

Мы и ЗДОРОВЬЕ



№ 3 (729) 15 марта 2024 г. | Издаётся с 17 июня 1994 г.



**с Международным
женским днем!**

➤ Стр. 2-3

**Если мама сама
еще ребенок**

➤ Стр. 18-19

Есть, чтобы жить

➤ Стр. 24-26



Дмитрий Попов

Министр здравоохранения
Алтайского края

Дорогие женщины!

От всей души поздравляю вас с Международным женским днем!

Этот замечательный весенний праздник неразрывно связан с теплом, заботой, добротой и мудростью, которые вы, женщины, приносите в нашу жизнь. Вы делаете этот мир лучше! Удивительным образом вам одинаково хорошо удается воспитывать детей, создавать уют дома и при этом добиваться высоких результатов в вашей профессиональной деятельности.

От всей души желаю вам здоровья, любви, весеннего настроения и исполнения самых заветных желаний!



Виктор Томенко

Губернатор Алтайского края

Дорогие жительницы Алтайского края!

Примите самые искренние поздравления с Международным женским днем!

Этот праздник – прекрасная возможность еще раз выразить вам благодарность за то, что приносите в жизнь красоту, доброту, милосердие, заботу и любовь. Природа щедро наделила вас способностями и талантами делать окружающий мир лучше. Вы дарите жизнь, храните традиции, семейное тепло и домашний уют, а также своим трудом вносите огромный вклад в укрепление благополучия Алтайского края и всей страны.

Современные женщины преуспевают во всех областях. Вы добиваетесь высот в науке, спорте и бизнесе, блестяще реализуете себя в политике, во всех отраслях экономики, социальной сферы, в общественной деятельности. В непростое для Отечества время многие землячки встали во главе движений по сбору гуманитарной помощи для наших бойцов в зоне специальной военной операции. Сегодня также хотим сказать особые слова поддержки и уважения матерям и женам защитников Родины. Спасибо вам за мужество и любовь, которые придают сил нашим воинам на передовой!

Искренне желаем всем вам счастья, крепкого здоровья, благополучия! Пусть рядом всегда будут близкие и родные люди!





Михаил Мурашко

Министр здравоохранения
Российской Федерации

Дорогие женщины!

От всей души поздравляю вас с прекрасным весенним праздником – с Международным женским днем 8 марта!

В этот день мы поздравляем своих родных и близких женщин — мам, бабушек, сестер, жен, дочерей, всех, ради кого мы, мужчины, совершаем большие поступки. Спасибо вам за счастье быть рядом, за то, что вы вдохновляете на покорение новых вершин, не даете погрязнуть в серости будней, помогаете идти к заветным целям!

В системе здравоохранения традиционно много женщин, которые стоят на страже жизни и здоровья пациентов, отвечают за самые сложные вызовы, делятся знаниями и опытом. Более 70% врачей и почти 95% среднего медицинского персонала – именно женщины. Важно отметить, что вы в здравоохранении не только непосредственно оказываете медицинскую помощь, но и работаете на должностях, ответственных за принятие решений в сфере организации здравоохранения. В Министерстве здравоохранения, в органах управления системы здравоохранения субъектов большое количество женщин. Вы не только талантливые врачи, организаторы здравоохранения, но и верные друзья и заботливые матери.

Женщины являются вдохновением, ярким примером силы, мудрости и красоты. Особого внимания заслуживают женщины, которые в жизни сочетают реализацию собственных планов в большой многодетной семье и в медицинской специальности. Ваше стремление к достижению целей, умение мудро и элегантно решать сложные задачи, умение объединить семью или коллектив – все это делает мир лучше и ярче. Мы гордимся вами и стараемся беречь.

Пусть сбываются ваши надежды, мечты, пусть каждый ваш день будет озарен счастливой улыбкой, и в жизни не останется места для печали.

Желаю вам крепкого здоровья, любви, взаимопонимания и поддержки близких. Сияйте, вдохновляйте, любите, будьте любимыми.

Пусть взаимопонимание и согласие, спокойствие и радость всегда сопутствуют вам! Будьте здоровы!

Томские кардиологи в Барнауле

На базе консультативно-диагностического центра АККЦОМД детей из Алтайского края осматривали специалисты НИИ кардиологии Томского НМИЦ. Прием вели врач детский кардиолог, заведующий отделением детской кардиологии Тамара Кондратьева и заведующая отделением функциональных методов исследования Галина Марцинкевич.

Виктория Савченко, специалист по работе с регионами НИИ кардиологии Томского НМИЦ:

«У нас есть две основные категории детей: это дети с врожденными пороками сердца и дети с нарушениями сердечного ритма. Детям с нарушениями ритма редко когда требуется ультразвуковое исследование, все решается в процессе консультации, через анализ данных медицинской документации (данные ЭКГ, холтеровского мониторирования и т. д.). Детям с пороками сердца мы делаем ультразвуковое исследование и потом консультируем родителей. В первый день приема у нас были дети с врожденными пороками сердца, с большими открытыми артериальными протоками, с лечением которых нельзя тянуть, одному из таких детей меньше года. Была девочка со сложным врожденным пороком сердца в виде аномального крепления хорд клапана с формированием выраженной внутрисердечной преграды, ее лечение тоже откладывать нельзя. Ряду детей мы предлагаем обследование в условиях федерального центра по полису ОМС. Тем детям, кому показано оперативное лечение, мы предлагаем приехать к нам по федеральной квоте».

За два дня томские кардиологи осмотрели 86 детей. На хирургическое лечение было направлено 20 детей. 17 детей будут госпитализированы на обследование и лечение в условиях федерального центра в рамках ОМС.

На коллегии обсудили кадровые вопросы



На базе Краевой клинической больницы прошла коллегия по вопросам кадрового обеспечения системы здравоохранения Алтайского края. В мероприятии приняли участие специалисты Министерства здравоохранения, а также руководство медицинских организаций и медицинских образовательных учреждений.

На заседании рассмотрен ряд вопросов по кадровой политике региона. Руководители медицинских организаций поделились своим опытом в решении вопросов кадрового дефицита, рассказали о целевой подготовке кадров, об опыте привлечения медицинских кадров в медорганизации.

Заседание коллегии открыл министр здравоохранения **Дмитрий Попов**, который отметил, что в подготовке кадров для здравоохранения важно все, начиная от роли вуза в подготовке специалистов и сопровождении их профессионального становления, заканчивая эффективной реализацией кадровых программ на местах. Про-

водится профориентационная работа в школах, со студентами медицинских колледжей заключаются договоры о целевом обучении. Таким образом, за 5 лет на 30% увеличилась численность закрепленных студентов в вузах и медицинских колледжах. До 2019 года в Алтайском крае было 1600 закрепленных студентов, а сейчас более 2300 студентов. Помимо этого, с 2019 года начата реализация регионального проекта по медицинским кадрам, который входит в структуру национального проекта «Здравоохранение». Приняты План Губернатора и Закон по медицинским кадрам. Благодаря введению ряда федеральных и краевых доплат за последние 5 лет более чем на 30% выросла средняя зарплата медицинских работников в крае. Эти доплаты не входят в структуру заработной платы, но вместе с тем относятся к доходу медработников. Доход врачей повышается дополнительно на 38%, среднего медперсонала – на 54%, младшего медперсонала – на 13%.

В Немецком районе открылась новая аптека

В селе Гальбштадт начала работать аптека с функцией льготного обслуживания отдельных категорий граждан. Это учреждение КГУП «Аптеки Алтая» – единственной государственной аптечной сети на территории Немецкого национального района.

В районе 16 сел, здесь проживает почти 15 000 человек. В селе Гальбштадт, где располагается аптека, 1600 жителей.

Помимо розничной торговли, аптека будет обслуживать все население района сильнодействующими и льготными лекарственными средствами, поставлять необходимые препараты в фельдшерско-акушерские пункты района.

В планах открытие в 2024 году второй аптеки в этом районе – в селе Подсосново.

Безвозмездный шанс на здоровье - диспансеризация

В конце февраля в Алтайском крае во время проведения тематической недели информированности о важности диспансеризации и профосмотров в рамках межсекторального взаимодействия состоялась научно-практическая конференция «Профилактика хронических неинфекционных заболеваний. Актуальные вопросы диспансеризации взрослого населения, диспансерного наблюдения».

Конференция прошла при участии председателя комитета по здравоохранению Алтайского краевого Законодательного Собрания **Владимира Лещенко**, заместителя председателя комитета по здравоохранению АКЗС **Александра Лазарева**, главных внештатных специалистов Минздрава Алтайского края, представителей образовательных и медицинских организаций. Очно в работе конференции приняли участие специалисты более 40 медицинских организаций края. В заочном формате к конференции присоединились специалисты первичного звена здравоохранения: участковые врачи-терапевты, фельдшеры ФАПов, врачи общей практики, заведующие терапевтическими отделениями.

В качестве докладчиков в мероприятии приняли участие **Анна Ефремушкина** – главный внештатный специалист кардиолог Минздрава, **Андрей Эйрих** – главный внештатный специалист по клинической лабораторной диагностике, **Игорь Вихлянов** – главный внештатный специалист онколог, специалисты Алтайского краевого онкологического диспансера, ФГБОУ ВО

АГМУ, Краевой клинической больницы, Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

С докладом «Основные результаты работы по профилактике ХНИЗ в Алтайском крае за 2023 год» выступила главный внештатный специалист по медицинской профилактике, главный врач КГБУЗ «Краевой Центр общественного здоровья и медицинской профилактики» **Татьяна Репкина**. Она подчеркнула, что профилактические осмотры и диспансеризация позволяют выявить на ранней стадии многие неинфекционные хронические заболевания, борьба с которыми предусмотрена в рамках национального проекта «Здравоохранение». По словам Татьяны Викторовны, в 2023 году в ходе проведения диспансеризационной кампании впервые выявлено 55 087 случаев заболеваний. Первое ранговое место в структуре выявленной заболеваемости заняли болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (49,6%); на втором месте по частоте выявляемости – болезни системы кровообращения (23,4%); на третьем – болезни органов пищеварения (5,4%). Удельный вес злокачественных новообразований в структуре впервые выявленных заболеваний составляет 1,4%.

Большое внимание было уделено вопросам профилактики и раннего выявления онкологических заболеваний, сахарного диабета, сердечно-сосудистых заболеваний и болезней органов дыхания.

Экспресс-тестирование на ВИЧ

Накануне Всесибирского дня борьбы со СПИДом (1 марта) возобновил свою работу кабинет экспресс-тестирования на ВИЧ в Центре профилактики и борьбы со СПИДом.

Тест можно сдать бесплатно, анонимно, за короткое время – результат

будет готов через 15 минут. Прием в этом кабинете ведется по понедельникам, средам и пятницам, с 8:30 до 16:00.

Адрес: г. Барнаул, ул. 5-я Западная, д. 62, кабинет 117.

Своевременно выявили и помогли

В Алтайском краевом клиническом перинатальном центре «ДАР» тщательно следят за здоровьем новорожденных детей. У двух маленьких пациентов была выявлена аномалия отхождения левой коронарной артерии (синдром ALCAPA) – именно так называется редкий врожденный порок сердца, который был выявлен у здоровых, на первый взгляд, новорожденных доношенных малышей. С таким диагнозом без хирургического вмешательства ребенок может не дожить и до года – слишком велики риски прогрессирования тяжелой сердечной недостаточности или развития инфаркта миокарда.

Удивительно то, что заболевание, с которым рождается в среднем 5 из 100 тысяч человек, встретилось в истории диагностики перинатального центра дважды практически в одно время. Первый случай был выявлен в ноябре 2023 года во время плановой эхокардиографии, которая проводилась малышу на третий день после рождения. Второй случай этой патологии обнаружили совсем недавно – у новорожденной девочки в январе текущего года.

«Так как аномалия была выявлена практически сразу после рождения, нами своевременно были приняты все необходимые меры. Единственный метод лечения этой патологии – хирургический: восстановление двух коронарных систем кровоснабжения сердечной мышцы путем радикальной коррекции порока. Малыши в срочном порядке были доставлены выездной бригадой перинатального центра «ДАР» в НИИЦ им. академика Е. Н. Мешалкина (г. Новосибирск) и прооперированы. Сейчас их жизни ничто не угрожает», – рассказала врач функциональной диагностики **Марина Свищева**.

Источник новостей: zdravalt.ru

На грани жизни

Инфекционная безопасность, ранняя активизация и вертикализация – базовые, но не единственные компоненты ухода за пациентами, которые находятся в критическом состоянии. Почему важен правильный уход за реанимационными больными и чем может обернуться нарушение элементарных правил – об этом расскажет врач анестезиолог-реаниматолог высшей квалификационной категории Краевой клинической больницы скорой медицинской помощи Наталья Шатохина.

Чем раньше, тем лучше

Под критическими состояниями медицина долгое время подразумевала такие состояния организма, при которых происходит нарушение его жизненно важных функций. Прежде всего, речь идет о дыхании и гемодинамике. По словам Натальи Шатохиной, в последние годы подход к этому определению изменился и стал более конкретным. «Сегодня выявление при любых заболеваниях хотя бы одной органной дисфункции позволяет относить пациента к категории критических состояний, – говорит врач анестезиолог-реаниматолог. – Наиболее четко это проявилось в отношении пациентов с сепсисом. Так, у больных с выявленным инфекционным процессом (или при подозрении на него) обнаружение недостаточности хотя бы одного органа позволяет поставить диагноз сепсис и продолжить более интенсивное лечение и обследование,



Н.В. Шатохина оценивает волеический статус пациента

включая нахождение пациента в отделении реанимации и интенсивной терапии. Не говоря уже о пациентах с полиорганной недостаточностью (церебральной, дыхательной, сердечно-сосудистой, почечной и т.д.)».

В таких состояниях пациенты нередко находятся без сознания и поэтому очень уязвимы. Позаботиться об их самых элементарных потребностях может только медицинский персонал. Уход за такими больными – особенный. «Первое и главное правило – соблюдение правил асептики и антисептики. Основным источником инфицирования пациента в отделении реанимации и интенсивной терапии – персонал, который переносит инфекции на руках – от пациента к пациенту. Это прописные истины. Поэтому одно из главных требований – обработка рук медицинского персонала при переходе от больного к больному, – поясняет Наталья Шатохина. – Важно не только обеспечить обработ-

ку рук медперсонала, но и соблюдать другие правила профилактики – использовать одноразовые перчатки, пользоваться специальными устройствами для обработки рук: средства ухода стоят у постели каждого пациента, над раковинами, над столиками, где готовят лекарственные растворы, разводят антибиотики. Все это позволяет повысить эффективность профилактики распространения и развития внутрибольничных инфекций».

Следование правилам гигиены строго соблюдается и по отношению к пациентам. Ежедневно их обрабатывают специальными средствами – пену наносят на всю поверхность кожи и затем удаляют салфетками. Ее ингредиенты обладают мощным антисептическим, заживляющим и защищающим свойствами. Дело в том, что достаточно 4–6 часов без движения, чтобы у человека возникло трофическое расстройство тканей. По словам эксперта, первое, что при этом по-

страдает, – поверхностные кожные покровы. «В критических ситуациях, будь то кровопотеря, сепсис или черепно-мозговая травма, организм все кровообращение сосредотачивает на жизненно важных органах. Лишаясь питания, кожа страдает в первую очередь. Следствием нарушения трофики становятся пролежни на самых выступающих частях тела – пятках, ягодицах, крестце, области лопаток, затылке, а также плечах и локтях», – отмечает врач.

