

Мы и ЗДОРОВЬЕ



№ 4 (742) 18 апреля 2023 г. | Издаётся с 17 июля 1994 г.



Источник фото: архив редакции

В бой идут одни «старики»

➤ Стр. 24-25

Спать, чтобы жить

➤ Стр. 8-10

Если не прошло, иди к врачу

➤ Стр. 15-17

В Бийске пациенткам наркодиспансера помогают вернуться к нормальной жизни

В рамках реализации специального проекта «Вызов» уполномоченный по правам ребенка в Алтайском крае Ольга Казанцева и советник Губернатора Алтайского края по вопросам профилактики социального сиротства и семейно-сберегающих технологий Наталья Румянцева побывали в Бийске в структурном подразделении Краевого наркологического диспансера.

На сегодняшний день в отделениях медучреждения по направлению органов социальной опеки медико-реабилитационные мероприятия проходят восемь женщин, злоупотребляющих психоактивными веществами. Эти пациентки – из семей, которые находятся в социально опасном

положении. Они имеют несовершеннолетних детей.

С женщинами занимается бригада специалистов: врачи психиатры-наркологи, психотерапевты, медицинские психологи, специалисты по социальной работе, социальные работники. Кроме медикаментозного лечения обязательна психологическая коррекция.

– Во время визита с пациентками были проведены как групповые, так и индивидуальные беседы, рассказано о мерах правовой и социальной поддержки. В рамках индивидуальной работы были рассмотрены два наиболее сложных случая матерей-одиночек с трудным материальным и бытовым положением, не употребля-

ющих алкоголь после медицинской реабилитации. Намечены пути их дальнейшего медико-социального сопровождения с целью сохранения семьи, – рассказали в наркодиспансере.

Для справки

Проект «Вызов» стратегической программы «Дети в семье» стартовал в России в 2024 году по инициативе уполномоченного при Президенте Российской Федерации по правам ребенка Марии Львовой-Беловой. Он реализуется в 14 регионах страны, в том числе в Алтайском крае.

Победители федерального спортивного состязания по фоновой ходьбе



Цель открытых межмуниципальных соревнований по проекту «Каждому муниципалитету – умный маршрут здоровья!» – создать условия для выбора и ведения здорового образа жизни жителями муниципалитетов, повышение двигательной ак-

тивности населения, формирование ЗОЖ. Суть в следующем – проводить командные соревнования по фоновой ходьбе, таким образом прививая людям привычку двигаться. Как определить самых сильных? С помощью мобильного приложения по подсчету шагов. Каждый участник в течение месяца ежедневно должен был проходить по 25 тысяч шагов.

В проекте приняли участие 290 команд из разных уголков страны. По уже сложившейся доброй традиции не остались в стороне и жители Мамонтовского района. Их дружная команда «Шаги жизни» наполовину состоит из медицинских работников.

Капитан команды, врач УЗД Карина Федотова говорит:

– Получить признание на федеральном уровне – это дорогого стоит. Это наша общая победа, которая делает команду еще более сплоченной. Наши специалисты своими действиями показывают, что движение – жизнь!

Напомним: в 2024 году команда Мамонтовского района в рамках Всероссийского спортивного марафона «Человек идущий» заняла почетное шестое место. Они приглашают в свой дружный коллектив новых людей, которые также выступают за активный образ жизни.

– Чат-бот создан в помощь горячей линии по вопросам льготного обеспечения и для возможности оперативно получить ответы на часто встречающиеся вопросы пациентов. Он должен значительно упростить взаимодействие власти и населения, позволяя быстро найти нужную информацию и получить актуальные ответы на вопросы, – рассказал министр здравоохранения Алтайского края Дмитрий Попов.

Какую информацию можно оперативно получить с помощью чат-бота:

- о программах льготы,
- о категориях граждан,
- о порядке получения,
- контакты аптек,
- о наличии препаратов.

Чат-бот для решения вопросов, касающихся льготного лекарственного обеспечения

В Алтайском крае впервые для удобства пациентов льготных категорий запустили чат-бот сети «Аптеки Алтая». Достаточно перейти по ссылке @Aral22_bot в Telegram, для того чтобы получить информацию о наличии препаратов в аптеках, задать вопрос и увидеть ответ в рабочее время.

Итоги работы эндокринологической службы Алтайского края



На базе Краевой клинической больницы состоялась научно-практическая конференция, посвященная итогам работы эндокринологической службы Алтайского края за 2024 год. С приветственным словом выступила главный врач Краевой клинической больницы Диана Рудакова.

Главный внештатный специалист-эндокринолог Министерства здравоохранения Алтайского края Алла Вигель открыла конференцию докладом, в котором подвела итоги работы эндокринологической службы региона за прошедший год. Особое внимание было уделено реализации федерального проекта «Борьба с сахарным диабетом» нацпроекта «Здравоохранение», а также роли цифровых технологий в управлении этим заболеванием.

В ходе конференции были рассмотрены различные аспекты, включая контроль гликемии, управление кардиоваскулярными рисками у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа, оптимизацию инсулинотерапии, метаболические нарушения, аутоиммунный сахарный диабет, липоатрофический диабет, роль триглицеридов в развитии сердечно-сосудистых за-

болеваний, артериальную гипертонию и многие другие важные темы.

Участники из разных городов России обсудили ключевые аспекты ведения пациентов с диабетом.

Кроме эндокринологов, на конференции также присутствовали кардиологи, что позволило охватить более широкий спектр вопросов, касающихся управления заболеваниями сердечно-сосудистой и эндокринной систем. Врачи различных специальностей смогли обменяться опытом и знаниями, что способствовало более комплексному подходу к лечению пациентов и повышению эффективности медицинской помощи. Участие кардиологов обогатило обсуждение и расширило горизонты конференции, сделав ее более информативной и практичной для всех участников.

Такие научные мероприятия играют важную роль в профессиональном росте врачей, обмене опытом и знанием с последними достижениями в медицине. Они способствуют повышению квалификации медицинских работников, ординаторов и студентов, улучшению качества медицинской помощи и стимулируют непрерывное развитие в этой сфере.

Высокими темпами идет строительство

В текущем году в рамках реализации программы «Модернизация первичного звена здравоохранения Алтайского края» в регионе будут открыты 27 ФАПов и три врачебные амбулатории. Общая стоимость по государственным контрактам – 576,3 млн рублей, в том числе порядка 300 млн рублей из федерального бюджета.

«Благодаря согласованной работе с главами муниципальных образований по выбору участков для строительства объектов и своевременному заключению контрактов с подрядными организациями работы по строительству ФАПов начались раньше обычного. В настоящее время уже в высокой степени готовности находятся шесть ФАПов», – министр здравоохранения Алтайского края сообщил Дмитрий Попов.

Например, в Рубцовском районе по 4 объектам отмечается высокий процент выполнения строительно-монтажных работ. Строительство ведет подрядная организация ООО «МильСтрой-Сибирика».

В с. Саратовка, пос. Новороссийском, с. Самарка, п. Куйбышево уже в июне планируют завершить строительные работы. Сейчас здания в среднем готовы более чем на 50%: закрыт контур объектов и начаты внутренние работы.

«Наши пациенты и медицинские работники с нетерпением ждут окончания строительства. В новых зданиях будут организованы зоны ожидания, появятся светлые кабинеты приема и процедурные. Также мы уже запланировали приобретение нового медицинского оборудования и мебели», – рассказала главный врач Рубцовской ЦРБ Ирина Уколова.



Разработан алгоритм оказания помощи



На базе Алтайского государственного медицинского университета в очно-заочном формате в рамках межсекторального взаимодействия состоялась научно-практическая конференция «Диабетическая стопа: клиника, диагностика, лечение, профилактика».

Мероприятие торжественно открыл заведующий кафедрой кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии АГМУ **Николай Хорев**.

Сегодня в Алтайском крае зарегистрировано около 106 тысяч больных сахарным диабетом. Синдром диабетической стопы – одно из наиболее грозных осложнений, которое без должной терапии может привести к ампутации конечности и, как следствие, к инвалидности.

О способах диагностики, лечения и профилактики синдрома в рамках конференции собравшимся напомнили эксперты алтайского здравоохранения. В мероприятии приняли участие более 80 специалистов: эндокринологи, хирурги, врачи-терапевты, сердечно-сосудистые хирурги, врачи смежных специальностей.

Перед участниками конференции выступили с докладами ведущие ученые профильного вуза и заведующие отделениями медицинских организаций, главный внештатный эндокринолог Минздрава Алтайского края **Алла Вигель** и главный внештатный специалист по медицинской профилактике Минздрава Алтайского края, главный врач КГБУЗ «Краевой Центр общественного здоровья и медицинской профилактики», заведующий кафедрой поликлинической терапии АГМУ **Татьяна Репкина**.

По словам Татьяны Репкиной, в нашем регионе сегодня разработан алгоритм оказания помощи пациентам с синдромом диабетической стопы. Но только использование междисциплинарного подхода, начиная с первичного амбулаторно-поликлинического звена и заканчивая высокотехнологичной помощью, сможет победить грозный недуг, повысить качество жизни больных сахарным диабетом.

Премия народного признания



В рамках итоговой коллегии Министерства здравоохранения Алтайского края прошло вручение премии народного признания «Спасибо, доктор!». Напомним, что лауреатами становятся медицинские организации, получившие за год наибольшее количество благодарностей в одноименной рубрике на официальном сайте министерства.

Всего в 2024 году получено 2214 благодарностей от пациентов.

Статуэтки по итогам 2024 года вручили Алтайскому краевому клиническому перинатальному центру «Дар», родильному дому № 2, детской городской больницы № 1 г. Барнаула, детской городской поликлинике № 9 г. Барнаула, городской поликлинике № 9 г. Барнаула, городской поликлинике № 10 г. Барнаула, клинко-диагностической поликлинике № 14 г. Барнаула, городской больнице № 8 г. Барнаула, Бийской центральной районной больнице, Благовещенской центральной районной больнице, Славгородской центральной районной больнице, станции скорой медицинской помощи г. Барнаула, Краевой клинической больницы скорой медицинской помощи, Краевой клинической больницы скорой медицинской помощи № 2, Краевой клинической больницы.



Итоги и планы



Участники итоговой коллегии Минздрава Алтайского края рассмотрели результаты деятельности системы здравоохранения за 2024 год. Перед руководителями медицинских организаций были поставлены задачи на 2025 год. В работе коллегии приняли участие представители Министерства здравоохранения региона, руководители медицинских организаций, эксперты в сфере здравоохранения, главы муниципальных образований.

В совещании принял участие Губернатор Алтайского края **Виктор Томенко**.

Министр здравоохранения Алтайского края **Дмитрий Попов** рассказал о результатах нацпроекта «Здравоохранение», отметив, что на его реализацию было направлено 43,3 млрд рублей:

- открыто семь центров амбулаторной онкологической помощи;
- создано четыре региональных сосудистых центра и восемь первичных сосудистых отделений;
- с 2019 года показатель младенческой смертности снизился в 1,5 раза. По итогам 2024 года край впервые имеет показатель

младенческой смертности 3,8 промилле;

- с 2019 по 2024 год построено 115 объектов здравоохранения;
- в 2024 году было построено 30 объектов, из них 23 ФАПа, семь врачебных амбулаторий;
- за 2024 год число врачей увеличилось на 138.

Большое внимание было уделено проектному управлению в отрасли. В 2024 году в медицинских организациях шла работа по разработке и внедрению девяти региональных проектов.

В 2025 году началась реализация еще 15 региональных проектов. Первые результаты представила заместитель министра здравоохранения **Наталья Белоцкая**. Она рассказала

о новых решениях при организации медицинской помощи жителям края.

Также в рамках коллегии были вручены правительственные и ведомственные награды.

Вторая часть коллегии была посвящена результатам работы по снижению социально значимых заболеваний.



Фоторепортаж на стр. 32 >>

Братство на крови

20 апреля в России отмечается национальный День донора. Алтайский краевой центр крови – единственное в регионе учреждение, которое занимается заготовкой донорской крови.

Студенты-доноры

Каждый год апрель становится месяцем проведения студенческой акции «Стань донором. Спаси жизнь!». Первые мероприятия в ее рамках состоялись 3–4 апреля в Рубцовске, затем эстафету подхватил Бийск. В Барнауле 21–23 апреля мобильный комплекс центра крови будет работать на площади Сахарова напротив «Титов-арены». Часы работы мобильного комплекса – с 8 до 12 часов. 29 апреля донорскую кровь будут принимать в Павловске в центральной районной больнице. Для сдачи крови приглашают студентов, при себе нужно иметь паспорт и СНИЛС.

Однако сдать кровь все желающие могут не только в дни акции, но и в любое другое время, обратившись в центр крови в Барнауле и в его филиалы в Бийске и Рубцовске. Доноры принимают ежедневно в рабочие дни с 8 до 12 часов. Для этого проводятся также «донорские субботы» и выездные «дни донора».



Почему важно сдавать кровь регулярно?

