

Мы и ЗДОРОВЬЕ



№ 10 (724) 16 октября 2023 г. | Издается с 17 июня 1994 г.



С Днем пожилых людей!

➤ Стр. 2

Полечить и выслушать

➤ Стр. 8-9

Сохранить интерес к жизни

➤ Стр. 10-12

Алтайский неонатолог стал лауреатом всероссийской премии

Главный внештатный специалист – неонатолог Олег Зуйков, заведующий отделом экспертизы по педиатрической помощи Алтайского краевого клинического центра охраны материнства и детства, стал лауреатом всероссийской премии «Первые лица». Награда была вручена на XVIII Всероссийском конгрессе специалистов перинатальной медицины. Конгресс проходил 3–4 октября в Москве.

Премия «Первые лица» – единственная в стране премия, которая призвана награждать людей или учреждения, внесшие заметный вклад в развитие перинатальной медицины в России. Премия учреждена общественной организацией «Российская ассоциация специалистов перинатальной медицины» (РАСПМ) и некоммерческим партнерством «Общество по развитию медицины и здравоохранения» (НП «ОРМиЗ») в 2013 году.

Премия «Первые лица» проходит при поддержке Министерства здравоохранения Российской Федерации. Награда присуждается за вклад в развитие перинатальной службы нашей страны, выдающиеся научно-практические исследования, инновационные учебные программы в области перинатологии.

Отметим, что стаж работы Олега Александровича в здравоохранении – 22 года. Начиная работать в качестве врача-педиатра ЗАО «Курорт Белокуриха», затем работал анестезиологом-реаниматологом в детской городской больнице № 7 г. Барнаула, в Алтайском краевом клиническом перинатальном центре. Отмечен почетной грамотой Министерства здравоохранения Алтайского края.

Источник: zdravalt.ru

Поздравление с Днем пожилых людей



Дорогие ветераны!

Примите самые искренние и сердечные поздравления с Международным днем пожилых людей!

Этот теплый праздник золотого возраста, мы ежегодно отмечаем 1 октября. Это особенный день, который дает возможность в очередной раз сказать о том, как нам дороги наши родители, старшие товарищи и коллеги, давшие нам пример человечности, мудрости, героизма, жизненной стойкости.

Все, что есть у нас сегодня, – ваша заслуга и ваш опыт. Здравоохранение

Алтайского края во многом держится на людях золотого возраста – людях исключительной воли и неиссякаемой энергии, которые продолжают работать, занимаются общественной деятельностью, передают свой опыт молодежи.

Дорогие ветераны, коллеги! Поздравляю вас с праздником, желаю крепкого здоровья, неугасающего интереса к жизни, душевного спокойствия, тепла и любви близких!

Дмитрий Попов, врио министра здравоохранения Алтайского края

Ветеранов приглашают на прием

В Алтайском крае активно реализуются мероприятия регионального проекта «Старшее поколение» нацпроекта «Демография», которые направлены на повышение ожидаемой продолжительности здоровой жизни, создание условий для активного долголетия, качественной жизни граждан пожилого возраста. Один из важных вопросов проекта – совершенствование медпомощи старшему поколению, мониторинг состояния их здоровья.

Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн в рамках Марафона долголетия, старт которому в июле дал Губернатор Алтайского края Виктор Томенко, проведет консультативный

прием ветеранов системы здравоохранения. Прием проведут гериатр, терапевт, кардиолог, уролог, невролог, пульмонолог и хирург.

Осмотры будут проходить 17, 19, 20, 24 и 25 октября. Время приема в указанные даты: с 12.30. Предварительно записаться на прием можно по тел. 8 (3852) 566-379. При себе необходимо иметь: паспорт, СНИЛС, полис, результаты предыдущих обследований.

Кроме того, проводится запись на амбулаторный этап медицинской реабилитации с заболеваниями периферической нервной системы и опорно-двигательного аппарата (остеохондроз).

Здоровье стало ближе

Перинатальный центр «ДАР» открыл кабинет антенатальной охраны плода в Славгороде – самой отдаленной от краевой столицы территории Алтайского края. Теперь беременные женщины, проживающие в Славгородском и близлежащих районах, имеют возможность проходить скрининг на врожденную патологию плода, не выезжая в Барнаул.

Кабинет антенатальной охраны плода оснащен аппаратом УЗИ экспертного класса, позволяющим выявить патологии развития на ранних сроках беременности. Прием ведет врач ультразвуковой диагностики с многолетним стажем Елена Волкова, которая прошла профессиональную подготовку и специализацию, в том числе на базе перинатального центра «ДАР». Елена Алексеевна наряду со специалистами центра антенатальной охраны плода имеет сертификат FMF (Фонда медицины плода), что является подтверждением высокого профессионального уровня.

«Свою работу в Славгородском филиале перинатального центра «ДАР»

считаю очень важной. В кабинете антенатальной охраны плода мы не только проводим УЗИ в скрининговые и межскрининговые сроки беременности, но и рассчитываем риски хромосомных аномалий у плода. Также мы рассчитываем риски акушерских осложнений, что позволяет врачам – акушерам-гинекологам своевременно проводить профилактические мероприятия по предупреждению осложнений беременности и родов», – рассказывает сама Елена Алексеевна.

По данным перинатального центра, на сегодняшний день около 300 беременных женщин Славгородской зоны имеют возможность проходить ультразвуковое исследование на качественном аппарате, а также врачи могут проводить онлайн-консультации со специалистами из Барнаула. В случаях выявления патологии результаты УЗИ сразу же передаются в перинатальный центр, и в кратчайшие сроки решается вопрос о дальнейшей тактике ведения беременности.

Обновлен рентген-кабинет в Чарышской ЦРБ

Завершен монтаж нового рентген-аппарата в КГБУЗ «Чарышская ЦРБ». В больницу поступил комплекс рентгеновский диагностический «Диак-Рэй».

Как пояснил главный врач Иван Нечаев, в ближайшее время будут получены все необходимые разрешения и кабинет начнет работу в полную силу. Перед тем как выполнить монтаж оборудования, был сделан капитальный ремонт кабинета. На ремонт и приобретение оборудования по федеральной программе потрачено около 10 млн рублей.

На новом оборудовании будут работать два молодых специалиста – врач-рентгенолог и врач-анестезиолог Александр Серебренников и рентген-лаборант Андрей Кокорин.

– Благодаря таким программам молодые специалисты даже в нашем



отдаленном районе могут работать на современном оборудовании и повышать свои профессиональные навыки, – отметил Иван Нечаев.

Фото предоставлено Чарышской ЦРБ

75 лет алтайской психиатрии

10–11 октября в АГМУ прошла всероссийская конференция с международным участием, посвященная 75-летию алтайской психиатрии и 65-летию кафедры психиатрии, медицинской психологии и наркологии. Организатор мероприятия – Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница им. Ю.К. Эрдмана.

Конференция «Психиатрия Алтайского края: от Ю.К. Эрдмана и до сегодняшних дней» собрала более 60 ведущих специалистов из 14 российских городов, от Санкт-Петербурга до Читы, а также из узбекского Самарканда.

В 1948 году в Барнауле начала работу психиатрическая больница под руководством Юрия Карловича Эрдмана, а в 1960 году в нее пришли первые выпускники Алтайского государственного медицинского института – доктора Валентина Трефилова, Юрий Полушкин, Валентин Семке и Валентина Ломакина. С тех пор развитие психиатрической службы неразрывно связано с научной и педагогической деятельностью кафедры психиатрии.

– Цели конференции – не только почтить память первопроходцев в сфере алтайской психиатрии, но и показать современный уровень развития психиатрической службы в Алтайском крае. Нам важно узнать о новых исследованиях и обменяться передовыми практиками с коллегами из ведущих научных институтов, медицинских центров и больниц нашей страны, – рассказал главный врач АККПБ им. Ю.К. Эрдмана Владимир Нарожнов.

Среди тем, рассмотренных в рамках конференции, – развитие персонализированной психиатрии, проблемы современных зависимостей, вопросы лечения расстройств, связанных с коронавирусной инфекцией, психологическая помощь лицам, подвергшимся психотравмирующим воздействиям, и другие актуальные вопросы психиатрии и психологии.

Новые правила оказания платной медпомощи

1 сентября вступает в силу постановление правительства о новых правилах оказания платной медицинской помощи, которые будут действовать до 2026 года. Совершенно новыми их назвать нельзя – изменения скорее призваны упорядочить существующие нормы и сделать их более прозрачными для граждан. В начале августа в СМИ распространилась информация о том, что за приезд скорой придется платить, если нет серьезной угрозы жизни, – это не так. Как именно будут работать правила, какие услуги станут платными и о чем больницам придется сообщать пациентам, «Известия» разобрались с юристами и экспертами.

Станет ли платной скорая для иностранцев

В начале августа в СМИ появились сообщения, что, согласно постановлению правительства № 736 от 11 мая 2023 года, с 1 сентября за неотложную помощь якобы могут брать плату, если ничего не угрожает жизни пациента.

В тексте документа действительно указывается, что медицинские учреж-



дения, работающие по ОМС, имеют право оказывать платные услуги «при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, которые предусмотрены статьей 21 Федерального закона 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», а также за исключением оказания медицинской помощи в экстренной форме».

Согласно статье 32 этого же закона, экстренная и неотложная – разные формы помощи. Отличие в том, существует ли угроза жизни пациента: в первом случае она очевидна, во втором явных признаков нет, хотя опасность для здоровья все равно существует (например, при повышении давления или температуры, умеренной боли и обострении хронических заболеваний). То есть в постановлении исключили из платных услуг экстренную скорую помощь, но не исключили неотложку, что и вызвало противоречивые комментарии.

Минздрав в своем Telegram-канале опроверг слухи о том, что медицинская помощь станет платной. «Все виды медпомощи, а также лекарственное обеспечение в стационарах будут и дальше оказываться бесплатно в рамках программы государственных гарантий. Никаких изменений в этой

части не планируется», – подчеркнул помощник министра здравоохранения РФ **Алексей Кузнецов**.

Юристы и медэксперты, опрошенные «Известиями», подтвердили, что государственные гарантии для россиян предусмотрены федеральным законом и постановление не может их отменить. Другое дело – иностранные граждане.

– В предыдущем нормативно-правовом акте, регулирующем оказание платных медуслуг (постановление правительства РФ от 4 октября 2012 года № 1006), был напрямую прописан запрет на платную экстренную и неотложную помощь. Формулировка была такая: «случаи оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медпомощи и медпомощи, оказываемой в неотложной или экстренной форме». В новом документе к исключениям из платных медуслуг отнесли только медпомощь в экстренной форме. Это значит, что за неотложную помощь с граждан иностранных государств бюджетные медорганизации теперь смогут брать деньги, – пояснила ведущий специалист «Акцион Медицина» **Наталья Журавлева**.

Но норма о платной медпомощи иностранцам, например, трудовым мигрантам, при отсутствии угрозы

жизни появилась еще в 2013 году, подчеркивает юрист МГКА «Бюро адвокатов «Де-юре» **Юлия Щипцова**.

– То есть постановление не внесло изменений в порядок оказания скорой медицинской помощи. Для граждан РФ она бесплатна независимо от угрозы жизни, а иностранные граждане и лица без гражданства могут получить ее бесплатно только в случае угрозы жизни, за небольшим исключением, – пояснила она.

Что входит в список платных медуслуг

Эксперты отмечают, что одни правила в новом документе призваны снизить нагрузку на врачей, другие – расширить доступность дополнительных услуг. По словам Натальи Журавлевой, скорее всего, это связано в целом с изменением ситуации в здравоохранении.

– Последний раз постановление о платных медуслугах обновляли больше 10 лет назад. С тех пор многое поменялось. Появились клинические рекомендации, развилась телемедицина и так далее. Их и отразили в новом постановлении. Отдельно прописали, что и платную медицинскую помощь нужно оказывать в соответствии с клиническими рекомендациями – официальными документами, одобренными Минздравом. Это напрямую влияет на качество диагностики и лечения. Кроме того, исправили давние юридические коллизии и добавили важные уточнения, – отметила **Наталья Журавлева**.

«Известия» попросили Минздрав разъяснить необходимость еще одного постановления и некоторые его аспекты, но ответа от ведомства на время публикации материала не получили.

Согласно постановлению, медучреждениям дают право оказывать платные услуги в нескольких случаях.

Во-первых, если пациент хочет получить определенное лекарство, но оно не входит в перечень жизненно необходимых, не закупается за счет бюджета и его назначение обусловлено жизненными показаниями или заменой из-за индивидуальной

непереносимости. Во-вторых, если пациенту нужны медицинские изделия или дополнительное специализированное питание, которые не включены в государственные гарантии. ОМС в этом случае покрывает почти все базовые потребности – исключения связаны скорее с личными пожеланиями. В-третьих, если пациент просит для себя индивидуальный пост медсестринского наблюдения, но к этому нет показаний.

– Теперь явно указаны случаи, при которых медицинские организации имеют право взимать плату за те или иные действия. В список входит, к примеру, использование медпрепаратов, которые не содержатся в перечне жизненно необходимых и важнейших. Здесь есть скрытая проблема, так как медицинская организация может и не обладать указанными лекарствами. Кроме того, если пациент сам захочет применять другой препарат, то ему придется платить, – сказал «Известиям» эксперт-юрист консалтинговой группы «Гебель и партнеры» **Константин Бахтин**.

Платить за медпомощь придется и в том случае, когда гражданин не хочет указывать свою персональную информацию.

– Устранили коллизию с анонимной медпомощью. Теоретически медорганизации и раньше имели право консультировать анонимно, но на практике в договоре о платных медуслугах они должны были указать паспортные данные пациента, что ставило крест на всякой анонимности, – пояснила **Наталья Журавлева**.

Требования для иностранцев тоже в целом остаются прежними: они лечатся в российских клиниках платно, если не оформили ОМС. Самостоятельно обращение россиян за медуслугами без назначения врача также будет осуществляться на возмездной основе. Однако Минздрав подчеркивает, что в некоторых таких услугах больницы вправе и отказать: например, в проведении УЗИ без направления – даже в частной клинике. В отношении ультразвукового исследования существует отдельный приказ.

– Платная медицинская помощь, согласно новому постановлению, при-

водится в соответствие с современными клиническими рекомендациями и стандартами. Разумеется, у этого есть обратная сторона: государство очевидно имеет цель сократить «ложное» срабатывание бесплатной медицинской помощи, – добавил **Константин Бахтин**.

Как будут подписывать договор о платных медуслугах

Самые значительные изменения связаны с процедурой оформления и подписания договора о предоставлении платных медуслуг.

