

Мы и ЗДОРОВЬЕ

№ 9 (735) 13 сентября 2024 г. | Издается с 17 июня 1994 г.



Без аналогов

➤ Стр. 4-5

**«На работу иду
с удовольствием»**

➤ Стр. 12-13

Грибной трип

➤ Стр. 26-28

Травмпункт заработал на полную мощность

В Консультативно-диагностической поликлинике № 14 г. Барнаула еще она хорошая новость: в полном объеме заработал травмпункт.

Главный врач медучреждения **Дмитрий Денисов** поясняет:

– Экстренная и неотложная медицинская помощь здесь оказывается в круглосуточном режиме взрослому населению с травмами опорно-двигательного аппарата. То есть речь идет о полученных ранах, ушибах, растяжениях, переломах, ожогах, вывихах, а также об укусе клеща.

Травмпункт находится в здании поликлиники на ул. Лазурной, 46. Для него предусмотрен отдельный вход № 3 – ближайший к парковке. Прием по экстренным и неотложным состояниям осуществляется в кабинете № 111.

Напомним: по скорой помощи в медучреждение доставляются пациенты двух городских поликлиник – № 14 и № 12. Если человек с полученной травмой обращается самостоятельно, принцип прикрепления к медицинскому учреждению не имеет значения. Помощь будет оказана в любом случае.

Дмитрий Денисов также отметил, что травматологи, ведущие ранее плановый прием, продолжают работать в прежнем формате. Запись к ним идет несколькими способами: через Госуслуги, колл-центр и регистратуру.



«Географическое неравенство»



29 августа при Министерстве здравоохранения Алтайского края прошло очередное заседание Общественного совета, одним из вопросов повестки которого было рассмотрение проблемы транспортной доступности медицинских организаций в районах края.

Как отмечают специалисты, при активном развитии и использовании телемедицинских технологий и выездной работы все-таки залогом эффективности оказания медицинской помощи является налаженное муниципальное и межмуниципальное транспортное сообщение. Между тем, по данным Совета, в 39 территориях края (это более 60% территории региона) имеются проблемы с автобусными перевозками. Еще в семи районах края местные Общественные советы этот вопрос не изучали, поэтому информация по ним отсутствует.

Зачастую среди причин отсутствия транспортного сообщения с селами районные власти называют «отсутствие транспорта», «убыточность перевозок», «развитую сеть такси», «не востребованность у населения».

Министр здравоохранения Алтайского края **Дмитрий Попов**, комментируя ситуацию, подчеркнул, что за последнее время край выделил муниципалитетам один миллиард рублей именно на покупку автобусов для муниципальных перевозок.

Председатель Общественного совета **Владимир Трешутин**, обращаясь к участникам заседания, напомнил: «Коллеги, главные врачи, мы со мно-

гими из вас работали еще в 90-е, вспомните, для каждого района мы разрабатывали паспорта, где была расписана логистика по всей сети лечебных учреждений: ЦРБ, сельских врачебных амбулаторий, ФАПов – и все это было расписано в километраже! Нужно вернуться к ним. Пока мы рассуждаем: «Там можно на такси доехать, там – на велосипеде...» – так мы никогда не решим вопросы доступности медпомощи! Есть государство, есть государственные обязательства – мы обязаны на местах обеспечить их выполнение. Функция Общественных советов – контроль, вы должны помогать жителям сел! Призываю вас к этому!»

По итогам обсуждения Общественный совет Минздрава Алтайского края рекомендовал районным Общественным советам рассмотреть вопрос транспортной доступности там, где его еще не рассматривали: в Красногорском, Чарышском, Алтайском, Романовском, Залесовском районах, в городах Белокуриха и Заринск, с представлением информации в министерство в срок до 30 сентября. Кроме того, Общественный совет при министерстве обратится с письмом в Администрацию Губернатора и Правительства Алтайского края по рассмотрению и решению вопроса внутримunicipального транспортного сообщения в районах Алтайского края. Проблемные районы повторно заслушают в феврале 2025 года.

Источник: zdravalt.ru

В Волчихинской ЦРБ завершился марафон здорового питания

Выполняя корпоративную программу укрепления здоровья на рабочем месте, медики Волчихинской ЦРБ провели марафон здорового питания.

На протяжении двух месяцев они употребляли только здоровую пищу и благодаря этому вместе избавились от 65 килограммов.

Медики признаются, что марафон дался им непросто. Но коллеги поддерживали друг друга, обменивались полезными рецептами и, таким обра-

зом, преодолели все трудности. «Это только сплотило наш коллектив», – говорят в больнице.

С 2019 года в трудовых коллективах Алтайского края начали внедрять программы «Укрепление здоровья на рабочем месте» для сотрудников и членов их семей. Сегодня более 232 предприятий различных сфер деятельности и форм собственности реализуют корпоративные оздоровительные программы.

Пятерка лучших и ответственных

22 августа в зале Правительства Алтайского края состоялось подведение итогов ежегодного регионального конкурса «Лучший социально ответственный работодатель года». Это состязание проходит в крае с 2010 года и является региональным этапом Всероссийского конкурса «Российская организация высокой социальной эффективности».

Всего в число победителей и призеров конкурса в 2024 году вошло 52 организации в 17 номинациях, в том числе пять из них – медицинские учреждения:

- первое место в номинации «За формирование здорового образа жизни в организациях непроизводственной сферы» – Краевая клиническая больница;

- первое место в номинации «За поддержку работников – многодетных

родителей и их детей в организациях непроизводственной сферы» – Клиническая больница «РЖД-Медицина» г. Барнаула;

- второе место в номинации «За развитие кадрового потенциала в организациях непроизводственной сферы» – Станция скорой медицинской помощи г. Барнаула и Алтайский краевой клинический перинатальный центр;

- третье место в номинации «За сокращение производственного травматизма и профессиональной заболеваемости в организациях непроизводственной сферы» – Детская городская клиническая больница № 7 г. Барнаула.

Краевая клиническая больница и Клиническая больница «РЖД-Медицина» г. Барнаула номинированы для участия в федеральном этапе Всероссийского конкурса.



Новый рентген-комплекс в ДГБ №7

В Детской городской клинической больнице № 7 г. Барнаула обновлен рентген-кабинет. Рентгеновский комплекс стоимостью 22,5 млн рублей получен благодаря региональному финансированию.

С помощью стационарной цифровой системы отечественного производства «Диакон-Нео» можно проводить обследования грудной клетки, рентгенографию придаточных пазух носа, костей носа, височных костей для выявления патологий лор-органов, любые рентгенографические исследования желудочно-кишечного тракта, органов брюшной полости. Также оборудование будет использоваться для обследований периферического скелета, позвоночника, рентгенографических исследований почек с применением контрастных средств.

Новый аппарат позволяет не только получать цифровые диагностические изображения, но и проводить их обработку, сохранять и передавать полученную информацию. С использованием современного оборудования в больнице будут проводить от 30 до 50 обследований в день.

– Повышение качества изображения во время обследований и снижение лучевой нагрузки на пациентов – вот основные преимущества нового рентгеновского аппарата. И теперь нам доступен региональный архив медицинских изображений (РАМИ). Это очень удобно: дистанционно в цифровом хранилище мы можем посмотреть рентгеновские снимки пациента, сделанные в других медучреждениях. Снимки на пленку будем делать только для нетранспортабельных пациентов, – подчеркнула заведующая отделением лучевой диагностики **Валентина Баева**.

С помощью средств краевого бюджета в размере 2,7 млн рублей удалось выполнить капитальный ремонт рентген-кабинета. На его преобразование ушло три месяца.

Без аналогов



Разработчики новой конструкции: Иван Алексеевич Плотников, Анатолий Васильевич Бондаренко, Максим Николаевич Талашкевич

В Краевой клинической больнице скорой медицинской помощи завершаются клинические испытания нового импланта. Специалисты отделения тяжелой сочетанной травмы изобрели металлоконструкцию для лечения переломов вертлужной впадины, аналогов которой в современной травматологии нет. В нашем регионе все операции на вертлужной впадине выполняют только в Краевом центре тяжелой сочетанной травмы. За год в БСМП поступает около 50 пациентов со сложными повреждениями в области тазобедренного сустава. Эти повреждения являются наиболее тяжелыми из-за множества мелких осколков, которые усложняют хирургическое лечение. Разработка алтайских травматологов позволяет сократить время операции и обеспечивает более высокую прочность фиксации. Подробности – в нашем материале.

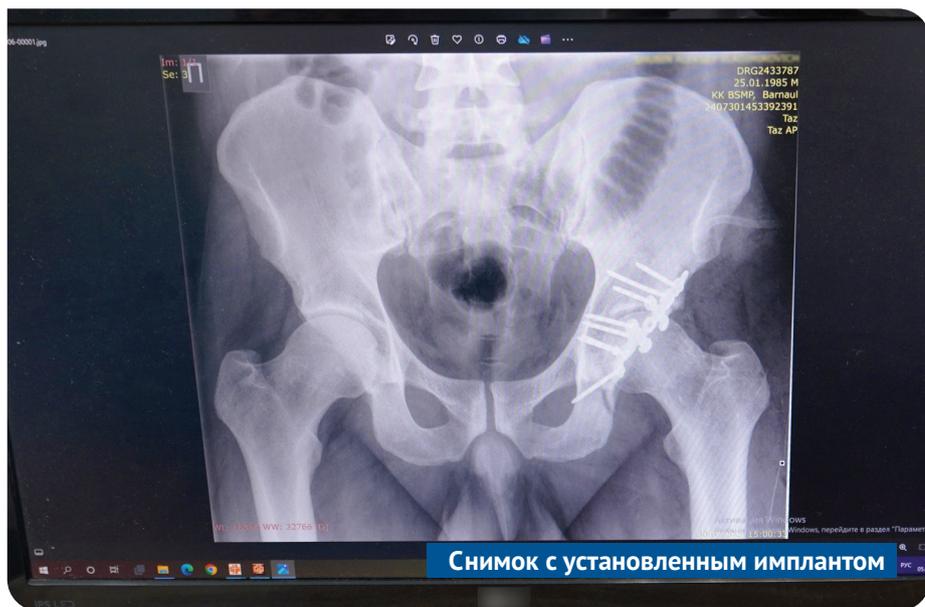
Одна лучше, чем три

Падения с высоты, дорожно-транспортные происшествия (как внутри-салонные, так и с участием пешеходов), как правило, оборачиваются переломами в области таза. С начала этого года в травматологическое отделение № 2 ККБСМП поступило уже более 30 пациентов с разрушением вертлужной впадины. «В результате воздействия кинетической энергии происходит повреждение вертлужной впадины со смещением головки бе-

дренной кости. Это достаточно сложное повреждение – головка бедра разрушает заднюю стенку, повреждая хрящ и собственно кость. Кроме того, могут возникать осложненные вывихи, в результате которых повреждается задняя стенка вертлужной впадины, – говорит врач-травматолог-ортопед, к. м. н. **Иван Плотников**. – При лечении пациента с такой травмой для хорошего результата необходимо выполнить анатомичную репозицию: все фрагменты суставной поверхности

собрать, уложить на свое место и зафиксировать, чтобы они не двигались. Основная сложность заключается в том, что вся работа происходит внутри сустава».

Ранее для лечения таких повреждений травматологи использовали три пластины из нержавеющей стали или титана. Такое количество деталей конструкции было достаточно трудоемким в использовании, поэтому специалисты ККБСМП давно обсуждали возможные альтернативы. Поли-



тическая ситуация усложнила доступ к пластинам для реконструкции таза. И... открыла новые возможности для алтайских ученых. При непосредственном участии и руководстве профессора, д. м. н., заведующего отделением тяжелой и сочетанной травмы **Анатолія Бондаренко** началась разработка, а в дальнейшем клиническая апробация изобретения.

«Дорзальная реконструктивная ацетабулярная пластина укладывается на заднюю стенку вертлужной впадины (она имеет полулунную форму и разделяется на две колонны – переднюю и заднюю костные структуры). Смещение задней колонны происходит при латеральной компрессии и поперечных переломах, – поясняет Иван Плотников, принимавший участие в разработке и клинической апробации импланта. – Мы работаем в зоне, где много мягких тканей и крайне ограниченное поле деятельности для маневров. В таких условиях примерка шаблона из трех пластин, их моделирование и установка существенно увеличивают время вмешательства. Кроме того, есть риск асептических осложнений. Наша пластина сразу сделана с расширением и обладает предизогнутой

Чтобы понять, какие должны быть изгибы и углы, алтайские ученые математически проанализировали около 100 компьютерных томографий и создали три размера пластины.

формой – ничего не нужно моделировать, ее лепестки прикрывают всю заднюю стенку, создавая опору. Мы делаем доступ, отсекаем мышцы-ротаторы с прошиванием, отводим седалищный нерв, проводим репозицию фрагментов и фиксируем спицами, укладывая пластину, закрепляем ее».

Благодаря изобретению продолжительность операции сократилась в среднем на час. Но это не единственное преимущество. Этот имплант позволяет устанавливать больше винтов в каждый фрагмент, что повышает прочность фиксации – конструкция стоит более жестко и стабильно.

Выйти на серийное производство

Дорзальную реконструктивную ацетабулярную пластину травматологи начали использовать в лечении полгода назад. В настоящее время проводится клиническая апробация нового импланта. Все прооперированные пациенты находятся под наблюдением, и осложнений врачи не отмечают. Имплант изготовлен из сплава титана и никеля, который является толерантным к тканям организма и не вызывает негативных местных

реакций. Удаление импланта проводится в исключительных случаях после полной консолидации перелома. Частота операций по удалению металлоконструкции составляет менее 5%.

Всех пациентов врачи отслеживают до полного сращения переломов – оценивают рентгеновские снимки и жалобы и при необходимости приглашают пациентов в консультативный кабинет.

Посттравматический артроз – довольно часто явление, отмечает Иван Плотников. Если он возник спустя пять лет после травмы, то это отличный результат. «Если не выполнять реконструкцию задней стенки вертлужной впадины и задней колонны, то через год или даже меньше возникнет потребность в применении более сложных и дорогих технологий, поэтому операция в таких случаях – необходимость», – подчеркивает врач.

Новый имплант из титана (материал, который не нужно моделировать и имеющий минимальное количество отторжений) уже хорошо себя зарекомендовал – удобен, прочен, доступен. Чтобы понять, какие должны быть у него изгибы и углы, алтайские ученые математически проанализировали около ста компьютерных томографий и создали три размера пластины.

Перед ее использованием у пациентов берут согласие, поскольку металлоконструкция еще не вышла в серийное производство – клиническая апробация еще продолжается, как и процесс регистрации изобретения. Пластины изготавливают на московском предприятии, которое выпускает серийные импланты. Когда апробация будет завершена, можно запускать серийное производство и использовать такие импланты по всей России, отмечает Иван Плотников.

Уже в октябре на ежегодной конференции травматологов врачи из ККБСМП представят коллегам доклад на основании клинических исследований и проведут мастер-класс по использованию своего изобретения.

Ирина Савина.
Фото предоставлено
пресс-центром ККБСМП

Заболевание надевает маску

29 сентября – Всемирный день сердца. Редакция «МиЗ» решила рассказать своим читателям о том, как боль в сердце может оказаться совсем не сердечной, а ее источником – совершенно другой орган. О гастрокардиальном синдроме рассказала Наталья Горбачева, заведующая отделением кардиологии ККБСМП № 2.



