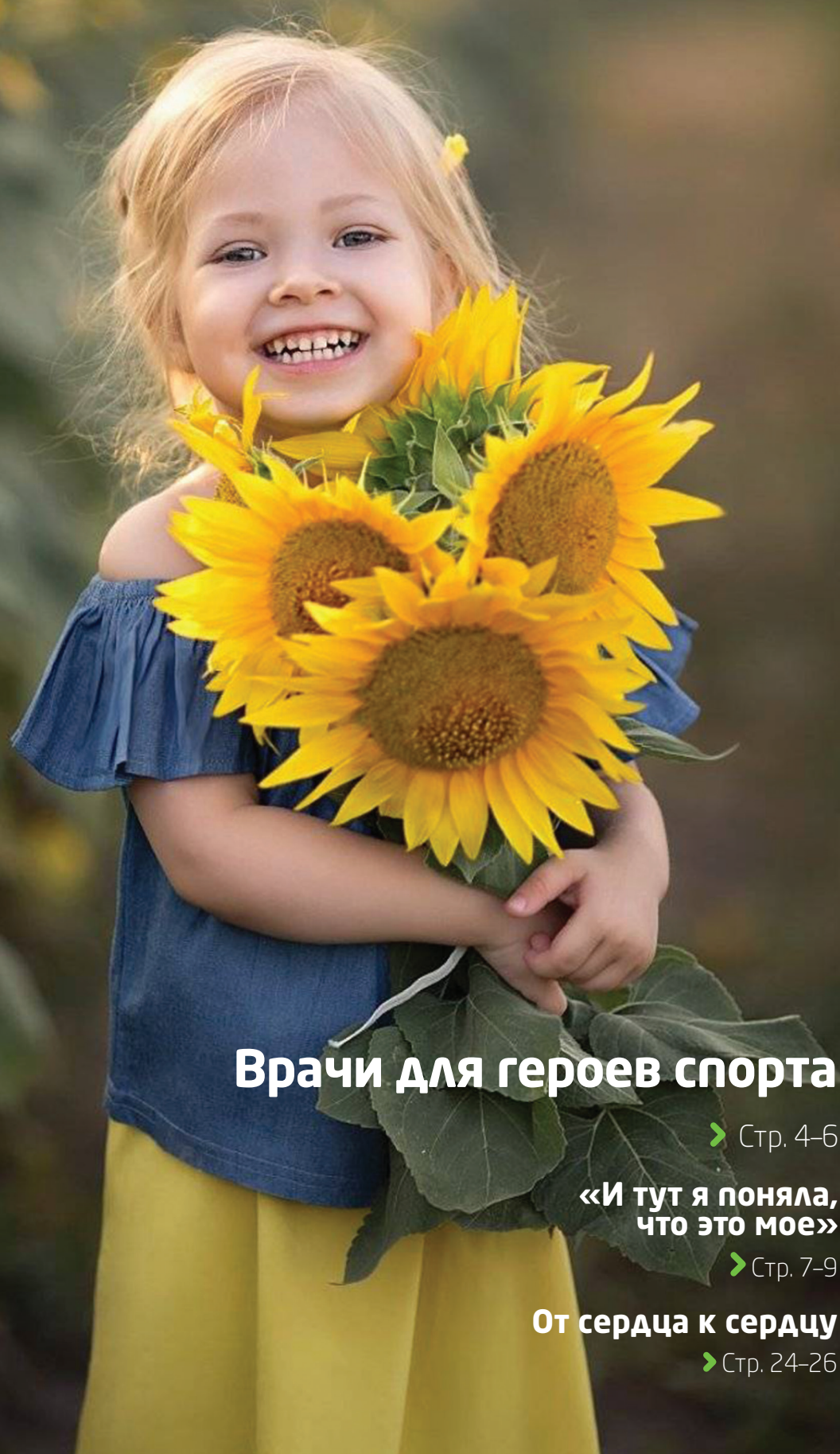


Мы и ЗДОРОВЬЕ



№ 8 (734) 15 августа 2024 г. | Издается с 17 июня 1994 г.



Врачи для героев спорта

➤ Стр. 4-6

«И тут я поняла,
что это мое»

➤ Стр. 7-9

От сердца к сердцу

➤ Стр. 24-26

Сократили очередь вдвое

В медицинских организациях Алтайского края с конца 2023 года запущен новый региональный проект, цель которого – увеличить доступность помощи и отдельных диагностических исследований в медицинских организациях третьего уровня (то есть в региональных медицинских центрах). По словам министра здравоохранения Алтайского края Дмитрия Попова, благодаря правильной стратегии за 6 месяцев удалось добиться конкретных положительных результатов.

– Сегодня количество обращений по вопросам недоступности медицинской помощи в медицинских организациях третьего уровня и нарушения сроков ожидания снизилось в два раза, – подчеркнул Дмитрий Владимирович.

Заместитель главного врача по поликлинической работе Краевой клинической больницы Елена Герасимова на примере своего медучреждения рассказала, каким образом удалось сократить очередь на получение талонов и сделать так, чтобы пациенты не тратили лишнее время на обследования.

– Мы активно взаимодействуем с медицинскими организациями первого и второго уровней, то есть с центральными районными больницами и межрайонными медицинскими центрами. Коллегам в индивидуальном порядке разъясняем алгоритм направления пациентов в край. Учим, как отправлять к нам людей по профилю, обоснованно, чтобы не было больших очередей. В итоге жители региона, которым на самом деле нужна такая медицинская помощь, получают ее быстрее, – поясняет Елена Анатольевна.

Кроме того, в Краевой клинической больнице есть возможность оказывать медицинскую помощь с использованием телемедицинских технологий. Такая работа с пациентами ведется в ККБ на постоянной основе, и, как показывает практика, успешно выполняется главная поставленная задача – вовремя поставить диагноз и помочь человеку.

Создан образовательный кластер



31 июля на базе симуляционного центра Барнаульского базового медицинского колледжа подписано соглашение о партнерстве в целях создания и развития кластера среднего профессионального образования «Клиническая и профилактическая медицина Алтайского края» в рамках федерального проекта «Профессионалитет». Соглашение заключено между региональными Министерством здравоохранения и образования и науки, медицинскими колледжами и медицинскими организациями края.

В мероприятии приняли участие заместители Председателя Правительства Алтайского края Юрий Абдуллаев и Игорь Степаненко. Для них директор Барнаульского базового медицинского колледжа Ольга Бондаренко провела экскурсию по колледжу и ознакомила с возможностями подготовки медицинских сестер и фельдшеров для края.

Во время подписания соглашения Юрий Абдуллаев отметил важность создания первого медицинского образовательного кластера в нашем регионе: «Сегодня мы подписываем соглашение о создании уже десятого образовательного и первого медицинского кластера по федеральной программе «Профессионалитет». Важно, что сейчас мы создаем связь между работодателями и образовательными организациями. Мы готовим в данном случае студентов медицинских специальностей, непосредственно в

сотрудничестве с нашими лечебными учреждениями. Главная ценность проекта заключается как раз в этом: образовательные программы связаны с реальной практикой у работодателей».

В 2025 году в регионе для подготовки кадров среднего звена в сфере клинической и профилактической медицины на средства гранта создадут мощное образовательное пространство.

«Средства гранта будут направлены на дополнительное оборудование для симуляционного центра. Например, приобретем специальную модель скорой помощи, которая поможет студентам отрабатывать навыки экстренной помощи. В медколледже появится новое лабораторно-диагностическое оборудование, особое внимание хотели бы уделить оборудованию для проведения телемедицинских консультаций», – поделилась директор ББМК Ольга Бондаренко.

Соглашение объединит не только медицинские колледжи и техникумы Алтайского края, к реализации проекта присоединятся крупные медучреждения региона, такие как Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи № 2, Краевая клиническая больница, Консультативно-диагностический центр Алтайского края, Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства, Городская больница № 5 и Консультативно-диагностическая поликлиника № 14 г. Барнаула.

Источник: zdravalt.ru

Пополнение в ККБСМП № 2: сразу 17

В Краевую клиническую больницу скорой медицинской помощи № 2 в ближайшее время придут работать 17 выпускников ординатуры.

«Большинство медиков ранее проходили у нас практику или трудились в должностях младшего и среднего медицинского персонала, проявив себя как ответственные и компетентные сотрудники», – отмечают в больнице.

В медучреждении появятся следующие врачи: два анестезиолога-реаниматолога, пять хирургов, три невролога, эпидемиолог, уролог, эндокринолог, акушер-гинеколог, терапевт, инфекционист и врач клинической лабораторной диагностики.



В БСМП № 2 уже готовят для молодых докторов рабочие места. Руководство больницы сделает все возможное, чтобы новым сотрудникам было комфортно работать. Безусловно, за каждым пришедшим специалистом будет закреплен опытный наставник.

Будущие мамы учатся на куклах

В Алтайском краевом перинатальном центре «Дар» будущим мамам еженедельно рассказывают о пользе грудного молока для ребенка, о лактации, о роли питания во время кормления грудью, с помощью кукол-младенцев обучают грудному вскармливанию.

Акушер-гинеколог, консультант по грудному вскармливанию **Анна Евланова** не первый год помогает женщинам, которые испытывают трудности с кормлением новорожденного. Однако, как считает врач, начинать готовиться к этому важному периоду необходимо еще на этапе ожидания малыша.

– У будущих мам так много страхов, поэтому наша задача – макси-

мально просто и понятно разобрать все волнующие их вопросы. Во время встречи на практике женщины освоили лимфодренажный и точечный самомассаж груди, который облегчает самочувствие и делает кормление более комфортным. С помощью специальных кукол-младенцев пациентки учились правильно прикладывать малыша к груди, пеленать его, – подчеркнула Анна Юрьевна.

Такие мастер-классы помогают медикам привлечь внимание к естественному вскармливанию как единственно верному способу кормления новорожденных при отсутствии противопоказаний.



Искусственный интеллект на службе здоровья

В Алтайском крае реализуется проект «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы здравоохранения» в рамках национального проекта «Здравоохранение».

Так, в 2023 году региональным Минздравом были приобретены инструменты с применением технологий искусственного интеллекта (ИИ) для расшифровки флюорограмм и рентгенограмм органов грудной клетки, общей стоимостью 7 млн рублей. С марта нынешнего года искусственный интеллект заработал в полную мощь. В общей сложности он уже обработал 45 688 снимков.

Принцип работы таков:

- снимок пациента загружается в Региональный архив медицинских изображений;

- нейронная сеть делает анализ изображения и отправляет результат обратно в архив;

- врач имеет возможность сравнить снимок, сделанный аппаратом, и этот же снимок, обработанный ИИ, что уменьшает шансы на ошибку.

Важно, что на всех этапах передачи данных сохраняется анонимность пациента. Искусственный интеллект работает с обезличенным снимком. Кстати, в ближайшее время в регионе ИИ начнет обрабатывать маммографии и КТ головного мозга.



Врачи для героев спорта



В этом году исполняется 60 лет КГБУЗ «Алтайский врачебно-физкультурный диспансер». Его специалисты следят за здоровьем спортсменов, начиная с самого юного их возраста, а также работают на всех соревнованиях, проходящих в регионе, в том числе самых значимых. К примеру, в конце июня проходили международные гонки «Алтайская регата. Кубок драконов», и спортивные врачи тоже были их участниками.

Начало

Алтайский краевой врачебно-физкультурный диспансер вырос из кабинета медицинского контроля за занимающимися физкультурой и спортом. Кабинет был открыт 31 августа 1948 года. У истоков создания службы врачебного контроля и лечебной физкультуры Алтайского края до 1961 года стояла заведующая кабинетом **Мария Николаевна Коробкова**. Штат кабинета насчитывал трех человек: заведующая кабинетом, медицинская сестра, санитарка. Первое время они работали в здании детской поликлиники № 2, а затем в помещении при стадионе «Динамо».

В 1964 году отдел труда и заработной платы планово-финансового управления Министерства здравоохранения РСФСР направил в краевой отдел здравоохранения официальное письмо об организации краевого врачебно-физкультурного диспансера II категории. Кабинет был реорганизован в городской врачебно-физикуль-

турный диспансер с функцией краевого подчинения.

Этап расцвета службы приходится на годы руководства диспансером **Фирой Дмитриевной Кузьминых**. Она вступила в должность главного врача в 1969 году и возглавляла его по 1983 год. В это время диспансер стал учреждением I категории, затем внекатегорийным со штатом более 15 врачей. В диспансер приходили молодые специалисты, создавалась новая система организации врачебного контроля за спортсменами, набирала силу и развивалась специальность «лечебная физкультура». Открывались городские врачебно-физкультурные диспансеры в Бийске и Рубцовске, а также кабинеты врачебного контроля во всех крупных ЦРБ края. Кадровая подготовка специалистов для края проводилась в Алтайском врачебно-физкультурном диспансере. Появлялись новые диагностические исследования, создавались новые направления, происходило методи-

ческое перевооружение, развивались преемственность и связь диспансера с ЛПУ, образовательными учреждениями, спортивными организациями.

По всем этим направлениям активно работали увлеченные своим делом специалисты: **М. Н. Федулова, Н. М. Бирюкова, И. Г. Смылова (Полещук), Т. А. Торбина, А. И. Николайчик, Л. Г. Ульянова, В. Ф. Чудимов, Н.П.Серебрякова** и многие другие. Этот талантливый и сплоченный коллектив в разное время организовывали и направляли руководители от здравоохранения Алтайского края **Г. В. Мишин, Н. М. Бирюкова, В. М. Роменский, Г. Г. Нечаев, Н. И. Куропятник**.

Уже полвека Алтайский врачебно-физкультурный диспансер является клинической базой Алтайского государственного медицинского университета. В работе АВФД развито межведомственное взаимодействие, в том числе с рядом кафедр АГМУ, с образовательными учреждениями края, спортивными организациями.

Особенная организация

Под медицинским контролем диспансера находятся сборные команды спортсменов высших и средних учебных заведений, учреждения дополнительного образования, ветераны спорта, спортивные школы, спортсмены, входящие в сборные команды Алтайского края, Российской Федерации, спортсмены-инвалиды. Спортивные врачи и узкие специалисты ведут прием пациентов из городов и районов Алтайского края, в том числе во время выездной работы.

В 2011–2013 годах, во время становления филиалов диспансера, по инициативе Министерства здравоохранения Алтайского края и лично губернатора происходили модернизация и дооснащение диспансера. Появилось новое современное оборудование, программы, в том числе для нагрузочного тестирования спортсменов, определения пика спортивной готовности, выявления механизмов скрытого утомления. Специалисты в области спортивной медицины, функциональной диагностики, лабораторной диагностики (**В. М. Клоц, М. А. Пахарукова, М. А. Сушкова, Н. Р. Жаркова** и другие) внедряют новые методы и исследования для алтайских спортсменов. Замечательные инструкторы, массажисты, возглавляемые врачом по лечебной физкультуре, активно восстанавливают спортивную работоспособность, утраченные функции после спортивных травм (**Т. М. Пиманова, А. В. Демешко, Е. И. Воранкова** и другие).

АВФД – особенная организация. Ее цели – сохранить здоровье здоровых людей. Задачи – достигнуть очень высоких результатов вместе с тренером-наставником и спортсменом. Особенной ее делают и люди, причем не только коллектив самой медицинской организации, но и тренерский состав, ребята-спортсмены и спортивная общественность края.

