

Мы и ЗДОРОВЬЕ

№ 2 (740) 19 февраля 2025 г. | Издаётся с 17 июня 1994 г.



Источник фото: архив редакции

С Днем защитника Отечества!

➤ Стр. 2

Кодекс хирурга

➤ Стр. 6-8

Путь от пациента до врача

➤ Стр. 16-17



Дмитрий Попов

Министр здравоохранения
Алтайского края



Уважаемые жители Алтайского края!

Примите искренние поздравления с Днем защитника Отечества!

Мир, спокойствие и стабильность во все времена были и остаются главными ценностями общества, но сегодня каждый житель нашей Родины это ощущает особенно остро. Не случайно праздник тех, кто стоит на страже защиты Родины, имеет богатую историю! Мы преклоняемся перед теми, кто служит или служил во благо нашего Отечества, кто охраняет наш покой, проявляя смелость, самоотверженность и благородство.

Отдельных слов признательности заслуживают медицинские работники, которые каждый день борются за здоровье людей.

Невозможно переоценить труд медиков в спецоперации. Они, рискуя собственной жизнью, выносят раненых с поля боя, восстанавливают их здоровье в госпиталях, помогают при реабилитации. Спасибо, коллеги, за ваш благородный труд, стойкость и выдержку, с которыми вы подходите к своей работе! Здоровья, успехов, благодарных пациентов и мирного неба!



В Алтайском крае в 2025 году начнется капитальный ремонт инфекционного отделения Центра охраны материнства и детства



Капитального ремонта инфекционного отделения Центра охраны материнства и детства жители края и медики ждали давно.

Инфекционный стационар развернут в отдельно стоящем четырехэтажном здании 1986 года постройки. Ежегодно в нем проходят лечение до 5000 маленьких пациентов с острой инфекционной патологией органов дыхания и пневмониями.

«На базе отделения проводится консультирование детей Алтайского края, имеющих тяжелое течение инфекционных заболеваний, требующих оказания стационарной меди-

цинской помощи. Кроме того, в отделение эвакуируют детей со всего края для специализированной помощи, включая оказание реанимационной», — рассказывает главный врач Центра охраны материнства и детства **Константин Смирнов**.

Вопрос о том, насколько ремонт корпуса важен для жителей региона, был поднят во время проведения Дней Алтайского края в 2024 году в Совете Федерации. Министр здравоохранения **Дмитрий Попов** рассказал, что состояние отделения ухудшилось из-за интенсивной эксплуатации в качестве ковидного госпиталя.

В настоящее время в рамках федерального проекта «Развитие инфраструктуры здравоохранения» государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» на капитальный ремонт объекта на 2025–2026 годы предусмотрено почти 607,1 млн рублей: в том числе из федерального бюджета 391,4 млн рублей и 215,7 млн рублей из краевого бюджета.

Медики научили руководителей учреждений соцобслуживания Алтайского края оказывать первую помощь



На базе Станции скорой медицинской помощи г. Барнаула в рамках проекта «Готов к санитарной обороне» состоялось обучение руководителей учреждений социального обслуживания Алтайского края.

— В ходе мероприятия участники изучили теоретические основы и правила оказания первой помощи пострадавшим в критических состояниях. Практическая часть включала отработку навыков наложения артериального жгута для остановки кровотечения и техники сердечно-легочной реанимации, — рассказала организатор встречи, главный внештатный специалист по медицине

Реабилитационная помощь пациентам после инсульта стала доступнее

В барнаульской Городской больнице № 5 открылось отделение медицинской реабилитации взрослых пациентов с нарушением функций центральной нервной системы. Одновременно здесь могут проходить лечение 30 пациентов. Об этом в телеграм-канале рассказал Губернатор Алтайского края **Виктор Томенко**.

В отремонтированные кабинеты отделения завезено новое уникальное оборудование, закуплена современная мебель, предназначенная для маломобильных пациентов.



Фоторепортаж на стр. 32 >>

катастроф регионального Минздрава **Елена Зимина**.

Завершилось обучение тактической игрой, в процессе которой слушатели смогли применить полученные знания и погрузиться в условия, приближенные к чрезвычайным ситуациям.

Участники благодарны за организацию и проведение мероприятия главному внештатному специалисту по первой помощи, врачу-методисту АКЦМК станции скорой медицинской помощи г. Барнаула **Денису Безъязыкову**, членам НКК Медицины катастроф **Руслану Аскарарову**, **Никите Бордулину**, **Полине Гориной**.

Источник: zdravalt.ru

Психиатр – мужская профессия?

Рубцовский врач-психиатр и психотерапевт Артем Дэрий считает, что разделять психиатрию на «женскую» и «мужскую» не имеет смысла. Главное для психиатра – сохранить в себе человечность и суметь разглядеть человека в пациенте за маской его болезни.



Куликовская битва на полях психиатрии

«На первых этапах становления психиатрии как самостоятельной специальности в ней действительно преобладали мужчины. Впрочем, в то время и во всей медицине отмечалась подобная тенденция, – рассказывает Артем Геннадьевич. – Что касается психиатрии, мне кажется, это связано еще и с тем, что раньше методы лечения психических болезней заключались в наблюдении и ограничении пациентов. Когда не было медикаментозного лечения больных в тяжелых психических состояниях, сами понимаете, без мужской руки не обойтись. Но сейчас, когда психиатрия все дальше идет по щадящему пути развития и направлена на сохранение пациента в обществе, мужчины и женщины в этой специальности работают на равных. Больше скажу: в умении вы-

слушать больного, проявить внимание к мельчайшим деталям в его поведении, применить методы психотерапии женщины-психиатры иногда даже превосходят мужчин.

В первый раз с больными психиатрического профиля Артем Дэрий столкнулся, будучи студентом Пермской медицинской академии. Работая четыре года санитаром в психиатрической бригаде скорой медицинской помощи, он увидел все формы острых психозов, в том числе алкогольных, и именно тогда у него возник осознанный интерес к профессии психиатра. Он даже запомнил день, когда получил трудовую книжку. Это было 21 сентября, день Куликовской битвы, который сегодня называют Днем воинской славы России.

Любовь к русской военной истории у доктора Дэрия возникла еще в школе.

Не берясь сравнивать работу врачей с работой военных, он тем не менее считает: «В тех условиях, в которых находится наша страна,

в связи с тяжелыми событиями, которые всех нас касаются, нужно иметь определенное мужество, чтобы продолжать работать и выполнять свою работу качественно, на совесть».

О рубцовской психиатрической больнице

В своем отделении Артем Геннадьевич так и поступает, у него болит душа за всех – и за молодых ребят, которые проходят военно-психиатрическую экспертизу, и за пациентов, находящихся на принудительном лечении, и за больных с деменцией.

«Контингент у нас самый разный: есть больные с пограничными тревожными состояниями, есть с острыми психотическими, есть с когнитивными нарушениями. В последнее время стало больше пациентов с когнитивными расстройствами, и мы стали активно подключать к их реабилитации средний медперсонал. Медсестры следят за восстановлением бытовых и гигиениче-

ских навыков, а иногда даже заново обучают им пациентов. Мы также пытаемся занимать длительно находящихся в отделении пациентов каким-то полезным и интересным трудом», – рассказывает он.

О психиатрической больнице г. Рубцовска (теперь – структурное подразделение Алтайской краевой клинической психиатрической больницы им. Ю. К. Эрдмана) доктор Дэрий всегда говорит с теплом: «Я впервые оказался здесь в 2005 году, когда проходил интернатуру, и, что интересно, успел поработать во всех отделениях, кроме мужского, которым теперь заведу. Нисколько не жалею, что когда-то переехал сюда из Горняка. Меня здесь все устраивает – и зарплата, и коллектив, и моя специальность. Я приобрел здесь много новых навыков и бесценного опыта».

Своим учителем в профессии и самым надежным коллегой Артем Дэрий считает врача – судебно-го эксперта **Сергея Афиногенова**: «Сергей Сергеевич очень грамотный специалист, особенно в плане диагностики. Мы проводим вместе врачебные комиссии, и когда он уходит в отпуск, мне тяжелее становится...»

Кстати говоря, Сергей Сергеевич Афиногенов хорошо знает историю психиатрической больницы. Он рассказал, что первый психиатрический кабинет в Рубцовске начал работу в 1968 году в помещении, которое местные жители называли «японской баней» (бывший барак, где действительно была баня, располагался в квартале, построенном пленными японцами). А сама психиатрическая больница открылась в 1972 году в тех же, построенных японцами, бараках. В 1994 году она переехала в центральную часть Рубцовска, в здание, построенное 100 лет назад, где находится и по сей день. У больницы есть еще два здания в историческом центре города. «У нас удивительная больница «супердецентрализованного» вида, – саркастически отмечает Сергей Сергеевич. – Потому что одно отделение находится почти в пяти километрах от другого».



Если бы я был министром здравоохранения

О современных проблемах психиатрической больницы в Рубцовске Артем Геннадьевич рассуждает с тревогой и надеждой на лучшее. «Считаю, что нашу больницу нужно привести в соответствие с современными стандартами. В первую очередь переместить ее из центра города в более просторное и удобное здание с прогулочными двориками, – говорит он. – И конечно, нужно обеспечивать молодых специалистов жильем. Ведь когда к нам приходят молодые врачи, мы тратим много сил и энергии, чтобы обучить их, а потом они от нас уходят... И снова приходят неопытные врачи. Если бы было жилье, специа-

листы бы у нас задерживались, и мы смогли бы за довольно короткий срок сформировать штат опытных сотрудников. Тогда будет меньше ошибок, меньше придется на одном и том же спотыкаться...»

Пожелание коллегам-психиатрам

«Хочу пожелать своим коллегам не терять веры в себя, в свою профессию, а также мужества, чтобы справляться со всеми трудностями, которые есть сейчас и которых наверняка еще будет много. Ну и, конечно, терпения, потому что в нашей профессии терпение очень важно!»

Подготовила Елена Клишина.
Информация и фото предоставлены пресс-службой АКППБ им. Ю. К. Эрдмана

Справка «МиЗ»

Артему Геннадьевичу Дэрию 43 года. Он родился в Магаданской области, учился на Урале. В Алтайском крае живет и работает с 2006 года. С 2017 года работает врачом-психиатром и заведующим мужским общепсихиатрическим отделением Алтайской краевой психиатрической больницы им. Ю. К. Эрдмана в Рубцовске. Женат, растит двоих детей и считает себя очень счастливым человеком.



Кодекс хирурга



Работа в хирургическом отделении – удел сильных. Условия экстренного стационара придают профессии хирурга градусы сложности и оперативности. Александр Яцын возглавляет первое хирургическое отделение Краевой клинической больницы скорой медицинской помощи около 30 лет. В конце 2024 года он стал обладателем ордена Пирогова. Этой награды удостоены всего пять врачей в Алтайском крае. Но Александр Яцын убежден, что орден – признание работы всего коллектива. Сегодня мы расскажем, что скрыто за буднями хирургов экстренного стационара и каждый ли способен овладеть скальпелем.

От традиций к современности

Хирургия – больше мужская профессия, убежден Александр Михайлович. Несмотря на то, что сегодня в ней много женщин, которые справляются с работой не хуже представительниц сильного пола. «На мой взгляд, им приходится сложнее – мужчины более выносливы физически и эмоционально. Труд хирурга крайне тяжелый и подразумевает не только операции, но и множество других действий и задач. Кроме того, работа в экстренном стационаре предполагает круглосуточный режим и, как следствие, ночные дежурства. А на каждой женщине держатся еще и семейные дела», – говорит врач.

И тем не менее каждый год получить хирургическую специальность стремится примерно равное количество студентов обоих полов. На 5-6 курсе они начинают оперировать и, по словам Александра Яцына, при желании достаточно быстро вырастают в профессиональном плане. Для этого на базе больницы есть все необходимое – от современной аппаратуры до опытных наставников. «Начинающий хирург в любом профиле начинает с ассистенции – идет в операционную с опытным хирургом и во время манипуляций помогает ему, смотрит, учится. В числе первых операций, которые

молодые специалисты осваивают самостоятельно, – аппендэктомия (удаление аппендикса), небольшие грыжи. Также им доверяют обработку ран и диагностические манипуляции», – поясняет хирург высшей квалификационной категории.

Цифры и факты

В прошлом году в первом хирургическом отделении провели **375** аппендэктомий. Из них всего лишь две – традиционным, открытым способом. Большая часть вмешательств сегодня проходит лапароскопическим методом, который для хирургов уже стал привычным.

«Независимо от того, имеем мы дело с обычным флегмонозным аппендицитом или с осложненным – с гангреной, перфорацией и абсцессом, мы устраняем проблему мини-инвазивными способами. Проведение открытых операций – пройденный этап, к ним обращаются лишь в ряде случаев. Дело в том, что не все вмешательства в неотложной хирургии можно выполнить лапароскопически.

В нашей практике много осложненных онкологических процессов, травм и других случаев, когда лапароскопические операции технически невозможно выполнить. Поэтому мы всегда исходим из того, что будет лучше для каждого пациента, – подчеркивает Александр Яцын. – Молодое поколение уже ориентировано на современные методики, но при необходимости смогут провести и открытые операции».