В человеческом организме все взаимосвязано, и об этом многие догадываются, даже не имея медицинского образования. Иногда это выражается в том, что болит в одном месте, а причину нужно искать совсем в другом. Поэтому если вы испытываете боли или неприятные ощущения в сердце, повышение артериального давления, виновата может быть не сердечно-сосудистая система, а вовсе даже желудочно-кишечный тракт.

– Гастрокардиальный синдром – общее понятие этого явления. Есть разделение патологии в зависимости от места размещения органов – в верхнем или в нижнем «этаже» брюшной полости. Больше всего в кардиологической практике отмечается случаев, связанных с верхним «этажом».



В частности, мы используем четкую дифференциальную диагностику ишемической болезни сердца и грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Клинические симптомы у них очень схожи. При патологии сердечной деятельности возникают давящие, жгучие боли в грудной клетке, это обусловлено спазмом коронарных артерий, вызвавшим недостаток кровообращения в миокарде. При недостаточности гастроэзофагеального сфинктера происходит заброс соляной кислоты из желудка в пищевод через плохо сдерживающий клапан. Соляная кислота попадает в щелочное содержимое, и возникает похожее жжение, как при приступе стенокардии. Поэтому дифференциальная диагностика очень важна. Иногда у пациента ошибочно диагностируют ише-

Справка «МиЗ»

Гастрокардиальный синдром (синдром Ремхельда) – совокупность симптомов изменения рефлекторного характера в работе сердечно-сосудистой системы, возникающих при возбуждении рецепторов пищевода и желудка под воздействием различных механических и химических факторов.

Также есть **холецистокардиальный синдром** – появление загрудинных болей, в том числе с признаками ишемии на ЭКГ, у больных, страдающих холециститом (воспалением желчного пузыря).

Цифры и факты

У одного из десяти пациентов встречается наличие хеликобактер пилори в повышенной концентрации, которое требует терапии.

Из **20** пациентов у одного может быть грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, мимикрирующая под стенокардию.

мическую болезнь сердца, а на самом деле у него гастроэзофагеально-рефлюксная болезнь (ГЭРБ). Это как раз один из таких случаев, когда одно заболевание мимикрирует под другое.

Второй вариант: в верхнем «этаже» брюшной полости, в подпеченочном пространстве, располагается желчный пузырь. Он – коллектор желчи, которая необходима для нормальной перистальтики кишечника. Но желчь также является благоприятной средой для жизнедеятельности описторхов, лямблий, токсокар – микроорганизмов, выделяющих токсины, и этот яд оказывает непосредственное воздействие на сосуды и сердце в том числе. При острых поражениях описторхами и лямблиями могут возникать нарушения сердечного ритма, даже фатального характера – в виде фибрилляции предсердий. Чаще всего это желудочковая экстрасистолия, которая весьма плохо переносится пациентами. Экстрасистолия – дополнительное внеочередное сердечное сокращение, нарушающее ритм сердца. Пульс может разогнаться до 100–120 ударов в минуту, при этом ритмичность будет неправильной (сбитый ритм). Возникают также головная боль, головокружение, слабость, одышка, плохая переносимость физической нагрузки.

Третий вариант: синдром раздраженного толстого кишечника. Это забо-

левание сопровождается повышенным газообразованием, и раздутые петли кишечника давят снизу на диафрагму, которая является нижней стенкой средостения, в полости которого находится сердце. Из-за этого возникают давящие боли в груди и резкое повышение давления. Вылечив синдром раздраженного кишечника, мы убираем давление с диафрагмы и устанавливаем нормальную работу сосудов, давление при этом стабилизируется.

Все эти три варианта встречаются в нашей кардиологической практике достаточно часто.

И, кроме того, если говорить о связи ЖКТ и сердечно-сосудистой системы, есть вариант, когда сердечно-сосудистая система влияет на состояние ЖКТ. Есть такое серьезное заболевание, как фибрилляция предсердий, при котором пациенты должны принимать антикоагулянты – препараты, разжижающие кровь. Помимо пользы, у этих препаратов есть еще и нежелательные эффекты, которые заключаются в риске кровотечений. Если у пациента есть гастрит, эрозии в слизистой оболочке желудка, то врач должен

помнить о том, что прием этих препаратов может вызвать желудочное кровотечение. Это тоже совокупный фактор кардиологии и гастроэнтерологии.

Любые препараты для лечения гипертонии, ИБС, нарушения ритма влияют на изменение кислотности в желудке.

Поэтому так называемые медикаментозные гастриты есть практически у 80–90% населения, у которых имеются кардиологические заболевания. Если нет противопоказаний к приему ингибиторов протонной помпы (в частности, омепразола), то мы рекомендуем в сочетании с кардиопрепаратами принимать и те, которые защищают слизистую желудка. Если противопоказания к приему есть, и боли в желудке усиливаются, то мы рекомендуем дообследование с проведением ФГДС с биопсией, чтобы исключить или подтвердить развитие

После 45 лет, чтобы выяснить, как работает ваше сердце, нужно сделать ЭКГ, эхокардиографию, исследование крови на липидный спектр. Диспансеризация в этом возрасте обязательна.

Диагностика

– При болях в груди с подозрением на проблемы с ЖКТ врач прежде всего назначает электрокардиограмму и ФГДС – для того, чтобы выяснить, в какой именно зоне есть проблема. Совокупно изучив сердечную деятельность и желудок, мы можем точно сказать, где есть проблема.

Кроме того, есть еще функциональные пробы. После приема пищи мы просим пациента принять горизонтальное положение лежа, появляется ли горечь во рту. В положении лежа он находится около двух минут, и если горечь во рту сохраняется, то это, скорее всего, ГЭРБ. А когда он встает, горечь проходит в течение одной минуты.

Либо мы проводим ЭКГ с нагрузкой – снимаем кардиограмму в покое, а потом после приема пищи просим попроситься, если позволяет физическое состояние, либо поотжиматься от стенки в течение одной минуты, и делаем повторную запись. Если после такой нагрузки боль в груди проходит, то это, вероятнее всего, ГЭРБ, а не сердце.

Такие функциональные пробы с физнагрузкой пациенты могут проводить даже у себя дома. Для этого нужно совершить полноценный прием пищи, съев первое или второе блюдо объемом 200–250 миллилитров. Сделав такие пробы самостоятельно, показаться кардиологу все-таки стоит, чтобы специалист оценил, действительно ли боли в грудной клетке связаны с приемом пищи, меняется ли состояние при смене положения тела или при физической нагрузке.

в желудке бактерии хеликобактер пилори, вызванное приемом кардиопрепаратов, и назначаем уже другие препараты для защиты желудка.

Елена Клишина

Под давлением

Пациенты с головной болью обращаются к врачам самых различных специальностей – от невролога до нейрохирурга. Поэтому докторам необходимо обладать обширными современными знаниями по данной проблеме, поскольку не всегда возможно быстро и точно дифференцировать, с какой именно болью приходится иметь дело. Сегодня у нашего эксперта, врача невролога-цефалголога, к. м. н., доцента кафедры неврологии и нейрохирургии с курсом ДПО АГМУ Екатерины Пархоменко узнаем об особенностях проявления внутричерепной гипертензии и о современных подходах в ее лечении.



Излишек как триггер

«До недавнего времени в российском медицинском пространстве чаще всего говорили о вторичных цефалгиях (головных болях), ассоциированных с остеохондрозом шейного отдела позвоночника, а также с сосудистыми и ликвородинамическими нарушениями. Это противоречило общемировой практике, которая указывала на преобладание первичных форм головной боли, мигрени и головной боли напряжения», – говорит Екатерина Пархоменко.

Почему повышается внутричерепное давление (ВЧД)? Это бывает из-за объемных образований головного

мозга (опухолей, аневризм), острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК), черепно-мозговых травм (ЧМТ), менингита, энцефалита. Еще более редкая причина повышения ВЧД – заболевание «идиопатическая внутричерепная гипертензия». Объемного образования головного мозга после проведения МРТ не обнаружено, а ВЧД повышено без видимой причины.

Головная боль при идиопатической внутричерепной гипертензии может напоминать и хроническую мигрень, и хроническую головную боль напряжения, и лекарственно-индуцированную головную боль, что и создает трудности диагностики.

Идиопатическая внутричерепная гипертензия (ИВЧГ) характеризуется сочетанием следующих симптомов: головная боль, зрительные и глазодвигательные нарушения, отек диска зрительного нерва вследствие повышения внутричерепного давления, нормальный состав спинномозговой жидкости. Данное заболевание иногда протекает весьма агрессивно и может приводить к необратимой утрате зрения, отмечает врач.

По словам эксперта, чаще ИВЧГ развивается у молодых женщин с избыточным весом. В настоящее время во всем мире наблюдается тенденция к увеличению распространенности ИВЧГ, обусловленная эпидемией ожирения. Так, у женщин с ожирением в возрасте от 20 до 44 лет заболеваемость составляет от 2,7 до 19,3 случая на 100 тыс. человек в год.

И все же ожирение – хоть и весомый, но все же лишь фактор риска. О патогенезе (причине) развития идиопатической внутричерепной гипертензии до сих пор идут многочисленные дискуссии. «В основе повышения внутричерепного давления при ИВЧГ предложены классические теории, включающие в себя избыток продукции ликвора, снижение его абсорбции и увеличение церебрального венозного давления. Одна из них базируется на нарушении обмена витамина А и повышении уровня ретинола в ликворе у больных ИВЧГ. Ретинол-связывающий белок, который высвобождается из жировой ткани, может действовать как модулятор чувствительности к инсулину, – поясняет Екатерина Пархоменко. – Также существует исследование, показывающее, что жировая ткань может обладать минералокортикоидной активностью и увеличивать продукцию ликвора. Помимо гормональной активности, важное значение имеет распределение жировой ткани. Накопление висцерального жира приводит к повышению внутригрудного давления и затруднению венозного оттока из полости черепа. Но, по данным других авторов, у больных ИВЧГ накопление жира преобладает в нижней части тела, по женскому (гиноидному) типу».

Сложности дифференцирования

Наиболее частый симптом ИВЧГ – головная боль (встречается у 80–90% пациентов). «У нее нет специфической клинической картины, она может иметь различный характер (распирающий, тупой, давящий, пульсирующий), различную локализацию (ретроорбитальную или быть двухсторонней, односторонней по типу гемикрании), может сопровождаться тошнотой, рвотой и затуманиванием зрения, – отмечает врач-невролог. – Многие пациенты отмечают хронические ежедневные головные боли, умеренные боли с ощущением «обруча или шапки», напоминающие головную боль напряжения. Лекарственно-индуцированная головная боль также по клиническим проявлениям может напоминать головную боль при ИВЧГ. Но у ряда пациентов отмечаются все типичные черты головной боли, связанной с повышением внутричерепного давления: более выраженная ее интенсивность в утренние часы, с тошнотой и рвотой, с усилением при натуживании, кашле, чихании, наклоне головы».

В связи с множеством вариантов проявления головной боли при ИВЧГ ее довольно сложно дифференцировать от первичных и вторичных форм головной боли. Сложности диагностики добавляет наличие у пациентов до возникновения ВЧД любых других форм цефалгий.

«Частичная или полная потеря зрения – самое тяжелое осложнение идиопатической внутричерепной гипертензии. На момент постановки диагноза нарушения зрения различной степени тяжести выявляют у 90% пациентов. Они могут проявляться как затуманивание, дефекты полей зрения, снижение остроты или «туннельное» зрение. Преходящее затуманивание зрения наблюдается у 68% пациентов и связано с отеком диска зрительного нерва. Снижение остроты зрения – у 25–30% пациентов, дефекты полей зрения – в 42–92% случаев заболевания, – отмечает Екатерина Пархоменко. – Тяжесть зрительных

нарушений увеличивается после шести месяцев заболевания.

Один из симптомов ИВЧГ – горизонтальная бинокулярная диплопия, возникающая вследствие паралича VI пары черепных нервов. Паралич отводящего нерва – по сути, единственное отклонение, выявляемое при неврологическом осмотре у пациентов с ИВЧГ. Большинство больных также беспокоят шум в голове, шум в ушах, обычно возникающий по утрам. Он может быть односторонним или двухсторонним. Пациенты часто описывают его как свист ветра или пульсирующий шум».

Чтобы подтвердить диагноз ИВЧГ, специалисты проводят целый комплекс исследований. Он включает в себя офтальмологическое обследование, люмбальную пункцию с измерением давления спинномозговой жидкости, магнитно-резонансную томографию головного мозга и глазницы с внутривенным контрастированием, а также магнитнорезонансную венографию.

Главная цель всех действий – исключить внутричерепную патологию, которая может быть причиной повышения внутричерепного давления (обструктивная гидроцефалия, опухоль, хронический менингит, артериовенозная фистула, стеноз внутренней яремной вены и тромбоз синусов твердой мозговой оболочки). Кроме того, методы нейровизуализации позволяют выделить ряд маркеров, характерных и специфических для ИВЧГ.

Снизить боль и спасти зрение

Когда диагноз выставлен, перед специалистами стоят две главные цели – уменьшить выраженность головной боли и предупредить потерю зрения. Лечение внутричерепной гипертензии включает в себя несколько основных направлений: снижение массы тела, медикаментозную терапию и хирургические методы. «Подход к лечению зависит от тяжести симптомов и степени потери зрения. Хирургическое вмешательство тре-

Продолжение на стр. 10 >>

«Продолжение. Начало на стр. 8-9»

буется пациентам с прогрессирующей потерей зрения, слепотой или выраженной головной болью, несмотря на агрессивное фармакологическое лечение, – поясняет Екатерина Пархоменко. – Снижение веса может приводить к положительной динамике у больных ИВЧГ, поскольку связано со снижением отека диска зрительного нерва. Пациентам рекомендуют низкокалорийную диету и уменьшение потребления хлорида натрия».