Специалисты диспансера – не просто врачи, они должны владеть знаниями многих смежных специальностей, быть в том числе психологами, уметь погасить конфликт на пике сумасшед-

шей усталости спортсмена, быть педагогами, уметь порадоваться успеху и найти слова поддержки при неудаче. Невозможно стать таким специалистом только с базой знаний, полученных в alma mater. Поэтому врачи постоянно совершенствуются и повышают свою квалификацию.

Вклад врачей в рекорды

На вершине спортивного олимпа региона радуют победами двое спортсменов – стрелок **Сергей Каменский** и легкоатлет **Сергей Шубенков**. Рядом с ними в спортивной иерархии – конькобежец **Виктор Муштаков**, лыжница **Яна Кирпиченко**, борец греко-римского стиля **Виталий Щур**. В это яркое созвездие добавились сразу несколько новых звезд – биатлонист **Даниил Серохвостов**, легкоатлеты **Савелий Савлуков** и **Виктория Погребняк**, дзюдоистка **Дарья Храмойкина** и гимнаст **Сергей Найдин**. К блистательной молодой компании относится и легкоатлетка **Полина Миллер**, которая побеждает на беговых дорожках России уже пятый год подряд.

Традиционно высокие позиции в России занимают алтайские паралимпийцы. На летних Олимпийских играх в Токио флаг Паралимпийского комитета России на церемонии закрытия соревнований доверили нести нашему земляку **Роману Жданову**. На плавательных дорожках Паралимпиады он завоевал три золотые и две бронзовые медали.

Работа врачебно-физкультурного диспансера тесно связана со спортивной жизнью Алтая, ростом и развитием физической культуры и спорта в крае. В целях формирования культуры нулевой терпимости к допингу в спорте диспансер проводит систематическую работу, которую оценивает РУСАДА. По объему выполняемой антидопинговой работы Алтайский край находится на лидирующих позициях (1–5 места) в рейтинге регионов России.

Ежегодно обслуживается более 500 спортивно-массовых мероприятий. В последние годы краю доверили проведение крупных спортивных мероприятий. Это чемпионат и первенство России по кикбоксингу в дисциплине «фулл-контакт» с участием 900

Цифры и факты

Свыше **100** тыс. посещений в год в Алтайском врачебно-физкультурном диспансере

Более **12** тыс. спортсменов края проходят в год углубленное медицинское обследование, в том числе заслуженные мастера спорта, мастера спорта международного класса, мастера спорта, кандидаты в мастера спорта.

В АВФД работают **29** врачей, **21** медицинская сестра, **98** работников.

У АВФД есть два филиала, расположенных на крупных спортивных объектах. Это позволяет максимально приблизить медицинскую помощь по профилю «спортивная медицина» к тренировочным местам.

спортсменов из 56 регионов страны, Кубок Вооруженных сил РФ по армейскому рукопашному бою на призы Героя России, генерал-полковника **В. А. Шаманова**.

Одним из самых впечатляющих спортивных событий на Алтае стало проведение в мае 2021 года в Барнауле II этапа Кубка мира и олимпийской квалификации по гребле на байдарках и каноэ с розыгрышем шести лицензий на Олимпийские игры в Токио. Такого масштабного турнира в спортивной истории Алтайского края прежде не было никогда! Перед алтайским здравоохранением и коллективом врачебно-физкультурного диспансера в условиях распространения COVID-19 стояли сложные задачи по организации медицинского обеспечения столь значимых турниров. Коллектив успеш-

Продолжение на стр. 6 >>

«Продолжение. Начало на стр. 4-5»

но реализовал все поставленные задачи, в очередной раз доказав свой профессионализм. Благодаря этим стартам наш край был определен как место ежегодного проведения соревнований международного уровня по гребле на байдарках и каноэ.

Специалисты в области спортивной медицины шагают в ногу и с массовой физической культурой. А именно – с людьми старшего поколения: со скандинавскими палочками, с катающимися на велосипедах, с теми, кто выполняет нормативы Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «ГТО»,

участвует в проведении сельских олимпиад и олимпиад городов Алтайского края, в спартакиадах медицинских работников, государственных служащих, пенсионеров Алтайского края.

Подготовила Елена Клишина.

Фото предоставлено пресс-службой АВФД

Личная история

Главный врач АВФД Татьяна Викторовна Лукашина после окончания АГМУ в 1989 году поступила в интернатуру и затем была принята в штат диспансера специалистом по спортивной медицине.



– Я выросла в семье врачей: мои родители посвятили свою жизнь медицине, мой старший брат окончил медицинский институт. Поэтому других вариантов, в какой вуз поступать младшему ребенку в семье, не было – выбор был очевиден. Я очень люблю детей и поэтому поступила на педиатрический факультет. Кроме того, в юности я всегда занималась спортом – на уровне школьных секций, но все-таки: лыжи, спортивное ориентирование, легкая атлетика, каталась на коньках. Но выбрала баскетбол. Поступив, сразу попала в команду медицинского института, которая тогда дважды становилась участником финала чемпионата России среди медицинских вузов. Выступая на соревнованиях, я познакомилась со спортсменами нашего вуза и по рекомендации ребят обратила свое внимание на лечебно-физкультурный диспансер, чтобы стать спортивным врачом.

Мой первый главный врач – **Нина Михайловна Бирюкова**, первый мой учитель в самостоятельной профессиональной жизни. У нее был принцип – брать на работу врачей со спортивным прошлым или настоящим, так как спортивная анатомия и физиология даются легче тем, кто

сам занимался спортом, имеет тренировочную и соревновательную базу. Меня как бывшую спортсменку сразу окунули в крупные турниры и соревнования – я начала работать врачом медицинского обеспечения соревнований. Буквально в первый-второй год я поехала на сельские олимпиады. Нина Михайловна отправляла врачей обучаться на центральные спортивные базы, и я обучалась спортивной медицине в Москве.

У меня были очень хорошие соратники. Мои учителя – **Татьяна Васильевна Рождественская**, детский кардиолог, и **Валерий Никитич Зайцев**, травматолог. Они работали в нашем учреждении консультантами, когда главным врачом был **Николай Иванович Куропятник**, настоящий корифей в своем деле, понимавший нашу специальность как никто. Они меня научили многому.

Владимир Леонидович Кобзев, руководитель клуба «Коммунальщик», и **Леонид Германович Кинякин**, руководитель клуба по футболу инвалидов-ампутантов «Инваспорт», предложили мне курировать их клубы. Эти тренеры разглядели во мне истинного спортивного врача, благодаря им я попала в сборные России – в национальную сборную по хоккею на траве и в сборную по мини-футболу.

Если говорить о хоккее на траве, то это перевернуло мою жизнь в целом, значительно приумножило мои знания, прибавило опыта. Я участво-

вала в чемпионате мира в Амстердаме, в Еврокубке во Франции, в котором наш «Коммунальщик» победил. Перед этим мы были в Испании на длительных сборах. Потом я попала вместе с **Владимиром Кобзевым** в молодежную сборную России, и мы выиграли чемпионат Европы в Праге. И было огромное количество работы, начиная с массажа и заканчивая реабилитацией после травм и заболеваний.

Спортсмены – недоверчивый контингент, сразу не открываются тебе, особенно спортсмены высокого уровня, как легкоатлеты **Сергей Шубенков** и **Виктория Погребняк**. Но если они почувствовали, что ты действительно можешь им помочь быстрее набрать форму или восстановиться, то становятся очень благодарными, и это дорогого стоит.

В нашем диспансере всегда много детей, и поэтому у нас атмосфера совершенно особая. Это здоровая, активная, эмоционально заряженная на победу молодежь. Они совсем другие – четко понимают, что они хотят и что им нужно сделать. Они слушают врача и тренера, не пропуская ни одного слова. Они выдержанные, сосредоточенные, собранные, целеустремленные, и этим вещам нам всем надо учиться у них. Я готова для них, образно говоря, луну с неба достать, и они это чувствуют.

Я в этой специальности уже до такой степени пустила корни, что меня уже отсюда не выдернуть. Я очень люблю свою работу.

«И тут я поняла, что это мое»



В этом году в краевом этапе Всероссийского конкурса врачей в номинации «Лучший сельский врач» победила Татьяна Викторовна Сафонова. Она врач-терапевт, также ведет кардиологический прием, руководит терапевтическим отделением и с декабря прошлого года исполняет обязанности главного врача Зональной ЦРБ, на территории которой сейчас ведется строительство новой поликлиники. Неужели при такой занятости остаются время и желание участвовать в конкурсах?



– Меня сподвигло стремление показать пример молодым специалистам, что не надо сидеть в болоте, надо двигаться вперед, надо участвовать в жизни больницы, района, края, надо идти в ногу со временем. Хотелось показать, что да, бывает трудно, но все возможно, – отвечает Татьяна Викторовна.

В семье Сафоновых много медиков. Мама Татьяны Викторовны была районным педиатром, супруг **Андрей Дмитриевич** – заведующий отделением реанимации. Врачами стали обе дочери: старшая – врач-кардиолог краевого кардиологического диспансера, младшая в этом году окончила шестой курс медико-профилактического факультета АГМУ.

Сама Татьяна Викторовна рассказывает о том моменте, когда она выбирала профессию, так:

– Выбор я сделала довольно неожиданно. Несмотря на то, что моя мама была врачом-педиатром, что среди моих книг в пять-шесть лет одной из любимых был учебник по акушерству, профессию врача как собственное призвание на самом деле я очень долго отрицала. Когда я приходила на работу к маме, ее коллеги часто говорили: «Таня, ты будешь врачом, как мама», но я всегда отвечала: «Нет». Потому что в больницу она меня брала чаще для того, чтобы поставить мне прививку, а прививки – это больно. Неприятие этой боли вызывало во мне неприятие профес-

сии. В школе я училась хорошо, окончила ее с медалью. Моими любимыми предметами были математика, физика, химия. Я дважды выигрывала олимпиады по математике и после седьмого и восьмого класса ездила в летние математические школы при педагогическом институте. Я думала, что моя профессия будет связана с математикой, физикой или химией. Но в конце десятого класса к нам на урок профориентации пришла девушка – выпускница нашей школы, студентка первого курса медицинского института. Она начала рассказывать про институт. И тут я поняла: все, что она рассказывает, – это вот мое. Что я

Продолжение на стр. 8-9 >>

«Продолжение. Начало на стр. 6-7»

жила в этом все свои семнадцать лет, что я знаю многое про сельскую медицину и что я пойду в мединститут. Так наступил момент выбора, никто меня к этому не подталкивал. В тот день я пришла домой и сказала маме: «Мама, а я пойду в мед». Отговаривать меня никто не стал. Мы тогда жили в Хабарях, я одна поехала в Барнаул на поезде подавать документы. В 1987 году поступила с первого раза на лечебный факультет, с одним экзаменом как медалист – писала письменно физику, которая меня очень хорошо выручила, я получила на экзамене «отлично». Педиатрию я тогда не выбрала, потому что детей мне было жалко, а также я думала, что с ними очень сложно.

Когда началась учеба, я столкнулась с тем, что здесь нужно зубрить – латынь, анатомию. Хотя потом уже поняла, что и в латинских названиях в анатомии есть определенная логика. Первые три года учебы были реально сложными, а начиная с четвертого курса все пошло дальше как само собой разумеющееся, гладко, без проблем.

После первого курса я поехала в стройотряд, там познакомилась со своим будущим мужем. Он учился на курс старше, мы поженились после моего четвертого курса, потом я родила старшую дочь. После окончания института мне хотелось остаться в Барнауле, но моего мужа уже ждали на его малой родине – в Зональном районе. После интернатуры он поехал туда, а я – за ним. Так в 1993 году я попала в Зональную центральную районную больницу. Она стала моим первым и единственным местом работы. Первые 25 лет я работала участковым терапевтом. С 2017 года заведу терапевтическим отделением. Кроме того, веду прием кардиологических больных. С 30 декабря 2023 года я исполняю обязанности главного врача ЦРБ.

Сельский терапевт

На вопрос «Чем сельский врач отличается от городского?» Татьяна Викторовна отвечает так:

– Доступом к ресурсам. У городских специалистов все под боком – обследования, диагностические манипуляции, которые можно быстро осуществить. Сельские врачи весьма и весьма ограничены в своих диагностических поисках. Нам приходится больше работать головой, вот тут логика очень и очень помогает. Правильно собранные анамнез с жалобами – это практически 95 процентов диагноза. Городские и сельские врачи отличаются друг от друга только этим. Но при этом и у сельских жителей возможностей лечиться и обследоваться меньше, чем у городских, поэтому от профессионализма лечащего врача зависит многое – буквально здоровье, судьба и жизнь пациента.

Сейчас система работы с населением меняется. Если раньше по вызовам на дом выезжали врачи, то теперь это делают фельдшеры.

Во времена, когда я только начала работать, у нас из-за врачебного дефицита не были полноценно сформированы терапевтические участки. На весь район должно было быть десять терапевтов, а было пять. Нагрузка всегда была колоссальная. Было время, когда я оставалась единственным терапевтом на всю районную поликлинику, если коллеги уходили в отпуск, на пенсию, на больничный. Иногда за день приходилось принимать 65 человек, и домой я шла буквально еле живая. Но ничего, выжила, это был мой опыт. Столько принимать было реально сложно, и приходилось выдумывать какие-то другие схемы приема. Допустим, чтобы ускорить этот процесс, тех больных, которые приходили, чтобы взять направление на обследование или выписать льготные лекарства, я делегировала своей участковой медсестре. И кстати, сейчас официальная тенденция такая, что некоторые функциональные обязанности врача перенаправлены медсестрам и фельдшерам.

Сейчас у нас два участковых терапевта в Соколово, один врач-терапевт на ставку и еще один на полставки. Но скоро выйдут на работу два врача-терапевта – один после шестого курса, другой после ординатуры. Кро-

ме того, на доврачебном приеме у нас работают фельдшеры.

Что изменилось в моей работе с момента назначения и. о. главного врача? Степень ответственности. Терапевтическое отделение можно сравнить с государством в государстве. Мы жили как бы обособленно, у нас были свои правила, свое подчинение, своя зона ответственности. Было все налажено и понятно. Когда стала исполнять обязанности главного врача, пришлось решать уже другие вопросы – не только медицинские, но и экономические, хозяйственные, социальные. Их нужно решать здесь и сейчас. Если есть проблема, и я через нее просто переступлю, то завтра возникнет новая проблема, а эта останется нерешенной. Поэтому нужно все делать сегодня, такова современная действительность.

Наша больница хоть и районная, но все же она является частью большого медицинского сообщества края. Мы часто взаимодействуем не только с краевым министерством, но и с больницами второго и третьего уровней. Если проблему пациента нужно решать в учреждении другого уровня, то мы этого добиваемся. Недавно к нам по скорой поступил пациент с инфарктом. В течение часа ему был поставлен диагноз, он получил консультацию специалистов кардиоцентра и нашей машиной в сопровождении наших сотрудников был вывезен в Барнаул. Сегодня ночью у женщины, лежавшей в отделении, произошел внутрибольничный инфаркт, и ее перевели в межрайонное кардиологическое отделение в Бийске. Это то, что касается стационара, – идет постоянное взаимодействие с коллегами, каких-то пациентов мы берем на себя, каких-то передаем другим.