Регулярно сдающий донор – это донор, кровь которого наиболее безопасна, так как состояние его здоровья уже известно сотрудникам центра крови. Кровь нужна больным и пострадавшим круглый год. Поэтому очень важно развитие регулярного донорства. Именно это позволяет обеспечить потребности медицинских организаций и, соответственно, пациентов, которым эта кровь нужна.

Как подготовиться к донации?

Накануне и в день сдачи крови запрещено употреблять жирную, жареную, острую и копченую пищу, колбасные изделия, а также мясные, рыбные и молочные продукты, яйца и масло (в том числе растительное), шоколад, орехи, финики, авокадо, свеклу, бананы. Натощак сдавать кровь не нужно! Лучше пить сладкий чай с вареньем, соки, морсы, компоты, минеральную воду и есть хлеб, сухари, макароны на воде без масла, овощи и фрукты, кроме перечисленных выше.

За 48 часов до донации нельзя употреблять алкоголь, а за 72 часа –

Цифры и факты

13 758 почетных доноров в Алтайском крае – эти люди сдали свою кровь более 40 раз.

25 327 человек сдали кровь в регионе в 2024 году.

32 671 литр крови заготовил центр крови в прошлом году.

Треть всех доноров в крае – люди в возрасте до 30 лет.

принимать лекарства, содержащие аспирин и анальгетики.

За час до процедуры донации следует воздержаться от курения.

Лучше всего на кровопотерю организм реагирует в утренние часы. Поэтому чем раньше происходит донация, тем легче переносится эта процедура.

Не следует планировать донацию после ночного дежурства или бессонной ночи, а также на время перед экзаменами, соревнованиями, сдачей проекта, на время особенно интенсивного периода работы и т. п.

Новости

«Золотой стандарт» теперь и для детей



В Алтайском краевом клиническом центре охраны материнства и детства впервые провели операцию по удалению камня в почке путем его дробления у ребенка.

Эта высокотехнологичная операция была сделана 13-летнему пациенту из Рубцовска. Раньше ее проводили только взрослым.

В Алтайском крае мочекаменная болезнь – одно из самых распространенных заболеваний. Ежегодно в отделении урологии АККЦОМД проходят лечение до 60 детей с мочекаменной болезнью.

Перкутанная нефролитотрипсия – операция по удалению камней в почках, она является одним из самых эффективных методов лечения этого заболевания. Сейчас в лечении крупных и коралловидных камней почек перкутанная нефролитотрипсия стала «золотым стандартом», это наиболее малоинвазивный аналог открытой операции. Способ выполнения – подведение дробящей камень лазерной энергии через прокол кожи

в поясничной области в почку под УЗ-контролем, метод требует высокопрофессионализма врача.

Перкутантные операции по удалению камней из почек позволяют удалить 98% образований. Способ лечения в большей степени подходит для средних и крупных камней, минимизирует риск повторных образований и осложнений. В отличие от других хирургических методов лечения мочекаменной болезни, перкутантные операции занимают меньше времени, в целом они эффективны и безопасны для пациента.



Особенно важно соблюдать правила подготовки к донации при сдаче клеток крови. Неправильная подготовка или ее отсутствие могут негативно повлиять на качество компонентов крови и возможность их клинического использования.

Во время донации у некоторых людей может наблюдаться легкое головокружение из-за незначительного понижения давления. Однако обычно организм здорового человека с этим легко справляется.

После завершения донации рекомендуется посидеть расслабленно в течение 10–15 минут. В течение часа нужно воздерживаться от курения. В течение трех-четырех часов не рекомендуется снимать повязку. В течение дня желательно избегать тяжелых физических и спортивных нагрузок, в том числе подъема тяжестей (сумок с покупками).

В течение двух суток после донации питание должно быть полноценным и регулярным, с достаточным количеством жидкости (не менее двух литров в день) – воды, сока, некрепкого чая. От употребления алкоголя следует воздержаться.

Ограничений по вождению автомобиля в день донации нет. За руль мотоцикла можно садиться через два часа после донации.

Как часто можно сдавать кровь?

В целях безопасности донорства мужчины могут сдавать кровь не более пяти раз в год, женщины – не более четырех раз в год.

Использована информация сайта yadonor.ru. Фото предоставлено пресс-службой Алтайского краевого центра крови

Контакты

КГБУЗ «Алтайский краевой центр крови», г. Барнаул, тел. регистратуры: 8 (385-2) 77-20-87.

Филиал в г. Бийске, тел. регистратуры: 8 (385-4) 43-58-43.

Филиал в г. Рубцовске, тел. регистратуры: 8 (385-57) 4-61-97.

Спать, чтобы жить

Сон – состояние, свойственное всем живым существам. У человека в процессе сна восстанавливается тело, происходят процессы формирования памяти, закрепление полученных навыков, а также выработка многих важных гормонов и настройка внутренних систем. Другими словами, сложно переоценить его значимость для организма. Вместе с этим, по данным Всемирной организации здравоохранения, нарушениями сна страдает до 15% населения земного шара. Более того, специалисты отмечают увеличение количества таких людей. Какие нарушения сна бывают, к чему они приводят и как их можно устранить, расскажет врач-невролог, ассистент кафедры неврологии и нейрохирургии с курсом ДПО АГМУ Константин Лунев.



Нарушенное погружение

– Константин Валерьевич, что такое нарушение сна с медицинской точки зрения?

– В первую очередь хочу отметить, что сон – состояние, заложенное в наших генах. В него погружаются абсолютно все животные, птицы, рыбы. Даже у таких достаточно примитивных организмов, как мухи дрозофилы, есть состояние нервной системы, которое можно описать как сон. Несмотря на все неудобства, которые живые организмы испытывают в процессе сна (большая уязвимость, неспо-

Считается, что в норме сон должен наступать максимум через 30 минут после того, как человек лег в постель

собность контролировать окружающие события), природа сохранила сон в процессе эволюции, и он до сих пор занимает практически треть нашей жизни. К 75 годам человек проспит примерно 23–25 лет своей жизни, но эти годы будут очень важны для него, ведь именно в процессе сна наше тело и мозг восстанавливаются, происходят процессы формирования памяти, закрепления полученных навыков, выработка важных гормонов и настройка работы внутренних систем организма.

Достаточно буквально нескольких бессонных ночей, чтобы выбить человека из привычного графика и кардинально испортить его бодр-

ствование. В зависимости от причины, повлекшей нарушения, наладить сон могут врачи разных специальностей. Нередко бессонница является симптомом различных заболеваний сердца, легких, болезней, сопровождающихся болевым синдромом. В этом случае особого подхода к лечению не требуется, нужно стараться взять под контроль основное заболевание, которое вызвало нарушение сна, и тогда спустя некоторое время сон наладится.

Но иногда бессонница проявляется как самостоятельное заболевание. В этом случае человеку стоит обратиться за помощью к специалисту, который занимается изучением и лечением проблем сна, – сомнологу.

– В связи с чем растет число людей, страдающих нарушениями сна?

– В большинстве случаев рост заболеваемости связан с увеличением активности факторов, влияющих на нервную систему: рост уровня тревоги, заболеваемость депрессией, а также использование искусственного освещения. Кроме того, эта тенденция связана с увеличением количества людей с избыточной массой тела.

– С какими нарушениями сна чаще всего приходится иметь дело?

– Нарушения сна можно разделить на четыре большие группы. Первая и одна из самых частых проблем со сном – трудность засыпания. Считается, что в норме сон должен наступать максимум через 30 минут после того, как человек лег в постель.

Вторая – трудности с поддержанием сна или частые ночные пробуждения: даже если человек так или иначе смог уснуть, через некоторое время его словно выбрасывает из сна. При этом следует помнить, что периодические пробуждения ночью нормальны, если они не сказываются на качестве сна.

Третья категория – ранние пробуждения: за 30 и более минут до звонка будильника. Но если человек регулярно просыпается за несколько минут до него, это, наоборот, говорит о хорошо построенном режиме сна.

И четвертая, самая опасная группа проблем – так называемый не освежающий сон, при котором человек

быстро засыпает, спит достаточное время или даже больше, но при этом не испытывает чувства отдыха после сна и просыпается разбитым и не отдохнувшим, вне зависимости от того, как долго он спал.

Выстроить архитектуру сна

– Константин Валерьевич, какая опасность скрывается за нарушением сна?

– Дело в том, что не освежающий сон часто является следствием нарушений дыхания во сне или обструктивного апноэ сна (остановка дыхания во время сна. – Прим. ред.). Сразу хочу отметить, что храп не является обязательным симптомом апноэ. Часто в практике встречаются примеры, когда остановки дыхания не сопровождаются храпом, и наоборот, сильный храп – не всегда спутник нарушений ночного дыхания.

Немного теории: ночное апноэ – потенциально жизнеугрожающее состояние, которое повышает риск внезапной смерти во сне в несколько раз. То, что общество часто принимает за богатырский сон, на самом деле – целый каскад патологических состояний, на вершине которого, как у айсберга, находится храп.

Чем глубже человек погружается в сон, тем сильнее расслабляются мышцы, в том числе и мышцы, обеспечивающие проходимость дыхательных путей. У человека с ночным апноэ погружение в глубокий сон приводит к остановке дыхания. Со стороны это можно услышать так: когда храп стихает, возникает пауза, за которой следует громкий вздох или всхрапывание.

Единичные остановки дыхания не наносят существенного вреда, но в своей работе мне приходилось иметь

Цитата

– Если необходимо прикладывать усилия, чтобы уснуть, и засыпание длится дольше, чем полчаса, сон прерывистый и после ночного пробуждения проблематично уснуть вновь, или же человек просыпается утром за час-два до звонка будильника, или не испытывает после сна чувства бодрости, а наоборот просыпается разбитым и не отдохнувшим, то наличие даже одного из этих симптомов – повод для обращения к сомнологу.

дело с пациентами, у которых за 8 часов сна диагностировано более 600 (!) остановок дыхания. При этом насыщение крови кислородом у некоторых снижалось до 72%. Если бы мы увидели такого человека днем, мы бы неотложно госпитализировали его в отделение реанимации, но это происходит с ним ночью, и для каждого человека с тяжелой степенью апноэ любая ночь может оказаться последней.

– Как проявляется ночное апноэ?

– Помимо утренней головной боли, разбитости и отсутствия чувства отдыха после сна, присутствует выраженная дневная сонливость. За счет нарушенной архитектуры сна человек буквально спит на ходу, может уснуть на совещании, сидя за телевизором или даже за рулем.

Другими наиболее частыми проявлениями нарушений ночного дыхания являются: резистентная артериальная гипертензия (когда давление не удается удерживать лекарственными препаратами), утренняя изжога, невозможность похудеть или даже набор веса, несмотря на всяческие усилия, принимаемые для похудения. Часто следствием апноэ являются ночные походы в туалет, проблемы с либидо и потенцией.

Таким образом, человек с остановками дыхания во сне может попасть ко многим специалистам, начиная от кардиолога и заканчивая андрологом.

Продолжение на стр. 10 >>

«Продолжение. Начало на стр. 8-9

В моей практике даже был случай, когда пациента направил его фитнес-тренер для определения причины низкой эффективности диеты. И это было абсолютно правильное решение, которое позволило выявить у человека тяжелейшую степень апноэ.

– Каким образом врачи помогают решить проблему?

– В течение последних трех лет мы очень много сил вложили в развитие сомнологии в нашем регионе. Сегодня на кафедре неврологии и нейрохирургии с курсом ДПО Алтайского медуниверситета студентам читается специализированный курс по нарушениям сна. Занятия по диагностике и лечению нарушений сна включены в программы переподготовки врачей-неврологов Алтайского края. Мы проводим бесплатные неврологические лектории для жителей региона, в которых рассказываем о важности своевременной диагностики нарушений сна и учим, как самостоятельно справиться с некоторыми проблемами сна. Нарушения сна стали изучаться в рамках диссертационных исследований молодых ученых.

Но главным достижением является формирование специализированного приема по диагностике и лечению нарушений сна, который сформирован на базе Сибирского медицинского центра. В рамках этого приема жители края могут получить полный перечень медицинской помощи при любых нарушениях сна.

– Многие люди с нарушением сна принимают мелатонин. Насколько он эффективен?

– Я глубоко убежден, что любое лекарственное вещество может и должно быть назначено врачом только с учетом индивидуальной оценки каждого отдельного случая. В медицинской практике мелатонин не используется как снотворное средство, но он достаточно эффективен при коррекции нарушений, связанных с путешествиями и нарушением восприятия часовых поясов, и других проблемах, лежащих в плоскости регуляции циркадных ритмов.

Подготовила
Ирина Савина

– Что необходимо делать, чтобы минимизировать риски развития нарушений сна?

– Первое – выработать регулярность: стараться сформировать такой режим сна, который возможно соблюдать и в будни, и в выходные дни. Необходимо избегать «котыпных дней» и не смещать пробуждение более чем на один час в выходные.

