

Мы

и ЗДОРОВЬЕ



№ 5 (719) 15 мая 2023 г. | Издается с 17 июня 1994 г.



В честь героев-медиков

➤ Стр. 4-6

«И работа эта хорошая»

➤ Стр. 8-9

Боль под контролем

➤ Стр. 21-23



Дмитрий Попов

Министр здравоохранения
Алтайского края

С Днем Победы!



**Дорогие ветераны
Великой Отечественной войны!
Уважаемые жители Алтайского края!**

Примите сердечные поздравления с 78-й годовщиной Победы! 9 Мая – это особый праздник, в котором слились воедино душевная боль о невосполнимых утратах и огромная радость Великой Победы. В этот священный день мы отдаем дань уважения и преклонения беспримерному героизму нашего народа, его силе духа и высоким моральным ценностям. День Победы остается для нас по-настоящему великим и жизнеутверждающим праздником, символом мужества, величия и силы духа русского народа, бессмертного подвига воинов и тружеников тыла.

Среди тех, кто совершил подвиг в годы Великой Отечественной войны, одно из самых почетных мест занимают ветераны-медики – без их героического труда невозможно было бы вернуть в строй сотни тысяч бойцов. Напряженному и неустанному труду военных медиков обязаны сохранением жизни многие и многие из ветеранов фронта.

Примите искренние пожелания счастья и здоровья, благополучия и долголетия, душевного спокойствия и мирного неба над головой!



Руководители медучреждений региона повышают управленческие компетенции



В текущем году по специальному запросу Министерства здравоохранения Алтайского края в Алтайском филиале РАНХиГС были созданы два новых курса повышения квалификации – «Управленческие компетенции в сфере здравоохранения» и «Финансовое моделирование и оценка проектов в здравоохранении».

19 апреля состоялась встреча слушателей курса с министром здравоохранения **Дмитрием Поповым**. Участни-

ки встречи представили разработанные ими проекты, которые направлены на повышение качества и доступности медицинской помощи. Среди новых идей, представленных участниками, – инновационные модели выездной работы и работы участковой службы, управление потоками пациентов, управление медицинскими запасами по системе «канбан», новые формы взаимодействия между медицинскими организациями в условиях дефицита кадров.

Вопросы по охране труда - на контроле

20 апреля состоялось традиционное отраслевое совещание специалистов по охране труда медицинских организаций. В совещании приняли участие приглашенные эксперты и представители медицинских организаций всего Алтайского края.

Мероприятие открыла специалист по охране труда Министерства здравоохранения Алтайского края **Татьяна Кандрова**.

В совещании приняла участие **Ольга Горбунова**, начальник управления организации страхования профессиональных рисков отделения Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации по Алтайскому краю, с докладом «Финансовое

обеспечение предупредительных мер в 2023 году». О взаимодействии с первичной профсоюзной организацией рассказал **Олег Волошин**, технический инспектор труда ЦК профсоюза работников здравоохранения. Заведующая профпатологическим центром **Алла Турчина** разъяснила основные моменты постановления Правительства Российской Федерации от 05.07.2022 № 1206 «О порядке расследования и учета случаев профессиональных заболеваний работников».

Был рассмотрен еще ряд вопросов, касающихся изменений в законодательстве об охране труда, взаимодействия с первичной профсоюзной организацией и др.

Здоровье ветеранов - в приоритете

Накануне Дня Победы уже много лет ветеранов Великой Отечественной войне комплексно осматривают специалисты районных или городских поликлиник. Результаты осмотров и проведенных обследований вносятся в карту диспансерного наблюдения, в регистр участников Великой Отечественной войны.

По итогам разрабатывают индивидуальные годовые планы лечебно-оздоровительных мероприятий. Результаты ежемесячно направляют в Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн. При необходимости ветеранов госпитализируют, для этого в медицинских организациях края предусмотрены отдельные палаты.

В текущем году амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь оказана всем нуждающимся ветеранам. В том числе более 40 человек пролечились в стационаре Алтайского краевого госпиталя для ветеранов войн, 196 маломобильных ветеранов получили медицинскую помощь на дому.

Отдельное внимание в регионе уделяется обеспечению лекарственными средствами, в том числе осуществляется их доставка на дом. В аптечных организациях, участвующих в программах льготного лекарственного обеспечения края, созданы неснижаемые резервы жизненно важных лекарственных средств.

На особом контроле находится диспансеризация и профилактическое медицинское обследование. В I квартале осмотрено 100% от числа ветеранов и лиц, приравненных к ним, проживающих на территории Алтайского края. Из них 88,8% осмотрено на дому, 10,6% – в амбулаторно-поликлинических учреждениях, 0,6% – в условиях стационара.

Источник: zdravalt.ru

В честь героев-медиков

Несколько улиц Барнаула были названы в честь медиков, участвовавших в Великой Отечественной войне.

Александр Чеглецов



Улица Чеглецова находится в районе Юбилейного парка, между улицами Малахова и Северо-Западной. Свое название в честь выдающегося алтайского хирурга она получила в 1963 году.

Александр Чеглецов родился в 1906 году в Красноярске. Учился в Иркутске – в 1927 году окончил медицинский факультет Иркутского государственного университета. Молодой хирург работал после выпуска в Енисейской районной больнице, в селе Тасеево, в Томской железнодорожной больнице. С 1928 по 1933 год он провел около трех тысяч операций, в том числе таких сложных, как трепанация черепа.

В 1933 году Александр Николаевич переехал в Барнаул и до 1941 года работал хирургом в городской больнице, заведовал отделением неотложной хирургии и травматологии. Коллегами Чеглецова в те годы были известный хирург **Нил Руднев** и организатор здравоохранения на Алтае **Константин**



Зеров. Чеглецов и Зеров стояли у истоков введения в качестве лечения переливание крови и организацию скорой медицинской помощи на дому. Вместе с Зеровым они оказывали экстренную помощь тяжелобольным жителям отдаленных районов Алтайского края, совершая вылеты, делая неотложные операции и консультируя. В 1936 году Александр Чеглецов впервые в Барнауле сделал операцию на сердце и применил обезболивание. Пациент, которого он спас, получил в сердце ножевое ранение.

Осенью 1941 года Александр Николаевич ушел на фронт хирургом 372-й стрелковой дивизии, сформированной в Барнауле. Он был ведущим хирургом медсанбата, а затем оперировал во фронтовом госпитале № 394. Хирург Чеглецов спасал раненых на Волховском, Ленинградском, 2-м Прибалтийском фронтах. Спас жизни тысячам воинов, за что награжден двумя орденами Красной Звезды, орденом Отечественной войны I и II степени и медалями «За победу над Германией» и «За оборону Ленинграда». Войну окончил в звании майора военной службы.

После возвращения в Барнаул Александр Николаевич занял долж-

ность заведующего хирургическим отделением, а после стал главным врачом Барнаульской городской больницы. Доктор Чеглецов был избран депутатом городского совета, возглавлял научное общество хирургов Алтая и комиссию по здравоохранению, был главным хирургом Барнаула и членом правления Всероссийского общества хирургов. Он одним из первых поднял вопрос об открытии в регионе медицинского института. Жизненный путь Александра Николаевича скоропостижно завершился в 1957 году.

Вера Кащеева



Улица Веры Кашеевой начинается от улицы Попова и выводит на улицу Кавалерийскую в районе Барнаульского ипподрома. В 1984 году Барнаульский городской Совет принял решение назвать этим именем новую улицу в квартале 1098 Ленинского района.

Вера Кашеева – уроженка Алтайского края, а именно села Петровка Троицкого района. Она родилась в 1922 году. В Петровке девушка окончила семь классов, а затем переехала в Барнаул. Она работала на меланжевом комбинате и в то же время училась на курсах медицинских сестер.

С одной из частей, сформированных в Алтайском крае, Вера Кашеева ушла на фронт. В марте 1942 года она стала санитарным инструктором и несла службу сначала во 2-м стрелковом полку 310-й стрелковой дивизии, затем в 39-й гвардейской стрелковой дивизии, которая вела оборонительные бои в Сталинграде около завода «Красный Октябрь».

За первые бои под Харьковом и Сталинградом Вера Сергеевна Кашеева была награждена медалями «За боевые заслуги», «За отвагу» и орденом Красной Звезды. Указом Президиума Верховного Совета СССР 22 февраля 1944 года ей присвоили звание Героя Советского Союза – за то, что во время форсирования Днепра, когда погиб командир отделения, Вера взяла на себя командование отделением как старшая по званию. Бойцы под ее руководством перебрались через Днепр, закрепились на территории и удерживали плацдарм.

После окончания войны Вера Сергеевна вернулась в Барнаул в звании младшего лейтенанта медицинской службы. В 1948 году она окончила акушерское отделение медицинского техникума и работала медсестрой. Через некоторое время она вышла замуж за военного и уехала в Хабаровский край. В 1973 году семья переехала в Апшеронск Краснодарского края. Там женщина трудилась в должности фельдшера. 20 мая 1975 года Вера Сергеевна погибла в автомобильной аварии.

Вера Сергеевна Кашеева – одна из первых женщин, получивших медаль

имени Флоренс Найтингейл, которую вручает Международный комитет Красного Креста медицинским сестрам за исключительную храбрость и преданность своему делу. Ее имя также носит улица в родном селе Петровка.

Иосиф Халманов



Улица Халманова в Барнауле находится чуть далее улицы Гушина, имеет сложную и прерывистую конфигурацию и проходит по частному сектору. Свое нынешнее название в честь Героя Советского Союза Иосифа Халманова она получила в 1987 году в результате переименования. Прежнее название – Садовая. Рядом находятся улицы, названные в честь еще двух Героев Советского Союза времен Великой Отечественной войны – **Николая Маркелова** и **Сергея Рубусина**.

Иосиф Халманов – ровесник Александра Чеглецова, родился тоже в 1906 году. Он – уроженец села Гоньба. В начале войны был мобилизован в ряды Красной армии и принимал участие в обороне города Калинина. Был тяжело ранен, лечился. Окончил краткосрочные курсы санинструкторов и затем в составе 634-го стрелкового полка был снова отправлен на фронт. Второе ранение Иосиф Васильевич получил при форсировании Днепра – остался в живых в числе девяти человек. 24 марта 1945 года все они были удостоены звания Героя Советского Союза. При штурме деревни Буйни-

чи на правом берегу Днепра Иосиф Халманов первым водрузил красный флаг на одном из занятых домов, чем вызвал панику в стане врагов. За время боев вынес 190 раненых бойцов и командиров. Награжден орденами Отечественной войны I и II степени, Красной Звезды, медалями. Иосиф Васильевич Халманов закончил войну в Берлине, участвовал в Параде Победы в Москве в 1945 году.

Мария Цуканова



Улица Цукановой – небольшая, выходит на улицу Советской Армии между улицей Телефонной и проездом Радлова.

Мария Цуканова не была уроженкой Алтайского края. Она родилась под Смоленском в 1924 году, а ее детство и юность прошли в Красноярском крае. Маша планировала стать студенткой педагогического училища, но ее планам помешала начавшаяся война. На фронт ушли ее отчим и брат, брат вскоре погиб. Девушку на фронт военкомат не отправил, поэтому она работала телефонисткой, помогала в госпитале. Затем семья переехала в Иркутск, и там Маша устроилась работать на местный авиазавод. Чтобы попасть на фронт, она поступила на медицинские курсы. Летом 1942 года ее призвали на службу в ВМФ, отправив на Дальний Восток.

Продолжение на стр. 6 >>

«Продолжение. Начало на стр. 4-5»

Сначала Мария служила телефонисткой и дальномерщицей в 51-м артиллерийском дивизионе Шкотовского сектора береговой обороны. В 1944 году после окончания школы младших медицинских специалистов Цуканова была назначена санитаркой 3-й роты 355-го отдельного батальона морской пехоты Тихоокеанского флота.

14 августа 1945 года этот батальон высадился в корейском порту Сэйсин. Советское командование пыталось лишить японцев возможности для эвакуации, поэтому наряду с основным наступлением проводились операции по захвату портов. Но силы были неравны: против морских пехотинцев выступили части Квантунской армии. За два дня боев Мария Цуканова вынесла из-под огня 52 бойца и командира и при этом сама вела огонь по врагу. Будучи раненой, Мария попала в плен и была зверски замучена. Перед тем как быть захваченной, она уничтожила около сотни японцев.

К 17 августа к месту боя вышел передовой отряд 25-й армии 1-го Дальневосточного фронта, и японцы стали сдаваться. Советские десантники среди тел погибших обнаружили тело Марии Цукановой – у девушки были выколоты глаза, а сама она была разрублена на части. Девушка погибла за месяц до своего 21-го дня рождения.

Мария Цуканова похоронена в братской могиле вместе с другими советскими воинами, павшими при взятии Сэйсина. В сентябре 1945 года ей было посмертно присвоено звание Героя Советского Союза. В 1988 году рядом с братской могилой был установлен бюст Марии Цукановой.

В честь Марии Цукановой названо одно из сел в Приморском крае, улицы в Омске, Иркутске, Красноярске, Абакане и других населенных пунктах.

