступает слепота, с которой уже ничего нельзя сделать.

Для того чтобы вовремя увидеть изменения, характерные для начальной стадии глаукомы, нужно измерять внутриглазное давление каждый год после 40 лет.

Врачи используют два способа измерения ВГД. Первый – контактный, при помощи тонометра Маклакова. Пациенту закапывают анестетик и опускают на глаз металлический цилиндр массой 10 г. Затем врач оценивает показатели исследования по специальной методике. Второй способ – бесконтактный, с помощью направленной струи воздуха из специального прибора – пневмотонометра.

В течение суток уровень ВГД разный: утром выше, вечером ниже. Врачи принимают во внимание и разницу между измерениями в разное время суток, и разницу ВГД между левым и правым глазом. При подозрении на глаукому пациенту измеряют ВГД по специальным схемам в различное время суток.

К факторам риска возникновения глаукомы относят не только возраст старше 40 лет, но и другие факторы:

- наследственную предрасположенность;
- близорукость или дальнозоркость более 4 диоптрий;
- ранее перенесенные заболевания глаз (uveит, отслойка сетчатки, тромбоз центральной вены сетчатки и др.), травмы или операции глаз;

Словарь «МиЗ»

Давление цели – тот уровень ВГД, которого нужно добиться в ходе терапии. Этот параметр индивидуален для каждого пациента, в среднем на 20–30% ниже исходного уровня ВГД.

- ряд хронических заболеваний: сахарный диабет, гипертоническая болезнь, мигрень;
- длительное применение стероидных препаратов в виде глазных капель (например, дексаметазон), ингаляций или таблеток.

№ 3: Скорректировать образ жизни

Вылечить глаукому невозможно, но можно сдерживать ее развитие. В этом помогают не только назначенные врачом капли, но и **коррекция образа жизни. Он должен включать:**

- физическую активность: занятия гимнастикой, прогулки на свежем воздухе;
- достаточный сон в определенном положении: не менее восьми часов и на высоких подушках;
- работу с компьютером, чтение книг при достаточном освещении, желательно в первой половине дня, с перерывами по 15–20 минут;
- прием пищи не реже четырех раз в сутки, ужин не позднее двух часов до сна;
- рацион: мясо и рыба нежирных сортов в вареном виде, молочные продукты, овощи, фрукты.

Не рекомендуется:

- длительное нахождение на солнце с непокрытой головой;
- ношение одежды с тугими воротничками;
- долгое пребывание в темном помещении;
- курение, употребление алкоголя, в том числе пива, продуктов, вызывающих жажду (острых, соленых, копченых);
- поднимать тяжести, работать, наклонившись.

Подготовила Елена Клишина

Вопрос о продолжении вождения автомобиля при глаукоме нужно решать с офтальмологом.

Я тебя слышу



С помощью шести чувств человек постигает информацию из окружающего мира. Несмотря на то, что ведущую роль играет зрение, не стоит недооценивать наш аудиоканал и вовремя заботиться о его чистоте. Сегодня в мире насчитывается более 1,5 млрд людей с нарушением слуха разной степени, среди которых минимум 430 млн нуждаются в реабилитации. Что представляет собой орган слуха и как сохранить его здоровье – расскажет д. м. н., врач-оториноларинголог высшей квалификационной категории Елена Хрусталева.



– Елена Викторовна, какие заболевания органов слуха наиболее распространены в Алтайском крае сегодня?

– Давайте для начала разберемся, что такое органы слуха и что для них является раздражителем. Органы слуха необходимы, чтобы перерабатывать звуковые колебания в нервные импульсы. Звуковые колебания – это передающиеся в пространстве механические колебания молекул веще-

ства (газа – воздуха, жидкости – жидкости внутреннего уха (перилимфа, эндолимфа), твердой среды – костная ткань). В результате каких-либо возмущений, например, колебаний воздуха при речи, работе громкоговорителя, игры на музыкальном инструменте, при работе двигателя автомобиля и др., возникают движения и колебания воздуха в определенной точке пространства – избыточное давление

(поскольку воздух в процессе движения сжимается), которое толкает окружающие слои воздуха.

Двигающиеся слои воздуха улавливаются сначала ушной раковиной, проникают в наружный слуховой проход, затем заставляют колебаться барабанную перепонку. Через слуховую косточку барабанной полости, моло-

Продолжение на стр. 18-19 ➤

«Продолжение. Начало на стр. 17»

точек, который вплетен в барабанную перепонку, начинают колебаться соединенные с ним другие слуховые косточки (наковальня и стремечко). Стремечко вставлено в окно преддверия внутреннего уха (лабиринта) и колебания передает на жидкости внутреннего уха, которые омывают улитковый канал, где лежит рецептор слухового анализатора – Кортиев орган, преобразующий механическую энергию в электрический сигнал (нервный импульс). Он по волокнам слухового нерва проникает к слуховым центрам головного мозга, где нервное возбуждение превращается в ощущение звука.

Таким образом, у человека есть звукопроводящая система (наружное ухо, среднее ухо, структуры внутреннего уха, содержащие жидкости, омывающие рецептор) и звуковоспринимающая система (рецептор – Кортиев орган, слуховой нерв, проводящие пути в мозге, центры головного мозга). Все эти структуры могут быть нарушены в силу тех или иных причин, и тогда развиваются болезни. Одними из частых нарушений звукопроводящей системы являются различные отиты (острые, хронические), звуковоспринимающей системы – сенсоневральная тугоухость. Все эти заболевания в той или иной мере сопровождаются снижением слуха.

В Алтайском крае, так же как и в других регионах нашей страны, люди страдают и отитами, и сенсоневральной тугоухостью. Нередко бывают случаи, когда у одного больного одновременно есть и то и другое.

– Что может вызвать потерю слуха или же его ухудшение? Сейчас мода – надевать наушники. Какой отпечаток это накладывает на здоровье?

– Я подробно рассказала о физиологических механизмах слуха, потому что не только вирусные или бактериальные инфекции, сахарный диабет, артериальная гипертензия, ототоксичные побочные эффекты ряда лекарственных препаратов или биологическое старение могут привести к его потере, но и вредные факторы, такие как избыточный шум, громкий звук музыки в наушниках.

Рекомендации эксперта

Профилактика развития заболеваний органов слуха

1. Своевременное лечение заболеваний носа, связанных с нарушением носового дыхания, такие как искривление перегородки носа, синуситы, аденоиды, так как воспаления среднего уха, как правило, развиваются на фоне затрудненного носового дыхания.
2. Не заниматься самолечением и не принимать самовольно антибиотики, так как некоторые из них губительно влияют на слуховой рецептор.
3. При заболевании уха как можно скорее обратиться к врачу.
4. Следить за артериальным давлением, особенно в зрелом возрасте, так как повышенное давление

Период жизни человека от 15 до 40 лет считается наиболее критичным для нарушения слуха. Шум является акустическим загрязнителем воздуха, шум от 85 дБ и выше негативно воздействует на слух: сначала приводит к его снижению на высоких частотах, затем к потере слуха. При этом в рецепторе происходят изменения, имеющие необратимый характер. Чем дольше человек подвергается такому воздействию, тем значительнее нарушения слухового органа. Достаточно находится 8 часов при уровне шума 85 децибел, и человек потеряет слух. Допустимая норма громкости в наушниках – 60 децибел. Если окружающие слышат звук в наушниках, это опасный уровень громкости, превышающий допустимые нормы.