Второе – применять правило 20 минут: не заставляя себя спать; если вы не смогли уснуть за 20 минут, то дальнейшие попытки не приведут к цели. Встаньте из постели и отвлеките мозг; пробуйте ложиться только тогда, когда испытываете сонливость.

Третье – постель использовать только для сна и любви. В ней нельзя есть, работать и смотреть сериалы – это мешает нервной системе выработать привычку ко сну.

Четвертое – кофе и стимулирующие напитки можно употреблять лишь в первой половине дня.

Пятое – физическая активность очень помогает бороться с тревогой и наладить сон, но тренировки и всю активную деятельность нужно завершать до 20:00. Именно в это время наш мозг решает, ляжете вы спать вовремя или нет.

Шестое – если есть проблемы со сном, необходимо **исключить дневной сон.**

И самое главное – важно понимать: нарушения сна – серьезная проблема, решить которую вам поможет врач-сомнолог, поэтому не стоит затягивать с визитом к нему. Не всегда можно сразу попасть на прием, используйте время ожидания с пользой – скачайте дневник сна и принесите его заполненным на прием к специалисту.

Новое отделение травматологии открылось около двух месяцев назад в краевой клинической больнице скорой медицинской помощи № 2. В учреждении это уже второе отделение травматологии, однако у него есть свой профиль. О работе нового структурного подразделения рассказал его заведующий, врач травматолог-ортопед Ярослав Батрак.



Специфика

– Профиль отделения – лечение гнойно-септических осложнений опорно-двигательного аппарата, которые были спровоцированы различными заболеваниями, возникли после операций или травм. Потребность в открытии такого отделения всегда была, потому что пациенты с этими осложнениями были всегда. Сейчас травматология-ортопедия развивается весьма интенсивно, это во-первых; операций стало намного больше – соответственно, чем больше операций, тем больше осложнений. Во-вторых, идет специальная военная операция, много ее участников с последствиями ранений, и они

Помощь по «гнойному» профилю



Факт

В 2025 году на базе отделения травматологии и ортопедии № 2 начнет работу координационный центр, который обеспечит телемедицинские консультации и взаимодействие с лечебными учреждениями края для консилиумов и перевода пациентов с осложнениями.

должны получать помощь именно по профилю гнойно-септических осложнений. В-третьих, травматология-ортопедия сегодня ориентирована на то, чтобы как можно быстрее оказать пациенту помощь и отправить его на реабилитацию. У пациентов с гнойно-септическими осложнениями срок пребывания на койке более продолжительный, это заранее известно, поэтому и было решено организовать для их лечения специальное отделение. В нем работают два врача травматолога-ортопеда – я и молодой доктор **Акрам Бобокулов**, а также медсестры и санитары.

Три основные категории пациентов нового отделения – это участники СВО, пациенты после эндопротезирования суставов и пациенты с хроническим остеомиелитом. По количеству пациентов места в отделении распределяются примерно так: 40% – с хроническим остеомиелитом, 10% – после эндопротезирования, 50% – участники СВО. Ярослав Юрье-

вич рассказал о том, каковы подходы к лечению пациентов каждой категории.

При хроническом остеомиелите

– Хронический остеомиелит – заболевание, которое всегда было, есть и будет. К нам жители края обращаются с ним за помощью регулярно. Оно инфекционное, возникает в результате заражения костной ткани бактериальной флорой. Патогенные бактерии попадают в кость разными способами: вместе с кровью из какого-то другого очага инфекции в организме, либо это послеоперационное или посттравматическое осложнение. Допустим, человека сбил автомобиль, возник открытый перелом, через который была инфицирована кость. Остеомиелит быстро становится хроническим, и, скорее всего, он остается у человека на всю жизнь. Наша задача – сделать так, чтобы перевести этот процесс в ремиссию. Чтобы он не обострялся и

не беспокоил пациента – не было боли в области остеомиелитического очага, не было деструкции окружающей кости, гнойных образований, чтобы качество его жизни не снижалось. У пожилых людей заболевание протекает более агрессивно, в силу возраста присутствует и поражение сосудов, поэтому костная ткань хуже снабжается кровью, и любой воспалительный процесс легче спровоцировать. У более молодых пациентов достичь ремиссии удастся гораздо быстрее и с лучшим результатом.

Лечение хронического остеомиелита заключается, в первую очередь, в радикальном удалении в очаге поражения всех некротизированных структур – как мягких тканей, так и костных. Затем применяется антибактериальная терапия, направленная именно на возбудителя заболевания. Его предварительно выявляют и определяют его чувствительность к антибиотикам, взяв материал из очага на анализ. Третий аспект лечения – ортопедический режим (добавление внешних конструкций, дополнительных фиксаторов при нестабильности в зоне очага инфекции). Даже при стабильном

Продолжение на стр. 12 >>

«Продолжение. Начало на стр. 10-11

состоянии пациент должен соблюдать рекомендации режимного характера: сколько можно ходить или же нужен покой, какая должна быть нагрузка, нужно ли носить повязку и т.д. При соблюдении этих трех моментов есть шанс на положительный результат.

Частая проблема – если в инфекционный процесс вовлечен сустав. Всегда ставится вопрос, можно ли человеку выполнить эндопротезирование. Зачастую бывает, что такого варианта нет, и мы вынуждены замыкать сустав, то есть ограничить его подвижность, срастив кости и зафиксировав их в более-менее выгодном для пациента положении. Функция сустава утрачивается. Артродез (замыкание сустава) и ампутация конечности – самые неблагоприятные варианты течения хронического остеомиелита. Ампутации мы стараемся выполнять в самых крайних случаях, когда есть жизненные показания.

После эндопротезирования

– К нам поступают пациенты с осложнениями, возникающими после замены суставов – коленного, голеностопного, тазобедренного, плечевого. Наша задача – выполнить пункцию сустава, выявить возбудителя, провести антибактериальную терапию. Что касается плечевого сустава, то мы выполняем промежуточный этап – резекцию поврежденного сустава и установку спейсера – аналога протеза, состоящего из костного цемента, пропитанного антибиотиком. Спейсер устанавливают на 3–6 месяцев; если повторная пункция не выявляет наличие возбудителя, то пациента направляют в Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования, и там ему ставят новый, обычный функциональный протез. Эту технологию планируется также применять относительно коленного и тазобедренного суставов. Чаще всего мы сталкиваемся с осложнениями тазобедренного сустава, так как их протезируют чаще всего.

Осложнения после эндопротезирования делятся на поздние и ран-

ние. Раннее – возникшее до трех недель после операции. Оно позволяет решить проблему «малой кровью»: сделать ревизию сустава, промыть его компоненты и зашить. Если осложнение возникло на более позднем сроке, то требуется выполнять уже большую ревизионную операцию с полной заменой компонентов сустава. Это выполняется только в Федеральном центре травматологии, ортопедии и эндопротезирования. Признаки инфекции могут быть с первого дня, а могут появиться и через год, и через пять лет, так как протез – это инородное тело и может рано или поздно спровоцировать ее появление.

Для участников СВО

Осложнения у этой категории пациентов – следствие неизвлеченных осколков и инфицирования ран (пулевых, огнестрельно-оскольчатых и минно-взрывных) и переломов. Как правило, осложнения запущенные, потому что бойцы, получив первичную помощь в полевом госпитале, потом попадают в руки врачей спустя длительное время. Однако медики готовы сражаться буквально за каждый палец.

Ярослав Батрак приводит пример пациента, которого уже готовят к выписке. Подорвался на mine, пострадала одна ступня – были оторваны пальцы, раздроблены фаланги и плюсневые кости. В военном госпитале ему оформили культю, но, к сожалению, раны не зажили – присоединилась инфекция, в БСМП № 2 он поступил уже с большой несросшейся раной, из которой были видны омертвевшие кости.

– Все думают: «Ну, подумаешь, палец, одного-двух не будет». На са-

Цифры и факты

30 койко-мест
в отделении.

19 дней проводит
один пациент в среднем
на койке в отделении.

Важно!

– Не нужно запускать свое здоровье, всегда лучше начинать лечение как можно раньше. Если появились какие-то симптомы, лучше спросить доктора. Не нужно затягивать до того момента, когда начнутся необратимые последствия. Следует обращать внимание на повышение температуры, покраснение кожи в области суставов, оперативных вмешательств, боль и особенно на более выраженные проявления – нагноение, открывшийся свищ и прочее, – подчеркнул Ярослав Юрьевич. – После выписки мы всем пациентам рекомендуем через месяц показаться врачу, даже если ничего не беспокоит. А если будет беспокоить, то показаться раньше. Для этого в отделении открыт прием в приемном покое каждый будний день в 8:30. При необходимости решается вопрос о госпитализации – в отделение или в учреждение федерального уровня в Барнауле или Кургане.

мом деле чем больше пальцев удастся сохранить, тем лучше, тем выше реабилитационный потенциал пациента. Нам удалось ему сохранить три пальца на стопе, один из которых мы синтезировали. Кроме того, убрали отмершие ткани, укрыли раневые дефекты, прогноз по ходьбе у него благоприятный.

Очень часто эти пациенты приходят к нам с аппаратами внешней фиксации, уже довольно нестабильными, и с открытыми свищами в том месте, где есть непосредственно перелом кости. Наша задача – просанировать очаг инфекции и попытаться срастить эту кость. Часто приходится удалять мелкие оставшиеся осколки, инфицированные инородные тела из мягких тканей и костей, которые вызывают гноетечение.

Елена Клишина.
Фото предоставлено
пресс-службой ККБСМП № 2

Солнце рассыпью



Лето 2025 года обещает войти в пятерку самых жарких – таковы предварительные прогнозы синоптиков.

Это означает, что нас ждет много солнца, и кожу необходимо готовить к ультрафиолетовому излучению. В летний сезон чаще всего возникают проблемы с гиперпигментацией – избыточным отложением пигмента меланина в эпидермисе. С какими видами гиперпигментации



Ответ на ультрафиолет

«Гиперпигментация кожи – более интенсивная, темная очаговая ее окраска, которая возникает вследствие нарушения образования ее пигмента – меланина. Именно он обуславливает различные оттенки кожи, а также волос и глаз у человека. Меланин защищает кожу от ультрафиолета и избыточной инсоляции, и чем его больше, тем она темнее. Количество меланина в клетках базального слоя кожи генетически опосредовано и связано с тем, к какой расе относится человек. Так, у афроамериканцев

специалисты чаще всего имеют дело и как помочь коже сохранить здоровье, узнаем у нашего эксперта – д. м. н., заведующей кафедрой дерматовенерологии, косметологии и иммунологии АГМУ, врача-дерматовенеролога высшей квалификационной категории Юлии Ковалевой.

самый темный тип меланина и сами гранулы меланина большие, содержат больше пигмента, – поясняет Юлия Ковалева. – Это связано с особенностями эволюции человека, которая способствовала изменению содержания меланина в коже для адаптации к определенным условиям. Традиционно в районах с более высоким уровнем ультрафиолетового излучения проживает население с более темной кожей».

Избыточное отложение пигмента может быть различным по локализации, форме, интенсивности и размеру. Чаще всего это происходит после

воздействия ультрафиолетовых лучей. «Гиперпигментация может возникать и вследствие гормональных изменений. Так, во время беременности повышается уровень эстрогенов, и, как правило, на лице возникает хлоазма – желтовато-коричневые пятна разного размера, с четкими границами. Другой вид гипермеланоза – эфелиды (веснушки) – возникает ввиду генетической особенности отложения мелких пигментированных пятнышек, которые чаще всего проявляются на лице, груди и спине. Лентиго – также точечная гиперпигментация, которая спровоцирована ультрафиолетом, – продолжает эксперт. – Причиной возникновения очагов гиперпигментации способны стать и воспалительные процессы. В местах ушибов, травм и порезов они могут усиленно формироваться. Чем смуглее человек, тем дольше будет сохраняться гиперпигментация».

Нередко меланодермию могут спровоцировать прием лекарственных средств и последующее нахождение на солнце. «Нарушение пигментации способны вызвать оральные контрацептивы, антиаритмические препараты, антибиотики, некоторые противосудорожные средства, цитостатики, а также препараты, которые пациенты принимают внутрь при фотохимиотерапии, – поясняет врач-дерматолог. – Не стоит забывать и о соматических заболеваниях. Гиперпигментация может быть одним из симптомов целого ряда патологий – от эндокринных расстройств до нарушения всасывания в кишечнике. В целом сам по себе гипермеланоз».

Цитата

– Кожа при чрезмерной инсоляции защищает не только от гиперпигментации, но и от меланомы и базально-клеточного рака.

Продолжение на стр. 14»

«Продолжение. Начало на стр. 13»

ноз – безопасное состояние, но иногда большие очаги гиперпигментации, интенсивное появление их в больших количествах – повод обратиться к дерматологу или эндокринологу и только потом к косметологу, если нет проблем, которые нужно корректировать медикаментозно».