Подготовила Елена Клишина

Повысить качество медпомощи



Медицинские организации имеют возможность приобретать необходимое оборудование за счет средств нормированного страхового запаса Территориального фонда обязательного медицинского страхования Алтайского края с 2016 года. За это время для лечебной сети края закуплено более 300 единиц различной медицинской техники. В том числе такой дорогостоящей, как видеоэндоскопическая и эндохирургическая, комплексы для ультразвуковых исследований, рентгеновские аппараты, маммографы, оборудование для операционных и т. д.

К примеру, для КГБУЗ «Троицкая ЦРБ» и КГБУЗ «Староалейская ЦРБ Третьяковского района» приобретены стоматологические установки, для КГБУЗ «Рубцовская ЦРБ» закуплен аппарат УЗИ и наркозно-дыхательный аппарат, коагулометр для проведения исследований уровня свертывания

крови, эндоскопическое и лабораторное оборудование. В КГБУЗ «ЦГБ г. Бийска» за счет средств НСЗ отремонтирован компьютерный томограф.

В Алтайском краевом госпитале ветеранов войн в мае 2022 года развернуто кардиологическое отделение. Помощь пациентам оказывается на

высоком уровне, кардиологическим больным проводятся все необходимые диагностические мероприятия: ультразвуковое исследование сердца, суточное мониторирование ЭКГ и АД, велоэргометрия, электрокардиография.

«Открытие данного отделения в КГБУЗ «АКГВВ» в мае 2022 года позволило повысить доступность медицинской помощи лицам старших возрастных групп с сердечно-сосудистыми заболеваниями», – рассказал заведующий отделением **Денис Васильевич Кравец**.

В 2022 году Территориальным фондом ОМС Алтайского края госпиталю были выделены средства для оснащения отделения. На средства нормированного страхового запаса ТФОМС госпиталем приобретены комплексы для многосуточного мониторирования ЭКГ (по Холтеру) и АД – «Кардиотехника-07-АД-3».

«Данные устройства позволяют оценить функции сердечной мышцы на протяжении суток: во время сна, физической активности, стресса и покоя. Эта методика позволяет вовремя выявить серьезные заболевания, такие как аритмия, стенокардия, ишемическая болезнь сердца, нарушение проводимости, оценить динамику изменения артериального давления в течение суток. Эти устройства незаменимы в кардиологическом отделении, их использование позволяет эффективно подходить к диагностике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний», – объясняет Денис Васильевич Кравец, заведующий кардиологическим отделением.

В целях развития отделения и улучшения качества оказываемой медицинской помощи планируется расширение спектра электрофизиологических исследований, проведение школ пациентов с различными заболеваниями сердечно-сосудистой системы, профилактическая работа и разработка методических материалов в целях информирования пациентов и их родственников о факторах риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и их коррекции.

«За период работы отделения было пролечено 410 пациентов, средний

возраст которых составляет 67,3 года, из них сельских жителей 62,3%. У пожилых пациентов отделения часто наблюдается коморбидная патология, поэтому в их лечении участвует не только врач-кардиолог, но и врачи других специальностей. Важным моментом в работе отделения является взаимодействие со специалистами Герiatricкого центра, в первую очередь с врачом-гериятром. Чаще всего у пациентов отделения встречается ишемическая болезнь сердца, осложненная хронической сердечной недостаточностью. Поэтому необходимым шагом было открытие кабинета хронической сердечной недостаточности в рамках работы Алтайского краевого гериатрического центра и кардиологической службы госпиталя. После стационарного лечения мы приглашаем пациентов один раз в 3 месяца на консультативный прием в кабинет хронической сердечной недостаточности для оценки эффективности лечения на амбулаторном этапе. У пациентов имеется возможность взаимодействовать с врачом-кардиологом после выписки. Они всегда могут позвонить и проконсультироваться по поводу изменений своего состояния: нарастания отеков, одышки, аритмии и других симптомов. Это позволяет контролировать болезнь и оценить эффективность терапии», – подчеркнул Денис Васильевич.

В свою очередь, для решения задачи повышения доступности и качества медицинской помощи сельскому населению в Шипуновскую центральную районную больницу поступил современный УЗИ-аппарат экспертного класса. Закупка для медицинской организации также полностью профинансирована за счет средств нормированного страхового запаса Территориального фонда обязательного медицинского страхования Алтайского края. Стоимость УЗИ-аппарата составила 2,1 млн рублей.

Благодаря новому аппарату существенно повысилась доступность ультразвуковых исследований для пациентов в Шипуновской центральной районной больнице, так как теперь они проводятся по месту жительства и нет необходимости направлять жите-

Цифры и факты

В 2022 году в соответствии с утвержденным планом мероприятий из бюджета Территориального фонда ОМС Алтайского края в медицинские организации перечислено более **235** млн рублей, из них: **273** тыс. рублей – на повышение квалификации медицинских работников, **18** млн рублей – на ремонт и **217** млн рублей – на приобретение медицинской техники.

Также за счет средств НСЗ в 2022 году прошли курсы повышения квалификации **68** медицинских работников.

лей в другие медицинские организации, в том числе в краевой центр.

Прием пациентов на новом аппарате ведут два врача ультразвуковой диагностики – **Ольга Витальевна Ушакова** и **Алексей Евгеньевич Бровкин**, и еще один врач в настоящее время проходит профильную подготовку по функциональной диагностике.

«Ультразвуковое исследование – это не только современный, но и наиболее информативный метод диагностики большого перечня заболеваний. Мы смотрим на аппарате брюшную полость, забрюшное пространство, органы малого таза, лимфосистему, молочные железы. Это позволяет выявлять имеющуюся патологию уже на ранней стадии и своевременно начинать лечение. Для того чтобы пройти обследование, пациенту необходимо получить у фельдшера или лечащего доктора направление. В настоящее время к нам на прием ежедневно приходят порядка 20 человек», – отметила О.В. Ушакова.

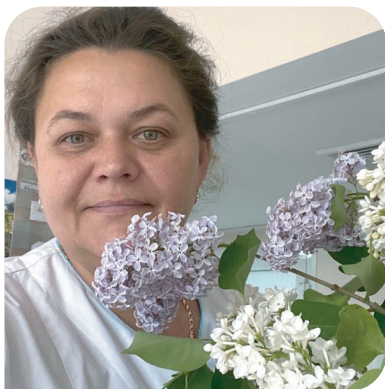
Материалы и фото предоставлены пресс-службой ТФОМС

«И работа эта хорошая»



5 мая в медицинском сообществе отмечают Всемирный день акушерки. Представители этой профессии сопровождают женщин во время беременности, а также помогают появиться на свет малышам. Мы спросили у акушерок перинатального центра Алтайского краевого клинического центра охраны материнства и детства о том, что самое сложное и что самое приятное в их работе.

Людмила Ермошина,
акушерка акушерского физиологического отделения совместного пребывания матери и ребенка:



– В 17 лет о выборе профессии как-то серьезно не задумываешься. Кажется, впереди вся жизнь с ее не-

ограниченными возможностями. Но когда встал вопрос о том, какую профессию мне выбрать, я решила посоветоваться с родителями. И на семейном совете мне посоветовали идти в медицину. Доводы были железные: профессия медика – благородная, она всегда востребована и ценится людьми. Тем более работа в сфере охраны материнства и детства. И, как сказала мама, «без куска хлеба никогда не останешься». Так я оказалась в медучилище, после окончания которого с первого дня и по сегодняшний день работаю в послеродовом отделении перинатального центра. Вот уже 32 года. Работой довольна, горжусь тем, что мой скромный вклад помогает в организации оказания достойной медицинской помощи молодым мамам и их малышам.

Самое приятное в моей работе – предельное взаимопонимание в коллективе, которое непосредственно влияет на слаженность всей работы.

Самое трудное в работе, скорее всего, бытовые мелочи – плохо организованное обеспечение нужд отделения, отсутствие элементарной культуры у рожениц, рутинные, порой не необходимые надзорные действия со стороны контролирующих служб.

Галина Галактионова,
акушерка акушерского отделения патологии беременности:

– У нас лежат беременные женщины со сроком от 22 недель с невынашиванием, экстрагенитальными патологиями и патологиями плода. Задача специалистов нашего отделения – помочь маме выносить этого



Самое хорошее – когда мы видим результат: и у мамы, и у ребенка все хорошо. Когда счастливая мама говорит всем «Спасибо». В этом и заключается наша работа. И работа эта хорошая.

Марина Жирнова,
акушерка родового отделения
с операционными:



– Мой общий стаж – с 2000 года. У меня дядя был главным врачом, хирургом в Рубцовске, тетя работала анестезиологом во втором роддоме. Пообщавшись с родственниками, я заинтересовалась медициной и решила поступать в Барнаульский медколледж, хотя родители пророчили мне педагогический университет. Во время учебы мне было просто интересно, и только устроившись на работу, я поняла всю значимость своей профессии.

Первое место работы – акушерское наблюдательное отделение роддома № 5 (сейчас перинатальный центр АКЦОМД), где получила колоссальный навык. Там я научилась, можно сказать, всему, чем сейчас владею. Моим первым учителем и наставником стала старшая акушерка отделения **Галина Павловна Огородникова**. В данный момент я продолжаю работать под ее руководством, только уже в родовом отделении. Очень благодарна ей за все.

У нас было очень много сложных родов, в том числе поступали женщины с тяжелой патологией плода, многие лежали на пролонгировании беременности. Все женщины, которые в послеродовом периоде нуждались в особом наблюдении, в особой тактике лечения, также находились у нас. Я

помню первые роды, которые приняла: это было на пересменке, и моей напарнице нужно было уйти пораньше, она попросила меня остаться. И вот я, ничего не умея, остаюсь, и привозят цыганку с полным раскрытием... Она кричала так громко, а я, наверное, еще громче. Но с женщиной и малышом было все в порядке.

Сейчас моя работа заключается в том, чтобы принимать роды: давать акушерское пособие, вести первый период родов, второй, третий. В первом периоде родов мы наблюдаем женщину – подключаем монитор КТГ, следим за состоянием плода и родовой деятельностью, за силой, характером и частотой, продолжительностью схваток, за состоянием матки, за давлением и т. д. И мы всегда работаем в команде с доктором. После родов пересекаем пуповину после того, как она перестала пульсировать. Следим за состоянием родовых путей женщины, проводим первичный туалет новорожденного. Если все хорошо, мы прикладываем ребенка к груди мамы, и два часа они лежат в обнимочку.

В смену мы можем принять и одного малыша, а бывает и семь «в одни руки». И девятнадцать детей может пройти за смену. Приходилось принимать и двойню. К рождению двойни всегда готовятся заранее – их встречает большая команда медиков.

Сложности в работе я уже никакой не вижу для себя. Бывает тревога в ожидании, волнение, когда идет не все так, как хотелось бы. Но всегда радуется хороший исход родов. Коллектив у нас такой, «сколоченный» – мы много лет друг друга знаем. Мы – «рожающие» акушерки.

Отдельное спасибо – **Галине Михайловне Назимко**, которая долгое время была главной акушеркой нашего центра. Галина Михайловна помогла мне стать профессионалом своего дела. Она за годы своей работы воспитала не одно поколение акушеров, которые сейчас работают не только в нашем центре, но и в других роддомах края.

Елена Клишина.

Фото героинь публикации предоставлены пресс-службой АКЦОМД

ребенка, чтобы он родился здоровый и в срок.

Я работаю в перинатальном центре 27 лет. У меня мама акушерка, и у нас в семье вопрос о том, куда мне пойти учиться, как-то даже и не рассматривался. Когда пришло время поступать, мама сказала: «Иди на акушерское дело». И я окончила наш медицинский колледж, тогда еще училище. Параллельно с учебой я работала санитаркой в седьмой детской больнице. Потом я пришла сюда, очень долго работала в женской консультации – 11 лет: на участке с доктором на приеме, на специальных приемах, в смотровом кабинете – везде была своя специфика. Всегда хотела работать в стационаре, и однажды меня пригласили работать в отделение патологии. Коллектив принял меня очень хорошо. В отделении я работаю уже 16 лет. В акушерстве так заведено, что люди тут работают долго, текучки нет. Акушерка должна работать акушеркой. По моему примеру в акушерство пошли моя племянница и моя крестница.

Самое трудное в работе – найти контакт с женщинами. С беременными бывает сложно. Если они начитались Интернета, то могут сами себе чего только не напридумывать. Боишься сказать лишнее слово, чтобы не обидеть. К каждой нужен определенный подход. Особенно сейчас, когда карантин, свидания запрещены, дома у них могут быть проблемы – из-за этого они плачут, переживают. Некоторых и поругать нужно, если они не соблюдают правила. Женщины и поругаться между собой в палате могут. А нам нужно, чтобы в отделении была благоприятная атмосфера.

Профессия не для всех

Врачи назначают лечение и контролируют лечебный процесс. Но следят за любым изменением состояния пациента и выполняют все манипуляции – от выдачи лекарств до постановки капельниц и катетеров – медицинские сестры. Именно они проводят рядом с больным большую часть времени. Как меняется профессия с течением времени и какие задачи сегодня решают специалисты среднего медицинского звена – расскажет главная медсестра Краевой клинической больницы скорой медицинской помощи Ирина Воронина, более 40 лет посвятившая сестринскому делу.