Еще одно негативное последствие нарушения трофики – повышенный риск тромбообразования. «Как только перестает работать мышечная помпа, в венах быстро образуются тромбы. Впоследствии любое движение (в том числе малейший поворот) грозит отрывом тромба, у которого дальнейший путь – прямоком в сердце. Мы применяем антикоагулянты, но крайне важно использовать эластичный компрессионный трикотаж, надевая его на нижние конечности. Он предупредит развитие тромбозов поверхностных и глубоких вен и, как следствие, станет профилактикой тромбоэмболии легочной артерии», – поясняет Наталья Шатохина.

Чтобы мышечная помпа работала и не возникали трофические расстройства, сегодня большое внимание уделяют ранней активизации пациента. «По возможности ее нужно начинать с первых суток. Так, при поступлении больного в отделение интенсивной терапии и реанимации сразу его укладывать на противопролежневый матрас, – отмечает врач. – Кроме того, нужны физические упражнения. Их сейчас проводят даже у больных без сознания – уже со вторых суток критического состояния. Для профилактики контрактур пациенту делают разнообразные движения. Все мероприятия выполняет медицинская сестра отделения и врач – анестезиолог-реаниматолог. Если же человек в состоянии двигаться самостоятельно, то по возможности он под руководством врача-реаниматолога или реабилитолога выполняет несколько раз в день сеансы разнообразных активных и пассивных

физических упражнений. На кровать ему ставят специальные тренажеры, и лежащий больной «крутит педали велосипеда». Кроме того, максимально рано начинают включать упражнения на группы мышц верхнего плечевого пояса, в том числе с утяжелителями».

Не менее важный аспект ранней реабилитации пациентов в критическом состоянии – их вертикализация. Для этого используют специальные кровати и устройства. «Затем с помощью медицинского персонала пациент постепенно начинает присаживаться на кровати, вставать на ноги и ходить. При этом при необходимости продолжают искусственная вентиляция легких, инфузионная терапия, продолжительные методики заместительной почечной терапии и даже экстракорпоральная мембранная оксигенация», – подчеркивает Наталья Шатохина.

Полноценное восстановление

Все элементы ухода за пациентами в критических состояниях распланы словно по нотам. Любое нарушение может стоить здоровья, а иногда и жизни таких больных. Так, обработка полости рта реанимационных пациентов – не просто гигиеническая процедура, но и компонент профилактики развития внутрибольничной пневмонии. Для этого применяют специальные зубные щетки и пасты, ополаскиватели, антисептические растворы на водной основе. «Обработку проводят два-три раза в сутки по две-три минуты. Процедуру выполняют совместно врач и медицинская сестра – пациент находится без сознания и не может реагировать на их просьбы. Поэтому обработку полости рта и носовых ходов ему проводит врач с помощью ларингоскопа», – поясняет врач-реаниматолог.

На том этапе, который проходит больной от реанимации до перевода в обычную палату, он не застрахован от различного рода сложностей. Очень много факторов могут влиять на его состояние. «Мы можем наблюдать резкие изменения жизненно важных функций – скачки артериального дав-

ления, изменения параметров вентиляции при смене положения тела пациента. Показатели сатурации крови, давления и ритма сердца могут резко измениться даже из-за реабилитационных воздействий. Именно поэтому врач-реаниматолог участвует в этих процедурах, своевременно диагностирует все состояния и купирует их при необходимости, чтобы избежать осложнений, которые порой могут привести к летальному исходу», – продолжает Наталья Шатохина.

Каждый шаг ухода выполняется своевременно и последовательно. Цена отступления от правил в лучшем случае обернется длительным восстановлением со множеством негативных последствий. «Некачественный уход может привести к осложнениям, которые способны свести к нулю все усилия реаниматолога по спасению жизни. Это и развитие трофических пролежней, которые долго заживают и приводят к потерям и дефектам белка: у пациентов, перенесших критическое состояние, развивается склонность к ухудшению репарации – к плохому заживлению тканей. Кроме того, возникают контрактуры, которые в дальнейшем затрудняют активизацию пациента и способны привести к инвалидизации, – поясняет врач-реаниматолог. – Еще одним осложнением может стать длительный делирий (особенно у пожилых пациентов – они до недели могут пребывать в неадекватном состоянии: не способны узнавать родственников, обслуживать себя и даже могут противиться лечению и угрожать самим себе, удаляя зонды и катетеры). В таких случаях также возникает вероятность инвалидизации пациентов – следствием могут стать ограниченные способности и возможности, что, безусловно, негативно отражается на качестве жизни».

Для сохранения качества жизни пациентов медики соблюдают многоуровневый подход к уходу за тяжелыми пациентами. Он включает строгое соблюдение правил гигиены – как медперсонала, так и больных, раннюю активизацию и вертикализацию паци-

Продолжение на стр. 8 >>

«Продолжение. Начало на стр. 6-7»

ентов, применение активных и пассивных движений, использование тренажеров и противопролежневых матрасов, аппаратов пневмокомпрессии, а также специальных валиков и укладок.

Как правило, отделение реанимации всегда ярко освещено и ведется ежеминутный мониторинг жизненно важных функций пациентов. Поэтому важно в ночное время обеспечивать пациентам иной режим освещения – приглушенный, не раздражающий, чтобы они могли менять бодрствование на сон, отмечает специалист.

Не забывают врачи и о психоэмоциональном фоне. «Раннее посещение родственниками и общение с ними приводит к созданию положительного эмоционального состояния и профилактике делирия – неадекватности (особенно у возрастной группы пациентов). У нас допускается использование специальных очков, слуховых аппаратов, прослушивание речи родственников или же музыки и аудиокниг с учетом пожеланий больного. В таких случаях электронные гаджеты несут позитивный эффект – обеспечивают пациенту положительные эмоции и связь с окружающим миром. Все это помогает ускорить его восстановление, – говорит Наталья Шатохина. – Безусловно, есть случаи, когда контакты ограничены: например, при заместительной почечной терапии в палате создаются стерильные условия. В остальных случаях ранние встречи с родственниками только на пользу пациенту». Родственников сначала допускают на полчаса, далее время увеличивают. Пациенты, слыша родные голоса, быстрее восстанавливаются. Кроме того, родственники могут принимать участие в уходовых процедурах: руки медиков надежны, но теплота рук близких всегда приятнее.

Ирина Савина.

Фото предоставлено
пресс-центром ККБСМП

«Думала, в ссылке, оказалось – судьба»



У врача психиатра-нарколога Надежды Бастрон стаж работы – 47 лет. Она трудится в структурном подразделении Краевой клинической психиатрической больницы им. Ю. К. Эрдмана в Камне-на-Оби, а также преподает в Каменском медицинском колледже целых три предмета – психиатрию, наркологию, невропатологию. Надежда Бастрон – знаток истории Каменской психиатрической больницы (в 2023 году вошла в структуру АККПБ им. Ю. К. Эрдмана. – Прим. ред.) и специалист, который может вызвать доверие у пациента.

«За компанию»

Надежда Ивановна окончила Алтайский государственный медицинский институт в 1976 году. Сама из Барнаула, но после окончания вуза была направлена на работу в Каменскую психиатрическую больницу врачом-психиатром.

– Почему именно психиатром? Потому что мне очень нравилась психиатрия, и я во время учебы хотела быть психиатром, посещала студенческое научное общество. Я хорошо училась, и меня хотели оставить на кафедре. Но у меня была подруга, которую распределили в Камень-на-Оби, и я решила ехать с ней за компанию. Тогда

Блиц-вопросы

– Надежда Ивановна, что помогает чувствовать себя бодрой в Вашем возрасте?

– Это спорт: три раза в неделю по два часа занимаюсь в тренажерном зале, два раза в неделю хожу в бассейн. Каждые выходные прохожу по 10 километров на лыжах, а после этого обязательно посещаю парную. Летом спорт мне заменяет дача. Но перед поездкой на свои девять соток обязательно плаваю в открытом водоеме – в местном озере Рица. Главное – движение!

– Что самое важное в работе врача-психиатра?

– Уважительное отношение к пациентам и к коллегам. Важно всегда оставаться человеком! А еще психиатру необходимо следить за новыми исследованиями в медицине, изучать новые методики лечения и обязательно применять их в своей работе.

были вакансии психиатров в Камне и в Славгороде. Но она вышла замуж, и я поехала одна, и получилось, что переехала насовсем. Меня еще какое-то время звали вернуться на кафедру, заведующая мне звонила, передавала записки, я даже хотела уехать и подходила к главному врачу **Валерию Дмитриевичу Устюгову**, писала заявление об уходе, но он меня отговорил, сказав, что наукой заниматься не так интересно, как практикой. Я осталась одна, как в ссылке: ни родственников, ни знакомых, но сейчас ни о чем не жалею. В Каменской больнице я год проходила интернатуру, затем стала работать врачом-психиатром, некоторое время работала заведующей психиатрическим и наркологическим отделениями. В 1979 году была переведена на должность участкового врача психиатра-нарколога. Работала и в должности начмеда.

Взгляд в прошлое

Надежда Ивановна хорошо знает историю Каменской психиатрической

больницы, потому что раньше активно участвовала в общественной работе – сначала была секретарем комсомольской, а затем партийной организации, занималась организацией мероприятий и работой с ветеранами.

Вот что она рассказывает о том, каким было учреждение в годы своего становления:

– Наша больница была основана в декабре 1961 года – на базе тюрьмы было выделено в том числе небольшое двухэтажное здание. Некоторые здания того времени не сохранились. Там, где сейчас находится старый диспансер, размещалось руководство тюрьмы. Имелось два карцера для особо опасных уголовников, которые нарушали режим. Сейчас в этих помещениях находятся туалеты. Когда студенты медицинского колледжа приходят к нам на практику, я рассказываю им в том числе и об истории учреждения.

В 1961 году на работу в больницу пришли первые медицинские сестры, которые учились всего девять месяцев – прошли РОККовские курсы (курсы Российского общества Красного Креста. – *Прим. ред.*). И, конечно, они помогали обустроить больницу: мыли, белили, убирали мусор. В декабре того же года поступили первые 50 больных из Чарышского района. Это были тяжелые пациенты. Когда не было психотропных препаратов, больные получали только микстуру Павлова (препарат на основе бромиды натрия, назначается при фобиях, раздражительности, бессоннице и др., был разработан известным ученым-физиологом И. П. Павловым. – *Прим. ред.*) и какие-то успокаивающие препараты. Были пациенты с выраженным бредом, с галлюцинациями, возбужденные – об этом рассказывали те медсестры, которые работали в то время. Первым главным врачом был **Василий Захарович Шуклин**.

Условия работы медперсонала были тяжелыми: отопление печное, канализации не было, пищеблока тоже. Воду и продукты привозили на лошадях – для этого в больнице была заведена своя конюшня.

В больнице тогда было более 250 коек, два туберкулезных отделения, два наркологических, геронтологическое отделение. Сейчас в больнице 150 коек: два мужских отделения по 50 коек и женское отделение на 50 коек. Также имеется дневной стационар на 25 коек. Туберкулезные больные с психическими заболеваниями были переведены в Барнаул.

Проблема наших дней

– Я как врач психиатр-нарколог занимаюсь выявлением больных, их лечением при необходимости, наблюдением за больными и амбулаторной реабилитацией. Провожу медицинские осмотры – в основном на базе больницы, но иногда мы выезжаем с осмотрами в организации, – говорит Надежда Ивановна. – Когда я начала работать, больных наркоманией у нас не было. Первые пациенты с наркоманией появились у нас в начале 90-х годов. Количество их увеличилось настолько, что Камень-на-Оби даже как-то прозвучал в программе новостей по Первому каналу, что он занимает первое место по количеству наркозависимых.

Только у меня на учете состояло более 250 больных, это очень много, среди них подростков тоже было достаточно.

В настоящее время у меня всего 38 больных наркоманией. Наркозависимых подростков среди них нет – имеются только те, которые употребляют наркотические вещества, но у них зависимость еще не сформировалась. Они состоят у нас на учете, и с ними проводится определенная работа.

В связи с тем, что существенно изменилась медикаментозная терапия, тяжелых больных стало меньше, пациенты стали более спокойными. Если вы придете в наше отделение, то вы даже не сможете отличить его от соматического отделения. Больные в стационаре в настоящее время в большинстве случаев спокойны и опрятны, за исключением тех, кто только что поступил с психозом.

Елена Клишина.

Фото предоставлено пресс-службой АККПБ им. Ю. К. Эрдмана

АККЦОМД - 40 лет

В марте 2024 года исполнилось 40 лет Алтайскому краевому клиническому центру охраны материнства и детства (до 2019 года – Алтайская краевая клиническая детская больница). С открытием учреждения педиатрическая служба края сделала значительный шаг вперед.

Руководил строительством больницы главный врач **Ю. Д. Касьянов**. На путях становления коллектива главными врачами больницы были **В. В. Орлов**, **В. Т. Головин**, **В. И. Головкин**. Четверть века крупное лечебное учреждение Алтайского края возглавлял заслуженный врач РФ **Иван Зайцев**. Благодаря его мудрому руководству удалось сохранить коллектив в трудные годы социально-экономического кризиса. В январе 2013 года руководителем учреждения был назначен заслуженный работник здравоохранения РФ **Константин Смирнов**.

Стоявшие у истоков

Сегодня в центре охраны материнства и детства трудятся 1175 человек, из них медицинского персонала – 674, врачей – 238 человек. В списке медиков со стажем работы в учреждении 30 и более лет – 73 специалиста. Многие из них работают здесь с момента его основания.

Первого пациента 40 лет назад в отделение неврологии новорожденных приняла заслуженный врач РФ, лучший невролог Алтайского края – 2014, к. м. н. **Зинаида Акинина** – уникальный человек, посвятивший этой профессии всю свою жизнь. Все эти годы вместе с ней работала врач-невролог высшей категории **Евгения Чудосай**.

Таисия Жилина – первый заместитель по лечебной работе, в последующем заведующая отделением пуль-



монологии. Как представитель лучших старейших традиций отечественной педиатрии Таисия Борисовна и ее коллега **В. К. Киринос** были у истоков детской пульмонологии края.

30 лет жизни посвятила больнице отличник здравоохранения РФ **Людмила Туманова**. На должности начмеда она осуществляла сложный лечебно-диагностический процесс многопрофильного учреждения. Людмила Яковлевна подготовила себе достойную смену: 25 лет ответственную и сложную должность заместителя главного врача по лечебной работе занимает отличник здравоохранения РФ **Ольга Луконкина**.