– К примеру, договор можно будет заключить через интернет. Развитие технологий позволило ввести дистанционный порядок. В общедоступных источниках отмечается, что работа над этими поправками велась продолжительное время, в проект постановления вносились множество изменений. Всю информацию об этом клиника должна размещать на главной странице сайта. После акцепта и оплаты по договору медицинская организация направит подтверждение. При обнаружении недостатков оказываемых услуг потребитель вправе передать требования также дистанционно, – сказала **Юлия Щипцова**.

По ее словам, документ расширил перечень информации, которую медучреждение обязано сообщить пациенту и (или) заказчику. В первую очередь это формы и способы направления обращений и жалоб в органы государственной власти и организации, а также почтовый адрес и адрес электронной почты для этих целей.

– Еще одно нововведение: медорганизации обязаны заключить договор или соглашение к уже имеющемуся договору для оказания дополнительных платных медуслуг. Без надлежащего письменного оформления отношений проведение каких-либо процедур невозможно. То есть пациент будет как минимум уведомлен о том, какие дополнительные услуги и в каком количестве будут ему оказаны, – добавила юрист.

Продолжение на стр. 6 >>

«Продолжение. Начало на стр. 4-5»

Как отметил Константин Бахтин, в целом новое постановление выглядит усовершенствованной версией предыдущих документов на эту тему.

– Теперь платные медуслуги становятся более ясными и точными для пациента. У последнего появляются реальные гарантии того, что частная клиника не будет пытаться «водить его за нос». Это в первую очередь касается ужесточения требований к форме и содержанию договора об оказании платных медуслуг, что хорошо для пациента.

Однако и эксперты, и Минздрав подчеркивают, что при заключении договора медорганизации обязаны доступно рассказать пациенту о возможности получения помощи бесплатно в рамках государственных гарантий. Программа постоянно расширяется.

– За тем, чтобы бюджетные медорганизации не подменяли бесплатные услуги платными, строго следят. За это предусмотрены штрафы, и в этом отношении ничего не изменилось. Значительная часть норм направлена на защиту прав населения. В постановлении, например, говорится, что оказание платных услуг не должно приводить к снижению объемов и увеличению сроков ожидания бесплатной помощи, – отметила Наталья Журавлева.

Константин Бахтин добавил, что от злоупотреблений в медуслугах никто не застрахован, но все же к требованиям об оказании платных услуг стали подходить гораздо жестче.

– Пациент, знающий свои права, несомненно, может потребовать, к примеру у терапевта, обоснования принятых им решений об отказе в передаче конкретного направления. Как и ранее, ощутимую роль будет играть юридическая грамотность самого потребителя и добросовестность конкретной клиники, – заключил эксперт.

Айгуль Хабибуллина / iz.ru

Полечить и выслушать



В октябре традиционно проходит месячник пожилого человека, в рамках которого все социальные службы стараются уделить больше внимания именно этой категории населения. Но у некоторых сотрудников медицинских организаций работа все 365 дней в году по большей части связана именно с пожилыми пациентами. Как, например, у сотрудников терапевтического отделения № 1 Краевой клинической больницы скорой медицинской помощи № 2. О специфике работы отделения рассказала Ирина Гришкова, врач-терапевт.



Преимущественно «сердечники»

– Терапевтическая служба традиционно славится широтой своего ох-

вата, и мы не являемся исключением, принимая пациентов с различными заболеваниями, – говорит Ирина Олеговна. – Среди них преобладают люди с заболеваниями сердечно-сосудистой

Справка «МиЗ»

Терапевтическое отделение № 1 БСМП № 2 рассчитано на 60 койко-мест, включая койки гастроэнтерологического, эндокринологического профилей. Отделение возглавляет **Алексей Павлович Бочкарев**, в нем работают 4 врача и 20 медсестер. За год в отделении пролечивают примерно 2200 пациентов.

системы, органов дыхания, а также люди с онкологическими заболеваниями и имеющие различные анемии. Если брать сердечно-сосудистые заболевания, то чаще всего встречаются ишемическая болезнь сердца, различные нарушения ритма и их осложнения, то есть хроническая сердечная недостаточность. Если говорить о болезни органов дыхания, то это бронхиальная астма, ХОБЛ, пневмонии.

Наше отделение специализируется на оказании экстренной медицинской помощи, и 70% всех пациентов – это те, кто доставлен бригадами скорой помощи. Кроме случаев острого коронарного синдрома, все «сердечные» пациенты в дни нашего дежурства поступают в наше отделение.

30% – пациенты, которые направляются поликлиниками, в том числе поликлиникой БСМП № 2. Наличие в комплексе нашего учреждения амбулаторного звена, думаю, является большим плюсом именно для пожилых пациентов. При выписке из стационара данные пациента поступают через информационную систему напрямую участковому терапевту для наблюдения, продолжения лечения на амбулаторном этапе. И врач сам напечтает пациенту, что ему пора на прием.

При этом процентов 80 из общего числа пациентов – люди пожилого возраста, как правило, 60 лет и старше. Но есть и настоящие долгожители, чей возраст составляет 90–100 лет. По большей части это пациенты коморбидные, у которых имеется уже несколько хронических заболеваний. И нередко из-за этого букета заболеваний они поступают в очень тяжелом состоянии.

У пожилых пациентов также преобладают заболевания сердечно-сосудистой системы. На первом месте – ишемическая болезнь сердца, стенокардии, нарушения ритма и осложнения этих заболеваний (ХСН). Также часто пациенты поступают с гипертонической болезнью в неконтролируемой форме – с высокими цифрами артериального давления. Им мы подбираем гипотензивные препараты, нормализуем давление и затем отпускаем их лечиться амбулаторно, под наблюдение врачей поликлиник. Среди этих пациентов высока доля тех, которые болеют гипертонией уже в течение длительного времени, и назначенные им ранее препараты перестали приносить лечебный эффект. Это хроническое заболевание, у которого рано или поздно наступает декомпенсация. То есть пациент привержен лечению, исправно принимает препараты, но они перестают ему помогать, потому что ослабевают компенсаторные функции его организма.

На втором месте среди заболеваний у пациентов старшей возрастной группы – хронические болезни органов дыхания: ХОБЛ, бронхиальная астма.

Также у пациентов бывают случаи почечной недостаточности, например, у тех, кто длительно болеет сахарным диабетом. Здесь особенно важен тщательный подбор препаратов.

Психология пациентов

– Любой человек хотел бы получить к себе особое внимание, тем более когда болен. Для пожилых людей любая госпитализация – это стресс. Поэтому люди в возрасте более плаксивы, могут быть обидчивы. Для них оказанное внимание значит еще больше, чем для остальных. Они хотят, чтобы медики их выслушали, может быть, даже выслушали какие-то личные проблемы, не связанные со здоровьем. Им важно пожаловаться, поделиться, и от этого им становится даже легче. Мы стараемся относиться к пожилым пациентам с большим пониманием, даже тон разговора выбираем более спокойный, тогда и общение с ними получается более конструктивным. Мой обход всегда

Важно!

– Если самочувствие ухудшилось, не нужно откладывать визит к врачу, чтобы не усугублять свое состояние. Чтобы не доводить до госпитализации, мы советуем сразу же обращаться в поликлинику. Если пациент маломобилен, нужно вызвать участкового терапевта на дом. Зачастую терапию можно скорректировать на амбулаторном этапе. Если назначенные терапевтом препараты не помогают, тогда следует вызвать скорую для госпитализации. Не нужно ждать, тянуть и заниматься самолечением. Тщательно следите за своим самочувствием, в вашем случае «само не пройдет».

занимает больше времени, потому что нужно выслушать и поговорить.

При этом мы можем назвать их достаточно дисциплинированными пациентами – выполняемость назначений врача среди них высокая. Многие, когда поступают, знают наизусть свои препараты и их дозировки. Но есть и такие пациенты, которые из-за множества своих хронических заболеваний пребывают в сниженном, иногда депрессивном настроении. Поэтому они неохотно идут на контакт, не выполняют назначения, становятся безразличными к своему состоянию.

Есть и так называемая категория постоянных пациентов, которых мы уже знаем по имени-отчеству. В наш стационар они попадают с периодичностью раз в несколько месяцев, некоторые – даже ежемесячно. Например, есть пациентка 60 лет с ишемической болезнью сердца, с постоянной формой фибрилляции предсердий, ХСН третьего функционального класса, с инсулинозависимой формой сахарного диабета. Она поступает к нам с уже сильными отеками и одышкой. Здесь она получает большие дозы диуретической терапии внутривенно и в таблетках. Терапия проводится под контролем уровня электролитов.

Елена Клишина.
Фото предоставлено
пресс-службой БСМП-2

«Спустя год мы получили замечательных специалистов»

Представители сферы здравоохранения снова вошли в число победителей краевого конкурса «Лучший шеф-наставник» в этом году. Одна из них – Наталья Чаплина, главная медицинская сестра Кулундинской центральной районной больницы.



Кулундинская ЦРБ – единственное место работы Натальи Николаевны вот уже в течение 28 лет. Сюда она пришла после окончания Родинского медицинского училища, и записей о других местах работы в ее трудовой книжке нет. За свой труд Наталья Чаплина отмечена званием «Отличник здравоохранения», почетными грамотами федерального и краевого министерств здравоохранения, Алтайского краевого Законодательного Собрания.

Начало пути в медицине

– О профессии медика я изначально не задумывалась. Но в школе мне всегда почему-то давали сумку с красным крестом. К моменту окончания школы я решила поступать в Родинское медицинское училище на специальность «сестринское дело». Училище окончила в 1995 году и начала трудовую деятельность в должности медицинской сестры поликлиники ЦРБ.

Конечно, я помню, как делала первые шаги в профессии. Еще в училище у нас были не только теоретические занятия, но и практические, и на производственной практике в больнице мы совершенствовали свои навыки. Те медсестры, которые были закреплены за нашими группами, работали с нами практически индивидуально и обучали всем премудростям нашей

профессии. Под их началом все медицинские манипуляции мы оттачивали до автоматизма – инъекции, перевязки, уход за пациентом и т. д.

Когда я пришла на работу в ЦРБ, то попала под крыло старшей медицинской сестры **Веры Федоровны Боженко**, она вводила в профессию, помогала в становлении. Медсестры **Раиса Николаевна Сальникова** и **Лариса Федоровна Жукова** помогали мне узнавать все, что нужно начинающей медицинской сестре.

Сейчас студентов учат выполнять медицинские манипуляции на тренажерах, а раньше такого не было – мы учились непосредственно на пациентах. Сначала мы внимательно смотрели, как проводятся процедуры, а потом уже под присмотром наставника старались выполнить их сами. Главное, умение проводить манипуляцию зависит не от количества пациентов, а от внутренней готовности, от того, что ты уже прожил эту ситуацию, например, уже сделал пациенту инфузию, отработал эти навыки.

Медсестрой в поликлинике я проработала три года, и потом неожиданно в 1998 году мне предложили занять должность главной медицинской сестры – тогда я была чуть ли не самой

молодой среди главных медицинских сестер. Может быть, во мне увидели какой-то потенциал, потому что я старалась научиться всему, узнать новое, участвовать в профессиональных конкурсах, в общественной жизни больницы. Поначалу я попросила, чтобы меня назначили исполняющей обязанности главной медсестры. Затем была учеба в Новосибирском государственном медицинском университете, факультет ВСО, который окончила в 2007 году, получила квалификацию «менеджер», годичная интернатура в 2008 году по специальности «управление сестринской деятельностью» – полученные знания очень пригодились в практической деятельности. Под моим началом было 180 человек среднего медицинского персонала и 60 – младшего. Сейчас – соответственно 130 и 46 сотрудников.

О своей работе

– Сейчас самое важное в моей работе – создать все условия, чтобы грамотно выстроить профессиональную деятельность среднего медперсонала, чтобы у нас не было текучки кадров, усилить мотивацию сотрудников, предоставлять им условия для повышения профессионализма.

Молодых специалистов у нас может быть одновременно до пяти человек. Мы распределяем их среди старших медсестер или других специалистов, которые могут быть наставниками. Я организую наставническую работу для среднего медперсонала и являюсь наставником непосредственно для старших сестер – так как очень важно подготовить грамотного руководителя для каждого структурного подразделения и помочь ему быстро адаптироваться, рассказать все тонкости руководства персоналом, о том, какие могут возникнуть конфликтные ситуации и как их грамотно разрешать, как планировать свою работу, контролировать деятельность подчиненных. Затем подготовленные старшие сестры курируют работу других медсестер, в том числе молодых специалистов.

О конкурсе

– Я приняла участие в конкурсе буквально в последний момент, потому что потребовалось заменить другого нашего специалиста. Победа для меня стала неожиданностью, я была очень рада.

Нас оценивали по ряду критериев, в частности, по тому, как разработа-

на документация о наставничестве. В нашем учреждении есть положение о наставничестве, мы стараемся разработать индивидуальные программы адаптации, индивидуальные планы, чтобы в процессе работы по этим планам выяснить, в каком разделе деятельности имеется дефицит знаний и навыков у молодого специалиста. Есть также план перспективного взаимодействия с образовательными организациями. Мы ведем большую профориентационную работу с теми, кто собирается поступить в медицинское училище, проводим встречи со школьниками и их родителями, рассказываем о профессии медицинского работника, организовываем экскурсии школьников старших классов по нашему лечебному учреждению. Заключаем целевые договоры как со студентами, так и с выпускниками, участвуем в ярмарках вакансий, выезжаем в медицинские училища. К нам приходят работать выпускники Родинского медицинского колледжа, Благовещенского медицинского техникума, изредка – Барнаульского базового медицинского колледжа.

Год назад к нам пришли пять молодых специалистов, и все после успешного прохождения программы

адаптации остались работать в ЦРБ – это главный результат. Какими они были год назад и какие они сейчас – это большая разница. Когда выпускник только приходит после училища в практическое здравоохранение, уровень его ответственности сразу становится выше. С первых шагов он ощущает необходимость профессиональной адаптации и помощи наставника. Спустя год работы по программе наставничества мы получили замечательных специалистов – грамотных, уверенных в себе и своих навыках.

Как мы видим, Наталья Николаевна присуща активная жизненная позиция, которая проявляется не только в работе, но и в хобби. Она любит познавательные путешествия по родному краю и России.

– Я люблю активный отдых, если куда-то еду, то интересуюсь историей этого места. Люблю Горный Алтай и активный отдых типа рафтинга. Я была в Москве, Пскове, Красноярске, селе Шушенском и везде посещала музеи. Мне хотелось бы посетить города Золотого кольца – у нас в России много мест, которые можно посмотреть.

Елена Клишина.
Фото предоставлено
Кулундинской ЦРБ

Как оформить цифровой ОМС и управлять им

С помощью Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций) (ЕГПУ) граждане могут получать все услуги, связанные с обязательным медицинским страхованием, в электронном виде. В том числе самостоятельно оформить цифровой полис ОМС без обращения в страховую медицинскую организацию.