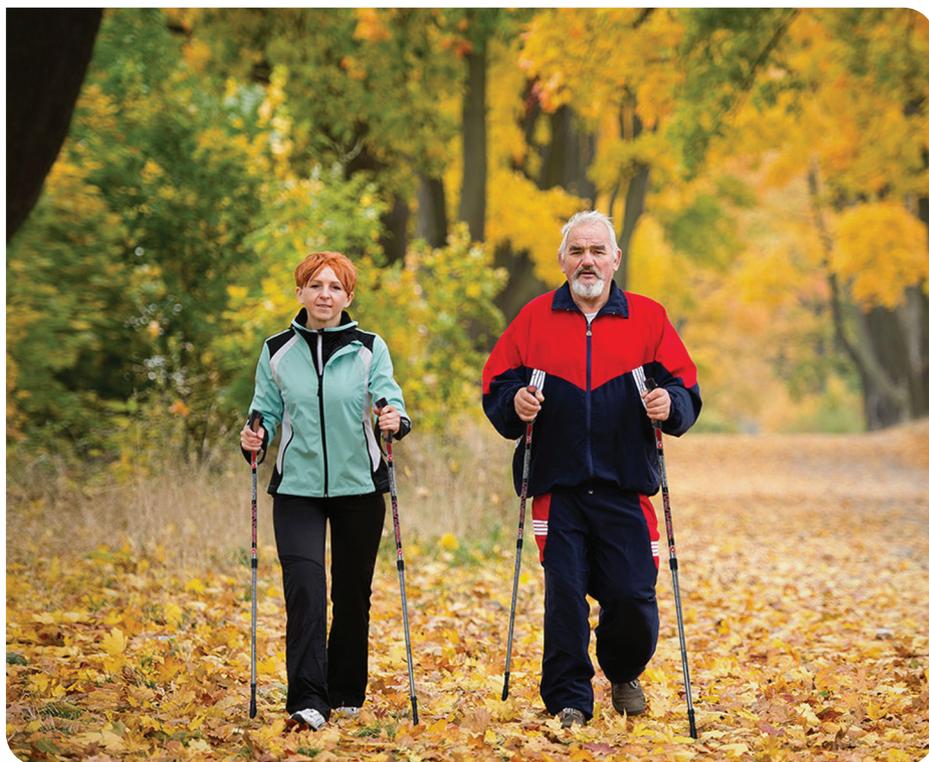
Причем, по данным исследований, наиболее показательный маркер для контроля – не индекс массы тела (ИМТ), а величина общей массы тела. Ее снижение на 5–10% облегчает проявление симптомов внутричерепной гипертензии.

«Что касается медикаментозной терапии, то она включает в себя применение таких фармакологических агентов, как ацетазоламид – препарат первой линии, топирамат, глюкокортикоиды. Очень важно понимать, что все это – серьезные вещества, у которых есть ярко выраженные побочные эффекты. В связи с этим дозировка, кратность и выбор препарата – прерогатива исключительно лечащего врача», – подчеркивает эксперт.

В качестве хирургических методов специалисты используют различные операции, в том числе шунтирующие. Они приводят к быстрому снижению внутричерепной гипертензии и, как следствие, к быстрому регрессу ее симптомов. «Шунтирование не должно применяться для лечения головной боли у пациентов с внутричерепной гипертензией, не имеющих отека диска зрительного нерва, учитывая возможные осложнения и тот факт, что такие пациенты могут страдать другими формами головной боли, сосуществующими с ИВЧГ, которые не облегчаются при понижении внутричерепного давления», – предупреждает врач.

Ирина Савина

Пешком от инсульта



120/80 – к сожалению, далеко не каждый может сказать, что его показатели артериального давления соответствуют заветной формуле. ВОЗ ограничила высшую планку «нормального» давления границами 139/89 мм рт. ст. Но даже с оглядкой на эти цифры специалисты отмечают увеличивающееся число пациентов с жалобами на артериальную гипертензию. В чем причина роста числа «гипертоников», какой образ жизни необходим при таком диагнозе и помогут



ли занятия физической культурой решить проблему высокого артериального давления – узнаем у врача высшей категории по спортивной медицине и лечебной физкультуре Алтайского врачебно-физкультурного диспансера,

к. м. н., доцента кафедры медицинской реабилитации АГМУ Елены Бойко.

Залог хорошей работы сердца

Формирование артериальной гипертонии – длительный процесс, который зависит от целого ряда факторов. Эксперты делят их на две большие группы – модифицируемые и немодифицируемые. Ко вторым относят наследственность, пол и возраст. К первым – алиментарный фактор (питание), злоупотребление алкоголем и табаком, отсутствие физической нагрузки или же, наоборот, ее чрезмерность. Каждый фактор по отдельности и все вместе взятые будут провоцировать развитие артериальной гипертонии или усугублять ее течение. «Артериальная гипертония формируется в определенном возрасте под воздействием определенных условий. У каждого человека есть свой лимит сдерживающих механизмов (включая наследственность), которые отвечают за нормальный уровень артериального давления. Поэтому гипертоником можно стать в 80 лет, а можно и в 30 лет, – говорит Елена Бойко. – Сегодня основная проблема заключается в том, что нередко люди недооценивают ситуацию, игнорируют или же отрицают возрастные изменения. Как правило, они не чувствуют повышение давления и, соответственно, не понимают, что уже есть проблемы со здоровьем. Но при этом тот самый лимит закончился, и уже ничто не может сдерживать рост артериального давления. Именно поэтому в первую очередь важно вовремя выявить заболевание и начать медикаментозную терапию».

По словам спортивного врача, сейчас можно наблюдать две крайности: заболевание может развиваться у физически хорошо подготовленных людей (спортсменов) и у тех, у кого физическая активность сведена к нулю. Спортсменам, как правило, тяжело сбрасывать нагрузку, но для них крайне важно перевести ее в ранг оздоровительной, чтобы избежать сосудистой катастрофы. Для тех, кто вел пассивный образ жизни, важно выработать базовую аэробную циклическую нагрузку и ввести ее в ранг гигиенического ухода. Организм нужно

адаптировать к физической нагрузке, подчеркивает эксперт.

«Есть так называемый первый этап – домедикаментозный, когда врачи рекомендуют здоровый образ жизни, коррекцию питания, снижение потребления соли и аэробные циклические нагрузки. Но это будет достаточно в том случае, когда показатели артериального давления находятся в норме, – отмечает Елена Бойко. – Чаще всего пациенты обращаются к врачу при уже сформировавшейся артериальной гипертонии. И тут важно понять: заменить медикаменты физической нагрузкой невозможно. Коррекция состояния будет в первую очередь лекарственная. Подобрать необходимую комбинацию средств должен врач. Как правило, антигипертензивные препараты действуют не сразу и обладают накопительным эффектом. Даже если пациент не ощутил эффекта сразу, он должен начать принимать их и физическую активность вести на этом фоне».

Наиболее продуктивной активностью в свете артериальной гипертонии спортивный врач называет аэробную циклическую нагрузку. Все дело в том, что такая нагрузка – залог хорошей работы сердца, а значит, кровоснабжение всех органов и систем будет происходить должным образом. «Это – база, которую ничто не заменит. К ней в дальнейшем можно подключать дополнительную нагрузку, но подменять ее или отменять нельзя. Если кто-то любит занятия в тренажерном зале, значит, перед ними необходимо 20 минут походить по дорожке, избегая бега, – толка для организма будет больше. И помним: велосипед не заменяет ходьбу, равно как и плавание. Это совершенно разные уровни и виды нагрузки на сердечно-сосудистую систему», – подчеркивает врач.

Усилить базу

Идеальным примером аэробной циклической нагрузки Елена Бойко называет естественный и привычный с детства навык – ходьбу. «Она знакома каждому, в отличие от бега. Бег – тяжелая физическая нагрузка, кото-

рой нужно учиться. Особенно, когда есть лишний вес – страдают не только колени и поясница, но и сердце. При ходьбе по пересеченной местности рационально работают мышцы верхних и нижних конечностей, суставы не испытывают значительной нагрузки. Кроме того, улучшается сердечный выброс – количество крови, обогащенной кислородом, которое поступает ко всем органам и системам при сердечном сокращении. За счет диастолического давления она распределяется во все структуры организма, отдавая тканям кислород, – поясняет спортивный врач. – Ходьба позитивно влияет на возврат крови. За счет активной работы вен кровь хорошо поднимается и возвращается к сердцу, по пути обогащаясь кислородом через легкие. Это очень конструктивная работа всего организма, для которой нет противопоказаний. Можно ходить с палками, на эллипсе, по беговой дорожке – каждый выберет лучший для себя вариант. При этом человек может менять скорость, ориентируясь на самочувствие и реакцию сердечно-сосудистой системы. Начал задыхаться – значит, стоит снизить темп. Кроме того, он может ориентироваться на преодоленное расстояние или количество пройденных шагов, каждый раз увеличивая его».

Оптимальной формулой физической активности эксперт называет разминку и любые посильные для человека нагрузки (силовые тренировки, танцы, йога, плавание). Важно при этом, чтобы артериальное давление было скорректировано, чтобы сам человек полностью контролировал процесс. При этом не должно быть коморбидных состояний (когда у пациента протекают одновременно несколько заболеваний, одно усиливает другое, и их отрицательное влияние на организм усиливается), поскольку они будут усложнять ситуацию и наложат свой отпечаток на подход к тренировкам. Кроме того, важным условием остается медикаментозная поддержка, а также соблюдение диеты с ограничением соли.

Продолжение на стр. 12 >>

«Продолжение. Начало на стр. 10-11»

«В идеале тренировки пациентов с артериальной гипертонией должен сопровождать тренер, который разбирается в данной проблеме, может подобрать комплекс необходимых упражнений, не перегружая сосудодвигательный центр, и, что немало важно, мотивировать их», – отмечает Елена Бойко.

Спортивный врач напоминает, что физические нагрузки – естественный процесс. Но, к сожалению, цивилизация привела к гиподинамии, и, как следствие, люди стали сильнее подвержены заболеваниям. При этом эксперт подчеркивает: движение движению рознь. «С их помощью можно организм укрепить, а можно разрушить, особенно если не соблюдать технику выполнения упражнений. Сегодня существует множество программ по работе с пациентами, страдающими артериальной гипертонией. Но тем, кто начал фиксировать высокие показатели артериального давления, стоит начинать с простого – с ходьбы. Особенно если речь идет о возрастных пациентах, – повторяет спортивный врач. – В определенном возрасте упор лучше делать на стабильность тренировок, нежели на прогресс в них. Необходимо подобрать нагрузку и выполнять регулярную 20–30-минутную тренировку, независимо от того, насколько человек «набегался» в течение дня. Начинать можно с тысячи шагов, постепенно добавляя нагрузку и доводя ее до комфортного уровня».

Важно понимать, что упражнения при артериальной гипертонии не снижают давление, а поддерживают его определенный уровень и дают возможность сердцу хорошо работать, отмечает эксперт. Именно поэтому физическая нагрузка происходит на фоне приема медикаментов, мониторинга артериального давления и соблюдения диеты. «В таком случае будут хорошие перспективы, исчезнет страх инсульта, и постепенно можно добавлять что-то новенькое в меню активностей. Лучшим решением будут упражнения общеукрепляющего характера (для начала – с

опорой на спинку стула)», – говорит Елена Бойко.

Эксперт рекомендует пациентам с артериальной гипертонией избегать силовых упражнений с подъемом и переносом тяжестей (в том числе любимую многими фитнес-инструкторами становую тягу), прыжков (в том числе в воду), занываний, кувырков, а также статичных позиций. Кроме того, важно ограничить ударные нагрузки, наклоны вперед, езду на велосипеде (она представляет собой сидячую нагрузку, которая не очень хороша для сосудов малого таза) и бег, особенно если у человека есть лишний вес. «Запрокидывание головы назад (в том числе и во время плавания) и вращение шеи опосредованно плохо влияют на сосуды головного мозга и могут привести к сосудистым катастрофам. А вот аквааэробика будет полезна для гипертоников», – говорит врач.

Если подходить к физическим нагрузкам с умом, то пациенты смогут не только прийти к нормальным показателям артериального давления, но и в прямом смысле уйти от инсульта. По словам спортивного врача, такая естественная активность, как ходьба, существенно улучшает состояние головного мозга. Она стимулирует память, внимание, способность анализировать, а также обладает антидепрессивным эффектом. Кроме того, ходьба выступает лучшей мерой профилактики развития инсульта (при условии, что будут минимизированы, а в идеале исключены вредные привычки).

Ирина Савина

Редакция «МиЗ» продолжает рассказывать о победителях краевого этапа Всероссийского конкурса врачей этого года. В номинации «Лучший врач-эндокринолог» победила врач Славгородской ЦРБ Вероника Кривых.

Училась по библиотеке отца

– Мой дедушка был ветеринарным врачом, а папа, **Григорий Иванович Пислегин**, хирургом. Начиная с моего девятого класса мы с родителями жили в селе Кусак Немецкого национального района. Отца направили поднимать, так скажем, хирургию в этом районе. Он окончил ординатуру в Барнауле и перебрался сюда. Был и остается достаточно известным хирургом, сейчас работает в медико-социальной экспертизе. Он начал делать в районе первые эндоскопические операции. То, что в хирургии еще не делалось в Славгороде, благодаря моему отцу делалось в Кусаке.

Поэтому выбор медицинской профессии в моем случае практически был предначертан. От отца дома я постоянно слышала какие-то медицинские истории. Он давал мне советы о том, что надо учить химию и биологию, чтобы поступить. Отец говорил о том, что эта профессия гуманная, хорошая, ее цель – помогать людям. Но при этом непростая, и вот с этим пониманием я уже шла в медицину. Интернета в то время не было, зато у отца были целые стеллажи книг по медицине – не только по хирургии, но и терапии, неврологии, психиатрии, многим другим специальностям. Можно сказать, что я училась по его библиотеке.

Готовиться к поступлению в медицинский я начала с девятого класса. В школе очень любила биологию, химию. Учебники по этим предме-

«На работу иду с удовольствием»



там знала практически наизусть, участвовала в краевых олимпиадах.

Я училась в Алтайском государственном медицинском университете на факультете «Лечебное дело», окончила его в 2003 году. Для меня наиболее интересными предметами были анатомия и пропедевтика. На практике очень нравилось писать истории болезней – писала с удовольствием. К хирургии склонности изначально не было.

В интернатуре я училась на терапевта и после окончания приехала работать в Славгород. Вообще, я хотела быть пульмонологом. Но главный врач на меня посмотрел и сказал: «Нам очень нужен эндокринолог». Поэтому мне пришлось проходить вторую интернатуру – по эндокринологии. Ее я проходила в Барнауле, а как окончила, вернулась в Славгородскую ЦРБ и продолжаю работать здесь. Начинала в стационаре, а сейчас работаю в поликлинике, веду в том числе межрайонный прием пациентов из Кулунды,

Табунов, Бурлы, практически со всей Кулундинской зоны. Долгое время для пациентов этой территории я была единственным эндокринологом, а несколько лет назад появились специалист в Яровом и второй врач в нашей больнице.

О пациентах

На диспансерном учете у меня состоят около трех тысяч человек с сахарным диабетом второго типа и около ста человек – с СД первого типа. Вместе с пациентами с заболеваниями щитовидной железы, гипофиза, надпочечников, ожирением – всего более четырех тысяч человек. И, кроме того, просто наблюдаются тысячи человек с эндокринной патологией.

Как можно заметить, сахарный диабет второго типа – самое распространенное заболевание. Его можно назвать болезнью образа жизни: неправильное питание, малоподвижность, лишний вес влияют на его раз-

витие. Сахарный диабет второго типа помолодел, в более раннем возрасте нам помогают его выявлять диспансеризация, медосмотры, профосмотры. На втором месте – патологии щитовидной железы. Здесь тоже шагнула вперед диагностика, и они сейчас выявляются гораздо чаще.

За эти годы, что я работаю, убедилась в том, что не ошиблась в выборе именно этой специальности, другой себе и не желала. Люблю свою профессию, с удовольствием хожу на работу.

В краевом конкурсе я принимала участие несколько раз, но победила впервые. Я этого не ожидала и очень удивилась, когда коллеги узнали об этом и стали звонить с поздравлениями. Накануне конкурса я защитила высшую категорию, у меня была тщательно подготовленная конкурсная работа, с высокой выявляемостью заболеваний и хорошими показателями работы, и жюри конкурса все это оценило.