Отделение патологии новорожденных и недоношенных детей функционирует с 1995 года (первая заведующая – отличник здравоохранения РФ **Л. Н. Щербинина**). Достигнуты значительные успехи в профилактике и терапии ретинопатии недоношенных, язвенно-некротического энтероколита, бронхолегочной дисплазии. Итогом совместной деятельности заместителя главного врача по педиатрии, отличника здравоохранения РФ **Юлии Миллер** и лучшего офтальмолога Алтайского края – 2015 **Надежды Шаманской** стало снижение

количества детей с ретинопатией в 1,5 раза, не было отмечено случаев слепоты. В 2013 году в нашей клинике впервые в крае были проведены высокотехнологичные операции по лазерной коагуляции сетчатки при этом заболевании ребенку с весом 1800 г. Продолжают славные традиции неонатологов отличник здравоохранения РФ, к. м. н. **Татьяна Чугунова** и заведующие отделениями – отличник здравоохранения РФ **Светлана Дуплик** и к. м. н. **Ирина Курдеко**.

Центр является «кузницей» хирургов Алтайского края. Первый заведующий отделением – отличник здравоохранения РФ **Г. П. Осецкий**. С 1988 года хирургическую службу центра возглавляет заместитель главного врача, д. м. н., профессор, заслуженный врач РФ, главный детский хирург края **Юрий Тен**. Юрий Васильевич – золотые руки Алтайского края, спасший огромное количество маленьких жизней. Он разработал и внедрил авторские методики при заболеваниях желудочно-кишечного тракта и мочеполовой системы. Результативной работе отделения во многом способствует многолетнее сотрудничество с кафедрой детской хирургии, клинической базой которой всегда была кра-

евая детская больница. Все эти годы в отделении трудится д. м. н., профессор, заслуженный врач РФ, основоположник криохирургии на Алтае **Владимир Кожевников**. В 2013 году он и Юрий Тен провели уникальную операцию по разделению сиамских близнецов. Долгие годы остается верным хирургии старший ординатор, хирург **Александр Юров**, здесь работает **Сергей Каширин**, главный внештатный детский хирург края. У нас сформирована хорошая команда опытных и молодых хирургов. За последние два года наши хирурги получили два патента на способы оперативного лечения нефроптоза и паховых грыж у детей.

Единственное в крае уролого-андрологическое отделение для детей вышло из стен детской хирургии, и возглавляет его ученик Юрия Васильевича Тена, главный детский уролог, к. м. н. **Александр Киптилов**.

Основателем детской ортопедо-травматологической службы края был первый заведующий профильным отделением В. Т. Головин. Долгое время отделением руководил д. м. н. **А. А. Осипов**. В 2020 году произошло объединение детской травматолого-ортопедической службы края на базе центра, с расширением коечного фонда и организацией круглосуточной экстренной службы в центре. Отделение возглавил главный детский травматолог края **Сергей Филиппов**.

Особое место занимает реанимационно-анестезиологическая служба (первый заведующий – **А. П. Торков**). Ежегодно неотложная помощь и интенсивная терапия оказываются 300–350 новорожденным весом от 550 граммов. В реанимации самый крепкий, устоявшийся коллектив опытных, грамотных, неравнодушных людей: отличник здравоохранения РФ **Ю. Ф. Князев**, врач высшей категории, лучший врач-анестезиолог РФ 2015 года **С. Н. Чуйков**, заведующий реанимацией беременных **М. Ю. Дорофеев**. С 1995 года отделение возглавлял к. м. н., заслуженный врач РФ **М. В. Мешков**. Организованы краевые центры – реанимационно-консультативный и гемодиализный (в 2011 году признан одним из лучших в России).

Сотрудники отделения изобрели уникальный способ объемной высокочастотной вентиляции легких при атрезии пищевода, позволивший улучшить протекание послеоперационного периода. Сейчас центром анестезиологии руководит главный детский реаниматолог края, д. м. н. **Алексей Завьялов**.

С момента основания стационара в отделении неврологии работает заслуженный врач РФ **Галина Голованова**. Она была у истоков детской неврологической службы края, без малого 35 лет возглавляла это важнейшее структурное подразделение и являлась главным внештатным специалистом. Галина Васильевна подготовила и передала свой опыт ряду ведущих неврологов края, в том числе заведующей отделением неврологии АККЦОМД, главному детскому неврологу края **Анне Голенко**.

В нефрологическом отделении центра, которым руководит отличник здравоохранения РФ **Л. М. Новикова**, ежегодно получают помощь более 900 детей.

Одним из основоположников детской онкологии и гематологии на Алтае являлась **Г. А. Анисимова**, открывшая отделение и продолжавшая работать после выхода на пенсию еще в течение 10 лет. Вместе с ней в онкогематологию пришла **Н. И. Волоскова**, возглавлявшая службу 25 лет. Много делает для развития отделения заведующий, главный детский онколог края, отличник здравоохранения РФ, к. м. н. **Александр Румянцев**.

Отделением ревматологии с момента открытия больницы по 2009 год руководил главный детский кардиолог края, врач высшей категории **В. В. Ковалев**. Любовь к детской кардиологии он привил своей ученице, заведующей отделением ревматологии, главному детскому кардиологу и ревматологу края, отличнику здравоохранения РФ **О. А. Григоревской**.

С 2007 года функционирует отделение эндокринологии, его открывал главный детский эндокринолог **А. А. Баканов**. Сегодня в отделении действует «Школа диабета», проводится неонатальный скрининг, внедрены специализированные методики гормональной и визуальной диагностики.

С момента основания больницы работала врачом функциональной и ультразвуковой диагностики **Н. С. Игнатьева**, более 20 лет возглавлявшая отделение. Наталья Сергеевна – родоначальник детской функциональной, а затем и ультразвуковой диагностики на Алтае. Ее достойной преемницей стала отличник здравоохранения РФ **Н. В. Тимошенская**. Организатором клиничко-диагностической лаборатории являлась **И. Н. Верховланцева**. На современном этапе это крупное подразделение, где проводится весь необходимый спектр исследований. Современную лабораторную службу возглавляет всесторонне развитый специалист с энциклопедическими знаниями, отличник здравоохранения РФ **М. Р. Сапкина**.

В 2004 году в состав больницы вошла краевая детская поликлиника. Организация этой службы легла на плечи отличника здравоохранения РФ, к. м. н. **Виталия Миллера**. С ее открытием улучшилась доступность для детского населения высококвалифицированной, специализированной медицинской помощи. Сейчас это консультативно-диагностический центр АККЦОМД. Буквально с момента его открытия был создан кабинет катamnестического наблюдения за недоношенными детьми. Его руководитель **Мария Шкурат** – пионер в этой сфере, обладает уникальными знаниями. Сурдологическая служба была создана и оснащена благодаря стараниям врача-сурдолога **Юлии Дранкович**. Уникальный специалист – **Алла Маштакова**, главный детский пульмонолог края, она наблюдает пациентов с таким тяжелым заболеванием, как муковисцидоз.

В составе АККЦОМД с 2019 года развернут перинатальный центр, среди задач которого – родоразрешение беременных высокого риска, лечение и выхаживание новорожденных детей с различной патологией, в том числе и оперативное лечение. В центре работают высококвалифицированные специалисты акушерского и неонатологического профиля.

Продолжение на стр. 12-13 ➤

«Продолжение. Начало на стр. 10-11»

Эффективное функционирование клиники невозможно представить без центра реабилитации (заведующая – **Н. А. Севагина**), который «ставит на ноги» и улучшает качество жизни огромного количества детей, страдающих врожденными и приобретенными недугами. Более 30 лет в подразделении работает врач **О. П. Скобин**.

В 2019 году открыто новое отделение реабилитации детей с поражением центральной нервной системы (заведующая – **Т. А. Певзнер**).

Много сделала для открытия стационара первая главная медсестра **Л. А. Гинц**. Более 35 лет каждодневная кропотливая работа главной медсестры, отличника здравоохранения РФ **Н. И. Воротниковой** обеспечивала успешное функционирование сестринского процесса больницы. Эстафету от Нины Ивановны приняла отличник здравоохранения РФ **Тамара Саблина**, проработавшая в учреждении 39 лет. Четыре десятка лет трудятся сестры милосердия – отличник здравоохранения РФ **В. Л. Агафонова**, **Г. А. Балахнина**, **Т. Н. Круглова**, **А. А. Сокол**, **Е. И. Конарева**, **Н. Ф. Кузнецова**, **Г. А. Петраченко**, **М. В. Кумешова**, **Е. В. Котельникова**, **И. П. Лукьяненко**, **И. А. Миронова**, **Г. В. Колесникова**, **Н. П. Красникова**, **А. Н. Безрукова**, **К. И. Рогова**, **Л. Г. Тутченко**, **Л. П. Шмидт**, **Г. Ф. Кривоносова**, **О. М. Найдена**, **Л. В. Зеленина**, **Н. В. Веселка**, **Е. Д. Горн**, **О. С. Калетина**, **Е. П. Маслова**.

В последние годы благодаря программе модернизации здравоохранения были приобретены ультразвуковые сканеры, магнитно-резонансный томограф, рентгеновские аппараты, компьютерный томограф, оборудование для функциональной диагностики, куветы и инкубаторы для выхаживания детей с экстремально низкой массой тела. В 2019 году мы получили по нацпроекту «Здравоохранение» ЛОР-оборудование, видеоколоноскоп, в 2021 году – два аппарата искусственной почки, в 2022 году укомплектовали высокотехнологичным оборудованием новую операционную, получили большую партию реабилитационного оборудования и многое другое.

В составе АККЦОМД с 2019 года развернут инфекционный стационар для лечения детей с респираторной вирусной инфекцией. Во время эпидемии COVID-19 на базе стационара был развернут госпиталь для лечения больных с данной инфекцией.

Настоящее и будущее

– Наши основные планы сегодня связаны со строительством нового хирургического корпуса, – рассказывает главный врач АККЦОМД Константин Смирнов. – Уже построено здание основного блока, там установлены окна, проложены некоторые коммуникации, вентиляционное оборудование и воздуховоды, ведется планирование внутренних помещений – операционных, процедурных, палат, технологических помещений, кабинетов и т. д. Строители возводят каркас второго блока. Корпус будет рассчитан на 165 коек, в нем будут располагаться ряд отделений, в том числе будет открыто новое – нейрохирургическое. Этот корпус будет насыщаться новым высокотехнологичным оборудованием, которое предполагает овладение новыми навыками и методиками. Наши специалисты активно их осваивают; например, врачи-урологи уже в этом году посетили ряд мероприятий по повышению квалификации на базе федеральных клиник. В частности, они освоили еще один метод контактной лазерной литотрипсии с помощью аппарата, полученного в прошлом году. Это единственный аппарат в краевой сети детского государственного здравоохранения. До его появления приходилось направлять детей в федеральные центры или проводить операции более травматичным открытым способом.

Особенность нашего центра в целом – мультидисциплинарный подход. Наш принцип помощи больному ребенку таков: при необходимости любой специалист всегда доступен в круглосуточном режиме. Так происходит при рождении детей с различными патологиями – например, с атрезией пищевода, злокачественными образованиями.

Мы активно сотрудничаем с ведущими медицинскими федеральными центрами и институтами. Детей, нахо-

Цифры и факты

Стационар на **643** койки, дневной стационар на **46** коек.

Консультативно-диагностический центр – прием ведут **16** профильных специалистов, открыт Центр охраны репродуктивного здоровья подростков. В 2023 году – **83 992** посещения.

В перинатальном центре АККЦОМД в 2023 году родились **2294** малыша.

В структуре центра **23** клинических и **15** лечебно-диагностических отделений, инфекционная больница.

В 2023 году в АККЦОМД получили лечение **17 974** пациента (включая рожениц), в том числе **14 290** детей.

За год проведено **5435** операций, в том числе **3030** – детям.

дющихся на лечении в нашем учреждении, мы активно консультируем при помощи телемедицинских технологий в Институте педиатрии и Центре им. Алмазова в Санкт-Петербурге, в Республиканской детской клинической больнице в Москве.

В структуре нашего центра работает единственное в крае отделение детской онкогематологии. Количество детей с онкологическими диагнозами, поступающих в отделение, растет. Если сравнивать с 2019 годом, то количество пациентов в 2023 году увеличилось на 100 человек. В отделении лечат детей по современному международному протоколу, тесно сотрудничают с федеральными центрами – с Центром детской гематологии, онкологии, иммунологии им. Д. Рогачева в Москве, с РОНЦ им. Блохина, с центрами Санкт-Петербурга. В 2023 году на лечение в федеральные

центры было отправлено 34 онкобольных ребенка. Онкологическое отделение также сотрудничает с краевым онкодиспансером.

Отделение ревматологии сотрудничает с федеральными кардиологическими центрами Томска, Новосибирска, Кемерово, направляя к ним детей с врожденными пороками сердца на оперативное лечение. Ежегодно в нашем перинатальном центре рождается несколько сотен детей с различными видами и степенью тяжести порока сердца. В 2022 году их было 350, в прошлом – 276. В 2023 году врачи отделения подготовили 168 выписок в федеральные медицинские центры.

Кроме того, часть наших планов связана с проведением капитального ремонта здания инфекционной больницы. Необходимые экспертизы пройдены, документы подготовлены, надеемся получить финансирование, которое позволит нам повысить качество оказания медицинских услуг в этом структурном подразделении нашего центра.

Приятно отметить, что за 40 лет в нашем учреждении сложился крепкий коллектив соратников, работает много врачебных династий. Краевая детская всегда была поставщиком высококвалифицированных кадров для всех ведущих лечебных учреждений края и России. Умудренный опытом грамотные врачи и медицинские сестры являются терпеливыми наставниками для молодых сотрудников, каждодневно прививая им любовь к профессии, к больнице и устоявшимся традициям. Качественная работа детских врачей разных специальностей позволяет сберечь здоровье ребенка – в будущем достойного гражданина нашего общества, способного полноценно жить и работать на благо нашей страны. Пусть каждый родитель знает, что в краевой детской больнице ребенку помогут, окружат его заботой, вниманием, проникнутся его проблемами и сделают все возможное, чтобы победить недуг.

Информация и фото предоставлены пресс-службой АККЦОМД

Фоторепортаж на стр. 32 >>

Улыбка во все 32



Портит ли сладкая пища зубы? Вреден или полезен фтор в зубной пасте? Какая жесткость должна быть у щетки? Вопросов о ежедневном уходе за ротовой полостью – масса, а реклама порой так противоречива, что обывателю сложно разобраться в простых моментах. К чему может привести неправильный уход и как уберечь свои зубы от разрушения и потери, расскажет гигиенист стоматологический Краевого центра общественного здоровья и медицинской профилактики Светлана Григорьева.

Не упустить время

Как правило, пациенты обращаются к стоматологу, когда появляются дискомфорт и боль. «Жалобы уже говорят о том, что время упущено. Их легко предотвратить, если проходить регулярные профилактические осмотры у врача-стоматолога, гигиениста стоматологического. Проблема еще никак не проявила себя, а специалист уже видит, что требуется помощь, и может сориентировать, где

и у кого ее получить», – говорит Светлана Григорьева.