С 01.12.2022 гражданам России в личном кабинете на портале «Госуслуги» стал доступен к оформлению полис ОМС в цифровом формате, который можно хранить в любом электронном устройстве, например в смартфоне. Цифровой полис ОМС представляет собой уникальную последовательность символов в машиночитаемом виде, которая присваивается сведениям о застрахованном

лице в едином регистре застрахованных лиц.

Кроме оформления цифрового полиса ОМС, на ЕПГУ доступны в том числе такие услуги, как «Постановка на учет в качестве застрахованного лица в системе ОМС», «Выбор (замена) страховой медицинской организации», «Приостановление полиса обязательного медицинского страхования», «Восстановление на учете застрахованного лица в системе обязательного медицинского страхования».

Воспользоваться новыми сервисами могут пользователи портала «Госуслуги» с подтвержденной учетной записью. Также застрахованные должны дать согласие на получение обновленных данных от Федерально-го фонда ОМС и актуализировать све-

дения о документах, удостоверяющих личность и СНИЛС.

Социально значимые услуги в электронном виде на Едином портале государственных (муниципальных) услуг – ЕПГУ) позволяют значительно упростить взаимодействие всех участников системы обязательного медицинского страхования, делают ближе и комфортнее систему ОМС для застрахованных, дают им возможность получить услуги без обращения в различные инстанции.

Пошаговую инструкцию со скриншотами, поясняющую порядок самостоятельного оформления полиса обязательного медицинского страхования посредством ЕПГУ, можно посмотреть на официальном сайте ТФОМС Алтайского края: <https://tfoms22.ru/press-centr/news/2689/>.

Сохранить интерес к жизни

Во всем мире происходит быстрое старение населения. По данным ВОЗ, с 2015 по 2050 год доля людей старше 60 лет увеличится вдвое – с 900 млн до 2 млрд. Пожилые люди сталкиваются с особыми проблемами в плане физического и психического здоровья. Около 15% взрослых в возрасте 60 лет и старше страдают психическими нарушениями. Стоит ли говорить, что эмоциональное благополучие столь же важно в преклонном возрасте, как и на любом другом этапе жизни. Как в нашем регионе помогают пожилым справляться с трудностями – расскажет медицинский психолог Краевого госпиталя ветеранов войн Елена Кузнецова.



Правильные итоги

– Елена Юрьевна, с какими психологическими трудностями у пожилых чаще приходится сталкиваться?

– Поскольку старение представляет собой и физиологическое, и психологическое, и социальное явление, то серьезные изменения претерпевает вся жизнь человека. Как мне кажется,

в позднем возрасте достаточно сложно выделить чисто психологические проблемы, поскольку большинство проблем людей старческого возраста, связанных, например, со здоровьем или с их материальным состоянием, достаточно сильно переживаются и так или иначе влияют на внутреннее психоэмоциональное состояние.

В психологии принято считать, что старость, или период поздней зрелости, начинается примерно с шестидесяти лет и продолжается до самой смерти. Для этого периода характерны серьезные физические, когнитивные и психологические изменения. Во-первых, старости свойственны общие деструктивные тенденции развития, которые охватывают практически всю деятельность организма. Старение сопровождается уменьшением физических и психических сил человека, ухудшением здоровья и снижением жизненной энергии. Изменение претерпевают практически все важные психические и сенсорные функции. Например, изменяются некоторые процессы памяти и внимания, замедляется скорость реакции, ухудшается работа органов чувств и т. д.

С этим тесно связано угасание практически всех основных психических функций. Не секрет, что многие люди старшего поколения жалуются на рассеянность и забывчивость, у них снижается чувствительность, замедляются реакции. Пожилому человеку часто трудно сосредоточить свое внимание, они не способны быстро усваивать новую информацию. Возможно, именно это является одной из причин неприятия всего нового и необычного. Ведь как иногда бывает трудно объяснить что-нибудь старому человеку, который уже практически не поддается обучению, постоянно тебя переспрашивает и ничего все равно не понимает.

У пожилых людей не только рассеивается внимание, но и ухудшается кратковременная память, в то время как процессы воспоминания, наоборот, переживают свой расцвет. Часто приходится наблюдать, как пожилые люди не могут вспомнить, что они делали совсем недавно и кому они что-либо говорили, но великолепно помнят, что происходило с ним двадцать лет назад.

Таким образом, можно сказать, что в позднем возрасте снижается способность к адаптации, то есть способность приспосабливаться к изменяющимся условиям среды. С наступлением старости человек постепенно начинает

терять психологическую гибкость, у него пропадает стремление к переменам и усиливается тенденция к устойчивости. Разумеется, такая особенность сильно осложняет жизнь пожилого человека – ему приходится приспосабливаться к огромному количеству перемен, а способностей к этому становится все меньше и меньше.

– Как часто в преклонном возрасте возникает психологическая несостоятельность?

– Психологическая несостоятельность встречается довольно часто у пожилых. Для старости характерно наличие множества психологических проблем, которые возникают благодаря совокупности психологических, физиологических и социальных факторов. В качестве основных проблем можно назвать общее снижение физической и психической активности, потеря работы, страх или реальная угроза одиночества, приближение смерти, а также невозможность адаптироваться к слишком быстро изменяющемуся современному миру, негативное отношение со стороны молодых и т. д.

Поэтому большое значение имеет уровень образования, род занятий и личностная зрелость. Старость, как мы уже разобрались, является завершающим периодом жизненного цикла. В случае гармоничного развития личности в старости происходит спокойное подведение итогов и удовлетворение от правильной, с пользой прожитой жизни.

Но существуют серьезные индивидуальные стрессовые моменты, которые воспринимаются человеком как неуправляемые, не зависящие от воли человека и не поддающиеся исправлению (например, разлука с детьми, смерть супруга или выход на пенсию). Уход от социальных контактов, ослабление межличностных связей еще более усиливают ощущение ненужности и покинутости. Результат такого сочетания – нарушение психологической состоятельности. Это выражается развитием невротоподобных состояний, психопатизации личности, старческой деменции, а также депрессивного синдрома.

Рекомендации эксперта

Помощь пожилым

– Во-первых, поддерживать физическую активность – это мощное оружие против стресса. Прогулки на свежем воздухе помогут не только снизить уровень психологической нагрузки, но и поддержать организм в тонусе.

Во-вторых, читать и осваивать что-то новое, то есть быть социально активным.

В-третьих, проводить время в обществе семьи, друзей, тех, с кем общение будет легким и беззаботным. Проводить как можно больше времени за домашними хлопотами. Главное оружие в борьбе с депрессией – общение. Именно общение помогает сохранить интерес к жизни.

В-четвертых, важна фильтрация информационного поля. Информационный шум часто воздействует пагубным образом, что приводит к повышенной психологической нагрузке.

В-пятых, нужно иметь хобби – это может быть все, что угодно: вышивание, вязание, рыбалка и т. д. Главное, чтобы занятие было по-настоящему интересным для человека, увлекало и отвлекало от негативных мыслей.

Рука помощи

– Есть ли заболевания психики, свойственные именно пожилым?

– В целом заболевания психики – серьезные проблемы, с которыми сталкиваются люди всех возрастов. Однако у пожилых такие нарушения могут иметь отличия в происхождении и быть связаны в основном с биологическими, психологическими и социальными факторами. Как уже сказано, дефицит общения, снижение социальной активности, одиночество, дезадаптация ухудшают эмоциональный фон и могут провоцировать нарушения психики. Повторюсь, у

Продолжение на стр. 12 >>

«Продолжение.
Начало на стр. 10-11

пожилых пациентов повышен риск депрессий, психозов и деменции.

– **Как можно снизить уровень психологической нагрузки у возрастных пациентов?**

– Источники психологической нагрузки, стресса так такового никогда не будут полностью устранены. Но мы можем научиться контролировать свои реакции, чтобы смягчить негативное воздействие стресса на организм. Научиться приобретать когнитивный резерв означает сохранить интеллектуальный потенциал и уменьшить риски возникновения заболеваний.

– **Елена Юрьевна, какую профессиональную помощь оказывают у нас в крае?**

– В рамках программы «Старшее поколение» реализован целый ряд мероприятий: проводятся профилактические осмотры и диспансеризация лицам старше трудоспособного возраста, а также ведется диспансерное наблюдение лиц старше трудоспособного возраста, у которых выявлены заболевания и патологические состояния. Кроме того, проводят вакцинацию против пневмококковой инфекции пожилым из групп риска, проживающим в организациях социального обслуживания.

Чтобы охват был максимальный, в регионе развернуто 200 коек круглосуточного пребывания для оказания стационарной медицинской помощи по профилю «гериатрия» (95 коек в больнице № 3 г. Барнаула, 45 коек в Краевом госпитале для ветеранов войн, 30 – в горбольнице № 3 г. Рубцовска, 30 коек – в горбольнице № 2 г. Бийска).

На базе Алтайского краевого госпиталя для ветеранов войн функционирует краевой гериатрический центр.

В амбулаторном звене краевых медицинских организаций,

Это важно!

В Алтайском крае осуществляется подготовка врачей по профилю «гериатрия», обучение врачей-специалистов первичного звена особенностям оказания медицинской помощи лицам старших возрастных групп.

Сегодня профессиональную переподготовку по профилю «гериатрия» прошли 76 врачей из 50 медицинских организаций.

Доступность медицинской помощи лицам старших возрастных групп обеспечивает выездная работа специалистов медицинских организаций. Мобильный центр здоровья Краевого Центра общественного здоровья и медицинской профилактики ведет выездную работу с целью выявления и коррекции факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний среди граждан старшего поколения. На каждого обследованного, в соответствии с полученными результатами, оформляют паспорт здоровья с индивидуальными рекомендациями по ведению здорового образа жизни.

оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению, открыто 20 гериатрических кабинетов, в том числе на базе районных и городских больниц. Создана структура гериатрической службы в регионе способствует повышению доступности и качества медицинской помощи жителям старшего поколения.

Подготовила Ирина Савина

В случае гармоничного развития личности в старости происходит спокойное подведение итогов и удовлетворение от правильной, с пользой прожитой жизни.

Сохранение здоровья и качества жизни в старости – это не только величайшее счастье для человека, но и чрезвычайно мудрый, экономически выгодный ход государства: болезни старости – ожирение, сердечно-сосудистые заболевания (атеросклероз, артериальная гипертензия, инфаркты, инсульты) легче профилактировать, чем вкладывать большие суммы в их лечение. Одни из них – остеопороз и инвалидизирующие переломы костей, которые занимают третье место после ожирения и патологии сердечно-сосудистой системы и являются настоящей эпидемией XXI века.

Что такое остеопороз?

Остеопороз – хроническое системное заболевание, при котором снижается костная масса и плотность костной ткани, что приводит к снижению прочности кости и к увеличению риска патологических переломов.

Как часто встречается остеопороз?

В России 28% мужчин и женщин старше 50 лет страдают остеопорозом, но у женщин частота переломов шейки бедра в среднем в 1,7–2 раза, а переломов лучевой кости – в 1–2,9 раза выше, чем среди мужского населения.

Каким бывает остеопороз?

Остеопороз подразделяют на первичный (до 85% случаев) и вторичный (остальные 15% случаев). Основную долю первичного остеопороза составляет постменопаузальный остеопо-

Остеопороз в вопросах и ответах



одной позе из-за дискомфорта в позвоночнике, суставах, также частые проявления – нарушение осанки в виде «вдовьяго горба», уменьшение роста на 3–4 см и более.

Какими современными методами его устанавливают?

Для подтверждения диагноза врач не только проводит осмотр пациента, но и назначает дополнительные методы обследования: лабораторные – определение в крови уровня кислоты и щелочной фосфатазы, остеокальцина, кальция, фосфора, витамина D₃, и инструментальные – для определения плотности костной ткани. К ним относятся рентгеноденситометрия («золотой стандарт» диагностики остеопороза), количественная компьютерная томография и рентгенография позвоночника (выявление переломов).

Возможно ли вылечить это заболевание?

Лечащий врач в зависимости от выраженности симптомов, возраста и наличия сопутствующих заболеваний назначит лекарственную терапию: обезболивающие препараты, препараты витамина D и кальция, бифосфонаты. Женщинам в периоде менопаузы назначают заместительную гормональную терапию эстрогенсодержащими препаратами, что является в данном случае основным методом предотвращения дальнейшей потери костной массы и снижения плотности костей.

Если говорить о немедикаментозных методах лечения, то прежде всего, и особенно людям, ведущим малоподвижный образ жизни, необходимо повысить физическую активность –

роз – заболевание, развивающееся у женщин старшего возраста из-за снижения уровня половых гормонов (эстрогенов).

Вторичный остеопороз развивается на фоне других заболеваний – патологии эндокринной системы, почек, желудочно-кишечного тракта, системы кроветворения, ревматических заболеваний и др., при которых так или иначе нарушается всасывание кальция, его включение в костную ткань, усиливаются процессы резорбции – снижения плотности костной ткани.

Что повышает риск развития остеопороза?

Риск повышается при генетической предрасположенности, гормо-

нальных нарушениях, особенностях питания и образа жизни, сопутствующих заболеваниях, длительном приеме некоторых лекарственных средств (например, глюкокортикоидов).

В каких случаях можно заподозрить наличие остеопороза?

Первыми и самыми тревожными симптомами могут быть переломы при минимальной травме – компрессионные переломы позвонков, переломы шейки бедра, костей предплечья. Всем, и в частности женщинам старше 50 лет, необходимо обратиться к врачу при наличии длительных ноющих болей и напряжения в спине, усталости после небольшой нагрузки, невозможности долго находиться в

Продолжение на стр. 14 >>

«Продолжение.
Начало на стр. 12-13

больше ходить, выполнять специальные комплексы упражнений, также рекомендовано избегать курения и чрезмерного употребления алкоголя.

Есть ли методы профилактики остеопороза?

Необходимо помнить, что остеопороз хоть и занимает значительную долю в структуре болезней пожилого возраста и постменопаузального периода, но является предотвратимым заболеванием. Набор костной массы у женщин активно происходит до двадцати пяти лет, а после – начинается столь же быстрая ее потеря. Однако этот процесс можно пресечь, если соблюдать здоровый образ жизни: всегда быть в движении, заниматься спортом, питаться сбалансированно, добавляя в рацион продукты, богатые кальцием, исключить алкоголь, кофе, курение, которые способствуют снижению плотности костной ткани и в целом негативно влияют на работу всех систем организма. Предупредить преждевременное снижение плотности костей помогает профилактический прием комбинированных препаратов витамина D и кальция. У женщин с начальными признаками остеопороза хорошим эффектом обладает назначение заместительной гормональной терапии.

Важно осознавать, что, соблюдая эти простые рекомендации и вовремя обращаясь за медицинской помощью, возможно не просто профилировать развитие остеопороза, но и тем самым сохранить здоровье и улучшить качество жизни на долгие годы.