Изменения пигментации кожи требуют мультидисциплинарного подхода. «Лечением пациентов с хлоазмой или же лентиго занимаются несколько специалистов – дерматолог, косметолог, эндокринолог и другие. Вначале устраняются все соматические нарушения, далее необходима консультация косметолога или дерматолога. Они порекомендуют специальную косметику для ухода за кожей – с фотопротекцией, которая нужна независимо от времени года и не только для лица, но и для зоны декольте, плеч и спины у женщин. И только при такой комплексной терапии в борьбе с гиперпигментацией будут хорошие результаты, – подчеркивает Юлия Ковалева. – Убрать пятна с кожи – вполне реальная задача, но нужно понимать: если есть склонность к гиперпигментации и наследственный генез, то история обладает долгосрочной перспективой. В таком случае необходимы поддерживающая терапия, курсовые схемы физиотерапевтического воздействия и обязательно – фотопротекция».

Комплексная терапия лечения гиперпигментации включает наружную терапию (препараты, уменьшающие выработку меланина, отбеливающие и отшелушивающие средства – их наносят локально в местах с избыточной пигментацией), а также фототерапию – различные виды лазеров, фототермолиз, светоимпульсную терапию IPL (Intense Pulsed Light).



Для профилактики повторного появления гиперпигментации специалисты также рекомендуют наружные препараты, которые обладают депигментирующим действием, уменьшают продукцию самого меланина и отшелушивают верхний слой эпидермиса.

Но главным методом профилактики гиперпигментации, безусловно, является фотопротекция. «Людам со светлым типом кожи (1-й и 2-й фототип) необходимо использовать средства с SPF (Sun Protection Factor – фактор защиты от солнца) при интенсивном солнечном облучении. К слову, хлоазма может возникнуть при любом фототипе, и если человек склонен к ней, то обязательно нужна фотопротекция. Поскольку кожу при инсоляции мы защищаем не только от гиперпигментации, но и от злокачественных новообразований кожи, таких как меланома и базальноклеточный рак, – отмечает эксперт. – Кроме того, важно помнить, что прием препаратов с фотосенсибилизирующим эффектом без защиты кожи может повлечь ожог или вызвать впоследствии гиперпигментацию. Некоторые масла для массажа и ароматические масла, а также травы содержат фотосенсибилизирующие компоненты. Если контакт с ними происходил с участием солнечных лучей, то он способен вызвать гипермеланоз».

К фотопротективным средствам можно добавить применение препаратов, обладающих антирадикальным действием (витамины С и Е), которые нейтрализуют окислительный стресс. Кроме того, не стоит забывать о домашнем уходе и использовать профессиональные косметические линейки средств, которые рекомендуют дерматологи, сочетая их с профессиональным лечением и консультацией специалиста, подчеркивает врач.

«В норме кожа, вырабатывая меланин, выполняет защитную функцию, но если появились солнечные ожоги – это означает, что она не справляется самостоятельно и ей нужна помощь. Базисный же уход за кожей подразумевает адекватную гигиену. Очень важно не пересушивать кожу и не

Только факты

Под воздействием солнца меланин активируется и поглощает опасное ультрафиолетовое излучение, предотвращая повреждение ДНК клеток и снижая риск развития рака.

Меланин защищает организм от старения, поскольку именно ультрафиолетовое излучение способствует появлению морщин, а также приводит к потере эластичности кожи.

Меланин помогает поддерживать оптимальную температуру тела.

Меланоциты подавляют в клетках организма токсичные реакции с образованием свободных радикалов, обеспечивая корректную работу иммунной системы.

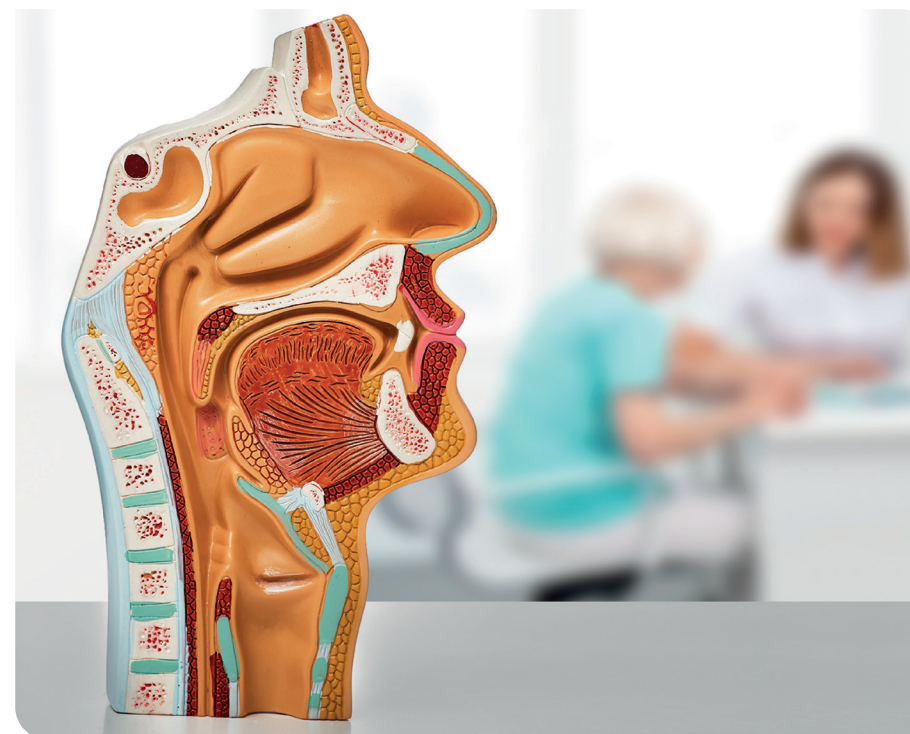
Существуют исследования, которые показывают, что пигмент может влиять на работу нейронов, играя защитную роль, например, при болезни Паркинсона.

Низкий уровень меланина может привести к повышенной чувствительности кожи к солнечному свету, тогда как его избыток может вызывать гиперпигментацию.

использовать моющие средства часто – одного раза в день достаточно. В межсезонье к ежедневному мытью необходимо добавлять прохладный душ. Зимой и в межсезонье использовать более мягкие средства для мытья – специальные масла и пены, почаще увлажнять ее. Если правильно ухаживать за кожей, то она ответит здоровым сиянием и будет отлично выполнять все функции, заложенные природой», – резюмирует Юлия Ковалева.

Ирина Савина

Если не прошло, идите к врачу



Каждый пятый выявленный случай рака – это опухоль с локализацией в области головы и шеи. Такова статистика и в целом по стране, и в Алтайском крае. Опухоли головы и шеи – большая категория новообразований, которая включает множество локализаций, кроме головного мозга и глаз. Довольно часто эти образования можно обнаружить самостоятельно, так как они находятся там, где их можно увидеть, а также их появление нередко сопровождается заметными симптомами.

Что, где и почему

В группу опухолей головы и шеи объединены злокачественные образования, возникающие и развивающиеся в области горла, гортани, носа и его придаточных пазух, рта и слюнных желез. В большинстве случаев они развиваются из клеток слизистой оболочки и носят характер плоскоклеточного рака. Также к этой группе относится рак щитовидной железы. Для нашего региона последнее

заболевание является эндемичным, то есть связано с недостатком содержания йода в воде и почве, а также с последствиями испытаний на Семипалатинском полигоне. В крае заболеваемость этим видом рака выше в пять раз, чем в среднем по стране.

В группу риска по опухолям головы и шеи входят люди, имеющие вредные привычки – курение, употребление жевательного табака, крепкого алкоголя. Если говорить о раке щитовидной железы, то ему в боль-

Справка «МиЗ»

Фотодинамическая терапия (ФДТ) имеет ряд серьезных преимуществ перед другими способами лечения онкозаболеваний. Процедура не требует обезболивания и может проводиться амбулаторно. Она позволяет направленно разрушать патологические клетки, сохраняя при этом окружающую здоровую ткань. Не имеет осложнений, при необходимости может проводиться неограниченное количество раз. Перед началом процедуры в организм вводится фотосенсибилизатор – вещество, которое в злокачественных клетках накапливается в большей степени, чем в здоровых тканях, оно же повышает чувствительность опухоли к свету. При облучении лазером в опухоли происходят фотохимические реакции, приводящие к гибели раковых клеток. После этого их поглощают клетки-фагоциты, отвечающие за «утилизацию» вирусов и чужеродных бактерий в организме. Кроме того, процедура «отключает» опухоль от системы кровоснабжения, потому что во время лечения повреждаются и кровеносные сосуды, питающие опухоль. После процедуры процесс разрушения опухоли продолжается в течение двух-трех месяцев, но соседние здоровые ткани этот процесс не затрагивает.

В краевом онкодиспансере фотодинамическую терапию используют при лечении новообразований кожи, рака мочевого пузыря, рака шейки матки, опухолей трахеи и бронхов, пищевода и желудка. На начальных стадиях процесса метод ФДТ обеспечивает стопроцентное излечение онкологической патологии.

Продолжение на стр. 16»

«Продолжение. Начало на стр. 15»



шей степени подвержены женщины, люди в возрасте от 40 до 60 лет, подвергшиеся радиоактивному облучению, имеющие недостаток йода в организме, а также имеющие кровных родственников с раком щитовидной железы. Кроме того, риску развития рака слизистой оболочки полости рта подвержены люди, которые носят зубные протезы или имеют сколы зубов, травмирующие слизистую.

Симптоматика

Симптомы, при которых рекомендуется как можно быстрее обратиться

к врачу-онкологу или участковому терапевту, могут быть следующими:

- длительно незаживающая ранка внутри рта или носа, которая сохраняется до двух-трех недель;
- не исчезающие высыпания или налет на слизистой полости рта или в глотке;
- болезненность или затруднение в момент проглатывания пищи;
- искажение тембра голоса;
- сохраняющиеся болевые ощущения в верхних дыхательных путях без признаков острой респираторной вирусной инфекции;

Мнение специалиста

Григорий Гликенфрейд, заведующий отделением опухолей головы и шеи Алтайского краевого онкологического диспансера «Надежда»:



– Опухоли головы и шеи составляют 20% всех злокачественных патологий, выявляемых в регионе ежегодно. Пятая часть всех онкообразований локализуется в области головы и шеи, если не включать сюда злокачественные образования кожи в этой области.

Самая массовая из онкопатологий этой локализации – рак щитовидной железы. В год в крае выявляется от 300 до 500 новых случаев.

Самым тяжелым в плане диагностики и лечения является рак гортаноглотки. Гортаноглотка расположена очень неудобно – на стыке пищеварительного и дыхательного трактов. Эту опухоль, попросту говоря, изо рта не увидишь глазом без специального инструмента. И не увидишь с помощью УЗИ, потому что этот стык находится и не в груди, и не в брюшной полости. Для того чтобы выявить подобное новообразование, нужен специалист с определенными навыками и инструментом – ЛОР-врач или

онколог опухолей головы и шеи. Хирургический метод здесь применить нельзя, не покалечив пациента. Рак гортани и рак пищевода по отдельности лечатся проще, чем рак гортаноглотки. Опухоли гортаноглотки лечат, как правило, консервативно – с помощью химиотерапии и лучевой терапии. Однако без радикальных методов эти способы приводят только к торможению опухолевого процесса.

Почти каждый случай рака слизистой полости рта можно выявить с помощью осмотра – например, во время диспансеризации. Рак гортаноглотки можно заподозрить, если человек будет предъявлять определенные жалобы. Также по жалобам выявляется рак гортани.

Рак щитовидной железы выявляется только с помощью УЗИ. Если его можно обнаружить при ручном осмотре, то это уже будет процесс в запущенной стадии.

Мой совет: если во рту появилось то, чего раньше не было, если появилось образование на шее и за неделю не прошло – идите к врачу. У нас народ обычно никуда не идет, сидит дома до тех пор, пока совсем плохо не станет. И, к сожалению,

изменений к лучшему в самосознании пациентов я пока не наблюдаю.

Методы лечения, которые мы используем в отделении, – это хирургия, химиотерапия, лучевая терапия. Методы хирургического лечения становятся более щадящими, а препараты для химиотерапии – более эффективными, более точечного воздействия.

Один из относительно новых методов, появившихся в последние годы, – фотодинамическая терапия. К новообразованию с помощью специального аппарата подводится излучение, от которого опухоль погибает, и ее место занимает здоровая ткань. Это радикальный метод, который применяется при наружных локализациях: в нашем отделении – при поражении слизистой оболочки рта, гортаноглотки и гортани. Для уничтожения опухоли достаточно одного-двух сеансов, длительность сеанса – по индивидуальным показаниям; например, кому-то достаточно и десяти минут, а кому-то потребуется час. Метод успешный, однако специфика онкологических заболеваний такова, что опухоли часто возвращаются.

Цифры и факты

1600 пациентов в год проходят лечение в отделении опухолей головы и шеи краевого онкодиспансера. Примерно половина из них поступили после обращения в медицинское учреждение, вторая половина – по результатам проведенных профосмотров.

6 случаев на **100 000** человек – частота возникновения рака гортани.