– Елена Викторовна, как защитить органы слуха от повреждающих факторов?

– Уши нужно защищать либо уменьшая шум (активная защита слуха), либо используя средства защиты слуха (пассивная защита). В настоящее время законодательно закреплены обязательные требования защиты от шума. Работодатель обязан

провести оценку уровня опасности рабочих мест, измерить шумовую нагрузку на рабочем месте, разработать необходимые защитные мероприятия, в том числе индивидуальные средства защиты слуха, такие как, например, противозвуковые вкладыши. Они вставляются в слуховой проход, при этом звукоулавливающий материал не дает звукам достигать барабанной перепонки.

5. Беречь уши от сильного шума. Слуховой анализатор может при длительном воздействии снизить порог чувствительности рецептора, при этом человек начинает хуже различать звуки.

6. Сократить до минимума использование наушников при прослушивании музыки или совсем отказаться от них.

7. Избегать мероприятий с уровнем громкости звука более 80 децибел. Например, во время концерта рок-группы уровень шума достигает 120 децибел.

8. Защищать уши во время работы в шуме.

Самое хорошее средство – наушники, в которых имеется акустическая пена (звукопоглощающий материал). Своими чашами они полностью закрывают ухо, тем самым осуществляется звукопоглощение. Иногда приходится применять одновременно и вкладыши, и наушники.

– Какие симптомы должны насторожить по поводу потери слуха?

– Снижение слуха, нарушение разборчивости восприятия звуков, шум в ушах или в одном ухе.

– Каковы правила гигиены данной системы?

– Сохранять ушные раковины в чистоте (промыть без попадания воды в наружный слуховой проход). Чистить уши от серы ватными пята-

На заметку!

Сера в ушах – это не грязь, а естественный секрет. Ее функция – защита уха от патогенных бактерий, инфекций, поврежденных. Также сера задерживает на себе грязь и пыль и не пропускает их дальше в ухо.

В норме ушная сера выходит из слухового прохода при разговоре или жевании за счет движения нижней стенки слухового прохода, но иногда этот процесс нарушается, и в ухе могут возникнуть серные пробки. Нарушение может спровоцировать слишком активная работа слуховых желез уха или анатомически узкое и извитое строение наружного слухового прохода. Типичный симптом при возникновении серной пробки – ощущение заложенности в ухе.

Пытаться почистить уши гигиеническими ватными палочками бесполезно – так пробка еще глубже загоняется в ухо. Удалять пробку должен только врач.

Важно! Часто при слишком усердной чистке ушей ватными палочками люди повреждают ими слуховой проход. А в ухе, лишенном естественной защиты, беспрепятственно селятся грибки и патогенные микроорганизмы, вызывая воспаления, зуд, шелушение кожи. Поэтому чистить уши после каждого посещения душа не стоит. Частое удаление серы из ушей способствует более активной ее выработке, то есть чем чаще и активнее вы чистите уши, тем больше серы в них образуется. Мягким ватным тампоном можно просто протирать ушную раковину и вход в слуховой проход.

ками, предварительно убедившись, что вата на них держится хорошо.

Подготовила Ирина Савина

«Я решила, что все должно получиться»



Ксения Мязина – заведующая эндоскопическим отделением Краевой больницы скорой медицинской помощи № 2. Ее общий стаж в медицине – более 12 лет, в том числе в эндоскопии – 5 лет. Работа в БСМП № 2 – ее первый опыт руководящей работы, в этом качестве Ксения Алексеевна уже работает больше года.

«Возьмите куда-нибудь»

Ксения Алексеевна рассказывает, что шла в медицину через тернии к звездам – буквально против воли родителей и поступила в АГМУ со второй попытки. Трудности только укрепили ее желание стать врачом, и сейчас она сама и ее коллеги учат эндоскопии молодых медиков.

– Я поступила в медицинский университет неожиданно для родителей – как-то в старших классах я резко захотела стать врачом, и только вра-

чом. Медиков в семье нет. Я окончила школу в 16 лет и с первого раза не поступила. Очень просила меня принять «куда-нибудь» на работу в медицинский университет. Хотела на патанатомию, но мне сказали, что я еще маленькая. Зато взяли на кафедру фармакологии лаборанткой, там я отработала год и еще в том же корпусе ходила на подготовительные курсы. За тот год я поняла, что хочу в медицину еще сильнее, только сюда и никуда больше, и не кем-нибудь, а хирургом.

Продолжение на стр. 20-21 >>>

«Продолжение. Начало на стр. 19»

Из реанимации в эндоскопию

– Пока я училась в АГМУ, работала медсестрой в Краевой клинической больнице, в отделении общей реанимации. И пока я там работала, захотела стать анестезиологом-реаниматологом. В интернатуру я поступила на специальность «анестезиология-реанимация» и потом по этой специальности я проработала десять лет – с 2011 года в городской больнице № 8. Там меня начала интересовать эндоскопия. При первой же появившейся возможности я прошла за свой счет переподготовку по эндоскопии.

До анестезиологии я хотела стать хирургом, чтобы что-то делать руками. Эндоскопия – очень емкое направление: есть диагностическая, есть оперативная, и там нужно многое знать и многое уметь. После переподготовки, для того чтобы был навык, я в своей же больнице устроилась по совместительству врачом-эндоскопистом. А потом мне предложили перейти на основное место работы эндоскопистом в Краевую клиническую больницу. Я долго думала, потому что и реанимацию было жалко бросать, поэтому работала по совместительству еще и в том отделении.

Молодая, чужая, девушка

О том, что в БСМП № 2 есть вакансия эндоскописта, Ксения Алексеевна узнала случайно.

– Когда я сюда пришла, главный врач Александр Викторович Берестников сказал: «Мне нужен не просто эндоскопист, мне нужен заведующий новым отделением». Я не ожидала, что будет так. Было очень страшно: и поменять место работы, и другая должность с другими обязанностями, и еще надо было организовать работу отделения после объединения двух больниц. Нужно было расширять коллектив, искать оборудование. Я подумала, решила, что все должно получиться, и согласилась стать заведующим.

Вначале было очень сложно. В отделении были специалисты, которые

проработали уже по сорок лет. Идей и предложений у меня было много, но с ними в такой коллектив внедриться тяжело. По их мнению, пришла, во-первых, молодая, во-вторых, девушка, в-третьих, чужая. Я часто сталкивалась с тем, что к девушкам в медицине бывает такое отношение: «Да чего от вас ждать?», «Как вы больных будете перекладывать?» и так далее. Но я сама и больных перекладывала, никогда помощи не просила. Получается, если ты девушка, то тебе надо сделать больше, чтобы тебя признали как специалиста. Сейчас такого меньше, но все равно есть. Девушки, потому что им нужно что-то доказывать, закрепиться, они более стремящиеся, трудоспособные.

После моего прихода некоторые врачи ушли. Они честно сказали, что им это не подходит, и мы с ними расстались на хорошей волне. Те, кто остался, были готовы к изменениям, с ними сейчас хорошо работать. Мы быстро нашли общий язык. У нас изменился характер работы, мы ввели новые манипуляции, которых раньше не делали. В этом году придет новое оборудование, и у нас еще будут новшества. Мы взяли двух врачей и двух медсестер за этот год, и еще одна медсестра вышла из декрета. Наши «старички» им помогают. Они говорят, что стало интересно работать – у нас постоянно что-то новое происходит, появилась динамика, новые инструменты и манипуляции. Всего у нас 6 врачей, 6 медсестер, 3 санитарки. Скоро нам введут ежедневные круглосуточные дежурства, и мы будем расширять штат.