А.И. Гальченко, доцент,
Т.А. Кузнецова, доцент,
И.С. Евсюкова, ординатор.
Кафедра акушерства
и гинекологии с курсом
ДПОФБГУ ВПО АГМУ МЗ РФ

Спина под углом



«Ремонт» спины, как правило, начинается, когда человек устает от боли. Опоздав при этом порой не на один десяток лет. Здоровье спины – кирпич за кирпичом закладывается с того самого момента, когда ребенок начинает ходить. Сегод-



ня же статистика указывает на то, что число детей со сколиозом неуклонно растет. Как помочь ребенку сохранить позвоночник здоровым и что делать, если нарушения уже видны невооруженным глазом, – узнаем у к. м. н., спортивного врача Краевого врачебно-физкультурного диспансера Елены Бойко.

Отклонение с разворотом

Медицина описывает сколиоз как боковое отклонение позвоночника от вертикальной оси с вращением позвонков внутри изгиба. Науке сегод-

ня известно, что искривление во всех трех плоскостях происходит на фоне генетической предрасположенности. Существуют данные, что болезнь чаще всего передается по материнской линии, и 80% случаев приходится на девочек. «Сколиоз – нарушение опор-

но-двигательного аппарата, которое развивается под действием генетических факторов. Другими словами, оно передается по наследству – если так распорядилась генетика, то сколиоза не миновать. В процессе роста ребенка в высоту позвоночник начинает искривляться, закручиваясь вокруг собственной оси. В определенный момент появляется его боковое искривление. Визуально это просматривается через высоту плеч – одно становится выше другого, – поясняет Елена Бойко. – Пик приходится на период полового созревания, когда гормоны активизируются. Происходят скачки роста, и несоответствие природных возможностей генетическим факторам приводит к конфликту и развитию сколиоза. Этот процесс длится весь период роста, пока не закроются зоны роста костей, что происходит примерно в 20 лет. Дальше сколиоз перестает прогрессировать, но до этого происходят необратимые изменения. А после остановки роста позвоночника начинается его старение – развивается остеохондроз, который влечет за собой боли в спине, образование протрузий и грыж, а также нарушение функций. Так работает физиология, основная особенность человека – прямохождение. Его опорно-двигательный аппарат устроен так, чтобы человек вертикализировался и начал ходить».

Взрастить древо жизни

Сколиоз обычно берет начало в детстве, а затем – прогрессирует. Предположить его развитие можно на ранних этапах. Для этого у врачей (травматологов, ортопедов, педиатров. – Прим. ред.) есть диагностические критерии – так называемые маркеры будущего сколиоза. Как правило, возникшие изменения обнаруживают на медицинском осмотре и фиксируют в карте ребенка – нарушение осанки по сколиотическому типу.

Но непосредственно диагноз «сколиоз» устанавливают исключительно рентгенологически, все остальные диагностические приемы – всего лишь маркеры, подчеркивает спор-

тивный врач. Рентгеновские снимки дают наиболее полную информацию о заболевании. Тяжелыми и прогрессирующими считаются верхнегрудной и шейно-грудной сколиоз. Далее по серьезности лечения следуют грудные, затем груднопоясничные и поясничные искривления.

«Если ребенку выставлен соответствующий диагноз, крайне важно не расслабляться. Не думать, что все пройдет само собой, внимательно относиться к обещаниям разного рода специалистов «исправить сколиоз» в считанные месяцы, но и не делать лишних манипуляций, – предупреждает врач. – Важен процесс наблюдения и контроля. Для этого существуют профильные учреждения. Дело в том, что сколиоз способен бурно прогрессировать. За полгода он легко из первой степени может перейти в третью. Сегодня успешно оперируют сколиоз третьей степени, но все же лучше не допускать такого варианта развития событий».

Ухудшить состояние позвоночника может целый ряд факторов – занятия спортом, сидячая нагрузка, а также связанное с ней отсутствие работы мышц-вертикализаторов.

«Родители могут водить детей на массажи, ЛФК, заставлять спать на ортопедическом матрасе, водить к мануальным терапевтам, но это не приведет к желаемому результату, если ребенок не научит работать свое тело, – отмечает Елена Бойко. – Позвоночник у нас – как дерево жизни. Он устроен так, что держит на себе все внутренние органы, постоянно преодолевает силу тяжести. При этом сам практически не защищен. Позвоночник человека предназначен для прямохождения, такого больше нет ни у кого. Для удержания его в прямом состоянии существует множество хелперов – помощников. Это и система связок, которая связывает между собой позвонки и естественно скрепляет их, и внушительный коллектив различных групп мышц шеи и спины, которые работают над одной задачей – держать позвоночник. Кроме того, важная роль в этом процессе отведена мышцам брюшного пресса, которые также

Только факты

Для оценки сколиоза задне-передняя рентгенограмма должна показывать не менее 10° изгиба позвоночника в сочетании с ротацией (вращением) позвонков.

Чаще встречается правосторонний сколиоз.

Врачи выделяют сколиоз идиопатический (самая частая форма), диспластический, а также связанный с другими заболеваниями (ревматизмом, рахитом, синдромом Морфана, нервными болезнями).

Идиопатический (причины возникновения не установлены. – Прим. ред.) сколиоз поражает 2–3% детей школьного возраста во всем мире. Заболевание характеризуется прогрессирующей в процессе роста деформацией позвонков, приводящей к искривлению ребер и грудной клетки. При этом страдает кардиореспираторная система.

предназначены для удерживания нас в вертикальном положении. Если они не работают, то быстро расслабляются и обвисают, создавая тягу вниз».

Отклонения от нормы возникают тогда, когда мышцы не тренируются. Для оптимальной мышечной работы необходимо не только уметь ходить и бегать, но и минимизировать сидячую нагрузку, отдав предпочтение вертикальным позициям, а также соблюдать ортопедический режим, отмечает врач.

Забывать про лень

Человечество живет со сколиозом не одну сотню лет и уже научилось бо-

Продолжение на стр. 16 >>

«Продолжение. Начало на стр. 14-15»

роться с ним в той или иной степени. Если диагноз все же установлен, нужно ребенка адаптировать – научить жить в этих условиях и создать благоприятную обстановку для нормального развития. Важно помнить, что состояние всегда может усугубиться. Этому будет способствовать несколько факторов. Во-первых, отсутствие активных физических занятий, а точнее активного направленного движения. Во-вторых, травмы. Если у ребенка нет навыков владения телом, навыков прыжков, не нужно водить его на батуты. Ну и в-третьих, нарушение правил ортопедического режима – неумение следить за осанкой.

Чтобы жить качественно, необходимо забыть про лень. «У гаджетного ребенка мышцы работать не будут, они включаются только при вертикальной нагрузке, в той же ходьбе.

Родителям на заметку

Приметы сколиоза

- Понаблюдайте, как ребенок держит спину: вялая или крепкая у него осанка, как он сидит за столом.
- Оцените: на одном ли у него уровне правое и левое плечо, равны ли «треугольники» талии (пространства между опущенными вдоль боков руками и самими боками).
- Попросите ребенка медленно нагнуться вперед с опущенными вниз руками и наблюдайте сзади – не выпирает ли одна из лопаток, не формируется ли реберный горб. Если вы сомневаетесь (особенно при незначительном искривлении), рассмотрите ребенка в зеркале – деформация сразу станет заметной.

Если что-то насторожило – не откладывайте визит к ортопеду. Особенно внимательным к осанке ребенка надо быть в тот момент, когда он сделал резкий скачок в росте.

Поэтому заниматься профилактикой нарушения осанки необходимо всегда, независимо от того, выставлен ли диагноз ребенку или нет. Для этого нужно следить за ней, тренировать – выполнять утреннюю гигиеническую гимнастику, заниматься физической культурой, осваивать различные двигательные навыки. И тогда, возможно, к периоду полового созревания риски развития сколиоза будут минимальными. Но если в 15 лет подросток не умеет держать осанку, это – плохой знак», – говорит спортивный врач.

Каждому возрасту соответствует свой объем движений. И тут на первое место выходит понятие адекватности. «Мы зачастую наблюдаем некие качели – полное игнорирование двигательной активности или же перекося сторону избыточности. Это называется неконструктивной нагрузкой, а она должна быть адекватной», – подчеркивает Елена Бойко. – Первые симптомы нарушения работы опорно-двигательного аппарата проявляются очень рано – еще в детском саду. Узнать такого ребенка довольно легко. Он не может усидеть на месте и организоваться или же, наоборот, с трудом выполняет двигательные функции, не любит гулять и ходить в секции, предпочитая сидеть с телефоном. Чуть позже появляется неловкость, которая проявляется, например, в неумении играть с мячом – поймать, передать, попасть в цель или же в неумении выполнять простые физические приемы – сделать старт или финиш. Это первые симптомы неработающих мышц. В период полового созревания все только усугубляется, добавляются вегетативные изменения. Все вместе формирует неблагоприятный фон для дальнейшего развития». По словам спортивного врача, регулярная физическая активность – профилактика многих отклонений, в том числе и психологических.

Помимо двигательной активности, важными звеньями профилактики выступают умение держать осанку и регулярная практика ортопедического режима. Собрав этот пазл воедино и соблюдая все правила, можно создать крепкую базу на долгие годы.

Рекомендации эксперта

Правила ортопедического режима

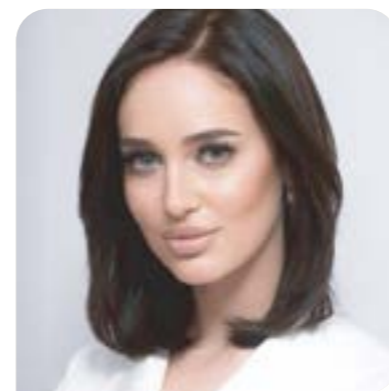
- **Поддержание осанки:** вертикальное положение способствует укреплению позвоночника. Сидячие нагрузки опасны для его здоровья.
- **Перерывы после сидячей нагрузки.** Поскольку школьные перемены призваны для физической разгрузки, то отдых на них нужен вертикальный.
- **Регулярная адекватная физическая нагрузка.**
- **Соблюдение школьной гигиены.** В первую очередь это организация рабочего места в школе и дома. Очень важно подобрать стул, позволяющий соблюдать правило трех 90 – по 90 градусов должно быть между корпусом и бедром, бедром и голенью, голенью и стопой. Именно в таком положении нужно заниматься уроками.
- **Правильное обращение с грузом:** не носить его в одной руке, лучше использовать рюкзак или же распределять на обе руки.
- **Правильное перемещение груза любого веса** – поднимать его не с наклона, а с полуприседа, поскольку наклон является тяжелой нагрузкой для позвоночника. Нести груз следует так, будто несем ребенка, прижимая к себе. Поворачиваться при этом всем телом. Избегать переноса груза на прямых руках.
- **Горизонтальная разгрузка корсетных мышц** – для детей, склонным к нарушениям осанки. Висы в таких целях исключены.

Основная цель на пути к здоровью опорно-двигательного аппарата – научить работать свое тело.

Ирина Савина

Что нам надо знать о вирусах?

3 октября – День осведомленности о вирусах. Надежда Дук, заведующая эпидемиологическим отделом Краевого центра охраны материнства и детства, провела ликбез по вирусным инфекциям для населения.

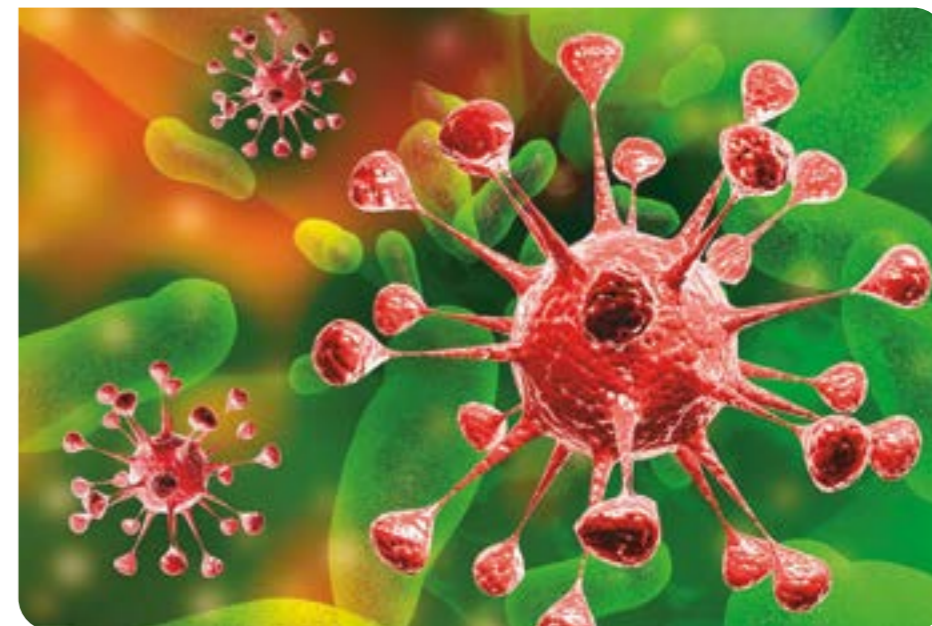


Грипп и ОРВИ

Они активно распространяются с началом холодного сезона, обычно в осенне-зимний период. Это связано с перепадами температур и переохлаждением организма, нехваткой витаминов и недостаточным пребыванием на свежем воздухе из-за неблагоприятной погоды.

ОРВИ – острое заболевание, вызываемое вирусными агентами (аденовирус, риновирус, парагрипп и т. д.) Всего существует около 250 видов вирусов. Заразиться можно воздушно-капельным способом и контактным путем (при пользовании общей посудой, полотенцами, через немытые руки).

Грипп также принадлежит к группе острых вирусных патологий, но его развитие в организме провоцируют РНК-содержащие вирусы. Их раз-



деляют на типы А, В и С. Механизмы заражения – воздушно-капельный и контактный. Новые штаммы гриппа появляются постоянно и успешно обходят защитные силы человека, оставаясь устойчивыми к лекарственным средствам. Такая повышенная способность вирусов гриппа к мутации провоцирует возникновение эпидемий и пандемий.

Симптомы гриппа

- высокая температура – от 38,5 °С до 40 °С;
- резкое внезапное начало болезни;
- сильная интоксикация организма, проявляющаяся общим недомоганием (озноб, сильная слабость, сонливость, повышенное потоотделение);
- резь в глазах;
- ярко выраженные болезненные ощущения в горле;
- насморк, чихание;
- одышка, затрудненное дыхание;
- сильная головная боль, головокружения;
- боли в мышцах, в груди;
- в редких случаях диарея, рвота, дискомфорт в животе.