Экстренные будни

Ирина Воронина в медицине с 1983 года – погружение в профессию началось с труда санитарки. Спустя 5 лет она окончила Житомирское медицинское училище с записью в



Обход старших медсестер в эндоскопическом отделении

дипломе – «Акушерка» и пошла работать по специальности в родильный дом. С тех пор ее профессиональный багаж постоянно пополнялся – в Подмоскowie работала в реанимации, а после того как родители в 90-м году переехали в Алтайский край – анестезисткой в Барнаульском роддоме № 2, старшей медсестрой отделения детской реанимации в роддоме № 5.

В 1997 году пришла в Городскую больницу № 1 старшей сестрой и попала буквально на медицинскую передовую: прошла самые сложные отделения – нейрохирургию и так называемый приемник. В отделении травматологии занималась всеми процессами, связанными с металлоконструкциями и аппаратурой, – закупка, списание, контроль работы с металлом в операционной. На один год уходила в Федеральный центр ортопедии и травматологии – на открытие. После этого вернулась в Больницу скорой медицинской помощи и с тех пор в ее стенах применяет все полученные знания и делится ими с молодыми специалистами.

Поработав в различных отделениях, Ирина Валентиновна убедилась: в экстренном стационаре нет «отделений полегче». У каждого профиля

– свои нюансы ухода и помощи, но ей самой больше всего нравилось быстро учиться ориентироваться в ситуации и разводить потоки пациентов в приемном отделении.

По словам Ирины Ворониной, за прошедшие годы непосредственный функционал медицинской сестры особо не изменился, но сегодня стало больше различных приказов, актов, распоряжений, которые необходимо выполнять. «Если раньше мы больше занимались уходом и работой с пациентом, то теперь в это же время нужно успевать заполнять много документации. Причем это касается не только главных и старших, но и рядовых сестер – постовых, палатных, участковых. Кроме того, процесс цифровизации пришел и в нашу сферу, поэтому работа с компьютером также занимает определенное время», – отмечает главная медсестра.

Нехватка времени и количество персонала влияют на процесс. Под руководством Ирины Ворониной – около 500 медицинских сестер и братьев, а также около 250 санитарок. При этом практически все отделения испытывают дефицит либо медсестринского, либо младшего медицинского персонала. Поэтому на плечи медсестер

ложится большая нагрузка. Дефицит кадров – тенденция, которую здравоохранение пытается решить. Сейчас изменилось отношение и к медицине, и к медсестринской специальности.

«Были времена, когда уже в июле – после выпуска студенты стояли в очереди, желая работать у нас. Сегодня ситуация иная – по большей части молодежь идет работать в косметологию или же по специальности, но в частные клиники. Все дело в нашей специфике – большой объем работы в условиях экстренного стационара. Случалось такое, что, отработав свое первое дежурство и приняв 30 человек за него, новичок не возвращался. Но я точно могу сказать: если год отработаешь в таком режиме, то уже никуда не уйдешь, – отмечает Ирина Воронина. – Поэтому работа в экстренном стационаре – не для всех. Чтобы остаться здесь, нужен сильный волевой характер. Расслабляться у нас некогда – прием пациентов идет круглосуточно».

Стать сестрой

На вопрос: «Какие качества необходимы, чтобы состояться в профессии?» – Ирина Валентиновна, не раздумывая, отвечает: «Большая работоспособность, обязательно милосердие – мы всегда учим молодых специалистов относиться к пациентам так, как если бы это были ваши родные. Ну и конечно, умение работать в стрессовых ситуациях – у нас их много. Молодежи сегодня хватает грамотности, знаний, но практически у всех отсутствует умение выстраивать коммуникации. Они стали более резкие, бескомпромиссные, если что-то не понравилось, то могут развернуться и уйти».

Чтобы у молодых специалистов сложилось правильное представление о работе в экстренном стационаре, главная медсестра всегда знакомит с ее сильными и слабыми сторонами. «Работы здесь много, и она тяжелая. Но, с другой стороны, она интересная, живая. И еще говорю: если, поработав какое-то время, вы понимаете, что некомфортно, – уходите, не нужно себя заставлять. Стать по-настоящему хорошей медсестрой не получится. Воз-

можно, на самом деле стоит попробовать себя в плановом стационаре или же вообще сменить профессию», – подчеркивает Ирина Воронина.

Тем же, кто понял, что сестринское дело – его призвание, будут помогать при каждом шаге. «В нашей больнице сложилось так, что нет разделения по значимости. В оказании медицинской помощи нет второстепенных ролей. У врачей – свой функционал, у сестер – свой. И каждый друг друга дополняет в этом процессе. Не подготавливает медсестра необходимые инструменты – врачу нечем будет работать. Более того, опытные медсестры молодым врачам много в чем помогают, подсказывают какие-то нюансы, – отмечает главная медсестра БСМП. – Если же внутри коллектива возникают конфликтные моменты, мы ставим в известность нашего психолога. Поначалу, когда такой специалист появился, было некое недоумение среди коллег, но потом пришло понимание, что такое взаимодействие очень продуктивно. Кроме того, он также помогает и пациентам снизить психологическое напряжение».

Ирина Воронина и в себе выработала качества психолога, чтобы уметь эффективно руководить коллективом, который по большей части состоит из женщин. «Кого-то обязательно нужно похвалить, чтобы развитие в профессии шло, а с кем-то нужно поостороже, чтобы дисциплину удержать на нужном уровне», – говорит она. Сама же опирается на терпение и любовь к своему делу. По ее словам, преодолеть все ступени карьерной лестницы и стать главной медсестрой можно довольно быстро. Но важно суметь организовать рабочий процесс и отношения в коллективе, люди должны захотеть пойти за лидером. Просто ходить, раздавая указания, – не сработает. Главная медсестра больницы проверяет наличие необходимых документов у будущих работников, контролирует работу среднего и младшего медперсонала, ведет учет материальных ценностей, занимается документацией. По сути, она решает все текущие вопросы – от общих административных проблем до неурядиц в коллективе. И

чтобы найти подход к каждому человеку, нужно с каждым разговаривать, чтобы понимать, чем люди дышат, убеждена Ирина Валентиновна.

Жизнь, а не кино

Чего сейчас не хватает сестринской службе для ее полноценного развития? Ответ на этот вопрос не может быть односторонним. «Нашему стационару не хватает эргономичного оборудования – всевозможных механических приспособлений, роботизированных установок для облегчения работы сестер. Например, перекладчики пациента избавят медсестру от необходимости поднимать и двигать больного. Или же специальное оборудование для проведения генеральных уборок: заправил – и через полтора часа получаешь стерильное помещения. Все сэкономленное время медсестра может использовать на общение с пациентом и уход за ним. Нередко больным не хватает простого человеческого внимания, – говорит Ирина Воронина. – Не менее важен финансовый вопрос. Сегодня, чтобы средним медицинским работникам нормально заработать, нужно идти работать на две ставки. А еще очень важно поднимать престиж профессии. Раньше к медицинскому работнику было больше уважения. Сегодня же можно услышать все, что угодно, в адрес медицинского персонала. Агрессии много в обществе стало. Люди кино посмотрят и начинают ругаться и говорить, как у нас должно быть. У нас не кино, у нас реальная жизнь. И медицинский персонал все же не услуги оказывает, а помощь. И нередко от скорости ее оказания зависит, будет человек жить или нет».

Поэтому, обращаясь к молодежи, Ирина Воронина повторяет: если выбрали профессию и не чувствуете себя комфортно, лучше развернуться и уйти. А тем, кто остался, – пусть всегда хватает сил, мужества и милосердия. И для того, чтобы профессионально не выгореть, нужно любить то, что делаешь. Медсестра – вечная профессия, которая всегда будет необходима.

Ирина Савина.

**Фото предоставлено
пресс-службой БСМП**

Не давайте шансов «тихому убийце»

Кто-то живет с гипертонией, а кто-то пребывает в счастливом (до поры до времени) неведении о том, что это за заболевание.

Гипертонию называют «тихим убийцей» – за то, что она подтачивает здоровье человека, а он долго может этого не ощущать.

17 мая отмечается Всемирный день борьбы с артериальной гипертонией.

О правилах жизни с этим заболеванием рассказала Антонина Бочарова, заведующая кардиологическим отделением Краевой клинической больницы.



– По статистике, до 50% пациентов с гипертонией не знают о своем заболевании. Почему это происходит? Многие пациенты с повышенным артериальным давлением могут не иметь вообще никаких жалоб. А такие симптомы, как головная боль, одышка, боль в груди, кровотечения из носа, субъективные головокружения, отеки,



периферические расстройства зрения, ощущения жара, потливость и приливы, встречающиеся при артериальной гипертензии, неспецифичны и могут наблюдаться при других заболеваниях. Поэтому пациенты чаще всего не обращают внимания на эти знаки. У гипертонии нет ярких, каких-то только ей присущих проявлений, кроме повышенного уровня давления.

Антонина Владимировна отмечает, что гипертония в настоящее время молодеет, и сейчас среди пациентов встречаются даже юноши 18–20 лет с признаками гипертонии. Тому, что гипертония проявляется все в более раннем возрасте, способствуют такие факторы, как избыточная масса тела и ожирение (до 30% населения имеют избыточный вес), наследственность и предрасположенность (до 30% пациентов имеют генетические

факторы развития гипертонии). Также к факторам риска развития гипертонии относят избыточное потребление соли – более 5 г в сутки. В этом же списке – гиподинамия, курения, злоупотребление алкоголем, стрессы. «Мы находим у пациентов разные сочетания этих факторов», – говорит кардиолог.

Кроме того, может возникать вторичная гипертензия, когда давление повышается из-за какого-либо заболевания. Такое бывает при синдроме обструктивного апноэ сна, заболеваниях почек, эндокринных патологиях, заболеваниях щитовидной железы, редких врожденных заболеваниях и т. д.

Жить по-другому

Среди рекомендаций, которые Антонина Бочарова дает своим пациентам, главные – изменить образ жизни.

Больше двигаться, правильно питаться, контролировать свой вес – тогда и артериальное давление может нормализоваться.

– Мы рекомендуем пациентам регулярные физические упражнения – не менее четырех раз в неделю продолжительностью 30–45 минут. Рекомендуются ежедневные приемлемые для пациента нагрузки – пешие прогулки, езда на велосипеде, ходьба на лыжах, работа в саду, плавание и т. д. При выполнении физических упражнений нужно следить за частотой сердечных сокращений – чтобы они не повышались более чем на 20–30 ударов в минуту.

Важно избегать психоэмоциональных стрессов дома и на работе. Юношам, которые занимаются спортом, в частности тяжелой атлетикой, рекомендуем не злоупотреблять пищевыми добавками для наращивания мышечной массы.

Путь к нормальному давлению, говорит доктор, пролегает в том числе через... тарелку. Нужно придерживаться оптимальной рекомендованной суточной калорийности пищи. Она зависит от характера работы и массы тела и должна находиться в диапазоне от 1500 до 2000 ккал в сутки. При этом нужно употреблять (на 1 кг массы тела) не менее 1–2 г белка, не менее 2 г углеводов и не более 1–1,5 г жиров. Идеальной формулой рациона является 3–3–4, или по 30% белков и жиров, а также 40% углеводов.

Пациентам с артериальной гипертензией желательно вести дневник питания. В их рационе должна быть ограничена жареная пища и преобладать приготовленная на пару, вареная или запеченная. В каждый прием пищи нужно обязательно включать сырые овощи.

Желательно отдавать предпочтение цельнозерновым крупам и злакам, цельнозерновому хлебу, уменьшить количество жиров животного происхождения. Для приготовления пищи рекомендуется использовать растительное масло.

Молоко и кисломолочные продукты должны быть с низким содержанием жира. Лучше использовать

нежирное мясо, при необходимости понижать его жирность, срезая прослойки жира, снимая кожу с курицы или индейки. Стараться использовать минимум соли, добавляя к ней другие «улучшители вкуса» – натуральные приправы, свежую и сушеную зелень. Также в рационе должны присутствовать любая рыба, орехи и семена (миндаль, фундук, грецкие орехи, семена льна, тыквы, кунжута, подсолнечника), яичные белки, нежирный творог и сыр.

Следить за уровнем Давления

Антонина Владимировна говорит о том, что все пациенты должны вести дневник измерения артериального давления и при этом производить эти измерения по всем правилам.

Во-первых, для домашнего постоянного использования доктор рекомендует приобрести механический тонометр (с грушей) как наиболее точный инструмент измерения. Полуавтоматические и автоматические тонометры больше подходят для людей, которые много передвигаются по работе и домашним делам: командировки, путешествия, поездки и т. д.

Перед измерением давления нужно как минимум в течение пяти минут отдохнуть в положении сидя. Во время измерения нужно сидеть с полной опорой стоп на пол – не перекрещивая и не поджимая ноги, положив руку на стол, чтобы наложенная на плечо манжета находилась на уровне сердца. Спина и рука с манжетой должны быть расслаблены. Необходимо выполнять два последовательных измерения давления утром и вечером. Минимум за полчаса до измерения следует воздержаться от курения и употребления кофеиносодержащих напитков.

Во время измерения давления манжета должна плотно обхватывать руку в середине плеча, что позволяет создать дополнительную компрессию. Под манжету должны входить два пальца взрослого человека.

При любом ухудшении самочувствия нужно обязательно измерить уровень артериального давления.

Это важно!