Что касается поликлиники, то все этапы консультирования пациента соблюдаются. Наши терапевты наблюдают хронических пациентов. Когда пациент стабильный, то минимум раз в году его осматривают на этапе следующего уровня – или в диагностическом центре в Бийске, или в краевой поликлинике, в краевом кардиодиспансере или в онкодиспансере. Если установить диагноз не в наших возможностях, то

мы тоже отправляем пациента на вышестоящий уровень – межрайонный, окружной или краевой.

Для меня главным в моей работе было всегда, во-первых, правильно поставить диагноз. Во-вторых – чтобы человек мог восстановить свою трудоспособность или мог бы при утрате здоровья получить социальную защиту в виде группы инвалидности.

Татьяна Сафонова за многолетний добросовестный труд и высокий профессионализм отмечалась Почетными грамотами Минздрава РФ, администрации Алтайского края, Главного управления по здравоохранению и фармацевтической деятельности АК. В 2024 году ей было присвоено звание «Отличник здравоохранения».

Новая поликлиника

– Прежнее здание поликлиники было построено в 1932 году. Оно разрушено временем до той степени, что не может использоваться дальше. Министерство здравоохранения Алтайского края, оценив ситуацию, приняло решение начать эту грандиозную стройку. Стройка на самом деле серьезная, большая. Мы ждали этого последние лет десять. Сейчас проект находится на стадии котлована. Это будет двухэтажное здание со всей современной инфраструктурой. В нем будет размещено новое оборудование – цифровой флюорограф, маммограф, рентген-оборудование, кабинеты эндоскопии, ультразвуковой диагностики, ЛОР-врача, офтальмолога, с современной техникой, – рассказывает о будущей поликлинике и. о. главного врача.

В Зональном районе проживает 16 392 человека, также в зону обслуживания поликлиники входят села Акутиха и Солдатово Быстроистокского района. Это еще плюс 1108 человек. При такой численности обслуживаемого населения пропускная мощность поликлиники должна быть не менее 385 человек в смену.

Подготовила Елена Клишина

Нас не ищите в «интернетах»... Мы в соседних кабинетах



**Как это – жить и работать вместе?
Легко, когда рядом твой человек.**

Не каждый даже самый смелый человек может похвастаться решительностью при входе в кабинет с полураскинутым креслом, зависающими над ним лампами и бормашиной. А этот столик рядом? Кажется, на нем еще больше инструментов, чем в хирургическом кабинете! Слегка замираю на пороге, доктор поправляет очки, произносит: «Присаживайтесь» – и... рассказывает, как почти 45 лет назад пришел в медицину, о том, кто лечил зубы его детям, сколько пациентов в день принимал в 90-е. Встречайте, Константин Сидоров, хирург-стоматолог, знакомый всем от мала до велика.

Этого специалиста в Залесовском округе знает почти каждый, но не всем известно, что профессия врача им выбрана совсем не случайно.

Константин Сидоров родился в Прокопьевске Кемеровской области в 1959 году.

В 1976 году юноша поступил в Кемеровский медицинский институт и в 1981 году благополучно его окончил.

С 1982 по 1990 годы служил в армии, в железнодорожных войсках,

Продолжение на стр. 10 >>

«Продолжение. Начало на стр. 9»

строил БАМ в Верхнебуреинском районе Хабаровского края.

В Залесовской ЦРБ трудится с 1990 года.

– В медицину пошел по стопам своих родственников: двух тетушек, мамы **Татьяны Дмитриевны**, старшей двоюродной сестры, – рассказывает собеседник.

– Так вы из династии, Константин Прокопьевич! Почему именно стоматология?

– Наверное, потому что требовалось меньше баллов для поступления (*смеется*). А шел целенаправленно в медицину, специальность не имела особого значения. Так, решил попробовать себя на поприще стоматолога.

– Если вспомнить студенческие годы, что отражается яркой вспышкой?

– Стройотряд! Времени хватало и учиться, и работать. Потом восемь лет службы в Вооруженных силах. Когда нас перевели сюда, в Залесово, в больницу уже работала моя вторая половинка, Роза. После увольнения из ВС, в 1990 году, мне также предложили должность в ЦРБ.

– С супругой, Розалией Мударисовной, вы познакомились еще в студенчестве?

– Скажу больше: на зачислении. Четыре года учились в одной группе, а на пятом курсе решили соединить наши судьбы в одну.

В 1981 году в Кемеровской области появился наш сын **Максим**, а в 1985 – дочь **Дарья**. Кстати, сегодня она практикующий врач акушер-гинеколог. Сейчас у обоих семьи. Даша живет в Михайловском районе, Максим в Залесово, работает в администрации заместителем главы округа.

– Когда пришло понимание того, что приняли правильное решение, выбрав сферу здравоохранения?

– О, это чувство появилось еще на втором курсе, когда непосредственно начали работать с больными. Тогда четко определился: это мое. И проблем не возникало с первого курса ни с одним из предметов.

– С того момента прошло почти пятьдесят лет. Назовите самое боль-

шое количество пациентов, принятых в день за вашу практику?

– Если брать 90-е годы, по 30-40 человек проходило за смену. Теперь по записи гораздо меньше, в среднем человек двадцать.

Но здесь важно не количество, а качество выполняемых работ. За 44 в профессии встречались как тяжелые больные, так и легкие. Иногда желал бы оказать помощь, но нет возможности, так как не хватает оборудования в больнице, наши районки для этого не приспособлены. Однако ж мы делаем все возможное для своих пациентов.

– Ваши рекомендации жителям?

– Приучать детей с малых лет следить за зубами! Два раза в год посещать стоматолога. Упустить момент легко, а наверстать невероятно сложно. Новые не вырастут! Вместе с болезнью зубов нарушается и пищеварительный процесс, идет сбой в работе всего организма. Важно помнить это и передавать из поколения в поколение.

– Наверняка очень непросто работать с детьми. Как вам удается успокоить маленьких пациентов?

– Общаться на равных, не сюсюкать. Дети понимают, что с ними разговаривают как со взрослыми, – и сразу успокаиваются. Ему, например, шесть лет и мне – за шестьдесят, а в контакте равны, делаем общее дело – движемся к выздоровлению.

– Читателю наверняка интересно узнать, сами ли вы лечили зубки вашим детям, внукам? И если да, не было ли жалко, какие находили слова?

– Как бы ни было жалко, мы всегда лечили своих детей и внуков сами. Более того, многих бабушек однажды лечили, а позже и детей их, а сейчас и внуков.

– У нас сейчас выпускники поступают в различные учебные учреждения, кто-то и в медицинский. Как считаете, какими качествами должен обладать человек, выбравший направление здравоохранения?

– Состраданием. Все остальные качества – второстепенные. Если врач не жалеет пациента, а страдает вместе с ним, то и помощь будет оказана качественно. Просто потому, что врач хочет, чтобы его лечили так же. А если не будет сострадания – не получится результата.

Когда ты понимаешь, что пациенту больно, но делаешь свою работу, не допуская недоделок, – это уже профессионализм.

– Золотые слова! Константин Прокопьевич, а ведь вы еще и почетный донор.

– Не помню, в каком году получил это звание, а начали сдавать кровь еще со студенческих лет, два раза в год стабильно. Даже в армии, хоть и никаких дополнительных выходных за это не получали.

К нашему разговору присоединяется супруга доктора, врач-стоматолог **Розалия Мударисовна**.

– Вашей семье около полувека. И вы работаете в соседних кабинетах, то есть вместе сутками, круглый год. В чем секрет?

Супруги улыбаются.

– Мы любим и ценим друг друга. Всего, что есть в жизни, – достигли рука об руку. Нам хорошо и спокойно вместе, – пожимает плечами Константин Прокопьевич.

– Мой муж – верный и надежный, настоящий мужчина, за ним как за каменной стеной, – добавляет Розалия Мударисовна. – С ним любые сложности по плечу. Когда Костя был военным, жили в бараках. Весело, дружно, молодо! Приехав сюда, сняли квартиру, потом нам выделили жилье.

Позже муж с сыном вдвоем построили дом. В 90-е держали полный двор хозяйства, работали и воспитывали детей.

Сегодня Константин Прокопьевич разводит фазанов – для души, для красоты.

– Но главное мое вдохновение – любимая жена, – добавляет собеседник. – Меня не найдете в Интернете, не веду соцсети: я либо с птицами, либо с внуками, либо с пациентами. Но рядом – всегда она!..

– Вы просто удивительная семья, пример молодым! Здоровья, счастья вам и всем, кто дорог!

– Спасибо! Всем жителям огромный привет, мирного неба, и будьте здоровы!

Елена Бахарева / Залесовская районная газета «Сельский новатор».

Фото автора

Источник: s-nowator.ru

Не нарушая ритма

День здорового сердца – 11 августа. Во всем мире в этот день говорят о том, как важно заботиться об одном из важнейших органов в нашем теле. Сердце работает без перерывов круглые сутки. Но случается так, что его ритм сбивается. Что происходит с организмом в такие моменты, какие нарушения ритма сердца бывают и как поступать в таких случаях, разберемся с нашим экспертом – врачом-кардиологом Павловской ЦРБ Ниной Соболевой.



Следить за водителем

Ритмичная работа сердца происходит благодаря сокращению и расслаблению сердечной мышцы. Главная заслуга в этом процессе – у синусового узла. Это узел в правом предсердии, в котором формируются электрические импульсы и передаются в другие отделы сердца, заставляя его сокращаться. Его называют главным водителем ритма, или водителем ритма первого порядка. В норме частота сердечных сокращений (ЧСС)



составляет 60–80 ударов в минуту. Что происходит, если возникает отклонение от нормы?

Чаще всего кардиологам приходится иметь дело с синусовой тахикардией, пароксизмальными наджелудочковыми и желудочковыми тахикардиями, экстрасистолиями, брадикардиями и блокадами. «Синусовая тахикардия – состояние не опасное, оно может быть связано с психоэмоциональными и физическими перегрузками, а также с употреблением стимуляторов (никотин, кофеин), но человека может беспокоить сердцебиение. В таких случаях мы рекомендуем бета-блокаторы, поскольку, если идет постоянная нагрузка на сердце, его камеры увеличиваются, и это влечет за собой проблемы», – поясняет Нина Соболева.

Именно поэтому кардиологи рекомендуют держать пульс на уровне 60–80 ударов в минуту. «Если пульс превышает 120 ударов в минуту, необходимо обратиться к врачу, это может быть пароксизм фибрилляции. Фибрилляция предсердий (мерцательная аритмия) – опасное состояние. Это такое нарушение ритма, при котором наблюдается хаотичное сокращение отдельных мышечных волокон сердца. При этом частота сердечных сокращений может превышать 350 в минуту. При фибрилляции предсердий высок риск развития тромбозов, как следствие – развитие инсультов, инфарктов, тромбоза почки, нижних конечностей

и так далее. Именно поэтому важно вовремя определиться с диагнозом. В момент сердцебиений записать ЭКГ, чтобы посмотреть, что происходит с сердцем», – подчеркивает кардиолог.

Показатель ниже 60 ударов в минуту – также тревожный сигнал, который может говорить о неполадках в синусовом узле, о блокаде или же о других нарушениях работы сердца.

Поэтому, если человек испытывает приступы одышки, чувство переворачивания, замирания или даже остановки сердца, приступы потливости, страха, боли в сердце на фоне сердцебиения, то крайне важно не ждать, что все пройдет, а обратиться к специалисту. Это может быть терапевт, кардиолог, фельдшер. «В таких случаях необходимо записать электрокардиограмму, чтобы понять причину состояния и поставить верный диагноз. Нарушения ритма сердца помогают выявить ЭКГ, ее суточное мониторирование, общий анализ крови (если гемоглобин низкий, то будет тахикардия), анализ на гормоны щитовидной железы, а также показатели калия и натрия. При необходимости врач назначит проведение эхокардиографии – УЗИ сердца», – говорит кардиолог.

Держать на уровне 60-80 в минуту

Самое главное – поставить верный диагноз и не заниматься самолечением

Продолжение на стр. 12 >>

«Продолжение. Начало на стр. 11»

ем, предупреждает Нина Соболева. «Определившись с диагнозом, пациентам помогают уже на уровне поликлиник. В каждом случае лечение будет свое. Так, при экстрасистолиях могут помочь даже препараты магния. Но необходимо отслеживать количество экстрасистол, а также их качество – как человек переносит их появление. Если препараты не помогают, то врач уже может назначить антиаритмические средства. При постоянной форме мерцательной аритмии, когда ритм срывается на небольшой промежуток времени, применяют электроимпульсную терапию для восстановления синусового ритма, – продолжает Нина Соболева. – При тахикардиях назначаем бета-блокаторы для урежения пульса и антиаритмические препараты. В случае брадикардии или же при блокаде сердца – блокаторы кальциевых каналов. Если они не помогают и пульс сохраняется редким, то устанавливают кардиостимуляторы, дефибрилляторы. При фибрилляции предсердий назначают бета-блокаторы с антиаритмиками, а также антикоагулянты для профилактики осложнений в виде тромбозов и во избежание инсультов и инфарктов. Если же при пароксизмальной или постоянной фибрилляции антиаритмические препараты оказываются неэффективными, мы направляем пациентов в Краевой кардиологический центр, а оттуда, при необходимости, в федеральные центры, где проводят радиочастотную абляцию».

Сложных путей можно избежать, если относиться к своему «мотору» бережно и внимательно слушать его сигналы. Кардиолог отмечает, что для оптимальной работы сердца необходимы регулярные умеренные физические нагрузки, сбалансированное питание, контроль веса (ожирение приводит к аритмиям), отказ от вредных привычек – злоупотребления алкоголем, кофеином и курительными смесями. Кроме того, важно соблюдать режим труда и отдыха, обеспечивать себе полноценный сон и следить за состоянием

Для справки

Словарик кардиолога

Аритмия – нарушение сердечной проводимости, а также частоты и регулярности его сокращений, приводящее в итоге к нарушению нормальной работы сердца и субъективно неприятным симптомам. Это любые изменения в работе сердца, которые в результате нарушают правильное его сокращение – как по скорости, так и по синхронности работы его отделов.

Атриовентрикулярная (АВ) блокада – частичное или полное прерывание проведения импульса от предсердий к желудочкам.

Брадикардия – ритм сердца с частотой сердечных сокращений менее 60 ударов в минуту.

Тахикардия – состояние, при котором частота сердечных сокращений составляет более 100 ударов в минуту. Она не является самостоятельным заболеванием, а представляет собой симптом (проявление) других заболеваний.

Фибрилляция – резкое увеличение частоты сердечных сокращений. Фибрилляция сердца включает два патологических состояния – мерцательную аритмию и фибрилляцию желудочков. При фибрилляции предсердий происходят их хаотичные сокращения с частотой 400–600 в минуту. При этом предсердия не координируют свои сокращения с желудочками.

Экстрасистолия – внеочередное сокращение сердца, преждевременное по отношению к основному его ритму. Может быть как функционального, так и органического происхождения. Чаще всего экстрасистолы носят функциональный характер, то есть возникают в отсутствие серьезного структурного поражения сердца.

нервной системы – избегать перенапряжения и стрессовых ситуаций. Также необходимо вовремя проходить диспансеризацию.