Инкубационный период длится от 12 часов до 2 дней. Симптомы ОРВИ схожи с симптомами гриппа, но их список меньше. Инкубационный период – от нескольких часов до 7 дней.

Профилактика гриппа и ОРВИ

Эффективной мерой профилактики считается **вакцинация** от гриппа. Вакцинация показана всем группам населения, начиная с шестимесячного возраста и до глубокой старости. Иммунитет от гриппа формируется в течение 2–4 недель и сохраняется в течение 1 года. Поэтому необходимо прививаться ежегодно.

Общее укрепление иммунитета – закаливание, физическая активность, ежедневные прогулки на свежем воздухе. Делать это надо не от случая к случаю, а регулярно и систематично. Из физических занятий особенно эффективны плавание, бег и езда на велосипеде. Подбирать виды активности стоит с учетом индивидуальных особенностей и возраста.

Продолжение на стр. 18-20 ➤➤

«Продолжение. Начало на стр. 17

Полноценное питание. Сопrotивляемость организма повышают продукты, в которых содержатся полноценные белки (мясо птицы, рыба, морепродукты, бобовые, яйца) и витамины группы С (квашеная капуста, отвар шиповника, цитрусовые, черная смородина, киви, белокочанная капуста и брокколи). Другие свежие овощи, фрукты и ягоды по сезону должны регулярно появляться на столе.

В пик эпидемий лучше не посещать места массового скопления людей. Если посещения не избежать, стоит пользоваться масками и перчатками, тщательно мыть руки после прихода домой.

Полезно регулярное промывание носа растворами, содержащими морскую воду. В доме нужно делать регулярную влажную уборку, проветривать помещение и постоянно увлажнять воздух. Полноценный сон, отдых и расслабление, установленный режим дня также помогут укрепить защитные силы организма.

COVID-19

Коронавирусы – обширное семейство вирусов, которые поражают людей и животных. Последний из недавно открытых коронавирусов вызывает заболевание COVID-19. Он передается главным образом воздушно-капельным путем. Также может распространяться, когда больной касается любой загрязненной поверхности, например дверной ручки. В этом случае заражение происходит при касании рта, носа или глаз грязными руками.

Для защиты себя и других людей от заражения следует держаться на расстоянии не менее 1 м от окружающих, носить плотно прилегающую маску и часто мыть руки или обрабатывать их спиртосодержащим антисептиком.

Коронавирус и вирус гриппа похожи основными симптомами, способами передачи и профилактики, но имеют и принципиальные различия. Например, инкубационный период у гриппа составляет 3 дня, а у COVID-19 – 5–6 дней. Коронавирусная инфекция вызывает больше тя-



Более
40
млн

случаев кори
ежегодно в мире
отмечается
(по данным ВОЗ)

желых и критических случаев, что, в свою очередь, приводит к более высоким показателям смертности, чем у сезонного гриппа.

Вакцинация против COVID-19 проводится в рамках календаря профилактических прививок по эпидемиологическим показаниям. В приоритетном порядке вакцинации подлежат лица старше 60 лет, работники социальной сферы, медицинские работники и другие лица, работающие с большим количеством людей, люди с хроническими заболеваниями. На территории России зарегистрированы и используются четыре отечественные вакцины: «Гам-КОВИД-Вак» («Спутник V») и «Спутник Лайт», «ЭпиВакКорона» и «КовиВак».

Вирус кори

Это острое инфекционное вирусное заболевание, характеризующееся лихорадкой, общей интоксикацией, сыпью, поражением конъюнктив и верхних отделов респираторного тракта. По данным ВОЗ, ежегодно в мире отмечается более 40 млн случаев кори.

Источник инфекции – больной человек, который заразен в течение 11–16 дней. Путь передачи – воздушно-капельный. В отличие от возбудителей коклюша, туберкулеза и других заболеваний вирус кори с потоками воздуха может распространяться на значительные расстояния от больного. Поэтому заражение возможно и при нахождении в соседних с больным помещениях. Лица, не болевшие коклюшем и не привитые против нее, оста-

ются высоко восприимчивыми к кори в течение всей жизни и могут заболеть в любом возрасте.

Инкубационный период длится 8–21 день (в среднем 10 дней). Начальный, или продромальный период (3–4 дня) характеризуется повышением температуры тела до 38–39 °С, разбитостью, общим недомоганием, понижением аппетита. Усиливается насморк, появляется грубый, «лающий» кашель, резко выражена гиперемия конъюнктив. Появляется коревая энантема в виде мелких красных пятен, расположенных на слизистой оболочке мягкого и твердого неба.

Коревая сыпь появляется постепенно:

- в 1-й день элементы сыпи появляются на лице, шее;
- на 2-й день – на туловище, руках и бедрах;
- на 3-й день сыпь захватывает голени и стопы, а на лице начинает бледнеть.

Наиболее густо элементы сыпи расположены на лице, шее и верхней части туловища. Высыпания состоят из небольших папул (около 2 мм), окружены неправильной формы пятном. Элементы сыпи склонны к сливанию. Через 3–4 дня элементы сыпи бледнеют, на их месте остаются буроватые пятна – пигментация, а затем отрубевидное шелушение (на лице и туловище). Характерен выраженный конъюнктивит, иногда с гнойным отделяемым, склеивающим ресницы по утрам. У некоторых больных отмечаются боли в животе, жидкий стул.

Наиболее эффективная профилактика кори – вакцинация. У детей вакцинация проводится в 1 год с ревакцинацией в 6 лет. Если вакцинация проводится несвоевременно, тогда прививка может быть сделана в любом возрасте с интервалом не менее 3 месяца.

У взрослых 18–35 лет (не болевшие, не вакцинированные, не имеющие сведений о вакцинации) проводится двукратная вакцинация с интервалом три месяца. У взрослых в 36–55 лет вакцинация проводится среди лиц, относящихся к группам риска (медицинские работники,

работники образования, торговли, транспорта, социальных сфер, работающие вахтовым методом), а также у тех, кто не болел, не вакцинировался, не имеет сведений о вакцинации – также двукратно с интервалом три месяца.

Острые кишечные инфекции (ОКИ)

Их возбудители поражают слизистую оболочку желудка и кишечника (реже ротоглотку). Возбудителями кишечных инфекций могут быть бактерии (сальмонеллез, дизентерия, холера), вирусы (ротавирус, норовирус и др.), токсины (ботулизм).

Попадая в пищеварительный тракт, они провоцируют тошноту, гастрит с рвотой, острую диарею и, как следствие, обезвоживание организма. Характерные симптомы включают также общую интоксикацию (отравление), которая может проявляться в легкой, умеренной и тяжелой форме. Заболеванию подвержены дети, взрослые и люди преклонного возраста. Наиболее опасна ОКИ для пациентов в возрасте до двух лет и людей с хроническими заболеваниями ЖКТ. Источником инфекции является человек или животное.

Как правило, заболевание развивается через 6–48 часов, но может иметь и более продолжительный инкубационный период. В отличие от ОРВИ и сезонного гриппа, кишечный грипп, ротавирусный энтерит (воспаление кишечника), дизентерия чаще наблюдаются летом. Это связано с обильным питьем жидкости, уменьшающей концентрацию желудочного сока, а также с употреблением немытых фруктов и ягод. Главные пути распространения инфекции – контактно-бытовой, через воду и продукты питания, воздушно-капельный (ротавирус).

Наиболее распространенные виды кишечных инфекций

Ротавирусная инфекция. Возбудитель – ротавирусы, провоцирующие кишечный, желудочный грипп, энтерит. Этот вид вирусов очень устойчив и может длительно сохранять жизне-

способность. Не погибает при мытье обычной водой или при низких температурах. Уничтожается кипячением (вода, молоко) и тепловой обработкой.

Норовирусная инфекция. Возбудитель – разновидность энтеровирусов Caliciviridae. Механизм передачи – через предметы быта, пищу, жидкости, орально-фекальным способом. Летом причиной болезни являются немытые овощи и фрукты.

Дизентерия (шигеллез). Переносчик – патогенные бактерии (дизентерийная палочка). Пути передачи – некипяченое молоко, немытые свежие продукты, неочищенная вода, грязные руки. Легко заразиться от больного человека.

Стафилококковое пищевое отравление. Возбудители – болезнетворные микроорганизмы (стафилококк). Пути распространения – продукты питания, прошедшие недостаточную термическую обработку. Источником заражения пищи стафилококками может стать носитель заболевания в стертой форме, например, ребенок может заразиться от матери через грудное молоко.

Сальмонеллез. Часто протекает в тяжелой форме. Передается через продукты животного происхождения, сырые яйца. Причиной может стать несоблюдение личной гигиены, контакт с зараженными животными и больными людьми.

Ботулизм. Смертельно опасная инфекция, которую провоцируют токсины, развивающиеся в герметически закрытых продуктах питания: мясных и рыбных домашних консервах, маринованных домашних грибах, вяленой и соленой рыбе.

Схожие с ОКИ признаки (тошнота, рвота, высокая температура) наблюдаются и при некоторых других заболеваниях. В частности, они отмечаются у больных гепатитом А – вирусным заболеванием печени. Поэтому для установления диагноза требуется обследование к врачу.

Симптомы кишечной инфекции

Основной признак ОКИ, отличающий от других болезней ЖКТ, – вне-

запное острое начало. До возникновения типичных проявлений могут наблюдаться кратковременная слабость, снижение аппетита, сонливость, общее ухудшение самочувствия.

Симптомы кишечной инфекции у взрослого:

- нарушение самочувствия (боль и тяжесть в голове, ломота, вялость);
- лихорадка (может протекать без температуры);
- болевые ощущения в зоне желудка и в центральной части живота;
- приступы тошноты, рвота до 5–6 раз в сутки;
- жидкий, водянистый стул. Иногда инфекция кишечника приводит к появлению слизи или прожилок крови в испражнениях.

При тяжелой форме инфекция в желудке и ротавирус провоцируют быстрое обезвоживание: уменьшение количества мочи (анурия), падение артериального давления, появление судорог.

Симптомы кишечной инфекции у ребенка:

- неожиданное начало с тошнотой и рвотой;
- повышение температуры (быстрое) до высоких показателей;
- отвращение к еде и питью;
- расстройство стула (диарея).

Ухудшение самочувствия у ребенка до двух лет может быть стремительным, с быстрым обезвоживанием, опасным для жизни. Его признаками является сильная вялость (ребенок засыпает), прекращение мочеиспускания, спутанное сознание, судороги. В данном случае меры должны быть приняты незамедлительно.

Меры профилактики ОКИ

- Соблюдать правила личной гигиены, тщательно мыть руки с мылом, особенно перед едой и после посещения туалета;
- использовать кипяченую, бутилированную или воду гарантированного качества;

Продолжение на стр. 20 ➤➤

«Продолжение. Начало на стр. 17-19»

- овощи, фрукты, ягоды тщательно мыть перед употреблением под проточной водопроводной водой, а для маленьких детей – кипяченой;
- использовать только чистую упаковку (полиэтилен, контейнеры для пищевых продуктов и т. п.);
- не приобретать продукты питания в местах несанкционированной торговли;
- соблюдать правила гигиены при приготовлении горячих и холодных блюд, сроки годности и условия хранения пищевых продуктов, особенно скоропортящихся, сырые продукты и готовую пищу следует хранить отдельно;
- тщательно прожаривать или проваривать продукты, особенно мясо, птицу, яйца и морские продукты;
- скоропортящиеся продукты и готовую пищу следует хранить только в холодильнике при температуре 2–6 °С;
- не смешивать свежеприготовленную пищу с остатками от предыдущего дня; если готовая пища остается на другой день, то перед употреблением ее необходимо подвергнуть термической обработке;
- не скапливать мусор и пищевые отходы, не допускать появления мух и тараканов;
- постоянно поддерживать чистоту в жилище, не давать маленьким детям некипяченое разливное молоко, сырые яйца, использовать для приготовления пищи только свежие продукты.

При первых признаках ОКИ необходимо сразу обратиться за медицинской помощью. Только врач может правильно назначить лечение и определить необходимые меры профилактики болезни для лиц, контактирующих с больными. Самолечение опасно для самого больного, так как в результате несвоевременного, неправильного лечения развиваются хронические формы болезни.

Елена Клишина

Редкая, да меткая



Организм нередко подает сигналы о том, что его системы страдают. И довольно часто они оказываются проигнорированы. Так, патологическая мышечная усталость, двоение в глазах и опущение века указывают не просто на неполадки с нервной системой. Это серьезные предупреждения о том, что нервно-мышечные соединения под угрозой. Миастению медики описали несколько столетий назад, но в течение



Поломка связей

– Миастения гравис (лат. Myasthenia gravis) входит в международный список редких болезней, поэтому врачи с ней встречаются не так уж часто. Поскольку болезнь редкая, ее симптомы зачастую принимают за другие болезни. Тут вопрос диагностики. В целом же распространенность

двух последних десятилетий количество диагностируемых случаев увеличилось. Что представляет собой это заболевание и как сегодня с ним работают врачи – расскажет врач-невролог, специалист по аутоиммунным заболеваниям Сибирского медицинского центра Екатерина Лунева.

миастении в мире колеблется от 0,25 до 2,0 на 100 тыс. человек. В России эпидемиологические исследования проведены в Ленинградской, Самарской, Оренбургской, Нижегородской, Московской областях, а также в Краснодарском и Красноярском краях, республиках Башкортостан, Коми и Марий Эл. Исходя из этих данных,

На заметку

Отличительная черта миастении – ослабление мышц в различной локализации. По своей клинической картине миастения затрагивает процессы неврологии, иммунную систему и нарушает работу поперечно-полосатой мышечной ткани. Под воздействием ряда факторов происходят патологические изменения, влияющие не только на состояние здоровья пациента, но и сказывающиеся на внешности и способности вести активный образ жизни.

В настоящее время профилактики аутоиммунных заболеваний, в том числе миастении, не существует.

средняя распространенность миастении в нашей стране варьирует от 1,9 до 10,98 на 100 тыс. человек. Исходя из средней распространенности, в Алтайском крае предположительно от 230 до 460 пациентов страдают миастенией гравис.

– Кто больше всего подвержен заболеванию?

– Миастенией гравис может заболеть человек в любом возрасте. Раньше она считалась болезнью молодых женщин. Однако в настоящее время доказана бимодальная модель гендерного распределения заболевания с преобладанием женщин в возрасте 20–40 лет и преобладанием мужчин в возрасте 60–80 лет. В последние десятилетия возросла заболеваемость миастенией как мужчин, так и женщин после 65 лет. Утвердилось распределение миастении гравис по возрасту дебюта на заболевание с ранним началом – до 45 (50) лет и поздним началом – после 45 (50) лет.

– Что же представляет собой это заболевание?