В наше отделение приходят врачи-ординаторы второго года, которые проходят первичную переподготовку по эндоскопии. Они говорят, что у нас им учиться интереснее, чем в других больницах. По их словам, мы и рассказываем, и показываем, и даем руками что-то поделывать, что у нас клинически интересные случаи поступают по скорой – по хирургии и по терапевтическим патологиям.

У нас в отделении есть наставничество: наставник **Алексей Евгеньевич Филиппов** и молодой доктор **Еле-**

Важно!

Если есть наследственный онкологический анамнез (рак легких, желудка, прямой кишки у ближайших родственников), то рекомендуется проводить эндоскопические обследования этих органов ежегодно, начиная с 35 лет, или на 10 лет раньше того возраста, в котором заболевание было обнаружено у родственника.

Даже если ничего не беспокоит, врачи рекомендуют в 45 лет впервые пройти фиброгастроскопию и колоноскопию. Если есть жалобы, ФГС проходят раз в год, колоноскопию – раз в пять лет. При полипозах – в сроки, рекомендованные лечащим врачом.

на Игоревна Гудкова, наш целевик, – и это прекраснейший врачебный тандем.

«А давайте без наркоза»

Эндоскопические исследования – далеко не самые приятные процедуры. Многим пациентам нужно долго себя настраивать на то, чтобы «проглотить лампочку» или решиться на колоноскопию. Но, как утверждает Ксения Мязина, не всегда наркоз и нужен.

– Пациенты, конечно, очень часто просят им сделать исследование под наркозом. Но мы стараемся объяснить, что это необязательно. Секрет менее болезненной колоноскопии заключается все-таки в умении врача, в том, насколько он хорошо владеет методикой. Плюс мы делаем колоноскопию не на кислороде, а на углекислом газе, на котором процедура переносится легче. Полипэктомии мы делаем без наркоза, в кишке нет нервных окончаний, пациент особого дискомфорта не чувствует. Но иногда наркоз показан – после множественных операций на брюшной полости, при анатомических особенностях. Гастро- и бронхоскопия будет менее неприятной, если пациент будет правильно дышать – врачи нашего отделения

всегда перед процедурой стараются это объяснить. Многие пациенты потом говорят, что действительно – без наркоза не так уж и страшно.

Что видно, доктор?

Фактически с нуля созданное отделение эндоскопии в 2022 году получило новое оборудование и ждет поставок в этом.

– У нас должна заработать эндоскопическая ультрасонография (эндо-УЗИ), ее сейчас выполняют только в Краевой клинической больнице и Краевом онкологическом диспансере. Это диагностический метод, используется как уточняющий при определении подслизистых образований ЖКТ – определяет, онкологическое это образование или нет, куда оно прорастает, какая у него структура и т. д. Эндо-УЗИ очень эффективно при ряде трудно диагностируемых болезней панкреато-билиарной зоны – комплекса поджелудочной железы и системы желчных протоков. При этих заболеваниях достоверность эндо-УЗИ выше, чем у мультиспиральной компьютерной томографии. Эндо-УЗИ – высокоточный метод и может заменить тяжелые инвазивные методы обследования, а больных с такими образованиями довольно много.

Ежедневно мы делаем несколько полипэктомий на кишечнике и желудке. Хотим внедрить диссекции в подслизистом слое. Это считается операцией, и ее можно делать больным с дефектами большой протяженности – стелющимися образованиями, которые нужно иссекать более глубоко. Пока таких пациентов мы отправляем в Новосибирск. Мы ждем поступления двух особых ножей и скоро начнем это делать сами.

На подходе у нас оборудование для аргонплазменной коагуляции. Оно позволит, кроме остановки кровотечений, делать лечебные манипуляции – прижигать кровящие участки, различные гемангиомы.

Надеюсь, что в нынешнем году мы запустим эндоскопическую ре-

троградную холангиопанкреатографию. Эта методика используется при диагностике и лечении заболеваний желчевыводящей системы, с помощью которой можно дробить или удалять камни без больших оперативных вмешательств.

Мы начали делать диагностические бронхоскопии и ларингоскопии – обследования легких и верхних дыхательных путей. В плане – использование этого оборудования для удаления образований. На хорошем современном оборудовании мы обследуем больных с разными патологиями, с пневмониями, берем промывные воды, чтобы сделать анализ флоры, посмотреть, есть ли атипичные клетки, туберкулез. Проводим санационную бронхоскопию у больных с ХОБЛ и бронхиальной астмой, когда есть большое количество вязкого секрета и пациенты сами не могут его откашлять. Очень плотно работаем с ЛОР-отделением, которое направляет пациентов с осиплостью голоса, болями, со стенозами трахей, берем непонятные случаи, онкологические.

У нашего оборудования есть возможность фотофиксации, поэтому мы ведем архив изображений и видео, отправляем снимки пациентам.

В прошлом году мы купили расходные материалы и начали заниматься баллонными дилатациями стенозов пищевода, выходных отделов желудка. Это позволяет не проводить обширные операции ослабленным больным, которые не перенесут общий наркоз. Метод устраняет кишечную непроходимость.

Кроме экстренных больных, у нас есть плановая работа. Мы смотрим пациентов поликлиники – для них работают три кабинета: здесь, в самой больнице, и в двух наших отделениях – на ул. Малахова, 51 и на ул. Юрина, 210.

К современному оборудованию должен прилагаться хороший диагност. Пациенты нередко пеняют нам – мол, что же вы, не могли других способов, менее противных приду-

Цифры и факты

11 600 обследований проведено в эндоскопическом отделении в 2022 году.

Выполнено полипэктомий:
в желудке – **80**,
в кишечнике – **331**.

Удалено инородных тел желудка – **20**.

Дилатация рубцовых стриктур пищевода и желудка – **20**.

Впервые выявлено онкологических заболеваний – **110**.

Часто встречающиеся патологии: со стороны ЖКТ – эрозивно-язвенные гастриты, эрозивные рефлюкс-эзофагиты, полипы. В кишечнике – различные доброкачественные образования, воспалительные заболевания кишечника. При бронхо- и ларингоскопиях – злокачественные образования, папилломатозы голосовых складок.

Другие способы, конечно, есть, но в некоторых случаях эндоскопические исследования – самые информативные. И хороший врач может увидеть разные неприятные «сюрпризы». Например, пациент пришел на обследование по поводу полипа прямой кишки, а врач решил проверить на всякий случай всю кишку и обнаружил восходящий рак.

Елена Клишина.
Фото предоставлено героиней публикации

Диаметр стандартного современного гастроскопа – 9 мм, колоноскопа – 12 мм, бронхоскопа – от 4,5 мм.

Крик живота

При возникновении боли появляется единственное желание – поскорее от нее избавиться. Поэтому первым делом люди хватаются за аптечку в поисках обезболивающих средств. Врачи предупреждают: при интенсивных болях в животе так делать категорически запрещается. О чем может говорить острый дискомфорт в брюшной полости и что нужно в таких случаях делать – расскажет врач-хирург Краевой больницы скорой медицинской помощи Светлана Дорохина.