Вероника Григорьевна Кривых за свой труд была неоднократно награждена благодарностями и грамотами, в том числе Почетной грамотой Минздрава Алтайского края, Благодарностью главного эндокринолога края за ведение регистра пациентов с сахарным диабетом. Врач много раз принимала участие в работе краевого проекта «Поезд здоровья». Дважды становилась победителем народного голосования в рамках акции «Добрый доктор», проводимой компанией «Мария-Ра».

В свободное от работы время Вероника Григорьевна отдает приоритет повышению квалификации в виде непрерывного медицинского образования. Если выдается свободная минута, любит ездить на машине, путешествовать, отдыхать на природе и посещать концерты музыкальных групп и исполнителей.

Елена Клишина.

Фото из архива героини публикации

А какие правила питания в вашей семье?

Детское ожирение – это проблема, вызываемая разными факторами. Первыми из них являются неправильное питание и малоподвижный образ жизни. Так считают врачи-эндокринологи Алтайского краевого клинического центра охраны материнства и детства.

Наблюдения и практика

Ирина Лютцева, заведующая отделением эндокринологии:



– К нам поступает не так много детей с ожирением, потому что это все-таки проблема, которую нужно решать амбулаторно – пересматривая питание пациента, увеличивая физическую активность, меняя образ жизни в сторону более здорового, а также проходя все положенные для данной нозологии обследования. Мы все видим, что количество тучных людей, в том числе детей и подростков, вокруг довольно велико. Однако только в единичных и очень редких случаях у детей действительно есть эндокринологические заболевания, которые могут



приводить к развитию ожирения. По статистике, менее 1% из всех случаев требуют стационарного лечения. В 2023 году в отделении эндокринологии АККЦОМД было обследовано семь таких пациентов, в 2024 году – три пациента, в 2022 году не было ни одного.

Для полноценной помощи детям с ожирением, по мнению врачей-эндокринологов АККЦОМД, учитывая мультифакторность заболевания, необходимо создание центра, где работала бы команда специалистов, включающая эндокринолога, диетолога, психолога, инструктора ЛФК. Это именно те специалисты, которые всесторонне могут подойти к пациенту с ожирением и настроить его на результат, а именно на снижение массы тела. Очень важна работа с психологом – для выработки мотивации на длительную и терпеливую работу над собой, так как в большинстве случаев похудение – это все же огромный труд пациента и уже потом медикаментозное вмешательство, которое в детской практике очень ограничено в связи с очень скудным выбором препаратов.

Ирина Николаевна приводит случай из практики: несколько лет назад к ней на прием пришли мама и ее 15-летний сын, каждый весом около ста килограммов. Когда врач стала задавать вопросы, то выяснилось, что причина лишнего веса – неправиль-

ное питание в семье. Мама работает поваром, готовит дома много выпечки и других высококалорийных блюд. Через полгода мама и сын снова пришли на прием, но уже похудевшими – каждому удалось сбросить по 15 кг. Этого они добились с помощью изменения рациона в сторону более низкокалорийного и тренировок в тренажерном зале по три раза в неделю.

По словам Ирины Николаевны, эти пациенты отмечали, что у них в целом улучшилось самочувствие. Но главный эффект снижения веса, по мнению врача-эндокринолога, заключается даже не в этом, а в расширении социальных возможностей, лучшей адаптации в социуме, формировании уверенности в себе и любви к себе.

– Подросток, похудев, стал нравиться девочкам, перестал подвергаться насмешкам, наравне со всеми выполнял упражнения на физкультуре. Мама тоже смогла почувствовать себя более уверенно, более красивой, изменить гардероб. Хотя мы можем представить, какая сила воли должна быть у человека ее профессии, чтобы кардинально пересмотреть свои пищевые привычки.

Даже непродолжительное (две-три недели) нахождение детей с лишним весом в стационаре приносит положительный эффект. На больничной диете они теряют до 4-5 килограммов.

Если нет сопутствующих заболеваний, то медикаментозная терапия в таких случаях не применяется. Но зато таких пациентов могут направить на занятия по лечебной физкультуре и к психологу. Желательно, чтобы и после выписки из стационара ребенок продолжал питаться более рационально, отказался от фастфуда и сладких газированных напитков, больше двигался, гулял.

– В беседах с родителями тучных детей очень часто выясняется, что ожирение или лишний вес – это, так скажем, «семейный сценарий», следствие неправильных привычек. В таких семьях, как правило, любят жареное, пироги, жирное, сладкое, завтракают бутербродами с майонезом, а ужинают жареными картофелем с курицей или булками. Эндокринологи утверждают: если вся семья пересмотрит свой рацион, то это обязательно лучшим образом скажется на здоровье ребенка.

Ирина Лютцева уверена в том, что многие последствия ожирения в детском возрасте обратимы: стоит снизить вес – и показатели приходят в норму. И похудеть детям бывает гораздо легче, чем взрослым.

По словам главного внештатного детского эндокринолога **Евгении Тайлаковой**, ожирением и избыточной массой тела страдает 38% учащихся начальных классов Алтайского края. Если раньше проблема ожирения чаще наблюдалась у подростков, то теперь избыточная масса тела встречается и у дошкольников, и у младших школьников. Если у взрослых набор веса происходит в основном из-за малоподвижного образа жизни, то у детей – из-за повышенного потребления продуктов с высоким содержанием углеводов (сладости, выпечка, фастфуд, газировка).

Когда стоит беспокоиться?

В норме ребенок удваивает свой вес, с которым родился, к четырем месяцам и утраивает его к одному году. То есть, родившись с весом 3200 граммов, в четыре месяца он должен весить около семи килограммов и около десяти килограммов к одному году.

За второй год жизни прибавка должна составлять примерно 2,5–4 кг.

Для детей от двух лет и до подросткового периода считается нормальной прибавка примерно 2–3 кг в год. В период пубертата прибавки веса расчитать намного сложнее.

Синдромальное ожирение (развивающееся при ряде генетических заболеваний) характеризуется ранним дебютом и быстро прогрессирует.

Ожирение – это многофакторное заболевание, то есть может возникать по ряду причин:

- генетика. Если один родитель страдает ожирением, то вероятность рождения ребенка, у которого будет потом такая же проблема, в 3 раза выше. Если страдают оба родителя, то выше в 10 раз;
- прием некоторых лекарственных препаратов;
- психологический фактор: заедание как способ справиться с эмоциями, если ребенок умеет получать удовольствие в основном или только от еды;
- эндокринные заболевания, при которых вес может прийти в норму после лечения.

Среди основных факторов риска развития избыточной массы тела и ожирения можно выделить несбалансированное питание, дефицит физической активности, отсутствие нормального режима питания и отдыха, эмоциональные нагрузки, влияние семейных традиций, изменения микробиоценоза кишечника, социальные влияния (агрессивная реклама нездорового питания).

Несмотря на то, что есть фактор наследственной предрасположенности, вероятность развития заболевания и степень его проявления во многом зависят от образа жизни и характера питания.

Дебют заболевания чаще всего происходит в возрасте после пяти лет или в период полового созревания. Как правило, ожирение прогрессирует постепенно, на фоне хороших (часто ускоренных) темпов роста. Ожирение – это всегда знак, что в организме что-то происходит не так.

Есть стереотип, что полный ребенок по мере роста и взросления «израстет», «вытянется». На самом деле

Важно!

Что делать, если ребенку поставили диагноз «ожирение»?

- Внедрить правильные пищевые привычки и физическую активность в повседневную жизнь своей семьи.
- Начинать нужно с себя: если вы хотите, чтобы ребенок занимался спортом, начните это делать тоже! Это же касается и пищевых привычек: начните питаться правильно сами и станьте примером для своих детей.
- Поощряйте прогулки и любые проявления физической активности.
- Ограничивайте время просмотра телевизора, игр на компьютере или в телефоне, планшете.
- Следите за размерами порций. Исследования показали связь роста случаев детского ожирения с наличием в ресторанах быстрого питания так называемых «комбо» (бургер, картошка фри, газировка).
- Поощряйте интерес ребенка к здоровому питанию: найдите способы вовлечь его в покупку полезных продуктов, их выращивание, приготовление пищи.

без изменения образа жизни в пользу более активного таких изменений ожидать не следует.

Чем грозит ожирение?

Риском развития инсульта, инфаркта, сахарного диабета, жировой дистрофии печени, повышением артериального давления. Ожирение ассоциировано с 13 видами рака. Оно опасно началом преждевременного полового созревания (у девочек – раньше восьми лет, у мальчиков – раньше девяти лет).

Информация подготовлена
пресс-службой АКЦОМД

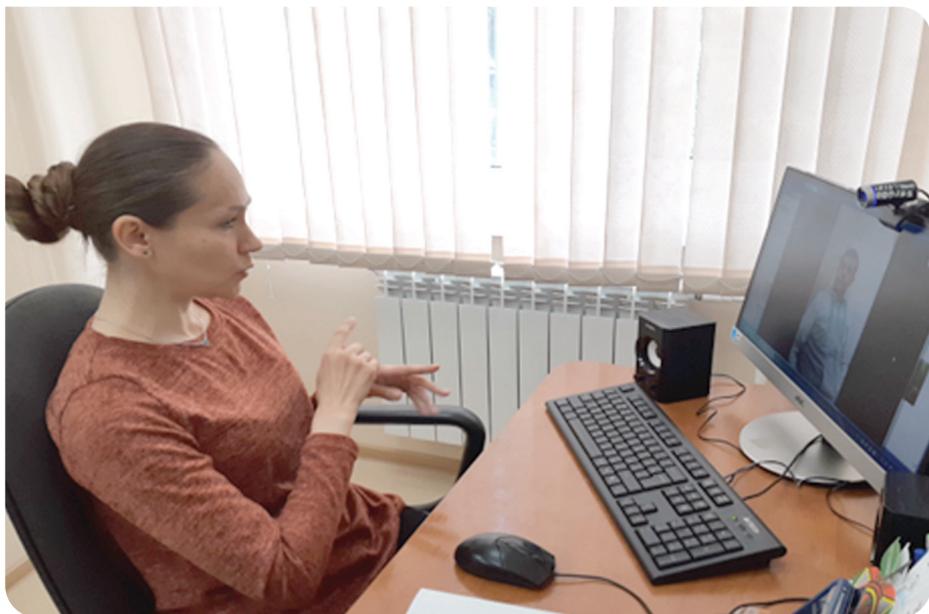
По-русски говорят... руками

29 сентября отмечается Международный день глухих. В нашем регионе уже 95 лет существует общественная организация, которая объединяет таких людей и помогает им. Одному из проектов – диспетчерской службе для инвалидов по слуху – в этом году исполняется пять лет. О работе Алтайского регионального отделения Общероссийской общественной организации инвалидов «Всероссийское общество глухих» рассказала председатель Антонина Цыро.



Доступ к информации

– Задачи организации – защита прав, представление интересов граждан с инвалидностью по слуху на территории Алтайского края, в том числе оказание услуг по сурдопереводу. В деятельности отделения есть также культурное и спортивное направления, организация решает вопросы, связанные с повышением качества



медицинского обслуживания, получением образования, организацией досуга и отдыха. Мы принимаем непосредственное участие в разработке и реализации программ по созданию доступной среды – в частности, в предоставлении доступа инвалидов по слуху к информации. Это реализуется в том числе в виде сурдоперевода новостной программы ГТРК «Алтай» на канале «Россия 24», которая выходит ежедневно в 12 часов. Также мы решаем вопросы обеспечения доступа к экстренным службам по номеру 112 и предоставления информации в транспорте с помощью устройств для трансляции «бегущей строки», – рассказывает Антонина Владимировна.

Кроме того, региональное отделение осуществляет общественный контроль качествакупаемых технических средств реабилитации – телевизоров с телетекстом, слуховых аппаратов, сигнализаторов, смартфонов с функциями видеосвязи.

Алтайское региональное отделение Всероссийского общества глухих в лице председателя и специалистов входит в общественные советы, рабочие группы главного бюро медико-социальной экспертизы, краевых министерств здравоохранения, обра-

зования, социальной защиты, спорта. Председатель отделения является членом координационного совета по делам инвалидов при Губернаторе Алтайского края.

Третий в разговоре

Переводчик русского жестового языка в роли диспетчера – участник разговора между глухим человеком и представителем, к примеру, какой-либо государственной муниципальной службы. Если нужно обратиться в МФЦ, в суд, к нотариусу, врачу, переводчик помогает двум участникам диалога понять друг друга.

– Представьте, что вы специалист какого-либо учреждения. К вам на прием пришел глухой человек. У вас под рукой есть информация о том, что в крае работает диспетчерская служба. Вы можете выбрать письменный метод общения с этим посетителем. Либо вы или сам посетитель обращаетесь с помощью смартфона или планшета к диспетчеру, используя видеозвонок. И диспетчер становится третьим участником разговора, вашим переводчиком. Он переводит вашу речь на жестовый язык, а жестовую речь посетителя – на обычный русский.

Только в
2012
году

русский жестовый язык признали полноценной лингвистической системой в России.

Антонина Владимировна говорит, что не все глухие могут общаться со слышащими людьми с помощью письменной речи. Дело в том, что люди, владеющие жестовым языком, – как правило, инвалиды по слуху с детства. Они учились в специализированном учебном заведении – коррекционной школе и овладели русским жестовым языком (РЖЯ) там. Обычный русский язык является для них как бы иностранным. Поэтому они могут писать с ошибками или испытывать другие трудности при использовании письменной речи. Им, к примеру, трудно составить официальное письмо о предоставлении средств технической реабилитации, трудно бывает даже его прочитать. Они не пользуются письменной речью постоянно в повседневной жизни, у них нет навыка регулярно писать. Если они переписываются между собой, то пишут кратко: главное – что они друг друга поняли. Правда, сейчас у них есть новые средства коммуникации (смарт-

Факт

В среднем за услугами перевода к сурдопереводчику диспетчерской службы инвалиды по слуху обращаются **10-20** раз в сутки.

фоны и мессенджеры), а раньше были только блокнот с ручкой. У людей, потерявших слух поздно, во взрослом возрасте, другая проблема: они могут грамотно и без затруднений пользоваться письменной речью, но, как правило, не овладевают жестовым языком. В основном потому, что поздно оказались (или не оказались вовсе) в среде глухих, ведь РЖЯ люди без слуха изучают, общаясь друг с другом.

Дефицит сурдопереводчиков

Диспетчерская служба с филиалами в Барнауле, Бийске и Рубцовске была создана в крае в 2019 году в рамках программы «Доступная среда в Алтайском крае». В Алтайском крае всего 12 сурдопереводчиков – на весь регион этого мало, ведь в нем проживают более 4000 граждан с нарушениями слуха.

– Востребованность в услугах сурдопереводчика гораздо выше, чем позволяют возможности диспетчерской службы. Переводчики русского жестового языка в очень большом дефиците. По закону, в каждом образовательном учреждении должна быть создана доступная среда, в том числе должны предоставляться услуги сурдоперевода. Это одно из условий аккредитации вуза. В вузе может появиться глухой студент, которому будут нужны услуги по переводу лекций в течение всех четырех лет обучения. Такие студенты есть и сейчас, но они пока к услуге в таком объеме не прибегают и как-то справляются сами.