За шесть лет работы гигиенистом стоматологическим в Краевом центре общественного здоровья и медицинской профилактики врач дважды выявляла у пациентов признаки новообразования на губах. Этим пациентам было рекомендовано пройти более углубленное обследование у

Продолжение на стр. 14-15 >>

«Продолжение. Начало на стр. 13»

врача-онколога для уточнения диагноза. Обзорного осмотра зачастую достаточно, чтобы вовремя обнаружить патологию, направить пациента за необходимой помощью и уменьшить показатели осложнений в разы, отмечает специалист. В ходе обзорного осмотра оценивают наличие и количество налета, изменение цвета зубов, кариозные поражения, рецидивирующий вторичный кариес, возникший на месте пломбы, и многие другие моменты, которые пациент может не увидеть самостоятельно и проигнорировать.

«В силу загруженности работой и бытом или же легкомыслия многие люди по несколько лет не бывают у стоматолога, если их ничего не беспокоит. Повторюсь, наличие жалоб уже говорит об осложнениях – с зубами или деснами. Даже после полной санации ротовой полости есть много предрасполагающих факторов для образования новых кариозных полостей. Например, каждая пломба (как и любая конструкция в ротовой полости) требует периодической коррекции через 5-6 лет, поскольку вследствие жевательной нагрузки происходит ее износ», – продолжает Светлана Григорьева.

Чаще всего на профилактических осмотрах стоматологи выявляют кариес – как осложненный (глубокое поражение тканей зуба), так и неосложненный (поверхностные изменения в эмали и дентине). Во втором случае меньше проблем при лечении и больше шансов сохранить зуб на долгие годы. «Поражения зубов – обширная группа болезней, которые можно условно разделить на некариозные поражения, кариес и его осложнения. Главное отличие между ними – не только в механизме поражения и причинах, но и во времени формирования. Так, некариозные поражения (гипоплазия и аплазия эмали, флюороз) формируются еще до прорезывания зубов – чаще еще во время внутриутробного развития. А вот кариес и его осложнения (пульпит, периодонтит, периостит, киста зуба) – только после прорезывания зубов», – подчеркивает

врач. И отмечает, что сегодня намечается хорошая тенденция: молодые люди, в том числе подростки, позитивно относятся к профилактике, хорошо идут на контакт со стоматологами и нередко обращаются за профессиональной гигиеной полости рта – так называемой «чисткой зубов».

Нынешняя молодежь не может похвастаться состоянием зубов «как у бабушек», которым удавалось сохранить практически весь зубной ряд до глубокой старости в целости и сохранности. Эксперт объясняет это целым комплексом факторов – от наследственного до пищевого: в современном мире стало больше синтетических продуктов, консервантов и употребляется меньше натуральной пищи. В связи с этим усвоение микроэлементов ухудшается, и возникает их дефицит, который негативно отражается на состоянии зубов.

Чистота – залог здоровья

Из-за недостаточной гигиены страдают и десны. «В подростковом возрасте мы очень часто имеем дело с гингивитами – воспалениями десен. В этом случае процесс не влияет на зубодесневую связку, а значит, не возникает подвижности зубов. При своевременном лечении и устранении причины происходит полное восстановление ткани. Во взрослом возрасте, при отсутствии профилактики заболеваний полости рта, картина уже будет принципиально иная. В ходе воспалительного процесса на десне происходит разрушение зубодесневой связки, десна со временем атрофируется, снижается ее уровень, оголяя корень зуба, и исходный уровень десны восстановить уже нельзя. Такое состояние называется пародонитом. Он грозит подвижностью и последующей потерей зуба, поскольку наступает разрушение костной ткани (челюсти) от воспалительного процесса», – рассказывает Светлана Григорьева. – Это процесс долгий, незаметно, без жалоб, протекающий годами, и поэтому мы призываем пациентов своевременно проводить осмотры и профессиональную гигиену полости рта.

Это дает возможность снять воспаление и зафиксировать текущую ситуацию, не допуская ее усугубления».

Врач отмечает, что на начальных стадиях воспаление десен снимается легко при удалении его причины – налета и камня. Оголение шейки зуба остается на всю жизнь, поэтому пациенту необходимо регулярно проходить осмотр каждые 4–6 месяцев и раз в полгода проводить профессиональную чистку зубов. Безусловно, большое значение будут иметь индивидуальные особенности. Именно поэтому важно консультироваться со специалистом, чтобы определить индивидуальный график профилактического посещения, исходя из личных особенностей образования налета, камня, строения зубов. «Немалую роль играет и состав слюны, в которой содержится определенное количество микроэлементов и минералов. Они способны уплотнять налет, если их много. Если мало налета, то происходит большее разрушение зубов, поскольку эмали не хватает минеральных веществ, которыми происходит ее естественное напитывание. А может быть и такое, что эмаль сохраняется в порядке, но десна воспалена вследствие большого отложения камней», – делится профессиональными наблюдениями стоматолог.

Еще одна группа – заболевания слизистой оболочки полости рта. Они могут быть самостоятельными (первичными), а также вторичными – симптомами других патологий. К ним относятся глосситы, хейлиты, лейкоплакию и даже рак. Все эти патологии требуют своевременной медицинской помощи.

Лечение болезней пародонта и слизистой оболочки полости рта – длительный и сложный процесс. Он подразумевает сочетание консервативных и хирургических методов лечения – иссечение пораженных тканей, восстановительные операции на деснах, пересадку костной ткани, прием лекарств, полоскания рта и многие другие. Комплекс лечения будет зависеть от поставленного диагноза и степени тяжести. Эксперт рекомендует соблюдать очень простые правила. Помните: полноценная гигиена полости рта в домашних условиях – основа

Рекомендации эксперта

Для здоровья полости рта

- Осмотр врача-стоматолога (гигиениста стоматологического) 1 раз в 6 месяцев.
- Зубы необходимо чистить 2 раза в день.
- Зубные щетки нужно менять каждые 2-3 месяца – как только щетинки начали менять свое положение и больше не могут полноценно выполнять свою функцию.
- Не нужно чистить зубы с усердием. Излишнее надавливание способствует механическим травмам десны и повреждению эмали. Золотая середина – умеренное надавливание с выметающими движениями.
- Для здоровой эмали и десен необходима щетка средней жесткости. Мягкие щетки могут использовать дети до смены прикуса, а также люди с тяжелыми заболеваниями десен или же при повышенной чувствительности эмали после процедур профессиональной гигиены полости рта – не более 2-х недель, иначе очищение станет недостаточным. Жесткие щетки применяют исключительно для съемных протезов.
- Не стоит забывать о дополнительных средствах гигиены – зубных нитях, ершиках, скребках для языка, ополаскивателях (предпочтение необходимо отдавать тем, где меньше консервантов, или же настоям трав) и ирригаторах.
- Чистку рекомендуется проводить после еды – перед сном. Утром – спустя 30 минут после завтрака (ранее эмаль ослаблена после взаимодействия с пищей, и ей нужно получить от слюны восстановление).
- При выборе зубной пасты необходимо соблюдать некоторые условия. Жителям Алтайского края

рекомендовано использовать пасты с кальцием и фтором – они будут благоприятно влиять на эмаль зубов. Использовать их лучше утром, чтобы напитать эмаль микроэлементами и полезными веществами. Вечером применять пасту с травами (если есть заболевания десен и для их профилактики). Один раз в неделю можно использовать отбеливающую пасту, чтобы абразивные вещества менее травмировали механически эмаль. При необходимости можно применять пасты для снятия чувствительности.

- Независимо от вида зубной щетки и пасты обеспечить стопроцентное удаление налета невозможно. И со временем мягкий зубной налет превращается в камень – одну из причин кариеса, а также воспаления десен. Справиться с этим может только профессиональная гигиена полости рта.

- Обязательные условия профилактики болезней полости рта – отказ от вредных привычек. Никотин неблагоприятно влияет на эмаль зубов, а также слизистую оболочку – вплоть до возникновения предраковых состояний.

- Необходима коррекция питания – нужно сократить количество сладостей и пищи, которая требует длительного и тщательного пережевывания. К слову, сахар как таковой не играет столь злой роли в разрушении эмали, которую иногда ему приписывают. Но комбинация бактериального налета, который имеется в полости рта при недостаточной гигиене, и поступивших углеводов (остатков пищи) образует кислоту, которая разъедает эмаль и способствует развитию кариозного процесса.

профилактики всех болезней полости рта – от кариеса до воспалительных заболеваний.

Ирина Савина.

Фото предоставлено КЦОЗиМП

600 помощников врачей СМП

В Алтайском государственном медицинском университете для студентов 5-го курса Института клинической медицины была введена практика «Помощник врача скорой медицинской помощи».

«Данная практика поможет студентам-медикам не только улучшить знание клинических рекомендаций по неотложной и экстренной помощи, узнать, как работает служба скорой медицинской помощи, поработать совместно с врачами подстанций, под их контролем проверить свои умения в оказании экстренной и неотложной помощи, получить представление о маршрутизации больных, но и выполнить очень важную миссию – оказать поддержку и помощь здравоохранению Алтайского края и города Барнаула в части оказания неотложной помощи. Именно поэтому в самый пиковый зимне-весенний эпидемический период около 600 обучающихся 5-го курса плечом к плечу со своими старшими коллегами будут спасать жизни и здоровье наших земляков», – комментирует ректор АГМУ Ирина Шереметьева.

Такая уникальная практика позволит старшекурсникам медицинского университета применять все полученные обширные теоретические знания, отрабатывать навыки взаимодействия в команде и молниеносно принимать решения, считает руководитель практики, заведующая кафедрой госпитальной терапии и эндокринологии с курсом ДПО профессор Елена Клестер.

По мнению заведующего подстанцией Новоалтайской СМП Евгения Казанцева, скорая помощь испытывает кадровый голод, и приход старшекурсников – это настоящий глоток свежего воздуха: «Такая практика позволит ребятам присмотреться к работе врача скорой медицинской помощи и, возможно, выбрать ее как свою специализацию, а нам – приобрести квалифицированные кадры. Тем более эти студенты уже погружены в профессию, и наша задача – направить их в нужное русло оказания неотложной и экстренной помощи».

Профилактика воспалений органов малого таза

К воспалительным заболеваниям женских половых органов малого таза относят эндометрит (воспаление внутренней оболочки матки), сальпингит (воспаление маточных труб), оофорит (воспаление яичников), а также осложнения, которые обусловлены нагноением (трубно-яичниковый абсцесс, воспаление брюшины малого таза и их сочетания). Пик заболеваемости приходится на возраст 17–28 лет, когда женщина наиболее сексуально активна и пренебрегает барьерными методами контрацепции; но это совсем не означает, что и в старшем возрасте нельзя ими заболеть.

Нередко женщин госпитализируют в гинекологическое отделение с воспалением «по-женски» и сопутствующими осложнениями, которые требуют экстренного хирургического вмешательства: в большинстве случаев – удаления воспаленных маточных труб и яичников, а нередко и матки. Пациентки жалуются на ноющие боли внизу живота, иногда в сочетании с болезненным мочеиспусканием, на острую боль в животе, высокую температуру, гнойные выделения из половых путей, которые могут сопровождаться неприятным запахом. Перечисленные симптомы требуют незамедлительного обращения к



специалисту. Раннее обращение при уже имеющихся симптомах воспаления помогает своевременно начать лечение и снизить риск бесплодия, которое может быть как следствием самого воспаления в маточных трубах и матке, так и результатом удаления маточных труб из-за их нагноения.

Главным фактором риска развития воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ) являются инфекции, передаваемые половым путем (ИППП). Само название говорит за себя. Половыми инфекциями люди могут заразиться преимущественно через сексуальные контакты, но также они могут передаваться от больной матери ребенку во время беременности, родов и кормления грудью. Источником половых инфекций являются бактерии и вирусы. Наиболее часто встречающиеся ИППП – трихомониаз, хламидиоз, гонорея, сифилис, гепатиты В и С, вирус иммунодефицита человека (ВИЧ), генитальный герпес, папилломавирус человека (ВПЧ). Против первых четырех из них существует эффективное лечение, которое помогает избавиться от возбудителя. Такое ле-

чение врачи называют радикальным. Вирусные инфекции, такие как ВПЧ, ВИЧ, вирус простого герпеса (1-го и/или 2-го типа), как правило, не поддаются радикальному лечению. Против них используется симптоматическое лечение или лечение, направленное на подавление размножения вируса. Для ВИЧ, гепатитов В и С поражение гениталий не является первой мишенью, в отличие от всех остальных возбудителей; они лишь проникают в организм половым путем. Согласно официальным данным ВОЗ, каждый день миллион людей становятся потенциальным источником заражения половыми инфекциями. Часто никак себя не проявляя, вирус или бактерия начинают размножаться в организме человека.

Необходимо знать, как обезопасить себя от заражения половыми инфекциями. Для этого рассмотрим группы наибольшего риска заражения ИППП. Первая группа – люди, пренебрегающие барьерными методами контрацепции (презервативами). Вторая группа – лица, практикующие случайные половые связи

и частую смену половых партнеров. Третья группа – женщины, в анамнезе которых есть аборт и внутриматочные вмешательства. Любая внутриматочная операция может открывать входные ворота для инфекции и способствовать обострению хронических воспалительных заболеваний.

Отдельно стоит сказать об использовании женщинами внутриматочных спиралей в целях профилактики нежелательной беременности. Максимальный срок их использования составляет 5 лет. Но женщины, к сожалению, часто пренебрегают этой цифрой и используют их десятилетиями, создавая в полости матки очаг воспаления.

Все вышеперечисленное относится к факторам риска развития ВЗОМТ. Было доказано, что возбудители хламидиоза, трихомониаза, гонореи являются основной причиной развития ВЗОМТ. В женской половой системе цервикальный канал (находится внутри шейки матки) является неким барьером, разграничивающим верхние «стерильные» этажи женской половой системы, то есть матку, маточные трубы и яичники, от «нестерильной» экосистемы влагалища. Половые инфекции способны разрушить защитный барьер, проникнуть на верхние этажи генитального тракта и вызвать воспаление.

ИППП являются социально значимой проблемой. Эти заболевания приводят к развитию хронического воспаления в органах половой системы, которое серьезно влияет на репродуктивное здоровье как женщин, так и мужчин; также повышают риски внематочной беременности, невынашивания, мертворождения. Известно, что одной из главных причин бесплодия у женщин является трубно-перитониальный фактор, главными виновниками которого являются половые инфекции. За счет развития воспалительного процесса в маточных трубах происходит нарушение их проходимости, что препятствует продвижению оплодотворенной яйцеклетки в полость матки. В свою очередь, у мужчин наличие ИППП влияет на качество и количество спермы. Некоторые ми-

кроорганизмы способны «блокировать» сперматозоиды и нарушать их передвижение, что тоже приводит к нарушению репродуктивной функции.

Что касается ВПЧ-инфекции, доказано, что носительство онкогенных типов ВПЧ у женщин повышает риск развития рака шейки матки.

Для того чтобы предупредить развитие воспалительных заболеваний женских половых органов, существуют эффективные методы диагностики и профилактики ИППП.

Основные методы диагностики инфекций, передающихся половым путем: в современных условиях это ПЦР-диагностика, также используется бактериоскопический метод. Суть этого метода заключается в изучении под микроскопом мазка и обнаружении возбудителя. У женщин проводят забор материала из уретры, влагалища и шейки матки. Обычно данный метод используется на приеме у гинеколога в женской консультации. Но не все половые инфекции можно обнаружить с помощью данного мазка, а лишь гонококки и трихомонады. Метод ПЦР предназначен для более точного определения инфекционного агента.