На острие боли

«Острый живот – собирательное понятие, которое использовалось в медицине буквально с тех времен, когда она сама появилась. Это комплекс симптомов, которые характерны для острого хирургического заболевания. Главными будут – боль, напряжение мышц передней брюшной стенки и нарушение перистальтики. Они могут возникнуть вследствие гинекологических или урологических проблем, патологий желудочно-кишечного тракта, а также травм. Чем быстрее мы определимся с диагнозом, уточним ту или иную катастрофу в брюшной полости, тем быстрее будет проведена нужная операция», – подчеркивает Светлана Дорохина.

Для дифференциации диагноза очень важна локализация боли. Так, если она возникла в эпигастриальной области (проекция желудка) и с течением времени переместилась в правую подвздошную область и локализовалась в ней, врачи понимают, что

имеют дело с острым аппендицитом. «Если боли появились после погрешности в диете – при употреблении жирной, жареной, соленой или копченой пищи, а также имеется беспокойство в правом подреберье, то это говорит об остром холецистите или обострении хронической его формы на фоне камненосительства, – добавляет врач-хирург. – Имеет значение и характер боли. При кишечной спаечной непроходимости она будет острой, интенсивная, схваткообразная во время приступа».

В целом же все хирургические боли – интенсивные, поскольку сопровождаются признаками раздражения брюшины, которая, в свою очередь, обильно иннервирована.

«У работников скорой помощи есть понятие «острый живот». Когда скорая привозит пациента к нам в приемный покой, предварительный диагноз уже есть. А у нас, как работников ургентного стационара, есть так называемые «золотые» 2–4 часа (при условии, что пациент находится в состоянии сред-

ней тяжести), чтобы уточнить диагноз и провести предоперационную подготовку», – говорит Светлана Дорохина.

Но не всегда у хирургов есть те самые золотые часы. Довольно часто сюда поступают тяжелые больные, которые сразу попадают в операционную. У таких пациентов отсутствует сознание, низкое давление (состояние гиповолемического шока), может быть также токсический шок и полиорганные изменения – все это усугубляет тяжесть состояния. Так, например, при перитоните, при внутрибрюшном кровотечении хирурги действуют молниеносно, укладываясь буквально в 10–20 минут. В таких случаях счет идет на минуты, и крайне важно избежать риска развития осложнений и летального исхода.

«В первые часы от момента поступления нам нужно понять: консервативным или оперативным путем мы пойдем. Для этого проводится минимальное инструментальное и лабораторное обследование – делаем анализы крови и мочи, УЗИ брюшной

полости. Если пациент поступает сразу в операционную, то все необходимые манипуляции делают на операционном столе», – отмечает хирург.

Не ждать, когда пройдет

Чаще всего хирурги имеют дело с аппендицитами, прободными язвами, острыми холециститами, панкреанекрозами (на фоне желчнокаменной болезни), а также с внутрибрюшными кровотечениями после травм. Нередко обострению ситуации способствуют погрешности в питании, а также злоупотребление алкоголем. Но чаще всего невнимательность к собственному организму приводит пациентов на операционный стол. «Если острый аппендицит может наступить в любой момент и до сих пор нет четкой единственной причины воспаления червеобразного отростка, то острый холецистит дает о себе знать вследствие того, что человек вовремя не проходит диагностику, не знает ничего о состоянии своего желчного пузыря, – говорит Светлана Дорохина. – Камни в желчном пузыре влекут множество осложнений – закупорку внепеченочных желчных протоков, развитие биллиарного панкреатита, а как следствие, панкреанекроза. Все это грозит тяжелыми последствиями. При наличии камней очень важно вовремя обратиться к доктору, особенно если у близких родственников имеются проблемы в этой сфере. Сегодня с помощью видеолaparоскопа их легко решить. В плановом режиме эта операция у подготовленного больного занимает около 20 минут».

Еще одна патология, с которой часто сталкиваются хирурги, – перфоративная язва желудка, осложнение язвенной болезни желудка. «Как правило, от нее страдают пациенты, не обращающие внимание на наличие Хеликобактер пилори (бактерия, которая вызывает воспалительные заболевания ЖКТ). Язва – болезненное состояние. Если поражен желудок, то боли начинают

беспокоить после приема пищи, если двенадцатиперстная кишка, то человек просыпается с болями в области эпигастрия (голодные боли). Поэтому, если в поликлинике когда-либо выявили язвенную болезнь, не нужно отмахиваться от диагноза, а сезонно – весной и осенью, когда происходят обострения заболевания, – принимать противоязвенные препараты. Если этого не делать, не соблюдать диеты, то за 5–7 лет может развиваться любое осложнение – кровотечение из язвы, ее прободение или озлокачествление», – подчеркивает хирург.

В плановом режиме все заболевания лечить гораздо проще, уверяет врач. Так, острая хирургическая проблема – ущемленная грыжа способна повлечь за собой некроз кишечника, что впоследствии может закончиться его резекцией. Она также не проходит незамеченной – заявляет о себе болью и наличием выпячивания в области грыжевого дефекта. И решать эту проблему нужно именно на этой стадии, не дожидаясь ущемления.

Не молчать о проблемах

Избегая плановых визитов к врачу, пациенты усложняют жизнь не только себе. Перед врачами такие больные ставят также более сложные задачи. Так, например, при перитонитах (острое воспаление брюшины и распространение экссудата по брюшной полости. – Прим. ред.) люди нередко затягивают период обращения или же начало заболевания в надежде, что все пройдет. Но не проходит. И такие пациенты поступают на операционный стол в тяжелейшем состоянии, и борьба уже идет за их выживание.

Еще одно следствие язвенной болезни желудка – желудочно-кишечное кровотечение. И здесь хирурги говорят о «немом» животе. Это означает, что боль отсутствует, но есть все признаки гиповолемического шока – холодный липкий пот, выраженная слабость, тошнота. Также присутствуют вздутие, мете-

оризм, рвота цвета кофейной гущи и черный (мелена) или со сгустками крови стул. Выход в такой ситуации один – вызов скорой помощи.

Добавляет хлопот хирургам и сама жизнь. Новая коронавирусная инфекция наложила отпечаток и на хирургические патологии. «Мы стали значительно чаще встречаться с энтероколитами – воспалениями тонкого и толстого кишечника на фоне перенесенного COVID-19 и различными перитонитами, требующими санации. Также увеличилась доля тромбозов мезентериальных сосудов кишечника, что способно повлечь за собой гангрену и некроз кишечника», – говорит Светлана Дорохина.

Но врачи быстро приспосабливаются к меняющимся условиям и насколько возможно обеспечивают благоприятный исход заболевания у пациентов. И все же никто не полагается о здоровье лучше, чем сам человек. Поэтому, когда появляется интенсивная боль – характерный признак катастрофы в животе, – не нужно пить обезболивающие препараты, это главное правило. «Анальгетики стирают клиническую картину, и врачу трудно определиться с диагнозом. Все это утяжеляет состояние больного, удлиняет срок до операции и в конечном итоге плохо влияет на прогноз выздоровления. В таких случаях лучше принять спазмолитики, но если эффект не наступил в течение часа, то нужно понимать, что вы имеете дело с катастрофой в брюшной полости, и немедленно вызывать скорую помощь», – подчеркивает Светлана Дорохина.

Но, чтобы не доводить себя до крайнего состояния, важно просто внимательнее относиться к своему здоровью. Для этого хотя бы раз в год проходить обязательную диспансеризацию, которая включает осмотр хирурга, окулиста, невролога, терапевта. При необходимости они направят на дополнительные обследования. Помните, что любое нарушение проще лечить в плановом порядке.