В нашей организации работают люди, получившие или получающие высшее образование. Один из них скоро получит диплом специалиста по адаптивной физкультуре и сейчас занят подготовкой большого спортивного мероприятия. Одна наша девушка получила в АлтГУ образование по специальности «эколог» и недавно была принята к нам специалистом первой категории. Другая девушка, выпускница АлтГУ по специальности «социальная работа», работает у нас переводчиком. К услугам сурдопереводчика могут обратиться не только студенты вузов, но и обучающиеся на

Справка «МиЗ»

«Всероссийское общество глухих» (ВОГ) образовано в сентябре 1926 года. Это одна из старейших общественных организаций в России. В нее входят 86 региональных организаций, в том числе недавно присоединившиеся из четырех новых регионов. Это 800 местных отделений, 52 региональных дома культуры, а также Театр мимики и жеста (Москва) – первый и единственный в России театр профессиональных глухих актеров. Также есть ассоциации глухих художников, гидов, журналистов, блогеров.

Алтайское региональное отделение ВОГ было основано в 1929 году. В нашем регионе проживает около 4000 граждан с нарушениями слуха. В структуру региональной организации входят 11 местных отделений (пять в Барнауле и по одному отделению в Бийске, Славгороде, Камне-на-Оби, Рубцовске, Кулундинском и Благовещенском районах), Барнаульский Дом культуры ВОГ.

курсах. Например, наш переводчик **Наталья Юрьевна Иванова** сопровождала девушек, которые учились на курсах маникюра и бровистов, переводила им теоретическую часть.

Услуга сурдоперевода должна оказываться при обращении в экстренную службу. В идеальном варианте наша диспетчерская должна быть круглосуточной, но пока она работает с 9:00 до 17:00. Поэтому со службой 112 мы разработали памятку о том, как в случае необходимости использовать СМС-сообщения и что в них нужно указывать: «Я глухой, ФИО, возраст, номер телефона, адрес проживания, что случилось». В памятке есть шаблоны сообщений для вызова службы газа, аварийных служб, ГИБДД, полиции, скорой помощи, при пожаре.

84 часа в год – таков объем оказания услуги сурдоперевода одному

Продолжение на стр. 18 >>

«Продолжение.

Начало на стр. 16-17

человеку по нормативным документам. Некоторые его не используют полностью, у других он может быть фактически выше. Использован этот объем или нет, услуга все равно будет оказываться.

Глухие люди обращаются к сурдопереводчикам и в нерабочее время, телефоны переводчиков размещены на нашем сайте и на информационных стендах. Все-таки у нас здесь не просто работа, а образ жизни. В экстренных случаях сурдопереводчикам могут писать и вечером, и ночью, и в выходные. Как правило, переводчики – это дети глухих родителей, являются носителями РЖЯ с детства, хорошо понимают проблемы инвалидов по слуху.

Ближайший город, где можно получить образование сурдопереводчика, – Новосибирск, там также можно пройти повышение квалификации. Высшее образование по сурдопереводу можно получить в Москве и Санкт-Петербурге. Но, как правило, выпускники этих вузов в Барнаул не возвращаются. Удаленно можно пройти только переподготовку при определенном уровне владения РЖЯ.

В России в 2022 году был введен профессиональный стандарт сурдопереводчика. Он вступил в силу, однако сами переводчики и региональные отделения Общероссийской общественной организации инвалидов «Всероссийское общество глухих» как поставщики услуг по переводу не были готовы к новым серьезным требованиям профстандарта. Поэтому до 2027 года нам был предоставлен переходный период для прохождения переподготовки, повышения квалификации и решения других вопросов. Мы работаем над тем, чтобы глухие люди были интегрированы в общество, чтобы они комфортно себя в нем чувствовали.

Подготовила Елена Клишина.

Фото предоставлено АРООИ
«Всероссийское общество глухих»

Не в ресурсе



Синдром хронической усталости знаком сегодня практически каждому. Чаще всего его связывают с особенностями образа жизни – наличием вредных привычек, гиподинамией, низким качеством сна, несоблюдением режима труда и отдыха, отсутствием здорового питания и т. п. Но врачи могут рассматривать его как симптом целого ряда заболеваний – от анемии до сахарного диабета. Сегодня предлагаем рассмотреть синдром хронической усталости с точки зрения

психологии – в чем причины его появления, чем он опасен и как можно выйти из такого разрушающего состояния. В этом вопросе поможет разобраться практический психолог, арт-гештальт-терапевт, семейный психотерапевт с более чем 20-летним стажем Ирина Волченко.



Исключить заболевания

В традиционной медицине принято в первую очередь обращать внимание на тело. Это означает, что врачи ищут причину того, почему вдруг тело начинает испытывать проблемы на физическом уровне. Говоря о синдроме хронической усталости, они могут

подозревать целый ряд заболеваний. В их числе – анемию. Это достаточно распространенное состояние (особенно железодефицитная анемия). Оно может быть связано с множеством причин, начиная с алиментарного дефицита железа и заканчивая такими патологиями, как полипы и миомы матки, геморрой, язвенная болезнь

желудка и кишечника, злокачественные опухоли. Для нее характерны повышенная утомляемость, головные боли, бледность, головокружения, звон в ушах, мушки перед глазами, плохая переносимость физических нагрузок.

Фибромиалгия – одна из наиболее распространенных причин хронической усталости и болей в опорно-двигательной системе. Больше распространена среди женщин. Ее симптомы: хроническое чувство усталости, глубокие мышечные боли, наличие в мышцах болевых точек (так называемых триггерных точек), проблемы со сном, частое чувство тревоги, депрессия.

Согласно исследованиям, хроническая усталость может быть ранним признаком пищевой аллергии или пищевой непереносимости. В частности, так может проявляться целиакия – непереносимость глютена. Ее симптомы: усталость, сонливость, чувство утомления, которое беспокоит в течение длительного времени.

При сердечно-сосудистых заболеваниях усталость быстро наступает даже во время легкой физической работы.

Медики уделяют внимание и obstructivному сонному апноэ, когда во сне происходят короткие эпизоды остановки дыхания. После этого человек всхрапывает и снова начинает дышать. Вследствие этого организм не получает достаточного количества кислорода, что не только приводит к усталости, но и повышает риск сердечно-сосудистых заболеваний.

Этот список можно дополнить сахарным диабетом, гипотиреозом, злокачественными новообразованиями, ревматоидным артритом, бронхиальной астмой, ХОБЛ и многими другими заболеваниями. Поэтому крайне важно не оставлять без внимания такое состояние и вовремя обращаться к специалистам.

Но если все показатели в порядке, а состояние отсутствия ресурсов продолжается, то самое время обратить внимание на психологическую составляющую своего здоровья.

Остановить вторжение

«Синдром хронической усталости связан с эмоциональной и информа-

ционной перегруженностью. Сегодня человек живет в бешеном ритме и в огромном потоке информации, которая льется буквально отовсюду, начиная с соцсетей и заканчивая телефонными звонками с рекламными предложениями. Происходит постоянное вторжение в личное пространство, – говорит Ирина Волченко. – Увеличилось не только количество информации, но и ее доступность, а вместе с тем и потребность в новых данных. Хорошо, если эта жажда утоляется на самом деле нужной и полезной информацией. Зачастую она идет сплошным потоком, и человек даже не успевает понять, а нужна ли она лично ему, но при этом вынужден перерабатывать ее и пропускать через себя».

Современные реалии таковы, что человек, видя обилие предложений, хочет пробовать все – от бизнес-проектов до духовно-эзотерических практик, везде успевать, быть в курсе новинок. Вместе с этим притупляется восприятие событий. Из-за большой массы впечатлений происходит перегруз и поверхностное восприятие. «В событиях, как и в пищевых привычках, важна избирательность – нельзя поглощать все подряд, каким бы привлекательным рекламируемое блюдо ни казалось, – подчеркивает психолог. – Высокая интенсивность и скорость информации не дают возможности остановиться и прислушаться: «Мое ли это?» Крайне важны контакт с собой и высокая степень осознанности – для отбора нужного именно тебе материала (продукта) и погружения в глубину вопроса. Именно поэтому необходим навык останавливаться, прислушиваться к себе и своим желаниям, а также умение говорить «нет». Кроме того, нужна определенная смелость, чтобы сделать выбор и принять решение. Например, если вся компания зовет куда-то, а внутреннего отклика нет, то не стоит идти на поводу у всех. Очень важно сохранить самоидентичность – не врать себе, не насиловать себя в угоду другим, даже если это ваши друзья. Не нужно ждать оценки от других и бояться испортить с кем-то отношения. Это в том числе будет тестом на внутреннюю зрелость».

Выйти из потока

Далеко не каждый может позволить себе выйти из скоростного потока, послушать внутренний голос, отключить страх того, что можно остаться за пределами какого-либо интересного события или круга людей. «Жажда владеть информацией, быть включенным в процесс становится похожей на истерию, в которой человек не дает себе возможности остановиться. И тогда на помощь приходит синдром хронической усталости. Первым делом на его фоне появляется головная боль. Она возникает как реакция на перегруз, неспособность переваривать всю информацию, – поясняет эксперт. – Точно такой же защитный механизм включается, когда бесконечные встречи следуют одна за другой – эмоции и впечатления не успевают улечься и ассимилироваться внутри нас, а мы подкидываем еще и еще. Происходит постоянное перевозбуждение, от которого человек не отдыхает даже ночью, поскольку в это время идет переработка полученной за день информации. И так изо дня в день напряжение копится, проявляется на мышечном уровне, и самостоятельно отпустить его уже невозможно».

Те, кто не привязан к строгому графику, находятся в более выгодном положении – они могут позволить себе выехать за город на природу или побыть в одиночестве. Но чаще всего специалисты сталкиваются с тем, что большинство людей считают такой ритм нормой. И более того – стремятся к многофункциональности, многозадачности, считая, что наделены мультипотенциалом. Как правило, это представление о себе ошибочно. Разгрузка необходима всем, отмечает психолог.

«Сейчас на пике медийность: чтобы быть востребованным и узнаваемым, необходимо все время заявлять о себе, демонстрировать свои таланты. Это требует больших энергетических вложений, которые необходимо постоянно пополнять. Если этого не делать, то постоянное перевозбуждение и напряжение могут обернуться

Продолжение на стр. 20 >>

«Продолжение. Начало на стр. 18-19»

нервным истощением, психоэмоциональным выгоранием, апатией, когда нет сил и желаний ни на что», – говорит Ирина Волченко.

Кроме того, нередко на этом фоне начинают развиваться заболевания различных систем. Так, например, пациенты гастроэнтерологов становятся пациентами психологов, поскольку причиной проблемы выступает именно стрессовый фактор.

Первым сигналом о том, что пора остановиться и сделать паузу, станут «звоночки» от тела, которые будут звучать все громче. Наверняка каждый вспомнит, как внезапно «заклинивало» спину, и он был вынужден прилечь отдохнуть. «Наше тело мудро устроено – оно начинает сигнализировать о психических и умственных изменениях, когда ему плохо. Если нет возможности отдохнуть во время рабочей недели, важно позволить себе сделать это в выходной день, не нагружать его под завязку делами. Как только ресурс восстановится, вы тут же почувствуете прилив энергии и желание действовать – тело само скажет о готовности, – продолжает Ирина Волченко. – Но тут важно запустить внутренние процессы – проявлять избирательность, слышать свои потребности, выстраивать личные границы. Это все относится к навыкам саморегуляции, которыми, к сожалению, мало кто владеет».

Разбираться с такими моментами помогают психологи. Но далеко не всегда есть понимание, что уже нужна помощь специалиста. «Люди привыкают к своему состоянию, ищут причины проблемы снаружи, но дело в личной реакции каждого на сложившуюся ситуацию. К психологам, как правило, приводят острые моменты», – отмечает специалист.

Ключевым симптомом в психологии эксперт называет отношения с другими людьми. В каждом «встроена» потребность в близких доверительных отношениях. Если человек никого не может допустить в личное пространство или же, наоборот, постоянно конфликтует, то важно разобрататься, что скрывается за подобным

На заметку

Фразы-маркеры СХУ

- » «Я быстро устаю».
- » «У меня не хватает энергии».
- » «Мне постоянно хочется спать» или же «Я просыпаюсь с утра уже уставшим».
- » «У меня в голове туман».
- » «Мне ничего не хочется».

поведением. «Нередко мы имеем дело с процессами, которые тянутся из детства, когда ребенку не дали любви, игнорировали, не воспринимали как личность, отмахивались от него. В таких случаях не сформировалась самооценка личности. Ребенок растет с мыслью, что он никому не нужен и не интересен. В дальнейшем подобные установки будут руководить его действиями, – рассказывает Ирина Волченко. – Как правило, у таких людей нет самоидентификации – они поглощают всю подряд информацию, залипают в ней, создавая для самих себя и для других иллюзию полной жизни. Если спросить у них, чего они хотят на самом деле, они не смогут ответить на этот вопрос. Внутренняя сортировка важна для освобождения энергии, которая нужна для реализации важных задач. Те, в свою очередь, «зашиты» в наших потребностях, способностях и природных задатках. Да, не каждый задумается о своем предназначении, но найти себя важно каждому».

Сегодня существует множество методов коррекции – от дыхательных практик до звукотерапии. Но они чаще всего выполняют вспомогательную функцию – способствуют замедлению человека, разгрузке и погружению в себя. Другими словами, они помогают в моменте. Для того чтобы не последовало возвращение в привычное состояние, необходима помощь компетентного специалиста. Грамотный психолог определит, в каком процессе находится человек, что руководит его действиями, – и направит его в нужное русло, чтобы жизнь стала качественной и по-настоящему насыщенной.

Ирина Савина

В сентябре есть две даты, которые связаны друг с другом: 9 сентября выбрано как повод напомнить о фетальном алкогольном синдроме (ФАС), 11 сентября – Всероссийский день трезвости. Известно, что злоупотребление женщиной алкоголем, особенно в период беременности, приводит к рождению нездорового ребенка. Редакция «МиЗ» пообщалась со специалистами и решила напомнить, чем страшен женский алкоголизм и его следствие – фетальный алкогольный синдром.

Женский алкоголизм

По данным, которые приводит Елена Ханжина, заведующая дневным наркологическим стационаром № 1 краевого наркологического диспансера, из пациентов, состоящих на учете с диагнозом «алкогольная зависимость», женщины составляют пятую часть. Если в цифрах, то в крае зарегистрировано 24 620 таких больных (по итогам 2023 года), и женщин из них 20 процентов. В дневном наркологическом стационаре № 1 – 35 коек, в месяц в стационаре проходят лечение от шести до девяти женщин.



Мать пьет - страдают дети



– Как правило, к нам обращаются женщины с диагнозом зависимости от алкоголя от второй стадии, – рассказывает Елена Леонидовна. – Нашим пациенткам от 35 до 59 лет, у них уже заметны изменения внешнего вида, поведения и психики. Чаще это женщины, работающие в сфере торговли, особенно мелкой, уличной, розничной, в общепите, на автомойках, в клининговых компаниях. Могут быть и представительницы других профессий, но, как правило, высоких должностей они не занимают.