- асимметричные болевые ощущения в ушах;
- локальная отечность или плотная припухлость на лице или голове;
- локальное онемение мягких тканей головы;
- частые и беспричинные кровотечения из носа.

Также тревожным сигналом может послужить увеличение лимфоузлов в области шеи, особенно если оно возникло в совокупности с вышеперечисленными симптомами.

Профилактика

Среди способов профилактики – профилактические осмотры, включая диспансеризацию. Так, профилактическое обследование щитовидной железы с помощью УЗИ рекомендуется проводить ежегодно, начиная с 25 лет. Также следует периодически проверять уровень гормонов щитовидной железы с помощью анализов крови.

Желательно отказаться от вредных привычек, нормализовать свой образ жизни и режим питания, следить за массой тела. В рацион следует добавить йодсодержащие продукты (морепродукты, некоторые фрукты – хурму, фейхоа) и после консультации с врачом принимать препараты йода.

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

Новости

Бийские хирурги достали иглу из ребенка



Из хирургического отделения КГБУЗ «Городская детская больница, г. Бийск» недавно был выписан 13-летний пациент. Он поступил с жалобами на боли в нижних отделах живота. По его словам, утром случайно проглотил канцелярскую иглу. Боли в животе появились с полудня.

В приемном покое мальчика осмотрел хирург, была выполнена обзорная рентгенография брюшной полости в двух проекциях. В нижних отделах живота справа определялось инородное тело металлической плотности, длиной около 3 см, предположительно игла. Живот при осмотре был болезненный и напряженный в нижних отделах, больше справа.

Хирурги решили провести срочную операцию, которая продолжалась полтора часа. Были проведены лапаротомия, ревизия брюшной полости, удаление инородного тела подвздошной кишки,

ушивание перфорации подвздошной кишки, санация и дренирование брюшной полости. Послеоперационный период прошел без осложнений, и мальчика выписали через восемь дней.



Онкологическая настороженность в стоматологии

Несмотря на появление новых методов лечения онкологических заболеваний челюстно-лицевой области, вопрос проведения диагностических мероприятий с целью их своевременного выявления не теряет своей актуальности.

Знание симптомов предраковых заболеваний и злокачественных опухолей на ранних этапах, умение правильно провести сбор анамнеза пациента, объективный осмотр, оценить клиническую картину и грамотно провести забор пораженной ткани для дальнейшего исследования биоматериала в лаборатории позволяют достаточно точно подтвердить диагноз или его опровергнуть.

Следует отметить, что новообразования челюстно-лицевой области имеют свою специфику и отличаются разнообразием. По локализации опухоли могут располагаться на губах, слизистой ротовой полости, в области дна ротовой полости и языка, в слюн-



ных железах, на мягком и твердом небе, в челюстных костях, лимфатических узлах. Расположение опухоли во многом будет определять тактику ее диагностики и лечения.

Все новообразования делятся на доброкачественные и злокачественные. Доброкачественные отличаются медленным ростом и никогда не метастазируют. При своем росте могут достигать больших размеров, сдавливать окружающие ткани и органы, нарушать их трофику и негативно влиять на их функцию. К ним относятся фибромы, кисты, атеромы, папилломы, липомы, гемангиомы, аденомы. Они очень хорошо поддаются лечению и после проведения оперативного вмешательства никогда не рецидивируют.

Онкологическую настороженность должен проявлять не только врач, но и сам пациент.

Злокачественные новообразования очень часто протекают скрыто, их сложнее обнаружить. Злокачественные процессы могут носить как первичный характер (развиваться на патологически измененных тканях), так и вторичный – являться метастазами раковых процессов, протекающих в других органах (молочная железа, щитовидная железа, предстательная железа и т. д.). Так как раковые клетки имеют атипичное строение и интенсивно делятся, новообразование начинает быстро увеличиваться в размерах, прорастать в лимфатические и кровеносные сосуды и распространяться с током крови и лимфы в соседние органы. В таком активном и агрессивном развитии ракового процесса и заключается

опасность для всего организма, что и приводит к неблагоприятному прогнозу в дальнейшем.

Очень важно отметить, что онкологическую настороженность должен проявлять не только врач, но и сам пациент. Частыми причинами рака полости рта являются хронические травмы слизистой оболочки из-за постоянного воздействия определенного фактора. К ним относятся острые края зубов и кариозных полостей, дефекты съемных и несъемных протезов, ортодонтических конструкций (брекет-систем), разрушенные корни зубов, постоянное прикусывание губ, слизистой щек и языка. Как правило, постоянное воздействие травмирующего фактора на фоне неудовлетворительного состояния полости рта вызывает появление пролежней, длительно незаживающих язв и иных воспалительных процессов, что приводит к возникновению рака челюстно-лицевой области. Такие вредные привычки, как курение и алкоголизм, только усугубляют патологические изменения в полости рта.

В таких случаях напрашивается вывод: при наличии травмирующих факторов и вредных привычек необходимо своевременно проходить лечение у врачей-стоматологов, удалять разрушенные корни зубов, корректировать зубные протезы, устранять острые края зубов и пломб, при ношении брекет-систем не допускать травматизации слизистой полости рта (обращаться на прием к врачу-ортодонт, использовать специальный воск). Отказ от вредных привычек, соблюдение гигиены полости рта, регулярное прохождение профилактических осмотров и онкоскрининга полости рта существенно снижают риск возникновения онкологических заболеваний.

Рак светится по-другому

Не все пациенты знают, что во время лечения зубов врач-стоматолог любой направленности проводит осмотр на онкопатологию полости рта. При обнаружении новообразования или подозрении на такой патологический процесс будет сделан онкоскри-

нинг или выдано направление на его выполнение.

Во всех стоматологических поликлиниках Алтайского края проводится аутофлуоресцентная стоматоскопия (АФС). Данная услуга входит в Программу государственных гарантий, то есть оказывается бесплатно. Процедура является абсолютно безболезненной, комфортной и занимает 5–10 минут. Метод неинвазивный и бесконтактный. Принцип действия светодиодного аппарата АФС основан на способности тканей полости рта поглощать или отражать свет определенного спектра.

Пациент и врач находятся в специальных очках. Излучение АФС-аппарата врач-стоматолог направляет в полость рта пациента и через специальные очки проводит визуальный осмотр всех отделов полости рта. При этом обращает внимание на свечение участков слизистой полости рта. Здоровая слизистая оболочка щек, мягкого и твердого неба имеет светло-зеленое свечение. Онкологическая настороженность появляется при обнаружении очагов аномального свечения. Очаги воспаления имеют, как правило, красное свечение (в основном это заболевания пародонта – пародонтиты, гингивиты).

Патологические очаги предрака и рака визуализируются в виде темных участков с неровными краями, без видимого свечения, или имеют красновато-коричневый либо розовый оттенок.

Методика аутофлуоресцентной стоматоскопии доказала свою эффективность в практической деятельности и рекомендована к использованию врачами-стоматологами и гигиенистами стоматологическими в ежедневной клинической практике. Важно понимать, что прибор лишь указывает на предполагаемую онкологию. Постановка точного диагноза



возможна только после гистологического исследования.

Раннее выявление рака органов и тканей ротовой полости может значительно уменьшить количество пациентов, нуждающихся в сложном лечении. Стоматологи как первые специалисты, контактирующие с пациентами, играют ключевую роль в выявлении предраковых состояний. Предупредить заболевание всегда легче, чем лечить.

Есть признаки, на которые следует обратить особое внимание:

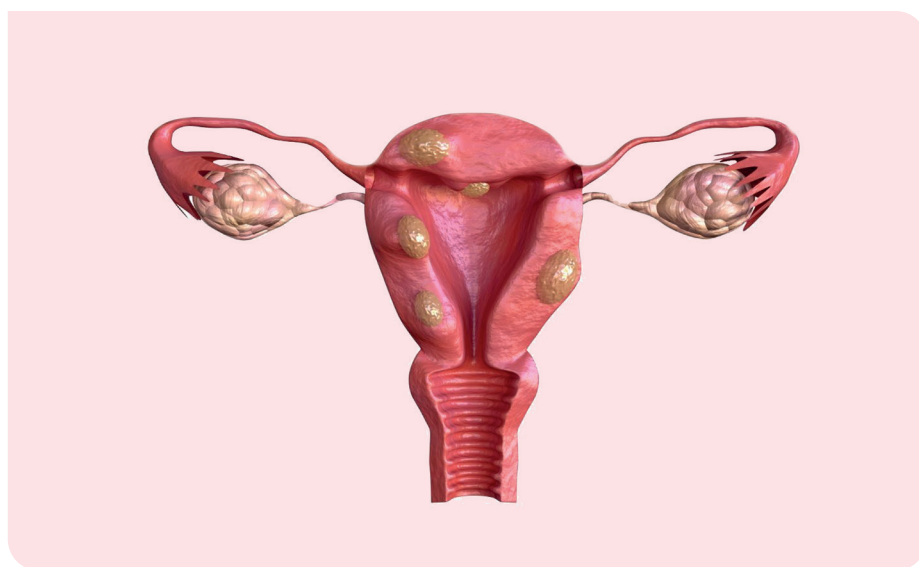
- наличие язвы в полости рта, не заживающей в течение 2–3 недель,
- безуспешность проводимого лечения,
- увеличение размеров патологического очага,
- появление уплотнения вокруг или в основании образования,
- появление кровоточивости, онемения в зонах выхода нервов,
- появление болей в полости рта и подвижности зубов, увеличение регионарных лимфатических узлов.

В таких случаях откладывать визит к врачу-специалисту опасно, так как это чревато возникновением серьезных и необратимых осложнений. Помните, что ваше здоровье в ваших руках.

Елена Витальевна Чулимова,
заместитель главного врача по медицинской части, исполняющий обязанности заведующего хирургическим кабинетом, врач-стоматолог общей практики высшей категории
КГБУЗ «Краевая стоматологическая поликлиника»

Современный взгляд на миому матки

Миома матки, являясь одним из самых распространенных гинекологических заболеваний, затрагивает большое количество женщин. По данным эпидемиологических исследований, миома встречается примерно у 30–50% женщин репродуктивного возраста. В большинстве случаев она протекает бессимптомно, однако в некоторых ситуациях может вызывать различного рода симптомы, такие как обильные менструации, тазовые боли и дискомфорт, усложнять процесс зачатия и снижать качество жизни.



Из-за чего возникает миома матки?

Этиология миомы тела матки до сих пор не установлена. Версий много, приведем самые распространенные. Первая – это наследственные факторы. Если у мамы, бабушки, близких родственников была миома, то есть вероятность, что это может случиться и с вами. Застойные процессы в малом тазу и гормональные нарушения также являются фактором риска.

Диагностика миомы матки

Миома матки бывает единичной и множественной. От чего зависит, сколько узлов образуется и с какой скоростью они будут расти, – неизвестно. В целом динамика роста узлов непредсказуема, кроме периода беременности, когда большая часть узлов начинает расти под воздействием прогестерона. После наступления менопаузы миома матки подвергается обратному развитию – узлы должны начать уменьшаться в размерах, в них наступают дистрофические изменения.

Диагностика миомы матки не представляет трудностей. Уже во время осмотра на кресле доктор может заподозрить наличие миомы матки, обнаружив увеличение матки и ее бугристость. Однако осмотр руками не информативен в плане количества, размера и локализации узлов. Золотым стандартом диагностики миомы матки является УЗИ органов малого таза. В подавляющем большинстве случаев этого метода бывает достаточно, чтобы описать заболевание. УЗИ гениталий обязательно следует выполнять двумя датчиками: влага-

лищным и абдоминальным (через живот), чтобы не пропустить субсерозные узлы, которые могут располагаться на небольшом удалении от матки. Если размер миомы матки настолько велик, что возможности УЗИ не позволяют полностью оценить ее, рекомендуется проведение МРТ малого таза. Этот метод подробно отображает всю картину заболевания и позволяет оценить размер и точную локализацию узлов. В некоторых случаях для уточнения локализации узла прибегают к гистероскопии – эндоскопическому методу, при котором в полость матки вводят камеру и визуально оценивают полость матки.

Тактика ведения больных с миомой матки

Тактика ведения больных с миомой матки включает наблюдение и мониторинг, медикаментозную терапию, различные методы хирургического воздействия и использование новых мини-инвазивных подходов. Выбор метода лечения во многом зависит от клинической картины, возраста пациентки, ее репродуктивных намерений и общего состояния здо-

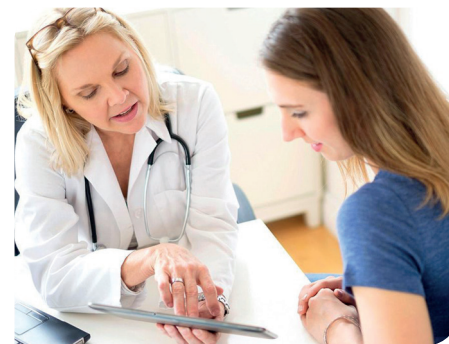
ровья. Для каждой пациентки разрабатывают индивидуальную тактику ведения, то есть подход должен быть строго персонифицированным.