Существует несколько способов лечения инфекций, передающихся половым путем. Такие инфекции, как хламидиоз, гонорея, сифилис и трихомониаз, лечатся приемом антибиотиков. Лечение герпеса, ВИЧ, гепатитов В и С проводится специальными препаратами, которые способны контролировать течение болезни, но не обеспечивают при этом полного излечения.

ИППП протекают сначала бессимптомно и нередко обнаруживаются уже на этапе развития осложнений. В связи с этим крайне важно уделять должное внимание их профилактике. Существует несколько методов защиты от половых инфекций. Одним из самых важных методов защиты является воздержание от случайных половых контактов. Эффективным средством защиты является презерватив при условии его правильного и систематического применения. Презервативы, несмотря на высокую эффек-

тивность, не защищают от половых инфекций, вызывающих язвенные поражения вне гениталий (то есть от сифилиса или генитального герпеса). Презервативы следует использовать при каждом половом контакте. Посещение гинеколога каждый год и сдача мазков также являются неотъемлемой частью профилактики осложнений половых инфекций. Важно обследовать не только себя, но также сексуального партнера.

В настоящее время существуют вакцины, которые показали свою высокую эффективность против двух вирусных половых инфекций – гепатита В и ВПЧ. В России зарегистрированы две вакцины против ВПЧ: четырехвалентный «Гардасил» (против типов 6, 11, 16, 18) и двухвалентный «Церварикс» (против типов 16 и 18). Наиболее подходящее время для прививки – до начала половой жизни. Если иммунитет приобретается заранее, то на момент столкновения с инфекцией организм уже может дать отпор. ВОЗ рекомендует вакцинировать подростков в возрасте 11–13 лет.

Важную роль в предотвращении заражения ИППП и развития воспалительных заболеваний играют половое воспитание детей и подростков, использование барьерных методов контрацепции, вакцинация от ВПЧ, регулярное посещение врача-гинеколога с целью проверки своего женского здоровья.

Зная группы риска и вероятные последствия половых инфекций, необходимо помнить, какой дорогой ценой может обойтись пренебрежение методами профилактики и защиты от ИППП. Речь идет о самом дорогом – своем здоровье.

Горбачева Татьяна Ивановна,
к. м. н., доцент кафедры акушерства
и гинекологии с курсом ДПО ФГБОУ
ВО АГМУ МЗ России;
Диянова Дарья Дмитриевна,
ординатор кафедры акушерства
и гинекологии с курсом ДПО ФГБОУ
ВО АГМУ МЗ России;
Гаджиева Айсель Риясетовна,
ординатор кафедры акушерства
и гинекологии с курсом ДПО ФГБОУ
ВО АГМУ МЗ России

Если мама сама еще ребенок

Краевой кризисный центр для женщин с июля прошлого года реализует проект «Два сердца вместе». Он основан на межведомственном взаимодействии и направлен на поддержку несовершеннолетних беременных и матерей. О проекте рассказали директор Краевого кризисного центра для женщин Юлия Кузнецова и заместитель директора Ирина Малашкина.

Суть проекта

Проект «Два сердца вместе» реализуется при содействии Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. Цели проекта – повышение качества жизни несовершеннолетних матерей, предотвращение их отказов от детей, формирование у них положительных жизненных ориентиров на материнство и семейные ценности; формирование здорового образа жизни.

Целевая группа проекта – несовершеннолетние беременные и мамы, в том числе воспитанницы организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, находящиеся в трудной жизненной ситуации.

В реализации проекта участвуют региональные учреждения социальной защиты, образования, здравоохранения, управление по труду и занятости населения, общественные объединения.

Задача учреждений здравоохранения (перинатальных центров, женских консультаций, детских поликлиник и больниц, ЦРБ) заключается в том, чтобы выявлять и передавать информа-



цию о случаях беременности и родов несовершеннолетних, совместно с другими ведомствами сопровождать этих девушек, оказывать им медицинскую, психиатрическую, социально-психологическую помощь, проводить профилактические мероприятия и участвовать в совместных обучении.

Проект планируют завершить в конце октября 2024 года.

Не всегда виновато неблагополучие

– Да, мы видим, что есть тенденция к снижению числа ранних беременностей, но мы также видим государственную политику в сфере демографии и семьи. И считаем, что важно работать над формированием осознанного, продуктивного материнства, над восстановлением семейных связей, – говорит Юлия Кузнецова.

– Несовершеннолетние мамы – особая категория женщин, и кто-то из них даже не знает, что такое семья, как в семье воспитываются дети. И в первую очередь мы говорим об оказании им помощи и поддержки, мы за то, чтобы улучшить качество их жизни, обратить на них внимание. Сейчас к ним проявляется большое внимание со стороны специалистов учреждений социального обслуживания, здравоохранения, образования. Все их сложности и трудности разбираются, они не остаются со своими проблемами один на один и на этапе беременности, и после родов.

Нельзя сказать, что ранняя беременность наступает только в неблагополучных семьях. Чаще всего она незапланированная, но при этом довольно много случаев, когда она наступает из-за доверия, любви, то есть

Цифры и факты

С начала июля и до конца 2023 года проект уже охватил **65** девочек, было совершено более **30** выездов мобильных бригад в родильные дома.

На базе комплексных центров Барнаула, Бийска, Рубцовска, Камня-на-Оби созданы тренировочные квартиры, в них девочки могут, будучи еще беременными, учиться ухаживать за собой и за ребенком, который скоро появится. В пяти городах Алтайского края действуют шесть социальных гостиниц.

На базе кризисного центра открыт пункт проката средств по уходу за ребенком – колясок, детских шезлонгов, слингов.

достаточно позитивных чувств. Есть девочки, которые хотят рождения этого ребенка и не планируют от него отказываться.

Если девочка попадает в социальную гостиницу, то значит, в семье есть неблагоприятные условия, в первую очередь для новорожденного. К примеру, одну девочку мы поместили в нашу гостиницу для того, чтобы отец ребенка и мать девочки могли доделать затянувшийся ремонт в доме – жилье не было готово к тому, чтобы туда принести маленького ребенка. Не было кровати, коляски, ванночки. Ее близкие быстро решили все эти вопросы, пока будущая мама находилась у нас.

Как работает проект?

В жизни, по словам Ирины Сергеевны, это выглядит примерно так. Девочка узнает о своей беременности; если у нее есть страхи и опасения, она может обратиться на прямую

линию Краевого кризисного центра для женщин, в учреждение социального обслуживания к психологу, в том числе в кризисный центр для женщин. Ей помогают встать на учет в женскую консультацию. Если семья неблагополучная, находится в социально опасном положении или есть какие-то риски, то всегда к ее сопровождению подключается комплексный центр социального обслуживания населения или кризисный центр для женщин. Здесь ведется индивидуальная работа: выявляются проблемы семьи и несовершенной, составляется план их решения (какие ведомства и какие ресурсы нужно привлечь).

– Безусловно, это психологическая помощь на каждом этапе, посещение групп для беременных, занятий по подготовке к родам. Это помощь девочке в том, чтобы она доучилась – окончила общеобразовательную школу, либо решаем проблему с учреждением среднего специального или высшего образования, чтобы ее не отчислили. Мы помогаем ей, например, перейти на дистант – такая возможность есть, даже если девочка проживает в нашей социальной гостинице.

Под эгидой проекта девочка может оставаться довольно длительное время. Все по потребности, конкретного срока завершения этой работы с ней нет, пока у девочки есть проблемы и пока она нуждается в помощи. Помощь может ей оказываться и год, и два, и три. План поддержки составляется на четыре месяца или на полгода, потом он корректируется и продляется. При этом надо понимать, что есть семьи благополучные, и не всем нужно плотное сопровождение работников социальных служб. Если мы видим, что в семье нормальная обстановка, есть все необходимое для ребенка, девочке помогают, то этой семье оставляют методические материалы, которые помогают наблюдать за развитием ребенка, и контакты, по которым можно обратиться в случае возникновения каких-либо трудностей. Прицельное внимание – тем семьям, где есть большие трудности, разлад; здесь мы остаемся, безусловно, на более долгое время.

Справка

Краевой кризисный центр для женщин и его роль в проекте:

- повышение профессиональных компетенций, организационно-методическая и супервизорская поддержка для специалистов;
- организация деятельности выездной службы экстренного реагирования в ситуации отказа от новорожденного «Мобильная бригада»;
- работа по формированию ответственного материнства у несовершеннолетних беременных и матерей;
- заселение девушек в социальные гостиницы при необходимости;
- создание службы социально-психологической помощи, в том числе в дистанционном формате;
- проведение профилактических мероприятий «Мама-бест»;
- пункты проката.

Как отметила Юлия Кузнецова, параллельно с этой работой, в школах, средних специальных учебных заведениях, в учреждениях для детей, оставшихся без попечения родителей, с девочками проводятся мероприятия, направленные на формирование понимания ответственного родительства, своих планов на будущее – по сути, на профилактику ранних беременностей среди несовершеннолетних. «Мы слышим, что девочки хотят получить профессию, устроиться на работу, выйти замуж, создать семью, и нас это радует. Мы видим, что у них происходит важная проработка того, что нужно сделать для этого».

Несмотря на то, что срок действия проекта заканчивается в октябре, его наработки и механизмы организаторы планируют использовать и после его завершения постоянно в своей работе.

Елена Клишина.

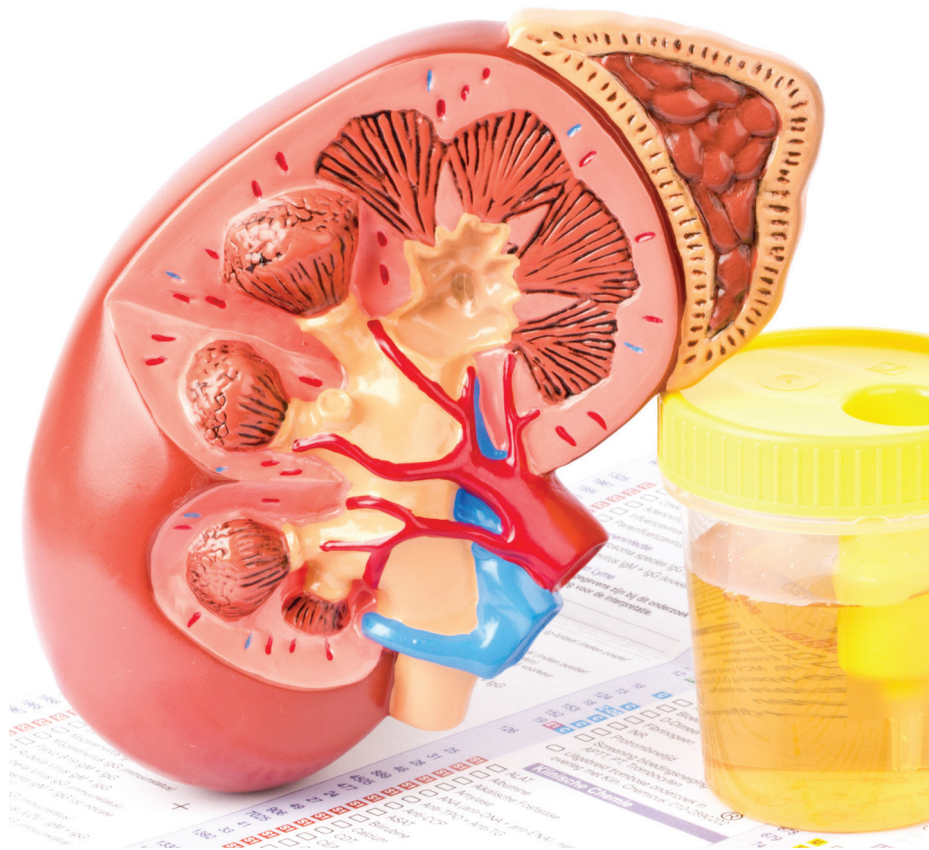
Фото предоставлено Краевым кризисным центром для женщин

Важные клубочки

Если сердце считается мотором человеческого организма, то почки по праву можно назвать его фильтром, который точно так же работает круглые сутки. И порой почкам приходится трудиться в непростых условиях: неправильное питание, вредные привычки, мало-подвижный образ жизни, а также хронические заболевания серьезно усложняют их работу. В результате сами почки начинают страдать. В Алтайском крае гломерулонефрит занимает более 30% всех заболеваний, приводящих к развитию терминальной стадии хронической почечной недостаточности. Что представляет собой гломерулонефрит и как помочь почкам сохранить здоровье, узнаем у экспертов.

Защитить почки от инфекций

«Гломерулонефрит включает в себя группу иммуновоспалительных заболеваний почек с преимущественным поражением сосудов клубочков. Он протекает в виде острого или хронического процесса с повторными обострениями и ремиссиями и обладает прогрессивным характером. Для него характерны постепенная, но неуклонная гибель клубочков и развитие хронической болезни почек. К сожа-



лению, остановить процесс не помогут даже своевременная диагностика и адекватное лечение, – говорит заведующая нефрологическим отделением Краевой клинической больницы **Ольга Жгут**. – Согласно медицинской статистике, причин развития гломерулонефрита несколько. Это бактериальные инфекции – стрептококковая, стафилококковая и др. (пидермия, пневмония, скарлатина, хронический и острый тонзиллит, гайморит, сепсис); вирусные инфекции (корь, ветряная оспа, грипп, краснуха, гепатит, ВИЧ и др.); аутоиммунные болезни соединительной ткани (системная красная волчанка, склеродермия, васкулиты и др.), а также интоксикации, аллергии, радиационные поражения и поствакцинальные осложнения».

Не стоит забывать и об отпечатке, который наложила на сосудистую систему коронавирусная инфекция. По словам эксперта, патология почек

при COVID-19 занимает второе место после вовлечения в патологический процесс легочной ткани. «Поражение почек при COVID-19 может рассматриваться как следствие действия комплекса механизмов, индуцированных вирусом SARS-CoV-2 прямо или опосредованно. При возникновении новой коронавирусной инфекции увеличилось количество пациентов с гломерулонефритами. По данным крупнейшего исследования нефробиопсий, наиболее частым морфологическим вариантом заболевания при COVID-19 был пролиферативный гломерулонефрит, который приводит к развитию хронической болезни почек и к почечной недостаточности», – отмечает врач.

Гломерулонефрит проявляется не сразу. Его первые признаки появляются спустя 2-3 недели после перенесенной инфекции либо воздействия провоцирующего фактора. «Зачастую

они неспецифичны и зависят от формы патологии. Возможно агрессивное течение с яркой клинической картиной – снижением диуреза, отеками, повышением артериального давления (острый гломерулонефрит) или слабо выраженная симптоматика и даже бессимптомное развитие (при хронической форме), – поясняет Ольга Жгут. – Чтобы определиться с диагнозом, врачи опираются на данные обследований. Изменения в составе мочи (прежде всего, наличие белка, крови и цилиндров), в биохимии крови, а также увеличение или уменьшение размера почек, истончение и гиперэхогенность паренхимы, нарушение кортикомедуллярной дифференциации (все это позволяет увидеть УЗИ почек) говорят о том, что мы имеем дело с гломерулонефритом. Но золотым стандартом для постановки диагноза является биопсия почки – этот метод исследования также имеет свои показания и противопоказания».