На лице написано

Во внешнем виде пациенток присутствуют купероз, покраснение или желтизна лица, одутловатость, пастозность лица, рук, ног, отечность век, ломкость ногтей, сальность волос и кожных покровов, тремор рук, неряшливость, неопрятность.

Пьющие женщины, как правило, в разводе или на грани развода, либо сожительствуют с пьющим мужчиной. Зачастую они утрачивают интерес к прежним занятиям, семейным обязанностям. У них присутствуют безответственность, тяга к бессодержательному времяпровождению с употреблением алкоголя, нет серьез-

ных целей и занятий. Они предпочитают сидеть дома или пропадать неизвестно где с собутыльниками и сексуальными партнерами.

В отличие от пьющих мужчин, злоупотребляющая женщина резко осуждается обществом за пристрастие к выпивке. Поэтому у нее включаются психологические защитные механизмы, и она не осознает, что у нее развивается синдром зависимости от алкоголя. Женщины предпочитают пить так, чтобы никто не видел, либо в компании собутыльников, пьющего партнера.

Женщинам свойственно игнорировать пьянство, преуменьшать его масштабы. Принято считать, что женщина быстрее пьянеет, что ее доза алкоголя должна быть меньше, чем у мужчины. Причина кроется в женской гормональной системе, кроме того, синдром зависимости у них развивается быстрее, чем у мужчин. При этом ситуацию усугубляет начало употребления в раннем возрасте (до 18 лет) – примерно в 70% случаев алкогольная зависимость развивается быстрее и со временем принимает более тяжелые формы. Среди женщин чаще встречаются лица с преморбидными особенностями личности, с истерическими,

Важно!

Если мать страдает алкоголизмом и продолжает употреблять алкоголь во время беременности, то риск рождения детей с ФАС составляет от 25 до 50%.

Отклонения, которые появляются у ребенка во время внутриутробного развития, когда закладываются и формируются все системы и органы, необратимы, то есть не проходят с возрастом и не поддаются лечению.

циклоидными, шизоидными, тревожными чертами характера.

Крайние формы синдрома алкогольной зависимости у женщин – развившиеся грубые психические и поведенческие расстройства, сочетающиеся с соматическими осложнениями (гепатохолециститы, гипертоническая болезнь).

Их поведение приобретает дисфорические черты: грубость, раздражительность, агрессивность, истерические формы поведения, замедленность реакций, снижение концентрации внимания, забывчивость, плохая память, шаблонность высказываний, их повторяемость, бестактное поведение, плоский юмор, циничность. Семья, дети для них уходят на второй план.

Тяжесть бытия

Чаще всего женский алкоголизм связан с психоэмоциональными перегрузками, семейной неустойчивостью, продолжительными конфликтами – как в тянущихся с детства детско-родительских отношениях, так и во взрослом возрасте с лицами ближайшего окружения, чаще с мужьями. Разводы, потери близких (вдовство), одиночество, хроническая длительная стрессовая ситуация, тяжелая работа, если пьет муж/сожитель. Частые мо-

Продолжение на стр. 22-23 >>

«Продолжение. Начало на стр. 20-21»

тивы к употреблению алкоголя: «для расслабления», «снять усталость, напряжение», для установления контактов с окружающими и сексуальными партнерами, неудовлетворенность работой, семейными и другими взаимоотношениями.

Множество истинных причин употребления алкоголя и других психоактивных веществ кроется в биологических, генетических, личностных, психологических факторах. Например, это может быть следствием воспитания в семье, где родители проявляли физическую или психологическую агрессию, где были традиции, связанные с алкоголем, родители были пьющими и конфликтующими. Или была другая крайность – гиперопека, повышенная внушаемость, излишняя зависимость от мнения окружающих, несамостоятельность в суждениях, поступках.

Вспомнить о себе

Елена Леонидовна считает, что женщины опускаются до пьянства, когда забывают о себе, своем женском предназначении. Женщина – дающая жизнь, воспитывающая детей, хозяйка, хранительница семьи, любящая себя и поддерживающая своего мужчину. Если вспомнить об этом, самостоятельно или с помощью психологов, то зависимость можно преодолеть. Кроме того, для этого есть медикаментозные, психотерапевтические методы, терапевтическая среда в клубах анонимных алкоголиков, длительные поддерживающие курсы лечения у врача-нарколога, психотерапевта, психолога в условиях дневного стационара реабилитационно-лечебных учреждений.

Алкоголизм у женщин чреват психическими расстройствами. Приподнятое настроение чередуется с тяжелыми депрессиями, повышается риск развития неврозов, тревожно-депрессивных расстройств, панических атак, нарушения сна. Абстинентный синдром у женщин чаще сопровождается тревогой, тоскливостью, перепадами настроения. Аффективное

Комментарий специалиста

Константин Гарагуля,
заведующий отделением
реанимации
и интенсивной терапии
новорожденных
и недоношенных детей
родильного дома № 1:



– Фетальный алкогольный синдром – это совокупность нарушений, которые развиваются у ребенка внутриутробно и возникают и прогрессируют после рождения из-за употребления матерью алкоголя во время беременности. Практически все факторы употребления так или иначе сказываются на здоровье ребенка: как часто употребляла мать, какой была степень алкоголизации, в каком триместре беременности она употребляла, какая крепость напитков и т. д. Надо учитывать, что алкоголь легко проникает через плаценту, и его концентрация в крови у ребенка равна концентрации в крови матери.

Самые серьезные последствия для плода будут, если мать употребляет алкоголь с первых недель беременности. Для этого периода есть понятие «все или ничего» – очень часто беременность заканчивается выкидышем на ранних сроках или становится замершей. Во втором триместре – будут грубые патологии, чаще всего поражения центральной нервной системы, характерны также изменения лицевого скелета, снижение массы головного мозга. Кроме визуальных изменений в структурах происходят еще и качественные, снижается количество нейронов, в связи с этим снижаются познавательные (когнитивные), умственные способности. Если в третьем триместре, то клинические проявления ФАС

у ребенка будут менее выражены, но они все равно будут. У ребенка будет снижен уровень нервно-психического развития, часто такие дети рождаются с недостатком массы тела, и это далеко не единственные нарушения, возникающие даже при умеренном употреблении спиртного.

Очень часто женщины с алкогольной зависимостью беременность не планируют и при ее наступлении не обращаются в медицинские организации вплоть до самого момента родов. При этом их дети после родов, по моим наблюдениям, в реанимации нуждались нечасто, то есть они были вполне жизнеспособны, хотя у них и наблюдались абстинентный синдром и сопутствующие неврологические проявления. Часто проявления ФАС становятся видимыми по мере развития, когда у ребенка начинают отставать моторные навыки, – например, не держит голову, в более старшем возрасте это неспособность усваивать учебный материал, неусидчивость, нарушения памяти и координации.

Сразу после рождения признаки ФАС у ребенка тоже могут быть заметны, особенно если во время беременности мать употребляла спиртное регулярно. У него наблюдается абстинентный синдром (синдром лишения), так как его мозг за время беременности привык получать дозу алкоголя и то чувство удовольствия, которое он вызывает. Ребенок возбужден, у него наблюдается тремор конечностей, подбородка, характерный крик. В целом, сразу заметно, что у ребенка есть неврологический дефицит.

расстройство медленнее подвергается обратному развитию. Здесь важен грамотный подбор антидепрессантов,

противотревожных препаратов, препаратов, купирующих тягу к алкоголю, корректирующих поведение. Очень

Цифры и факты

Фетальный алкогольный синдром (ФАС) становится причиной нарушений умственного развития.

Алкоголь свободно проникает через плаценту и достигает плода через полчаса.

Безопасных доз алкоголя и «наименее вредных» видов алкогольных напитков не существует в принципе, а во время беременности любое количество любого спиртного напитка может стать причиной каких-либо внутриутробных нарушений.

Дети с ФАС, как правило, рождаются с недостаточной массой и длиной тела, отстают в физическом развитии. По мере взросления они могут испытывать трудности при обучении, иметь проблемы с поведением (трудности с самодисциплиной, усвоением социальных норм, резкие колебания настроения и т. д.).

Ребенок с ФАС будет отличаться внешне, имея определенным образом измененные черты лица (низкая переносица, тонкая верхняя губа, короткая глазная щель и др.), косоглазие.

Если была поражена центральная нервная система, сразу после рождения у ребенка могут наблюдаться судороги, тремор, мышечная гипотония, anomalies развития различных органов, пороки сердца и т. д.

важна бережная проработка детских травм, детско-родительских отношений, возвращения к своей естественной женственности.

Елена Клишина

Рак шейки матки



Рак шейки матки (РШМ) занимает 4-е место по частоте распространения у женщин. Во всем мире ежегодно регистрируют более 500 000 новых случаев РШМ, 90% этих женщин живут в странах с низким и средним уровнем доходов, около 53% женщин погибает. В нашей стране это онкозаболевание уносит жизни 21 женщины ежедневно, пик заболеваемости приходится на возраст 30–35 лет. Так почему оно возникает и можно ли не допустить заболевание?

Продолжение на стр. 24-25 >>

«Продолжение. Начало на стр. 23»

Причины возникновения

РШМ часто называют «тихим убийцей», поскольку он может развиваться годами, никак себя не проявляя. Это заболевание с хорошо изученной и доказанной причиной. В 2008 году **Харальд цур Хаузен** стал лауреатом Нобелевской премии, доказав связь ВПЧ-инфекции (вируса папилломы человека) с развитием рака шейки матки. В 1983 году ему удалось открыть самый агрессивный тип ВПЧ – 16-й тип. За 34 года исследований, в которых приняли участие более 10 000 пациенток, было доказано, что 68,4% случаев РШМ связано с одним из типов – ВПЧ-16 или ВПЧ-18, а на 16-й, 18-й, 31-й, 33-й, 45-й, 52-й и 58-й типы вместе приходится 87,1% случаев РШМ, в некоторых исследованиях этот показатель еще выше – 99,7%. В настоящее время, по данным ВОЗ, насчитывается более 150 типов ВПЧ, свыше 14 из них вызывают онкозаболевания.

Выделяют три пути заражения ВПЧ: во время всех видов сексуальных контактов, в том числе при соприкосновении половых органов; при тесном телесном контакте; редко – от матери к новорожденному во время родов. Большинство сексуально активных женщин, имеющих более одного партнера, встречаются с ВПЧ хотя бы раз в жизни. ВПЧ – эпителиотропный вирус. Он поражает эпителиальный пласт на шейке матки, стенках влагалища или на коже наружных половых органов. В большинстве случаев ВПЧ-инфекция не требует лечения, так как вирус самостоятельно покидает организм вместе со слущивающимися клетками многослойного плоского эпителия. Но наличие сопутствующего воспалительного процесса, при снижении иммунитета, травмах, наличии хронических заболеваний, курении вирус начинает длительно персистировать в клетках, и запускается процесс канцерогенеза.

Рак шейки матки развивается очень медленно. От момента внедрения ВПЧ в организм до развития рака проходят годы, а иногда десятилетия. Сначала деятельность вируса

практически незаметна, но как только он встроится в геном клетки, появляются характерные изменения в цитологических мазках. Появляются койлоциты (типичные для ВПЧ-инфекции «пустые» клетки) и дискариоз (различные нарушения в ядре клеток, многоядерные клетки). Эта стадия может длиться от 3 до 20 месяцев. ВПЧ захватывает пространство, и развивается дисплазия или CIN – цервикальная интраэпителиальная неоплазия. В зависимости от количества пораженных клеток выделяют три степени CIN. CIN 1 – самая легкая: по данным ВОЗ, вероятность ее самостоятельного исчезновения составляет 90%. При CIN 2 и CIN 3 шансов спонтанного регресса значительно меньше, поэтому их называют дисплазиями тяжелой степени, или истинным предраком шейки матки. При неблагоприятных условиях в среднем CIN 1 прогрессирует в CIN 2 или в CIN 3 за 3–5 лет (процесс идет значительно быстрее при сопутствующей ВИЧ-инфекции, хламидиозе или гонорее). При дальнейшем развитии процесса клетки CIN прорастают базальную мембрану эпителиального слоя, что приводит к развитию инвазивного рака шейки матки.

Меры профилактики

К счастью, рак шейки матки можно полностью предотвратить. Существуют современные, высокоэффективные методы профилактики этого заболевания, которые складываются из двух основных компонентов: регулярный скрининг с последующим лечением выявленного предрака и вакцинация.

Выполнение простого алгоритма гарантирует своевременную диагностику изменений шейки матки. Мазки на онкоцитологию необходимо делать всем женщинам, живущим половой жизнью. В РФ скрининг начинается в 21 год. В интервале 21–29 лет берут только мазок на онкоцитологию (PAPP-тест) не реже, чем раз в 3 года. В интервале 30–69 лет проводят ко-тестирование (ВПЧ-тест + PAPP-тест) не реже, чем 1 раз в 5 лет. «Плохой» мазок на цитологию или выявленный ВПЧ требуют обязательной кольпоскопии. При аномальных результатах кольпо-

скопии необходимо взять биопсию со всех подозрительных участков. На этапе CIN 1 болезнь обратима. Если процесс не регрессирует, или если диагноз установлен на стадиях CIN 2 или CIN 3, проводится широкое иссечение пораженных зон – эксцизия или конизация шейки матки. При этом у женщины полностью остается сохраненной репродуктивная функция.

Существует вакцина, которая позволяет предотвратить заражение ВПЧ. Вакцинировать надо детей и подростков, в идеале – до полового дебюта. В октябре 2012 г. ВОЗ официально внесла вакцину от ВПЧ для девочек в календарь прививок ВОЗ. Оптимальным возрастом для вакцинации в настоящее время считают 9–13 лет. В отношении вакцинации взрослых все еще существуют разногласия. В нашей стране вакцинопрофилактика рекомендована для девочек и женщин до 45 лет.

Какие бывают вакцины от ВПЧ?

В РФ есть выбор из двух вариантов. «Церварикс» защищает от двух самых опасных типов ВПЧ (16 и 18). Прививку можно делать мальчикам и девочкам в возрасте 9–14 лет (два введения: ввести и повторить через 5–13 месяцев). Если на момент начала вакцинации ребенку уже исполнилось 15 лет, следует ввести три дозы в течение года (первое введение, через 4–10 недель второе введение и через 5–12 месяцев от начала вакцинации – третье).

«Гардасил» защищает от четырех типов ВПЧ: 6, 11, 16 и 18 (первые два вызывают остроконечные кондиломы). Девочкам и мальчикам в возрасте 9–13 лет вводят две дозы вакцины (ввести и повторить через 6 месяцев). С 14 лет рекомендовано три введения (введение, повторить через 2 месяца и через 6 месяцев). Возможна ускоренная программа вакцинации: введение, повторить через месяц и еще через 3 месяца. Если подросток уже начал жить половой жизнью, то вакцинация проводится трехкратно вне зависимости от возраста.