Александр Михайлович стоял у истоков введения лапароскопических операций. В больнице скорой медицинской помощи начал работать в 1986 году, когда лапароскопически выполнялись только диагностические процедуры. Для постановки диагнозов использовали простой лапароскоп с окуляром. И лишь в начале 2000-х годов в регионе появилась видеолапароскопическая техника, которая позволяла выводить изображения на экран. Осваивать ее врачи начали крайне быстро.

Уже в 2004 году в хирургическом отделении № 1 ККБСМ выполнили первые 600 видеолапароскопических операций. «Алтайский край был в числе продвинутых. Первым в регионе начинал проводить такие вмешательства Альберт Викторович Братышев в медсанчасти завода «Трансмаш» (сейчас – ГБ № 8. – Прим. ред.), затем Владимир Иванович Оскретков – в

больнице шинного завода (сегодня БСМП-2. – Прим. ред.). Мы третьими внедрили эту методику в практику, но были единственными, кто активно использовал видеолапароскопические операции в условиях экстренного стационара. Начинали с холецистэктомии (удаление желчного пузыря), чуть позже пришли к аппендэктомии, стали зашивать перфоративные язвы, рассекать спайки при кишечной непроходимости, а также применять лапароскопы в гинекологии», – вспоминает врач.

Сегодня среди регионов России по охвату лапароскопическими вмешательствами Алтайский край – во второй десятке. Учитывая количество регионов и центров с концентрацией современного медицинского оборудования, это – хорошие позиции, отмечает Александр Яцын. За прошлый год в отделении выполнено 1766 операций, из них 1051 – лапароскопическим методом. Примерно на таком уровне ККБСМП держится много лет.

Не отставая от трендов

Хирургию по праву можно назвать самым стремительно развивающимся направлением в медицине. Помешать этому не смогли ни ковидные ограничения, ни последовавшие позже санкции. Пандемия дала толчок развитию онлайн-формата, и сегодня множество медицинских мероприятий – конференций, конгрессов, симпозиумов – можно посещать виртуально, не теряя при этом в качестве. «Медицинское сообщество никогда не было закрытым. Мы сегодня видим, как работают коллеги в других странах, и могу сказать уверенно: мы не хуже. У них всегда была более совершенная аппаратура, но в остальном мы не отстаем», – убежден хирург.

С течением времени изменились не только подходы в хирургии. Трансформировалась и клиническая картина заболеваний. По словам опытного врача, она стала более стертой. «В 1986 году я даже не мог предположить, что появятся компьютерная томография с возможностью реконструкции, магнитно-резонансная томография.

Но несмотря на то, что возможности диагностики расширились, она становится сложнее. Во многом стертость клинической картины обусловлена изменениями внешней среды, в которой мы живем. Кроме того, внес свою лепту неконтролируемый прием антибиотиков и других лекарственных препаратов, – говорит врач. – Наложил свой отпечаток и перенесенные инфекции. Коронавирус добавил определенную категорию пациентов, которой до него не было: с поражением кишечника в виде энтеритов, энтероколитов, иногда в тяжелых формах. Если до 2020 года у нас было 50–60 пациентов с подобными диагнозами, то в 2024 году их было уже 270. Причем тогда с летальными исходами мы не встречались, а сегодня может быть 5–10 случаев. Вирус поражает кишечную стенку, кишечная флора меняется под воздействием его токсинов, становится несостоятельной. Все это приводит к большим водно-электролитным нарушениям, которые, в свою очередь, влекут системную воспалительную реакцию. К ней присоединяется полиорганная недостаточность, вследствие которой может декомпенсироваться любая система организма. Как правило, страдают пожилые люди, у которых всегда есть коморбидные состояния (присутствует несколько заболеваний одновременно)».

Добавляет проблем врачам неотложного стационара и самолечение пациентов, которое сегодня широко распространено. «Если оценивать динамику 10–15 лет, то доля запущенных воспалительных процессов в брюшной полости растет. В 30% случаев аппендицит имеет гангренозную перфоративную форму, с перитонитом. В 80-х – 90-х годах таких патологий было раза в три меньше, – отмечает Александр Яцын. – Дело в том, что санпросветработа сегодня сведена к минимуму, люди не обращаются за медицинской помощью своевременно. Кроме того, идет активная реклама медикаментов, и впоследствии человек свободно приобретает в аптеке все, что захочет. Нередко самолечение острых состояний приводит к нам».

В ККБСМП 80% пациентов до-

ставляют бригады скорой помощи, 5% направляют врачи из поликлиники, остальные приходят сами. Хирург предупреждает: при появлении острых болей в животе, которые не проходят в течение 4–5 часов, необходимо обратиться к врачу. Максимум, что можно сделать самостоятельно, – принять спазмолитики. «Лучше обратиться в больницу скорой помощи, услышать от врача, что все хорошо, и уйти домой, чем потом приехать с запущенным процессом и вместо трех дней провести в стационаре три недели. Своевременно оказанная медицинская помощь – одно из основных условий для скорейшего восстановления», – подчеркивает врач.

Драгоценное наследие

Несмотря на многолетний стаж, Александр Яцын продолжает оперировать, беря на себя самые сложные случаи. Он убежден, что пик формы хирурга приходится на 40 лет, но при этом интерес к делу всей жизни с годами не угасает. «Мне нравится проводить большие резецирующие операции – за их масштаб, лапароскопические манипуляции – за визуализацию. В принципе хирургия нравится за то, что быстро можно увидеть плоды своих трудов», – продолжает он.



Продолжение на стр. 8 >>>

«Продолжение. Начало на стр. 6-7»

Наряду с практической работой заслуженный врач России продолжает руководить отделением и занимается обучением молодого поколения врачей, передавая им свои знания. За последние пять лет в его отделении прошли подготовку 25 интернов и 17 клинических ординаторов. Доктор отмечает, что во все времена студенты делились на тех, кто посещает операционные в силу расписания, и тех, кто искренне заинтересован профессией – готовы проводить там свободное время, оставаться на дежурства, выполнять любые манипуляции, чтобы хоть как-то принять участие в операции. «Важно иметь не только теоретические, но и практические навыки в профессиональном направлении, не жалея для этого времени. Основа всегда закладывается в молодые годы. Я пришел работать в сильный коллектив. Заведующий первым хирургическим отделением **Антон Вячеславович Куновский** не только своим личным примером, но и через строгую дисциплину воспитывал нас. Он учил, что в каждом пациенте в первую очередь нужно видеть человека и поступать с ним так, как хотелось бы, чтобы поступали с вами. Еще важное правило – добросовестно и честно выполнять свою работу. В дальнейшем я так же относился к своим докторам, – говорит Александр Михайлович. – Иногда бывает сложно донести, казалось бы, простые вещи. Но, на мой взгляд,

за все эти годы мне удалось довести до понимания коллектива главные ценности – человечность, сострадание, милосердие, а самое главное – ответственное выполнение своих обязанностей. Очень многое зависит от субъективных моментов: недосмотрел, недопонял, поленился, а от этого зависит чья-то жизнь. Таких моментов в нашей работе не должно быть. И для этого нужен четко слаженный коллектив. В одиночку ни один врач, ни один заведующий ничего сделать не сможет. Хирургия – коллективный вид работы, где важно взаимопонимание. Мы все – единомышленники, которые помогают друг другу и двигаются в одном направлении. Мне повезло, что я пришел в хороший коллектив и в дальнейшем возглавил его, воспитал много толковых врачей, вложив в них все, что мог».

С таким же пылом Александр Яцын занимается научной деятельностью. В фокусе его интересов уже много лет – острый панкреатит. «Это тяжелейшее заболевание, которое широко распространено в России, коллеги из других стран довольно редко сталкиваются с этим диагнозом. У нас же с этим диагнозом 260 пациентов в год. Из них 30% случаев протекают в тяжелой форме (панкреонекроз), из которых половина инфицируется и требует оперативного вмешательства. К сожалению, результаты до сих пор не очень хорошие. Высокая летальность сохраняется, несмотря на ме-

дицинские изыскания – десятки защищенных диссертаций (докторская диссертация подразумевает решение проблемы), а на практике нет результатов – люди погибают, – с сожалением отмечает кандидат медицинских наук. – У нас всегда после Нового года много операций. На первом месте – панкреатиты алкогольного генеза. Как правило, пациенты – мужчины трудоспособного возраста, но из всех правил всегда есть исключения, встречаются разные случаи».

Цитата доктора

Александр Яцын:

– В коллективном труде нельзя быть одиночным героем.

Многолетний труд хирурга не мог остаться незамеченным на самом высоком уровне. Орден Пирогова дают за самоотверженность при оказании медицинской помощи в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий, военных действий и в других обстоятельствах, сопряженных с риском для жизни. Для клиники это первая подобная награда. Для Александра Яцына она хоть и весомая, но не единственная. «Получив ее лет десять назад, наверное, был бы горд и счастлив. Сейчас отношусь к этому спокойнее. Это не лично моя заслуга, а всего нашего коллектива. В коллективном труде нельзя быть одиночным героем, будто остальные на подхвате. Мы всегда вместе определяем тактику, технику и выбор вмешательства и лечения», – отмечает он. Сейчас своей главной задачей врач считает научить молодых докторов не только технике выполнения манипуляций, но и правильному мышлению. И не устает повторять: всегда нужно сохранять человеческое отношение не только к пациенту, но и внутри коллектива.

Ирина Савина.

Фото предоставлено пресс-службой ККБСМП



«Мы принимали всех»

Осенью прошлого года команда алтайских медиков побывала в служебной командировке в Славянском районе Луганской области. Одним из них был Ориф Вахобов, врач – травматолог-ортопед, заведующий травмпунктом Краевой клинической больницы скорой медицинской помощи № 2.

– Это была именно служебная командировка от нашего медицинского учреждения. На имя главного врача нашей больницы **Александра Берестенникова** пришло письмо от главного врача городской поликлиники № 9 **Инны Анисимовой**, которая занималась формированием группы медиков. Я узнал, что требуется врач-травматолог, и откликнулся. Было желание поехать туда и там выполнять свои обязанности. Можно сказать, меня позвал гражданский и врачебный долг.

29 сентября мы выехали из Барнаула и 1 октября были уже на месте. Командировка продлилась один месяц. Я работал в поликлинике местной больницы – вел первичный и повторный прием населения Славянского района в первую очередь. После окончания приема населения мы принимали военных – неподалеку был расположен полигон. К нам обращались военнослужащие, получившие травмы во время боевых действий, для долечения, а также травмировавшиеся во время учений на полигоне. Иногда приходилось вытаскивать и осколки – правда, не



свежие, а уже недельной, месячной давности. Военные, узнав, что в поликлинику приехал травматолог, обращались ко мне самостоятельно. У них не так много времени, чтобы ехать за помощью в другой населенный пункт, например, для извлечения инородных тел, а мы помогали им и проводили эти довольно несложные операции. Конечно, в более серьезных случаях солдат отправляли в госпитали. Можно сказать, что после трех часов дня в поликлинике для военнослужащих открывался «зеленый коридор».

Гражданское население больше всего обращалось с артрозами и артритами, а также с травмами, их тоже было достаточно. Район большой, численность населения более 50 тысяч – пациентов было прилично, и первичных, и повторных. Основная возрастная категория – пожилые люди, которые остались без медицинской помощи, особенно жители отдаленных населенных пунктов. Мои алтайские коллеги, с которыми я приехал, выезжали в населенные пункты, но я работал только в поликлинике, так как поток пациентов был весьма большой.

Некоторые пациенты приходили без записи, другие просили принять их пораньше, а не в то время, которое было указано в талоне, так как им нужно было успеть на междугородний автобус. Конечно, все друг друга понимали и готовы были пропустить их вперед себя. Мы же принимали всех безотказно.

Конечно, эта командировка не могла не изменить меня. Я своими глазами увидел, как сейчас живут люди в новых российских регионах – как там восстанавливается нормальное течение

Справка «МиЗ»

Ориф Вахобов начал работу в больнице моторного завода в 2017 году после окончания АГМУ. Он совмещал работу в травмпункте и в отделении травматологии и учебу в ординатуре. В 2021 году больница вошла в состав ККБСМП №2.

Продолжение на стр. 10»

«Продолжение. Начало на стр. 9»

ние жизни. Для меня это было важно. Славяносербский – это подшефный район Алтайского края, и видно, что наш регион прилагает большие усилия, чтобы помочь его жителям. Новые дороги, восстановленные дома, многофункциональный центр работает с утра до позднего вечера, работает «Почта России». Везде трудятся ремонтники, которые восстанавливают различные объекты – и они тоже обращались к нам с производственными травмами, в том числе рабочие (строители, дорожники) из нашего Алтайского края.

Мои родные отнеслись к этой поездке спокойно. Мой отец – военнослужащий, и он был рад, что я смогу выполнить свой профессиональный и гражданский долг. Я же был рад тому, что смогу получить новый опыт.