Жизнь в новых условиях

Хронический гломерулонефрит остается с человеком на всю жизнь, сменяясь периодами обострения и ремиссии, отмечают медики. Поэтому главная задача пациента – наблюдение у нефролога и соблюдение всех его рекомендаций. «Очень важно минимизировать все факторы риска, своевременно купировать активность аутоиммунного воспалительного процесса в почках и проводить рекомендованную нефропротективную терапию, которая отдалит развитие терминальной стадии почечной недостаточности», – подчеркивает врач нефрологического центра **Анастасия Позднякова**.

Лечение хронических гломерулонефритов сводится к трем целям: подавить иммунные реакции, снизить темп прогрессирования патологии, предупредить развитие и прогрессирование хронической почечной недостаточности. Чтобы достичь этих целей, нефрологи применяют методы этиотропной и иммуносупрессивной терапии. «Первая проводится только при выявленной причине хрониче-

ского гломерулонефрита – например, при инфекционном эндокардите, сепсисе, стрептококковой инфекции, вирусных гепатитах, ВИЧ-инфекции и др. В подобных случаях применяются антибиотики и противовирусные препараты, – продолжает Анастасия Позднякова. – Вторая подразумевает прием глюкокортикостероидных препаратов, цитостатиков и препаратов генной инженерии (моноклональные антитела). Для всех этих препаратов существуют строго определенные показания и противопоказания к назначению, поскольку, кроме нужных эффектов – подавления аутоиммунных реакций, они обладают целым рядом серьезных побочных эффектов».

Для торможения прогрессирования любых форм гломерулонефрита специалисты применяют нефропротективную стратегию лечения. «При стихании иммуновоспалительного процесса на первый план выходят неиммунные факторы прогрессирования заболевания (прежде всего гемодинамические), а также обменные (гиперлипидемия, дислипидемия, гиперурикемия) и коагуляционные, – поясняет врач-нефролог. – В качестве нефропротективных препаратов назначают лекарственные средства, блокирующие активность ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (ингибиторы АПФ, блокаторы рецепторов ангиотензина и др.). Эти препараты восстанавливают системную и внутриклубочковую микроциркуляцию, а также обладают противовоспалительным и цитопротективным действием. Их используют для лечения всех форм гломерулонефритов и этим самым замедляют прогрессирование болезни. При некоторых формах патологии они являются препаратами выбора. Кроме того, нефропротективным эффектом обладают статины – препараты, снижающие уровень холестерина».

Если же развиваются осложнения в виде прогрессирования почечной недостаточности до терминальной стадии, нефрологи назначают заместительную почечную терапию – гемодиализ, перитонеальный диализ или же трансплантацию почки.

Это важно!

Симптоматика гломерулонефрита обусловлена клинической формой заболевания.

➤ Чаще всего встречается **латентная форма** (до 45%). В таких случаях гломерулонефрит можно диагностировать только по результатам лабораторного исследования (патологический мочевой осадок, протеинурия – наличие белка в моче).

➤ При **гематурическом варианте** (5%) отмечаются стойкая гематурия (наличие эритроцитов в моче), эпизоды макрогематурии (моча цвета «мясных помоев») и анемия.

➤ **Гипертоническая форма** хронического гломерулонефрита развивается в 20% наблюдений и протекает с артериальной гипертензией при слабо выраженном мочевом синдроме. При этом наблюдаются изменения глазного дна, развиваются гипертрофия левого желудочка сердца и сердечная астма как проявления левожелудочковой сердечной недостаточности.

➤ **Нефротический вариант** встречается в 25% случаев. Он протекает с массивной протеинурией (свыше 3 г/сутки), стойкими диффузными отеками, гиподиспротеинемией, гиперлипидемией, водянкой серозных полостей (асцитом, гидроперикардом, плевритом) и связанными с ними одышкой, тахикардией, жаждой.

Нефротический и гипертонический синдромы составляют суть наиболее тяжелой, смешанной формы хронического гломерулонефрита, которая протекает с гематурией, выраженной протеинурией, отеками, артериальной гипертензией. Неблагоприятный исход определяется быстрым развитием почечной недостаточности.

Продолжение на стр. 22 ➤➤

«Продолжение. Начало на стр. 20-21»

Чтобы достичь ремиссии и предотвратить прогрессирование гломерулонефрита и почечной недостаточности, пациенту важно не только придерживаться лекарственной терапии, но и модифицировать свой образ жизни. «Важно соблюдать режим труда и отдыха, избегать переохлаждений, стрессов и тяжелых физических нагрузок. Обязательным является соблюдение малосолевой диеты – не более 5 г поваренной соли в сутки, – продолжает Анастасия Позднякова. – Большое значение имеют самоконтроль баланса жидкости и артериального давления, а также регулярный прием назначенных лекарственных препаратов. Чрезвычайно важно не заниматься самолечением и избегать приема препаратов, не рекомендованных врачом: многие лекарственные средства обладают нефротоксичностью, то есть ухудшают функцию почек».

Необходимо знать!

Меры профилактики гломерулонефритов:

- **первичная профилактика** заключается в предупреждении и лечении заболеваний, которые могут стать причиной развития гломерулонефрита (ОРВИ, новая коронавирусная инфекция, грипп, стрептококковый фарингит, тонзиллит, гайморит, гепатиты В, С, ВИЧ-инфекция, туберкулез и др.);
- **вторичная профилактика** заключается в своевременной диагностике и адекватном лечении заболевания;
- **третичная профилактика** предполагает диспансерное наблюдение пациента с диагностированным гломерулонефритом у нефролога, терапевта или врача общей практики.

Подготовила Ирина Савина

Не заряжает, а опустошает



В 2024 году Роскачество организует исследование энергетических напитков и еще ряда продуктов. По словам главы организации Максима Протасова, энергетические напитки решено изучить из-за вопросов к их содержанию. Напомним, что в России уже принят ряд мер, призванных ограничить оборот «энергетиков».

Так, с 1 января 2018 года в России запрещены производство и оборот слабоалкогольных энергетических напитков, но не запрещены производство и реализация безалкогольных «энергетиков». 1 декабря 2023 года начал действовать закон об обязательной маркировке безалкогольных напитков, в том числе энергетических. Осенью фракция ЛДПР в Госдуме предложила запретить любую рекламу «энергетиков» и подготовила соответствующие поправки к федеральному закону «О рекламе». Ряд регионов ограничились продажей «энергетиков» несовершеннолетним – в Алтайском крае такое ограничение действует с сентября 2021 года.

Но несмотря на все эти меры продажи «энергетиков» растут. По итогам девяти месяцев 2023 года в стране в сегменте безалкогольных напитков наибольший рост продаж показали «энергетики» (26% в натуральном и 28,3% в денежном выражении).

Газета «Ведомости» приводит следующие данные: за последние 10 лет доля потребителей безалкогольных энергетических напитков выросла, это выяснили сотрудники Научно-исследовательского центра социально-политического мониторинга РАНХиГС. Если в 2013 году «энергетики» употребляли 16,6% населения, то к 2023 году – уже 22,8%. Соответственно, за десятилетие снизилась и доля тех, кто

вообще не употреблял «энергетики» – с 83,4 до 77,2%. Мужчины практически в два раза чаще женщин употребляют «энергетики» (32,4% и 14,8%, соответственно). Авторы исследования указывают, что чем моложе респонденты, тем чаще они потребляют такие напитки.

За 10 лет рост потребления «энергетиков» наблюдается во всех молодых возрастных группах. К примеру, в группе 18–24 лет к 2023 году такие напитки употребляли 53,2%, в группе 25–29 лет – 49,7%.

Респонденты, которые регулярно употребляют «энергетики», по их собственной оценке, достигают эффекта от их употребления. К примеру, они в три раза реже жалуются на быструю утомляемость, чем те, кто такие напитки не пьет. Но такие люди более раздражительны и чаще испытывают стресс или плохое психологическое самочувствие.

Дикий случай

В декабре 2023 года РИА «Новости» опубликовали информацию о том, что в Балашихе медики спасли мужчину, который выпил за год более тысячи банок «энергетика» – употреблял примерно по две-три порции в день. В больницу он поступил с жалобами на острую боль в животе. Диагноз, который ему поставили, – острый панкреатит с одним из самых опасных его осложнений – ферментативным перитонитом.

Врачи провели мужчине лапароскопию и выполнили дренирование: через прокол в брюшной стенке откачали жидкость и гной – продукты деструктивных изменений поджелудочной железы. Распространение инфекции удалось предотвратить, но у мужчины развилась полиорганная недостаточность – у него перестали функционировать почки, легкие, сердце. В течение 14 дней в крайне тяжелом состоянии он находился в реанимации. Сейчас его жизнь вне опасности, но в подобных случаях умирают примерно 70% пациентов. У этого пациента поджелудочная железа полноценно работать уже не сможет, поэтому он будет применять замещающую терапию и придерживаться диеты.

Удар «кнута»

Принято считать, что энергетический напиток – такой внешний энергетический ресурс, который позволит собрать волю и силы в кулак и сделать мощный рывок на решающем этапе: за одну ночь подготовиться к экзамену, за два дня написать курсовую, утром отправиться на работу после вечеринки, закончившейся за полночь, сесть за руль после того, как сутки не спал.

Отчасти это правда. Однако многие предпочитают видеть только эту сторону действия «энергетиков», а про другую сторону забывают. Дело в том, что человек прибегает к «энергетику», уже находясь в состоянии усталости, напряжения, морального истощения. Организму и так плохо, а его еще подстегивают «кнутом» в виде бодрящего напитка. Напрашивается сравнение с загнанной лошадью. Если хотите, чтобы она пала, продолжайте нахлестывать. Если животное еще пригодится в хозяйстве, дайте воды, сена и оставьте в покое на некоторое время. Если хотите оказаться в реанимации, как тот мужчина из Балашихи, продолжайте накачивать себя искусственным «электричеством».

Если вам себя хоть немного жалко и на собственное здоровье не наплевать, старайтесь планировать периоды работы/учебы и отдыха, не увлекайтесь энергетически затратными развлечениями в виде ночных тусовок с алкоголем, выбирайте, наоборот, «подзаряжающий» досуг (спорт, танцы, прогулки на природе), не пренебрегайте сном и здоровым питанием.

По словам специалистов, энергетические напитки рекомендуется употреблять разово, изредка, в единичных случаях. И ни в коем случае нельзя принимать их на постоянной основе, как обычную газировку. Вещества, входящие в их состав, обладают токсическим воздействием на печень, почки, поджелудочную железу, органы сердечно-сосудистой и нервной систем.

Энергетический эффект таких напитков обусловлен содержанием в них большого количества сахара, кофеина, других добавок – гуараны, таурина, L-карнитина. Последние две

Только факты

Не рекомендуется принимать их для утоления жажды вместо обычной питьевой воды.

Не рекомендуется принимать их для восполнения энергетических затрат после занятий спортом. «Энергетики», наоборот, усугубляют обезвоживание организма.

Не рекомендуется принимать их во время беременности и кормления грудью – из-за высокого количества кофеина и других стимуляторов.

Не рекомендуется принимать «энергетики» людям с сердечно-сосудистыми заболеваниями, с сахарным диабетом, принимающим лекарственные препараты, легковозбудимым, с нарушениями концентрации внимания, пищевого поведения.

Не рекомендуется принимать энергетические напитки вместе с алкоголем – это также усиливает обезвоживание.

Не рекомендуется принимать эти напитки несовершеннолетним. Они могут вызывать расстройство сна, концентрации внимания, вызывать зависимость, ухудшать минерализацию костей, которая важна в подростковом периоде во время «скачка роста», могут ухудшать состояние зубов и т. д.

добавки – аминокислоты, которые организм человека способен вырабатывать самостоятельно. Другие добавки и их сочетание друг с другом пока мало изучены.

Подготовлено по материалам интернет-публикаций

ЕСТЬ, ЧТОБЫ ЖИТЬ

13 миллионов – таково число людей с ожирением в нашей стране (по данным Росстата). Алтайский край уже который год остается лидером в стране по количеству людей с лишним весом. По официальной статистике, в нашем регионе около 84 тысяч жителей страдают ожирением. В чем причина такой тенденции, существует ли волшебная диета, избавляющая от избыточных килограммов, и как обрести желаемую фигуру без риска для здоровья, узнаем у заведующей эндокринологическим отделением Краевой клинической больницы Аллы Вигель.



Копим по наследству

– Алла Константиновна, в чем причина таких внушительных показателей по ожирению?

– Ожирение – не просто эстетическая проблема. Это заболевание, для которого характерно наличие избы-



точного количества жировой ткани в организме. Оно само по себе представляет серьезную угрозу здоровью и жизни, а также выступает фактором риска для развития целого ряда других, еще более опасных заболеваний – от сердечно-сосудистых до онкологических.

Ожирение – многофакторное заболевание. Это означает, что на его развитие влияет генетическая предрасположенность (все мы унаследовали от предков гены, которые помогают откладывать жир про запас – для выживания, когда нет пищевых ресурсов).

Рост количества людей с избыточным весом во всем мире за последние 30–40 лет обусловлен особенностями питания: высококалорийная диета, увеличение размера порции, нарушенный суточный ритм приема пищи (большую часть калорий люди употребляют во второй половине дня, когда работа уже завершена), а также малоподвижный образ жизни. На этот процесс влияют также хронические стрессы и расстройства пищевого поведения, когда в поиске удовольствия и успокоения человек обращается к пище. Таким образом, наследственная предрасположенность к развитию

ожирения реализуется под воздействием этих факторов.

– Какова оптимальная стратегия для борьбы с лишним весом?

– Чтобы эффективно бороться с лишним весом, нужно менять привычный образ жизни – увеличивать расход калорий с помощью регулярных физических нагрузок, желательных ежедневных. И второе – ограничивать употребление калорий за счет продуктов с добавленным сахаром – сладких газированных напитков и соков, кондитерских изделий, конфет и так далее. Необходимо исключить или значительно ограничить рафинированные продукты (белый хлеб, выпечка из белой рафинированной муки), в том числе и рафинированные растительные масла (соевое, рапсовое, кукурузное), а также продукты, содержащие трансжиры (маргарин, плавленый сыр), фастфуды и животные жиры в колбасных изделиях.

Средиземноморская, универсальная

– Сегодня существуют сотни диет. Одни из популярных – кето-диета и метод интервального голодания. Что Вы можете о них сказать?

– Первая – диета с крайне низким содержанием углеводов (5–10% от

рациона – примерно 50 граммов, что очень мало), высоким содержанием жиров (65–75% от суточной калорийности) и умеренным употреблением белка – 15–20%. В результате перехода на кето-питание организм перестает использовать углеводы в качестве основного источника энергии и эффективнее начинает расходовать собственные жировые запасы. Но важно отметить, что у такой диеты огромное количество ограничений и противопоказаний. Важно понимать, что происходит переход организма в кетоз – состояние, при котором повышен уровень кетоновых тел (продукты распада жира) в крови и в моче. Это для организма не физиологично и грозит переходом в кетоацидоз – патологическое состояние, при котором содержание кетоновых тел в крови настолько велико, что может произойти сдвиг кислотно-щелочного баланса организма в кислую сторону. Если этот процесс вовремя не остановить, возникает риск развития летального исхода.