Современные исследования показывают, что полноценно прове-

денный до начала половой жизни курс вакцинации снижает риск развития ВПЧ-ассоциированного рака на 99%. В мире уже давно не ведется дискуссия на тему «Нужна ли вакцинация от ВПЧ?», эксперты обсуждают лишь вопрос «Нужна ли ревакцинация?». На сегодняшний день считается, что не нужна. Хотя долгосрочные исследования все еще идут. Для «Церварикса» и «Гардасила» защита длится не менее 10 лет. В Австралии благодаря массовой вакцинации «Гардасилом» уже через 3 года заболеваемость острыми кондилломами снизилась на 73%, предраковых заболеваний шейки матки стало меньше на 38%. Спустя 10 лет на материке практически не регистрируются ВПЧ-ассоциированные заболевания.

Большое заблуждение, что вакцину можно вводить только тем, у кого нет ВПЧ-инфекции. Сама вакцина не содержит вирусов, это белки вирусной оболочки, на которые организм начинает вырабатывать антитела. Для всех вакцин против ВПЧ-инфекции доказана способность вызывать перекрестный иммунитет к другим вариантам вируса помимо ВПЧ-16 и ВПЧ-18, особенно в отношении типов 31, 33, 45, 52 и 58. Конечно, лучше всего вакцинация срабатывает у тех, чей организм еще не повстречался с вирусом, но и те, кто уже столкнулся с инфекцией, могут получить защиту. Именно поэтому сейчас все чаще говорят о необходимости вакцинации женщин, излечившихся от предраковых заболеваний шейки матки (CIN), так как возможно повторное заражение ВПЧ.

В настоящее время против ВПЧ вакцинированы миллионы людей во всем мире. Известно, что иногда наблюдается покраснение и болезненность в месте введения препарата. Редко встречаются небольшое повышение температуры, головная боль и головокружение, тошнота, обмороки. Глобальный консультативный комитет ВОЗ по безопасности вакцин регулярно рассматривает данные о безопасности ВПЧ-вакцин, последнее на настоящий момент

заключение было сделано в январе 2016 года: имеющиеся данные не вызывают тревоги относительно безопасности для здоровья.

Несмотря на то, что вакцинация является лучшим способом предотвращения ВПЧ-ассоциированных заболеваний и РШМ, она не позволяет отменить рутинный цервикальный скрининг. Во-первых, некоторые случаи РШМ не связаны с ВПЧ, во-вторых, защита от ВПЧ хороша, но не абсолютна. Однако, по аналогии с другими прививками, привитые люди хотя и могут заболеть, но у них практически не бывает тяжелого течения заболевания или осложнений.

Помимо скрининга и вакцинации необходимо направить усилия на устранение управляемых факторов риска РШМ – например, отказ от курения, использование презервативов, половое воспитание подростков.

Таким образом, РШМ является актуальной проблемой в современной гинекологии, стал одной из наиболее распространенных форм онкозаболеваний у женщин, значительно ухудшает здоровье, приводя к инвалидизации и летальным исходам. Существующие современные меры профилактики, своевременная постановка диагноза и лечение РШМ позволяют своевременно и эффективно предотвратить заболевание и развитие осложнений у данной категории пациенток.

Юлия Александровна Шадеева, врач акушер-гинеколог высшей категории, к. м. н, доцент кафедры акушерства и гинекологии с курсом ДПО ФГБОУ ВО АГМУ

Новость в тему

Гистероскопия стала доступнее



В дневном стационаре Родильного дома № 1 г. Барнаула появился видеогистероскоп. Этот новый высокотехнологичный аппарат стоимостью более 3 млн рублей имеет несколько преимуществ. Во-первых, он позволяет максимально качественно обследовать внутреннюю полость матки, во-вторых, с его помощью медики теперь проводят малоинвазивные вмешательства по показаниям.

Акушер-гинеколог медучреждения **Жанна Шестакова** поясняет:

– Гистероскопия позволяет диагностировать и лечить многие патологии матки и эндометрия на современном уровне. Все обследования и манипуляции проходят с общей анестезией под контролем анестезиологов-реаниматологов. Направляет на процедуру врач акушер-гинеколог, наблюдающий женщину. В настоящее время диагностику на новом гистероскопе прошло более 20 пациенток. Все женщины получили рекомендации по дальнейшему лечению и пошли на поправку.

Источник: zdravalt.ru

Грибной трип*

Грибы ценят за высокое содержание белка растительного происхождения. Вместе с этим в нашей стране ежегодно тысячи людей оказываются на больничной койке после отравления этим натурпродуктом. И это только одна сторона медали. Сегодня набрал обороты такой тренд, как микродозинг различных грибов для улучшения мозговой активности и расслабления нервной системы. Насколько это безопасно и какие могут быть последствия для организма – разбираемся с врачом анестезиологом-реаниматологом, заведующим Центром острых отравлений БСМП-2 Германом Балаганским.



Магнит для токсинов

По словам эксперта, отравиться можно любыми грибами, даже съедобными. «Дело в том, что грибы обладают такой структурой, что из почвы тянут все вещества, в том числе соли тяжелых металлов – кадмия, ртути, свинца, а также радионуклиды. Нередко в грибах, выросших в заповедных местах, концентрации свинца и мышьяка превышены во много раз из-за атмосферных выбросов, произошедших за десятки километров, из-за засух и лесных пожаров. Даже если собирать их вдалеке от автомагистралей и вредных производств, определенная доза токсических элементов все же будет в них содержаться, – поясняет Герман Балаганский. – Иногда отравления происходят из-за того, что люди ошибочно принимают один гриб за другой и употребляют его в пищу. Например, ложные опята очень похожи на своих съедобных собратьев, но при этом могут вызвать острую почечную недостаточность. Или же бывает так, что в массе съедобных грибов может оказаться один ядови-

тый, и пострадает только тот, кому он достанется. Кроме того, у людей может быть элементарная непереносимость грибного белка, которая также будет сопровождаться симптомами отравления – тошнотой, рвотой, поносом, при этом температура отсутствует».

Летальной дозой для человека может стать минимальное количество ядовитого гриба. Так, после пары штук бледной поганки пациента уже можно не спасти. К счастью, такие случаи в Центре острых отравлений – редкость. Как правило, больные сюда попадают в состоянии средней тяжести. Врачи, опираясь на клиническую картину и данные анамнеза, проводят им инфузионную терапию – вводят кристаллоидные растворы для возмещения объема циркулирующей крови. При необходимости добавляют лекарственные препараты – в зависимости от особенностей состояния.

Пожилые люди нередко обращаются к так называемым дедовским методам и нередко настойки ядовитых грибов применяют в качестве альтернативного подхода к лечению раз-

На заметку

По данным Роспотребнадзора, ртути в грибах может быть в 550 раз больше, чем в субстрате, на котором они растут. Лучше всего ее накапливают белые грибы и шампиньоны, которые обычно считаются «благородными» и «чистыми» грибами. В подберезовиках нередко обнаруживают огромные концентрации кадмия, в свинушках, черных груздях и дождевиках – медь. Сыроежки активно накапливают цинк, а подосиновики – радиоактивные элементы.

личных заболеваний. Чаще всего они втирают их в область суставов. В таких случаях главное – не перепутать их с лечебными препаратами и не выпить по ошибке, превысив дозу. Местное же воздействие на кожу, как правило, не обладает токсическим эффектом, отмечает специалист.

Микродоза – макроследствия

Если пожилые люди используют природную силу грибов в качестве средства для растирания, то среди молодежи активно распространяется тренд употребления грибов (в том числе ядовитых) в минимальных количествах. Особой популярностью у адептов микродозинга пользуются различные виды мухомора. Изготовители «волшебного средства» обещают усиление концентрации и внимания, улучшение мозговой активности, повышение энергичности и творческих способностей, снижение тревоги, восстановление здорового сна и даже избавление от вредных привычек. Указывают также иммуностимулирующий, обезболивающий и противовоспалительный эффект. Но вот о побочных эффектах, как правило, умалчивают. В том числе о том, что грибы вызывают привыкание.

«Необходимо понимать, что микродозинг – весьма условное понятие. Одно и то же количество ядовитых

грибов может вызвать разный эффект у разных людей. Даже незначительная передозировка способна привести к падению артериального давления, остановке сердца и даже летальному исходу. К тому же никогда не известно, что на самом деле содержат капсулы, которые люди приобретают в Интернете (основной способ распространения подобных продуктов. – Прим. ред.), чем были пропитаны грибы, которые потом высушили и превратили в порошок. Ни для кого не секрет, что для того, чтобы «подсадить» на свой товар, продавцы могут применять наркотические смеси. А заключение химико-токсикологической лаборатории с государственными печатями они никогда к товару не добавляют», – говорит Герман Балаганский.

Сегодня нет научных доказательств тех эффектов, которые приписывают «волшебным» грибам. Вряд ли вообще проводились исследования о влиянии микродозинга на различные системы. Но зато доподлинно известно, как действуют псилоцибин и другие психоактивные вещества, которые содержатся в различных видах грибов.

«Существует целый ряд грибов-галлюциногенов. Еще в прошлом веке они были внесены в перечень наркотических веществ в нашей стране. Они содержат псилоцибин либо псилоцин – вещества, вызывающие галлюцинаторный синдром. Их воздействие сходно с ЛСД. И поскольку псилоцибиновые грибы действуют как наркотические вещества, к ним часто возникает привыкание, – поясняет врач. – Их эффект будет зависеть от дозы и от стадии. Так, в начальной фазе – после 15–20 минут после применения галлюциногена – человек чувствует раскрепощение и легкую эйфорию, ему никто не нужен для общения и хорошо самому по себе. Спустя полчаса-час наступает фаза активности – человек становится беспокойным, многословным, начинаются видения и галлюцинации. Через 1,5–2 часа приходит фаза интоксикации, поскольку вещества уже попали в кровь и начинают действовать на мозг. Речь становится монотонной, человек

сосредоточен на своем внутреннем мире. Это самая опасная фаза – могут начаться судорожные проявления, нарушения дыхания, а при передозировке – потеря сознания, судороги и острая почечная недостаточность». При регулярном применении псилоцибин замещает серотонин в мозгу и нервной системе, приводя к слабоумию. Но опасен не он один.

Химиками было изучено 17 видов мухоморов и впоследствии описано более 70 соединений. Самые богатые по составу – красный и пантерный мухоморы. Первый произрастает на территории нашего региона. Он содержит иботеновую кислоту, которая убивает клетки мозга. Этим объясняется галлюциногенный эффект. «Вместе с яркими длительными галлюцинациями в начале приема через 18–20 часов начинается состояние абстиненции, сопровождающееся сильными головными болями, депрессией с эпизодами беспокойства и страхом смерти.

Пантерный мухомор содержит буфотенин – вещество, схожее по структуре с псилоцибином, а также множество токсических соединений. Он способен вызывать мощные негативные галлюцинации с «закольцованностью» видений.

При приеме галлюциногенов (тех же мухоморов) суицидальных и случайных отравлений не бывает в виду небольшой дозировки. В Центр острых отравлений, как правило, поступают люди с клиникой галлюциногенного синдрома, которые принимают грибы целенаправленно и дозированно. «Если галлюциноз приятный, то они спокойно переживают его дома. Но если случается передозировка, то происходит психомоторное возбуждение, возникают ужасающие галлюцинации – и люди могут бить посуду, выскочить под трамвай или же выйти из окна. К нам они попадают в неадекватном состоянии, – рассказывает Герман Балаганский. – Отравления психодислептиками (природные или синтетические вещества, способные вызывать нарушения психики в виде зрительных и слуховых галлюцина-

Продолжение на стр. 28 >>

«Продолжение.
Начало на стр. 26-27

ций, а также других форм нарушения сознания, восприятия, мыслей, эмоций), как правило, мы фиксируем у молодежи до 30 лет. Чаще всего поступают специалисты из IT-сферы, которые нередко работают на удаленке и расширяют сознание, как принято сегодня говорить».

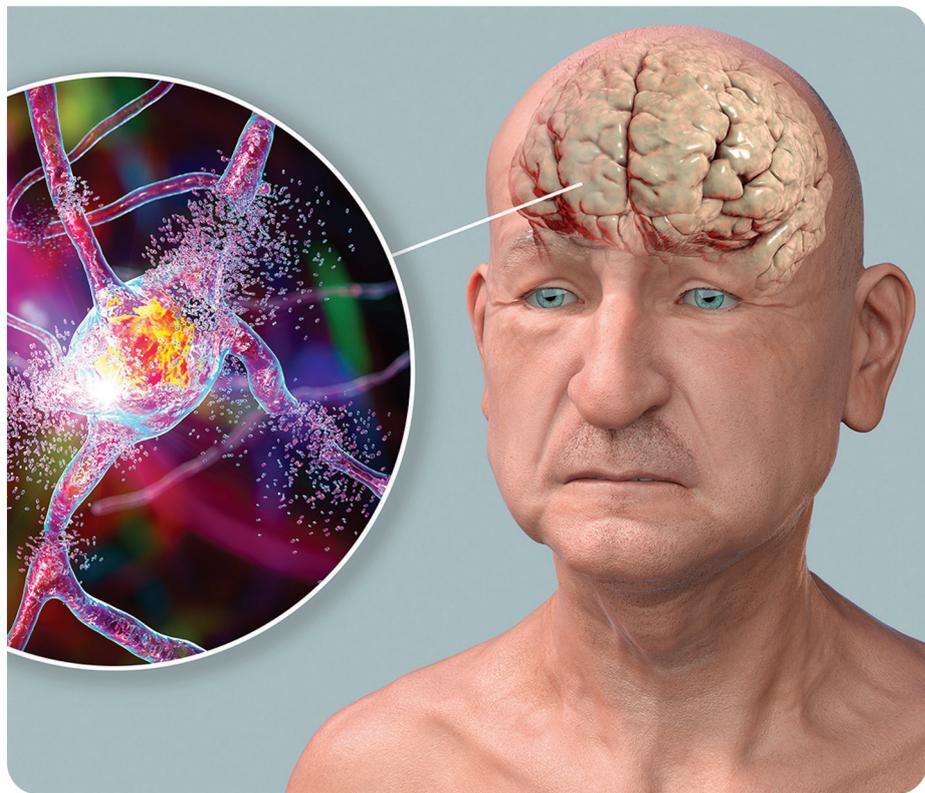
Количество таких пациентов может достигать трех в месяц, но число употребляющих микродозировки грибов – значительно больше в связи с легкостью доступностью товара. Алгоритм действий врачей такой же, как при отравлении: очищение организма с помощью инфузионной терапии. От 30 до 70% веществ выходит с мочой, но, находясь в крови 10–12 часов, они оставляют токсический эффект. В первую очередь повреждаются клетки головного мозга, а также печени и почек. «По воздействию галлюциногены – нечто среднее между алкоголем и тяжелыми наркотиками. Эти вещества вызывают выраженное психоактивное состояние, психомоторное возбуждение и привыкание. По сути, употребление грибов – первый шаг к тяжелым наркотикам. В какой-то момент степень эйфории становится недостаточной, и возникает стремление ее нарастить», – говорит врач.

Начав с микродоз, можно прийти до серьезных последствий. Важно понимать, что прием любых психоактивных веществ способен спровоцировать развитие психического заболевания. Механизм действия микродозинга на организм человека не изучен, его эффективность не доказана, поэтому последствия – непредсказуемы.