Ирина Савина

Сейчас на дворе лето – сезон купания в водоемах и открытых бассейнах, а дома из-за жары приходится принимать душ несколько раз в день. Можно ли представить, что существуют люди, которые не могут наслаждаться той прохладой, которую дарит вода? Трудно в это поверить, но такие люди – с аллергией на воду – существуют. Правда, эта особенность организма встречается довольно редко.

Официальное название этого заболевания – аквагенная крапивница.

Количество официально зарегистрированных случаев именно аллергии на воду – не более 50 человек в мире. В остальных случаях аллергические реакции возникают из-за примесей, содержащихся в воде (хлор, соль, микроорганизмы и т.д.).

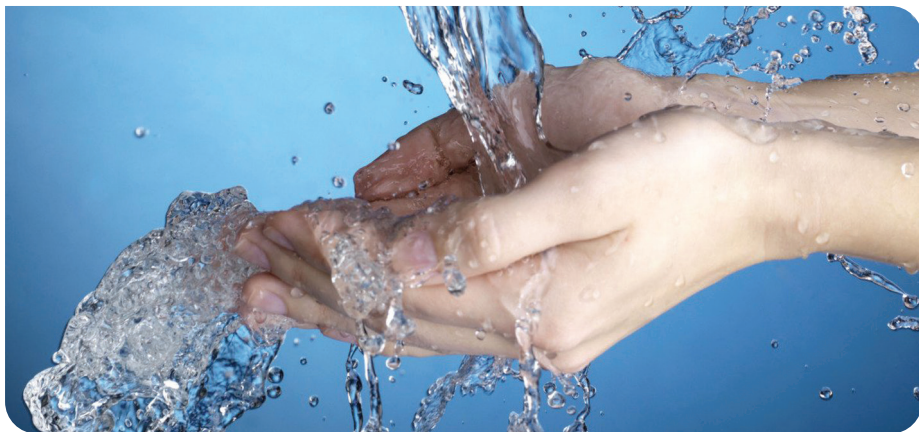
Впервые выявлена в 1963 году.

Особенность заболевания: человек реагирует не только на воду (любую – речную, морскую, дождевую, водопроводную), которая попадает на его кожу извне, но и на те жидкости, которые производит его организм, – на слезы и пот. Пить воду больной может, слизистая без аллергических реакций.

Как проявляется: повышенная чувствительность кожи к воде, зуд, жжение, появление волдырей сразу после контакта с водой. Из-за неприятных ощущений может развиваться боязнь контактов с водой, стресс, тревожность. Чаще всего сыпь появляется в верхней части тела (спина, плечи, руки, шея). В самых тяжелых случаях развивается ангионевротический отек (или отек Квинке) – остро развивающийся и быстро проходящий отек кожи и подкожной клетчатки. После высыхания кожи волдыри быстро опадают и тускнеют.

Кто подвержен: чаще всего девушки с момента полового созревания. Заболевание не прогрессирует. С возрастом заболевание может становиться менее выраженным и даже вовсе исчезнуть.

Аллергия на... ВОДУ



Причина возникновения: вероятно, генетическая предрасположенность.

Терапия: облегчить симптомы помогают антигистаминные препараты, но лучше всего полностью избегать контактов с водой.

Профилактика: избегать приема излишней жидкости и той пищи, которая может вызывать повышенное потоотделение; регулировать уровень тревожности из-за возможных, предполагаемых контактов с водой; наносить на кожу защитный крем перед контактом с водой.

Диагностика: чтобы подтвердить, что это реакция на воду, проводят пробу. На кожу пациента на 20 минут

Важно!

Даже не имея никакой аллергии и тем более весьма редкой аквагенной крапивницы, можно приобрести проблемы со здоровьем, если купаться в городских фонтанах и грязных водоемах. Кишечные инфекции и паразитарные инвазии, отравления, кожные реакции и травмы – вот «букет» последствий купания в не предназначенных для этого местах. Даже купаясь в собственном бассейне на даче, можно приобрести отит или поскользнуться. Поэтому будьте внимательны во время купания, тщательно выбирайте место для него и не сводите глаз с детей.

кладут ткань, смоченную водой комнатной температуры. Или же пациенту предлагают погрузить в воду одно, а затем второе предплечье.

Аквагенная крапивница еще недостаточно изучена – например, ученые пока не выяснили, как вода активирует клетки, вырабатывающие гистамин – медиатор воспаления.

За аквагенную крапивницу можно принять проявления других заболеваний – атопического дерматита и дисгидротической экземы. Также известны аллергии на хлорированную воду бассейнов, на холодную воду (но при этом будут также реакции на резкое похолодание воздуха, а сыпь покрывает в основном руки и ноги). Холинергическая крапивница – так называется реакция на горячую воду, ее также провоцируют сильная физическая активность, сильные эмоции, среди проявлений – понижение давления и симптомы, похожие на астматические.

Если сыпь возникает только в ответ на морскую или речную воду, то, возможно, это реакция на живущие в ней микроорганизмы.

Кроме того, соленая или загрязненная вода может усиливать проявления уже имеющихся кожных заболеваний.

Если вы наблюдаете у себя какие-то кожные реакции после купания, приема определенных продуктов, использования косметических средств, ношения одежды и т. д., то необходимо обратиться к специалистам – аллергологу или дерматологу.

В тему

Самые странные аллергии

Аллергия на солнечный свет, которую можно легко спутать с солнечным ожогом. Разница только в том, что для такой аллергии не требуется хоть сколько-нибудь длительного пребывания на солнце: буквально один лучик – и готово. Симптомы схожие: зуд, покраснение кожи, головная боль и головокружение. Это реакция на ультрафиолет. Нужно использовать закрытую одежду, защитные кремы и избегать контактов с солнечным светом (брр, как будто про вампиров!).

Аллергия на вибрации может возникать, если человек работает с их источниками (станки, строительные инструменты) или много времени проводит в автомобиле или на мотоцикле. Симптомы – сыпь, покраснение и зуд. Лечение – минимизировать контакты с источниками вибрации, принимать антигистаминные препараты для облегчения состояния.

Аллергия на деньги – точнее, на краситель, которым наносят изображения на банкноты, или на никель, который используют в изготовлении монет. Симптомы – сыпь на коже. К счастью, к деньгам теперь можно совсем не прикасаться, ведь существуют пластиковые карты, безналичные переводы и тому подобное.

Аллергия на алкоголь – говорят, что чаще всего она возникает на пиво, потому что аллерген содержит ячмень, из которого оно сварено. Симптомы – насморк, покраснение кожи, частые позывы в туалет, учащенное сердцебиение, удушье.

Подготовлено по материалам интернет-публикаций

И все-таки виновато курение

1 августа отмечается Всемирный день борьбы с раком легкого. У Артака Панасьяна, торакального хирурга, врача-онколога, заведующего операционным блоком № 1 краевого онкодиспансера «Надежда», для читателей «МиЗ» есть две новости. Плохая – рак легкого по-прежнему остается одной из главных причин смертности среди онкологических больных. И относительно хорошая – рак легкого не «омолаживает» им по-прежнему в основном люди старше 60 лет, особенно курильщики со стажем.



– Рак легкого в Алтайском крае – одна из самых распространенных онкопатологий. Такая ситуация сложилась из-за ряда факторов – в частности, до сих пор негативно сказываются ядерные испытания на Семипалатинском полигоне. Но основной при-



чиной развития рака легкого на сегодняшний день считается все-таки курение, – говорит Артак Умардович. – В большинстве заболевшие – люди курящие. На развитие рака легкого влияют не только вдыхаемые канцерогены, но и высокая температура табачного дыма, вызывающая постоянный ожог верхних и нижних дыхательных путей. Когда сигарета докуривается до самого фильтра, температура дыма может составлять до 300 градусов. В месте ожога постоянно идет массивная репродукция новых клеток, и в один момент может произойти сбой и начаться их бесконтрольный рост.

«Курение приводит к раку легкого», – в устах доктора это звучит как правило. Но и из этого правила есть исключения. К сожалению, иногда раком легкого заболевают даже те люди, которые никогда в жизни не курили, не входили даже в число пассивных курильщиков, активно занимались спортом или вели здоровый образ жизни. При этом болезнь может протекать у них в агрессивной форме. Эти

Важно!

Профилактика рака легкого

- Вести здоровый образ жизни.
- Отказаться от курения.
- Следить за качеством своего питания.
- Следить за состоянием своего здоровья, проходить профилактические обследования.

Если придерживаться этих принципов, то можно снизить риск развития рака легкого.

пациенты, увы, попадают в группу исключений.

– Рак легкого – большая проблема для Алтайского края, – говорит Артак Панасьян. – Опухоли органов дыхания в нашем регионе (впрочем, как и в целом по России) диагностируются чаще других онкопатологий – примерно 1300–1400 новых случаев ежегодно. Причем за последние 10 лет заболеваемость выросла на 13%. В Алтайском крае, ска-

Для справки**Среднестатистический портрет пациента**

Мужчина, 60+, страдающий ХОБЛ, хроническим бронхитом, бронхиальной астмой, курильщик, ведет в целом нездоровый образ жизни. Определенное значение имеют профессиональные вредности – пыль, вредности производства.

Даже если люди бросили курить десять лет назад, фактор курения из своего анамнеза они уже не вычеркнули.

Хотя, по большому счету, нельзя утверждать, что рак легкого «омолаживается», то есть болезнь массово начала выявляться в среднем возрасте, все же в последние годы заметно выросла доля пациентов в возрасте 30+. А это значит, что расслабляться не стоит никому.

жу честно, она выше, чем российский среднестатистический показатель.

К сожалению, на ранних стадиях рак легкого протекает бессимптомно. Но, с другой стороны, именно выявление болезни на ранних стадиях дает пациенту больше шансов на успешное лечение и если не на полное исцеление, то на сохранение здоровья и качества жизни. Врачи-онкологи повторяют как мантру: чем раньше обнаружен рак, тем легче с ним справиться. Но, по словам нашего собеседника, иногда даже последние стадии обнаруживаются в большей степени случайно. Например, пациент попадает в больницу с воспалением легких, и там при дообследовании находят опухоль – как правило, уже довольно распространенную. Чтобы такого не происходило, нужно ежегодного проходить профилактические обследования – хотя бы ту же флюорографию.

– В настоящее время рак легкого – это не всегда приговор. Но будем честны: в статистике заболеваемости ранние стадии составляют меньше трети, а четвертая стадия – практически 40

процентов. И в структуре онкологической смертности рак легкого занимает первое место. Если рак выявлен на первой-второй стадии и пациент вовремя прооперирован, то прогноз для таких людей хороший. Благодаря таргетной терапии качество их жизни значительно улучшается, ее продолжительность значительно увеличивается.

Сейчас в онкологии пять основных методов лечения – хирургический, химиотерапия, лучевая терапия, таргетная терапия, иммунотерапия. Все решения по ведению пациента принимает мультидисциплинарный консилиум (хирург, химиотерапевт, радиолог). Есть возможность выбрать индивидуальный и максимально эффективный для каждого пациента вариант лечения. И все эти методы используются в краевом онкодиспансере.

В последние годы у нас все чаще применяются торакаскопические операции – через три небольших прокола, с использованием видеокамеры и манипулятора. Пациенты значительно лучше переносят такие вмешательства. Метод позволяет оперировать людей с сопутствующими хроническими заболеваниями, которым противопоказаны операции открытым способом. После торакаскопии пациентов выписывают домой на четвертые-пятые сутки. После открытой операции они проводили в больнице обычно почти две недели.

На результат лечения сильно влияет психологический настрой пациента. Лечащий врач должен все рассказать ему о заболевании и возможных исходах. Я считаю, что лучше знать правду, чтобы понимать, что с тобой происходит. Может быть, излишне эмоциональным людям следует это преподносить в какой-то другой форме. Любому доктору нужно быть еще и психологом, чтобы понимать, на какой волне разговаривать с пациентом. И обязательно нужна поддержка родных людей. И самому пациенту важно верить в лучшее и бороться до конца. Есть много случаев, когда даже мы думаем, что уже все, а нет, не все – пациент думает по-другому и живет дальше.

**Подготовила Елена Клишина.
Фото предоставлено
пресс-службой АКОД «Надежда»**

В тему

В Алтайском краевом онкологическом диспансере расширяют возможности компьютерной томографии при диагностике рака легкого. Три года назад под контролем КТ здесь начали выполнять пункционные биопсии легких.

Первоначально такую процедуру проводили только при условии госпитализации пациентов. Это удлиняло сроки нахождения больных в стационарных отделениях диспансера, ведь для того, чтобы начать специальное лечение, нужно было дождаться результатов гистологии.

Не так давно проведение пункционной биопсии под контролем КТ удалось поставить на поток еще на догоспитальном этапе. Теперь пациенты ложатся в стационар с готовым диагнозом, по результатам которого онкологи могут сразу начать необходимое лечение.

Процедура позволяет расставить все точки над *i*, понять, рак это или не рак, и если рак, то имеем ли мы дело с истинной опухолью легкого или перед нами, например, метастаз опухоли кишечника. Это имеет принципиальное значение, ведь для каждого типа злокачественных опухолей существуют свои схемы лечения. А если гистология покажет, что это вообще не рак, то госпитализация в онкодиспансер и вовсе не понадобится.

Биопсию опухоли легкого под контролем КТ проводят не всем пациентам, а тем, у кого опухоль расположена в «неудобном» месте и подобраться к ней с помощью бронхоскопа невозможно. Врачи четко видят точное место расположения опухоли, контролируют положение иглы на каждом этапе, а после процедуры делают контрольную диагностику, чтобы избежать возможных осложнений. С каждым годом количество проведенных КТ-биопсий увеличивается. В Алтайском крае подобные манипуляции выполняют только в краевом онкодиспансере.

Не так страшен сахар

В погоне за стройным телом обыватели нередко впадают в крайности. Замена сахара всевозможными альтернативами – одна из них. Но далеко не всегда подсластители приносят пользу. По последним данным, популярные сахарозаменители способны вызывать рак, ожирение и почечную недостаточность. Поэтому врачи предупреждают: не стоит стремиться заменять сахар на аналоги, не взвесив все за и против, а также без консультации врача. Разбираемся в этом вопросе в нашем материале.

Учитывать ценность

Что представляют собой сахарозаменители? Это вещества, обладающие сладким вкусом, которые в организме метаболизируются с меньшей потребностью в инсулине. Этот нюанс позволяет контролировать уровень сахара в крови. Есть еще вещества с практически нулевой пищевой ценностью, которые никак на сахар в крови не влияют. Их называют подсластителями, отмечают специалисты федерального Роспотребнадзора.

Остановимся подробнее на самых популярных сахарозаменителях и подсластителях.

Мед – природный доступный заменитель сахара. В его составе – простые углеводы: глюкоза и фруктоза. Он обладает целым рядом полезных свойств: помогает снизить уровень вредного холестерина, укрепляет иммунитет, полезен при раздраженном горле и язве желудка и многих дру-



гих нарушениях здоровья. Однако похудеть мед не поможет – его калорийность составляет 329 ккал на 100 граммов (для сравнения: калорийность сахара составляет 398 ккал на 100 граммов). Кроме того, мед обладает высоким гликемическим индексом, поэтому диабетикам врачи его также не рекомендуют.