Ирина Савина.
Фото предоставлено героиней публикации

Главное правило при интенсивной боли в животе – не пить обезболивающие препараты

Не осложнять

Сахарный диабет – одно из самых распространенных неинфекционных хронических заболеваний. Он довольно серьезен не только в своих проявлениях, но и в осложнениях. Одно из них – диабетическая нейропатия – приводит к повреждению нервной системы. По данным Национального института диабета, это осложнение встречается у половины пациентов, страдающих сахарным диабетом. Что это такое и как не допустить его развития – попробуем разобраться.

Когда прогресс – это... регресс

Ни для кого не секрет, что при сахарном диабете в первую очередь страдают кровеносные сосуды. В свою очередь, нарушение питания нервных стволов приводит к развитию другой проблемы у больных с диабетом – нейропатии. По данным эндокринологов, диабетическая нейропатия чаще всего развивается в нервах ног и ступней. «При установленном диагнозе «сахарный диабет» можно уже сказать о наличии полинейропатии. Вопрос будет состоять в степени выраженности клинических проявлений», – говорит врач-невролог Краевого амбулаторного центра эндокринологии **Дарья Макушкина**. – В зависимости от пораженных нервов симптомы диабетической нейропатии могут варьироваться от боли и онемения в конечностях до полной потери чувствительности стоп и кистей, с развитием повреждений и гнойных осложнений».



По словам врача, COVID-19 вызывает микроангиопатию, вследствие чего страдают периферические мелкие и крупные капилляры. Это, в свою очередь, тоже вызывает хроническую ишемию конечностей, что усугубляет течение полинейропатии.

При постановке диагноза неврологи опираются на жалобы пациента, а также на данные электромиографии и оценку двигательных и чувствительных нарушений.

«Полинейропатия может проявляться общими симптомами – слабостью в руках и ногах, онемением, покалыванием и жжением в кистях и стопах. Это так называемый синдром «перчаток и носков», то есть снижение поверхностного, вибрационного и суставно-мышечного чувства. При оценке болевой чувствительности она западает, – говорит Дарья Макушкина. – Кроме того, наблюдаются судороги, которые усиливаются в ночное время. А при наличии ангиопатии будет присутствовать зябкость конечностей по ночам».

Первые признаки диабетической нейропатии:

- онемение в нижних конечностях;
- отеки в стопах и ногах;

- сильнейший болевой синдром в мышцах и суставах;
- колющее ощущение;
- мышечная слабость;
- расстройства двигательных волокон;
- снижение чувствительности в конечностях.

Притормозить и взять на контроль

Несмотря на то, что диабетическая нейропатия является очень распространенным осложнением сахарного диабета, ее можно предотвратить или же замедлить ее прогрессирование. «Главное – лечить основное заболевание. Важно контролировать уровень сахара в крови, следить за артериальным давлением, соблюдать режим труда и отдыха, а также обеспечивать адекватный уход за стопами – тогда прогресс нейропатии остановится, – подчеркивает Дарья Макушкина. – Диета, соответствующая заболеванию, а также оптимальная физическая активность – пешая ходьба, скандинавская ходьба, плавание и велосипед – то, что разрешит лечащий врач, отказ от вредных привычек – все это принесет нужные плоды».

Кроме того, важно вовремя посещать лечащего врача. Степень диабе-

Справка

Стадии диабетической нейропатии

- 0 – нет объективных признаков нейропатии;
- N1 – бессимптомная нейропатия;
- N1a – нет симптоматики, но есть нарушения по данным неврологических тестов*;
- N1b – есть нарушения по данным неврологических тестов и изменения, выявляемые в ходе неврологического обследования;
- N2 – симптоматическая нейропатия;
- N2a – симптоматика + положительные тесты;
- N2b – N2a + значительное нарушение функции сгибателей голени;
- N3 – стадия осложнений полинейропатии**.

* количественные чувствительные или автономные тесты, нейромиография;

** высокий риск образования язвенных дефектов, нейроостеоартропатия, нетравматические ампутации.

тической нейропатии будет диктовать алгоритм лечения. «Один раз в полгода мы рекомендуем пациентам курс витаминных инъекций. Если болевой синдром выражен, применяем препараты для снятия нейропатической боли, – продолжает невролог. – При синдроме беспокойных ног назначаем агонисты дофаминовых рецепторов – очень важно, чтобы люди имели возможность ночью полноценно отдохнуть».

Слово о стопах

При уходе за стопами при диабете важно отслеживать все изменения и поддерживать стабильное состояние ног, не допуская превращения микротравм в язвы. Если что-то во внешнем виде и состоянии ног нарастает, нужно обращаться к лечащему врачу как можно скорее. Дело в том, что при диабетической стопе есть

Рекомендации эксперта

- Ежедневно осматривать ноги, включая промежутки между пальцами.
 - При невозможности самостоятельного осмотра это должен делать кто-то из родственников.
 - Регулярно мыть ноги при температуре воды ниже 37° С. Тщательно вытирать ноги после мытья, особенно промежутки между пальцев.
 - Ежедневно осматривать и пальпировать внутреннюю часть обуви.
 - При ослабленном зрении не ухаживать за ногами самостоятельно (например, подстригать ногти).
 - Подстригать ногти прямо, без закругления на уголках.
 - Если кожа ног сухая, наносить кремы, избегая промежутки между пальцами.
 - Предпочтительно носить носки или чулки, швы у которых расположены снаружи или совсем отсутствуют.
 - Ежедневно менять носки или чулки.
 - Регулярно обследовать ноги у специалиста.
 - Любое появление на коже ног волдырей, порезов, царапин, «болячек» должно быть поводом для обращения к специалисту.
- При сахарном диабете нельзя:**
- носить узкую и неудобную обувь;
 - ходить босиком, носить открытую обувь;
 - использовать химические вещества или пластыри для удаления мозолей;
 - удалять мозоли самостоятельно – это должен делать специалист;
 - остригать ногти ножницами, нужно использовать пилку для ног;
 - парить ноги и посещать бани и сауны – перегрев, как и переохлаждение, способствует ухудшению оттока крови и инфицированию ран;
 - носить резиновую обувь, тугие колготки, неудобные носки.
- При сахарном диабете нужно:**
- носки выбирать из натуральных материалов, с мягкой широкой резинкой;
 - носить подходящую по размеру обувь на низком каблуке, не слишком узкую и тесную, максимально удобную, без грубых внутренних швов, из дышащих материалов, но в то же время держащую форму;
 - обувь покупать во второй половине дня. Хорошо, если в нее можно будет впоследствии вставить ортопедическую стельку. Подошва должна быть жесткой и нескользкой, а стопа помещаться внутрь без усилий и сдавливания;
 - перед тем как обуться – разгладить стельку, подтянуть носки и вытряхнуть из обуви мусор.
- Как подстригать ногти**
- нужно следить, чтобы края пластины не отрастали слишком длинными. Нельзя стричь ногти сразу после принятия ванны. При контакте с водой ноготь разбухает, и после обработки свежий срез становится благоприятной средой для развития бактерий. Кроме того, после высыхания он оказывается неровным;
 - ногти нужно стричь не слишком коротко, по прямой линии, не закругляя уголков во избежание их врастания в кожу;
 - тщательная шлифовка поверхности и края ногтя предотвращает возможные микротравмы, в том числе соседних пальцев. Если пластина утолщена, с помощью пилочки удобно снимать ее верхний слой. И, наконец, ею можно слегка обработать острые уголки ногтя;
 - после каждого использования инструменты необходимо протирать антисептиком.