– Это классическое аутоиммунное заболевание. В основе его развития лежит нарушение иммунологической толерантности (то есть отбора и уничтожения клеток иммунной системы, которые атакуют структуры собственного организма), в результате чего

образуются антитела, которые связываются с рецепторами нервно-мышечного синапса и приводят к клинической манифестации заболевания. Самый частый вид антител – антитела к ацетилхолиновому рецептору, они обнаруживаются у 80% больных миастенией. Также примерно в 60% случаев при миастении обнаруживается патология вилочковой железы (гиперплазия либо тимомы).

«Любимые» локализации

– Екатерина Александровна, как человек может у себя заподозрить миастению?

– В основе клинических проявлений миастении гравис лежит патологическая мышечная утомляемость. Она может проявляться такими симптомами, как двоение в глазах, изменение речи при разговоре, а также слабость мышц рук и ног. Почти всегда симптомы миастении усиливаются при нагрузке и уменьшаются после отдыха. Такая «колеблющаяся» мышечная утомляемость является отличительной чертой данного заболевания.

В большинстве случаев первыми симптомами являются двоение в глазах и опущение века с одной или двух сторон. Это связано с тем, что мышцы, обеспечивающие движение глаз, имеют самое большое количество ацетилхолиновых рецепторов и оказываются более уязвимыми при развитии этого заболевания. У некоторого количества заболевших симптомы заболевания ограничиваются только мышцами глаз, но у большинства (около 80%) заболевание начинается поражать и другие мышцы тела. Миастения поражает мышцы не спонтанно, она имеет свои «любимые» локализации. Это мышцы шеи, лица, жевательные мышцы, мышцы плечевого пояса, бедер и кистей, а также бульбарная группа мышц, обеспечивающая глотание.

– В каких случаях необходима помощь специалистов?

– Помощь специалиста нужна даже при подозрении на миастению, поскольку необходима дифференциальная диагностика с другими состояниями, которые могут иметь похожие

Это важно!

Человек с миастенией должен соблюдать некоторые правила в своем образе жизни, чтобы ускорить выздоровление или продлить ремиссию. Не рекомендуется проводить слишком много времени под солнечными лучами и переносить излишние физические нагрузки.

клинические проявления. Очень важно своевременно диагностировать миастению и остановить ее прогрессирование до момента появления необратимых изменений.

– Как сегодня лечат миастению?

– Лечение миастении направлено на коррекцию аутоиммунного процесса и усиление нервно-мышечной передачи. Его цель – увеличить количество ацетилхолина в нервно-мышечных синапсах. Это делается не путем увеличения синтеза этого вещества, а путем угнетения его разрушения. В случае тяжелого течения и стремительного прогрессирования болезни назначают препараты, угнетающие иммунный ответ. Как правило, используют глюкокортикоиды, реже – классические иммунодепрессанты.

В некоторых случаях необходимо оперативное лечение (удаление вилочковой железы). В целом лечение миастении очень индивидуальное и должно подбираться под каждого пациента исходя из сопутствующих заболеваний, переносимости препаратов, возраста и многих других параметров. Другими словами, существуют общие концепции, но нет единой схемы для всех пациентов.

Есть еще одна особенность, которую следует учитывать при лечении миастении гравис, – существует ряд препаратов, которые могут ухудшить течение заболевания. Так, например, абсолютным противопоказанием является назначение любых препаратов, содержащих магний. Это может привести к ухудшению состояния и способно спровоцировать более тяжелое течение заболевания, даже когда человек находится в ремиссии.

Подготовила Ирина Савина

На грани жизни

Запредельный уровень напряжения и необходимость в короткие сроки принимать решения, от которых зависит жизнь пациента, – по таким принципам течет жизнь в экстренных стационарах. Особая миссия – у сотрудников отделения анестезиологии и реанимации. Как говорят сами врачи, когда пациент поступает в это отделение, на него начинает работать вся больница. Чем занимаются анестезиологи-реаниматологи в экстренном стационаре, как проходят их будни и у кого есть шанс стать хорошим врачом – накануне Дня реаниматолога расскажет заведующий отделением анестезиологии и реанимации Краевой клинической больницы скорой медицинской помощи Алексей Иванов.

Нестабильно, но интенсивно

Кто-то мечтает о стабильном рабочем графике с 8.00 до 17.00. Алексей Иванов еще студентом понял, что его профессиональные интересы иные. 11 лет назад, будучи студентом медицинского университета, он устроился в реанимационное отделение Краевой клинической больницы скорой медицинской помощи палатным медбратом. Стоит понимать, что отделения



реанимации и интенсивной терапии – своеобразный фильтр для медиков: они либо остаются навсегда работать на передовой, либо, окунувшись в интенсивную нагрузку, понимают, что она не для них, и кардинально меняют вектор медицинских интересов. Пациенты здесь, как правило, тяжелые – неспособные самостоятельно покашлять и попить воды, не говоря уже о действиях посложнее. Причем на одного медбрата приходится по четыре таких пациента, рядом с которыми необходимо находиться практически круглосуточно.

Но молодого специалиста не испугали ни напряженный график, ни объем работы. «Гораздо сложнее было совмещать работу с обучением – не было времени посидеть с учебниками и подготовиться к экзамену. И, несмотря на то, что я всегда учился хорошо, в тот момент впервые провис по учебе и впервые пошел на пересдачу, провалив экзамен после бессонной ночи

на дежурстве, – вспоминает врач – анестезиолог-реаниматолог. – Но зато тогда появилось полное понимание, что такое анестезиология и реанимация. За четыре года обучения в вузе было теоретическое представление, но настоящее понимание процессов пришло именно тогда».

В тот момент пришлось делать выбор, и студент предпочел завершить обучение в университете. А спустя два года на распределении в ординатуру выбрал анестезиологию и реаниматологию. «Главное отличие от амбулаторной практики, где нужно вести пациента определенное время – сделать обследование, выполнить назначение, а спустя время оценить его эффективность, чтобы понять, помогло лечение или нет, здесь сразу видишь результат своей работы. Мы быстро принимаем решение, вводим препарат, проводим манипуляцию, и тут же есть обратная связь – лучше или хуже стало пациенту, и сразу понятно, действительно

ли удалось помочь, – объясняет выбор специальности Алексей Иванов. – С тяжелыми состояниями не каждый врач хочет работать. Но у меня страха не было, несмотря на колоссальную ответственность. Единственное, что поначалу по миллиону раз все переспрашивал у своих старших коллег. Тогда в первую очередь я боялся навредить».

После окончания медуниверситета Алексей Иванов по распределению пошел в БСМП работать врачом – дефицит кадров в реаниматологии ощущался уже тогда, и молодых специалистов тут ждали.

Действовать быстро, здесь и сейчас

Работа в отделении реанимации быстро превращает новичков в опытных специалистов. Врачи – анестезиологи-реаниматологи становятся своего рода ангелами-хранителями для тех, кто порой самостоятельно даже дышать не может. «Вся интенсивная терапия начинается с операционной. В функционал врача входит обеспечение анестезиологического пособия пациенту. Чтобы тот не испытывал боль, стресс, страх, необходимо выключить сознание, обезболить область, которую предстоит оперировать. Во время наркоза пациент находится под полным контролем анестезиолога-реаниматолога. При общей анестезии больной не может дышать самостоятельно. За него это делает врач с помощью аппарата искусственной вентиляции легких. За работу сердечно-сосудистой системы отвечает тоже он, – говорит заведующий отделением реанимации. – Если во время операции происходит кровотечение или пациент изначально поступает с ним, анестезиолог-реаниматолог определяет, нужны ли компоненты крови, какие именно и в каком количестве. Если возникает критическое состояние, то реаниматологу (который является специалистом по органным нарушениям и критическим состояниям) в первую очередь необходимо спротезировать функцию органа, если тот перестал работать, – с помощью оборудования или же препарата. Во вторую очередь он начнет

диагностику, чтобы выяснить, что привело к этому состоянию, устранит причину и начнет лечение».

Представители этой специальности должны обладать поистине энциклопедическими знаниями – от анатомии до фармакологии. Но есть две ключевые дисциплины – база для анестезиолога-реаниматолога. Это физиология, которая изучает все процессы, происходящие в организме человека, и особенности работы клеток и органов. И патофизиология, которая эти же процессы изучает в разрезе определенных патологий и способы помощи, если те возникли.

Но даже обширные знания могут оказаться бесполезными, если рядом нет помощников. В отделение реанимации попадают пациенты из всех профильных отделений больницы. Пациента совместно ведут анестезиолог-реаниматолог и врач профильного отделения. Здесь все связано друг с другом – полноценная работа возможна только в команде. Помимо врачей в нее входят: медсестры, младший медицинский персонал, специалисты службы крови, лаборатории и диагностических кабинетов – компьютерная томография, ЭКГ и УЗИ дают возможность видеть ежедневную динамику. Экстренное отделение не может позволить себе запись «на завтра» – все нужно делать быстро, здесь и сейчас.

Мыслить – значит менять мир

Проработав врачом-анестезиологом около пяти лет, Алексей Иванов стал заведующим отделения – уже скоро три года, как отделение работает под его руководством. За это время удалось повидать немало – за год через отделение проходит 1300–1500 пациентов. «Поначалу очень тяжело – каждого больного пропускаешь через себя, в конце смены думаешь, все ли правильно сделал. Но мы действительно делаем все возможное, чтобы человек выжил, боремся за жизнь каждого до последней секунды», – говорит врач.

Алексей Иванов убежден, что в любой профессии крайне важен мыслительный процесс, поскольку с помощью мысли можно изменить ре-

альность. «Если просто говорить или даже критиковать какие-то процессы или людей, то мыслительный процесс отсутствует, и ничего не изменится. А врачи могут и должны менять ситуацию. У нас есть пациент, который нуждается в помощи, и необходимо мыслить, чтобы понять, как помочь ему и вылечить. Анестезиологи-реаниматологи всегда заняты мыслительным процессом. Я считаю, что в принципе всем людям необходимо чаще размышлять и делать что-то хорошее, полезное для других, помогать друг другу», – убежден врач.

По словам анестезиолога-реаниматолога, самое сложное – видеть, как на твоих глазах люди умирают или становятся инвалидами, но при этом не в силах им помочь. Зачастую виновниками трагической ситуации становятся сами пациенты. Причина тому – несоблюдение мер безопасности или же игнорирование собственных проблем со здоровьем и несвоевременное обращение за медицинской помощью.

Стресс становится привычным спутником профессии, но мыслей переучиться и уйти в другую специальность – нет, говорит Алексей Иванов. Сбросить напряжение ему помогают пешие прогулки – они позволяют добраться до дома разгруженным. А хобби – занятия в спортзале и чтение фантастики – дает физическую и эмоциональную разрядку. «Кроме того, с годами я научился разделять работу и отдых. Просто даю себе установку – на эту единицу времени не думать о рабочих моментах. Чем старше и опытнее становишься, тем лучше навыки переключения работает, – отмечает врач. – В нашей профессии важно быть по-настоящему стрессоустойчивым и обладать холодным умом, чтобы уметь быстро оценить ситуацию и решить, что сейчас главнее, что нужно сделать в первую очередь, ведь наши пациенты нередко находятся на грани жизни и смерти, а операции спасают их. Чтобы стать хорошим анестезиологом-реаниматологом, нужны определенные качества и свойства психики, чтобы адекватно справляться с

Продолжение на стр. 24 >>

«Продолжение. Начало на стр. 22-23

работой, решение принимать логически, а не эмоционально».

Несмотря на все трудности, которые есть сегодня в медицине, интерес к ней у молодого поколения не угасает. В частности, и к специальности анестезиолога-реаниматолога. По словам Алексея Иванова, как правило, кто приходит к ним в отделение на практику, здесь же и остаются. «Большинство наших молодых докторов – студенты, которые здесь работали медбратами и медицинскими сестрами. Сразу видно, кому наше дело по душе, и мы начинаем вкладывать в них силы, делиться опытом и знаниями», – отмечает заведующий отделением реанимации. В этом году на его базу придут 5 ординаторов первого года обучения. Здесь они получают хороший опыт работы с критически-

Для справки

Отделение реаниматологии и анестезиологии БСМП представлено: реанимационным подразделением на 21 койку, 3 стационарными гемодиализными местами и анестезиологическим подразделением на 17 анестезиологических мест, а также экспресс-лабораторией реанимации.

ми состояниями – ценный навык для врача, даже если он впоследствии не останется в экстренном стационаре. Благодаря этому опыту будут спасены чьи-то жизни.

Ирина Савина.
Фото предоставлено
пресс-службой БСМП

50 лет экспресс-лаборатории Краевой клинической больницы скорой медицинской помощи

Экспресс-лаборатория Краевой клинической больницы скорой медицинской помощи в октябре отмечает 50-летие. Она является первой в своем роде в Алтайском крае и расположена в стенах старейшей больницы региона. Экспресс-лаборатория была основана в 1973 году и является структурным подразделением отделения анестезиологии и реанимации стационара.

Значимость работы экспресс-лаборатории в реанимационном отделении трудно переоценить. Свое название «экспресс» лаборатория в полной мере оправдывает: ежедневно и круглосуточно сотрудники лаборатории выполняют исследования жизненно важных показателей пациентов, которые поступают в нашу больницу в критическом состоянии.

Заведует лабораторией Светлана Карповна Залогина. Вот что она рассказывает о работе лаборатории:

– Все исследования у нас проводятся оперативно, так как на направлениях всегда есть пометка «cito!». И первые результаты исследова-

ний врач получает именно из экспресс-лаборатории. Мы работаем в одной команде с врачами – реаниматологами-анестезиологами, с медицинскими сестрами отделения и являемся неотъемлемой частью звена в постановке диагноза и дальнейшем лечении тяжелых пациентов больницы: будь то биоматериал пациента из операционной, поста реанимационного отделения или любого другого отделения больницы».

Данные экспресс-лаборатории позволяют врачам следить за изменением состояния пациента и оперативно принимать необходимые меры по коррекции проводимого лечения.

Поздравляем сотрудников экспресс-лаборатории отделения анестезиологии и реанимации Краевой клинической больницы скорой медицинской помощи с полувековым юбилеем! Вы делаете невероятно важную работу, помогая в спасении жизни пациентов!

Фоторепортаж на стр. 32 >>

Важное урологическое исследование детям в Алтайском крае проводят только в Краевом центре охраны материнства и детства. Речь идет о КУДИ – комплексном уродинамическом исследовании. Аппарат для его проведения в детской сети регионального здравоохранения есть только в отделении урологии АККЦОМД. Оборудование было установлено пару лет назад, в год проводят в среднем 90-100 исследований.

КУДИ – одно из эффективных обследований в урологии. Его цель – определить функциональное состояние мочевого пузыря и мочеиспускательного канала в фазе накопления мочи, ее сохранения и опорожнения. В ходе обследования процесс накопления и выведения мочи моделируется и воспроизводится, что дает возможность оценить функцию мочеиспускания.