Сейчас я рассматриваю возможность еще раз поехать в такую командировку и, можно сказать, готовлюсь к ней – изучаю теоретическую часть по теме блокад и иммобилизации составов, а именно новые способы фик-

Новости

В Алтайском крае врачи будут консультировать пациентов с помощью видеосвязи

Благодаря региональному проекту в сфере здравоохранения «Телемедицинская консультация (ТМК) «Врач – пациент» удастся сократить количество необоснованных повторных визитов в медучреждение, а значит, сэкономить время пациентов и снизить ресурсозатратность медиков. Разговор с доктором в режиме онлайн будет актуален для тех людей, которым, к примеру, нужно уточнить план лечения или скорректировать его. Услуга



сации, чтобы пациент мог сохранять качество жизни. Более того, мы, наша больница, обращаемся с просьбами к производителям фармацевтических препаратов по нашему профилю, чтобы они поставляли в новые регионы страны более эффективные лекарства по приемлемым ценам, это очень актуально для населения, особенно для пожилых людей. Медикаментозное обеспечение там постоянно улучшается, но есть еще моменты, над которыми нужно поработать.

Моя поездка подала пример моим коллегам, и один из них врач-терапевт, который проходит ординатуру по травматологии, изъявил желание поехать в Луганскую область. Подобный интерес проявил и врач-эпидемиолог.

будет доступна в городах и районах Алтайского края.

Министр здравоохранения региона Дмитрий Попов рассказал о предстоящих задачах в рамках проекта:

– Нам предстоит выработать единые критерии для отбора пациентов на ТМК, обеспечить в первую очередь дистанционное сопровождение людей, состоящих на диспансерном наблюдении, выдать рекомендации по итогам диспансеризации взрослого



Я рассказал им о том, что народ в Славяносербском районе приветливый и очень ощущается то, что медицинская помощь нужна им.

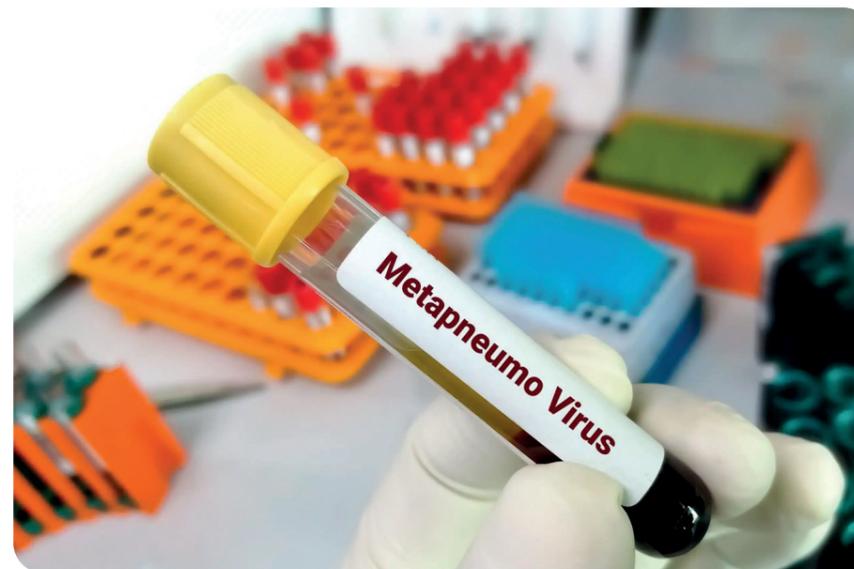
Подготовила Елена Клишина.
Фото предоставлены героем публикации

населения, организовать продление или закрытие части листов нетрудоспособности.

В рамках проекта в медучреждениях предстоит выделить талоны в электронном расписании, организовать рабочее место врача с веб-камерой и доступ к электронной медицинской карте.

Напомним: в 2025 году в региональном Минздраве приступили к реализации 15 проектов. Они охватывают практически все направления и уровни здравоохранения: от ФАПа и школьной медицины до перехода к управлению системой здравоохранения через рискоориентированные подходы путем создания Центров управления рисками (ЦУР).

Новый старый вирус



В конце прошлого года стало известно о вспышке нового вируса. «МиЗ» подготовила справку об этом заболевании и его возбудителе.

Когда и как началось

Новая инфекция, получившая название «метапневмовирус человека», или hMPV, – не такая уж и новая: впервые она была выявлена в Голландии в 2001 году и встала в ряд прочих ОРВИ, так как течение заболевания и методы лечения схожи с ними.

Недавняя вспышка была зафиксирована в Китае, китайские СМИ сообщили, что уровень смертности от заболевания, вызванного этим возбудителем, высок и составил более 40%. В январе случаи заболевания метапневмовирусом были отмечены в Индии, Казахстане, Кыргызстане, а 13 января случай заболевания был зафиксирован в Республике Алтай.

Российские специалисты утверждают, что причин для беспокойства нет. В нашей стране метапневмовирусом ежегодно кто-то заболевает, но к размерам эпидемии масштабы распространения заболевания никогда не приближались, и массовых вспышек тоже не наблюдалось.

Анна Попова, руководитель Роспо-

требнадзора, прокомментировала ситуацию так:

– Большинство случаев, связанных с этим вирусом, характеризуются как обычные респираторные инфекции. Мировое медицинское сообщество стало более внимательным к респираторным инфекциям после пандемии COVID-19. Врачи более зорко следят за симптомами, проводят тесты на различные вирусы, включая метапневмовирус, который ранее мог оставаться невыявленным. Поэтому сейчас мы фиксируем сообщения о таких случаях. Рисков по поводу распространения метапневмовируса у нас нет. Тем более что во время всеобщей вакцинации против гриппа привито 56% населения.

Что за вирус

Метапневмовирус относится к сезонным респираторным инфекциям, может протекать в легкой форме. Наибольшую опасность он представляет для детей, в том числе первого года жизни, для людей с очень ослаблен-

ным иммунитетом, с врожденным или приобретенным иммунодефицитом, для пожилых. У этих категорий заболевших могут развиваться осложнения в виде поражений дыхательных путей (бронхиты и пневмонии). Кроме того, вирус, по данным китайских медиков, чаще поражает детей до 14 лет.

В списке симптомов метапневмовируса – насморк, кашель, повышение температуры тела, затрудненное дыхание и прочие симптомы, характерные для ОРВИ. Основной путь передачи – воздушно-капельный.

Специальной вакцины против метапневмовируса и специального лечения не существует. Правила профилактики – те же, что и при остальных респираторных инфекциях: частое мытье рук, проветривание помещений, соблюдение социальной дистанции, дезинфекция поверхностей, здоровый образ жизни. Ношение масок, которое было необходимым при ковиде, тоже помогает предотвратить заражение.

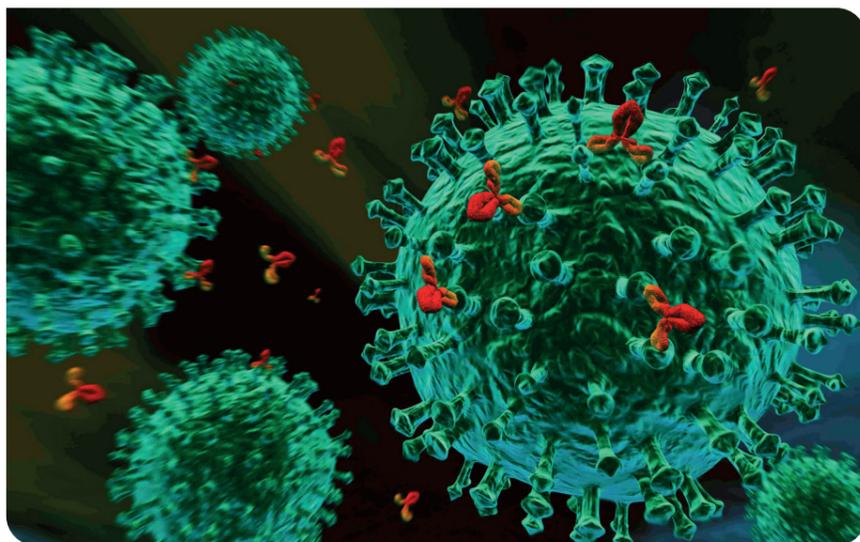
Лечение метапневмовируса – симптоматическое и включает прием противовирусных препаратов, жаропонижающих (если наблюдается температура выше 38 градусов), обильное теплое питье, промывание носа и применение капель, которые облегчают состояние его заложенности.

При выраженных признаках заболевания стоит воздержаться от походов на работу, в школу, вуз, в общественные места, остаться дома и дать организму отдохнуть. Если симптомы слишком выражены, усиливаются, очень беспокоят, следует обратиться к врачу-терапевту по месту жительства, в особо тяжелых случаях – вызывать скорую помощь.

Стоит помнить, что зима в России – это сезон высокой активности респираторных вирусов и роста заболеваемости ОРВИ. Относительно теплая погода зимой только способствует их распространению.

Подготовлено по материалам интернет-публикаций

Свои против своих



Так говорят специалисты об аутоиммунных заболеваниях. Суть подобных патологий заключается в том, что иммунные агенты начинают атаковать органы своего же организма. К сожалению, число аутоиммунных заболеваний растет во всем мире. По статистике, ими страдают сегодня каждый седьмой россиянин и каждый пятый американец.



Сегодня мы поговорим о причинах неврологических аутоиммунных заболеваний и о помощи таким пациентам с врачом-неврологом центра аутоиммунных и нейродегенеративных заболеваний «Сибирского медицинского центра» Екатериной Луновой.

Сбой в защите

– Екатерина Александровна, что представляют собой аутоиммунные заболевания?

– Это группа заболеваний, при которых иммунная система, кроме защиты организма от бактерий и вирусов, атакует свои органы и ткани, что приводит к развитию различных сим-

птомов. В настоящее время описано более 100 видов различных аутоиммунных заболеваний, и продолжают открываться новые виды. Считается, что каждый десятый человек в мире имеет то или иное аутоиммунное заболевание. Причем 8 из этих 10 человек – женщины. Увы, почти все аутоиммунные болезни чаще встречаются у представительниц прекрасного пола.

– Чем, на ваш взгляд, обусловлен рост количества и случаев аутоиммунных заболеваний?

– С одной стороны, он связан с усовершенствованием методов диагностики, что позволяет выявлять многие заболевания на самых ранних этапах. Например, повсеместное внедрение МРТ позволяет диагностировать рассеянный склероз уже после появления первых симптомов, тогда как даже 20 лет назад постановка диагноза была возможна только после двух эпизодов заболевания.

С другой стороны, мировая статистика показывает абсолютный рост аутоиммунной патологии в последние десятилетия. И это связывают с загрязнением окружающей среды, более частой встречей с токсинами, особенностью питания, изменением состава микрофлоры кишечника и т.д. Важно отметить, что к аутоиммунным заболеваниям всегда приводит комбинация факторов, и многие из них еще продолжают исследоваться.

– Какие аутоиммунные заболевания стали дебютировать чаще?

– Современные исследования показывают рост таких заболеваний, как целиакия, ревматоидный артрит, синдром Шегрена и болезнь Грейвса. В неврологии мы все чаще сталкиваемся с рассеянным склерозом, миастенией, аутоиммунными энцефалитами и различными видами дизиммунных полиневропатий.

Интересно, что рост и встречаемость аутоиммунных заболеваний отличается в разных этнических группах. Например, системная красная волчанка чаще встречается у афроамериканцев, а рассеянный склероз, ревматоидный артрит и целиакию чаще диагностируют у европеоидов.

Универсальный ключ

– Как сегодня диагностируют аутоиммунные заболевания?

– Это зависит от типа заболевания. Однако в основе диагноза стоят проявления болезни, ее клиническая картина. Далее она дополняется различными инструментальными методами. Например, для диагностики миастении мы используем электронейро-

миографию, которая позволяет выявлять нарушение передачи нервного импульса от нерва к мышце, а также выявляем специфические антитела в крови.

– Екатерина Александровна, какова тактика лечения подобных заболеваний в современной неврологии?

– Лечение каждого заболевания индивидуально и зависит в первую очередь от вида болезни, а также возраста, сопутствующих заболеваний, фактора планирования семьи и многих других факторов. Для большого ряда заболеваний (например, рассеянного склероза) разработана специфическая терапия, ее называют ПИТРС (препараты, изменяющие течение рассеянного склероза). В нашей стране эти препараты пациенты получают бесплатно – за счет федеральной программы, которая охватывает 14 высокозатратных нозологий.

– Какова перспектива пациентов с аутоиммунными заболеваниями?

– Благодаря достижениям современной медицины для многих аутоиммунных заболеваний прогноз сегодня благоприятный. Разработка новых препаратов для лечения, а также совершенствование диагностики позволяют людям с аутоиммунными заболеваниями жить полноценной жизнью. Например, если в XIX веке, когда была открыта миастения gravis, смертность от нее составляла 80%, то в настоящее время благодаря пониманию механизмов заболевания и новым стратегиям лечения она не превышает 5%.

– Существует ли профилактика аутоиммунных заболеваний?