Консервативное лечение миомы матки

Основными препаратами, используемыми для лечения миомы, являются **агонисты гонадотропин-рилизинг гормона (ГнРГ)**, которые способствуют уменьшению размеров миомы и облегчению симптомов. Однако этот метод является временным и может привести к возврату и росту миомы после прекращения терапии. Вторая группа – это **селективные модуляторы прогестероновых рецепторов**, они могут помочь в уменьшении размеров миомы, а также контролировать менструальные циклы, предотвращая тяжелые кровотечения и болезненные синдромы, что позволяет улучшить качество жизни пациенток. Также применяются **прогестагены** (таблетированные, инъекционные или в виде внутриматочного устройства) и **комбинированные оральные контрацептивы монофазного действия**. Эти группы препаратов помогают контролировать симптомы заболевания и решать проблему контрацепции, но они не влияют на рост миомы матки.

Хирургическое лечение миомы матки

В случае если медикаментозная терапия не приносит облегчения или миома вызывает серьезные симптомы (боль, кровотечение, бесплодие, нарушение функции соседних органов), могут быть рекомендованы хирургические вмешательства. Хирургическое лечение подразумевает удаление из матки миоматозных узлов различ-



ными способами: лапароскопически – под контролем камеры через несколько небольших проколов в животе; гистероскопически – так удаляются узлы, расположенные в полости матки, и при этом инструмент и мини-атюрная камера вводятся в полость матки через шейку со стороны влагалища; лапаротомически – через разрез передней брюшной стенки, сейчас этот способ применяется все реже и реже. Выбор типа операции зависит от размера и местоположения опухоли, а также от желания пациентки сохранить репродуктивные функции.

Цифры и факты

Перспективным методом является **эмболизация маточных артерий (ЭМА)**, которая заключается в блокировке кровоснабжения миомы путем введения специальных частиц в маточные артерии. Результатом метода является прекращение кровоснабжения всех миоматозных узлов в матке, что вызывает их регресс. Эффективность данного метода составляет **94–96%**, все узлы необратимо уменьшаются в размере на **30–60%**, проходят обильные менструации и снижается давление на мочевой пузырь.

К одним из новых неинвазивных методов хирургического лечения можно отнести фокусированную ультразвуковую абляцию миомы матки под контролем МРТ (ФУЗ-МРТ). Данный метод основан на нагревании тканей узлов высокоинтенсивным фокусированным ультразвуком, что приводит к некрозу узлов. При такой процедуре соседние органы и ткани остаются без повреждений. В настоящее время данным методом проводится лечение миоматозных узлов диаметром до 9 см. Процедура проводится амбулаторно, без наркоза и специальной предварительной подготовки.

Влияние миомы на репродуктивное здоровье

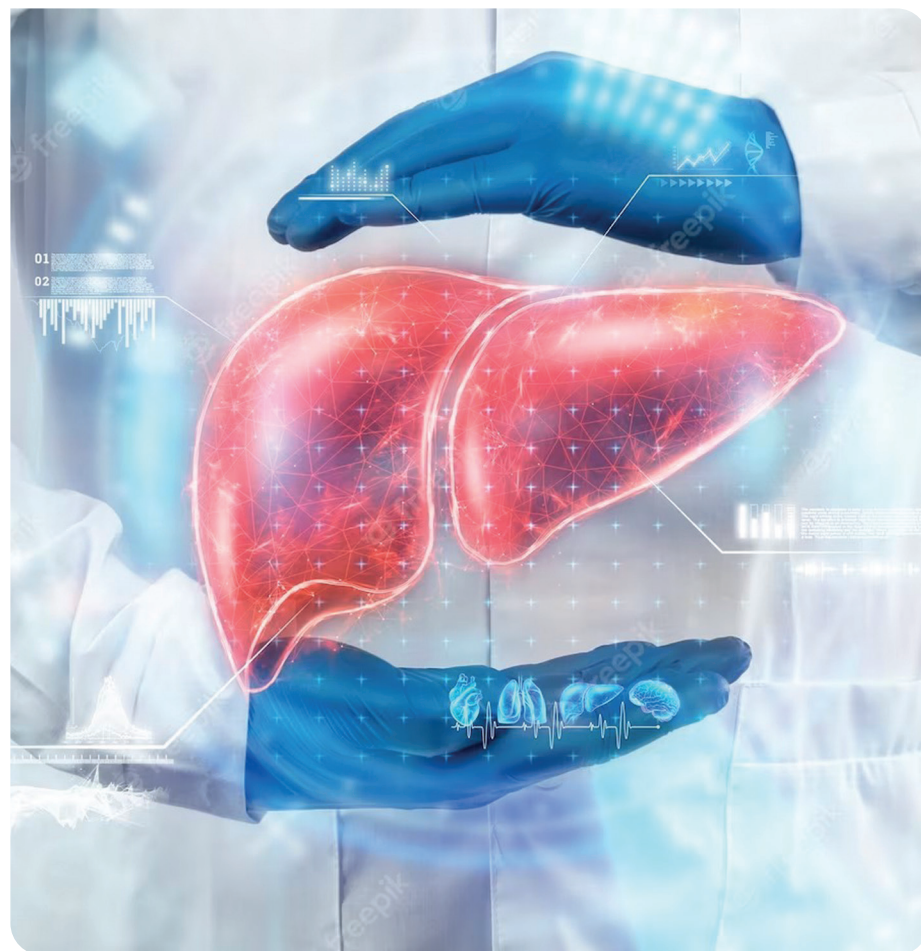
Миома матки может значительно влиять на репродуктивное здоровье женщин, приводя к бесплодию, увеличению числа выкидышей и осложнений во время беременности. Миома может мешать нормальному функционированию матки, что, в свою очередь, затрудняет имплантацию эмбриона. Большое значение имеет локализация опухоли: миомы, расположенные в полости матки (например, субмукозные миомы), особенно часто оказывают негативное влияние на фертильность и требуют хирургического вмешательства. Несмотря на это многие женщины с миомой все же могут забеременеть. В таких случаях важно проводить тщательное наблюдение и медицинское сопровождение на протяжении всей беременности.

Прогноз. Профилактика

Прогноз при миоме матки в большинстве случаев благоприятный. Только при запущенных случаях не удастся сохранить орган или восстановить репродуктивную функцию. Миома матки чаще всего растет медленно. Как правило, сами пациентки годами не посещают гинеколога, что не позволяет вовремя диагностировать заболевание на начальном этапе и провести лечение. Если проходить УЗИ органов малого таза 1 раз в год, начиная с возраста 21 год, можно вовремя выявить начальную стадию заболевания и провести превентивное лечение.

Лариса Александровна Хорева,
к. м. н., доцент
кафедры акушерства
и гинекологии с курсом ДПО
ФГБОУ ВО АГМУ МЗ РФ.
Надежда Владимировна Зайкина,
врач-ординатор
кафедры акушерства
и гинекологии с курсом ДПО
ФГБОУ ВО АГМУ МЗ РФ

Гепатит С на прицеле



В Алтайский край на борьбу с гепатитом С из федерального бюджета направят почти 250 млн рублей. В рамках национального проекта «Продолжительная и активная жизнь» правительство планирует сокращать количество болеющих гепатитом С россиян на 15–20% ежегодно. По данным вице-премьера РФ Татьяны Голиковой за февраль 2025 года, федеральный регистр людей с гепатитом С включает сведения о почти 600 тысячах страдающих им и о 50 тысячах пациентов, прошедших лечение в прошлом году. При этом специалисты утверждают, что реальное число носителей гепатита С в России может быть гораздо больше – от 2,2 млн до 4,9 млн человек, поскольку долгое время болезнь протекает бессимптомно, и люди, не зная, что они инфицированы, могут передавать вирус другим. Подробности – в нашем материале.

Важно знать

- Хронический вирусный гепатит С возникает достаточно часто, в среднем у трех из четырех человек.
- По данным ВОЗ, вирусный гепатит С охватывает огромную аудиторию – 58 млн человек во всем мире.
- Каждый год инфекция гепатита С обнаруживается почти у 1,5 млн человек.
- В настоящее время в России рекомендовано обследование всех пациентов с 18 до 60 лет на гепатит С при проведении диспансеризации.

Работа по трем фронтам

Алтайский край приступил к реализации девяти федеральных проектов нацпроекта «Продолжительная и активная жизнь». В том числе речь идет о региональном проекте «Реализация мероприятий, направленных на борьбу с гепатитом С и минимизацию рисков распространения данного заболевания». Цель – повысить доступность и качество медицинской помощи пациентам с хроническим вирусным гепатитом С.

Что будет сделано:

- учет пациентов с вирусными гепатитами в Федеральном регистре вирусных гепатитов. Это позволит обеспечить качественное планирование мероприятий по профилактике, диагностике и лечению хронического вирусного гепатита С, а также достоверный прогноз потребности в лекарственных препаратах, необходимых для их лечения;
- выделение субсидии из федерального бюджета на обеспечение потребности в лекарственных препаратах пациентов с этим заболеванием.

Только факты

Источником инфекции и ее резервуаром является человек. Вирус гепатита С находится в большом количестве в крови и других биологических жидкостях инфицированного человека. При попадании крови инфицированного человека на поврежденную кожу или слизистые оболочки другого человека происходит заражение.

Наиболее высок риск инфицирования вирусом гепатита С у людей, употребляющих инъекционные наркотики. Реже реализуются половой и вертикальный пути передачи.

вирусу гепатита С вирус не обнаруживается. Это говорит о том, что человек переболел в скрытой форме и выздоровел самостоятельно. Если же после инфицирования вирусом гепатита С организм человека не смог самостоятельно с ним справиться и вирус продолжает размножаться более 6 месяцев, значит, заболевание перешло в хроническую форму.

Борьба по схеме

Сегодня борьба с вирусным гепатитом С стала государственным приоритетом. Благодаря современным, простым в использовании, но при этом эффективным и безопасным схемам лечения заболевание может быть полностью вылечено у всех пациентов вне зависимости от его продолжительности. Как следствие, чаще всего удается предотвратить дальнейшее прогрессирование фиброза печени, развитие цирроза и рака печени.

«Лечение проводится комбинацией препаратов прямого противовирусного действия (то есть вирус погибает при лечении). Препараты подбираются индивидуально каждому пациенту в зависимости от стадии заболевания и генотипа. Лечение проводится амбулаторно. Курс приема препаратов составляет от 8 до 12

недель, – поясняет Наталья Клеянкина. – Они действуют на разные циклы жизнедеятельности вируса. Излечение происходит в большинстве случаев (95–100%) при соблюдении всех рекомендаций. Антитела сохраняются пожизненно, но они не обладают протективным действием. Это означает, что человек может заразиться повторно».

По словам Валерия Шевченко, Алтайский край хорошо подготовлен к борьбе с этой болезнью: создана диагностическая база, есть четкое понимание маршрутизации пациентов. Но при этом врачи-инфекционисты призывают проявлять бдительность и соблюдать простые правила.

Чтобы не заразиться вирусом гепатита С:

- избегайте общего пользования средствами гигиены. На зубной щетке, бритве или другом предмете могут остаться частички крови – источника инфекции;
- при половом акте необходимо использовать контрацептивы. Это важно при контакте с непостоянным партнером или единственным, но инфицированным вирусом гепатита С;
- при прохождении медицинских процедур с использованием шприцев или заборе крови необходимо следить, чтобы применялись одноразовые инструменты. Если таковых нет, лучше отказаться от укола или сдачи анализа;
- внимательно относитесь к выбору салонов красоты и тату-студий. Через проколы, порезы, микротрещины кожи вирус может проникнуть с кровью предыдущих клиентов. Поэтому важно выбирать салоны, где строго соблюдаются гигиенические и санитарные нормы.

Если есть подозрение на инфицирование, следует сдать анализы на выявление антител. Они являются ответом организма на проникновение патогена. Гепатит типа С на раннем этапе развития легче поддается лечению.

Ирина Савина

Цитата

– У каждого четвертого болезнь проходит самостоятельно, и зачастую человек узнает об этом случайно спустя много лет.

В бой идут одни «старики»



28 апреля отмечается День работников скорой медицинской помощи. На станции скорой помощи Бийска в преддверии этой даты проходят соревнования на лучшую бригаду.

Бригада, в которой работает фельдшер **Александр Бедарев**, в них участвует только как показательная – ее сотрудники демонстрируют, как нужно действовать в различных сложных ситуациях. В составе реанимационной бригады Александр Бедарев уже почти три десятка лет. Его работа в скорой началась в 1994-м, а в этой бригаде – в 1997-м.