Еще один природный заменитель сахара – **эритрит**. Его производят с помощью ферментирования кукурузы. Внешне он похож на обычный сахар, почти не уступает ему в сладости, но на 95% менее калориен. Его достоинства внушительны: эритрит не провоцирует развитие кариеса, улучшает углеводный обмен и борется с окислительным стрессом. Его можно употреблять диабетикам – он не влияет на уровень инсулина и глюкозы в крови. Но побочные эффекты в виде диспепсических расстройств у него все же имеются.

Конкуренцию эритриту может составить **стевиозид** – сахарозаменитель, который получают из листьев стевии. Он в 200 раз слаще сахара, но не имеет питательной ценности. Стевиозид признан безопасным для здоровья, но его особенность – специфический привкус.

Еще один натуральный подсластитель – **сорбит**. В природе встречается в яблоках, рябине. Но его калорийность будет достаточно высока – 354 ккал на 100 граммов продукта. Он выступает естественным консерван-

том, поэтому сорбит часто добавляют в соки и другие напитки.

Ксилит делают из продуктов переработки кукурузы и хлопковых семян. Он такой же сладкий, как сахар, и обладает такой же калорийностью. При этом считается, что он предотвращает появление кариеса. А врачи все же предупреждают: увлечение жвачками с ксилитом может довести до сбоя в обмене веществ.

Сукралоза входит в число синтетических подсластителей. Она не калорийна, не влияет на уровень глюкозы в крови и практически не имеет противопоказаний. И все же ее рекомендуется употреблять не больше 18 мг на килограмм веса.

Сомнительная польза

Очень часто на полках для диабетического питания можно встретить продукты с **фруктозой**. Она содержится в ягодах, фруктах и меде. Фруктоза не менее сладка, чем сахар, и обладает схожей калорийностью. Но при этом она меньше влияет на уровень сахара в крови – скорость ее всасывания в тонком кишечнике медленнее, чем скорость всасывания глюкозы, поэтому уровень сахара в крови будет расти медленнее. Именно поэтому фруктоза в разумных количествах диабетикам разрешена, но количество разрешенного продукта необходимо обсудить с лечащим врачом – эндокринологом.

Кроме того, врачи предупреждают: если в рационе мало магния и много

Это важно!

Отказ от сахара не может полностью остановить старение, зато может привести к серьезным последствиям. К ним относят критически низкий уровень сахара в крови, постоянное чувство голода, набор веса, депрессию, выпадение волос, бессонницу.

Без сахара в качестве источника энергии организм сможет потреблять только белок и жир, что может вызвать кетоацидоз – серьезное патологическое состояние, способное привести к летальному исходу.

Исследователи выяснили, что максимальное количество добавленного сахара в день – 25 граммов, или около 6 чайных ложек. Такое количество содержит:

- половина плитки молочного шоколада,
- одна большая палочка «Твикс»,
- 4 ст. л. кетчупа (в среднем),
- 200 г сладкого йогурта,
- 3/4 стандартного батончика «Сникерс»,
- 1,5 ст. л. натурального меда,
- 2 банки пива по 0,3 л,
- 1 пончик с глазурью.

фруктозы, можно столкнуться с метаболическим синдромом, ожирением, гипертонией и резистентностью к инсулину. Для здорового человека ее суточная доза не должна превышать 30–40 граммов.

Аспартам стал одним из первых синтетических подсластителей. Его чаще всего добавляют в низкокалорийные лимонады. 1 таблетка аспартама способна заменить 3–4 чайные ложки сахара. Но важно помнить: с этим подсластителем нужно быть очень осторожным. По данным ученых, постоянное употребление продуктов с аспартамом может привести к раку печени и легких, а также к повреждению мозга. Это термически нестойкое вещество, что означает: нагревать и добавлять в горячие блюда его нельзя. Разрешенная суточная доза – не более 3,5 граммов.

Мнение эксперта



Инна Вейцман, врач-эндокринолог высшей категории, к. м. н., доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней им. проф. З. С. Баркагана ФГБОУ ВО АГМУ

Всем известно, что сахар вреден. Но человек хочет сладкого, потому что получает удовольствие: на прием сладкого организм отвечает цепной реакцией – вырабатывает дофамин, который вызывает чувство удовлетворения и блаженства, а также уменьшает нервное напряжение. И поэтому рука сама, что называется, тянется к сладкому. Памятуя о том, что сахар вреден, сегодня все чаще обращаются к сахарозаменителям – вроде и сладко, но должно быть менее вредно, а быть может, даже и полезно. Но так ли это?

При приеме сахарозаменителей важно использовать закон двух С – смотреть на состав и не превышать суточную дозу. Сахарозаменители делятся на растительные (фруктоза) и синтетические (к ним относятся аспартам, цикламат). Фруктоза менее сладкая, чем химические сахарозаменители. На ней можно варить варенья, компоты и т. д. – она термоустойчивая. Вместе с тем она содержит калории, как и глюкоза (сахар), поэтому похудеть на ней невозможно. Есть у нее еще два нюанса. Первый – она может вызвать послабление стула (вспомните реакцию, когда переедите фруктов). Второй – прием фруктозы способствует жировому гепатозу (ожирению печени). Поэтому ее суточная доза не должна превышать 15 г.

Синтетические сахарозаменители, как правило, выпускают в таблетках. Их сладость в десятки раз превышает растительные. Они термонеустойчивы – их нельзя добавлять в кипящий чай или кофе (появится металлический привкус).

Отношение к синтетическим сахарозаменителям в мире до сих пор неоднозначно. С одной стороны, они сладкие, но не содержат калорий. А с другой – полностью не доказана безопасность их применения (особенно в отношении новообразований мочевого пузыря). Поэтому их нельзя употреблять детям, беременным, кормящим, а также при острых инфекционных заболеваниях, почечной и печеночной недостаточности. Безопасная суточная доза – 6–8 таблеток.

Наиболее распространенным растительным сахарозаменителем сегодня является стевия. Ее сладкий вкус обусловлен веществами стевииозидами. Их активно изучают уже более века. За это время были сторонники и противники применения стевии в отношении безопасности. Однако большинство исследований доказало ее безопасность при применении в разумных пределах. Стевию активно применяют в Японии. Она некалорийна и может использоваться пациентами с сахарным диабетом, так как не повышает уровень глюкозы в крови. Также ее можно употреблять при ожирении или же когда человек придерживается правильного питания. Если стевия использована в приготовлении продуктов, то ее шифруют как E 960. В сутки рекомендуется употреблять не более 30 г стевии, что соответствует 60 г сахара (12 ч. л.), поскольку стевия слаще. Но здесь к максимуму потребления стремиться все же не стоит!

Разрешенные сахарозаменители использовать можно, но не злоупотребляя. Будьте осторожны при применении неизвестных сахарозаменителей, особенно произведенных в других странах и привезенных с отпуска. Внимательно читайте инструкцию и будьте здоровы!

Еще одно довольно опасное вещество – **ацесульфам калия** (в составе

Продолжение на стр. 18 ➤➤

«Продолжение. Начало на стр. 16-17»

продуктов его обозначают как Sweet One). Его также добавляют в газированную воду, часто вместе с аспартамом. Это вещество также многие ученые считают канцерогеном. Его не рекомендуют употреблять детям, беременным и кормящим женщинам. Суточная дозировка не должна превышать 1 грамм.

Следующий синтетический подсластитель, **сахарин**, вообще не усваивается организмом. Если часто употреблять продукты с сахарином, то повышается риск развития рака. Кроме того, он негативно влияет на тех, кто страдает желчнокаменной болезнью. Отмечают еще одно неприятное последствие употребления сахарина – «синдром беспокойных ног» (покалывание в голенях и стопах). Разрешенная суточная доза – 0,2 грамма.

Цикламат – один из самых опасных подсластителей. Его отличительная черта – устойчивость перед высокими температурами: его можно добавлять даже в горячие блюда. Цикламат запрещено употреблять людям с заболеваниями почек, беременным и кормящим женщинам, а также пациентам с артериальной гипертензией. Это вещество находится под запретом в целом ряде стран. Врачи полагают, что его употребление провоцирует почечную недостаточность. Однако в России производители часто его используют из-за низкой стоимости. Разрешенная суточная доза цикламата – не более 11 мг/кг веса человека.

Изучив внимательнее подсластители и сахарозаменители, важно понимать: нельзя употреблять их бездумно и бесконтрольно. Их научились создавать не так давно. Изучение влияния подобных веществ на организм не завершено, поэтому необходимо проявлять чувство меры. Врачи рекомендуют не использовать сахарозаменители на постоянной основе и помнить, что многие из них по калорийности не уступают сахару.

Подготовила Ирина Савина по материалам медицинских порталов

Скрининг на рак шейки матки: когда и зачем?



Одной из ведущих причин преждевременной смерти у женщин является онкология органов репродуктивной системы. Тревожно то, что рак молодеет и увеличивается процент заболеваемости в возрасте 35–59 лет. В структуре общей онкологической заболеваемости на протяжении уже длительного периода времени 5-е ранговое место (5,2%) занимает рак шейки матки.

В рамках профилактического медицинского осмотра или первого этапа диспансеризации обязательно проводится скрининг на выявление злокачественных новообразований шейки матки, но почему тогда такие страшные цифры заболеваемости и высокая частота выявления запущенных форм рака шейки матки?

Давайте разбираться по шагово.

Рак шейки матки – злокачественная опухоль, исходящая из слизистой оболочки шейки матки (эктоцервикса или эндоцервикса). В мире давно известно, что в развитии рака шейки матки ведущую роль занимает вирус

папилломы человека (ВПЧ), его онкогенные типы.

Факторы увеличивающие риск заражения ВПЧ:

- раннее начало половой жизни,
- частая смена половых партнеров,
- отказ от контрацептивов барьерного типа,
- курение,
- иммуносупрессия.

Клинические проявления РШМ (появляются через 5–7 лет после предраковых изменений):

- обильные водянистые бели и «контактные» кровянистые выделения из половых путей;

➤ у женщин репродуктивного периода жизни возможно появление ациклических и контактных кровянистых выделений из половых путей, в период постменопаузы – периодические или постоянные кровянистые выделения из половых путей;

➤ при распространении опухоли появляются боли, дизурия и затруднения при дефекации.

Но когда появляются клинические проявления рака шейки матки, мы уже опоздали!

Скрининг рака шейки матки

Цель скрининга РШМ – снижение риска заболеваемости и смертности путем выявления предраковых изменений или ранних проявлений онкологии.

Начало скрининга – в 21 год (возможно проведение цитологического исследования микропрепарата шейки матки при обращении пациентки в возрасте менее 21 года при половой жизни более 3 лет).

Конец скрининга – в 65 лет (при условии предыдущего адекватного скрининга в течение 10 лет и отсутствии в течение 20 лет CIN II).

21–29 лет – с применением цитологии/жидкостной цитологии не реже 1 раза в 3 года.

30–65 лет – цитология/жидкостная цитология с окраской по Папаниколау и ВПЧ-типирование, в том числе с использованием технологии самозабора не реже 1 раза в 5 лет.

Существует два варианта забора биоматериала для цитологического исследования: традиционный и исследование методом жидкостной цитологии.

Традиционный метод (ПАП-тест) включает в себя сбор клеток с поверхности шейки матки, далее их распределение на предметном стекле, окраска по Папаниколау и визуальное выявление измененных клеток.

При исследовании методом жидкостной цитологии биоматериал после взятия мазка для онкоцитологического исследования помещают в жидкую среду.

Цитологическое исследование материала из шейки матки и цервикаль-

ного канала, окрашенного по методу Папаниколау, которое проводится у нас в крае, позволяет с высокой чувствительностью и достоверностью выявить атипичные клетки в материале, предраковые состояния. Цитологическое исследование может быть проведено в сочетании с тестом на ВПЧ.

Для того чтобы результат цитологического исследования был наиболее информативен, следует соблюдать определенные правила.

Мазок на онкоцитологию брать не рекомендуется:

➤ на фоне кольпита, вагинита или вагиноза (любое воспаление помешает получить адекватный материал или станет причиной того, что врач-цитолог напишет в заключении: ASCUS шейки матки);

➤ во время проведения местного курса противовоспалительной терапии;

➤ в дни менструации;

➤ после спринцевания антисептиками;

➤ в течение 48 часов после коитуса или проведения кольпоскопического исследования;

➤ после стандартного влагиалищного исследования (поэтому сначала мазки, а потом осмотр врача).

Правильно взятый ПАП-тест с применением одноразового инструмента в виде цитощетки – реальный шанс своевременного обнаружения предракового состояния шейки матки и рака шейки матки еще на начальных его этапах развития.

Скрининг эффективен для любой женщины, в любом возрасте, а вот для снижения общих региональных показателей заболеваемости раком шейки матки он может дать результат, только если охват женского населения составит 80% и более, что сегодня не везде выполняется. Многие женщины, особенно молодого, трудоспособного возраста, не обращаются в медицинские учреждения по несколько лет. Широта охвата населения (80% и более) может быть обеспечена с помощью активной рассылки приглашений на обследование с помощью электронной почты и мобильной связи, а также путем использования техноло-

гий самозабора (при исследовании на ВПЧ), как это проводится во многих европейских странах

Профилактика развития рака шейки матки

Известно, что любую проблему, заболевание легче предупредить, чем лечить. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, основными направлениями борьбы с РШМ являются:

➤ **первичная профилактика:** вакцинация против ВПЧ подростков в возрасте 9–13 лет (до начала половой жизни); вакцинация против ВПЧ в последующие годы не отменяет рутинный скрининг РШМ;

➤ **вторичная профилактика:** доступность скрининга с последующим лечением выявленных предраковых и фоновых заболеваний шейки матки;

➤ **третичная профилактика:** доступность лечения РШМ в любом возрасте, включая хирургическое вмешательство, химиотерапию, лучевую терапию и паллиативную помощь.

Нужно помнить! Вовремя выявленные патологические процессы в шейке матки позволяют сохранить репродуктивную функцию, избежать развития серьезных онкологических заболеваний, сохранить жизнь, здоровье и работоспособность.

Светлана Дмитриевна Яворская, д. м. н., профессор кафедры акушерства и гинекологии с курсом ДПО ФГБОУ ВО АГМУ МЗ РФ, президент КОО «Ассоциация акушеров-гинекологов» Алтайского края;
Оксана Сергеевна Михалева, ординатор кафедры акушерства и гинекологии с курсом ДПО ФГБОУ ВО АГМУ МЗ РФ;
Ирина Ильинична Черемнова, ординатор кафедры акушерства и гинекологии с курсом ДПО ФГБОУ ВО АГМУ МЗ РФ

Перезагрузить мозг

Действие электросудорожной терапии (ЭСТ) на больной мозг сравнивают с перезагрузкой зависшего компьютера. Вредоносная программа (а в мозгу это патологические нейронные цепи) отключается, и пациент идет на поправку. Такой метод лечения вызывает постоянные споры, однако психиатры считают его эффективным. Зачем пациентам с тяжелыми психическими расстройствами лечат «электрошоком», рассказали специалисты и прессслужба краевой психиатрической клиники им. Эрдмана.