Исследование безболезненное, его проводят в том числе детям, начиная с трехмесячного возраста.

Показания к проведению КУДИ:

- > оно обязательно при нейрогенной дисфункции тазовых органов у пациентов с неврологическим заболеванием;
- > после оперативного лечения по поводу заболеваний спинного мозга;
- > пациентам с ПМР (пузырно-мочеточниковым рефлюксом);
- > пациентам со Spina bifida (спина бифида);
- > при любом виде недержании мочи;

КУДИ - детям



- > при подготовке к операции в связи с недержанием мочи;
- > при жалобах на дизурию: затрудненное, учащенное или редкое мочеиспускание, отсутствие или ослабление чувства позыва, внезапные сильные позывы к мочеиспусканию;
- > рецидивирующие инфекции мочевыводящих путей (пиелонефрит, цистит);
- > при отсутствии эффекта от консервативного лечения различных расстройств мочеиспускания;
- > а также в других случаях по усмотрению вашего лечащего врача.

Противопоказания к проведению КУДИ:

- > наличие инфекции мочеполовых органов в острой стадии;
- > сужение мочеиспускательного канала – невозможность проведения

уродинамического катетера в мочевой пузырь.

КУДИ включает в себя следующие виды исследований:

- > цистометрия;
- > урофлоуметрия;
- > урофлоуметрия с ЭМГ;
- > исследование объема остаточной мочи;
- > метод «давление-поток»;
- > УЗИ мочевого пузыря;
- > стресс-тест мочевого пузыря;
- > электромиография мышц тазового дна.

Как отмечают врачи отделения, в современной урологии нет более точного метода диагностики, который бы позволил с высокой достоверностью установить причины нарушений мочеиспускания. Уже в ходе диагно-

Важно!

КУДИ требует определенной подготовки, спросите об этом врача.

При себе необходимо иметь УЗИ почек и мочевого пузыря с определением остаточной мочи (такое исследование можно провести в отделении урологии АККЦОМД), общий анализ мочи, бакпосев мочи, заполненный дневник мочеиспускания.

стики можно сформировать ожидания больного, продемонстрировав, как будет осуществляться процесс мочеиспускания после лечения.

Эта методика дает возможность обнаружить скрытое недержание мочи, определить гиперактивность мочевого пузыря, степень обструкции мочеиспускательных путей, что необходимо для прогнозирования результата лечения. С помощью уродинамического исследования можно определить возможность назначения медикаментов или целесообразность хирургической коррекции.

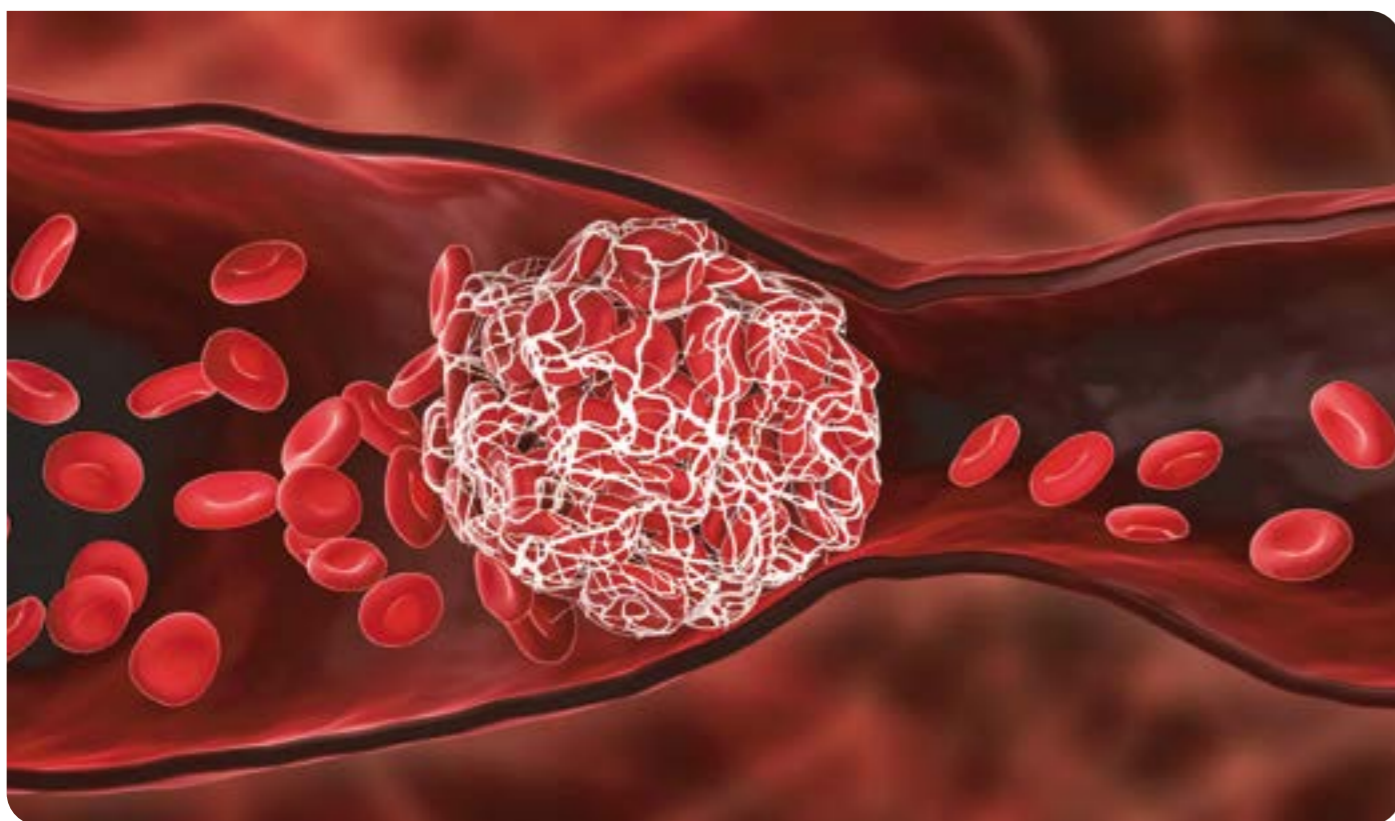
В АККЦОМД такую процедуру можно получить по ОМС через госпитализацию или через прием детского уролога-андролога, а также на платной основе.

Исследование проводят заведующий отделением, главный внештатный специалист, детский уролог-андролог, к. м. н. Александр Викторович Киптилов; детский хирург, детский уролог-андролог, ортопед-травматолог, аспирант кафедры детской хирургии Карима Рахматуллошна Фролова, детский уролог-андролог, врач высшей квалификационной категории, к. м. н. Илья Сергеевич Попов.

Телефон для получения подробной информации: (3852) 56-98-58.

Подготовила Елена Клишина.
Фото предоставлено
пресс-службой АККЦОМД

Тромбы-бомбы



13 октября отмечен в календаре как День тромбоза. Почему в сосудах возникают тромбы? Можно ли распознать по изменениям своего самочувствия, что тромб оторвался? Есть ли действенная профилактика тромбоза? Эти и другие вопросы мы задали Эдуарду Боровикову, заведующему отделением сосудистой хирургии КГБУЗ «Городская больница № 5, г. Барнаул».



Тромбоз – весьма опасное патологическое состояние, для него характерно образование в сосудах плотных сгустков крови, которые мешают нормальной циркуляции крови. Из-за сужения или закупорки сосудов может возникать ишемия органов как следствие недостаточного их снабжения кровью, отмирание тканей.

Есть два вида тромбозов – венозные и артериальные. Первые могут вызывать тромбоэмболию (закупорку

легочной артерии), вторые приводят к гангрене конечности и могут стать причиной инфаркта или инсульта.

Что способствует образованию тромбов?

К тромбозу приводит, как правило, один из основных факторов или любое их сочетание.

1. Повреждение стенки сосуда. Такие повреждения могут возникнуть

из-за травмы, хирургического вмешательства. А также из-за неправильного питания (употребления продуктов, способствующих повышению уровня холестерина и образованию так называемых холестериновых бляшек). Стенки сосудов могут повреждаться из-за инфекционных и хронических заболеваний (вроде сахарного диабета), подъема тяжестей, при родах и т. д.

2. Повышенная свертываемость крови. Эти изменения могут возник-

нуть из-за нарушения тромбофилии, гормонального дисбаланса (прием контрацептивов), при онкологических заболеваниях.

3. Застой крови, возникающий из-за малоподвижного образа жизни. Тромбозам подвержены люди, в повседневности которых присутствуют многочасовые перелеты, офисная сидячая работа, которые много времени проводят за рулем и в целом мало двигаются.

В группу риска по венозным тромбозам также входят люди с лишним весом, вредными привычками, люди старше 60 лет и те, кто страдает варикозным расширением вен.

Какие симптомы у тромбоза?

В зависимости от того, какой сосуд – вена или артерия – перекрыт тромбом, пациент может наблюдать у себя следующие изменения самочувствия.

При артериальном тромбозе:

- резкая боль, чувство онемения в конечности, потеря чувствительности и ощущение холода в конечности;

- болезненность при давлении на мышцы, нарушение движений, чувствительности в конечности.

При венозном тромбозе:

- усиливающаяся боль в конечности;
- увеличение объема руки или ноги, отек голени, стопы, кистей рук;
- изменение цвета кожи в этом месте (приобретает синий оттенок);
- поверхностные вены уплотняются, болезненные при пальпации, кожа над ними краснеет.

Какие исследования проводят для определения локализации тромбоза?

Основным методом диагностики является дуплексное сканирование артерий и вен верхних, нижних конечностей. Дополнительно используются исследования проходимости сосудов с использованием контрастного вещества (ангиография, компьютерная томография), назначают анализ крови на свертываемость.

Какие существуют методы лечения?

Выбор метода лечения зависит от поражения артерии или вены.

Венозные тромбозы в основном лечат консервативно с использованием препаратов-антикоагулянтов. В ряде случаев при осложнениях в виде тромбоэмболии легочной артерии проводится тромболитическая терапия (назначение препаратов, растворяющих тромбы).

Лечение артериальных тромбозов зависит от степени нарушения кровообращения. Если изменения небольшие, то используют антикоагулянты. При значительных нарушениях проводится оперативное лечение (удаление тромбов из артерий) или тромболитическая терапия. Бывают случаи, когда нарушения кровообращения принимают необратимый характер (развивается гангрена конечности), тогда необходимо выполнение ампутации.

В нашем отделении с 2011 года оказывают экстренную помощь боль-

Факт

Тромбозы артерий и вен являются одной из основных причин смертности и инвалидизации людей во всем мире. В России, по разным оценкам, от сердечно-сосудистых катастроф, напрямую связанных с тромбозами, погибают **1500** человек из ста тысяч населения.

Последние **20** лет растет число случаев тромбоэмболии легочной артерии, когда тромбы, образующиеся чаще всего в просвете вен нижних конечностей, разносятся с током крови по организму и попадают в сердце и сосуды легких. Росту числа тромбозов способствовала и пандемия коронавирусной инфекции.

ным города Барнаула с заболеваниями сосудов. Большую группу среди них составляют пациенты с тромбозами вен нижних конечностей (в год больше 170 пациентов). Им, в частности, проводят регионарный тромболизис. Также помощь получают больные с острыми тромбозами и эмболиями артерий, у которых высок риск развития гангрены (в год около 60 больных). Помощь получают и пациенты с таким распространенным заболеванием, как варикозная болезнь нижних конечностей, следствием которой может быть тромбоз.

Профилактика

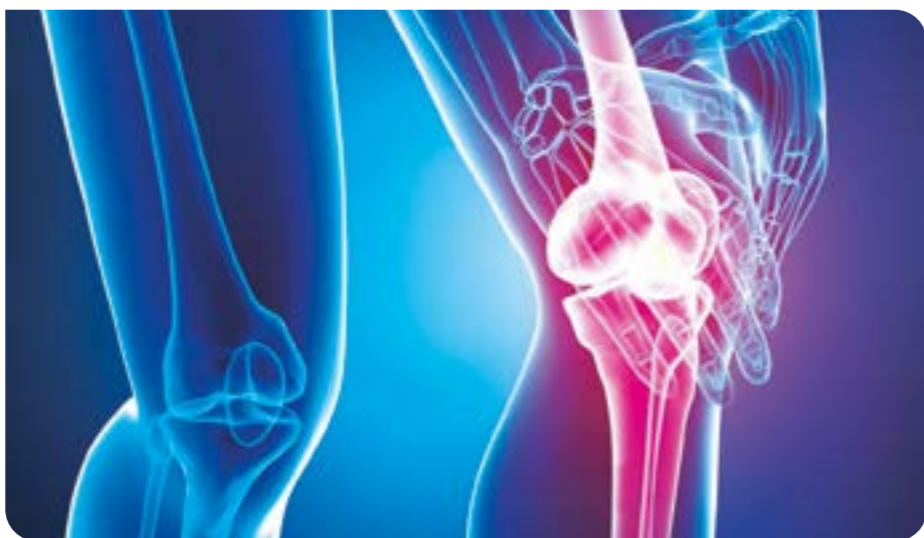
К мерам профилактики тромбоза относят своевременное лечение сопутствующих заболеваний, использование эластичных бинтов и компрессионного белья, контроль за уровнем холестерина и глюкозы в крови, снижение массы тела при избыточном весе. А также соблюдение принципов рационального и правильного питания, отказ от курения, увеличение двигательной активности.

Подготовила Елена Клишина

Сохранить суставы

12 октября мировое медицинское сообщество отмечает День артрита, а 24-го - профессиональный праздник у ревматологов России. Ревматология изучает причины, проявления и методы лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата и соединительной ткани.

Сегодня в арсенале специалистов множество средств. Однако, несмотря на прогресс, ревматологические заболевания продолжают оставаться одной из главных причин инвалидности в мире. И число людей, страдающих ими, растет с каждым годом во всем мире. Какая ситуация складывается в нашем регионе - узнаем у заведующей отделением ревматологии КГБУЗ ГБ №4 Оксаны Цюпа.



От остеоартроза до реактивного артрита

Остеоартроз, подагрический артрит, васкулит – это лишь начало обширного списка заболеваний, которыми занимаются ревматологи. Все это – патологии костно-мышечной системы и соединительной ткани. Как правило, они представлены аутоиммунными воспалительными процессами с разнообразными клиническими симптомами. Чаще всего врачи имеют дело с различными воспалительными заболеваниями суставов и позвоночника. Им подвержены молодые пациенты трудоспособного возраста. Представители же старшего поколения чаще страдают остеоартрозом.