угроза некроза тканей, и тогда без помощи хирурга не обойтись.

Ирина Савина

С горем тоже нужно уметь справляться

В 2022 году Краевой кризисный центр для женщин начал работать с такой сложной темой, как перинатальные потери. О том, как психологи помогают женщинам, пережившим смерть ребенка, рассказали Алена Страхова, заведующая организационно-методическим отделением центра, и Дина Ленских, психолог кризисного центра для женщин и волонтер фонда «Свет в руках».

«Свет в руках»

– Немного предыстории о том, как появилось это направление. К нам стали обращаться женщины с такими проблемами, как бесплодие, перинатальные потери, смерть ребенка, – рассказывает Алена Страхова. – Я уже знала о фонде «Свет в руках», и мы вышли на его специалистов. Это российский фонд, который помогает родителям, пережившим потерю ребенка во время беременности, при родах, после родов, вплоть до потери ребенка в возрасте до 18 лет. Они оказывают комплексную психологическую помощь. Мы стали сотрудничать с ними, и в рамках выстраивания сотрудничества они обучили всех психологов кризисного центра работе с женщинами после перинатальных потерь. Сотрудники кризисного центра занимались почти три месяца, по два раза в неделю в онлайн-формате. Занятия вели спикеры из Москвы и других регионов, которые являются признанными экспертами в этой теме, а также в доабортном консультировании, – по



этому направлению мы тоже работаем с женщинами. Мы прорабатывали ситуации потери по всем этапам горевания – нам давали очень много техник, методик, практических кейсов, в том числе моделировали ситуацию буквально: «К вам пришла женщина, что вы будете делать, как вы будете работать?»

После роддома

Как пояснили психологи, работа с женщинами, пережившими перинатальные потери, начинается в родильном доме. Но там женщина находится всего несколько дней, поэтому важно, чтобы она обратилась к специалистам и после выписки из него.

– Наш центр активно сотрудничает с перинатальным центром «ДАР», так как он берет на себя больше всего патологий беременных и кризисных беременностей. Психолог «ДАР» Елена Трусова помогает

женщинам в самом учреждении. К примеру, она сопровождает «тихие» роды, когда женщина знает заранее, что ребенок родится мертвым. Также она информирует женщин о том, что в нашем кризисном центре им тоже могут оказать помощь. После выписки из перинатального центра они могут обратиться к нам и получить поддержку, – поясняет Алена Страхова. – Нам важно, чтобы как много больше женщин узнали, что в нашем крае можно получить профессиональную поддержку в ситуации перинатальных потерь. Всю актуальную информацию мы публикуем на наших ресурсах (сайт, соцсети), на сайте фонда «Свет в руках», планируем также распространять информацию о группах поддержки через женские консультации – для того чтобы мы могли помочь и тем жен-

Справка «МиЗ»

К перинатальным потерям относятся: замершая беременность, самопроизвольное прерывание беременности, в том числе на ранних сроках, прерывание беременности по медицинским показаниям, аборт, неудачные попытки ЭКО, преждевременные роды, окончившиеся смертью ребенка, смерть ребенка во время плановых родов и сразу после них.

Смерть ребенка в возрасте старше 1 года не относится к перинатальным потерям, но психологи Краевого кризисного центра для женщин работают и с этими утратами тоже.

щинам, которые потеряли ребенка на раннем сроке беременности.

Занятия с женщинами, пережившими перинатальную потерю, в кризисном центре проходят два раза в месяц: один раз в очном формате в вечернее время и один раз в месяц онлайн в дневное время. Женщина может заниматься и в очной группе, и онлайн одновременно. В группе не более десяти человек. Участницы слышат, как другие справляются со своей ситуацией, психолог помогает прожить непростые чувства, дает рекомендации, при необходимости проводится индивидуальная работа.

Чем тут можно помочь?

– Прежде всего психолог говорит женщине, что оплакивать смерть ребенка – это нормальная реакция, – рассказывает Дина Ленских. – Есть термин «непризнанное горе», и перинатальные потери как раз к нему относятся. Социум всерьез эти потери как бы не признает – например, нередко о самопроизвольном выкидыше на раннем сроке говорят: «Ну, там еще не ребенок был». Или, если ребенок родился мертвым или умер сразу после родов: «Ты еще не успела к нему привыкнуть», «Ты еще молодая, родишь

Цифры и факты

10-15% всех беременностей заканчиваются потерей ребенка.
В **80%** этих случаев потеря происходит на сроке **10-12** недель.

нового». Женщина при этом переживает еще и внутренний конфликт: ей плохо, а она слышит: «Забудь, ничего страшного». Она начинает в себе сомневаться: нормальная ли она, если оплакивает смерть собственного ребенка? И психолог ей в первую очередь говорит, что с нею все в порядке, что такие чувства – нормальные.

У каждого этапа проживания горя есть свои особенности – психолог рассказывает и об этом тоже. Состояние горя женщина может проживать в течение года и даже нескольких лет. О том, что женщина пережила эту ситуацию, справилась с нею, говорит то, что она начинает думать о ней как о чем-то отдаленном, когда боль превращается в тихую грусть, когда она уже может без острой боли в душе вспоминать и говорить об этом.

Еще один результат психологической работы – когда женщина понимает, что она внутренне готова к новой беременности, когда у нее уже нет страха, что все повторится. Часто женщины этого боятся и поэтому не решаются на новую беременность. Работа с психологом помогает женщине преодолеть эти страхи, войти в новую беременность, выносить и родить малыша. При этом даже если страха уже не будет, должно оставаться понимание того, что все в жизни бывает и не исключено повторение печального опыта.

Психолог может и сопровождать женщину во время новой беременности, и помогать ей справляться со страхами. Есть такой термин – «годовщина»: когда во время новой беременности наступает срок, когда произошла потеря во время предыдущей. Например, женщина потеряла

На заметку

Стадии проживания ситуации утраты

- Шок (отрицание)
- Гнев (чувство вины)
- Торг
- Депрессия
- Принятие

ребенка на 12-й неделе, и накануне годовщины этого события у нее может возникнуть много переживаний. Известно, что на состояние беременной влияет тревожный фон, который может создавать определенный риск прерывания беременности.

Бывает, что женщина может решиться на новую беременность всего через месяц спустя после потери. Даже некоторые гинекологи советуют беременеть побыстрее, чтобы родить другого ребенка – есть такой термин «замещающий ребенок», «замещающая беременность». Но если женщина психологически к ней не готова, если она не проработала перинатальную потерю, у нее высок риск снова потерять ребенка. И даже если женщина забеременеет сразу после перинатальной потери и родит здорового ребенка, потом ее может накрыть послеродовая депрессия, и ее страхи примут форму подсознательных, что проявится в отношениях с ребенком, например, в виде гиперопеки.

Другие направления работы

В кризисном центре работают и с другими категориями женщин. Так, с 2020 года в рамках соглашения между краевыми министерствами здравоохранения и социальной защиты ведется работа с женщинами в ситуации репродуктивного выбора (доабортное консультирование). Если в учреждении здравоохранения по месту жительства женщины нет психолога, ее примет психолог учреждения социального обслуживания населения.