Отключить «вредную программу»

Когда речь заходит об электросудорожной терапии, перед глазами тут же всплывает сцена из фильма «Пролетая над гнездом кукушки». Главный герой Рэндел Макмерфи, удерживаемый медиками, лежит на кушетке, врач подает к его голове электрический разряд, и он начинает корчиться в судорогах. В сознании людей ЭСТ воспринимается не иначе, как еще один изощренный метод карательной медицины. Однако врачи уверяют: большинство страхов, связанных с такой терапией, уже давно не актуальны.

Метод электросудорожной терапии (ранее известный как электрошок) применяют в медицине уже больше полувека – с 1930-х годов. Действует он следующим образом. Через мозг пациента пропускают электрический



ток, вызывая судорожный припадок. За счет этого мозг и нервная система человека «перезагружаются». Перестают действовать патологические нейронные цепи и церебральные электрофизиологические механизмы, поддерживающие их аномальную активность.

В результате состояние больных заметно улучшается: они начинают лучше реагировать на препараты и у них проходят тяжелые формы депрессии, шизофрении и других эндогенных заболеваний. Канадские врачи выяснили, что при применении электросудорожной терапии риски суицида снижаются на 50%.

Действие терапии на больной мозг сравнивают с перезапуском зависшего компьютера. Если нажать на кнопку «Reset», компьютер полностью перезагружается, а вредоносная программа, вызвавшая сбой (а в случае с мозгом – патологические нейронные цепи), перестает работать.

Однако это не значит, что ЭСТ применяют при любых психических расстройствах, как панацею от всех бед.

Как раз наоборот, к ней обращаются только в критических случаях, когда ни одно другое средство не помогает пациенту.

«Например, пациент с шизофренией крайне плохо переносит препараты, а нам нужно его стабилизировать. Тогда мы и прибегаем к терапии, – рассказывает заведующая отделением первого психотического эпизода, психиатр и психотерапевт **Елена Старенкова**. – Особенно это актуально при тяжелых эндогенных депрессиях, которые не поддаются медикаментозному лечению».

Заведующая общепсихиатрическим отделением № 6, психиатр **Татьяна Чичерина** назвала основные показания к терапии:

- фармакорезистентность (устойчивость к лекарственным средствам),
- стойкая продуктивная симптоматика, кататоническая (нарушения движений, речи и поведения), в том числе с фебрильным типом течения,
- злокачественный нейролептический синдромом (тяжелая индиви-



дуальная непереносимость нейрореплетика),

➤ депрессивные состояния различного генеза.

Возвращение после перерыва

В психиатрической клинике им. Эрдмана ЭСТ применяли довольно продолжительное время. Одним из лечащих врачей был врач высшей категории, заведующий общепсихиатрическим отделением **Андрей Бобров**. Его коллеги вспоминают, что эффект такого метода был налицо — симптомы тяжелых расстройств купировали за более короткое время, чем при медикаментозном лечении.

В 2020 году курсы ЭСТ приостановили из-за пандемии ковида. После в больнице не хватало нужных специалистов и оборудования для проведения этой процедуры. Возобновить сеансы ЭСТ удалось только в мае 2024 года.

«В прошлом году в больницу приобрели новый аппарат искусственной вентиляции легких, а также обучили двух врачей и медицинскую сестру. Сегодня сеансы электросудорожной терапии ежедневно проводят психиатр **Павел Романосов**, хирург-реаниматолог **Алексей Лапшин** и медицинская сестра-анестезист **Екатерина Боярская**», — рассказывает замести-

тель главного врача по лечебной части **Наталья Рукина**.

Доктор, разряд!

По словам Натальи Рукиной, в электросудорожной терапии нуждается всего 1% от всех поступающих пациентов. В основном это больные, которым не помогает медикаментозное лечение, отмечает врач.

Перед курсом ЭСТ пациент или его законные представители подписывают письменное согласие на проведение процедуры. Затем больного тщательно обследуют: его смотрят терапевт, невролог, реаниматолог и стоматолог. Окончательно решение о необходимости терапии принимает врачебная комиссия.

Психиатр Павел Романосов рассказывает, что каждому пациенту назначают в среднем 10–12 сеансов ЭСТ. «Обычно улучшение состояния происходит уже после первых двух-трех сеансов, это отмечают все лечащие врачи», — уверяет специалист.

Процедуру проводят на специальном оборудовании высококвалифицированные специалисты. Так, чтобы изучить методику проведения процедуры досконально, Павел Романосов два месяца обучался и стажировался в Москве, в Национальном медицинском исследовательском центре психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского.

«Мощность разряда каждому пациенту подбирается индивидуально, в пределах от 100 до 180 милликуллонов, — рассказывает доктор Романосов. — Одним больным подходят усредненные значения, а другим требуются более сильные».

Сегодня процедура ЭСТ проходит безболезненно для пациента, благодаря наркозу. Дополнительно перед разрядом тока мышцы больного расслабляют с помощью миорелаксанта — он подавляет судороги и болезненные ощущения. Медики оставляют без препарата только небольшой участок тела, чаще всего ноги, чтобы поныть, прошел ли разряд и вызвал ли судорожный припадок.

К слову, наркоз и миорелаксанты начали применять в электросудорож-

ной терапии всего несколько лет назад. До 2018 года в российских больницах, и в том числе в клинике им. Эрдмана, обходились без них.

После процедуры возможен такой побочный эффект, как потеря краткосрочной памяти. Она «стирается», как несохраненные данные на компьютере после перезапуска. Но долгосрочная память остается в порядке: пациент по-прежнему помнит о себе и своей личной жизни. Специалисты отмечают, что кратковременные воспоминания можно вернуть при усиленной психотерапии после электросудорожных сеансов.

Шанс на новую жизнь

Несмотря на свою эффективность, ЭСТ не способна полностью вылечить психическое заболевание, добавляют врачи. Пациент может уйти в ремиссию, которая может продлиться как один год, так и десятилетия.

«В практике есть и такие больные, которые уже когда-то проходили этот курс, помнят, что им стало значительно лучше, а теперь, при очередном ухудшении состояния, просят провести им процедуру повторно», — отмечает психиатр Татьяна Чичерина.

Психиатр добавляет, что сегодня ЭСТ для тяжелых пациентов — это единственный шанс улучшить состояние и начать новую жизнь. Чичерина рассказывает:

«Один из пациентов, Алексей, ждал этой возможности весь прошлый год. Из-за устойчивости к медикаментозному лечению он страдал от стойких галлюцинаторных переживаний, нарушений сна и терял в весе. Мы провели ему 11 сеансов электросудорожной терапии, постепенно наращивая интенсивность воздействия током, чтобы достичь положительного эффекта. Параллельно была подобрана поддерживающая доза нейролептика. Сейчас Алексея выписали со значительным улучшением состояния на домашнее лечение».

Юлия Дильман / altapress.ru
Источник: Пресс-служба
краевой психиатрической
больницы им. Эрдмана

Диагноз-призрак

Еще не так давно диагноз «вегетососудистая дистония» был широко распространен в медицинской практике. Но уже в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) он отсутствует. А МКБ 11-го пересмотра для обозначения функциональных расстройств нервной системы предлагает термин «Нарушения вегетативной нервной системы неуточненные». Что представляет собой вегетативная дисфункция – расскажем в нашем материале.

Таинственная дисфункция

При дисфункции вегетативной нервной системы наблюдаются различные симптомы со стороны различных систем – нервной, сердечно-сосудистой, дыхательной, мочеполовой, желудочно-кишечного тракта. Нередко пациенты отмечают субфебрильную температуру тела, астению, ощущения онемения, зуда, жжения, боли в разных частях тела, а также тревожность, раздражительность, беспокойство, напряжение мышц, головные боли, повышенную потливость и другие проявления нарушения самочувствия.

Врачи добавляют сюда метеочувствительность, плохую переносимость душных помещений и бани, холодные и влажные кисти и стопы, зябкость, плохое пищеварение и т. д. Вместе с этим представители доказательной медицины утверждают, что вегетососудистой дистонии не существует. Что



же является причиной всех этих проявлений?

Прежде всего, стоит разобраться, как работает вегетативная нервная система (ВНС) и за что она отвечает. Ее активность не контролируется нашим сознанием, поэтому она получила название автономной. ВНС контролирует активность различных желез, сокращение гладкой мускулатуры, работу почек, сокращения сердца и обладает многими другими функциями. На заданном природой уровне она поддерживает кровяное давление, потоотделение, температуру тела, обменные процессы, деятельность внутренних органов, кровеносных и лимфатических сосудов.

Принято разделять ее на два отдела – стрессорный (симпатический) и релаксирующий (парасимпатический, вагусный) отделы. Но сегодня нервную систему стали рассматривать под несколько иным углом. Было установлено, что именно в отделах лимбической системы наиболее активно идут процессы обновления – образование новых нервных клеток (нейрогенез). Она наделена огромным количеством

функций: участвует в поддержании процессов «сон – бодрствование», регулирует эмоциональную сферу, отвечает за внимание и память, управляет обменом веществ, обеспечивает адаптацию человека, и что самое важное – это главный орган регуляции всей «вегетатики». Именно поэтому эмоции чаще всего окрашены вегетативными реакциями, а вегетативные реакции тесно связаны с эмоциями. С эволюционной точки зрения, это одна из наиболее «старых» областей мозга млекопитающих. Когда активность глубокой лимбической системы понижена, человек, как правило, пребывает в более оптимистичном расположении духа.

Если же эта область гиперактивна, его эмоциональное состояние ухудшается.

Чуть ниже лимбической системы функционируют исполняющие системы – сегментарный отдел, который как раз известен как «симпатический и парасимпатический отделы ВНС» (вегетативные нервные проводники, узлы которых подходят к органам).

Лимбическая система при помощи периферических нервных рецепторов, биологически активных веществ в крови, а также при помощи наших эмоций и мыслей постоянно принимает информацию о том, что творится внутри организма и вне его, и выдает свой ответ. Причем выдает как в виде сложных поведенческих актов, так и в форме реакций вегетативной нервной системы.

Все болезни - от нервов

Широко известная дистония возникает, когда страдает лимбическая система. На раздражение она отвечает действием через гипоталамо-гипофизарную ось (директорат всех эндокринных функций человека), вследствие чего активируется функция надпочечников. Поэтому существует мнение, что истощение надпочечников – вторичная история относительно истощения нейронов лимбической системы. Кроме того, все гормональные органы в организме (щитовидная и паращитовидные железы, половые железы, поджелудочная железа) зависят от здоровья вегетативной нервной системы. Лимбической системе как части нервной системы требуется наличие ряда факторов: хорошее кровоснабжение (достаточность артериального притока и венозного оттока); оптимальное качество крови – нормальный уровень гемоглобина и ферритина для достаточности кислорода (мозг – самый чувствительный к дефициту кислорода орган); достаточность липидов, белка и аминокислот, а также всех витаминов, макро- и микроэлементов (особенно витаминов группы В, магния, D₃, цинка). Также для нее важны отсутствие ядов, оптимальное давление внутри черепа, соблюдение режима сна и бодрствования, работы и отдыха, наличие нормальной работы кишечника и лимфосистемы. То есть условий для оптимального функционирования ВНС довольно много.

И стоит этой системе установить какое-то неблагополучие (физическое, психическое или химическое), она будет давать ответные реакции,

чтобы выправить свое состояние. Например, во время стрессов растет уровень сахара в крови, поскольку глюкоза – главный энергосубстрат для питания нейронов. Давление поднимается, чтобы обеспечить приток крови. Недаром говорят: «Все болезни – от нервов». От нервов, которые присутствуют в лимбико-ретикулярной системе, – именно там закладывается вегетативная конституция человека. И часто именно от нее частично зависит развитие тех или иных заболеваний. И именно поэтому позитивный настрой обеспечивает более стабильное самочувствие. Человек будто говорит своей лимбической системе: «Все хорошо!» А она в ответ стабилизирует внутреннюю регуляцию всех органов и систем.

На балансе

Стрессорный (симпатический) и релаксирующий (парасимпатический) отделы «исполняют» команды, поступающие сверху. При этом работают они как антагонисты: например, симпатическая система ускоряет пульс, а парасимпатическая – наоборот, замедляет. На стресс каждая из них реагирует по-своему.

Всех людей условно можно разделить на симпатотоников (у них будет преобладать в реакциях симпатическая нервная система) и парасимпатотоников (у них будет преобладать в реакциях парасимпатическая нервная система). Первые отличаются блестящими глазами с расширенными зрачками, бледной сухой кожей. У них есть склонность к тахикардии, повышенному артериальному давлению, тахипноэ (ускорение темпа дыхания), запорам (спазм сфинктеров желчного и Одди с затруднением оттока желчи). У них повышены зябкость, тревожность, работоспособность (особенно вечером), инициативность при пониженной сосредоточенности. Они склонны «гореть» на работе, если слишком много на себя берут. Их лимбическая система, находясь в стрессе, выстраивает работу всего организма, исходя из ситуации «выживания». В этом случае угнетаются процессы, не связанные с выжи-

ванием, – процессы пищеварения и размножения.

Для людей с преобладанием активности парасимпатического отдела характерны суженные зрачки, гипергидроз (повышенная потливость ладоней, подошв или всего тела), брадикардия (снижение частоты сердечных сокращений), понижение артериального давления, неритмичное дыхание, гиперсаливация (повышенное выделение слюны), склонность к появлению лишнего веса, развитие обмороков, боязливость, нерешительность, апатия, безынициативность, повышение работоспособности в утренние часы.

Безусловно, «чистые» типы встречаются не так часто. В основном они смешанные, и в разных органах и системах органов преобладает тонус симпатической либо парасимпатической ВНС.

Выраженная симпатикотония при стрессе может смениться выраженной ваготонией (преобладанием тонуса парасимпатической нервной системы над тонусом ее симпатической части) при нахождении того же самого человека в отпуске или на лечении.

Все перегрузки очень сильно негативно отражаются на нервной системе. Поэтому так важны и просто отдых, и сон, и «подкормка» лимбической системы, и решение ее проблем (лечение внутричерепного лимфостазного застоя, обеспечение подпитки митохондрий витаминами, минералами, жирными кислотами и аминокислотами, прием пептидных препаратов, улучшение микроциркуляции и т. д.).

В современных исследованиях авторы подчеркивают, что работа над здоровьем вегетативной системы должна решать следующие вопросы: найти причину повреждения клеток вегетативной нервной системы и устранить ее; подпитать и восстановить эти клетки ВНС; поддержать те функции, за которые отвечали эти клетки ВНС (по сути это поддержка всех функций – пищеварения, иммунитета и т. д.).

Подготовила Ирина Савина
по материалам медицинских пабликов

От сердца к сердцу

Ежегодно в нашей стране проводится около 2000 трансплантаций. При этом в листе ожидания донорских органов стоит примерно 10 000 человек. Эти цифры – приблизительные, поскольку в России нет общего листа ожидания – каждый трансплантационный центр ведет свой. В нашем регионе на базе Краевой клинической больницы с 2012 года открыто отделение пересадки органов. За это время наши медики провели 198 трансплантаций: 180 – почки, 14 – печени и 4 – сердца. Региональное отделение пересадки органов сотрудничает с коллегами по всей Сибири. Подбор любого органа – процесс сложный и индивидуальный, поэтому пациенты могут провести в очереди ожидания от нескольких дней до нескольких лет. Расскажем о чем нужно знать донорам и людям, нуждающимся в пересадке органа.