Первое дежурство

Александр Алексеевич – бийчанин. Когда пришло время выбирать профессию в старших классах, решил, что попробует поступить в Бийское медицинское училище. Успешно поступил

и окончил его в 1994 году. В том же году пришел работать в скорую, «и затянуло, понравилось, так и осталось». Другие варианты трудоустройства даже не рассматривал, а с работой скорой помощи познакомился еще во время учебы, когда проходил практику. Ничего не испугало, наоборот, понравилось – в работе присутствовал определенный экстрим, каждый раз приходилось общаться с разными людьми.

Однако самое первое самостоятельное дежурство Александр Алексеевич помнит до сих пор. И без того волновался – раньше в бригаде был один фельдшер, выезжал на вызов

только с водителем, спрашивать и уточнять было не у кого, нужно было полагаться только на свои знания. Хотя на станции в конце смены обязательно был «разбор полетов» с более опытными коллегами – так и учились новенькие, «никто нас за руку не водил».

В первую смену так «повезло» молодому 18-летнему фельдшеру, что ему достались три крайне сложных вызова: на ножевое ранение, к человеку, совершившему суицид, и на автодорожное происшествие. По словам нашего собеседника, в 90-е такие вызовы были очень частыми, даже когда он работал в обычной линейной бри-

гаде. Но и сейчас подобного экстрима хватает, потому что реанимационную группу отправляют в основном туда, где произошло действительно что-то серьезное, иногда – почти как в 90-е.

– Ножевое ранение было не так давно, прямо на улице – внутрисе-мейные разборки. Ранение в шею с огромной кровопотерей. Оказав медицинскую помощь на месте, мы экстренно доставили пациента до больницы. В 90-е и огнестрелов было много, и ножевых. И били сильнее, чем сейчас бьют.

Новичкам тут не место

– Все вызовы в нашей бригаде – это автодорожные аварии, или повесился, порезали, упал с высоты, придавило, отравился, без сознания в общественном месте, тяжелые инфаркты. Это специфика нашей бригады. Нас вызывают и в тех случаях, если линейная бригада вдруг не может справиться.

В составе одной смены бригады – врач-реаниматолог-анестезиолог, два фельдшера (в том числе с квалификацией медбрат-анестезист), водитель. В автомобиле, помимо общей медицинской укладки, есть укладка реанимационная, набор для детской реанимации, дефибриллятор, кардиометр, аппарат ИВЛ, а также акушерский набор. Наш герой, к примеру, принимал роды в машине один раз и два раза у рожениц на дому. За этой бригадой не закрепляют новичков, потому что эти медики работают не в тех ситуациях, когда есть время обучать молодых.

– Надо работать быстро. Врач осмотрел пациента и дал тебе задание, нужно выполнить его как можно бы-

стрее – попасть в вену, подколоться к пострадавшему. Некогда стоять учить-ся, прицеливаться. Приезжаем ведь и на большие аварии, в которых много пострадавших – их же нужно быстро осмотреть и оценить состояние, рассортировать, в какое учреждение отправить, вызвать дополнительные бригады. Мы, фельдшеры, ведь тоже осматриваем пострадавших, оказываем им помощь, как и врач. Мы не всегда приезжаем на место первыми – обычно первой приезжает машина, которая ближе всех. Но мы, приехав, всегда становимся главными и руководим оказанием помощи. Самое массовое ДТП на моей памяти было с девятью пострадавшими, зимой прошлого года. На Барнаульском тракте машина выехала на встречку – два трупа сразу на месте, двое взрослых и пятеро детей получили травмы. Детей всегда жалко, конечно. Каждый раз думаешь, как бы ребенка так осмотреть, чтобы меньше боли ему причинить и поскорее доставить в больницу. Детей с отравлениями очень много – кто-то таблетки найдет, кто-то еще что-то. Надо еще уговорить промывать желудок через зонд, ввести препараты. Из окон дети часто выпадают летом. Жалко, страшно, но куда деваться, ко всему привыкаешь.

За все эти годы я понял, что работа нужная, необходимая. Что без тебя – не именно без меня, а вообще без службы скорой помощи – город не может обойтись.



Александр Алексеевич отмечает, что сейчас работать стало лучше – в том числе потому, что агрессии в адрес сотрудников скорой помощи происходит меньше.

– Во-первых, нас приезжает много – сразу трое. Во-вторых, мы все уже немолодые, и как-то более уважительно к нам относятся. А раньше и нос ломали мне... Бывало, сталкивались. Сейчас мы оснащены видеоре-гистратором, на планшете установле-

на тревожная кнопка, которую проще нажать, чем самим разбираться: наряд Росгвардии приезжает в течение трех-четырех минут. В мою смену мы нажимали кнопку уже дважды. Мы много ездим со спецсигналами, и люди чаще уступают дорогу машине скорой.

Мыслей перейти на другую, более спокойную работу никогда не было, хотя мне предлагали. Но нет, я уже как-то привык за столько лет, мне это нравится, ощущаю себя на своем месте. Где-то сидеть и писать бумажки – это не для меня. Сейчас люди стали более отзывчивые, и если мы хорошо сделали свою работу, то отзыв получаем буквально сразу. Сейчас и работать стало как-то интереснее.

О своих коллегах Александр Бедарев говорит так:

– Много лет уже вместе работаем бок о бок. Нам иногда даже не надо ничего говорить друг другу, мы понимаем по глазам, по жестам, что подать или сделать, что и как подхватить.

Его коллеги, члены реанимационной бригады, накануне профессионального праздника заслуживают того, чтобы назвать каждого по фамилии. Это врачи **Иван Андреевич Анисимов, Ольга Андреевна Ульянова, Юрий Вячеславович Введенский**. А также фельдшеры **Евгений Сергеевич Трубов, Антон Евгеньевич Хоменко, Евгений Викторович Мезенин, Андрей Юрьевич Редер**, медбрат-анестезист **Владимир Александрович Лагудочкин**.

Члены семьи Бедаревых – тоже медики. Супруга Александра Алексеевича – старшая медицинская сестра в детской стоматологии. Они познакомились еще в училище, после его окончания сыграли свадьбу. Сын и невестка – врачи-реаниматологи, работают в краевом центре охраны материнства и детства.

– Сын в 2019 году окончил АГМУ, подумали, куда ему идти дальше, и решили, что врач-реаниматолог – это неплохо.

Елена Клишина.

Фото предоставлено пресс-службой КГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи, г. Бийск»

На пике концентрации

Нейрохирургия – особая специальность. Ежедневно врачи работают с тонкими структурами в режиме максимальной концентрации. Палаты Краевого нейротравматологического центра (нейрохирургическое отделение Краевой клинической больницы скорой медицинской помощи) никогда не бывают пустыми. За 55 лет его работа вышла за пределы города и охватила край. Сегодня ежегодно здесь получают помощь около 3500 жителей со всего региона. Как менялось одно из сложнейших направлений хирургии и с какими повреждениями работают нейрохирурги в наши дни, расскажем заведующий отделением Евгений Черданцев.



В масштабах региона

Большая часть травм, с которыми обращаются жители края, – черепно-мозговые. В нейрохирургическом отделении ККБСМП проводят декомпрессивные трепанации черепа, операции при вдавленных переломах черепа, а также реконструктивно-пластические операции и многие другие. К счастью, оперативные вмешательства требуются не всегда. В год в отделении их проводят около 1000. На стол к нейрохирургам, как правило, приводят бытовые травмы. «К счастью, большая часть черепно-мозговых травм (ЧМТ) – легкие. Примерно 65% случаев – пациенты с сотрясением головного мозга. Довольно часто такие травмы происходят в состоянии алкогольного опьянения», – отмечает Евгений Черданцев.

Приметой времени стали самокаты – с их участием происходит довольно много ДТП. Сами водители самокатов нередко падают вниз лицом и получают серьезные челюстно-лицевые травмы, но не обходится и без черепно-мозговых повреждений,

отмечает врач-нейрохирург высшей категории.

Еще один большой пласт пациентов – с позвоночно-спинномозговыми повреждениями. «Повреждения спинного мозга чаще всего происходят вследствие высокоэнергетических травм – падения с высоты, ДТП, летом сюда добавляются ныряльщики», – продолжает Евгений Черданцев.

Нейрохирургическое отделение является краевым вертебрологическим центром, поэтому врачи работают не только с травмами позвоночника, но и с дегенеративными заболеваниями – грыжами, смещениями позвонков. Ежегодно здесь проводят до 200 операций на спинном мозге и позвоночнике.

«Количество пациентов растет с каждым годом – расширился не только спектр нозологий, но и территориальный охват. Изначально отделение было рассчитано на городских жителей и принимало пациентов только с черепно-мозговой травмой. Сегодня мы работаем практически со всеми районами, взяв на себя пациентов и с позвоночно-спинномозговой травмой. Кроме того, в крае нет отдель-

ного детского нейрохирургического отделения, поэтому мы принимаем и детское население», – говорит заведующий отделением.

Из прошлого в настоящее

Более чем за 30 лет работы в нейрохирургии Евгений Геннадьевич сам провел тысячи операций. Это сейчас рабочий процесс доведен до автоматизма во всех смыслах. А первые шаги были волнительными. «Запомнилась операция, в ходе которой студенту пришлось удалить довольно большую часть мозга. Он попал к нам со значительным повреждением мозга, и в результате воспалительных осложнений пришлось резецировать практически его треть. Тогда я удивился, насколько хорошо компенсируется головной мозг благодаря тому, что соседние отделы берут функции поврежденной части на себя. К сожалению, спинной мозг такими способностями не обладает и восстанавливается крайне плохо», – делится Евгений Геннадьевич.

Десятилетия назад методы диагностики были принципиально иными. «Когда я начинал работать, при постановке диагноза врачи опирались на визуальный осмотр, неврологическую симптоматику и топиическую диагностику. Позже, чтобы понять, с чем приходится иметь дело, применяли церебральную ангиографию. Это серьезная инвазивная манипуляция, которая подразумевает введение контрастного вещества через артерию в сосуды головного мозга. По расположению сосудов врачи предполагали, какое повреждение головного мозга произошло. Сегодня благодаря компьютерной томографии можно буквально за 10 минут увидеть достаточно полную картину. Современные

методы диагностики безопаснее для пациентов и существенно облегчают нашу работу», – подчеркивает врач.

Поменялись не только методы диагностики, но и сам инструментарий нейрохирургов. «Сейчас нам легко устранять деформации позвоночника – мы используем стабилизирующие системы, изготовленные из прочного материала. Эти установки необходимы для создания стабильности сегмента позвоночника и восстановления его функциональности», – рассказывает Евгений Черданцев. – Для трепанации черепа мы используем высокоскоростные системы, которые ускоряют ход операции вдвое и являются более щадящими, обеспечивают меньшую кровопотерю и более быстрое восстановление пациента».

В прошлом году в нейрохирургическом отделении ККБСМП впервые провели фиксацию перелома зубо-видного отростка канюлированным винтом. По словам заведующего отделением, такие операции пока уникальны. На счету наших врачей их уже пять.

Современные мини-инвазивные технологии хоть и облегчают труд нейрохирургов, но не способны обеспечить им спокойные рабочие будни. «На операции нейрохирург должен сохранять концентрацию в течение длительного периода – операции могут длиться более четырех часов. Нам нельзя отвлекаться, уставать – в любое время суток могут привезти нового пациента. Поэтому стрессоустойчивость и быстрое реагирование в нашей профессии крайне важны», – отмечает врач. – Любое вмешательство всегда сопряжено с неопределенностью. У каждого пациента свои анатомические особенности, реакции организма индивидуальны, и ход операции может быть непредсказуемым, или же даже после успешно проведенной операции внезапно могут начаться осложнения. Например, после пандемии коронавируса мы стали часто сталкиваться с гнойными осложнениями. Бесконтрольный прием антибиотиков привел к нарушению чувствительности микрофлоры».

Для справки

Нейрохирургическое отделение, рассчитанное на 75 коек, единственное в Алтайском крае принимает пациентов с нейротравмой от 0 лет. Работает оно с мая 1970 года. До этого времени больные с ЧМТ поступали в травматологические отделения медсанчасти КХВ и горбольницы. Первым заведующим отделением стал **Анатолий Павлович Марков**. В 1991 году в отделение пришел молодой врач Евгений Геннадьевич Черданцев, который с 2014 года заведует им.

Сегодня в отделении оказывают экстренную специализированную нейрохирургическую помощь пациентам с травмой центральной нервной системы в круглосуточном режиме. А также проводят консультативную и практическую помощь пациентам, находящимся на лечении в других стационарах Барнаула, по профилю работы отделения.

Профессия нейрохирурга остается одной из самых востребованных в медицине. И вместе с тем желающих освоить ее не так много ввиду сложности. «Мы работаем с тонкими структурами. Чтобы ничего не повредить, нужно работать максимально точно. Нейрохирург должен быть интеллектуально развит, поскольку приходится обрабатывать много информации, отлично знать анатомию и обладать пространственным мышлением», – говорит Евгений Черданцев. Сложности добавляет и специфика работы – пациенты с черепно-мозговыми травмами не всегда адекватны в поведении. Поэтому стрессоустойчивость входит в ключевые профессиональные навыки нейрохирургов. Но их все можно развивать и нарабатывать, убежден врач. Это всего лишь вопрос практики и опыта, а также преданности профессии. Недаром операции на мозге считают вершиной хирургического мастерства. А вершины, как известно, покоряются самым сильными.