– Прямой профилактики не существует, но можно снизить риски благодаря сбалансированному питанию, регулярным физическим нагрузкам, полноценному сну. Как ни странно, соблюдение здорового образа жизни является универсальным ключом к профилактике многих болезней – от аутоиммунной патологии до болезни Альцгеймера и инсульта.

Подготовила
Ирина Савина

Это важно!

В неврологии аутоиммунные заболевания могут вызывать:

- поражение центральной нервной системы (энцефалопатия, рассеянный склероз);
- поражение периферических нервов (полинейропатия, синдром Гийена – Барре);
- поражение нервно-мышечного аппарата (миопатия, миастения).



Как и почему происходит развитие аутоиммунных заболеваний?

1. Нарушение иммунной толерантности

Иммунная система обычно распознает чуждые организму вещества (например, вирусы и бактерии) и защищает нас от них. Однако в случае аутоиммунных заболеваний иммунитет теряет способность отличать собственные клетки и ткани от чужих.

- химические вещества и загрязнение окружающей среды – токсины и некоторые лекарства могут нарушать нормальную работу иммунной системы;
- питание – некоторые продукты могут способствовать воспалению, что также влияет на развитие заболеваний.

2. Генетическая предрасположенность

Исследования показывают, что у людей с определенными генами риск развития аутоиммунных заболеваний выше. Это, например, гены, связанные с работой иммунной системы, такие как HLA-ген. Однако наличие генетической предрасположенности не гарантирует развития аутоиммунного заболевания. Так, исследования, проводимые на близнецах, показывают, что при идентичности генов у одного из близнецов развивается заболевание, а у второго нет.

3. Экологические факторы

На развитие аутоиммунных заболеваний могут влиять внешние факторы:

- инфекции – некоторые вирусы или бактерии могут спровоцировать иммунную систему на ошибку. Например, некоторые вирусы могут имитировать структуру клеток организма, и иммунная система начинает их атаковать;

4. Роль гормонов

Большинство аутоиммунных заболеваний чаще встречается у женщин. Вероятно, это связано с воздействием эстрогенов, которые влияют на иммунный ответ. Эстрогены усиливают активность иммунных клеток, что делает женщин более подверженными аутоиммунным заболеваниям.

5. Стресс и образ жизни

Хронический стресс, недостаток сна, неправильное питание и малоподвижный образ жизни также могут ослаблять иммунную систему, способствуя развитию аутоиммунных заболеваний.

Важно помнить, что аутоиммунные заболевания – это не приговор! Своевременная диагностика и лечение могут значительно улучшить качество жизни и предотвратить развитие осложнений.

Обезьяньи страшилки, или Разбираемся в видах оспы



Сенсационные заявления

Официальная история вакцинопрофилактики началась с Эдварда Дженнера в 1796 году и его прививки против натуральной оспы. Ученый вводил содержимое пузырей (оспин) от людей, болеющих корью оспой, которая протекает более благоприятно, и таким образом добивался невосприимчивости к оспе натуральной. Только в 1980 году Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) объявила об искоренении данного заболевания. Почти 200 лет понадобилось человечеству для победы над этой инфекцией.

Недавно средства массовой информации буквально взорвались сенсационными заявлениями об оспе обезьян. Пациенты в последнее время проявляют повышенный интерес к прививке от ветряной оспы. Многие

ошибочно думают, что эта вакцина защитит от заболевания обезьяньей оспой. Приходится разочаровывать людей. Это два разных вида вируса из совершенно разных семейств! А похожие названия заболеваний – от вида высыпаний: раньше все подобные образования на коже называли оспинами.

Оспа обезьян – вирусное зоонозное заболевание, симптомы которого схожи с натуральной оспой, однако течение болезни обычно менее тяжелое. После натуральной оспы вирус оспы обезьян – первый по патогенности для человека среди ортопоксвирусов.

Обычно встречается в странах Центральной и Западной Африки (в Бенине, Камеруне, Центральноафриканской Республике, Демократической Республике Конго, Габоне, Кот-д'Ивуаре, Либерии, Нигерии, Республике Конго, Сьерра-Леоне и Южном Судане), в основном рядом с влажными тропическими лесами, однако все чаще обнаруживается в городских районах. Хозяевами вируса выступают некоторые грызуны и нечеловекообразные приматы.

Свое название вирус оспы обезьян получил потому, что впервые был обнаружен в колонии подопытных обезьян – это произошло в 1958 году. Первый случай заражения человека оспой обезьян был зарегистрирован в 1970 году в Демократической Республике Конго. С тех пор большинство заболевших людей приходится на страны Центральной и Западной Африки.

Первая за пределами Африки вспышка оспы обезьян произошла в 2003 году в Соединенных Штатах Америки, а источником инфицирования стал контакт с зараженными домашними луговыми собачками. Животные содержались вместе с ввезенными гамбийскими крысами и соями. Также завозные случаи инфицирования регистрировались в Израиле, Великобритании, Сингапуре.

Передача вируса

Передача вируса от животного к человеку может происходить при прямом контакте с биологическими жидкостями (кровь, слюна) и участками пораженной кожи. От человека к человеку – воздушно-капельным путем и при тесном контакте. Может быть и передача от матери к плоду через плаценту или при тесном контакте во время родов или в послеродовом периоде. В настоящий момент не ясно, может ли вирус передаваться половым путем.

Симптомы

Инкубационный период может варьироваться от 5 до 21 дня, но, как правило, составляет 6–13 дней. На ранней стадии оспа обезьян похожа на грипп: повышение температуры, увеличение лимфатических узлов, головные и мышечные боли, озноб, головокружение, рвота. Через 1–3 дня появляется сыпь: сначала на лице, голове, кистях рук, затем распространяется на другие части тела. Высыпаниям подвержены слизистые оболочки полости рта, гениталии, конъюнктивы, а также роговица глаз. Сыпь последовательно проходит несколько этапов развития. Сначала появляется пятно диаметром 6–10 мм, через некоторое



время на этом месте образуется папула (уплотнение), которая превращается в везикулу (пузырек, заполненный прозрачным содержимым) и затем в пустулу (гнойничок). Примерно через 10 дней образуется струп, после отпадения которого может остаться рубец.

Среди осложнений могут быть вторичные инфекции, бронхопневмония, сепсис, энцефалит, а также инфицирование роговицы, что может привести к потере зрения.

Исторически степень летальности от оспы обезьян среди общего населения варьировалась от 0 до 11%, с более высокими показателями среди детей младшего возраста. В последние годы смертность составляет около 3–6%.

Симптомы оспы обезьян неспецифические и похожи на другие заболевания, сопровождающиеся высыпаниями, – например, ветрянку, корь, чесотку, сифилис, аллергию, кожные инфекции. Среди лабораторных тестов благодаря своей точности и чувствительности предпочтительным является полимеразная цепная реакция (ПЦР).

Вакцина

В 2022 году Европейское агентство по лекарственным средствам (EMA) лицензировало для лечения оспы обезьян разработанный для терапии натуральной оспы противовирусный препарат тековиримат.

Доступной для населения вакцины против этого вируса пока не существует, но ряд исследований показал, что эффективность прививки от натуральной оспы для профилактики оспы обезьян составляет около 85%. Люди, в прошлом вакцинированные от натуральной оспы, могут переносить оспу обезьян в более легкой форме. В России массовая вакцинация от на-

туральной оспы прекратилась в 1980 году, поэтому, как предполагается, люди старше 42 лет менее подвержены новой инфекционной угрозе.

В 2019 году для профилактики оспы обезьян была одобрена более новая двухдозовая вакцина на основе модифицированного вируса корью оспы (штамм Ankara). Доступ к вакцине пока ограничен.

Цифры и факты

По данным на 5 июня 2022 года, оспой обезьян заразились **780** человек в **27** странах, не являющихся эндемичными для данного вируса.

Пока такая динамика не представляет эпидемической угрозы. Вероятность новой пандемии оценивается вирусологами как низкая. Индекс репродукции R0 (число людей, которых может заразить один носитель) для оспы обезьян – около 2, тогда как у варианта коронавируса «Дельта» это значение составляло около 7, а у «Омикрона» – около 10.

ВОЗ называет основной стратегией в профилактике оспы обезьян повышение осведомленности о факторах риска и о мерах ограничения контактов с вирусом. Медики просят быть бдительными в отношении пациентов с характерной сыпью, пациентам советуют избегать контактов с животными, которые могут быть носителями вируса, соблюдать правила гигиены рук и использовать средства индивидуальной защиты при контакте с больными.

Анастасия Борисовна Казанина, врач-педиатр вакцинального центра «Аско-Мед», ассистент кафедры неонатологии и детской анестезиологии с курсом ДПО

Путь от пациента до врача



– Мое знакомство с онкологическим отделением для детей началось задолго до моего появления здесь в качестве врача. Вот что я помню из детства: после очередного ОРВИ я вся покрылась кровоизлияниями, родители забили тревогу и обратились к врачу. Это произошло очень быстро – от состояния здорового ребенка до постановки диагноза, с которым я живу по сей день, прошло примерно две недели.

Впервые порог отделения в качестве пациента я переступила зимой 1999 года. Какие чувства я испытывала в тот момент? Возможно, детский интерес, потому что это была первая поездка так далеко от дома. Тогда я не осознавала, зачем я здесь и как долго тут пробуду. Родители говорили: «Пообследуемся».

С первыми процедурами пришел страх боли и неизвестности, затем потянулись больничные будни, смены схем терапии и тоска по дому. Так прошло около десяти лет.

С самого детства меня окружала больничная атмосфера, процедуры, обследования. Мы играли в больницу и жили в ней же, тогда врач нам казался вторым после Бога. Когда доктора приходили на обход, все дети лежали смирно, тихо, боялись что-то спросить или сказать лишнее слово. Для родителей мнение врача было неоспоримым и авторитетным, не было ни Интернета, ни чатов с советами про народные методы лечения.

Уже тогда во мне появилось желание стать таким же специалистом, как наши врачи.

Когда пришло время принимать решение о своем будущем, определяться с профессией, я уже знала, что буду именно детским врачом. Всю студенческую жизнь меня так или иначе сопровождала онкогематология – на всех экзаменах мне доставались вопросы про определение групп крови, совместимости и пр. Можно сказать, что судьба меня вела к выбору профессии.

В феврале есть несколько дат, связанных с темой онкологии. Это и День борьбы против рака (4 февраля), и Международный день онкобольного ребенка (15 февраля). Кроме того, 3 февраля отмечался день женщины-врача. И ко всем этим медицинским тематическим датам подходит история Марины Полянской, детского врача-онколога. В январе она возглавила отделение онкологии Алтайского краевого клинического центра охраны материнства и детства. А когда-то давно, еще в детстве, Марина Олеговна сама была пациентом этого отделения.

На шестом курсе я проходила субординатуру по хирургии, и меня впечатляла онкохирургия – масштабы поражений и то, как доктора с успехом справлялись со сложными задачами по диагностике и лечению.

Свой первый рабочий день в качестве врача – детского онколога я помню до сих пор. Очень волновалась, а еще больше боялась не справиться, не оправдать ожидания, ведь я находилась среди врачей, которые были для меня авторитетами практически всю мою сознательную жизнь. И вместе с тем я с особой гордостью почувствовала свою причастность к этой трудной, но благородной профессии онколога.

Тогда я не знала, какой путь меня ждет впереди. Сейчас, спустя почти десять лет работы, я продолжаю учиться. Учусь у своих маленьких пациентов быть добрее, терпимее. Учусь работать с их родителями, в этом мне помогает мой личный опыт, так как до сих пор помню те чувства, которые испытала моя семья, столкнувшись со сложным заболеванием, когда надежда – только на Бога и лечащих врачей.

Работая детским врачом онкологом-гематологом, необходимо иметь знания в очень большом информационном поле. Нужно досконально знать анатомию, хирургию, рентгенологию, трансфузиологию, и изо дня в день я учусь этому у своих старших коллег.

Моими наставниками были те самые врачи, которые когда-то лечили меня в детстве: **Александр Александрович Румянцев, Лариса Станисла-**

вовна Суворова, Ольга Ивановна Колесникова, большой поддержкой и опорой для меня стала моя коллега **Мария Викторовна Доронина**.

С января 2025 года я являюсь заведующей детским онкологическим отделением, эту почетную должность мне доверил Александр Александрович Румянцев. Оглядываясь назад, на ту шестилетнюю девочку, на тот путь, который она прошла, на то, сколько людей ее поддерживали и помогали, я точно понимаю, ради чего я работаю.

Подготовила Елена Клишина.
Фото предоставлено героиней публикации

Справка «МиЗ»

Онкологическое отделение АККЦОМД – единственное в крае онкологическое отделение для детей. В 2024 году в отделение поступило 647 человек, из них 96 – в тяжелом состоянии. 34 пациента в прошлом году были направлены в федеральные центры.

Основные заболевания, с которыми сражаются врачи и пациенты, – это острый лейкоз, лимфома Ходжкина и неходжкинские лимфомы, солидные опухоли, аутоиммунные гемолитические анемии, нарушения свертываемости крови и другие.