Срок годности резко ограничен

Донорские органы нужны всегда. Существуют данные, что из-за дефици-



та органов в России погибает каждый десятый нуждающийся в них пациент. Все дело в том, что число проводимых трансплантаций примерно в четыре раза меньше, чем количество людей, которым нужна такая помощь.

Чтобы попасть в лист ожидания, пациент обращается к врачу по месту жительства. Тот составляет медицинское заключение о необходимости пересадки органа, которое является направлением в трансплантационный центр (перечень центров ежегодно утверждает Минздрав РФ. – *Прим. ред.*). Там пациент получает консультацию, далее сдает необходимые анализы, и только после этого специалисты центра заносят его данные в лист ожидания. По приказу Минздрава, это необходимо сделать в течение 48 часов.

Далее пациенту нужно ежемесячно привозить сыворотку крови. Ее используют для определения совместимости донорского органа и

реципиента (пациента, которому необходима пересадка). Это делают с помощью специального лабораторного теста – прямой перекрестной пробы. Пациентам рекомендуют находиться рядом с центром, в чей лист ожидания они занесены, поскольку вызов на операцию может поступить в любой момент – жизнь органов вне тела ограничена. Так, например, почку с помощью препаратов для консервации можно сохранить на 48 часов, а сердце – всего на шесть.

Жизнь после жизни

Донорство органов бывает двух видов – прижизненное и посмертное. В России обязательное условие для трансплантации органа, полученного от живого человека, – генетическое родство между донором и реципиентом. Так, отчим, вписанный в свидетельство о рождении ребенка, не может пожертвовать ему свои органы. Также супруги тоже не могут стать до-

норами друг для друга, поскольку данное условие не соблюдено.

Кроме того, в нашей стране нельзя при жизни брать органы у детей (исключение – клетки костного мозга), даже если родители согласны на процедуру. Прижизненное изъятие органов запрещено и у недееспособных лиц, даже если они старше 18 лет. Однако в случае смерти недееспособных людей, в том числе несовершеннолетних, их органы могут трансплантировать при согласии одного из родителей.

В России работает презумпция согласия на посмертное донорство. Это означает, что каждый человек после смерти может стать донором, если при жизни он не оформил письменный отказ. Если после смерти человека его близкие будут против изъятия органов, процедуру также не проводят. Врачи должны учесть мнение ближайших родных – супруга или супруги, детей, родителей, родных братьев или сестер, внуков, бабушек или дедушек.

Тем, кто решил после смерти стать донором или, наоборот, отказаться от этой миссии, стоит заранее рассказать о своей позиции родственникам или врачам. То есть как минимум устно заявить о своем желании в присутствии свидетелей (их число в законе не оговаривается). Свое решение можно оформить письменно и заверить у руководителя медицинской организации или нотариально. Врачи должны внести в медицинскую карту человека информацию о его желании или нежелании стать донором после смерти. Установленной формы заявления о согласии на донорство органов нет, поэтому заполнить документ можно в свободной форме. Что касается детей, то, согласно российскому законодательству, изъятие органов возможно только с согласия одного из родителей.

В любом случае с посмертным донорством не все так просто. Для начала медики должны констатировать смерть мозга. Для этого в больнице собирают консилиум врачей. В этой сложной процедуре не участвуют трансплантологи. После этого начинается операция по изъятию органов, если у донора нет противопоказаний.

Это важно!

Процедура трансплантации органов регулируется законодательством. Изъятие органов для продажи или посредничество в этом преследуются по Уголовному кодексу РФ.

Минздрав РФ ведет учет всех изъятых и пересаженных органов. Документы заполняют в бумажном и электронном виде. К примеру, информацию об изъятии органа, проведении операции и исключении человека, получившего орган, из листа ожидания нужно внести в течение 48 часов.

Операции по пересадке органов проводят исключительно по полису ОМС – коммерческое донорство в России запрещено. Донор или его родственники не получают денежное вознаграждение за операцию. Льгот для прижизненных доноров органов также не предусмотрено.

В случае прижизненной трансплантации органов донор имеет право на бесплатное медицинское обследование, лечение и реабилитацию. Из нематериальных наград – почетный знак «Дарящему часть себя», который дважды в год вручают в НИИЦ трансплантологии и искусственных органов имени Шумакова в рамках научно-практических мероприятий.

Например, если человек умер от инфекции, его органы для пересадки непригодны. Кроме того, возраст донора не может превышать 65 лет.

Операция обычно длится около двух часов. Каждый донорский орган консервируют: его сосуды промывают раствором, потом помещают в среду с температурой +4°C. Срок сохранения органов разный.

После получения органов начинается подбор реципиентов из листа ожидания. Здесь учитывают медицинские, биологические, иммунологические, географические и другие факторы.

Факты

При посмертном варианте один донор может спасти жизнь семи людям, а в случае прижизненного донорства – одному-двум людям (например, при трансплантации почки и части печени).

В России практически нет практики трансплантации органов от ребенка к ребенку. Причина тому, как правило, несогласие родителей. Это тормозит развитие детской трансплантологии, потому что детям не всегда подходят органы взрослого человека.

Если у ребенка нет родителей, пересадить кому-либо его органы нельзя.

Желание и возможности

Далеко не все желающие могут стать донорами органов. Существует перечень заболеваний, при которых изымать и пересаживать органы нельзя. Среди них – инфекционные болезни, онкология, заболевания крови.

В большинстве случаев органы берут у человека после смерти в больнице. Причина все та же – ограниченное время жизни органов вне тела. К примеру, у сердца и печени период жизнеспособности составляет несколько часов, но в определенных условиях. Чем меньше срок ишемии (прекращения кровообращения в органе), тем лучше. Чаще всего посмертными донорами становятся люди, которые умерли от инсульта или черепно-мозговой травмы.

Продолжение на стр. 26 >>

«Продолжение. Начало на стр. 24-25»

В случае прижизненного донорства родственнику специально ничего делать не нужно. Врачи сразу обратятся к близким пациента, если это будет необходимо. Донора попросят подписать согласие. Он также пройдет обследование, чтобы убедиться в том, что операция не причинит значительного вреда здоровью. Соответствующее заключение оформляет врачебная комиссия.

Операция эта добровольная. Перед ее проведением врачи проводят беседу и определяют не только желание человека, но и понимание всех рисков. Поэтому от изъятия органов донор может отказаться даже в последний момент. После операции он продолжает жить обычной жизнью – никаких ограничений или противопоказаний после восстановления нет (исключение – вредные привычки). Кроме того, необходимо наблюдаться у врача – приемы будут несколько раз в год.

На заметку

Какие законы нужно знать

➤ Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 25.12.2023) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.04.2024).

➤ Федеральный закон от 1 мая 2022 г. № 129-ФЗ «О внесении изменений в Закон Российской Федерации «О трансплантации органов и (или) тканей человека» и Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

➤ «Уголовный кодекс Российской Федерации» от 13.06.1996 № 63-ФЗ (ред. от 12.06.2024; с изм. и доп., вступ. в силу с 06.07.2024).

Подготовила Ирина Савина

В тесной связи



Беременность – особый период в жизни женщины. Все органы и системы нацелены на вынашивание здорового ребенка и поэтому работают буквально на пределе своих возможностей.

Какие изменения происходят в организме, что необходимо знать женщине, чтобы беременность завершилась благополучными родами, и когда все процессы приходят в норму – узнаем у заведующей женской консультацией № 2 г. Барнаула Ларисы Бекуриной.



Неизбежная трансформация

«Беременность – хоть и физиологическое состояние, но во время нее про-

исходит множество изменений, которые затрагивают буквально каждую систему и орган в организме женщины. И если у нее уже есть хронические заболева-

ния, то они могут проявиться и вызвать ухудшение ее самочувствия. Чтобы избежать всевозможных осложнений, перед планированием беременности женщине необходимо посетить акушера-гинеколога и решить все вопросы планирования. А самое главное – нужно выявить, какие сейчас у нее есть отклонения в здоровье, чтобы направить ее к специалистам и скорректировать состояние. У каждой женщины будет индивидуальный комплекс обследований, которые необходимо пройти, чтобы вступить в беременность здоровой или же в скорректированном состоянии», – подчеркивает Лариса Бекурина.

Специалист отмечает, что подготовительные процессы к беременности наступают еще до ее наступления – во вторую фазу цикла. «С середины цикла, когда происходит овуляция – созревание яйцеклетки в яичниках, образуется желтое тело – основной гормональный орган, необходимый для подготовки матки к планируемой беременности. При ее наступлении зигота (оплодотворенная яйцеклетка) попадает в матку, желтое тело переходит в желтое тело беременности и до 16 недель несет основную функцию вынашивания беременности, выделяя необходимые для этого гормоны и биологически активные вещества, – поясняет врач. – Уже с момента овуляции (периода созревания яйцеклетки) эндометрий (внутренняя поверхность матки) претерпевает изменения, которые требуются для качественного прикрепления оплодотворенного плодного яйца к стенке матки. Усиливается кровоснабжение слизистой матки и ее мышц. Орган увеличивается в размере, и вес матки в конце беременности может достигать 1-2 кг».

При прикреплении плодного яйца к стенке матки начинается формирование хориона – той части плодного яйца, из которого к 20-й неделе полностью сформируется плацента, и начнет работать система «мать – плацента – плод». «Удачное вынашивание беременности основано на качественном плодном яйце и на хорошем эндометрии – почве, куда оно внедрится и сформируется хорион. При хорошем формировании плаценты она в течение

всей беременности выполняет свою функцию, и ребенок рождается здоровым, с достаточным весом. Плацента – отдельное гормональное образование. В ней вырабатываются гормоны и биологически активные вещества, которые способствуют развитию беременности и росту плода. Они изменяют системы матери так, чтобы вынашивание беременности было более благоприятным, – говорит Лариса Бекурина. – Плацента играет не только гормональную, но и питательную роль: через фетоплацентарный (плодово-плацентарный) барьер происходит обмен газами (кислородом и углекислым газом), питательными веществами, витаминами и микроэлементами. Плацента состоит из множества сосудов, и чем лучше развита сосудистая сеть, тем лучше плацента выполняет обмен веществ между матерью и плодом».

К 28–30 неделям беременности эта сеть развивается наиболее выражено и заполняется кровью. По словам врача, объем циркулирующей крови к этому сроку увеличивается на 30%. Если до беременности он составлял около 4 литров, то к этому сроку может достигать 6–6,5 литров. Увеличение объема циркулирующей жидкости отражается на ряде систем, но особенно – на системе кровообращения.

«В результате увеличения объема циркулирующей крови во втором-третьем триместрах особую нагрузку испытывает сердечно-сосудистая система. Чтобы переработать весь объем жидкости, сердце начинает работать чаще, поэтому тахикардия у беременной на этом сроке – норма. Пульс способен доходить до 90–100 ударов в минуту, в результате чего могут незначительно увеличиться левые отделы сердца, особенно левый желудочек. Как следствие, возникает физиологическая гипертрофия – увеличение мышцы левого желудочка, – продолжает врач. – При формировании третьего круга кровообращения (между матерью, плацентой и плодом) развивается сосудистая сеть, но она еще не до конца заполнена кровью. Возможно снижение артериального давления – физиологическая гипотония в сроки 20–24 недели. У женщин с артериальной гипертонией возможны

нормализация или легкое снижение давления – все это также входит в рамки физиологической нормы. Равно как и относительное снижение уровня гемоглобина в крови вследствие увеличенного объема жидкости. На этих сроках норма гемоглобина – до 105 г/л».

Цепная реакция

Под влиянием гормонов беременности все органы и системы переорганизуются таким образом, чтобы ее развитие шло благоприятно для матери и плода. «С первых же дней беременности в головном мозге женщины формируется так называемая доминанта вынашивания беременности. Нервная система становится более лабильной – беременная женщина в большей мере подвержена стрессам, ее настроение изменчиво, она становится более раздражительной и плаксивой. В то же время усиливается сонливость, снижается работоспособность. Все эти изменения возникают под действием гормонов беременности – эстрогенов и прогестерона, – говорит Лариса Бекурина. – Практически сразу изменяется деятельность желудочно-кишечного тракта: снижается моторика кишечника, появляется склонность к запорам, могут возникать изжога, тошнота и рвота. Если есть хронические заболевания этой системы, то проявления раннего токсикоза будут более выраженными». Для снятия дискомфортных состояний эксперт рекомендует соблюдать диету: исключить пищу, раздражающую кишечник, – острые, жирные и жареные блюда. А для нормализации стула употреблять больше клетчатки.

Претерпевает изменения и мочевыводящая система женщины. «С ранних сроков беременности изменяется тонус всей гладкой мускулатуры, в том числе и мочеточников. Поэтому женщина на ранних сроках беременности подвержена воспалительным заболеваниям мочевыводящих путей – циститу и пиелонефриту. Во втором и третьем триместрах, когда идет рост матки и увеличение объема циркулирующей крови, происходят сдавление

Продолжение на стр. 28 >>

«Продолжение. Начало на стр. 26-27»

мочеточников и уменьшение оттока мочи из почек. Нагрузка на почки возрастает, так как нужно отфильтровать больший объем жидкости. И снова говорим о том, что если есть заболевания почек в анамнезе, они обостряются», – отмечает эксперт.

Дополнительную нагрузку получает иммунная система. Дело в том, что плод, который развивается внутри матери, на 50% отличается от ее генетического набора. Поэтому организм матери должен воспринимать его как «чужеродный» объект и «отталкивать», но ее иммунная система снижает свою активность, и беременность сохраняется. В связи с пониженной активностью иммунной системы женщина становится подвержена различным инфекционным заболеваниям. Поэтому во время беременности врачи рекомендуют не контактировать с инфицированными людьми, особенно в периоды роста ОРВИ, а также вакцинироваться от гриппа.

Особое внимание нужно уделить эндокринной системе. В первом триместре беременности развивается гипертиреоз – усиленная выработка гормонов щитовидной железы. Это тоже является физиологической нормой. После 12 недель беременности эти показатели приходят в норму, при условии, что нет патологии в анамнезе.

При беременности поджелудочная железа начинает вырабатывать больше инсулина – гормона, который необходим для перевода глюкозы в «строительный» материал. Дело в том, что растущему плоду требуется энергия, которую он получает из глюкозы.

«На сроке 24–26 недель инсулиноподобное вещество начинает вырабатывать и плацента. Если у женщины были нарушения углеводного обмена, то как раз на этом сроке может произойти срыв этой системы и возникнет гестационный диабет, который будет оказывать негативное влияние на формирование плода», – подчеркивает врач.

Еще одна система, на которую возрастает нагрузка, – опорно-двигательный аппарат. При увеличении срока беременности и массы тела (в норме этот показатель – 12–15 кг) могут возникать боли в коленных и тазобедренных су-

ставах, а также в поясничном отделе позвоночника. Остеохондроз в анамнезе способен усугубить состояние. Кроме того, нередко возникает такая патология беременности, как предродовый симфизит – дегенеративные изменения в лонном сочленении, которые возникают под действием прогестерона. Они имеют различную степень выраженности и способны повлечь за собой боль различной интенсивности, причем даже в покое. Чтобы нивелировать подобные проявления, беременным женщинам рекомендуют заниматься специальной гимнастикой.