Артериальное Давление

Оптимальное артериальное давление человека – 120 и 80.

Нормальным считается систолическое давление 120–129 и диастолическое 80–84 мм рт. ст.

Так называемое высокое нормальное давление – 130–139 и 85–89 мм рт. ст.

Показатели давления выше этих цифр кардиологи считают признаком артериальной гипертензии.

Есть также изолированная систолическая гипертензия, когда повышается только верхнее давление – более 140, а диастолическое остается нормальным. Чаще всего такое бывает у пожилых людей.

На заметку

Факты о гипертензии

Гипертензия (повышенное кровяное давление) – серьезное патологическое состояние, значительно повышающее риск развития заболеваний сердечно-сосудистой системы, головного мозга, почек и других болезней.

Гипертензия – одна из ведущих причин смертности во всем мире.

Сокращение распространенности гипертензии на 33% в период с 2010 по 2030 год входит в число глобальных целей в области борьбы с неинфекционными заболеваниями.

В числе осложнений неконтролируемой гипертензии – стенокардия, инфаркт, сердечная недостаточность, сердечная аритмия, инсульт, почечная недостаточность.

Елена Клишина

Дисменорея – не откладывайте визит к врачу

Боль – один из самых распространенных симптомов в медицине. Циклическая боль, связанная с менструацией, – это дисменорея. Дисменорея в переводе с греческого означает «затрудненное менструальное истечение». Гиппократ считал, что причина болезненных менструаций кроется в нарушении оттока из полости матки. В дальнейшем представления о причинах возникновения дисменореи изменились.

Дисменорея – это комплекс симптомов, который может появиться за несколько часов до менструации и продолжаться первые дни менструации. Главное проявление дисменореи – боли внизу живота различного характера (ноющие, тянущие, схваткообразные различной интенсивности). Часто эти боли сопровождаются рядом других симптомов, таких как тошнота, иногда рвота, метеоризм, диарея, слабость, головокружение, потливость, сердцебиение, повышение температуры тела, познабливание, онемение пальцев, кожный зуд и т. д. Боль – важный, но не единственный симптом дисменореи. По литературным данным, дисменорея широко распространена, частота доходит до 93%. Другие названия данного заболевания – альгодисменорея, альгоменорея.

Данное состояние не может не оказывать влияние на повседневную жизнь. Во время менструации учащаются случаи пропуска занятий в школах и вузах, прогулы на работе. В таких странах, как Япония, Индонезия, Южная Корея, Тайвань, женщинам



даются выходные в «критические дни». Но Россия в этот список не входит.

Многие молодые девушки и женщины часто игнорируют это состояние, считая, что боли во время менструации – норма. У мамы, сестры, подруги ведь тоже болезненные менструации, и значит нет повода идти к врачу. Но это не так.

Под маской дисменореи могут скрываться и другие заболевания. Существует два вида дисменореи: первичная и вторичная. Первичная дисменорея – это отсутствие органической патологии репродуктивных органов, тогда как вторичная дисменорея, наоборот, это проявление каких-либо заболеваний: эндометриоз (в большинстве случаев), воспалительные заболевания органов малого таза, стеноз цервикального ка-

нала, аномалии развития половых органов у девочек и другое.

Диагностика

Основным в диагностике данного заболевания являются жалобы пациентки, а дополнительно к ним применяют инструментальные методы диагностики, такие как УЗИ, и в редких случаях – МРТ, лапароскопия.

Оценка боли субъективная, даже очень сильная боль (по мнению пациентки) может коррелировать с отсутствием каких-либо органических изменений тазовых органов.

Боль во время менструации появляется через 2–3 года после первой менструации, к моменту становления менструального двухфазного цикла и появления овуляций.

Ожидание боли приводит тому, что женщины испытывают страх и тревогу задолго до менструации, что приводит к развитию постоянного стресса и в конечном итоге к депрессии.

Причины возникновения

Причины возникновения дисменореи до конца остаются неизвестными. Существует несколько теорий развития

Цифры и факты

Частота первичной дисменореи составляет от 16 до 93%.

Такой разброс связан с тем, что многие молодые женщины не считают боль во время менструации патологией и не обращаются к врачу.

Справка

По тяжести течения дисменорею подразделяют на 3 степени:

- **легкая** – кратковременная болезненность во время месячных, не приводящая к потере трудоспособности;
- **средняя** – умеренные боли внизу живота, иногда дополняются рядом симптомов (слабость, тошнота, озноб, учащенное мочеиспускание и др.), сопровождаются незначительным снижением работоспособности и иногда требуют применения лекарственных препаратов;
- **тяжелая** – выраженные боли внизу живота со значительными нейровегетативными и обменно-эндокринными нарушениями (потеря сознания, рвота, боли в сердце и т. д.), работоспособность резко снижена вплоть до полной утраты, обезболивающие препараты малоэффективны, их эффект кратковременен.

дисменореи. Наиболее распространена простагландиновая теория. Простагландины не относятся к гормонам, это ненасыщенные жирные кислоты, которые могут образовываться во всех тканях человеческого организма. Образование и высвобождение простагландинов из эндометрия провоцируется очень многими раздражителями – стимуляция нервов и уменьшение доставки кислорода к органу, воздействие гормонов (снижение концентрации прогестерона во вторую фазу менструального цикла). Переизбыток простагландинов связан как с увеличенным синтезом, так и со сниженным распадом.

Факторы риска

Предрасполагающие факторы развития первичной дисменореи – раннее менархе (первая менструация раньше 12 лет), молодой возраст, избыточная масса тела, наследственность (болезненные менструации у мамы, бабушки), курение, предменструальный синдром.

Кроме того, на возникновение дисменореи могут влиять некоторые

неблагоприятные факторы внешней среды, такие как переохлаждение, перегревание, инфекционные заболевания и стрессовые ситуации, физические и психические травмы, умственные и физические перегрузки.

Но есть и ряд защитных факторов: стабильность половой жизни, роды в анамнезе, употребление в пищу рыбы, позднее начало менструации (в возрасте старше 14 лет).

Доказано, что женщины, испытывающие боль во время менструации, более чувствительны и к другим видам боли, то есть у них более низкий болевой порог.

Лечение

Существует два направления лечения дисменореи: медикаментозное и немедикаментозное.

Медикаментозное лечение – это применение различных лекарственных препаратов. Как правило, это нестероидные противовоспалительные препараты и комбинированные оральные контрацептивы (для женщин, нуждающихся в контрацепции).

Нестероидные противовоспалительные препараты – группа лекарственных препаратов, объединенных единым механизмом действия. Данные препараты возможно применять у женщин, планирующих беременность, у тех, кто не хочет или не может (по медицинским показаниям) применять гормональные контрацептивы. Схемы назначения различные, но чаще данные препараты назначаются за 2–3 дня до менструации и продолжают прием 2–3 дня во время менструации в течение не менее 3 месяцев.

Вторая наиболее часто используемая группа препаратов – это комбинированные оральные контрацептивы. Данные препараты принимаются ежедневно 21 или 28 дней (в зависимости от препарата) длительно на протяжении нескольких месяцев или лет (то есть на тот период пока женщина не планирует беременность).

На заметку

Как должна протекать нормальная менструация?

- отсутствие болезненных ощущений;
- легкий дискомфорт внизу живота;
- невыраженная болезненность внизу живота, не влияющая по повседневную жизнь и не требующая приема обезболивающих препаратов;
- продолжительность менструации не более 8 дней.

Немедикаментозное лечение может и должно назначаться в комплексе с медикаментозными методами лечения, но может применяться и без такого, если пациентка по той или иной причине не использует лекарственные препараты. К нему относят физиотерапию, массаж, различные виды физической нагрузки, санаторно-курортное лечение, рациональное питание, соблюдение режима дня с полноценным сном. Даже специальные психологические тренинги могут помочь улучшить качество жизни женщины при дисменорее.

Физиотерапевтические процедуры эффективно работают в лечении нейроэндокринных заболеваний, адаптационных и вегетативных расстройств за счет повышения защитных резервов организма и нормализации иммунного статуса. В основе механизма их действия лежит повышение порога болевой чувствительности и стимуляции выделения эндорфинов в периферических нервах и спинном мозге.

Важную роль в нашей жизни, а также и в лечении дисменореи играет физическая активность. Пациенткам с хронической тазовой болью возможно использовать релаксирующую терапию, медитацию, йогу, гимнастику. Упражнения на растягивание

Болезненные менструации не следует игнорировать, это повод обратиться к врачу! Не нужно терпеть боль – есть множество методов лечения.

Продолжение на стр. 16 ➤➤

«Продолжение. Начало на стр. 14-15»

и расслабление мышц являются эффективным способом уменьшения выраженности дисменореи, но только если они выполняются систематически.

Необходимо, чтобы питание было рациональным и сбалансированным. В предменструальные дни рекомендуется употребление легкоусваиваемых, богатых витаминами продуктов, а молочные продукты и кофе лучше исключить.

Женщинам с дисменореей может помочь психотерапия или психологическая поддержка, например, на женских форумах или у специалистов. На сайте <http://www.iasp-pain.org> размещен список глобальных ресурсов для поддержки пациентов, испытывающих боль.

В отличие от терапии лекарственными препаратами, которые может назначать только лечащий доктор, немедикаментозные методы лечения женщина может применять сама, за исключением физиотерапевтических процедур, которые все-таки требуют консультации специалиста. Но соблюдение режима дня, рациональное питание, правильно подобранный комплекс физических упражнений – это залог улучшения качества жизни женщины с дисменореей.

Лечение первичной дисменореи должно быть комплексным и требующим тщательного подбора под конкретную пациентку, ведь только такая комбинация дает наилучшие результаты.

Юлия Михайловна Уварова,
врач – акушер-гинеколог первой
категории КГБУЗ «БСМП № 1,
г. Барнаул»;

**Екатерина Александровна
Денисюк,** студентка 6-го курса
Института клинической медицины
ФГБОУ ВО МЗ России АГМУ;

Татьяна Ивановна Горбачева,
врач – акушер-гинеколог высшей
категории, доцент кафедры акушерства
и гинекологии с курсом
ДПО АГМУ ФГБОУ ВО МЗ России

Не просто колики, а ФРОП



29 мая отмечается как Всемирный день здорового пищеварения и одновременно как День гастроэнтеролога.

Специалисты отделения гастроэнтерологии Алтайского краевого клинического центра охраны материнства и детства рассказали о функциональных расстройствах органов пищеварения (далее ФРОП) у детей. В массовом представлении они известны как колики и срыгивания, но к ним нужно относиться с должным вниманием, так как проявления ФРОП могут быть схожими с симптомами ряда серьезных заболеваний.

Что такое ФРОП?

Расстройство органов пищеварения функционального характера – состояния, при которых появляется ряд симптомов, значительно ухудшающих качество жизни ребенка. Но при этом симптомы не имеют органической патологии. Современные методы диагностики не в состоянии выявить патологические изменения при функциональных расстройствах, но ребенка беспокоят боли в животе, расстройство стула, вздутие, рвота, тошнота и тому подобные проблемы.

Функциональные расстройства органов пищеварения – это комплекс постоянных или периодически повторяющихся симптомов, необъяснимых органическими нарушениями. Функциональные расстройства не влияют

на своевременное развитие ребенка и могут возникать вследствие дезадаптации организма.

Классификация ФРОП

Функциональные расстройства органов пищеварения у детей принято классифицировать в соответствии с возрастными категориями.

Так, у младенцев в возрасте до года к ним относятся:

- младенческие срыгивания;
- младенческие колики;
- младенческая дисхезия (болезненная дефекация, затруднения при опорожнении кишечника);
- функциональные запоры.

У детей раннего возраста (1–3 года) к ФРОП относят синдром циклических рвот, функциональные абдо-

минальные боли, функциональные запоры.

ФРОП у детей и подростков (от 3 до 17 лет) включает:

- функциональные расстройства с преобладанием симптомов тошноты и рвоты;
- синдром повторяющихся циклических рвот;
- функциональная тошнота и рвота;
- функциональные расстройства с абдоминальными болями;
- функциональная диспепсия;
- функциональная абдоминальная боль;
- дисфункция билиарного тракта (желчного пузыря и желчевыводящих протоков);
- запоры функционального характера.

Причины ФРОП

Функциональные расстройства органов пищеварения могут выступать в виде сочетанной модели и развиваться из-за ряда патофизиологических и психосоциальных факторов.

Механизмы патофизиологии

Нарушения моторной функции желудочно-кишечного тракта встречаются чаще всего. Это не только нарушение моторной функции вследствие возрастных особенностей нервных ганглиев и гладкой мускулатуры, но и дисфункция со стороны нейроэндокринной регуляции, которая может зависеть от различных факторов риска, таких как диета, микробные метаболиты, сигналы ЦНС и прочее.

Причиной может быть индивидуальная повышенная чувствительность к определенным продуктам. Например, непереносимость продуктов, содержащих углеводы, глютен, пищевые волокна, жирную и жареную пищу и т. д.

Нарушения висцеральной чувствительности встречаются реже. Данный фактор характерен для функциональной диспепсии, синдрома раздраженного кишечника, младенческих кишечных колик. Это состояние также может быть следствием хронического воспаления и нарушенной нейроэндокринной регуляции.



примерно столько детей первого года жизни и 12-20% детей более старшего возраста страдают функциональными расстройствами органов пищеварения.