Новости

Алтайские врачи выписали самого маленького малыша в крае – он родился весом всего 400 граммов



Ребенок появился на свет в октябре минувшего года в Алтайском краевом перинатальном центре «Дар» на 29-й неделе беременности. Мама поступила в отделение патологии на ранних сроках беременности. По результатам УЗИ были выявлены патологии кровообращения и значительная задержка роста плода. На протяжении двух недель врачи пытались пролонгировать беременность, пока не наступил критический момент. Встал вопрос: либо родоразрешение на таком раннем сроке, либо гибель малыша.

Так родился маленький Иван, весом 400 граммов и ростом 28 см. Два месяца за его жизнь боролись специалисты отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных. Благодаря грамотно оказанной медицинской помощи и слаженным действиям команды перинатального центра малыш был переведен в отделение патологии новорожденных, где еще два месяца набирал вес.

Сегодня жизни самого маленького пациента ничего не угрожает, и он отправился домой, где ему предстоит еще долгое восстановление и реабилитация. Пожелаем ему самого крепкого здоровья!

Источник: zdravalt.ru

Нездоровый арбуз

В последнее время аромаингаляторы стали настоящим хитом среди подростков. Устройства, которые позволяют вдыхать ароматизированные жидкости, приобрели популярность благодаря своей доступности и разнообразию вкусов. Однако за внешней привлекательностью скрывается опасное влияние на здоровье подрастающего поколения. Чем грозит использование модных девайсов – узнаем у эксперта.



Запах на любой вкус

Ледяная мята, сочное манго, кокос-дыня – если раньше такими названиями привлекали внимание жевательным резинкам или десертам, то сегодня к подобному маркетингу обратились производители опасного развлечения – ароматических смесей. Подростки вдыхают их, чтобы испытать приятные чувства: продавцы



обещают, что смеси помогают от сонливости и тошноты, а также способны избавить от головной боли.

На самом деле вдыхание их детьми невероятно опасно. Их уже называют следующей проблемой после вейпов. Что же представляют собой аромаингаляторы? «Это устройства, которые позволяют вдыхать ароматизированные жидкости, содержащие различные эфирные масла, ароматизаторы и иногда даже никотин. Внешне они могут напоминать популярные электронные сигареты, но вместо никотина содержат смесь ароматических веществ. Некоторые устройства выпускаются с возможностью смены картриджа с разными запахами: фруктовые и сладкие, с расслабляющим и успокаивающим или, наоборот, тонизирующим эффектом», – рассказывает медицинский психолог диспансерно-поликлинического отделения (по обслуживанию детско-подросткового населения) Алтайского краевого наркологического диспансера **Арина Кеслер**. – Секрет их популярности среди подростков прост – доступность (их стоимость составляет в среднем 200 рублей), разнообразие ароматов и восприятие как безопасной альтернативы курению. Многие подростки

воспринимают аромаингаляторы как модный аксессуар, который помогает им выделяться из толпы».



По словам медицинского психолога, важную роль в продвижении этого тренда играют социальные сети. Они создают иллюзию, что использование подобных устройств нормально и даже привлекательно.

Тем временем состав жидкостей для вдыхания оставляет много вопросов. Он может варьироваться, но часто в них содержатся эфирные масла, ароматизаторы, глицерин и пропиленгликоль. Несмотря на то, что многие компоненты считаются безопасными в обычных условиях, их влияние на организм подростков еще не до конца изучено, отмечает Арина Кеслер. Некоторые из этих веществ могут вызывать аллергические реак-

ции, раздражение дыхательных путей, приводящее к развитию астмы и других респираторных заболеваний.

Неприятные эффекты

Остановимся подробнее на том, чем могут быть опасны ароматические смеси. Как правило, продавец не указывает точный состав. Но главная проблема заключается в том, что в бутылочке может оказаться любое вещество – как безобидное, так и потенциально опасное. Даже если содержимое ингалятора на самом деле – исключительно смесь эфирных масел, у подростка может быть на них аллергия. «Нередко аромаингаляторы содержат летучие химические вещества, такие как пропанол, бутан. Эти компоненты могут вызывать у подростков чувство эйфории, расслабления и изменения в восприятии окружающего мира. Однако длительное и частое использование может привести к серьезным последствиям для здоровья, – предупреждает специалист. – Некоторые аромаингаляторы содержат никотин, который вызывает зависимость и может негативно влиять на развитие мозга подростка. Кроме того, они могут содержать химические вещества, которые будут токсичными при вдыхании, что приводит к различным заболеваниям легких. Ну и не стоит забывать, что бывают аллергические реакции на любые компоненты жидкости».

Если родители подозревают, что их ребенок использует аромаинга-



На заметку

Признаки использования ребенком аромаингаляторов:

- запахи, отличающиеся от привычных ароматов (фрукты, сладости и пр.);
- частое уединение или уход в отдельные комнаты;
- изменения в поведении (агрессия, раздражительность);
- увеличение интереса к электронным устройствам и Интернету.

ляторы, медицинский психолог рекомендует действовать осторожно и с пониманием. Начать необходимо с открытого общения. «Заведите разговор о вреде аромаингаляторов и возможных последствиях их использования, выслушайте, каковы при этом мнение и чувства ребенка. Объясните ему, как вещества могут быть опасны для его здоровья. Если ребенок уже использует аромаингаляторы, предложите ему поддержку в отказе от них. Это может включать консультации с психологом или посещение групп поддержки. Также важно дома создать безопасную среду – обеспечить атмосферу, в которой ребенок чувствует себя комфортно и может обсуждать свои проблемы, – подчеркивает Арина Кеслер. – Родителям важно быть внимательными и открытыми к обсуждению этой темы, чтобы помочь своим детям избежать потенциальных опасностей

и сделать правильный выбор».

Роспотребнадзор уже запретил маркетплейсам продавать аромаингаляторы. Главная претензия ведомства заключается в том, что состав вещества в бутылочке невозможно отследить. Тем не менее продавцы любой «запрещенки» находят выходы. Родителям остается одно – внимательно наблюдать за поведением детей, беседовать с ними и при необходимости обращаться к специалистам.

Ирина Савина



Это важно!

Возможные реакции организма на аромаингаляторы:

- головокружение и тошнота (часто возникают при передозировке);
- потеря сознания (в тяжелых случаях может привести к травмам);
- поражение органов дыхания (длительное вдыхание паров может повредить легкие);
- эйфория и расслабление (кратковременное чувство счастья и покоя), в некоторых случаях могут возникать визуальные и слуховые галлюцинации. Регулярное использование может привести к психологической зависимости и постоянному желанию использовать ингаляторы для достижения состояния эйфории.

Соратница онкохирургов

15 февраля отмечается Международный день операционной медицинской сестры, и мы хотим рассказать о представительнице этой профессии, которая трудится уже много лет в одной из самых сложных областей медицины – онкохирургии.

Стаж Анны Смолиной – 36 лет, и все годы – в краевом онкологическом диспансере. Первые два из них – работа санитаркой, еще без медицинского образования. Все остальные годы она трудилась медицинской сестрой операционного блока. Сейчас Анна Ивановна – операционная медицинская сестра операционного блока № 1 онкоцентра «Надежда».

«Такой склад характера»

– Когда я училась в школе, то жила рядом с онкологическим диспансером на улице Матросова в Барнауле. Это были 90-е годы, и надо было определяться с профессией, тогда дети часто начинали работать после школы. Я обратилась в эту больницу, и меня приняли на работу санитаркой в оперблок. Функций было много: не только мыть полы, но и «крутить ма-



териал», складывать инструменты, помогать медсестрам.

Одновременно я поступила в медицинский колледж и училась на вечернем отделении по специальности «сестринское дело». К моменту окончания колледжа я уже имела представление о работе операционной медсестры, знала названия всех инструментов, поэтому после получения диплома сразу устроилась медсестрой в оперблок.

В самом начале работа была настолько плотная, что меня даже учить

особо было некому. Это сейчас принято давать наставников, а тогда с этим было сложно. Вспоминаю одну из своих первых операций: я работала за одним операционным столом, рядом шла другая операция, которую сопровождала операционная сестра **Татьяна Сухарева** (сейчас она продолжает работать в онкоцентре, но уже не в оперблоке). Она слушала со своего места, какой инструмент просил мой хирург, и показывала его мне. Вот так мы и выучились благодаря заботе коллег. А сейчас рядом с молодой медсестрой обязательно стоит более опытная и контролирует ее действия.

Когда я начинала работать, у меня даже мыслей не было о том, что это может быть психологически сложно. Сейчас да, я это понимаю. Наверное, у меня такой склад характера, а может быть, я выбирала профессию в том возрасте, когда не было особого страха, а была готовность работать в любом, даже самом сложном месте.

Да, действительно, мы можем стоять в операционной на ногах с поло-



Цифры и факты

В день Анна Смолина может поработать на **5** операциях на голове и шее, каждая из которых длится около часа.

Проктологическая операция может длиться до **4** часов, и таких в день может быть от **2** до **4**.

Абдоминальная операция (на желудке) может длиться **5** часов.

Операция Льюиса выполняется в два этапа: первый – в области живота, второй – в грудной клетке. Между этапами нужно изменить положение пациента и произвести новую обработку всего операционного поля, включая обработку пациента, замену стерильных простыней и хирургических костюмов, обработку рук и т.д. Такая операция может длиться до **6** часов. Это единственная операция, во время которой можно сделать перерыв; остальные, даже если длятся **4-5** часов, идут без перерывов.

операции. В нашем оперблоке отличная команда медсестер, мы стараемся помогать друг другу.

До команды «Скальпель!»

Как пояснила Анна Ивановна, в круг обязанностей операционной медсестры входит подготовка операционной стерильной униформы для всей бригады, операционного стола, на котором находится пациент, и малого операционного стола, на котором лежат нужные для данной операции инструменты и расходные материалы, подготовка самого пациента к началу работы хирурга.

– Пока я облачаю хирурга, анестезиологи подают наркоз пациенту. Иногда, если возникают трудности с введением наркоза, приходится вызывать эндоскописта, который своим оборудованием показывает «ход» для интубации. Первая команда – «Обработать!», после нее мы накрываем пациента стерильными простынями, фиксируем их, и затем раздается команда «Скальпель!».

Операционная медсестра должна понимать суть и тонкости работы с различным операционным оборудованием. Например, с аппаратом для диатермокоагуляции, прижигающим сосуды. Во время его использования нужно следить, чтобы наконечник не попал на мокрое место. Анна Ива-



новна приводит в качестве примера случай, произошедший однажды, в самом начале ее работы, в операционной: наконечник аппарата коснулся простыни, на которую попал спирт во время обработки, и она загорелась. «Возгорание быстро потушили, для пациента не было никаких последствий, но мы воочию убедились, насколько нужно быть внимательным!».

Операционная медсестра должна понимать изображение на мониторе эндоскопической стойки и разбираться в видах и размерах эндоскопических зондов, работать с оборудованием для анастомозов (соединения краев полых органов, например, желудочно-кишечного тракта).

Елена Клишина.
Фото предоставлено героиней публикации

вины девятого утра до пяти вечера. Обедаем порой на бегу. Операционная медсестра приходит в операционную раньше всех и уходит позже всех. Сначала нужно все подготовить, а после – оставить после себя порядок, подготовить операционную к дальнейшей уборке: убрать операционный стол, разобрать инструменты и заняться их обработкой, собрать наборы для следующего операционного дня. В задачу операционной медсестры также входит подготовка наборов для срочных операций, которые чаще всего происходят ночью или в выходные.