Продолжение на стр. 28 >>

Новости

Опасения
не подтвердились

С 2023 года в России начали обследовать новорожденных на 36 генетических патологий, среди которых спинальная мышечная атрофия и первичные иммунодефициты.

Прежде неонатальный скрининг в рамках ОМС включал в себя пять заболеваний: муковисцидоз, андрогенитальный синдром, фенилкетонурию, галактоземию, врожденный гипотиреоз. Неонатальный скрининг, нередко именуемый в РФ «пяточный тест» или «пяточка», – это анализ крови, который берется у новорожденного в роддоме.

Теперь «пяточка» способна выявить гораздо больше патологий, не все из которых дебютируют в первые дни жизни, но лечить которые важно начать задолго до клинических проявлений. Это социально значимые заболевания, которые без своевременной терапии приводят к необратимым последствиям: нарушениям со стороны центральной нервной системы, других органов и систем – и в итоге к инвалидизации и ранней смерти.

Одну панель с анализами, которые берутся у малыша в роддоме, исследуют в Алтайском краевом диагностическом центре, другую отправляют в Томск. Именно в лаборатории Томского национального исследовательского медицинского центра РАН образцы крови новорожденных исследуют на генетические заболевания из расширенного списка.

Исследование в Томске занимает сутки, после чего результаты поступают в Барнаул, в медико-генетическую консультацию Алтайского края. О них медики оповещают только родителей малышей, попавших в группу риска. Положительные результаты пройдут дополнительные подтверждения биохимическими и молекулярно-генетическими методами.

Известно, что в группу риска за это время попали 50 новорожденных Алтайского края. Ни у одного из них наследственное генетическое заболевание не подтвердилось.

«Продолжение. Начало на стр. 26-27»

В 2022 году в центре появился новый формат – онлайн-психологический кабинет. Если по месту жительства женщины нет психолога ни в учреждениях здравоохранения, ни соцзащиты, то она проходит доабортное консультирование онлайн в Краевом кризисном центре для женщин.

Психологи кризисного центра также консультируют женщин после аборта, в том числе принявших осознанное решение прервать беременность. Они помогают проработать чувство вины и страхи – это нужно для развития доминанты материнства, для подготовки к возможному будущему материнству и для профилактики повторных абортов.

С 2022 года центр ведет работу среди несовершеннолетних по профилактике ранних беременностей и формированию ответственного отношения к репродуктивному здоровью. А также с семьями, в которых есть проблема ранней половой жизни несовершеннолетних.

Кроме того, сотрудники кризисного центра участвуют в следственных действиях по фактам сексуализированного насилия в отношении несовершеннолетних и оказывают психологическую помощь детям, подростками и женщинам, пострадавшим от сексуального насилия.

Елена Клишина

В тему

Психолог кризисного центра для женщин Ульяна Ткаленко получила памятную медаль на всероссийском конкурсе для психологов и специалистов службы родовспоможения «Святость материнства». Он проводится с 2016 года Фондом Андрея Первозванного при поддержке Минздрава РФ.

Ульяна Ткаленко была отмечена в номинации «Лучший психолог по сопровождению беременной женщины и семьи, находящейся в трудной жизненной ситуации». Как пояснили в центре, при оцен-

Награда в конкурсе

ке работы психолога учитывался процент женщин, сохранивших беременность, а также проведение профилактических мероприятий для населения. Эксперты высоко отметили методическую работу Ульяны. Она – автор пособия для специалистов, буклетов для женщин по доабортному консультированию, сопровождению кризисных беременностей, является супервизором по этому направлению, разработала программу по профилактике прерывания беременностей у несовершеннолетних.

На заметку

Контакты Краевого кризисного центра для женщин:

Запись по телефону: +7 (3852) 34-22-55

Кризисная линия для женщин: 8-800-201-47-17. На этот номер можно обратиться из любой точки Алтайского края. Звонки бесплатны, безопасны, анонимны и

конфиденциальны. Время работы горячей линии – по будням с 9.00 до 17.30.

Официальный сайт: <https://womenkrizis.ru/>

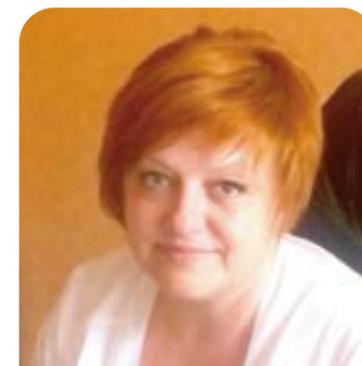
Группа в «ВКонтакте»: <https://vk.com/womenkrizis>

Жизнь без палочки

24 марта во всем мире отмечают День борьбы с туберкулезом. Одновременно эта дата – профессиональный праздник фтизиатров* – специалистов, занимающихся проблемами чахотки, так именовалась данная болезнь изначально. Алтайский край по уровню заболеваемости туберкулезом на протяжении долгого времени входил в число антилидеров. Но по последним данным, в нашем регионе наблюдается снижение смертности от туберкулеза. Так, за 2022 год данный показатель уменьшился на 26,7% по сравнению с 2021-м. Как сегодня противостоят палочке Коха – разобрался наш корреспондент.

Снижаем смертность

«Снижению показателя смертности способствует ряд факторов. Так, выросло число профилактических осмотров. Охват людей, осмотренных всеми методами на туберкулез, в этом году составил 81,7%, в прошлом же он был около 77%. На снижение показателя смертности повлияли также проведение ранней диагностики, качественное углубленное обследование пациентов, подбор эффективной терапии, бесперебойное обеспечение лекарственными препаратами и психосоциальная поддержка больных», – отмечает главный внештатный фтизиатр Министерства здравоохранения Алтайского края **Елена Анисимова**.



При сравнительном анализе динамики показателя заболеваемости туберкулезом населения Алтайского края и России в целом за послед-

ние 30 лет видны единые тенденции снижения этого показателя начиная с 2010 года. Не стоит забывать, что туберкулез – болезнь не только инфекционная, но и социальная, поэтому на уровень и динамику показателя заболеваемости влияют медицинские, эпидемиологические и социальные факторы, например, уровень жизни населения, его занятость и доходы.

По словам специалистов, туберкулез – относительно «медленная» инфекция. По скорости распространения она несравнима с гриппом или же ковидом. По статистике, один больной

Продолжение на стр. 30 >>>

«Продолжение. Начало на стр. 29

туберкулезом органов дыхания может заразить в течение года болезни от 10 до 25 человек из ближайшего окружения.

Риск инфицирования микобактериями туберкулеза выше у детей младшего возраста, наибольший риск – в очаге туберкулезной инфекции (место, где проживает больной). Также подвержены риску инфицирования люди с иммунодефицитом (больные ВИЧ-инфекцией, хроническими заболеваниями легких, а также пациенты, которые длительное время получают кортикостероидную, лучевую терапию и генно-инженерные биологические препараты). В числе уязвимой прослойки – жители с низким подушевым доходом, без определенного места жительства, а также те, кто страдает алкоголизмом и наркоманией.

Новые вызовы

Сегодня в регионе доступны практически все современные методы лечения и диагностики туберкулеза. Активное выявление туберкулеза в нашей стране производится у детей с помощью кожных проб – туберкулиновой пробы Манту и пробы с Диаскинтестом (отечественная разработка), а у взрослых – методом флюорографии. Стоит отметить, что последняя – наиболее эффективное и действенное средство ранней диагностики. Делать флюорографию рекомендуется не реже одного раза в год.