Нарушения кишечной микробиоты сопутствуют большинству функциональных расстройств органов пищеварения вне зависимости от возраста. При изменении состава микробиоты может измениться и спектр продуктов, участвующих в их метаболизме. В ряде работ показано снижение уровня короткоцепочечных жирных кислот и повышение количественного показателя токсичных метаболитов, которые могут оказывать как местное раздражающее действие, так и общий токсический эффект.

При хроническом воспалительном процессе у большинства пациентов на уровне микроскопии выявляют признаки воспаления слизистой оболочки. Причиной этого может служить повышение проницаемости кишечного барьера. Этот фактор также может сказать о наличии длительного вялотекущего воспалительного процесса. Воспаление и моторика напрямую связаны друг с другом и взаимодействуют на уровне иммунной и нервной систем кишечника.

Психосоциальные факторы

Симптомокомплекс функциональных расстройств органов пищеварения может проявляться вследствие нарушения процессов взаимодействия на уровне ЦНС (например, во время периодов негативного психологического воздействия). В конечном итоге происходит нарушение между взаимодействием «мозг-кишка», вследствие

В тему

В 2020 году в России было проведено анкетирование почти 500 матерей детей в возрасте до четырех лет. Результаты исследования показали, что среди 130 детей первого года жизни срыгивания встречались в 50% наблюдений (в возрасте до 6 месяцев – в 75%, в возрасте от 6 до 12 месяцев – в 35%), младенческие колики – в 49%.

Частота функционального запора у детей в возрасте до полутора лет составила 5,8%, от 6 до 12 месяцев – 7,6%, постепенно увеличиваясь к 3–4 годам до 21,5%.

(Приведены данные, опубликованные в «Русском медицинском журнале».)

https://www.rmj.ru/articles/gastroenterologiya/Funkcionalnyye_narusheniya_pischevareniya_u_detey_rannego_vozrasta_Rezulytaty_onlayn-anketirovaniya/

чего активируется серотонинергическая система, возникает гиперпродукция серотонина, который вызывает усиление болевого синдрома.

Формирование пищеварительной и моторной функций желудочно-кишечного тракта, так же как и образование кишечного биоценоза, созревание центральной и энтеральной нервной системы, происходит в первые месяцы жизни ребенка.

Родители должны учитывать разнообразие клинических проявлений функциональных расстройств пищеварения. При возникновении тех или иных симптомов необходимо обратиться за помощью к врачу-педиатру, чтобы не пропустить клинические проявления тяжелых заболеваний желудочно-кишечного тракта, имеющих сходные клинические проявления с функциональными нарушениями пищеварения.

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

Е.С. Адарова, врач-ординатор; А.М. Раджабова, врач-ординатор

Каждый пятый – жертва

«В классах, где нет буллинга и есть благоприятная психологическая обстановка, успеваемость выше» – такой факт приводит Мария Никулина, психолог Краевого кризисного центра для женщин. Накануне Международного дня борьбы против буллинга (4 мая) специалисты двух краевых кризисных центров, для мужчин и для женщин, рассказали о том, как они работают с темой насилия среди детей и подростков.

Жертва дома – буллер в школе

В апреле Краевой кризисный центр для женщин проводил мероприятия в рамках международной акции «Синяя лента». С 1989 года апрель во многих странах объявлен месяцем предотвращения насилия над детьми. В том числе со стороны других детей, отмечает **Мария Никулина**. Синий цвет символизирует следы побоев на теле детей. В рамках акции кризисный центр для женщин проводил тематические мероприятия. Например, для детей в районных комплексных центрах социального обслуживания населения проходили занятия по формированию жизнестойкости и коммуникативных навыков. Но работа, связанная со случаями насилия, проводится в центре круглый год. Это работа по обращениям, группы поддержки, тренинги, индивидуальные консультации.

– Очень часто обращаются родители с детьми или сами подростки с уже полученной травмой из-за насилия как в семье, так и в школе – пси-



хологического, вербального, физического... Очень много приходит детей уже травмированных, с нарушенной социальной адаптацией, часто по направлению психиатра с депрессией, с тревожными расстройствами, и это последствия как буллинга, так и жестокого обращения в семье.

В ситуации травли нужно работать не только с жертвой и обидчиком, отмечает Мария Никулина. В травле задействована и третья категория – наблюдатели. Они ведут себя так, как будто происходящее их не касается. На самом деле, они тоже получают травматичный опыт, так как испытывают внутренний конфликт. Они оценивают происходящее как плохое, но не знают, чем помочь жертве, боятся заступиться, так как думают, что сами потом могут ею стать. Они начинают потихоньку подыгрывать агрессору, приспосабливаться к ситуации. При этом испытывают страх, беспомощность, стыд за свое бездействие.

Причины, почему буллеры допускают агрессивное поведение к слабым, разные. Возможно, буллер пытается самоутвердиться, показать свои лидерские качества, компенсировать то, что в другой среде сам является жертвой. Не исключено, что он транслирует то поведение, которое видит

Справка

Виды буллинга:

- > физический (побои);
- > вербальный (оскорбления);
- > социально-психологический (бойкот, игнор, исключение из коллектива);
- > экономический (отнимание денег);
- > кибербуллинг (травля в интернете).

Признаки того, что ребенок подвергается травле:

- > в случае физического буллинга – следы избиений, грязная одежда;
- > замкнутость, тревожность, ребенок что-то недоговаривает, сбивчивая речь;
- > пропуски занятий в школе, со временем их становится больше, ребенок старается найти предлог, чтобы не ходить в школу.

дома. Необязательно это физическое насилие, достаточно и вербального – насмешек, постоянной критики, которая допускается в семье. Важно

Для справки

Статистика буллинга в России

По данным ВЦИОМ на 2021 год, по результатам проведенного опроса почти каждый пятый опрошенный сообщил, что оказывался жертвой травли. 16% опрошенных были свидетелями травли в отношении знакомых, близких или родственников, а 3% признались, что сами были инициаторами или участниками травли.

Чаще всего россияне сталкивались с травлей во время учебы в школе (38%), на работе (32%), в семье при общении с родственниками (15%), во время учебы в вузе или колледже (13%), в компании знакомых (12%). Кроме того, 11% сталкивались с травлей в армии, а 7% – в Интернете.

По данным Травлинет.рф, каждый десятый является зачинщиком травли, каждый пятый становится жертвой, каждый третий – наблюдателем.

разбираться в причинах агрессивного поведения ребенка. И если родители сталкиваются с трудностями в решении поведенческих проблем, то не стоит пренебрегать помощью таких специалистов, как психолог, невролог или психоневролог.

Нужен надежный взрослый

В Краевом кризисном центре для мужчин уже второй год разработана и реализуется программа «Школа безопасности», которая действует в рамках Комплекса мер «Безопасное детство», реализуемого на территории Алтайского края на 2022–2023 годы. Она направлена на развитие навыков безопасного поведения у несовершеннолетних, рассказывает **Наталья Боровкова**, заведующая отделением профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних центра.

– Целевая группа – дети младшего школьного возраста, от 6 до 10 лет. Программа включает десять занятий

с детьми и три занятия с родителями. Занятия с детьми разбиты на блоки, и один из них посвящен буллингу, в частности буллингу в школе, потому что наибольшему риску ребенок подвергается в школьной среде. В рамках программы мы работаем с детьми и закрепляем навык, как вести в подобных ситуациях, куда обращаться. Прорабатываем возможные ситуации в теории и на практике. Систематически проводим индивидуальные консультации с несовершеннолетними, подвергающимися буллингу со стороны сверстников и взрослых. При этом при подобных обращениях мы параллельно работаем как с ребенком, так и с его ближайшим окружением.

В 2023 году групповые занятия в рамках этой программы будут проведены весной и осенью. Занятия проходят два раза в неделю, поэтому на работу с одной группой уходит примерно месяц. Кризисный центр для мужчин, разработав этот проект, масштабировал его на весь край: обучены специалисты комплексных центров социального обслуживания населения во всех муниципалитетах, а также специалисты центров временного проживания несовершеннолетних. На 2023 год запланировано проведение не менее трех групп по программе «Школа безопасности» в каждом муниципалитете. О существовании данной программы информированы все субъекты профилактики, включая учреждения образования. В частности, специалисты центра обращались в комитет по образованию Барнаула с просьбой сделать рассылку по школам, чтобы педагоги направляли к психологам центра детей, находящихся в зоне риска (дети, у которых наблюдаются трудности в социализации в обществе, или дети, проживающие в неблагополучных семьях).

– К нам могут обратиться по рекомендации учителя, администрации школ, комиссии по делам несовершеннолетних. Чаще всего родители сами записывают ребенка к психологу. Как правило, с такими детьми мы проводим индивидуальные занятия с целью формирования навыков бесконфликтного поведения. На первую консультацию мы обычно приглашаем родителей, по-

Факты о буллинге

Согласно результатам исследования Института образования НИУ ВШЭ (2018 г.), девочки и мальчики оказываются жертвами буллинга примерно с равной частотой. Мальчики чаще оказываются вовлеченными в физическую травлю, причем как в роли жертв, так и в роли инициаторов. При этом они реже, чем девочки, оказываются инициаторами социальной травли. Девочки – инициаторы травли имеют склонность к тому, чтобы делать это время от времени, мальчики же – на постоянной основе.

Пережитый в детстве опыт буллинга может принести отдаленные психологические последствия: сложность в установлении дружеских связей, депрессия, суицидальные мысли, трудности в отношениях с партнером и т. д. В детском и подростковом возрасте травля может становиться причиной антисоциального поведения (плохие компании, деструктивные увлечения, побеги из дома и т. д.)

В детском и подростковом возрасте личность еще только формируется. Если ее формирование сопровождается повторяющимися травмирующими событиями, то они могут стать причиной развития какого-либо расстройства личности. Все зависит от того, насколько человек справляется с последствиями травм.

Прослеживается связь между буллингом и социальным неблагополучием семьи, особенно в тех случаях, где родители выпивают и допускают насилие по отношению к детям. Ребенок из такой семьи часто оказывается и в роли жертвы, и в роли буллера.

том переходим к индивидуальной работе с ребенком. Если он готов перейти

Продолжение на стр. 20 >>

«Продолжение. Начало на стр. 18-19»

к работе в группе, мы смотрим, в какую группу его можно включить. В нашем центре достаточно широко представлена групповая деятельность с детьми и подростками по разным направлениям.

Детей, которые оказались в позиции жертвы, мы знакомим с алгоритмом действий. Первый этап – сказать. Сказать взрослому, с которым есть доверительный контакт. Во-вторых, мы рекомендуем не ждать, что станет еще хуже от того, что ребенок кому-то расскажет. Мы работаем и с этим страхом, акцентируем внимание на том, что все-

да найдется тот, кто сильнее ваших обидчиков, тот, кто сможет вас защитить. В этом алгоритме основное – найти значимого взрослого, который поможет справиться с этой ситуацией, не дожидаясь более отягчающих последствий.

Прежде всего, важно укреплять самооценку ребенка. Говорить о том, что надо вести себя уверенно, ведь когда обидчик видит страх, то его агрессия разгорается еще сильнее, – говорит Наталья Боровкова. – А самооценка ребенка начинает формироваться уже с дошкольного возраста, и прежде всего формируется в семье.

Горячие линии

Краевой кризисный центр для женщин – 8-800-201-47-17.

Краевой кризисный центр для мужчин – 8 (3852) 55-12-88.

Детский телефон доверия – 8 800-2000-122.

Сайт Травлинет.рф – на этом ресурсе есть материалы для детей, родителей, учителей и специалистов.

Елена Клишина

Рекомендации школьникам и родителям

Мария Никулина:

– Как отличить травлю от конфликта? В конфликте обе стороны одинаково сильны и могут равноценно влиять на ситуацию. В случае травли одна сторона ощущает себя беспомощной. Конфликты возникают, как правило, спонтанно. Травля же происходит на регулярной основе – это повторяющиеся действия, цель которых намеренно унижить человека эмоционально или физически. И если конфликт может разрешиться без вмешательства взрослых, то в случае травли это невозможно!

Можно найти какое-то занятие вне той среды, в которой происходит травля, и оно поможет ощутить себя более успешным и уверенным. Для кого-то это боевые искусства, а для кого-то танцы или другой кружок.

Буллеры хотят ощутить чувство своего превосходства, самоутвердиться за счет унижений другого и поэтому хорошо «считывают» на интуитивном уровне неуверенного в себе человека, которого можно задевать без всяких последствий для себя.

Родитель ребенка, которого травят, должен его поддержать и при этом сам быть спокоен и стабилен в своем психоэмоциональном состоянии. Своим поведением он должен показывать: есть проблема, она решаема и родитель поможет ее решить.

Решение проблемы изоляцией ребенка от враждебного социума – не самый лучший вариант. Для начала необходимо обратиться к классному руководителю. Если проблема не решается, то к директору школы. Если со стороны школы не предпринимаются меры по устранению буллинга, то можно обратиться в вышестоящие организации. Только если пройдены все эти этапы и проблема не исчезла, тогда стоит задуматься о переводе в другую школу. При этом никто не даст гарантию, что в новом социуме ситуация не повторится, если ребенок не научится противостоять агрессии.