Ирина Савина

**Особое психоделическое состояние, возникающее вследствие приема психоактивных веществ.*

Новости об Альцгеймере



Сентябрь – месяц осведомленности о болезни Альцгеймера. Заболевание считается необратимым и прогрессирующим. Ученые ищут способы его ранней диагностики и лечения. Рассказываем, какие новости есть у мирового научного сообщества по этой теме.

Новость № 1

Возможно, ученые нашли или скоро найдут лекарство от болезни Альцгеймера.

Ученые из Центра изучения мозга RIKEN (CBS) в Японии открыли новый способ борьбы с болезнью Альцгеймера или сенильной деменцией. Правда, метод пока был опробован только на мышах. Согласно исследованию, опубликованному в журнале Science Signaling, лечение дофамином может не только облегчить физи-

ческие симптомы в мозге, но и улучшить память у грызунов.

Дофамин стимулирует производство фермента неприлизина, который способен разрушать амилоидные бляшки, являющиеся ключевым маркером болезни Альцгеймера. Образование этих бляшек вокруг нейронов и приводит к когнитивным нарушениям.

Что ученые делали с мышами? Они вставили специально разработанные рецепторы в нейроны, вырабатывающие дофамин, и активировали их с помощью введения специфического

55
млн

У такого количества человек в мире, по данным ВОЗ, диагностирована деменция. Ожидается, что к 2050 году таких пациентов станет в три раза больше.

препарата, это позволило повысить уровень неприлизина в мозге мышей.

Эксперимент показал, что активация дофаминовых нейронов привела к увеличению уровня неприлизина и снижению концентрации свободно плавающего бета-амилоида, образующего бляшки, но только в передней части мозга. В повторном эксперименте на мышах с моделью болезни Альцгеймера было установлено, что хроническое лечение на протяжении восьми недель уменьшает количество бляшек в префронтальной коре.

Также исследователи проверили эффекты лечения леводопой (L-ДОФА), молекулой-предшественником дофамина, которая используется при лечении болезни Паркинсона. L-ДОФА привела к уменьшению уровня амилоидных бляшек как в лобной, так и в задней частях мозга, а также улучшила память у мышей.

Уровень неприлизина снижается с возрастом, что делает его потенциальным биомаркером для ранней диагностики болезни Альцгеймера. В дальнейшем ученые планируют исследовать, каким образом дофамин регулирует неприлизин, чтобы разработать профилактические методы лечения, которые можно будет применять на доклинической стадии болезни.

Другое исследование провели ученые из Обернского университета (США). Они исследовали действие нового препарата трорилузола, который

может предотвратить изменения в мозге, ведущие к потере памяти и когнитивным нарушениям, также на модели болезни Альцгеймера у мышей.

Результаты, опубликованные в журнале *Journal of Neurochemistry*, впервые демонстрируют, как трорилузол может нацелиться на ранние изменения, связанные с заболеванием, что открывает новые возможности для терапии. Исследование показало, что препарат уменьшает уровень глутамата в синапсах и снижает гиперактивность мозга, что приводит к улучшению когнитивных функций у мышей.

Новость № 2

Ученые заявили, что болезнь Альцгеймера «молодеет», то есть все чаще поражает взрослых людей моложе 65 лет. Эта новость пришла из Финляндии. Ученые двух университетов выявили более высокие показатели заболеваемости деменцией среди молодых, чем ранее сообщалось в международных исследованиях. Результаты опубликованы в журнале *Neurology*.

Исследователи проанализировали данные университетских больниц за период с 2010 по 2021 год. Ученые изучили заболеваемость деменцией среди пациентов трудоспособного возраста во всех возрастных группах и установили, какой тип слабоумия диагностировали чаще всего.

Выяснилось, что показатели заболеваемости деменцией в возрасте 45–64 лет оказались выше, чем в ранее опубликованных научных работах из других стран. Финские ученые уточнили, что на каждые 100 тысяч представителей исследуемой возрастной группы приходилось 33,7 случая развития этого заболевания. Среди людей в возрасте 30–64 лет отмечалось 20,5 случая на 100 тысяч человек.

Наиболее распространенным подтипом деменции была болезнь Альцгеймера – на долю этого заболевания приходилось около половины (48%) всех диагнозов. Лобно-височная деменция развивалась в 23% случаев, а деменцию с тельцами Леви выявили у

Справка «МиЗ»

Заболевание получило в качестве названия фамилию немецкого психиатра **Алоиса Альцгеймера**, который первым его описал в 1907 году. Это заболевание головного мозга, имеющее нейродегенеративный характер. Чаще всего проявляется в возрасте после 60–65 лет. На ранних стадиях имеет малозаметные проявления – как правило, расстройство кратковременной памяти (неспособность вспомнить заученную информацию). С развитием болезни прогрессирует расстройство долговременной памяти, когда у больного возникают нарушения речи, когнитивных функций, он перестает ориентироваться в окружающем его мире, перестает осознавать людей как близких родственников, теряет способность обслуживать себя и жить самостоятельно.

6% пациентов с когнитивными нарушениями.

Исследователи отметили, что частота развития болезни Альцгеймера, в отличие от других типов деменции, существенно возросла. Чтобы выявить причины роста заболеваемости, необходимы дополнительные исследования.

Новость № 3

Половина случаев болезни Альцгеймера может быть предотвращена. Для этого нужно минимизировать воздействие 14 факторов риска. Эксперты обнаружили, что два новых фактора риска деменции – высокий уровень холестерина и потеря зрения – в совокупности отвечали за каждый десятый случай болезни Альцгеймера. Они дополнили 12 существующих факторов риска, к которым относятся плохое образование, гипертония, депрессия, диабет, травмы головы, нарушения слуха, ожирение, курение, малоподвижный образ

Продолжение на стр. 30 >>

«Продолжение. Начало на стр. 28-29»

жизни, злоупотребление алкоголем, социальная изоляция и загрязнение воздуха. 12 известных и два новых фактора риска отвечают за 49% всех случаев болезни Альцгеймера.

Несколько десятилетий назад развитие деменции считалось неизбежным. Но с выявлением данных фак-

торов мнение об этом изменилось. Ученые считают, что если поработать над каждым из этих факторов, то риск развития заболевания будет снижен.

Новость № 4

В России разрабатывают тесты, которые упростят диагностику болезни Альцгеймера. Сейчас для установле-

ния диагноза пациент проходит серьезное обследование. А в будущем диагноз будут ставить по капле крови – для этого ученые создают простую тест-систему. Метод особенно ценен тем, что обнаружить заболевание можно будет на ранних стадиях, когда развитие изменений еще можно сдержать.

Что надо знать о болезни АЛЬЦГЕЙМЕРА

● В 1901 году немецкий психиатр Алоис Альцгеймер отметил случай болезни, которая впоследствии была названа его именем.



● Анализ заболевания 50-летней Августы Д. он опубликовал впервые в 1907 году.

● кто заболевает



Как правило, заболевание обнаруживается у людей старше 65 лет, причем у женщин чаще, чем у мужчин.

● распространенность (% от населения Земли)



статистика:

2005 год ... 0,379 %
2015 год ... 0,441 %

прогнозы

2030 год ... 0,556 %
2050 год ... 1,182 %

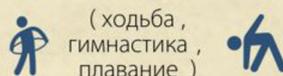
СИМПТОМАТИКА

- для начальной стадии характерны нарушения: кратковременной памяти, навыков планирования, абстрактного мышления
- на первом этапе прогрессирует снижение памяти, появляются слабые нарушения речи, ухудшается координация в пространстве
- на следующем этапе прогрессируют речевые расстройства, ухудшается долговременная память, проявляется склонность к бродяжничеству, может появиться недержание мочи
- последний этап характеризуется ярко выраженной апатией, учащением агрессии, отсутствием памяти на лица, имена, сильным истощением организма



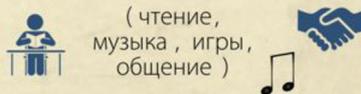
3 фактора, которые помогут избежать заболевания

● - физические упражнения



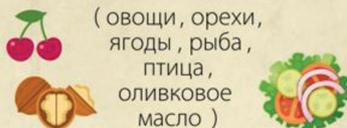
(ходьба, гимнастика, плавание)

● - стимуляция мышления



(чтение, музыка, игры, общение)

● - сбалансированное питание



(овощи, орехи, ягоды, рыба, птица, оливковое масло)

ВАЖНО!

Диагностировать наличие патологических изменений в мозге и болезни Альцгеймера может только специалист на основании тестов и современных исследований, таких как КТ, МРТ, ОЭКТ

На заметку

При развитии болезни Альцгеймера наблюдаются следующие диагностирующие симптомы.

1. Характерны постепенное начало и прогрессирующее течение.
2. Расстройства памяти.
3. Снижение интеллекта.
4. Нарушение абстрактного мышления (конкретность, стереотипность мышления, снижение уровня суждений).
5. Нарушение высших корковых функций (нарушение речи, письма, чтения, счета, узнавания предметов).
6. Снижение критики к своему психическому состоянию. На ранних стадиях заболевания критическое отношение частично сохраняется, вследствие чего возможны развитие депрессии, суицидальные тенденции.
7. Изменения личности.
8. Дезориентация в месте, времени, собственной личности (проявляется на ранних стадиях болезни).
9. Психомоторное возбуждение в виде беспокойства, неугомонности, суетливости, неусидчивости.
10. Социально-трудовая дезадаптация.
11. Заболевание может сопровождаться бредом, галлюцинациями.
12. Возможные поздние признаки – судорожные припадки, мышечные судороги.

По материалам интернет-публикаций

Хочу выразить огромную благодарность реанимационной бригаде КГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи, г. Барнаул», которая оказывала мне помощь 27.08.2024 г. У меня случился приступ ОКС на улице, бригада приехала на вызов очень быстро, отнеслись со всем вниманием, быстро записали ЭКГ и начали оказывать помощь по всем стандартам. У меня очень плохой венозный доступ, подколоться внутривенно практически невозможно, а учитывая мое состояние, внутривенный доступ жизненно необходим, поэтому нужен был центральный венозный доступ, и тут я хочу выразить отдельную благодарность врачу бригады **Дмитрию Суханову** за его профессионализм: он быстро и без технических трудностей осуществил ЦВД, меня стабилизировали и быстро госпитализировали в РСЦ АККБ. Отдельно хочу отметить личностные качества реаниматолога Дмитрия Суханова – его доброту и внимательное отношение, которое очень важно в медицине. Огромное спасибо врачам СМП за их нелегкую и порой неблагодарную работу!

Дмитрий Николаевич Щербаков

2 сентября мне сделали операцию в отделении травмы кисти КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи». Врач **Наталья Викторовна Шахтина** делала мне анестезию. До операции она мне все рассказала, успокоила, заверила, что все будет хорошо, что во время и после операции я не буду чувствовать боли. Все прошло именно так, как обещал врач. Я благодарен за профессиональную работу врачу-анестезиологу **Наталье Викторовне** и моему лечащему врачу **Максиму Сергеевичу Пахову**. После операции чувствую себя прекрасно и уже готовлюсь к выписке. Спасибо вам, прекрасные врачи!

Владислав Максимович Гаврилов

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!».

Хотелось бы выразить слова благодарности стоматологу-ортопеду Стоматологической поликлиники № 1, г. Барнаул, **Юрию Анатольевичу Козлову** за чуткость, внимательное отношение, а главное – высокий профессионализм. От всей души желаю ему здоровья, профессионального и карьерного роста. Спасибо Вам, доктор. Красивая улыбка дорогого стоит. Вы настоящий волшебник.

Любовь Васильевна Лазарева

Так получилось, что моя мама Н. М. Беляева в августе 2024 г. попала на операцию в КГБУЗ «Городская больница № 4 им. Н. П. Гуллы, г. Барнаул». Хочу сказать огромное спасибо всему персоналу гинекологического отделения за высокий профессионализм в оказании квалифицированной медицинской помощи мамочке. Особенно хочется отметить врача акушера-гинеколога **Викторию Сергеевну Шихалееву**, медицинских сестер **Крестину Рассоху** и **Оксану Пескову**, врача анестезиолога-реаниматолога **Сергея Ивановича Сусова**. Выражаю им огромную благодарность за проведенную операцию, лечение, поддержку, за человеческое, внимательное, доброе, участливое отношение и отзывчивость в ведении мамы. От души желаю им долгих лет успешной деятельности, крепчайшего здоровья, домашнего уюта, благополучия во всем, благодарных пациентов и только хороших людей в жизни.

Ольга Николаевна Шарлаимова

Хочу выразить слова огромной благодарности неврологу дневного стационара КГБУЗ «Городская больница № 2, г. Рубцовск» **Татьяне Эдуардовне Лаптевой**. Такого грамотного и чуткого врача встречаю впервые. Ее доброжелательность, неравнодушие и профессионализм просто поражают. Спасибо Вам, Татьяна Эдуардовна, и вверенному Вам коллективу за благородный труд, за комфортную атмосферу. За прекрасное и корректное отношение к пациентам – постовой медсестре **Ирине Владимировне Авдеенко** и процедурной медсестре **Наталье Викторовне Бестужевой**. За теплоту и чистоту – **Анне Юрьевне Мешковой** и **Маргарите Сергеевне Чалой**. Желаю всему коллективу успехов и семейного благополучия!

Татьяна Ивановна Школьная

Хочу выразить огромную благодарность персоналу, от старшего до младшего, перинатального центра «Дар». Я находилась на постоянном наблюдении в «Даре» и ни одного дня не пожалела о том, что мне пришлось познакомиться с теплой обстановкой и грамотными специалистами! Очень довольна знакомством с врачами **Л. В. Антошкиной, К. А. Кель, А. С. Стоцкой, Д. Н. Сероштановой, А. П. Тарасенко**. Спасибо огромное за поддержку и за ведение моей беременности все 9 месяцев! Наша девочка родилась 1 августа 2024 года, спасибо **Александру Павловичу Тарасенко!** В самый ответственный момент рядом находился и мой супруг. Очень было интересно проводить время на лекциях о грудном вскармливании, на физической зарядке, на ежедневных мероприятиях, важных для беременных и рожениц и для хобби. Благодарность женщинам на раздаче в столовой – всегда обойдут и позовут всех на обед или ужин! Отделение 3-й патологии, вы – самые клевые! Всех обнимаю!

Елена Сергеевна Андриенко



«Здесь работают мои родные!»

В Краевой клинической больнице скорой медицинской помощи прошло мероприятие, посвященное Году семьи. Дети сотрудников увидели, где работают их мамы, папы, бабушки и другие родственники. Все участники экскурсии теперь знают, где находятся печень и почки, зачем нужна ЭКГ, как выглядит человек в 3D-изображении на КТ, сколько групп крови и еще много другой полезной информации. Многие ребята признались, что хотели бы посвятить свое будущее спасению жизни людей.

Информация и фото предоставлены пресс-службой ККБСМП



В выпуске использованы фотографии с сайта zdravalt.ru, из архива редакции и открытых источников сети Интернет: userapi.com, lifesonmanipal.com, hastane.com.tr, wellgallery.ru, thesun.co.uk, tildacdn.com, delfi.ee, yandex.net, goodfon.com, 1gai.ru, cap.ru

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 10.09.2024. По графику 18:00. Фактически 18:00. Тираж 1000 экз. Цена свободная.