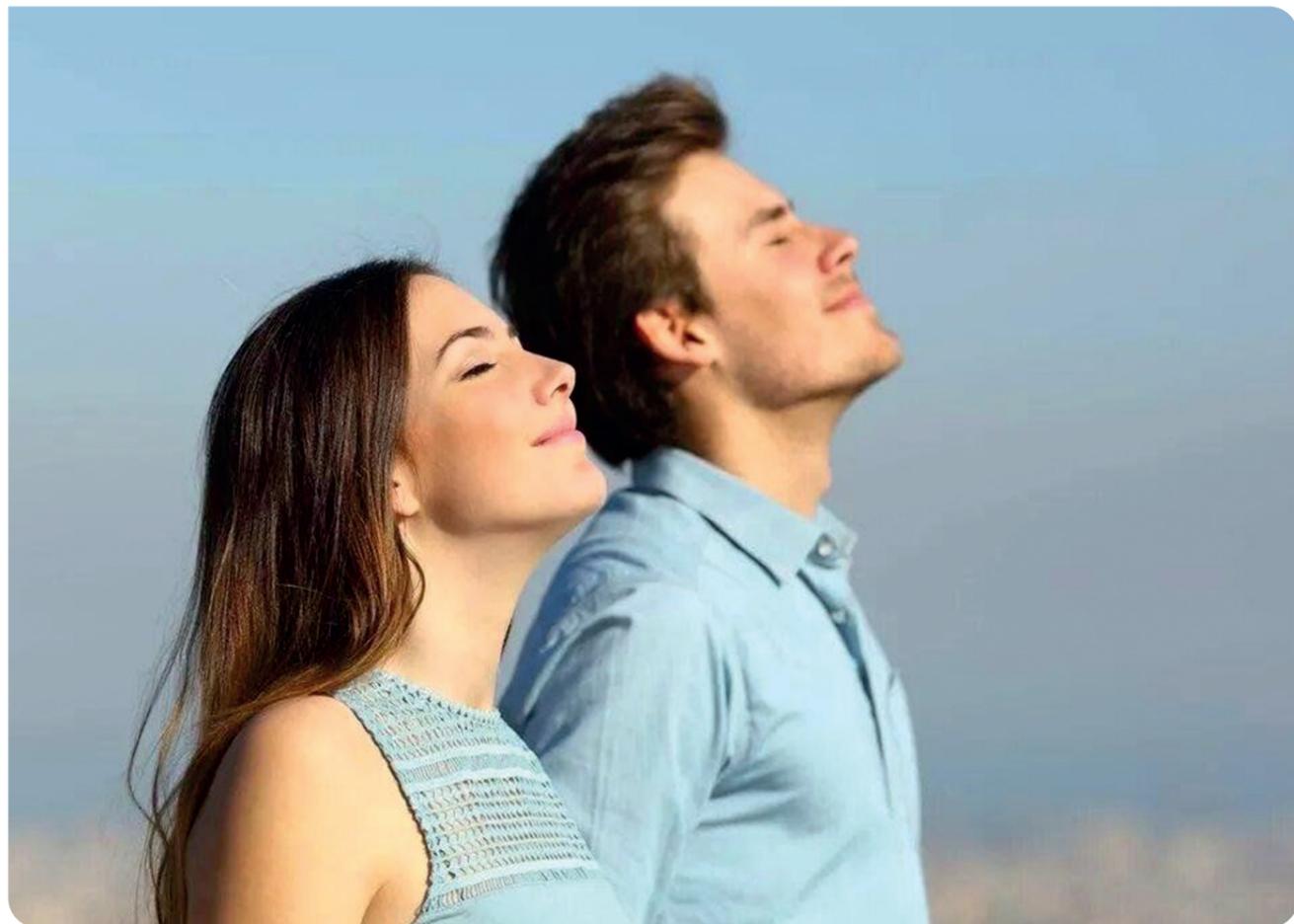
Сейчас я постоянно работаю с отделением головы и шеи, но могу встать и на торакальные или абдоминальные

Важные мысли о профессии

– Во время операции всегда ловлю себя на мысли, что мне бы хотелось провести ее наиболее щадящим способом. Конечно, это только мои мысли, а решение всегда принимает хирург. При этом я понимаю, какой большой шаг сделала хирургия за почти четыре десятилетия, в течение которых я нахожусь в профессии. Прекрасно, что онкохирургия развивается – мы видим, что пациент после удаления

опухоли испытывает колоссальное облегчение, а дальнейшая современная терапия позволяет человеку с онкологией прожить не один десяток лет. Прекрасно, что есть грамотные хирурги, которые сохраняют пациентам органы и их функции, внешность и качество жизни в целом. Я сама недавно испытала на себе возможности наших хирургов и хочу сказать, что они большие молодцы.

Пятое чувство



До пандемии коронавируса мировое общество, пожалуй, не сталкивалось с масштабной потерей способности чувствовать и различать запахи. Ее последствия дают о себе

знать спустя время. Сегодня потерей обоняния, или, говоря медицинским языком, anosmia, страдают около 5% жителей планеты. По официальным данным, частота возникновения этой патологии увеличивается с возрастом: так, почти у 70% пациентов старше 80 лет происходит полная потеря способности чувствовать запах. Кроме того, гипосмия (ухудшение обоняния) встречается почти у 20% населения всех возрастов. Что представляет собой anosmia и как врачи помогают решить эту проблему – расскажет директор Института клинической медицины, зав. кафедрой оториноларингологии с курсом ДПО АГМУ, д. м. н., профессор, заслуженный работник высшей школы Елена Хрусталева.



Утрата чувствительности

– Елена Викторовна, что представляет собой anosmia?

– Обоняние – одно из пяти основных чувств, которые помогают нам ориентироваться в мире. Anosmia – это полная потеря обоняния (anosmia; греческий, отрицательная приставка an- и osmē – обоняние). Такое расстройство обоняния описывается еще в древних текстах, таких как «Египетский папирус Эберса» и «Гиппократовы тексты».

По данным статистики, у 3–5% населения выявляют те или иные нарушения обоняния, в том числе anosmia. Причем у людей пожилого возраста проблемы с обонянием более выражены, что связано как со старением рецепторного обонятель-

Цитата

– Обоняние предупреждает человека о различных опасностях. Люди с обонятельными нарушениями нередко страдают от симптомов депрессии.

ного аппарата, который находится в верхних отделах полости носа, так и с изменением корковых центров обонятельного анализатора, которые заложены в головном мозге.

– Каков механизм ее возникновения?

– Anosmia может быть следствием врожденного недоразвития черепно-лицевого скелета. Выделяют также нарушение обонятельной функции в виде гипосмии, когда обонятельная функция частично сохранена. Причинами anosmia и гипосмии могут быть нарушения в полости носа на фоне респираторных инфекций, аллергических заболеваний, заболеваний головного мозга, новообразований, неврологических заболеваний, травм и др.

У многих пациентов с длительным стажем курения искажается восприятие запахов, вплоть до полной его утраты. Табачный дым снижает чув-

ствительность назальных рецепторов, приводит к изменению поверхности эпителия и слизистых оболочек.

– На что влияет потеря обоняния?

– Часто потеря обоняния сопровождается утратой вкусовой чувствительности и вызывает как временный психоэмоциональный дискомфорт, так и чрезвычайно опасные для жизни последствия, вследствие того, что обоняние предупреждает человека об опасностях – пожаре, утечке бытового газа в жилом помещении или же о некачественной пище. Известно, что функция обоняния влияет на качество жизни. Примечательно, что люди с обонятельными нарушениями нередко страдают от симптомов депрессии.

– Елена Викторовна, кто находится в группе риска?

– Обонятельный нерв, берущий начало в полости носа, – единственный черепно-мозговой нерв, который непосредственно контактирует с внешней средой и постоянно подвергается воздействию инфекций, токсинов, загрязняющих веществ, пыли, циркулирующих в воздухе. В связи с этим в группе риска находятся люди, чья специальность связана с профессиональными вредностями, работой в запыленных, загазованных помещениях, с кислотами, щелочами, другими химическими веществами, древесной пылью и др.

Тренировка рецепторов

– До сих пор после пандемии COVID-19 у людей есть проблемы с обонянием. Чем это обусловлено?

– По данным статистики, у 70–80% пациентов, заболевших ковидом, выявляли anosmia или гипосмию. У четверти заболевших такие проявления были единственным симптомом заболевания. Зачастую подобные симптомы беспокоят людей, перенесших ковид, длительное время. Здесь следует сказать о причинах нарушения обоняния при коронавирусной инфекции.

Согласно исследованиям, существует несколько основных факторов, способствующих расстройству обоняния. Во-первых, это отечность



Интересные факты

➤ Потеря обоняния (anosmia) чаще встречается у мужчин, чем у женщин. Риск anosmia увеличивается с возрастом. Считается, что способность ощущать запахи достигает своего пика в возрасте от 30 до 60 лет. Затем происходит постепенное угасание этой функции. Частичная потеря обоняния характерна для людей старше 65 лет.

➤ Anosmia и вкус связаны между собой. Люди, которые теряют обоняние, больше не могут чувствовать вкус. Это происходит потому, что еда пробуется по запаху, текстуре и температуре.

➤ В некоторых случаях потеря обоняния может быть полной (anosmia), в других наблюдается только частичная его потеря (гипосмия). Когда происходит частичная потеря обоняния, оставшиеся запахи искажаются. Любимые продукты и ароматы начинают пахнуть «не так, как раньше» (паросмия), либо же люди чувствуют запах, которого нет (фантосмия). Искаженные запахи чаще всего неприятные и напоминают что-то «затхлое», «мусорное», «болотное» или «химическое». Мозгу сложно воспринять запах, который не похож ни на что, испытываемое ранее.

Продолжение на стр. 24 ➤➤

«Продолжение. Начало на стр. 22-23»

слизистой оболочки обонятельной зоны в полости носа, нарушение работы ее микрокапилляров. Во-вторых, повреждение обонятельного анализатора, как рецепторного его аппарата, так и внутричерепных структур. Как правило, потерянное вследствие этой инфекции обоняние у большинства людей восстанавливалось через несколько дней или недель. У части пациентов период восстановления растягивался на месяцы. Тем не менее у 90% перенесших ковид больных обонятельная функция восстановилась.

— **Как можно помочь вернуть обоняние тем, у кого процесс затянулся?**

— Если после перенесенной коронавирусной инфекции у человека не исчезли проблемы с обонянием, то ему необходима консультация таких врачей, как отоларинголог и невролог, которые после осмотра направят пациента на дополнительное обследование, чтобы определить причину нарушений, и назначат лечение.

Медикаментозное лечение, как правило, включает в себя терапию, направленную на улучшение работы обонятельного нейрорецепторного аппарата.

Кроме того, пациент по рекомендации врача может дома выполнять тренировку обонятельного аппарата путем так называемого «обонятельного тренинга», когда по очереди больной вдыхает различные эфирные масла, тем самым тренирует и восстанавливает нейронные связи обонятельной системы.

Необходимо регулярно (от 2 до 8 и более раз в день) вдыхать носом ароматические пахучие вещества.

Важно помнить, что решение по использованию каких-либо средств нельзя принимать самостоятельно, необходимо прежде проконсультироваться с врачом.

Подготовила
Ирина Савина

Опасные консервы



Зима на исходе, и хозяйки, заготовившие впрок консервацию разного вида, активно достают запасы, чтобы опустошить полки к теплоте сезону. Консервация продуктов – древняя традиция в нашей стране.

В банки закатывают овощи, грибы, а иногда даже мясо и рыбу. Это простой способ сохранить их на долгий срок.

Вместе с тем именно домашние заготовки чаще всего становятся причиной ботулизма – острого инфекционного заболевания. Сотрудники алтайского отделения Роспотребнадзора рассказали о мерах профилактики во избежание отравления токсинами бактерий.

От пользы до опасности – один шаг

Ботулизм вызывает бактерия Clostridium botulinum, которая живет только при отсутствии доступа кислорода. При этом ни внешний вид, ни вкус, ни запах пищи не изменяется. Вздутия банок также может не быть. «Соления, мочения и квашения считаются традиционными способами заготавливать впрок овощи, фрукты, ягоды и грибы. Эти способы консервации лучше как с точки зрения вкуса заготовок, так и в плане пользы для организма, поскольку молочная кислота способна подавлять размножение вредных микроорганизмов в кишечнике и укреплять иммунитет. Однако не стоит потреблять заготовки в больших количествах, так как в них достаточно много соли», – отмечают представители краевой службы Роспотребнадзора.

В консервации соль берет на себя задачу подавления роста посторонних бактерий. Но, как и с другими приправами, здесь нужно соблюдать меру. Неумеренное количество соли при консервации угнетает процесс броже-

ния, в то время как при нормальном содержании соль подавляет жизнедеятельность посторонней микрофлоры и создает условия для развития молочнокислых бактерий.

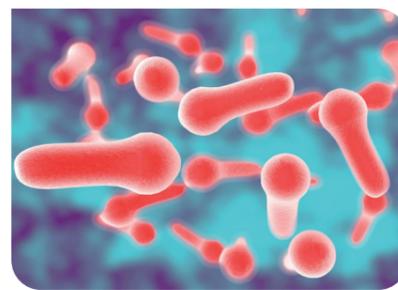
К выбору соли для заготовок нужно относиться внимательно. Лучше не уменьшать количество соли, указанное в рецепте, поскольку это может быть небезопасно, подчеркивают специалисты.

При приготовлении консервации необходимо помнить, что именно домашние заготовки чаще всего бывают причиной смертельно опасного заболевания – ботулизма.

Как было сказано выше, возбудитель болезни активизируется при отсутствии доступа кислорода. Поэтому ботулизмом часто заболевают после употребления герметично закрытых консервов, солений и копчений домашнего производства, где в толщу продукта не проникает воздух, создавая благоприятные условия для размножения микробов.

На заметку

Микробы ботулизма широко распространены в природе и в окружающей среде в виде спор, которые длительное время сохраняются во внешней среде, устойчивы к замораживанию и высушиванию. Попадая на фрукты и овощи, пищевые продукты, корм для скота или в кишечник организма (например, рыб), споры при отсутствии кислорода прорастают в вегетативную форму и образуют токсин.



Бактерия Clostridium botulinum устойчива к высоким температурам и может выдерживать кипячение в течение 2-5 часов. Однако кипячение может разрушить токсин, если он уже образовался в консервах. Разрушается токсин при температуре 80 градусов за 30 минут, при температуре 100 градусов – за 10 минут.