Родителям и учителям важно поддерживать детей, выяснять причины поведения как у агрессоров, так и у жертв, и свидетелей. Способствовать формированию благоприятной среды в коллективе, толерантности друг к другу и конструктивной коммуникации.

Наталья Боровкова:

– На одном из занятий с родителями мы говорим о необходимости качественного совместного времяпровождения с ребенком. О необходимости прямого контакта с ребенком не менее 40 минут в день. В течение этого времени можно обсудить с ребенком, как прошел его день, тем самым дать понять, что родителям

интересна его жизнь. Это будет повышать его самооценку и подкреплять уверенность в том, что если с ним произойдет что-то плохое, то ему есть к кому обратиться за помощью. Нужно быть в контакте с ребенком ежедневно, причем в доверительном, а не назойливом и диктаторском.

Если ребенок сообщил, что его травят, то родители должны действовать так, чтобы экологично оказать ему помощь и исключить при этом самоуправство по отношению к обидчикам. Один из таких качественных способов – звонок на общероссийский номер детского телефона доверия 8-800-2000-122. Психологами Детского телефона доверия отработан механизм оказания помощи детям в ситуациях буллинга, они окажут профессиональную психологическую помощь и поддержку и при необходимости передадут сигнал о жестоком обращении с ребенком субъектам профилактики. С этой целью закреплен алгоритм межведомственного взаимодействия передачи и проверки сигнала о жестоком обращении с ребенком. Если сигнал подтвердится, представители различных субъектов профилактики примут необходимые меры, направленные на оказание помощи несовершеннолетнему и урегулирование конфликтной ситуации.

Боль под контролем



С головной болью сталкивался каждый человек. Но чаще всего люди привыкли ее терпеть или же избавляться от дискомфорта самостоятельно – при помощи домашней аптечки. К специалистам такие пациенты обращаются, когда контроль над болью уже потерян. Стоит ли доводить организм до такого состояния, какие последствия это имеет и всегда ли можно унять головную боль, приняв медикаменты, – узнаем у к. м. н., доцента кафедры неврологии и нейрохирургии с курсом ДПО АГМУ, врача-невролога высшей категории, руководителя специализированного приема по головной и лицевой боли в Алтайском крае Екатерины Пархоменко.



Многоликая боль

На специализированный прием по головной боли (он был организован в Барнауле в 2009 году) чаще обращаются пациенты с хронической головной болью, отмечает Екатерина Пархоменко. Это означает, что человек уже привык жить с ней. Но за, казалось бы, простыми словами «у меня болит голова» скрывается многоликий недуг. Специалисты различают как

минимум 200 видов головной боли. Чтобы разобраться, с какой приходится иметь дело в каждом конкретном случае, требуются время, опыт и знания. «Подавляющее большинство пациентов страдают первичными формами головной боли. К ним относятся мигрень, головная боль напряжения (ГБН), а также кластерная головная боль (КГБ). Вторичные головные боли, особенно потенциально опасные для жизни пациента, встречаются редко, –

говорит невролог. – Одну из ведущих позиций в Алтайском крае занимает абוזная, или, правильнее, лекарственно-индуцированная головная боль (ЛИГБ). Она возникает на фоне бесконтрольного и частого применения анальгетиков. Хроническая мигрень также становится причиной злоупотребления анальгетиками и триптанами. По моим наблюдениям,

Продолжение на стр. 22-23 >>

«Продолжение. Начало на стр. 21

примерно треть пациентов с различными формами головной боли страдают лекарственным злоупотреблением. Злоупотребление анальгетиками можно определить по числу дней в месяц с приемом «виновных» препаратов. Для простых анальгетиков и НПВП – это 15 и более дней в месяц. Триптанов, комбинированных анальгетиков, производных эрготамина и опиоидов, – 10 и более дней в месяц.

Для специалиста не составит особого труда распознать другие распространенные виды головной боли. Так, **мигрень** выдает набор определенных характеристик: умеренная или интенсивная пульсирующая головная боль, которая длится от 4 до 72 часов, ее сопровождают тошнота, рвота или повышенная чувствительность к свету, звукам, запахам. Как правило, мигренью больше страдают женщины (средний возраст 37–40 лет). «Если мигрень не лечить или делать это неправильно, то может наступить хронизация процесса, когда жизнь пациента превращается в непрекращающийся приступ. У курящих женщин и использующих гормональные контрацептивы мигрень с аурой в 2 раза повышает риск ишемического инсульта», – подчеркивает Екатерина Пархоменко.

Головная боль напряжения по интенсивности уступает мигрени (чаще всего она не превышает 4 баллов по шкале от 0–10). «Длительность приступа – от 30 мин. до нескольких дней, и обычно у этой боли медленное начало. Как правило, это чувство сжатия или давления по типу обруча вокруг головы, «голова в тисках», нет ощущения пульсации и сопутствующих симптомов (тошноты, рвоты, реакции на свет), а также усиления боли при физической активности. Эта боль – реакция на эмоциональное или физическое напряжение, своего рода «звоночек» о внутренних проблемах, перегрузке организма, – продолжает эксперт. – Она связана со стрессами, тревогой, депрессией, подавленными негативными эмоциями, а также длительным и неудобным положением головы (как правило, это связано с работой за компьютером). Самое слож-

ное в лечении данной цефалгии – донести до пациента необходимость модификации образа жизни».

Для **кластерной боли** характерна чрезвычайная интенсивность. Именно поэтому ее еще называют суицидальной головной болью. «Это всегда односторонняя боль вокруг глаза, в области виска. Как правило, приступ возникает в ночное время. Боль нарастает и достигает максимума в течение 10–15 мин., далее сохраняется на протяжении в среднем 30–45 мин., но продолжительность приступа может быть до 180 минут. Из-за невыносимой боли пациенты не могут находиться в состоянии покоя, у них отмечается двигательное беспокойство. Кто-то для отвлечения от мучительной боли бьет себя по голове или лицу руками, кто-то бьется головой стену или же поливает на голову ледяную или горячую воду, – рассказывает Екатерина Пархоменко. – Для данного вида боли характерно уникальное сопровождение приступов в виде односторонних вегетативных симптомов на стороне боли. Это слезотечение, покраснение глаза, заложенность носа или выделения из носа, отек века, потливость кожи лба, сужение зрачка, опущение века. Поэтому врачу для понимания необходимо фото лица пациента во время приступа или видеозапись приступа».

Нередко специалистам приходится иметь дело с так называемыми **вторичными головными болями**. Среди них распространена **цервикогенная**. Ее источник – структуры верхнего шейного отдела позвоночника (уровень первых трех позвонков, который включает суставы, диски, связки, мышцы). «Эта боль обладает односторонней локализацией и распространяется от затылка сзади наперед. Спровоцировать ее можно при давлении на мышцы шеи, а также при движениях головой. В некоторых случаях присутствуют мигренозные черты, что затрудняет диагностику», – отмечает врач.

ЭКСКЛЮЗИВНЫЙ ПОДХОД

«У каждого вида боли – свой метод лечения. Эффективность методов

и различных лекарственных средств может сильно различаться от человека к человеку. Что творит чудеса у одного человека, может оказаться абсолютно неэффективным у другого, – подчеркивает эксперт. – Вылечить от мигрени невозможно, так как это врожденная особенность головного мозга. Терапия складывается из модификации образа жизни, купирования приступа мигрени НПВП, противорвотными (если есть тошнота и рвота) и триптанами (препараты, действующие на серотониновые рецепторы и блокирующие выброс CGRP – белка, который участвует в приступах мигрени). Профилактика ее заключается в контроле мигрени (цель – сократить количество дней с головной болью и сделать приступы легкими и короткими). В настоящее время для этого применяют бета-блокаторы, антиконвульсанты, антидепрессанты, ингибиторы АПФ, ботулинотерапию, а также моноклональные антитела к CGRP. Длительность терапии 6–12 месяцев».

Кстати, моноклональные антитела сегодня считают передовым методом в профилактике мигрени. В России зарегистрировано два препарата на их основе. Они блокируют путь возникновения боли, в котором участвует CGRP – один из медиаторов боли. Он высвобождается в системе тройничного нерва во время приступа мигрени. Моноклональные антитела вводят подкожно 1 раз в месяц в течение 6–12 месяцев.

Что касается управления головной болью напряжения, то в первую очередь это пересмотр своего образа жизни. «При приступе такой боли кому-то нужно просто отвлечься, прогуляться, принять душ, сделать самомассаж головы, плеч, а кому-то необходим прием безрецептурных анальгетиков. Для лечения хронической ГБН (более 15 дней в месяц в течение 3 месяцев) назначают антидепрессанты и используют немедикаментозные методы (различные методы психотерапии, рефлексотерапия, массаж), – поясняет Екатерина Пархоменко. – Лечение кластерной головной боли складывается из купирования приступа и профилактического лечения. Для ку-

Справка

Для лечения головной боли применяются разнообразные немедикаментозные методики.

➤ В первую очередь это **когнитивно-поведенческая терапия** – метод психотерапии, который помогает выявить негативные мысли и стратегии поведения, связанные с головной болью, и изменить их.

➤ **Метод биологически обратной связи (БОС) с использованием электромиографа.** Благодаря игровым техникам человек учится расслаблять мышцы шеи, головы, чтобы затем уже самостоятельно контролировать этот процесс.

➤ **Метод постизометрической релаксации (ПИР)** эффективен в уменьшении напряжения мышц шеи и головы при головной боли.

➤ **Майндфулнесс** – терапия, основанная на осознанности, прогрессивная мышечная релаксация по Джекобсону, различные дыхательные техники, медитация.

➤ Для купирования приступов мигрени и для профилактики в настоящее время активно используется **внешняя стимуляция микроимпульсами первой ветви тройничного нерва аппаратом Цефали.**

пирования используют ингаляции 100%-ного кислорода или прием триптанов. Глюкокортикостероиды применяют в качестве краткосрочной профилактической терапии, что позволяет быстрее «оборвать» кластерный «пучок». Во время него пациентам важно избегать возможных провокаторов приступа – полностью отказаться от алкоголя, строго соблюдать режим сна и бодрствования (исключить работу в ночную смену) и уменьшить физическую активность».

Стоит отметить, что применение моноклональных тел открывает новые перспективы и в лечении кластерной головной боли, но в нашей стране такие препараты пока не зарегистрированы.

«Чтобы помочь пациентам с лекарственно-индуцированной го-

ловной болью, нужно прежде всего объяснить им, что злоупотребление препаратами для купирования приступов головной боли способствует ее учащению, хронизации и развитию абзуса. Мы информируем пациентов о безопасном режиме приема обезболивающих препаратов – не чаще 2 дней в неделю, не более 8 дней в месяц. А также о контроле других факторов риска – тревоги, депрессии, инсомнии, ожирения, – говорит невролог. – Основной метод лечения ЛИГБ – отмена препарата злоупотребления. Наиболее эффективна полная отмена, но возникает необходимость лечения в условиях дневного стационара. Длительность симптомов отмены – от 2 до 5–10 дней. Следующий этап в лечении ЛИГБ – профилактика первичной головной боли, приведшей к ней мигрени, головной боли напряжения, пароксизмальной гемикрании и так далее».

Предупредить боль

Можно ли предупредить головную боль? «Как уже было сказано, головная боль напряжения и мигрень – самые частые формы первичной головной боли. Чтобы не допустить их развития, необходима коррекция образа жизни, выявление личных провокаторов головной боли (голод, прием алкоголя, стресс, нарушения режима сна, смена погоды, напряжение глаз и т. п.). Обязательно нужен контроль за количеством принимаемых обезболивающих, чтобы предупредить развитие ЛИГБ, – напоминает эксперт. – Не стоит пренебрегать элементарными правилами здоровой жизни. Важна регулярность физической активности, но необходимо выбирать те нагрузки, которые приносят удовольствие (скандинавская ходьба, плавание, танцы или просто утренняя ежедневная гимнастика). Необходимо помнить о гигиене и режиме сна, он должен быть достаточным, чтобы восстанавливать организм. Также важно не допускать обезвоживания, следить за тем, чтобы рацион был сбалансированным, а прием пищи – регулярным, так как голод может провоцировать мигрень и головную боль напряжения».

По последнему слову науки

«Долгое время в нашей стране принято было считать, что головная боль – симптом и нужно обязательно назначить дополнительные методы обследования (исследование глазного дна, рентген шеи, УЗДГ сосудов шеи, нейровизуализацию). В качестве причины боли предлагали понятный органический субстрат – спазмированный сдавленный сосуд, воспаленный нерв, грыжу, повышение внутричерепного давления (ВЧД). В связи с этим ее рассматривали как проявление вегетососудистой дистонии, дисциркуляторной энцефалопатии, остеохондроза шейного отдела позвоночника, повышения артериального давления, ВЧД, – отмечает Екатерина Пархоменко. – Но установление неверного диагноза приводит к выбору неадекватного лечения, которое не улучшает течение первичной головной боли, а, наоборот, способствует ее хронизации. В современной неврологии полностью поменялись взгляды на причины возникновения и лечение головной боли. Диагностика первичных форм головной боли стала клинической. То есть основывается на тщательном анализе жалоб, данных анамнеза пациента, нормальных результатов неврологического осмотра и соответствии клинических проявлений заболевания диагностическим критериям Международной классификации головных болей 3-го пересмотра от 2018 года. И главный помощник в диагностике – дневник головной боли. Пациент заполняет его в бумажном или электронном варианте, где отмечает время начала приступа, интенсивность боли, наличие тошноты, рвоты, фото- и фонофобии. Также фиксирует возможные провокаторы и, главное – прием любых лекарственных препаратов».