Ирина Савина

Цитата

– Нейрохирург должен быть интеллектуально развит, поскольку приходится обрабатывать много информации, отлично знать анатомию и обладать пространственным мышлением.

Остановить кровь



17 апреля – Всемирный день борьбы с гемофилией. По данным ВОЗ, на планете проживает около 400 тысяч людей с таким заболеванием. По данным Всероссийского общества



гемофилии, в нашей стране около 67 тысяч пациентов с гемофилией. В Алтайском крае их более 200. Еще столетие назад больные гемофилией были обречены. Современная медицина позволяет не только продлить годы их жизни, но и значительно улучшить ее качество. Как сегодня лечат пациентов с «царской» болезнью – в нашем материале.

Кровь – не водица

Гемофилия относится к категории редких заболеваний. Примерно в 70% случаев она обусловлена наследственностью. В 30 оставшихся – мутацией генов, которые контролируют VII фактор: она может произойти как у мамы, так и у плода при его формировании. В медицинской литературе указано, что спонтанные мутации человеческой ДНК происходят постоянно. И поэтому возможен вариант возникновения гемофилии в семье, где никто и никогда не страдал от нее, – это так называемая спорадическая гемофилия.

Гемофилия развивается при дефиците в организме специальных белков – факторов свертывания, которые отвечают за остановку кровотечения. В таких случаях человеку грозят частые кровотечения и кровоизлияния. И даже ушиб или порез может представлять опасность. Но все определяет степень тяжести гемофилии. «При легкой и средней степени тяжести заболевания особых симптомов нет, и люди живут привычной жизнью. К врачам они обращают-

ся, когда столкнутся с кровотечением, которое долго не останавливается. Например, после травмы или удаления зуба, – говорит д. м. н., врач-гематолог высшей категории, директор Алтайского филиала НМИЦ гематологии Минздрава России **Андрей Мамаев**. – Нередки эпизоды выявления заболевания уже во взрослом возрасте, если у пациента ранее не было никаких инвазивных вмешательств. Бывает, что человек готовится к операции и сдает множество

Каждый год гематологи выявляют в регионе примерно пять новых пациентов.

анализов, в том числе коагулограмму, которая впервые может выявить нарушения свертываемости крови».

Поэтому гематологи рекомендуют при длительных кровотечениях не опираться на данные общего и биохимического анализов крови – они будут попросту не информативны, а обращаться к специалистам, чтобы уточнить причину подобного состояния. Специфических симптомов у гемофилии легкой степени практически нет. Слабость и недомогание могут возникать, например, при анемиях. Но если периодически на теле появляются синяки неизвестного происхождения или же после посещения стоматолога долго не останавливается кровотечение – это сигнал для обращения к врачу.

В тяжелых случаях гемофилия проявляет себя еще в младенческом возрасте – у таких детей нередко при прохождении через родовые пути на голове может сформироваться гематома.

Одно из характерных проявлений тяжелого течения гемофилии – кровоизлияния в суставы (гемартроз). Как правило, страдают крупные суставы – тазобедренные, коленные, локтевые. «У возрастных пациентов основная доля жалоб приходится именно на проблемы с суставами. Вследствие рецидивирующих кровотечений происходит ограничение их подвижности, нарушается походка, формируется их необратимое разрушение», – продолжает Андрей Мамаев. Пациенты с тяжелой формой гемофилии на постоянной основе получают препараты для предотвращения рецидивов кровотечения.

Работа на перспективу

Прежде чем начать лечение, гематологи проводят исследование пациента в несколько этапов. В первую очередь исследуют свертываемость его крови и выясняют вариант гемофилии – А или В. Далее уточняется тяжесть заболевания. «Кроме того, определяется наличие ингибитора к коагуляционным факторам и проводится дифференциация диагно-

Факты о гемофилии

➤ Существует два типа гемофилии – они отличаются дефицитом определенного фактора свертывания крови. Заболевание появляется в результате мутации гена фактора свертывания крови VIII (гемофилия А) или фактора свертывания IX (гемофилия В). Наиболее распространенным типом заболевания является гемофилия А. Она встречается у 80–85% больных гемофилией.

➤ Тяжесть гемофилии определяется количеством фактора свертывания крови: чем он ниже, тем больше вероятность возникновения кровотечения, которое может привести к серьезным проблемам со здоровьем.

➤ Гены, кодирующие оба фактора свертывания крови, локализованы в X-хромосоме. У женщин имеются две половые хромосомы XX. Хромосомный набор мужчин – XY. При

рождении девочек одна X-хромосома наследуется от матери, а другая – от отца. Мужчина, больной гемофилией, имеет одну anomальную X-хромосому и одну неповрежденную Y-хромосому. В случаях рождения мальчиков Y-хромосома наследуется от отца, а одна из X-хромосом – от матери. Если женщина – носительница гемофилии – имеет одну X-хромосому здоровую, а другую anomальную, то от здорового мужчины у нее с равной долей вероятности могут родиться как здоровые сыновья (50%), так и больные гемофилией (50%), а дочери также с равной долей вероятности будут или здоровыми (50%), или носительницами гемофилии (50%). Именно поэтому гемофилией страдают в основном пациенты мужского пола, которые наследуют пораженную X-хромосому от матери.

стики (особенно это важно у детей). На основании данных, в том числе сопутствующих проблем, можно обнаружить удлинение времени свертывания крови, которое обусловлено не гемофилией, а другими причинами. Поэтому важно установить точный диагноз. И далее в зависимости от варианта гемофилии и степени ее тяжести назначить соответствующее лечение», – отмечает Андрей Мамаев.

Сегодня основной метод лечения гемофилии – заместительная терапия. В зависимости от варианта заболевания применяют концентраты VIII и IX факторов свертывания крови в индивидуальных дозах.

«После запуска программы высокотратных нозологий в 2006 году, когда государство начало закупать для регионов концентраты факторов свертывания, качество жизни таких пациентов существенно улучшилось. Если раньше их часто госпитализировали, то теперь лечение осуществляется ими самостоятельно на дому. Пациенты с легкой и средней степенью тяжести используют препараты в режиме «по требованию». При тяжелом

варианте заболевания в подавляющем большинстве случаев их применяют постоянно в режиме профилактики, – подчеркивает эксперт. – Также используют методы нефакторной терапии. Это препараты, в основе которых – моноклональное антитело. Они имитируют действие фактора VIII и обладают гемостатическим эффектом. Их используют при тяжелом течении и осложнениях ингибиторами».

Еще одним перспективным направлением считается генная терапия. Первые экспериментальные попытки начались еще 20 лет назад. Сегодня, по мнению экспертов, они более обнадеживающие. За рубежом уже используют подобные препараты, в нашей стране пока ведутся разработки на стадии клинических исследований.

Гемофилия и сегодня остается неизлечимым заболеванием, но благодаря современным разработкам пациенты получили возможность жить практически без ограничений. При правильном и своевременном лечении риск осложнений значительно снижается.

Ирина Савина

БЫТЬ АКТИВНЫМ – ВЫБОР КАЖДОГО!



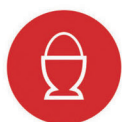
ДЕМОГРАФИЯ
НАЦИОНАЛЬНЫЕ
ПРОЕКТЫ
РОССИИ

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

более
80 % подростков во всем мире испытывают недостаток физической активности

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

5 ИДЕЙ ПОЛЕЗНОГО ПЕРЕКУСА НА 100 ККАЛ



Яйцо вареное (вкрутую), небольшой огурец



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



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



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



Кефир 2,5% – 200 мл (1 стакан)

РАСХОД ККАЛ ЗА 30 МИН



350 ккал
Подъем по лестнице



200 ккал
Танцы под любимую музыку



151 ккал
Зарядка



109 ккал
Пешая прогулка



100 ккал
Уборка дома

#ТЫ СИЛЬНЕЕ
МИНЗДРАВ!
УТВЕРЖДАЕТ

Источники данных: who.int/ru

Хочу выразить благодарность коллективу поликлиники КГБУЗ «Краевая клиническая больница». Очень внимательный, профессиональный персонал все, начиная от санитарочек, медрегистраторов, медицинских сестер и докторов поликлиники. Спасибо **М. В. Свирчук** за внимательное отношение и лечение хронического заболевания. Огромнейшее спасибо лечащему врачу дневного стационара **Е. В. Костюченко**, озонотерапевту **А. Ю. Андрееву**.

Нина Юрьевна Атюнина

Хочу поблагодарить офтальмолога КГБУЗ «Городская поликлиника № 12, г. Барнаул» **Ксению Александровну Шерстову** за профессионализм, четкость работы. Наблюдаюсь пять лет по поводу глаукомы, и мне есть с чем сравнить работу врача. За такими молодými специалистами будущее медицины. Спасибо Вам, доктор!

Ольга Михайловна Гладких

Огромная благодарность врачу-терапевту КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи № 2» **Никите Андреевичу Мозгунову**. Мой отец Николай Петрович лежал в отделении, при поступлении был в тяжелом состоянии. Никита Андреевич провел все обследования, назначил лечение. С пациентами всегда дружелюбен и приветлив. Видно, что любит свою работу. Спасибо за Ваш профессионализм.

Ольга Николаевна Штер

Хочу поблагодарить врачей КГБУЗ «Каменская ЦРБ» **В. В. Иванова**, **Е. В. Волокитину**, **М. И. Прядко**, **К. Совину**, **Е. М. Анциферову**, **Сычеву**, **К. Лочкареву**, массажиста **О. В. Крымских** за спасенную жизнь моего мужа. Большое спасибо вам за ваши терпение и труд.

Н.И. Крохина

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!».

Слова благодарности **Людмиле Николаевне Вязниковой** – великолепному врачу КГБУЗ «Родильный дом № 2, г. Барнаул», у которой я наблюдаюсь более 15 лет. Она всегда спокойна и приветлива, отвечает на все вопросы. К такому профессиональному, внимательному, заботливому, деликатному и доброжелательному специалисту всегда можно обратиться. Людмила Николаевна хорошо знает своих пациентов, всегда проконсультирует и поможет. Имея большой опыт работы, она делится им с молодыми специалистами. О таких говорят: «Врач от Бога». Спасибо! Побольше бы таких врачей в наших медицинских организациях!

Елена Ивановна Дмитриева

Хочется выразить слова благодарности старшей медицинской сестре нефрологического отделения КГБУЗ «Детская городская больница № 1, г. Барнаул» **Ларисе Викторовне Тутуниной**. Являясь волонтером данного отделения, постоянно нахожусь в тесном взаимодействии с медицинским персоналом больницы. Лариса Викторовна – хороший наставник, она всегда поможет, расскажет и направит в нужное русло. А еще она очень доброжелательный и трудолюбивый человек!

Софья Алексеевна Чепкасова

Выражаю свое огромное уважение и сердечные слова благодарности лечащему врачу-неврологу КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи № 2» **Татьяне Васильевне Илюшиной** за ее профессионализм, доброе, отзывчивое отношение. У этого доктора большое открытое сердце, столько тепла и внимания к больным, что начинаешь верить: болезнь возможно победить. Также слова благодарности обращаю к заведующей неврологическим отделением этой больницы **Людмиле Петровне Ивановой**, огромное Вам спасибо за Ваш многолетний эффективный и добросовестный труд. В этом отделении весь медперсонал с теплом и вниманием относится к больным, в отделении чистота и порядок. Хочу сказать вам всем большое спасибо! Пожелать здоровья, удачи, счастья и благополучия. Как здорово, что есть такие профессионалы своего дела, которые помогают верить и идти вперед, шаг за шагом, побеждая самого себя! Низкий земной поклон за ваш такой нелегкий и ответственный труд!

Алла Владимировна Мокринских

Огромные слова благодарности прекрасному врачу КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи № 2» **Кристине Павловне Джабиевой**! Поступили с ребенком в детское инфекционное отделение. Благодаря профессионализму доктора Джабиевой мой ребенок был за трое суток поставлен на ноги. Кристина Павловна – чуткая, внимательная, а самое главное – профессионал своего дела, про таких врачей хочется сказать: «Врач от Бога!» Самые искренние слова благодарности нашему лечащему врачу, сил и здоровья Кристине Павловне! Спасибо за то, что Вы есть.

Светлана Сергеевна Бровка



Результаты работы в 2024 году

Участники итоговой коллегии Минздрава Алтайского края рассмотрели результаты деятельности системы здравоохранения за 2024 год.

Большое внимание было уделено проектному управлению в отрасли. В 2024 году в медицинских организациях шла работа по разработке и внедрению девяти региональных проектов.

Также в рамках коллегии были вручены правительственные и ведомственные награды.

Вторая часть коллегии будет посвящена результатам работы по снижению социально значимых заболеваний.

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: altai.aif.ru, immunocap.ru, almed24.ru