По словам Оксаны Цюпа, в последнее время выросло число пациентов, страдающих подагрическим артритом. «Стоит отметить, что львиная доля больных – пациенты достаточно молодого возраста. Казалось бы, на этом этапе еще все системы и органы должны быть здоровыми и работать сбалансированно. Но, увы, накладывает отпечаток современного образа жизни, – говорит врач-ревматолог. – Дело в том, что подагра – заболевание, относящееся к группе метаболических повреждений суставов. Образ жизни напрямую влияет на обменные процессы организма. Как питается сегодня молодежь – утром не завтра-

кает, полноценно не обедает, но зато плотно ужинает, зачастую сопровождая прием пищи пенным напитком. Это приводит к развитию метаболических нарушений и, как следствие, подагрическому артриту».

Медленно, но верно заболеваемость костно-мышечных патологий ползет вверх, отмечает эксперт. Этому способствует ряд факторов. «Во-первых, увеличивается категория возрастных пациентов, а это значит, что увеличивается число больных с остеоартритом. Во-вторых, мы уже сказали, что растет группа метаболических заболеваний. Кроме того, COVID-19 выступил агрессивным провоцирующим фактором для развития ревматологических заболеваний. В постковидный период существенно увеличилось число воспалительных заболеваний суставов и позвоночника», – отмечает Оксана Цюпа.

Причем перед ревматологическими заболеваниями равны все – от младенцев до стариков. Нередко нарушения возникают еще в детском возрасте и далее дают о себе знать в зрелые годы. Безусловно, определенную роль играет наследственная предрасположенность – если в семье есть люди, которые страдали от подобных патологий, то большая вероятность, что у других членов семьи также есть риск их развития.

Справка

Артрит – воспалительное заболевание одного или нескольких суставов. При отсутствии лечения оно приводит не только к болевым ощущениям и ограничению движения, но и к инвалидности и утрате трудоспособности. Воспалительный процесс вызывает нарушение структуры и функции суставов. Это, в свою очередь, ведет к возникновению боли, тугоподвижности сустава, отечности, что в конечном итоге влечет за собой необратимую деструкцию.

Неизвестные триггеры и естественные процессы

Наиболее распространенная патология среди заболеваний суставов – артриты. Но под этим определением скрывается не одна болезнь, а целый ряд различных самостоятельных заболеваний. Артриты – ревматоидный, псориазический, подагрический, реактивный – отличаются по своей природе и причины у каждого будут свои. «Зачастую трудно сказать, что именно послужило толчком к развитию артрита. Как правило, это целый набор внешних и внутренних факторов. Перенесенные вирусные или бактериальные инфекции, перегрузки, стрессовые ситуации способны спровоцировать развитие артритов. Но все же в основной своей массе они развиваются без какой-либо очевидной причины – человек ложится спать совершенно здоровым, а утром развиваются первые симптомы заболевания. Предугадать их развитие заранее крайне проблематично, – подчеркивает эксперт. – А вот артрозы – естественный процесс старения хрящевой ткани. С возрастом она теряет способность к восстановлению, и возникает дисбаланс образования новых хондроцитов и их разрушения. В связи с этим постепенно происходит истощение хрящевой ткани. Чаще всего страдают коленные и тазобедренные суставы, позвоночник и мелкие суставы

кистей. Последние две локализации преобладают у женщин».

Врач отмечает, что не существует каких-либо мер профилактики для развития воспалительных заболеваний суставов. В таких случаях основная ставка делается на минимизацию провоцирующих факторов: важно избегать физических перегрузок и эмоциональных стрессов, заниматься профилактикой вирусно-бактериальных заболеваний и приблизить образ жизни к максимально здоровому. Последний пункт особенно актуален для метаболических артритов. Что касается нагрузок, в том числе и спортивных, – во всем должна быть мера, убеждена врач-ревматолог. Нередко в погоне за мышечной массой молодые люди берут большой вес и травмируют суставы. О здоровье в таком случае не может идти речи.

Выявить и вылечить

Главный и самый надежный метод диагностики ревматологических заболеваний – рентгенологическое исследование. В качестве дополнительных методов специалисты используют УЗИ и магнитно-резонансную томографию. По сравнению с рентгеном МРТ позволяет увидеть более ранние и более мелкие изменения в суставах.

Кроме того, существует большой спектр специфических иммунологических тестов, которые помогают дифференцировать артриты. Их по своему усмотрению назначает врач.

Оксана Цюпа предупреждает: не стоит самостоятельно ставить диагнозы и тем более самостоятельно назначать себе лечение. Оно может нанести еще больший вред, и специалисту придется сначала корректировать последствия самолечения, и только потом решать настоящую проблему пациента. Терапия ревматических заболеваний – всегда строго индивидуальна. «Боль – это симптом, проявление воспалительного процесса. Нестероидные противовоспалительные препараты помогут справиться с болью, вызванной воспалением. Но назначением так называемой базисной терапии должен заниматься

Цифры и факты

Артриты называют большую группу болезней суставов, которая включает более **100** диагнозов, самые распространенные из них – артроз и ревматоидный артрит.

По данным ВОЗ, каждый десятый житель планеты страдает артритом или артрозом. Только в России, по данным Минздрава, насчитывается более **10** млн больных с артрозом и около **300** тыс. россиян страдают ревматоидным артритом (примерно треть из них имеют тяжелые формы инвалидности).

Женщины болеют артритом в **5** раз чаще мужчин.

врач, который оценит лечение в динамике по безопасности и эффективности. Задача ревматолога – сохранить сустав пациента функциональным», – подчеркивает Оксана Цюпа.

Стоит понимать, что ревматологическим заболеваниям свойственно хроническое прогрессирующее лечение. Это означает, что, заявив о себе однажды, патология будет напоминать о себе в течение всей жизни.

Но отчаиваться не стоит. Сегодня разрабатываются генно-инженерные биологические препараты, способные изменить течение заболевания и существенно улучшить качество жизни.

Но пока никто не может дать гарантию исцеления – только длительную ремиссию. Но это уже большой прогресс для тех, кто годами мучается от болей в суставах. Главное – не бросать дело на самотек, вовремя обращаться к специалистам, а когда состояние улучшится – не прекращать лечение. Только в таком случае возможно добиться стойкого эффекта.

Ирина Савина

Ранняя диагностика и своевременное лечение смогут предотвратить тяжелые последствия артрита.

Почетного звания «Заслуженный врач РФ» удостоен Игорь Казанцев

В текущем месяце Президент Российской Федерации Владимир Путин подписал указ о присвоении почетного звания «Заслуженный врач Российской Федерации» исполняющему обязанности главного врача Краевого кожно-венерологического диспансера Игорю Казанцеву.

Игорь Викторович в 1985 году окончил Алтайский государственный медицинский институт. С 1986 года работал врачом-дерматовенерологом в Городском кожно-венерологическом диспансере. В 1987 году назначен заведующим отделением, врачом-дерматовенерологом консультативно-диагностического отделения № 1. С 2020 года по настоящее время исполняет обязанности главного врача Краевого кожно-венерологического диспансера.

Большое внимание Игорь Викторович уделяет лечению венерических и заразных кожных заболеваний, внедрению новых методик. Он в совершенстве владеет всеми новейшими методами обследования и лечения кожных и венерических заболеваний.

За многолетний добросовестный труд Игорь Казанцев неоднократно поощрялся наградами регионального и федерального уровней. Имеет медаль «За заслуги в труде», нагрудный знак «Отличник здравоохранения».



Губернатор края вручил награду главной медсестре ГБ № 10 г. Барнаула

В правительстве региона Губернатор Виктор Томенко вручил награды медицинским сестрам городской больницы № 10 г. Барнаула Елена Головкова удостоена почетного звания «Заслуженный работник здравоохранения Алтайского края».

Елена Константиновна в 1989 году окончила Каменское медицинское училище по специальности «медицинская сестра». Начала свою трудовую деятельность в неврологическом отделении Каменской центральной районной больницы, а с 1997 года и по настоящее время работает в ГБ № 10 г. Барнаула.

За последние два года являлась участником более 30 научно-практических и онлайн-конференций по современным аспектам сестринского дела и менеджмента в здравоохранении. Имеет сертификаты, удостоверения и дипломы. Елена Константиновна является наставником для молодежи, а также членом аттестационной экспертной группы Министерства здравоохранения Алтайского края по специальностям «сестрин-



ское дело» и «организация сестринского дела».

За многолетний добросовестный труд Елена Головкова неоднократно отмечалась наградами местного, регионального и федерального уровней.

Кадры решают все!

Третий поток всероссийского проекта «Кадровая платформа организации здравоохранения – 2023» откроет набор совсем скоро.

По поручению Министра здравоохранения Российской Федерации с 2021 года ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России реализует проект «Кадровая платформа организаторов здравоохранения». Суть проекта заключается в создании сообщества управленцев в сфере здравоохранения, а также развитии компетенций участников проекта в рамках образовательных программ и экспертных сессий. За два года реализации проект показал свою востребованность и результативность.

К участию приглашаются действующие и будущие организаторы здравоохранения. Участие в проекте дает возможность общения с единомышленниками, обмена опытом и идеями, получения консультаций коллег и экспертов.

Для участия в проекте необходимо заполнить заявку на сайте <http://platforma-orgzdrav.ru/> в срок до 10.11.2023. По вопросам участия в проекте просим обращаться на почту модератора – platformazdrav@mednet.ru.

Отметим, что за два года в программе приняло участие 1954 человека, было создано 540 полезных публикаций, разработано и реализовано 60 проектов.

Выражаю огромную благодарность специалистам отделения Алтайской краевой клинической психиатрической больницы им. Ю. К. Эрдмана за очень поддерживающий и информационно насыщенный курс «Психообразование для родственников пациентов». В трудный период жизни, когда родные узнают о психиатрическом диагнозе своего близкого, интересные, информативные лекции и общение с другими людьми, оказавшимися в похожей ситуации, дают силы и поддержку. Отдельное спасибо **Евгению Владимировне** и **Оксане Игоревне**. Двенадцать недель поддержки и интересной информации дали ответы на очень многие вопросы.

Ирина Викторовна Дурманова

Хочу выразить глубокую благодарность бригаде скорой медицинской помощи № 20 КГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи, г. Барнаул» в составе врача **Галины Владимировны Горячевой** и фельдшера **Анны Сергеевны Соколовой** за спасение жизни моего отца, у которого случился отек легкого, за их профессионализм, четкую и слаженную работу, а также чуткость и внимание.

В.Н. Постольник

2 октября 2023 года моей малышке исполнился 1 годик. Я поступила в КГБУЗ «Алтайский краевой клинический перинатальный центр «ДАР» 2 октября 2022 года – преждевременные роды. Благодаря врачам я родила здоровую девочку, но она была всего 980 грамм. Мы пролежали с ней 2,5 месяца в больнице. Благодаря превосходному врачу **Даниле Сергеевичу Прониичеву** я могу наблюдать каждый день, как растет моя девочка. Это гениальный врач, низкий поклон ему. Всю жизнь буду вспоминать его добрым словом. Дай бог Вам сил и терпения. Всего Вам наилучшего.

Оксана Башмакова

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».

Выражаю огромную благодарность гинекологу поликлиники № 10, г. Барнаул, **Оганесу Мартуновичу** и медсестре **Ольге Вениаминовне**, а также регистраторам за профессионализм, внимательное и тактичное отношение! Прекрасно решают все вопросы, с которыми приходится обращаться, – быстро, всегда с хорошим настроением. Наблюдаюсь у Оганеса Мартуновича со второй беременности, родила замечательного здорового сына. Всегда все доступно объясняет, умеет найти подход к каждой пациентке и зарядить своей энергией.

Дарья Аркадьевна Прохожаева

Хочется отблагодарить добрым словом доктора поликлиники № 14, г. Барнаул, **Ирину Владимировну Толмачеву**. С точки зрения внешнего наблюдателя (пациента), Ирина проявляет «живую» позицию в организации и выборе методологий лечения. С учетом повышенной нагрузки (которую видно невооруженным глазом в поликлинике, сидя в очереди) видно, что Ирина не страдает формализмом (работая только ради KPI-показателей). Слегка огорчен, что обследование и лечение началось не сразу у Ирины Владимировны.

Виктор Павлович

Хочу выразить свою глубочайшую благодарность массажисту КГБУЗ «Городская поликлиника № 12, г. Барнаул» **Ирине Владимировне Молотиловой** за безусловный профессионализм, индивиду-

альный подход и терпение. Ходим с дочкой на массаж практически с рождения, ребенок непредсказуем и не всегда может быть в хорошем настроении. Ирина Владимировна подстраивается под любое настроение, отвлекает ребенка, не прекращая выполнять массаж. Очень рада, что попали именно к ней.

Анастасия Андреевна Фомичева

Хочу выразить огромную благодарность персоналу КГБУЗ «Бийская ЦРБ» и отделению урологии. В особенности хочу поблагодарить врачей **Д.В. Миллер** и **А.Л. Онопенко** – врачи с большой буквы, профессионалы своего дела, оказали высококвалифицированную помощь, камень из мочеочника удалили быстро, на все интересующие меня вопросы отвечали четко и по делу. Спасибо.

Александр Витальевич Васин

Благодарим нашего педиатра КГБУЗ «Детская городская поликлиника № 3, г. Барнаул» **Ангелину Владимировну Воробьеву!** Всегда назначает действенное лечение, никаких лекарств-пустышек, а только хорошие препараты. Всегда находит подход к детям, детки ее очень любят. Также хотелось бы отметить, что Ангелина Владимировна всегда на связи и оперативно отвечает на все вопросы.

Елена

Во время беременности врачи перинатального центра «ДАР» выявили гестационный сахарный диабет. Наблюдалась у **Ларисы Владимировны Антошкиной**, огромное ей спасибо! Внимательная, доброжелательная, а главное – очень компетентный доктор. Объясняет проблему пациенту просто и доходчиво, без запугивания. Спасибо Вам большое, Лариса Владимировна, здоровья Вам и признания от коллег и пациентов.

Оксана Викторовна Петрищева



Полвека экспресс-помощи

Экспресс-лаборатория Краевой клинической больницы скорой медицинской помощи была основана в октябре 1973 года, а сегодня является структурным подразделением отделения анестезиологии и реанимации стационара. Ежедневно и круглосуточно сотрудники лаборатории выполняют исследования жизненно важных показателей пациентов, которые поступают в БСМП в критическом состоянии. Полученные данные позволяют врачам следить за изменением состояния пациента и оперативно принимать необходимые меры по коррекции лечения.

Источник:
пресс-служба БСМП



В выпуске использованы фотографии с сайта zdravalt.ru, из архива редакции и открытых источников сети Интернет: mega.ru, tildacdn.com, qna.center, wh-lady.ru, www.adbhospital.com, mykaleidoscope.ru, everydayhealth.com, noticiasaminuto.com, hotgeo.ru