Когда нужно обратиться к специалисту по головной боли? Еще до того, как она начнет серьезно вмешиваться в жизнь и ставить под угрозу все сферы жизни, убеждена Екатерина Пархоменко.

Подготовила Ирина Савина

Зловещая родинка

Врачи краевого онкологического диспансера «Надежда» вводят в свою практику новые способы лечения и диагностики меланомы, но при этом отмечают невысокий уровень онконастороженности как у пациентов, так и у медиков других специальностей (участковых терапевтов, фельдшеров и т. д.), особенно в отдаленных сельских территориях. Об этом онкологи рассказали накануне Всемирного дня борьбы с меланомой, который отмечается 23 мая.

Трудно распознать

Анастасия Фролова, врач-онколог отделения опухолей головы и шеи, приводит случаи, когда меланома не была вовремя распознана ни пациентом, ни медиками и привела к метастатическому процессу.



По ее словам, клинических случаев очень много, пациенты зачастую обращаются поздно, только буквально единицы идут к врачу сразу после того, как их начало что-то беспокоить. Иногда злокачественные образова-



ния кожи появляются там, где их и заметить-то сложно: на коже волосистой части головы, на спине, на стопах, на подногтевых пластинах.

– Наверное, не у всех еще медицинских работников, особенно в отдаленных районах, высок уровень онконастороженности, – говорит Анастасия Фролова и приводит пример:

– В феврале этого года к нам обратился пациент, у которого уже были метастазы в шее. С его слов, он был болен уже почти год. Образование возле уха, там, где у мужчин растут бакенбарды, он обнаружил в феврале 2022 года. Оно имело ножку, как у папилломы, было темного цвета, кровоточило, повреждалось при бритье и умывании. Это была классическая меланома. В апреле прошлого года пациенту по месту жительства прооперировали щитовидную железу по поводу узловых образований. Ни один из медицинских сотрудников не обратил внимание на образование в околоушной области, на достаточно видном месте. В августе образование отпало, и из этого места началось кровотечение. С этим образованием мужчина обратился к врачу. У него иссекли кожу с остатками ножки и даже не назначили дополнительных исследований. После обращения в «Надежду»

он был прооперирован – пришлось удалять образования в шее довольно радикально.

Анастасия Александровна приводит и другой случай: у пациентки было новообразование на волосистой части кожи головы, тоже давшее метастазы в шею. По месту жительства ей поставили диагноз «лимфаденит» и назначили лечение антибиотиками. После месяца лечения, которое не давало результатов, пациентка потребовала, чтобы ее направили в краевой онкодиспансер. Сейчас она находится в «Надежде» на лечении.

По словам Анастасии Фроловой, у меланомы нет особых связей с возрастом, полом и даже образом жизни. Болезнь может настичь любого. Доктор отмечает, что в лечении меланомы очень важно именно раннее ее обнаружение. В начальной стадии образование может быть просто иссечено, без подключения последующей медикаментозной терапии. Врач отмечает, что уровень онконастороженности среди пациентов у молодежи выше, чем у людей более старшего возраста. Они чаще обращаются к врачу по поводу беспокоящих образований кожи. Возможно, именно здесь стремление хорошо и даже безупречно выглядеть является оправданным, и его стоит

перенять представителям среднего и старшего поколений.

В первую очередь пациент с подозрительным образованием на коже должен обратиться в смотровой кабинет поликлиники или в фельдшерско-акушерский пункт по месту жительства. При необходимости он будет направлен к терапевту или к онкологу поликлиники для уточняющей диагностики.

Сторожевые лимфоузлы

В 2022 году в краевом онкодиспансере стали использовать новый метод диагностики при меланоме – определение сигнального (сторожевого) лимфоузла. О нем рассказал **Алексей Марьин**, заместитель главного врача по хирургической помощи. Метод применяют в двух отделениях – маммологическом, а также в дневном стационаре № 1, в котором оперируют пациентов с меланомой. При лечении меланомы начальной стадии с использованием метода операционная травма минимальная и позволяет проводить вмешательство в дневном стационаре без госпитализации пациента – это большой плюс новой методики.



– Меланома – опухоль, исходящая из кожи, и в зависимости от ее локализации есть свои зоны и пути отто-

Цифры и факты

В Алтайском крае заболеваемость меланомой на **100** тысяч населения в 2022 году составила:
среди мужчин – **7,1**,
среди женщин – **12**.

В 2022 году пациентов с первой стадией меланомы в крае было **48**,
со второй стадией – **64**,
с третьей – **20**,
с четвертой – **8** человек.

ка лимфы. Потоки лимфы доходят до определенных групп лимфоузлов, и это один из путей метастазирования, приводящий к возникновению метастазов в лимфоузлах.

Сигнальный (сторожевой) лимфоузел – ближайший на пути лимфы, через него отток идет в обязательном порядке. В область опухоли, в данном случае меланомы, которая подлежит удалению, в толщу кожи вводится радиофармацевтический препарат на основе технеция-99. Он используется во многих диагностических исследованиях. Доза препарата очень маленькая, частицы короткоживущие, по сути, препарат абсолютно безвреден. Он распространяется по лимфатическим путям и накапливается в сигнальном лимфоузле. Далее этот лимфоузел выявляет гамма-детектор. Это специальное оборудование было приобретено в рамках федеральной программы «Борьба с онкологическими заболеваниями». Обнаруженный лимфоузел хирургически извлекается и изучается на предмет наличия в нем метастатических клеток, в том числе методом иммуногистохимического исследования. Опухоль, соответственно, тоже иссекается. Если в этом лимфоузле таких клеток нет, значит, метастазов нет и в других лимфоузлах.

Тот факт, есть ли в сторожевом лимфоузле метастазы или нет, влияет на выбор дальнейшей тактики лече-

Это важно!

Признаки озлокачествления родинок:

- любые стойкие изменения цвета, размера и формы;
- частичное исчезновение пигмента и/или исчезновение кожного рисунка;
- появление фестончатых краев, асимметрия;
- зуд, шелушение, болезненность, выпадение волос из родинки, если они были;
- «обесцвечивание» кожи вокруг родинки;
- кровоточивость.

На заметку

Факты о меланоме

- Это один из самых агрессивных видов рака, то есть онкопроцесс протекает быстро, опухоль стремительно дает метастазы.
- Обычные родинки, появившиеся в детстве, спустя много лет могут «переродиться» в злокачественные образования.
- Из меланомы нельзя взять фрагмент для исследования, поэтому основной способ лечения – хирургическое удаление опухоли.

ния. Если их нет, то, значит, процесс локальный и после удаления опухоли не требует особых мер. Если метастазы выявлены, тогда пациенту необходима особая медикаментозная противоопухолевая терапия в последующем.

Методика особо хорошо работает при локализации меланомы на конечностях, так как здесь сторожевые лимфоузлы – только подмышечные либо паховые, а также при локализации на торсе ниже пояса, когда отток лимфы идет в левую или правую группу паховых лимфоузлов. Если меланома расположена в верхней части туловища,

Продолжение на стр. 26 ➤➤

«Продолжение. Начало на стр. 24-25»

то лимфатические пути ведут в разные группы лимфоузлов и перекрещиваются, поэтому методика работает хуже.

Алексей Владимирович отмечает, что методика обнаружения сторожевого лимфоузла, помимо меланомы, также используется при раке молочной железы – более широко и более эффективно.

– В нашем регионе рак молочной железы – самая распространенная опухоль у женщин. И эта методика применяется к большому количеству пациентов. В 2022 году ее применили к 358 пациенткам с раком молочной железы и к 23 пациентам с меланомой.

При раке молочной железы использование методики биопсии сигнального лимфоузла позволяет отказаться от обширной операции по удалению всей молочной железы и провести органосохранное вмешательство – при условии, что опухоль небольшая и в начальной стадии. При удалении небольшого участка железы она может даже визуально не измениться. Если не обнаружены метастазы в сторожевых лимфоузлах, то удалять лимфоузлы из подмышечной области не нужно. Это позволяет сохранять нормальный отток лимфы в верхней конечности и подвижность руки.

В тему

15 апреля в городской поликлинике № 14 г. Барнаула прошел День ранней диагностики рака кожи «Про родинку: простое решение непростого вопроса». В рамках акции в трех смотровых кабинетах могли пройти осмотр прикрепленные к поликлинике жители в возрасте от 18 лет с образованиями на коже. При выявлении подозрений на злокачественный процесс пациенты направлялись в тот же день на прием к онкологу или хирургу.

Всего в рамках акции было осмотрено 107 человек. 36 из них были направлены к онкологу, 34 – к хирургу.

Ломать – не сращивать



Травматология, равно как и хирургия, – одно из древнейших направлений медицины. Пройдя долгий путь становления, она из простого «костоправства» трансформировалась в передовую отрасль. Менялись подходы, методики, технологии и взгляды. Известный алтайский врач Андрей Коломиец за 40 с небольшим лет прошел путь от молодого специалиста до профессора. Около 15 лет возглавлял городскую больницу Барнаула № 11. Во время работы в зоне СВО (в луганском госпитале) за один месяц провел

более 150 операций. Сегодня доктор медицинских наук заведует кафедрой травматологии и ортопедии АГМУ. Как развивалась травматология в нашем регионе, он знает не понаслышке. О тонкостях профессии – в нашем интервью.



От гипса к гвоздям и пластинам

– **Андрей Александрович, как трансформировалась профессия травматолога за последние годы?**

– Сегодня внедрение новых технологий в хирургии выросло с 40 до 70–90%. В стационарах мы уходим от закрытых гипсовых технологий. Современные травматологи владеют функциональными, малотравматичными и высокотехнологичными методиками. К аппарату Илизарова добавились гвозди с блокированием, пластины с угловой стабильностью, эндопротезы, артроскопические технологии. Все это позволяет пациенту ходить и вести активный образ жизни буквально в первые сутки после операции.

– **А в чем различия специфики работы травматолога и ортопеда?**

– Травматология относится к экстренной службе – к специалистам обращаются с ранами, переломами, травмами. У ортопедов – плановая работа. Они лечат заболевания опорно-двигательного аппарата (артрозы, деформации, аномалии развития) и последствия травм (несращения, ложные суставы, дефекты костей). Естественно, в повседневной жизни преобладает травма, поэтому наша специальность и называется «травматология и ортопедия».

– **Как правило, травматологами-ортопедами идут работать мужчины – с чем это связано?**

– Работа травматолога требует не только выносливости, но и просто большой физической силы. Особенно когда речь идет о репозиции переломов и вправлении вывихов. Кроме того, эта специальность связана с опасностью – пациенты нередко находятся в алкогольном опьянении и ведут себя крайне агрессивно. Мужчине-травматологу легче обеспечить свою безопасность. Ну и фактор хамства и грубости также нужно принять во внимание.

– **Где работа сложнее: в стационаре или травмпункте?**

– Как посмотреть. В травмпункте работа более интенсивная, но уровень сложности травмы уступает стациона-

ру. В стационаре же больше сложных больных и операций. Травматологи не менее половины своего рабочего времени проводят в операционной. Нужно постоянно пополнять знания и осваивать новые технологии.

– **А кто может стать травматологом и какие ступени для этого нужно пройти?**

– Травматологом может стать любой выпускник медицинского вуза через ординатуру длиной в 2 года. Специалист любого хирургического профиля может пройти профессиональную переподготовку 504 часа и стать специалистом по «травматологии и ортопедии». Но стоит понимать, что прошло то время, когда получение первичных знаний в университете хватало на всю профессиональную жизнь. Технологии и конструкции для остеосинтеза постоянно развиваются, поэтому – «учиться, учиться и еще раз учиться».

– **Как видите развитие травматологии в Алтайском крае в ближайшее время? Что для этого нужно?**

– Нужно укреплять межрайонные травматологические отделения молодыми кадрами, современным оборудованием и конструкциями. Травматологическая служба должна всегда быть максимально приближенной к населению.

Профессия длиною в жизнь

– **Андрей Александрович, какие сегодня высокотехнологические операции проводят в нашем регионе?**

– Говоря о развитии травматологии в Алтайском крае, не могу не сказать о профессоре **Анатолии Васильевиче Бондаренко** (заведующий отделением тяжелой сочетанной травмы БСМП. – *Прим. ред.*). Именно он стал законодателем внедрения закрытого малоинвазивного остеосинтеза костей под контролем ЭОП (электронно-оптический преобразователь. – *Прим. ред.*), гвоздей с блокированием, пластин с угловой стабильностью, канюлированных винтов, остеосинтеза стержневыми внешними фиксаторами таза и длинных трубчатых костей. Овладевать всеми этими технологиями я учился у него.

Благодаря **Владимиру Пелеганчуку** (директор Федерального центра травматологии, ортопедии и эндопротезирования. – *Прим. ред.*), заслуженному врачу РФ **Игорю Дееву**, специалисту с огромным стажем **Валерию Зайцеву** в Алтайском крае удалось широко внедрить эндопротезирование тазобедренного и коленного суставов. В этом процессе я также принимал участие.