Если же говорить в целом о противопоказаниях к кето-диете, это наследственные заболевания обмена жирных кислот, дислипидемия, мочекаменная болезнь, хронический панкреатит (может случиться его обострение). Такой тип питания чреват развитием печеночной или почечной недостаточности тяжелых степеней. Поэтому, если человек хочет попробовать кето-диету, ему необходимо обязательно посоветоваться с врачом и в случае одобрения попробовать постепенный переход на такой рацион. Дело в том, что у кето-питания есть «подводный камень» – высокий риск срывов, поскольку после прекращения употребления углеводов в разы возрастает желание съесть сладкое.

Плюсом кето-диеты будет быстрое снижение веса. Сегодня еще нет значимых клинических исследований, которые изучали ее длительное влияние на организм. Но не стоит забывать: любое нефизиологичное питание, где нарушено правильное соотношение нутриентов, приводит к нарушению обмена веществ и к существенному ухудшению состояния здоровья в целом.

Интервальное голодание – эффективный метод для снижения веса. Его единственный минус – следовать ему достаточно сложно, поскольку время, когда человек может есть, довольно ограничено. В течение большого интервала времени организм находится в состоянии голода, и в этот период также начинает работать процесс кетоза, а соответственно, последствия будут такими же, как и при кето-диете.

– Алла Константиновна, существует ли универсальная диета, которая подойдет всем и не принесет ущерб организму?

– Основа здорового питания с хорошей доказательной базой – это так называемый средиземноморский тип питания. Мировое медицинское сообщество признает его наиболее оптимальным. Многочисленные научные исследования подтвердили эффективность такой диеты. Доказано, что у людей, которые ее придерживались, гораздо меньше риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, а также сахарного диабета. У тех, кто постоянно питается по ее принципам, минимальны риски развития ожирения.

Главное преимущество – ее достаточно легко можно адаптировать под запросы и возможности любого человека. Средиземноморский тип питания основан на употреблении достаточного количества растительных продуктов. В первую очередь, это овощи: огурцы, баклажаны, цуккини, цветная капуста, брокколи, помидоры, а также листовые овощи. Она предполагает относительно низкое количество красного мяса в рационе. Предпочтение отдается белому мясу (курица, индейка), яйцам, рыбе и морепродуктам, а также белкам растительного происхождения (бобовые, орехи, семена). Из круп – перловка, овес, киноа, гречка. Также в рацион включены цельнозерновые продукты, фрукты, ягоды. В качестве источника жиров – продукты, содержащие полезные омега-9-ненасыщенные жирные кислоты (оливки, авокадо) и омега-3-полиненасыщенные жирные кислоты (льняное семя, семена чиа, конопляное масло, рыбий жир).

Рекомендации эксперта

Чтобы снизить вес оптимально и эффективно, необходимо:

- сбалансировать питание. Калории стоит уменьшить, но не должно быть резкого ограничения какого-либо компонента питания. Оптимальное соотношение в рационе: 50% – углеводы, 20% – белки, 30% – жиры. Чтобы не ощущать скудности в питании, можно сочетать различные продукты. Для этого очень подходит средиземноморский тип питания, где можно наслаждаться интересными и разнообразными вкусами;
- проработать психологические факторы. Нужно есть, чтобы жить, а не наоборот. Питание не должно быть главной целью в жизни в достижении удовольствия. Сейчас доступно много вариантов необычных хобби – переключите голову на освоение новых навыков, любимые дела, прогулки;
- следить за тем, чтобы были полноценный сон и отдых. Доказано: если человек спит меньше 8 часов, то дефицит сна он будет восполнять калориями;
- вести дневник питания (бумажный или электронный – с помощью гаджетов). Для правильного снижения веса это очень важно. Это дисциплинирует, ведь дневник покажет все перекусы и употребление ненужных продуктов, которые люди порой и не замечают, как съедают, а это дополнительные и немалые калории. Дневник покажет все скрытые калории.

Сегодня много споров по поводу пользы молочных продуктов, но значимых доказательств их вреда нет, поэтому сыры, несладкие йогурты и творог в питании приветствуются. Изюминка этой диеты – травы и специи (розмарин, чеснок, мускатный орех и другие).

Продолжение на стр. 26 ➤➤

«Продолжение. Начало на стр. 24-25»

Прощаться навсегда

– Почему зачастую после завершения той или иной диеты вес возвращается и даже идет в плюс?

– Нередко ожирение связано с психологическим перееданием. Во время диет человек накапливает желание съесть сладкое, вернуть себе таким путем хорошее настроение. Так возникают срывы, которые будут связаны с неконтролируемым употреблением еды. Это приводит к возврату массы тела, которую утратил, будучи на диете.

Второй момент – смена образа жизни. Если этого не произошло или произошло на короткий период времени, а потом все привычки вернулись на круги своя, то вместе с ними вернется и вес.

Любое ограничение калорий организм воспринимает как насилие и включает все генетически заложенные механизмы накопления, входя в режим энергосбережения. Как только привычные калории возвращаются, организм решает, что, возможно, вновь предстоит ограничение калорий, и начинает откладывать жир про запас.

– **Расскажите подробнее о психологическом факторе в процессе набора веса.**

– Он играет очень большую роль. Сегодня много психогенных факторов ожирения, когда на фоне хронического стресса и внешних проблем в качестве успокоения и источника хорошего настроения люди начинают использовать еду для заедания стресса. Поэтому большое значение имеет работа с психотерапевтами и психологами, чтобы выявить причины, побуждающие человека есть много, а также причины тяги к сладкой высококалорийной пище. Иногда без психотерапии нет эффекта от диеты и физических нагрузок. Поэтому, если у человека есть лишний вес и есть фактор «заедания» проблем, ему важно в первую очередь поработать в этом направлении.

Ирина Савина

Громы и молнии ГОЛОВНОГО МОЗГА



26 марта отмечается «Фиолетовый день», призванный повысить уровень информированности об эпилепсии в обществе. Наталья Загайнова, врач детский невролог Краевого центра охраны материнства и детства, рассказала об особенностях этого заболевания и о правилах жизни с ним.



– Эпилепсия – хроническое заболевание головного мозга, характеризующееся повторными, спонтанными (непровоцируемыми) приступами в виде нарушения двигательных, чувствительных, вегетативных, мыслительных или психических функций, возникающими вследствие чрезмерных разрядов нервных клеток в коре головного мозга.

Жизнь с эпилепсией может быть полноценной, когда не беспокоят приступы. Если ребенок развит по возрасту и у него нет сопутствующ-

щих психических нарушений, то нет никаких противопоказаний для его обучения в обычной школе. Ребенок с эпилепсией должен быть включен во все виды школьной активности, кроме потенциально опасных видов физкультуры (например, занятий на высоте). Он должен расти среди своих сверстников, активно участвовать в общественной жизни, реализовывать свои способности и не чувствовать себя ущербным и неполноценным. Социальная изоляция, снисходительное

Важно!

Альтернативных средств для лечения эпилепсии (народные методы) не существует. Замена противосудорожных препаратов на фитосборы не только не эффективна, но и опасна. Человек остается без лечения, возрастает риск травматизации во время приступа, ухудшения состояния, внезапной смерти. Кроме того, без лечения человек теряет когнитивные навыки, и шансы выздороветь или прекратить приступы уменьшаются с каждым днем. Возможно развитие эпилептического статуса – состояния, угрожающего жизни больного. Если у больного в начале заболевания возникали только «малые» приступы, то при отсутствии лечения возможно присоединение судорожных приступов. В основе некоторых бессудорожных приступов может лежать опасное прогрессирующее заболевание мозга.

отношение и заниженные требования, наоборот, могут усложнить ситуацию.

Учитель должен знать о заболевании ребенка, так как может быть вероятность развития приступа в школе. Если это произойдет, учитель сможет предпринять необходимые меры и успокоить остальных детей.

Ребенку с эпилепсией следует избегать любых психических перегрузок. Если способности ребенка снижены, то он может делать большие успехи в коррекционной школе и будет даже рад тому, что у него больше нет перегрузок.

Если говорить о выборе профессии, то в обществе до сих пор встречаются случаи дискриминации больных эпилепсией. Это связано с недостаточной осведомленностью людей о заболевании, с заблуждениями о нем – например, что люди с эпилепсией менее социализированные, менее квалифицированные и эффективные. У работодателя возникают опасения по поводу возникновения у работника приступов на работе, возможной травматизации.

Цифры и факты

В 2023 году в отделении психоневрологии АККЦОМД было пролечено **210** пациентов с эпилепсией. Это один из самых частых диагнозов (**23,7%** случаев) как среди плановых пациентов, так и среди поступающих в экстренном порядке.

– На первое место в предыдущем году вновь вышла эпилепсия и эпилептические синдромы (и процент данной нозологии держится стабильно на протяжении трех лет). Мы связываем это с большей осведомленностью врачей по данной нозологии и с качественной диагностикой. Данная нозология растет в целом по статистике в России, – отмечает заведующая отделением Анна Голенко.

Но некоторые ограничения в выборе профессии все же существуют. Они связаны с риском возникновения судорожных приступов в ситуациях, когда они могут причинить вред самому больному или подвергнуть опасности жизни других людей. На возможность человека заниматься той или иной деятельностью оказывают влияние форма эпилепсии, тип и частота приступов, наличие сопутствующих физических или интеллектуальных отклонений, а также степень контроля над приступами. Например, людям с неконтролируемой эпилепсией запрещается работать на высоте, вблизи водоемов, управлять транспортом, работать в полиции, тюрьме, МЧС, служить в армии. Под запретом посуточная и другая работа, нарушающая цикл «сон – бодрствование», работа в ночном клубе, работа, связанная с частой сменой часовых поясов.

На заметку

Правила поведения при приступе

Не паниковать. Расстегните больному воротник, освободите от тесной одежды, положите его на кровать или любую ровную и желателно мягкую поверхность так, чтобы его голова была повернута на бок (чтобы у него не западал язык и чтобы он не захлебнулся слюной или возможными рвотными массами). При рвоте удерживайте больного в положении на боку. Изолируйте его от повреждающих предметов. Запрещается пытаться открыть больному рот, разжать зубы, делать искусственное дыхание, поливать водой. Наблюдайте за течением приступа (его продолжительность надо зафиксировать). Не давайте ему никаких лекарств и жидкостей, находитесь возле него до полного прекращения приступа. Если возможно, измерьте ему температуру тела. После приступа не пытайтесь разбудить больного, встряхивая его, постукивая, давая нюхать вещества с резким запахом или применяя какие-либо другие способы. Обеспечьте больному покой, дайте ему выспаться.

Ограничения, которые накладывает заболевание, есть не только в профессиональной сфере. Дома больным эпилепсией тоже нужно думать о своей безопасности. Например, при приготовлении пищи стараться иметь кого-то рядом, сделать свою кухню менее травмоопасной, чаще использовать микроволновку, духовку, реже – конфорки. Им нужно быть осторожнее с горячими и острыми предметами, использовать небьющую посуду. В ванной комнате стараться принимать душ, а не ванну, использовать противоскользящие коврики. Если эпилепсией страдает ребенок, то не оставлять его в ванной без присмотра.

Продолжение на стр. 28-29 >>

«Продолжение. Начало на стр. 26-27»

Также под присмотром нужно заниматься и спортом. Один из наиболее частых видов эпилепсии у детей – роландический. Как правило, он проявляется редкими приступами во время сна, что практически не мешает ребенку заниматься спортом. Приступы при занятиях спортом вообще возникают достаточно редко. Если ребенок занимается плаванием, то он должен непрерывно находиться под присмотром, а тренер должен знать о его болезни, чтобы в случае приступа вовремя прийти на помощь. Если ребенок катается на велосипеде, то он должен использовать защиту (шлем, наколенники и налокотники) и не выезжать на проезжую часть. При занятиях йогой следует исключить сложные дыхательные практики. Если лечащий врач разрешит, если приступы под контролем, то больной может заниматься чем-то вроде скалолазания и других видов спорта, связанных с подъемом на высоту.

Планируя путешествие, больной эпилепсией и его близкие должны помнить о том, что перед дорогой ему нужно выспаться и в самой поездке стараться придерживаться привычного распорядка дня. В поездку нужно взять все необходимые антиэпилептические препараты, предварительно обсудив с врачом режим их приема. Всегда берите антиэпилептический препарат в ручную кладь. При вас должны находиться страховой полис больного, заключение врача, рецепт для покупки антиэпилептических препаратов. Пациент должен иметь при себе свой дневник заболевания. В поездке также важно соблюдать питьевой режим, избегать потенциально опасных видов спорта, включая ныряние, плавать в спасательном снаряжении, только в неглубоких местах и только с сопровождением. А если приступы сохраняются на фоне терапии, то лучше не плавать вообще.

Обследование

– Один из основных методов обследования головного мозга и изучения его аномальной активности при эпилепсии – электроэнцефалография

Это важно!

- Избегать нарушения ритма сна, физических и психических перегрузок.
- Заниматься физическими упражнениями и гулять на свежем воздухе регулярно.
- Ограничить просмотр телевизора, работу за компьютером до 1–1,5 часов в сутки.
- Свести до минимума время, проводимое с мобильным телефоном.
- Исключить алкоголь, курение, употребление наркотических веществ.
- Необходимо помнить, что недосып, фотостимуляция (вспышки света и т. п.), стимулирующие препараты провоцируют возникновение приступов.
- Пациент (или его родители, если это ребенок) должен вести дневник, в котором нужно отмечать время и длительность приступов, их характер, ситуацию, с которой они могут быть связаны, изменения лечения, побочные действия лекарств. Для врача ведение такого дневника имеет большое значение. Он помогает оценить эффективность терапии (снижение

Правила жизни при эпилепсии

частоты, длительности приступов), выявить провоцирующие факторы, дает необходимую информацию для правильной коррекции терапии. Дневник приступов значительно упрощает сбор жалоб и освобождает время на осмотр пациента и детальное рассмотрение рекомендаций.

- Родители ребенка, страдающего эпилепсией, должны обеспечивать регулярное посещение врача и выполнение всех его назначений. Они должны организовать правильный режим дня ребенка, следить за качеством и продолжительностью его ночного сна, регулярным и правильным питанием, исключать переутомление, поощрять прогулки и физическую активность. Кроме того, родители должны владеть полной информацией о препаратах и дозировках, следить за тем, чтобы ребенок принимал лекарства в одно и то же время. Случайный пропуск приема препарата может привести к возобновлению или учащению приступов, а слишком большая доза – к появлению побочных эффектов препаратов.

(ЭЭГ). Метод основан на регистрации его электрических потенциалов и отражает функциональное состояние мозга. Стандартно при каждом обследовании делаются три функциональные пробы: реакция открывания глаз, проба с фотостимуляцией и с гипервентиляцией. Этот метод был открыт еще в первой трети XX века, это сделал **Ханс Бергер**, немецкий психиатр и нейрофизиолог, при помощи изобретенного им самим электроэнцефалографа. Современную ЭЭГ проводят еще и с видеомониторингом.