Кроме того, в качестве метода выявления также могут быть использованы анкеты, выявляющие факторы риска заболевания туберкулезом. На странице Медицинского скрининг-центра <http://mscr22.ru> размещена анкета «Скрининг туберкулеза у детей и взрослых». Она анонимна и доступна любому человеку.

Очень важно вовремя выявить заболевание. За последние 30 лет микобактерии туберкулеза изменились и приспособились к меняющимся условиям жизни. Под воздействием противотуберкулезных препаратов они выработали лекарственную устойчивость, поэтому заболевание по-прежнему остается опасным. Современ-

ной проблемой является туберкулез, вызванный микобактериями туберкулеза с множественной и широкой лекарственной устойчивостью, и сочетанная патология ВИЧ-инфекция и туберкулез. Поэтому, несмотря на активное изучение и борьбу с заболеванием, оно постоянно бросает новые вызовы врачам и ученым.

Лечением больных занимаются фтизиатры специализированных учреждений – противотуберкулезных диспансеров, больниц, санаториев. Медицинская помощь жителям края оказывается бесплатно.

*Фтизиатрия (от греческого *phthisis* – «чахотка, истощение, харкать кровью») – область клинической медицины, изучающая причины и механизмы развития

Это важно!

Государственная стратегия по ликвидации туберкулеза в РФ до 2025 года предусматривала снижение смертности к 2020 году до 5,7 на 100 тыс. населения. Реальный показатель смертности от туберкулеза в 2020 году в стране составил 4,6 на 100 тыс. населения. Поэтому есть все основания полагать, что целевые показатели 2025 года и 2030 года будут достигнуты.

туберкулеза, методы его диагностики, лечения и профилактики.

Ирина Савина

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».

От всей души благодарим сотрудников неврологического отделения КГБУЗ «Городская больница № 4 им. Н.П. Гулла, г. Барнаул» и лично заведующую **Екатерину Ивановну Кольхалову**. Это врач не только по профессии – по призванию. Это профессионал с золотыми руками: она терпеливо отвечала на все вопросы, всегда спокойна, обходительна, очень деликатна, внимательна и педантична. Хотим поблагодарить средний и младший медицинский персонал за доброе и внимательное отношение к больным, капельницы без синяков, физиолечение, чистоту и порядок. Отдельные слова благодарности тем, кто организовывал наше питание. Очень благодарны за профессионализм и отношение к больным. С Международным женским днем, дорогие женщины. Будьте здоровы, в душе – весны, в семье – благополучия.

Татьяна Ивановна Масольгина, Маргарита Михайловна Щербинина, Валентина Петровна Журавлева

Огромное спасибо неврологу КГБУЗ «Детская городская поликлиника № 7, г. Барнаул» **Светлане Викторовне Корнеевой** за доброту, внимание, профессионализм. Помогла моему сыну восстановиться после серьезной операции на головном мозге. Спасибо, доктор.

Ирина Гладких

Хочу выразить благодарность участковому терапевту городской поликлиники № 9 (г. Барнаул) **Виктории Владимировне Вороновой** и ее участковой медсестре за ответственность, доброе сердце и оперативное оформление документов для операции в федеральном центре. Виктория Владимировна и медсестра всегда на связи, спасибо вам. Еще хочу выразить благодарность врачу-травматологу Владимиру Недоступенко за профессионализм, за то, что регулярно после операции занимается моим здоровьем, спасибо.

Валерий Михайлович Беляев

Анна Анатольевна Верьясова – педиатр с большой буквы (детская городская поликлиника № 7, г. Барнаул). Очень грамотный специалист и отзывчивый, добрый человек. Какая бы длинная очередь ни была к ней, она уделит должное внимание каждому. Всех своих пациентов Анна Анатольевна знает по имени. Когда обращаемся с сыном к ней, она всегда назначит эффективное лечение, даже в нерабочее время. Ответит на все вопросы, посоветует. Очень приятный человек и хороший педиатр.

Дарья Л.

Выражаем огромную благодарность за отзывчивость и профессионализм врачу-педиатру КГБУЗ «Детская городская поликлиника № 3, г. Барнаул» **Евгении Александровне Сальниковой**. Приняла ребенка, хотя мы с другого участка. Я была сильно напугана результатами анализов. Она успокоила, объяснила и оперативно направила в больницу. Удивительно тактичный и отзывчивый врач.

Устина Ильдусовна Янковская

Хочу выразить огромную благодарность хирургу хирургического отделения КГБУЗ «Центральная городская больница, г. Бийск» **Ширали Ахматовичу** за проведенную операцию и внимательное отношение. Медицинский персонал, медсестры, санитарки, огромное спасибо за тяжелый труд.

Васильева Елена Владимировна

Хотелось бы выразить слова благодарности коллективу педиатрического отделения КГБУЗ «ЦРБ с. Завьялово»: медицинским сестрам, педиатру **О.А. Рожковой**, а еще медперсоналу санпропускника. Так получилось, что нам пришлось обратиться в больницу ночью. Нас приняли, обследовали и госпитализировали в стационар. В отделении чистота, медперсонал доброжелателен, профессионалы своего дела. Хотелось бы пожелать им успехов, семейного и финансового благополучия. Вы – молодцы.

Н.С. Войсковая

Спасибо отделению урологии Алтайского краевого госпиталя для ветеранов войн за помощь нашему папе. Так вышло, что его не хотели брать на операцию из-за возраста... Но, к счастью, нам повезло попасть в госпиталь к **Павлу Васильевичу Рябчуну**. Он предложил операцию, после которой наш папа восстановился уже через неделю и был доволен результатом операции. Доктор подробно отвечал на все вопросы и подбадривал. Благодарим медсестер и санитарок за чуткость и внимание, чистоту и уют в отделении, а также руководство за слаженность работы.

Евгений Александрович Дерябин

Хочу выразить благодарность заведующему хирургическим отделением КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи № 2» **Виталию Николаевичу Шевченко** и хирургам **Андрею Александровичу Глухову, Роману Ивановичу Свистуге**. Низкий поклон за профессионализм, золотые руки, чуткость и доброе сердце. Мой муж поступил в хирургическое отделение с инфицированной гематомой после резекции поджелудочной железы. Спасибо, что вы спасаете человеческие жизни, спасибо за труд. Желаю крепкого здоровья и процветания.

Наталья Леонидовна Кудрявцева



Чудо-рука и волшебная лестница

Отделение медицинской реабилитации АККЦОМД получило новое оборудование на сумму около 7 млн рублей. С его помощью восстанавливаются пациенты отделения неврологии, травматологии и ортопедии. Навык ходьбы тренирует аппарат лестница-брусья «Альтер Степ». Непослушные пальцы разминает чудо-рука — аппарат «Орторент-кисть».

Другие аппараты работают с лучезапястным, голеностопным, коленным суставами, предназначены для физиотерапии. Оборудование приобретено на средства федерального и краевого бюджетов.

Информация и фото предоставлены пресс-службой АККЦОМД



В выпуске использованы фотографии с сайта altairegion22.ru, kremlin.ru, zdravalt.ru, из архива редакции и открытых источников сети Интернет: gippokrates.ru, zir.com.ua, christiancaine.com, aynurozge.com, edinformer.co.za, chzs.ru, lbihost.ru