Заболевание развивается в течение от нескольких часов до 5 суток, и его начало, как правило, острое. Пациенты предъявляют жалобы на боль в животе, тошноту, рвоту, нарушение стула, затем развивается мете-

Это важно!

Правила выбора готовых консервированных продуктов, приобретаемых в магазинах

➤ Приобретайте консервы только в санкционированных местах торговли. Не рекомендуется покупать подобные товары у случайных лиц, на рынках или на трассе.

➤ Внимательно осматривайте товар. Не берите вздувшиеся банки, банки, имеющие повреждения (мятые, поцарапанные) или следы ржавчины.

➤ Отдавайте предпочтение плотно набитым консервам. В стеклянной банке сразу видно соотношение продукта и жидкости. Если берете непрозрачную тару, сначала встряхните ее.

➤ Обратите внимание на дату изготовления и срок годности продукта. Лучше, когда сезонные продукты законсервированы в период сбора урожая.

➤ Не ешьте консервы, если после вскрытия банки на ее внутренних стенках вы обнаружили ржавчину или темные пятна.

оризм, появляются запоры, чувство распирания в животе. Также часты жалобы на головные боли и общее недомогание. Температура тела, как правило, нормальная, реже наблюдается повышение температуры до 37–38°C.

На фоне этих нарушений на первый план выходит неврологическая симптоматика, пациенты жалуются на сухость во рту, слабость в мышцах, нарушение зрения (невозможность рассмотреть предметы, находящиеся вблизи). Ботулизм опасен тем, что поражается центральная нервная система, и при несвоевременном обращении к врачам заболевание может закончиться фатально. К счастью, ботулизм встречается нечасто. В случае если после употребления консервированных продуктов вы почувствовали симптомы недомогания, немедленно обратитесь к врачу.

Продолжение на стр. 26 ➤➤

«Продолжение. Начало на стр. 24-25



Правила безопасности

Чтобы защитить себя и близких, специалисты регионального Роспотребнадзора призывают соблюдать следующие правила.

1. Для консервации выбирайте только свежие фрукты и овощи. Использовать лежалые и испорченные плоды нельзя.

2. Тщательно промывайте продукты перед консервацией.

3. Не готовьте в домашних условиях в герметично закрытых банках консервы из грибов, мяса, рыбы, моркови, свеклы, портулака и укропа. Эти продукты трудно отмыть от мелких частичек почвы и спор возбудителей ботулизма.

4. Помните, что во время консервации чистым должно быть все, включая рабочее место, руки и используемый инвентарь. Тщательно промывайте банки – для этого можно использовать соду, также желательна губка.

5. В процессе подготовки к консервации отсортировывайте ягоды, фрукты, овощи по размеру и степени зрелости. Приблизительно одинаковые плоды провариваются равномерно, а

это значит, что будет ниже риск порчи продукта.

6. Внимательно осматривайте стеклянные банки перед использованием, чтобы выявить в стекле возможные воздушные пузырьки, раковины, внутренние трещины. Проверьте целостность горловины. Поврежденные банки использовать нельзя – они не выдержат режима термической обработки или их невозможно будет плотно закрыть.

7. Осторожно стерилизуйте банки. Как правило, они изготавливаются из стекла не очень высокой термостойкости, поэтому при резкой смене температуры могут лопнуть. Чтобы этого не случилось, холодные банки погружайте в горячую воду постепенно, нагревая их сначала на пару. Есть и другие способы стерилизации – например, в духовке или микроволновке.

Не забывайте стерилизовать крышки. Банки и крышки необходимо кипятить не менее 30 минут.

8. Используйте не менее 10 г соли на 100 г продукта.

9. Воду для консервации лучше предварительно отфильтровать.

10. Закрывайте банку быстро и надежно. Затем проверьте герметич-

ность, перевернув банку. Если ничего не капает, значит все в порядке.

11. Хранить заготовки следует в темном, сухом, прохладном месте. В идеале это погреб, но для городских жителей более реальные места хранения – холодильник, шкаф на балконе или кладовка (если там не жарко).

12. Вздувшиеся банки следует немедленно выбрасывать. Также нельзя есть продукт, если вы видите помутнение рассола или плесень.

13. Перед употреблением в пищу консервы необходимо прокипятить в течение 15–20 минут. Кипячение, проваривание, прожаривание пищевых продуктов и любых консервов перед тем, как подавать их на стол, – основная мера профилактики не только ботулизма, но и других кишечных заболеваний и пищевых отравлений.

14. К ботулиническому токсину особенно чувствительны дети. Им можно давать консервы домашнего приготовления только после предварительной тепловой обработки.

15. Соблюдайте общепринятую технологию приготовления: не уменьшайте количество соли, уксуса и не сокращайте время тепловой обработки.

Подготовила Ирина Савина
по материалам службы
Роспотребнадзора



ТОП-5 самых полезных для кишечника кисломолочных продуктов



Их называют практически идеальной пищей для человека.

Материнское молоко или близкие к нему молочные смеси — единственная пища, которую в младенчестве может усвоить наш организм. Со временем рацион меняется, но молоко остается ценной и важной пищей. Оно содержит все необходимое для поддержания жизни и здоровья, богато витамином D, кальцием, антиоксидантами и пробиотиками.

К сожалению, иногда в кишечнике не хватает фермента, расщепляющего молочный сахар (лактозу). Молоко плохо усваивается, и люди стараются его меньше есть.

У кисломолочных продуктов нет такого недостатка! Помимо расщепления лактозы они поддерживают естественную микрофлору кишечника, борются с болезнетворными микробами, помогают усваивать микроэлементы из пищи, участвуют в синтезе витаминов и аминокислот, повышают

иммунитет. Самое главное — продукты содержат белок, из которого строятся мышцы, и кальций, укрепляющий кости.

Помимо кальция, в кисломолочных продуктах много необходимого организму калия и мало натрия, избыток которого может быть опасным для организма.

К примеру, в йогуртах из пастеризованного молока содержится больше витаминов, чем в самом пастеризованном молоке. Так происходит с

витаминами группы B. Уже известно, что в йогурте больше витамина B9 (фолиевой кислоты), чем даже в свежем молоке!

Главный врач Краевого центра общественного здоровья и медицинской профилактики, врач-диетолог Татьяна Репкина назвала пять кисломолочных продуктов, которые точно будут полезны для кишечника.

1. Йогурт

Он содержит кальций, витамины D, B12, цинк, фосфор и магний. Кроме того, ежедневный приём пробиотического йогурта связан с понижением уровня C-реактивного белка маркера воспаления.

2. Культивированная пахта

Напиток получается в результате ферментации обезжиренного молока с культурами бактерий и полезен для пищеварительного тракта и поддержания иммунитета.

3. Кефир

Один стакан кефира обеспечивает 16% дневной нормы витамина D, почти 50% дневной нормы витамина A, дефицит которого может существенно сказаться на иммунитете.

4. Творог

Он доставляет пробиотики в кишечник, способствуя росту полезных бактерий.

5. Выдержанный сыр

Такие сыры, как чеддер, пармезан и гауда, полезны для здоровья пищеварительной системы, если их термически не обрабатывать. Но их стоит есть в умеренном количестве, поскольку в них много калорий и соли.

Продолжение на стр. 28 >>

«Продолжение. Начало на стр. 27»

Кому особенно полезны кисломолочные продукты?

Наиболее полезны кисломолочные продукты детям всех возрастов, особенно находившимся на искусственном вскармливании. Дети, которые регулярно пьют кефир или йогурт, реже болеют инфекционными заболеваниями, реже простужаются или страдают от аллергии.

Необходимы кисломолочные продукты и при дисбактериозе, склонности к диареем – молочнокислые организмы вытесняют из кишечника вредные гнилостные бактерии.

У женщин, регулярно пьющих «живой» йогурт, реже возникают и быстрее излечиваются кандидозные вагиниты. Некоторые молочнокислые культуры могут помочь даже в профилактике рака. Сейчас разрабатываются молочные продукты с активными ферментами, которые смогут разрушать в кишечнике канцерогенные вещества (нитрозосоединения).



Источник: medprofaltay.ru

Как их употреблять?

1. Пробиотические продукты недостаточно пить от случая к случаю (эффект наступает через 2-3 недели, скорость зависит от типа молочнокислых организмов: продукты с бифидобактериями действуют быстрее, а с лактобациллами – медленнее).
2. Не запивайте ими пищу – принимайте на ночь или спустя не менее двух часов после еды.

Как сохранить полезные свойства?

Бифидобактерии живут 4–7 дней и только в холоде. Продукты, которые можно хранить дольше и при любой температуре, не такие полезные.

- Чтобы кисломолочные продукты пошли на пользу, покупайте их в магазине или отделах с надежным торговым оборудованием – там могут гарантировать, что продукт перевезли и хранили правильно, не оставляя надолго в тепле;
- внимательно изучайте этикетку – состав продукта, дату выработки, срок годности – и не стесняйтесь обращаться с вопросами к работникам магазина;
- храните молочные продукты в холодильнике при температуре, указанной на этикетке (как правило, это не выше +6 градусов);
- вскрытый продукт употребляйте не позднее 12 часов его хранения в холодильнике;
- если нет условий для хранения продуктов при указанной температуре, ешьте продукт сразу же, не оставляя про запас.

Важно знать!

Молочные продукты могут способствовать воспалению у людей с аллергией на белок коровьего молока, а также с непереносимостью лактозы или с проблемами пищеварения.

Грипп



Грипп – острая инфекционная болезнь с аэрозольным механизмом передачи возбудителя, характеризующаяся массовым распространением, кратковременной лихорадкой, интоксикацией и поражением респираторного тракта. Пик заболеваемости приходится на осенне-зимний период. Восприимчивость к вирусу гриппа всеобщая. В течение жизни человек многократно встречается с вирусами гриппа, что не исключает восприимчивость к появляющимся новым штаммам.

Возбудителями являются вирусы гриппа типа А, В, С разных подтипов. Вирусы гриппа А широко распространены в природе среди разных видов птиц и млекопитающих. Все известные пандемии гриппа А с антигенными формулами А/Н1N1, А/Н2N2 и А/Н3N2. Заболевание, вызываемые вирусами гриппа типов В и С, встречаются только в популяции людей. Вирусы гриппа В не вызывают пандемии, но являются возбудителями крупных вспышек и эпидемий. Грипп С не приводит к эпидемическим вспышкам, заболевания носят спорадический характер.

Источником гриппозной инфекции является больной человек со стертыми или явными формами болезни. Основные пути передачи – воздушно-капельный и воздушно-пылевой, менее значим контактно-бытовой путь. Максимально заразным человек является в первые дни заболевания, когда вирус с каплями слюны во время чихания и кашля начинает выделяться во внешнюю среду.

Осложнения гриппа: пневмония, отиты, синуситы, тонзиллиты, пиелонефрит, пиелостит, реже – дисцефальный синдром, менингоэнцефалит, астеновегетативный синдром, острая сердечно-сосудистая недостаточность, отек легких, отек головного мозга, геморрагический синдром. На тяжесть течения и исход болезни оказывают влияние имеющиеся хронические заболевания и нейроэндокринные нарушения.

Основные симптомы

Инкубационный период составляет от 10–12 часов до 7 суток, вслед за ним развиваются признаки заболевания. Клиника сезонного гриппа в типичных случаях характеризуется внезапным острым началом, выраженными симптомами интоксикации с первых же часов (озноб, головная боль, головокружение, боль при движении глазных яблок, нарастающая слабость, боли в суставах, мышцах, потеря аппетита), лихорадкой. Температура может повышаться в диапазоне от субфебрильной до гипертермического уровня в течение нескольких часов, достигая максимума к концу первых суток заболевания. Длительность лихорадочного периода – 2–5 суток, редко – до 6–7 суток, а затем температура постепенно снижается.

Головная боль – основной признак интоксикации и один из первых симптомов заболевания. Она обычно локализована в лобной части, особенно в области надбровных дуг, иногда носит ретроорбитальный характер. У пожилых людей головная боль часто диффузная. Выраженность ее варьируется, но в большинстве случаев умеренная. Сильная головная боль в сочетании с бессонницей, галлюцинациями, многократной рвотой возникает у больных с тяжелым течением заболевания, нередко сопровождаясь менингеальным синдромом. У взрослых, в отличие от детей, судорожный синдром развивается редко. При осмотре отмечаются покраснение кожи и одутловатость лица, склерит, конъюнктивит; возможен цианоз губ. Геморрагический синдром проявляется в виде носовых кровотечений (иногда

обильных, повторных, продолжительных), появления петехий на коже и слизистых оболочках.

При типичном течении сезонного гриппа катаральный синдром присоединяется через несколько часов/суток, проявляется, прежде всего, трахеитом (заложенность, саднение за грудиной, сухой кашель) и ринитом (как правило, без ринореи). Катаральный синдром уступает по выраженности синдрому интоксикации. Длительность проявления катарального синдрома – 7–10 суток, дольше всего сохраняется кашель.