Кроме того, во втором-третьем триместрах уменьшается жизненная емкость легких – за счет того, что дно матки поднимается до мечевидного отростка и создает давление на диафрагму. В результате этого появляется физиологическая одышка, и частота дыхательных движений увеличивается до 18-19 в минуту.

Возвращение к исходному состоянию

Природой устроено так, что организм женщины способен на любые метаморфозы. И после физиологически протекающей беременности и родов он приходит в норму через два, максимум три месяца. «Более позднее восстановление происходит у эндокринной системы. Репродуктивные же органы – матка и яичники – приходят в норму через 6–8 недель. В эти же сроки могут восстановиться цикл и овуляция», – отмечает Лариса Бекурина. – Если беременность протекала с осложнениями, или у женщины есть хронические заболевания, или же роды прошли с осложнениями, то восстановительный период может несколько затянуться. В послеродовом отделении каждая женщина получает выписку с рекомендациями о необходимых обследованиях и времени посещения акушера-гинеколога. После выписки сведения о пациентке передаются в женскую консультацию по месту ее проживания. В течение 3-4 суток ее посещает акушерка этой консультации и дает информацию о времени приема в женской консультации

На заметку

ХГЧ (хорионический гонадотропин человека) – один из главных гормонов беременности. Он диктует яичникам, что пора отключить ежемесячное производство яйцеклеток, а также отвечает за развитие плаценты.

Прогестерон влияет на иммунную систему, чтобы организм матери не отверг чужеродную ДНК (плод наполовину «чужой» материнскому телу из-за генов отца), и помогает создавать условия для развития плода.

Эстрогены играют ключевую роль в развитии плода, запуская рост некоторых органов и систем его организма. Они помогают стимулировать выработку гормонов в надпочечниках плода, стимулируют их рост и улучшают состояние матки матери. Также они подготавливают грудь к выработке молока за счет расширения молочных протоков.

Релаксин отвечает за расслабление связок, скрепляющих кости таза, и мышц матки. Это готовит тело к прохождению ребенка по родовым путям. Также расслабляет тонус артерий, поэтому они могут справиться с повышенным объемом крови во время беременности без повышения кровяного давления.

Окситоцин размягчает шейку матки и стимулирует молочные железы выделять молоко.

у акушера-гинеколога. Если нет особых рекомендаций, то женскую консультацию необходимо посетить через 2 недели после выписки из роддома. Акушер-гинеколог составит план дальнейшего наблюдения и обследований в послеродовом периоде, в зависимости от состояния женщины».

Обычный объем обследований после нормальных родов: УЗИ органов малого таза, общий анализ крови и общий анализ мочи, а также УЗИ молочных желез через 2 месяца после родов.

Ирина Савина

Усмирить метеоризм

Метеоризм – это скопление газов в пищеварительной системе, которое может привести к дискомфорту в животе, вызвать расстройство желудка.

Большинство людей периодически испытывают метеоризм или хотя бы раз сталкивались с симптомами метеоризма.

Часто это происходит в результате употребления определенных продуктов, но также может быть признаком более серьезного заболевания желудка.

Когда мы едим, пьем или глотаем слюну, мы также глотаем небольшое количество воздуха. Этот проглоченный воздух накапливается в желудке и кишечнике.

Газ в нашей пищеварительной системе состоит в основном из азота и кислорода. Когда мы перевариваем пищу, выделяется газ, главным образом состоящий из водорода, метана и углекислого газа. Когда этот газ накапливается, организм может нуждаться в его устранении – либо через рот, путем отрыжки, либо через анальный проход.

Метеоризм часто возникает без ведома человека. Изначально запаха нет, и количество газа ничтожно мало. Причина появления запаха – обычно выделение небольшого количества сернистых газов. Если пища не была должным образом переварена, она начинает разлагаться, выделяя серу.

В большинстве случаев изменение диеты и образа жизни помогает контролировать образование избыточного газа.



Причины метеоризма

Метеоризм может быть результатом обычных процессов в организме или быть следствием состояния, которое влияет на пищеварительную систему.

Экзогенные источники метеоризма – те, которые приходят извне. Мы глотаем воздух, когда едим, пьем или глотаем слюну; особенно много воздуха поглощается, когда образуется избыток слюны из-за тошноты или кислотного рефлюкса.

Эндогенные источники находятся внутри кишечника. Газ может возникнуть как побочный эффект переваривания определенных продуктов или когда продукты не полностью перевариваются.

Некоторые хронические заболевания могут вызывать метеоризм – например, это болезнь Крона, язвенный колит или дивертикулит. Некоторые виды рака могут привести к закупорке кишечника. Любой, кто испытывает внезапное или учащающееся появле-

ние метеоризма, должен обратиться к врачу.

При проблемах с желчным пузырем (камнях в желчном пузыре, холецистите) может образовываться дополнительный газ.

При запорах кал может затруднить выделение избыточного газа, что приведет к дальнейшему его накоплению и дискомфорту.

Гастроэнтерит и другие кишечные инфекции (вирусная, бактериальная или паразитарная инфекция пищеварительной системы или пищевое отравление) тоже могут вызвать скопление газов. Примеры включают инфекцию кишечной палочки (*E. coli*), амебиаз и лямблиоз.

Антибиотики могут нарушить нормальную бактериальную флору в кишечнике, что приводит к метеоризму. Регулярное и чрезмерное употребление слабительных также может увеличить риск развития метеоризма.

Продолжение на стр. 30 >>

«Продолжение. Начало на стр. 29»

Другие причины включают беременность, грыжу, панкреатит, болезнь Гиршпрунга, предменструальный синдром, эндометриоз и другие.

Если есть признаки отравления, закупорки ЖКТ или если есть кровь в кале, необходима срочная медицинская помощь.

Метеоризм обычно не является серьезной проблемой. В большинстве случаев изменение образа жизни и диеты – это все, что нужно.

Способы уменьшения метеоризма

➤ **Прием пищи маленького размера:** симптомы часто уменьшаются, если человек принимает пищу небольшими порциями, от четырех до шести раз в день. Иногда помогает мятный чай.

➤ **Есть нужно медленно:** пищеварение начинается во рту, поэтому пищу следует тщательно пережевывать перед глотанием.

➤ **По возможности не употреблять жевательную резинку и газированные напитки:** жевательная резинка заставляет людей глотать больше воздуха.

➤ **Отказ от курения:** курение заставляет глотать больше воздуха, а также может раздражать пищеварительную систему.

➤ **Выбирать молочные продукты с низким содержанием лактозы.**

➤ **Выбирать бобовые, которые ферментируются перед приготовлением:** они имеют меньше растворимой клетчатки и более высокое содержание питательных веществ и могут уменьшить метеоризм.

➤ **Выполнение упражнений:** физическая активность улучшает работу пищеварительной системы, помогает уменьшить газообразование и вздутие живота.

➤ **Прием пробиотических добавок** также помогает уменьшить симптомы метеоризма.

➤ **Массаж живота заставляет кишечник работать.** Но если массаж вызывает болезненные ощущения, лучше немедленно прекратить его.

Почему некоторые продукты вызывает метеоризм?

Такая еда, как правило, содержит большое количество определенных полисахаридов, особенно олигосахаридов, таких как инулин. Инулин относится к классу пищевых волокон, известных как фруктаны.

К продуктам, которые усиливают метеоризм, относятся:

➤ **некоторые овощи:** артишоки, брокколи, лук-порей, цветная капуста, белокочанная капуста, чеснок, лук, фасоль, брюссельская капуста и репа;

➤ **злаки:** пшеница или овес. При целиакии (непереносимость белка глю-

тена) некоторые люди также испытывают метеоризм;

➤ **бобовые, включая фасоль и чечевицу.** Сложные углеводы в бобах трудно усваиваются человеком. В кишечнике они перевариваются микроорганизмами (кишечная флора), которые производят метан. Когда сложные углеводы попадают в нижнюю часть кишечника, бактерии питаются ими и вырабатывают газ;

➤ **молочная продукция, содержащая лактозу.** У некоторых людей не хватает ферментов, чтобы расщепить ее, и лактоза служит пищей для бактерий;

➤ **дрожжи в хлебобулочных изделиях;**

➤ **искусственные подсластители:** сорбит и маннит содержатся в конфетах, жевательных резинках и сладких продуктах без сахара;

➤ **газированные напитки и пиво** могут вызывать скопление газов в желудочно-кишечном тракте.

Учитывая разнообразие причин метеоризма, при возникновении тех или иных его симптомов у ребенка необходимо обратиться за помощью к врачу-педиатру, чтобы не пропустить клинические проявления тяжелых заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Л. М. Новикова, заведующая отделением гастроэнтерологии КГБУЗ «АКЦОМД»;

А. М. Горобченко, врач-педиатр

Новости

На фестивале «Земляки» многие посетители проверили свое здоровье

Более 60 участников фестиваля народного творчества и спорта им. М. Евдокимова «Земляки» прошли комплексное профилактическое медицинское обследование в Центре здоровья.

Вдова известного юмориста и экс-губернатора Алтайского края Галина Николаевна Евдокимова и глава Администрации Верх-Обского сельсовета Ирина Сергеевна Савельева также воспользовались этой возможностью.

Сотрудники Краевого Центра общественного здоровья и медицинской профилактики традиционно приняли участие в фестивале и предоставили гражданам возможность быстро, без предварительной записи и очередей узнать уровень внутриглазного и артериального давления, глюкозы и холестерина в крови, измерить мышечную силу рук, рассчитать индекс массы тела, проверить функциональ-

ные возможности легких. Обследование было проведено на портативном современном оборудовании в рамках государственных гарантий.

После прохождения обследования каждый обратившийся в Центр здоровья получил индивидуальную консультацию врача-терапевта по вопросам профилактики хронических неинфекционных заболеваний.

Источник: medprofaltay.ru

Хочу выразить благодарность врачу-педиатру Детской городской поликлиники № 7, г. Барнаул, **Наталье Николаевне Синевой**. Наблюдаемся на ее участке 3,5 года. За все это время я ни разу не увидела у нее недовольного выражения лица, не услышала резкого слова. Наталья Николаевна – крайне доброжелательный, компетентный специалист и просто хороший человек. Прием всегда проходит четко, по делу. Всегда с улыбкой, с искренним желанием помочь. А про вызовы на дом даже и говорить нечего: в любую погоду врач спешит на помощь. Сын ласково называет ее «Доктор Николаевна». На таких людях держится в принципе любая сфера, не только медицина!

Татьяна Валерьевна Прилипка

Сегодня была в КГБУЗ «Консультативно-диагностическая поликлиника № 14, г. Барнаул» на приеме у терапевта. Хочу выразить благодарность **Роману Евгеньевичу Гольцову** за его спокойствие, внимательность и профессионализм. Понравилось то, что врач подробно собирал анамнез, помог с прохождением флюорографии, подобрал нужные слова и успокоил меня, объяснил порядок лечения. Вызывает уважение то, что в поликлинике действует система наставничества для молодых специалистов. За такими врачами будущее – пытливыми, жаждущими помогать. Спасибо большое! Удачи в работе.

Дария Руслановна Абросимова

Нанес себе сильные увечья. Далее отправился в травмпункт ККБСМП № 2, который находится на улице Малахова, где мне оказал медицинскую помощь врач. Помню только его фамилию – **Вахобов**. Зашил мои раны, а когда я терял сознание, приводил в чувство, не дал умереть! Спасибо ему огромное за сохраненную жизнь!

Алексей Вадимович Шадрин

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!».

Хочу выразить слова благодарности медицинской сестре процедурного кабинета поликлиники № 1 КГБУЗ «Городская больница № 5, г. Барнаул» **Анастасии Владимировне Виноградовой**. Когда я обратилась к ней за услугой, несмотря на то, что у меня очень плохие вены, она профессионально взяла у меня кровь, при этом отнеслась ко мне отзывчиво и добродушно. Сейчас не часто встретишь медработников, которые настолько внимательны и приветливы. Таких сотрудников, как Анастасия Владимировна, нужно ценить! Я человек уже немолодой, а внимательное отношение и доброе слово очень приятны! Прошу отметить вашего сотрудника!

Наталья Васильевна Шейкина

27.07.2024 года я привезла в отделение инфекции КГБУЗ «Центральная городская больница, г. Бийск» своего 4-летнего ребенка. Хочу выразить огромную благодарность лечащему врачу **Татьяне Юрьевне Каракчеевой** и всем, кто был на смене и встречал нас, за профессиональную консультацию, поддержку, любовь и доброту. Врач не только посмотрела моего ребенка, но и поддержала меня, никуда не торопясь и проверив, все ли я запомнила. Спасибо. **Команда инфекционного отделения ЦГБ**, спасибо вам огромное за то дело, которое вы выбрали в жизни.

Ирина Васильевна Марьина

Выражаю сердечную благодарность за внимательное и квалифицированное лечение, доброе и чуткое, терпеливое отношение к пациентам **коллективу отделения медицинской реабилитации больных с нарушением функций центральной нервной системы КГБУЗ «Краевая клиническая больница»** во главе с замечательным человеком и врачом **Артуром Александровичем Березиным**. Благодаря профессионализму, грамотно подобранному лечению и реабилитационным занятиям на сегодняшний день здоровье нашего отца начинает восстанавливаться после перенесенного инсульта. Спасибо вам всем за ваш труд и добрые сердца. От души желаю терпения, долгих лет безупречной деятельности с быстрым выздоровлением пациентов, удачи, мира, счастья и личного благополучия.

А. С. Рожкова

Очень понравилась работа травмпункта при КГБУЗ «Городская больница № 1, г. Рубцовск». Так вышло, что за месяц пришлось два раза уже обратиться к ним: то крючок у мужа доставали, то упал неудачно (ушиб), и оба раза врачи принимали нас очень хорошо, быстро. Понравилось, что они постоянно выходят в коридор и сами спрашивают: «Есть кто на прием?» И рентген-кабинет там работает очень быстро. Травматологи меня порадовали своим отношением к пациентам, сейчас таких врачей очень мало, а здесь и вправду работа кипит: больных много, и такое отношение к каждому из больных, особенно к деткам внимания много, я заметила! Уважаемый Минздрав, ну отблагодарите этих специалистов, ну поставьте кондиционер и кофемашину в кабинет травмпункта, если такого еще у них нет, они правда молодцы! Спасибо, что еще есть такие доктора у нас!

Виолетта Юрьевна Тиньгаева



Солнечное лето с пользой для здоровья

Выездные бригады Краевого Центра общественного здоровья и медицинской профилактики проводят комплексное профилактическое обследование детей, отдыхающих в детских оздоровительных лагерях «Дружных», «Медвежонок», «Соснячок», «Звездный», Маяк», «Спутник-2». Для детей проводятся уроки здоровья по важнейшим вопросам ведения здорового образа жизни: о здоровом питании, профилактике потребления алкоголя и табака, здоровой физической активности.

Информация и фото предоставлены пресс-службой КЦОЗиМП



В выпуске использованы фотографии с сайта zdravalt.ru, из архива редакции и открытых источников сети Интернет: blotos.ru, vodavsochi.ru, alev.biz, тверскаяобласть.рф, talantikam.ru, orpharme.ru, myfertilitysuccess.com, thelist.com

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 8.08.2024. По графику 18:00. Фактически 18:00. Тираж 1000 экз. Цена свободная.