Также мозг исследуют с помощью магнитно-резонансной томографии (МРТ), в том числе по эпипротоколу, делают анализы крови (общий, биохимический, на концентрацию лекарственных препаратов), УЗИ внутренних органов и другие исследования по индивидуальным показаниям.

Когда начинать лечение

Назначением терапии, подбором препаратов и их дозировок должен заниматься врач-невролог. Лечение эпилепсии следует начинать после постановки диагноза по факту наличия двух эпилептических приступов. Если ЭЭГ покажет наличие специфических паттернов, то лечение будет начато и при отсутствии эпилептических приступов.

При некоторых доброкачественных формах эпилепсии возможно обойтись без лечения, но пациенты должны регулярно находиться под наблюдением невролога.

Цель лечения эпилепсии – полное прекращение приступов или снижение их частоты до минимальной при отсутствии серьезных побочных эффектов от антиэпилептических препа-

ратов. Цель должна быть достижимой, так как не во всех случаях возможно излечение и даже стопроцентное купирование приступов.

Кроме медикаментозной терапии одним или несколькими противосудорожными препаратами (антиконвульсантами), врачи используют гормональную терапию, стимуляцию блуждающего нерва, оперативное лечение, вспомогательные методики.

Лечение начинают при установленном диагнозе. Выбор препарата зависит от формы эпилепсии, типа приступов, коморбидности (наличия других заболеваний) и т. д. Прием лекарств при отсутствии неотложных состояний начинают с постепенного повышения суточной дозы препарата. Лечение начинают с одного препарата, при необходимости заменяя его на другой или добавляя

второй препарат. Применение одновременно более трех антиэпилептических препаратов повышает риск развития тяжелых побочных эффектов. Для каждой формы эпилепсии установлена своя продолжительность приема препаратов. Вопрос об отмене терапии, как правило, возникает при продолжительности ремиссии (отсутствии приступов) не менее двух лет.

Комментарий специалиста

Виктор Ведяшкин,
заместитель главного врача
по медицинской части Алтайского краевого
психоневрологического диспансера для детей:



– Эпилепсия – сочетанное, комплексное и достаточно серьезное заболевание. Его могут лечить и неврологи, и психиатры, и психотерапевты тоже могут оказывать свою помощь.

Сегодня у меня на приеме был пациент – парнишка одиннадцати лет, которому врачи пока не ставят диагноз эпилепсия, потому что по результатам обследований у него все в норме. Но его мама и он сам описывают такую клинику, которая укладывается в рамки эпилепсии. Мы склоняемся к тому, что у ребенка все-таки эпилепсия, и назначили ему противосудорожные препараты на определенное время. Они ему не навредят, а если начнут помогать, то, значит, мы не ошиблись с диагнозом. Признаки заболевания у него выражаются в следующем: пароксизмальные состояния с помутнением сознания. У него не было судорожных приступов, но были движения по типу автоматизмов. Формы эпилепсии бывают разные, в том числе так называемые бессудорожные – фуги, когда человек внезапно куда-то бросается, или трансы, когда человек внезапно обнаруживает себя в каком-либо другом месте – например, в поезде, следующем во Владивосток, хотя не помнит, как он в него садился и зачем ему туда надо. У моего сегодняшнего пациента наблюдались автоматизмы: куда-то ходил; упирался в стены; если его окликали, то не могли «пробиться» к его сознанию; говорил бессвязные вещи. Так как он не получал лечение, его состояние усугублялось. Если автоматизмы происходили сначала раз в неделю, то затем стали повторяться серийно – до четырех-пяти раз в день. Наблюдалось прогрессирующее снижение когнитивных функций: стало невозможно учиться в школе, внимание стало очень рассеянным, ухудшилась память.

Эпилепсия коварна еще и тем, что при отсутствии соответствующей терапии у пациента нарастает так называемый дефект – он постепенно утрачивает свои чело-

веческие качества: в нем нарастает эгоцентризм, он плохо соображает, его характер становится невыносимым, наблюдаются эпизоды дисфории в виде довольно продолжительных приступов озлобленности, гневливого настроения, тоскливого состояния. У юношей бывают миоклонические приступы: в мозгу происходит разряд, вызывающий непроизвольное сокращение мышц, и если человек в этот момент держит что-то в руках, то эти предметы буквально вылетают, валятся из рук. Психиатры также обращают внимание на ухудшение работоспособности, астенические проявления, негативные изменения личности, характера. При адекватном лечении довольно часты случаи, когда эпилептическая симптоматика уходит, пациент становится условно здоров, так как о полном излечении речи не идет. Он продолжает принимать поддерживающую терапию противосудорожными препаратами, а потом может и вовсе уйти в безмедикаментозную ремиссию.

Виктор Ведяшкин советует уделять внимание так называемой гигиене психики. Первый принцип – соблюдение режима сна и бодрствования, распорядка дня. Не стоит позволять детям, особенно имеющим какие-то проблемы с психикой, засиживаться ночью за компьютером или с телефоном. Ночью во время сна вырабатывается естественным путем противотревожный гормон мелатонин. Человек должен заниматься физическим и умственным трудом в меру своих возможностей и после этого отдыхать, гулять на свежем воздухе. Соблюдение распорядка дня у людей с ментальными расстройствами упорядочивает всю психическую деятельность. Второй принцип – не стоит перегружать психику в период проблем психического плана сильными эмоциями – как отрицательными, так и положительными. Не стоит рваться в путешествия, начинать какие-то сложные проекты – на них просто не хватит ресурсов. И третье – не стоит перегружать кризисную психику любыми психоактивными веществами (алкоголем, наркотиками, «энергетиками», никотинсодержащими веществами).

БЫТЬ АКТИВНЫМ – ВЫБОР КАЖДОГО!

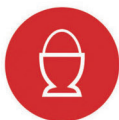


до **5** МЛН случаев смертей в год можно было бы предотвратить, если бы население мира было более активным физически

более **80**% подростков во всем мире испытывают недостаток физической активности

ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ, ЗДОРОВОЕ ПИТАНИЕ И ПОЛНОЦЕННЫЙ ОТДЫХ – ВАЖНЫЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ!

5 ИДЕЙ ПОЛЕЗНОГО ПЕРЕКУСА НА 100 ККАЛ



Яйцо вареное (вкрутую), небольшой огурец



Йогурт – 130 г (баночка), клубника (свежая или замороженная) – 40 г (3-5 штук)



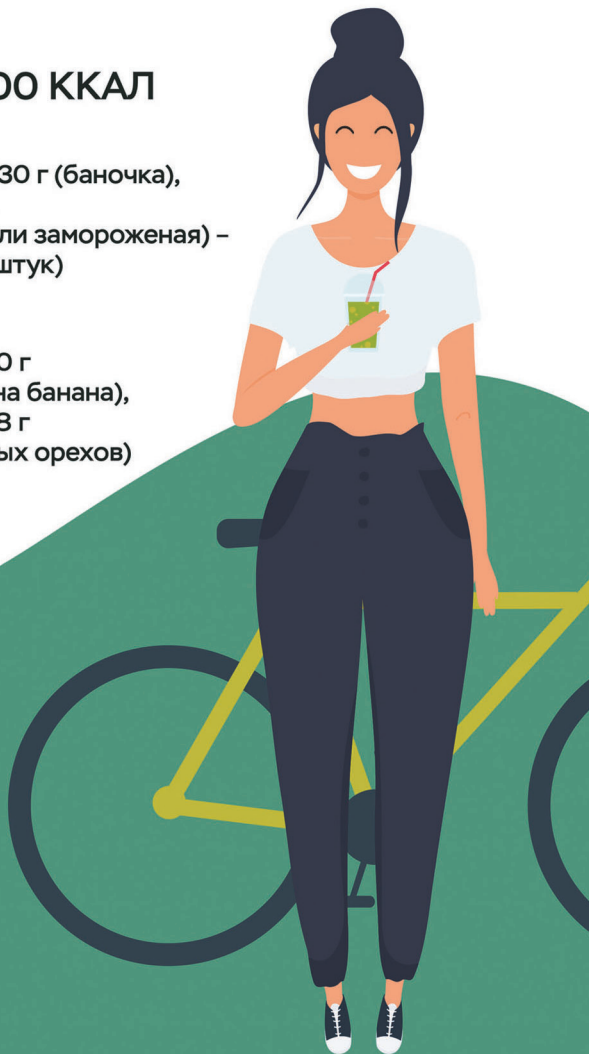
Курага – 15 г (~3 штуки), миндаль – 10 г (~6-7 орешков)



Банан – 60 г (~половина банана), фундук – 8 г (~4-5 целых орехов)



Кефир 2,5% – 200 мл (1 стакан)



РАСХОД ККАЛ ЗА 30 МИН



350 ккал Подъем по лестнице



200 ккал Танцы под любимую музыку



151 ккал Зарядка



109 ккал Пешая прогулка



100 ккал Уборка дома



Хочу выразить благодарность специалистам гинекологического отделения КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи». Мне делали неприятную процедуру, при которой я не особо сдерживала эмоции. Но врачи и медсестра при этом оставались спокойными, вежливо со мной разговаривали, подбадривали. Благодарю всех специалистов отделения за ваш труд, профессионализм и доброжелательность! Отдельное спасибо заведующему отделением **Ельчанинову** и врачам **Баклановой** и **Кулик!**

Мария Максимовна Кулиненко

Хочу выразить благодарность персоналу КГБУЗ «Бийская ЦРБ» за чуткое отношение, за профессиональную и качественную помощь в лечении и в родах. Спасибо за особое внимание и отзывчивость. Желаю вам только благодарных пациентов. На роды поступила с первой беременностью и нисколько не пожалела, данным роддомом осталась очень довольна. Особые слова благодарности хочу выразить моему лечащему врачу **Маргарите Андреевне Гладченковой**, заведующей отделением патологии, за ее профессионализм и преданность своему делу.

*С уважением и благодарностью,
Наталья Александровна Жидкова*

Хочу сказать огромное спасибо акушеру-гинекологу КГБУЗ «Городская поликлиника № 9, г. Барнаул» **Наталье Юрьевне Першаковой** за здоровье мое и моих детей. Первый раз я попала под ее наблюдение и ведение беременности 15 лет назад, были осложнения, и она помогла мне выносить и родить здорового мальчишку. И спустя столько времени, узнав о второй беременности, я знала, что доверюсь только Наталье Юрьевне. Спасибо огромное за Ваше внимание, за заботу и своевременную помощь. Низкий Вам поклон.

Анна Владимировна Фельк

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!».

Лежали с ребенком в инфекционном отделении КГБУЗ «Центральная городская больница, г. Бийск». Хочу выразить огромную благодарность сотрудникам данного учреждения. Быстро взяли все необходимые анализы, поставили правильный диагноз, врач подобрала нужное лечение, после которого ребенок почувствовал себя намного лучше – после первого же приема препаратов. Врач отвечает на все интересующие вопросы максимально доходчиво, медсестры всегда помогут и подскажут, если что-то непонятно. Хочется отметить нашего лечащего врача **Анну Сергеевну Семенову**, она смогла ежедневно осматривать моего ребенка, который даже мне горло не показывает. Спасибо медсестре **Ольге Витальевне Крихтуновой**, здесь вообще только положительные эмоции и у меня, и у ребенка. Человек действительно работает там, где должен. Это не просто медсестра – это сестра милосердия! И да, ремонт там, кстати, есть. Все свеженько и чистенько. Никогда не понимала тех родителей, у которых болеют дети, а у них еще хватает сил рассматривать стены; я в таких ситуациях готова лечить хоть где, главное – чтобы работники были профессионалами! За чистоту спасибо санитарочкам. С кем приходилось контактировать на протяжении нашего лечения – все улыбки, контактные, отзывчивые. Пациенты, уважайте и цените тех людей, кто лечит вас и ваших детей.

Дарья Сергеевна Голубева

Так случилось, что 10 лет назад у меня, 25-летней, произошел сбой цикла, который в скором времени пропал совсем. Я молодая, с огромным желанием иметь детей, начала ходить по больницам. Хоть врачи и не приветствуют это, пыталась найти врача, который мне поможет. Все назначения врачей мной выполнялись, сколько лекарств было принято, сколько денег потрачено, а результат был нулевой. На приеме одни гинекологи только задавали вопрос: «Почему не рожашь, ведь уже возраст?», другие просто говорили: «Прими этот факт, так бывает», третьи без обследования просто ставили диагноз бесплодие. И только при посещении смотрового кабинета прекрасные девочки уверили меня: «Ищи своего доктора, который поможет». К **Юлии Васильевне** в Горбольнице № 4, г. Бийск, первый раз на прием попала случайно – лечащий врач ушел на больничный. Все приемы с хорошим настроением, каждому пациенту улыбнется, пошутит, приободрит, найдет слова поддержки, очень тактичная (мне есть с чем сравнить). Самый лучший доктор, врач от Бога! Единственный врач, которая не только прониклась моей, как я уже считала, и даже смирилась, «бедой», но и помогла мне с восстановлением цикла. От всей души хочется пожелать Юлии Васильевне крепкого здоровья, выразить огромную благодарность за высокий профессионализм и чуткое отношение к своим пациентам!

Мария Сергеевна Каверзина

Хочу поблагодарить врачей Станции скорой медицинской помощи, г. Барнаул, **А. В. Деринг** и **О. С. Чистякову**, которые приезжали к нам на вызов в Новоалтайск 24 февраля. Вызвали их к ребенку, а по ходу дела стало плохо мужу. Помогли и тому, и другому. Проявили профессионализм, не бросили и не уехали. Дождались, пока мужу и сыну стало легче. Очень хорошие доктора. Огромное им спасибо.

Ольга Владимировна Емельянова



Краевой детской больнице - 40!

24 февраля 1984 года Краевая клиническая детская больница приняла первых пациентов. В 2019 году на ее базе был организован Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства – ведущее медицинское учреждение для детей в нашем регионе. Коллектив центра – 1175 сотрудников. В структуру учреждения входят перинатальный центр, инфекционная больница, краевая детская больница, консультативно-диагностический центр, строится новый хирургический корпус на 165 коек.

Источник:
пресс-служба АКЦЦОМД



В выпуске использованы фотографии с сайта zdravalt.ru, из архива редакции и открытых источников сети Интернет: lakotardenton.com, dzeninfra.ru, www.cherryblossomcbd.com, heilpraxisnet.de, thesun.co.uk, fikiwiki.com, inserm.fr, такздорово.ру

Алтайская краевая медицинская газета | 12+
Мы за ЗДОРОВЬЕ

Краевая медицинская газета. Издаётся с 17.06.1994 г.

Учредитель: КГБУЗ «Краевой Центр общественного здоровья и медицинской профилактики».

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

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

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

Издатель: КГБУЗ «Краевой Центр общественного здоровья и медицинской профилактики».

Адрес издателя: 656056, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Ползунова, 23.

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

Отпечатано в типографии ООО «А 1».

Адрес типографии: 656049, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Папанинцев, 106А.

Телефон/факс: 8 (3852) 245-936. E-mail: europrint@list.ru. ОГРН: 1062221060670. ОКПО: 98366744

Подписано в печать 12.03.2024. По графику 18:00. Фактически 18:00. Тираж 1000 экз. Цена свободная.