Диагностика

Диагностика гриппа у взрослых производится путем сбора эпидемиологического и клинического анамнеза, клинического осмотра, лабораторных и специальных методов обследования, в том числе направленных на определение заболевания, тяжести состояния, выявления осложнений и показаний к лечению.

В период эпидемических подъемов заболеваемости гриппом окончательный диагноз «грипп» может быть установлен как на основании лабораторного подтверждения, так и на основании клинических и эпидемиологических данных.

Лечение

Сроки начала лечения больных с предполагаемым или вероятным случаем гриппа не зависят от отсутствия или задержки получения результата диагностического тестирования на грипп. Диагностическое тестирование на грипп ни в коем случае не должно задерживать начало лечения противовирусными препаратами и выполнения процедур по борьбе с инфекцией.

После манифестации болезни всем пациентам с симптомами гриппа для прекращения репликации вируса рекомендуется начать лечение препаратом с прямым противовирусным действием не позднее 48 часов. Лечение необходимо начинать немедленно, не дожидаясь лабораторного подтверждения диагноза, независимо от сведений о вакцинации против грип-

па и степени тяжести болезни. Наилучший лечебный эффект достигается в случаях начала применения противовирусных препаратов в первые 12 часов от начала болезни. Назначение лекарственных препаратов, включая симптоматические средства, следует согласовывать с лечащим врачом.

Когда следует обратиться к врачу?

К врачу следует обратиться сразу, как только появились симптомы заболевания. Грипп не такое безобидное заболевание, как кажется на первый взгляд. Поэтому при симптомах гриппа важно не заниматься самолечением, а обратиться к врачу и выполнять все его назначения. Тогда с большой вероятностью заболевание пройдет без осложнений.

Профилактика заболевания и его тяжелого течения

- Вакцинироваться против гриппа и других респираторных инфекций;
- мыть руки как можно чаще, рекомендуется использование дезинфицирующих салфеток или кожного антисептика;
- избегать контакта с лицом, особенно носом, ртом и глазами, грязными и даже чистыми руками, а также другими объектами;
- при кашле, чихании прикрывать рот и нос одноразовыми салфетками, которые после использования нужно выбрасывать;
- сократить время пребывания в местах массового скопления людей и в общественном транспорте;
- избегать контактов с лицами, имеющими признаки заболевания;
- носить медицинскую маску (необходимо менять каждые 4 часа);
- осуществлять влажную уборку в помещениях несколько раз в день, обеспечить проветривание и увлажнение воздуха;
- вести здоровый образ жизни (полноценный сон, сбалансированное питание, физическая активность, исключение курения любого вида и употребления алкогольных напитков).

Источник: takzdorovo.ru

Движение для мужского здоровья



Малоподвижный образ жизни лишает мужчин не только стройности, но и мужественности. Как? Объясняют специалисты.

Ученые уже давно бьют тревогу: мир лишается настоящих мужчин. И не только потому, что неумолимая статистика говорит, что их век короче женского в среднем на 10 лет. А потому, что мужчины совсем перестали двигаться.

Минус тестостерон

Малоподвижный образ жизни приводит к избыточному весу — это уже аксиома. А вот то, что при повышении массы тела у мужчин резко падает уровень гормона тестостерона, ученые выяснили недавно.

Тестостерон — основной мужской гормон, участвующий в формировании вторичных половых признаков и даже «мужского» поведения. Как оказалось, падение его уровня наблюдается у 40 процентов тучных представителей сильного пола. По мнению **Дмитрия Пушкаря**, главного специалиста уролога Минздравсоцразвития России, обхват талии более 100 сантиметров для мужчины опасен. «Во-первых, за счет ухудшения тазового кровообращения, — говорит Пушкарь, — а во-вторых, за счет того, что подкожный жир оттягивает на себя тестосте-

рон». Нарушение кровообращения в тазу у мужчин приводит не только к уменьшению выработки тестостерона, но и к снижению потенции. Французские ученые выяснили, что проблемы с эрекцией у толстяков наблюдаются в 2,5 раза чаще, чем у людей с нормальным весом.

Плюс тестостерон

Для того чтобы мужчине остаться мужчиной на долгие годы, у специалистов есть только одна рекомендация — двигаться. «Почему движение полезно для мужчин? — замечает Пушкарь. — Движение — это улучшение кровообращения органов таза, улучшение функции надпочечников и функции тазовых органов, а также профилактики аденомы простаты». С ним согласен и **Олег Тактаров**, чемпион мира по боям без правил: «Хорошо этот гормон выделяется, когда человек делает «чуть-чуть больше, чем обычно»: дает себе спортивную нагрузку, работает с тяжелыми весами, начинает бегать».

Как надо двигаться?

Специалисты рекомендуют современному мужчине как минимум три раза в неделю «снимать мокрую майку» — то есть регулярно давать себе кардионагрузки: бег, быструю ходьбу,

езду на велосипеде или лыжах. «Я даже готов описать параметры нагрузки, — говорит Пушкарь. — Движение со скоростью 7,5 километров в час в течение 45 минут, не меньше». Тактаров тоже считает, что без кардиотренировок мужское здоровье сохранить невозможно. Даже если мужчина решил заняться силовыми тренировками, про сердечно-сосудистую систему забывать не стоит — от ее тренированности зависят и самочувствие, и прилив энергии, и уровень тестостерона. «В США я неоднократно наблюдал обыкновенных менеджеров, которые приходили в спортивные залы. Они разминаются минут 10–15, после этого проходят курс работы с весами и заканчивают либо баскетболом, либо футболом, либо бегом по дорожке, — рассказывает Тактаров. — Посмотрите на этих людей за пределами спортзала — энергия безостановочна и хлещет через край».

Где двигаться?

Двигаться главный уролог Минздрава рекомендует по возможности на открытом воздухе. Ведь чем активнее кровь насыщается кислородом, тем лучше кровообращение во всем организме и в органах малого таза в том числе. «Но часто приходится слышать, что занятия спортом в жаркий или морозный день очень вредны для мужского здоровья, — замечает Пушкарь. — Первый якобы грозит перегревом паховой зоны, а второй — переохлаждением». По его мнению, если речь не идет об ожогах и обморожениях, никакой опасности нет. Разумеется, нужно придерживаться правил гигиены и регулярно менять белье — но это и так знают все взрослые люди.

О чем надо помнить

Малоподвижный образ жизни приводит не только к лишнему весу, но и к снижению выработки тестостерона — главного мужского гормона, отвечающего за потенцию и хорошее самочувствие. Для того чтобы сохранить мужское здоровье, отлично подойдут кардионагрузки на свежем воздухе.

Источник: takzdorovo.ru

Хочу выразить свою благодарность за профессионализм и доброе отношение терапевту КГБУЗ «Центральная городская больница, г. Бийск» **Юрию Алексеевичу Ботьякину!** Доктор внимательно выслушал жалобы, направил на сдачу необходимых анализов, после подобрал грамотное лечение. Благодарю Вас за профессиональный подход к пациентам и оказанную помощь! Желаю Вам крепкого здоровья и всех благ!

Жанна Николаевна Заяц

В КГБУЗ «Городская больница № 1, г. Рубцовск» моей маме была сделана операция. Выражаем огромную благодарность талантливому хирургу, Врачу с большой буквы **Василию Васильевичу Русских.** Высокопрофессионально проведенная сложная операция дает шансы на дальнейшую жизнь. Василий Васильевич большой души человек, чуткий, добрый, отзывчивый. Профессионал своего дела, который не пасует даже в самых трудных случаях. Хотелось пожелать доктору, его семье и близким дальнейшего процветания, крепкого здоровья, всех благ. Низкий поклон доктору, храни Вас Бог!

Наталья Александровна Маркеева

Я проходила реабилитацию в КГБУЗ «Алтайский врачебно-физкультурный диспансер» и очень признательна докторам, внимательным, отзывчивым. Очень им благодарна за их работу, за их отношение к людям. Спасибо большое медсестре физиокабинета **Светлане Анатольевне Прохоровой**, инструктору по ЛФК **Наталье Анатольевне Ерохиной** и моему лечащему врачу **Елене Ивановне Воранковой** за участие и хорошее отношение. Спасибо им большое!

Ольга Васильевна Зубарева

Личное отношение врачей к лечению и реабилитации больных трудно переоценить. И болезнь отступает, и восстановление происходит быстрее. Это всегда находит отклик в сердцах благодарных пациентов. Об этом наша рубрика «Спасибо, доктор!».

Хочу выразить огромную благодарность врачу КГБУЗ «Консультативно-диагностический центр Алтайского края» **Татьяне Михайловне Маряшиной.** Все подробно объяснила и рассказала! Спасибо Вам!

Василий Александрович Одиноких

Хочу выразить искреннюю благодарность нашему замечательному педиатру КГБУЗ «Детская городская поликлиника № 9, г. Барнаул» **Наталье Эдуардовне Звездновой!** Вы всегда проявляете высокий профессионализм, чуткость и внимание к каждому маленькому пациенту. Ваш подход к детям вызывает доверие и спокойствие у родителей. Благодаря Вам наши дети получают качественную медицинскую помощь и всегда чувствуют себя комфортно на приеме.

Отдельное спасибо за Ваши подробные объяснения, рекомендации и готовность ответить на все вопросы. Это очень важно для нас, особенно когда речь идет о здоровье наших детей. Мы знаем, что можем полностью довериться Вашему опыту и знаниям.

Желаем Вам дальнейших успехов в Вашей благородной профессии и крепкого здоровья! Спасибо за Ваш труд и заботу о наших детях!

Евгения Сергеевна Трусова

Хочу объявить благодарность за профессионализм, внимательность, неравнодушное и чуткое отношение к пациентам, за любовь и преданность профессии терапевту КГБУЗ «Консультативно-диагностический центр Алтайского края» **Карине Сергеевне Карасевой.** Человек с добрым сердцем! Ее индивидуальный и квалифицированный подход к каждому пациенту дает хорошие результаты. Помощь оказывается оперативно и профессионально. Хочу пожелать профессионального роста, удовлетворения от собственной работы, тепла и понимания в кругу семьи и крепкого здоровья!

Марина Ермиловна Бубенчикова

Хочу выразить огромную благодарность врачу-офтальмологу КГБУЗ «Алтайская краевая офтальмологическая больница» **Ирине Васильевне Крушинской!** Была на приеме по поводу ухудшения зрения (деструкция стекловидного тела при высокой степени миопии). Доктор очень внимательная — выслушала мои жалобы, провела тщательную диагностику, назначила лечение и подробно ответила на все мои вопросы. Очень рада, что попала на прием к такому внимательному и ответственному специалисту! Спасибо за Ваш профессиональный подход и чуткое отношение к пациентам! Желаю Вам профессионального роста, благополучия и крепкого здоровья!

Наталья Васильевна Кимайкина

Хочу поблагодарить врача-терапевта КГБУЗ «Михайловская ЦРБ» **Алену Сергеевну Пономареву** за ее внимание и чуткость к больным! А также спасибо всем медицинским сестрам терапевтического отделения, за их внимание и теплое отношение. Спасибо всем! Низкий поклон! Храни вас Господь!

Н. А. Сеницина

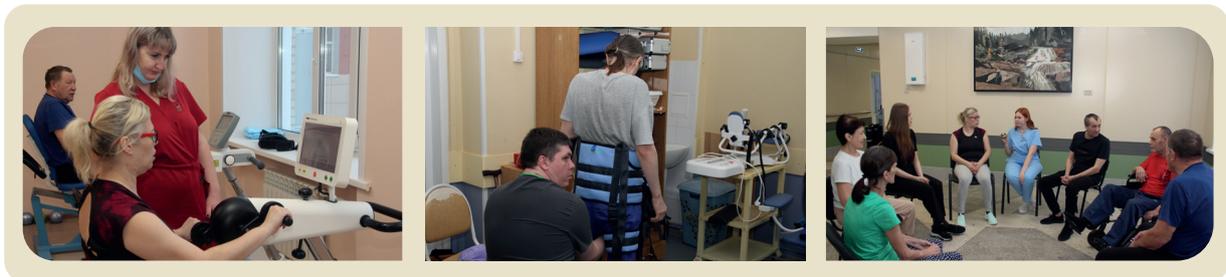


Реабилитационная помощь пациентам после инсульта стала доступнее

На данный момент в крае функционируют 14 реабилитационных отделений в больничных стационарах, 16 отделений в поликлиниках, 10 – в дневных стационарах, 1 – реабилитация на дому с использованием ТМК (телемедицинской консультации) в рамках пилотного проекта.

Благодаря прилагаемым усилиям объемы реабилитационной помощи населению стабильно растут: если в 2022 году во всех подразделениях, проводящих медицинскую реабилитацию, прошли курсы лечения 17680 человек, то в 2024 году – уже 25093 человека.

Информация и фото предоставлены пресс-службой Минздрава Алтайского края



В выпуске использованы фотографии с сайта zdravalt.ru, из архива редакции и открытых источников сети Интернет: culture.ru, altai.aif.ru, 2gis.ru, Pinterest, dzen.ru, rememory.by, pkgo.ru, nettabaku.ru, almed24.ru, onsalus.com