Артроскопическая диагностика и оперативное лечение патологии коленного и плечевого суставов впервые освоены д. м. н. **Евгением Кожевниковым** и к. м. н. **Александром Чанцевым**, а затем уже и рядом других травматологов.

Мне довелось быть первым в освоении и внедрении в Алтайском крае эндопротезирования плечевого и локтевого суставов, эндопротезирования суставов пальцев кисти, а также микрохирургических операциях на нервах и сосудах, реплантации конечностей после их ампутации, которые по-прежнему выполняются в развернутом мной отделении травмы кисти БСМП.

Не теряют актуальности и технологии академика **Гавриила Илизарова**, которые на высоком уровне применяются в нашем регионе. Это остеосинтез, удлинение, сращение ложных суставов и многое другое. Мы получили их из рук ученика Илизарова – **Василия Устьянцева**.

– **Расскажите об операции, которая больше всего вам запомнилась.**

– Пожалуй, это реплантация одновременно обеих кистей и обеих стоп. Тракторист был выброшен техникой из кабины под сенокосилки и через несколько часов поздно вечером доставлен в БСМП (тогда ГБ № 1 г. Барнаула). Операция длилась свыше 12 часов. Нам удалось сохранить обе стопы и обе кисти. Пострадавший даже смог вернуться к работе на тракторе.

– **Возникало ли когда-нибудь профессиональное выгорание и что делали в таких случаях?**

– Уставать сильно приходилось, а вот интерес к работе не терял никог-

Продолжение на стр. 28 >>

«Продолжение. Начало на стр. 26-27»

да. Лечение и консультации больных, операции, обучение студентов и врачей, руководящая работа, наука, методическая работа по написанию учебников, учебных пособий, создание учебных фильмов, общественная работа позволяют переключаться и наполнять свою жизнь новыми разнообразными смыслами и задачами. Но отпуск на море все же обязателен!

– Андрей Александрович, в конце прошлого года вы побывали добровольцем в Луганске. Какой профессиональный и человеческий опыт приобрели там?

– Вы не поверите – это опыт оказания первой само- и взаимопомощи без участия медицинских работников с использованием подручных средств. В современной войне по опыту военных действий на Украине наибольшее значение в сохранении жизни раненых имеют первые 15 минут после ранения. Своевременное наложение жгутов при ранениях конечностей, восстановление функции внешнего дыхания спасает жизнь. Медики потом будут бороться за здоровье раненого. Даже если в последующем утрачивается конечность, в большинстве случаев при современном протезировании удастся сохранить не только качество жизни, но и профпригодность.

В связи с этим сегодня через Министерство здравоохранения Алтайского края, Общественную палату региона, Алтайское краевое Законодательное собрание и медицинский университет я пытаюсь продвинуть вопрос о принятии на законодательном уровне обязательного обучения школьников, студентов и всего трудоспособного населения навыкам оказания первой само- и взаимопомощи. Она не потеряет своей актуальности и в мирное время, по-

Наибольшее значение в сохранении жизни раненых имеют первые 15 минут после ранения. Своевременное наложение жгутов при ранениях конечностей, восстановление функции внешнего дыхания спасает жизнь

Справка «МиЗ»

Андрей Коломиец в 1982 году окончил АГМИ. Профессор, доктор медицинских наук.

С 2010 года – заслуженный врач РФ.

Имеет высшую квалификационную категорию по специальностям «травматология и ортопедия», «организация здравоохранения и общественное здоровье».

Трудовую деятельность начал в 1982 году врачом-хирургом отделенческой клинической больницы станции Барнаул.

Андрей Александрович – успешный ученый. Защитил в 1992 году кандидатскую, а в 2000-м – докторскую диссертацию по проблемам хирургического лечения травм и заболеваний крупных сухожилий. На счету профессора Коломийца 231 научная работа, в том числе 15 патентов.

сколько позволит только в масштабе Алтайского края спасти не одну тысячу жизней.

Что же касается человеческого опыта, психологическое воздействие на мозг бойцов в период активных боевых действий – такое же тяжелое ранение. Его патологический эффект на сознание и поведение человека может тянуться годами. Думаю, нужны специальные программы для выведения бойцов из этого состояния с привлечением психологов. Общество также должно понимать и максимально щадить психику не только раненых, но и просто демобилизованных бойцов.

Подготовила Ирина Савина

Нет дыма без огня?

Ежегодно в конце мая во всем мире отмечают День без табака. Наша страна давно вышла на тропу войны с пагубной привычкой. В этом году 11 апреля Госдума сразу в трех чтениях приняла закон, который уничтожит вейпинг в России. Ограничения продажи электронных сигарет несовершеннолетним вступят в силу 1 июня. А с 1 сентября будет запрещена продажа солевых жидкостей и жидкостей с ароматизаторами. Будут ли эффективны эти меры и каковы тенденции в нашем регионе – узнаем у экспертов.

Безопасного дыма не существует

Сегодня ситуация по табакокурению в нашем регионе сопоставима с ситуацией в целом по России, говорит врач – психиатр-нарколог диспансерного (взрослого) отделения Алтайского краевого наркологического диспансера **Наталья Осипова**. Так, по данным Росстата, в нашей стране ежедневно курит примерно 22% мужского и женского населения старше 15 лет.

«Большинство людей, как правило, начинают курить с подросткового возраста – обычно в возрасте от 12 до 18 лет. И лишь незначительная часть людей впервые приобщается к табакокурению, достигнув зрелого возраста, – отмечает специалист. – Да, в по-



следние годы тенденция сокращения числа курящих жителей наблюдается и в нашем регионе. Неуклонно растет число тех, кто обратился за помощью к специалистам края по вопросам отказа от курения. Но все же хочется отметить, что, несмотря на эту тенденцию к стабилизации, ситуация по табакокурению все-таки достаточно напряженная».

Для нашего региона актуальной остается проблема вейпов, электронных сигарет и кальянов. Все эти «инструменты» для пускания дыма приобрели большую популярность, особенно в молодежной среде. Многие считают их употребление «меньшим злом» по сравнению с обычными сигаретами, но это заблуждение, подчеркивает Наталья Осипова.

«Одна из причин растущей популярности электронных девайсов – их достаточно большой ассортимент (с разными механизмами действия). Когда курильщик переходит на электронные сигареты, зависимость никуда не уходит – он по-прежнему получает никотин. Это или табак в составе стиков для систем нагревания, или никотиновые жидкости с ароматизаторами

для курения вейпов, – поясняет врач. – Более того, зависимость от никотина усиливается, так как, в отличие от обычных сигарет, электронные аналоги более удобны в повседневной жизни. Человеку не обязательно каждый раз выходить на улицу или искать специальные места для курения: можно «дымить» где угодно. В связи с этим многие не выпускают эти гаджеты из рук, курят практически круглосуточно, нервничают и сильно раздражаются, если вдруг потеряли сигарету, не успели ее зарядить или забыли дома никотиновую жидкость. В результате человек начинает потреблять куда больше никотина, чем раньше».

Эксперт предлагает произвести простой подсчет. Если рассмотреть «одноразовые» вейпы, чьи производители рекламируют девайсы на 1–2 тыс. затяжек, то в обычной сигарете – 8–10 затяжек, и в среднем у курильщика уходит 1 пачка в день. В пачке 20 сигарет, итого в районе 200 затяжек в день, 2000 затяжек за 10 дней.

«Но стоит помнить, что у курильщика есть ограничивающий фактор – ему приходится делать специальные перерывы, чтобы выйти на улицу или

в курилку. Когда же человек покупает HQD-систему на 2000 затяжек, у него нет ограничителя, он курит в любой удобный момент, почти непрерывно. При этом подсчитать, сколько он уже выкурил, нельзя. В результате 10-дневная норма может «выполняться» за 3–5 дней, – подчеркивает Наталья Осипова. – Лишь небольшому проценту «электронных курильщиков» удается перейти на безникотиновые жидкости. Но вред для здоровья есть и от них, а аргумент, что электронные сигареты помогают снизить вред от курения, – крайне спорный. По информации ВОЗ, абсолютно все формы курения вредны для здоровья – «безопасного» дыма не существует».

Борьба с курением в нашей стране ведется давно. В том числе через запреты, ограничения, повышение акцизов. Но являются ли эти методы эффективными или же, наоборот, способствуют употреблению некачественной продукции? «На мой взгляд, все меры антитабачной кампании, проводимой в последние годы, достаточно эффективны. Если обратиться

Продолжение на стр. 30 >>

«Продолжение. Начало на стр. 28-29»

к статистике, то она показывает эффективность разумных ограничений в борьбе с курением. Так, с начала реализации антитабачной кампании в нашей стране количество курильщиков снизилось на 21%, – продолжает Наталья Осипова. – Отмечу все же, что меры вводятся разноплановые. Они направлены на то, чтобы мотивировать – настроить на отказ от табакокурения как можно больше людей, охватить все слои населения и создать дополнительные стимулы для отказа от курения. Борьба ведется не только посредством запретительных мер, но путем популяризации здорового образа жизни среди населения. В нашем регионе все заинтересованные службы, в том числе сотрудники наркологической службы края, проводят целенаправленную работу по формированию системы мотивации граждан к ведению здорового образа жизни и отказу от вредных привычек».

Внимание новым поколениям

Сегодня много разговоров ходит о солевом никотине. В Россию он пришел сравнительно недавно – около шести лет назад. Солевой никотин (соли) представляет собой искусственно синтезированную разновидность обычного никотина, которая по уровню кислотности аналогична рН человеческого организма. Его изготавливают, смешивая свободный никотин с определенным количеством кислот. Полученные никотиновые соли отличаются чистотой, а также высокой усвояемостью для организма, благодаря чему насыщение никотином происходит быстрее.

Синтетические никотиновые соли максимально приближены по составу к аналогу – никотину, который содержится в листьях табака. Жидкости, созданные на основе такого никотина, получают очень похожими по эффекту на сигареты. С тем отличием, что употребление вещества с паром приносит здоровью якобы намного меньше вреда. Но все не так безоблачно.

«Молодежь часто использует электронные устройства для курения с

жидким соевым никотином, добытым синтетическим путем. Он быстрее всасывается в кровь, принося с каждым разом разрушающее действие на организм человека, – рассказывает заведующая отделением по работе с детско-подростковым населением Алтайского краевого наркологического диспансера **Наталья Казанцева**. – Специалисты нашей химикотоксикологической лаборатории, а также коллеги из других регионов, исследовавшие так называемые «безникотиновые» картриджи для заполнения электронных устройств, почти в 100% случаев обнаружили никотин, причем порой в высоких концентрациях».

Существует миф, что вейпы менее опасны для легких, так как при парении не выделяют продуктов сгорания табака. Первоначально они даже создавались с целью более здоровой замены никотиновой зависимости. На практике это все равно что спорить, какой яд опаснее – метанол или мышьяк, отмечает специалист. «Пар – еще более мелкодисперсная взвесь. Поскольку в основе жидкости для вейпа жирные структуры – глицерин или пропиленгликольсодержащие компоненты, которые являются хорошо проницаемыми для слизистой дыхательной системы. Но главная мишень солевого никотина – это мозг, – предупреждает Наталья Казанцева. – Наш организм мудрый, у него есть защитный гематоэнцефалический барьер, являющийся преградой для многих вредных веществ. Но разработчики синтетического никотина постарались, чтобы даже этот барьер был преодолим. Поэтому каждое парение никотином незамедлительно ударяет по центральным структурам головного мозга, которые отвечают за работу всего организма. И вот представьте, весь этот поток вредной химии обрушивается на растущий организм, в связи с чем «поломка» может произойти в любой системе».

Опасность электронных сигарет еще и в том, что они превращают процесс курения в своеобразную игру, тем самым снижая возрастную планку потребителей никотина. Сегодня трудно найти подростков 15–16 лет,

не знакомых с табаком, но в это дело затягивают уже и 8–9-летних. Маркетинговая стратегия производителей вейпов беззащитно ориентирована на детско-подростковую аудиторию – продукция, предназначенная для взрослых, производится в виде игрушек.

По мнению экспертов, доступность – один из факторов распространения этой вредной привычки. Вейшопы появляются как грибы после дождя. Поэтому в числе одной из основных мер борьбы с электронным парением среди подростков специалисты называют сокращение количества точек продаж. Сейчас они есть почти в каждом магазине и торговом центре.

По химическому составу электронные сигареты затягивают быстрее и тяжелее, чем обычные сигареты, констатируют медицинские психологи. Подавленное настроение, приступы тревожности – обычное дело для парящих подростков. Не стоит забывать про многочисленные случаи отравлений данной продукцией, а также про нередкие случаи взрывов устройств прямо в руках у подростков.

Что может помочь в борьбе с табакокурением и парением электронных сигарет? Прежде всего правильная организация свободного времени, интересного и содержательного отдыха – занятия физической культурой и спортом, посещение кружков и секций. Праздность и безделье – почва для формирования вредных привычек, подчеркивают эксперты. Каждому необходимо это осознать. Никто не должен добровольно разрушать свой организм.

Ирина Савина

От всего сердца выражаю огромную благодарность и признательность врачу-хирургу, ортопеду Краевой клинической больницы скорой медицинской помощи № 2 **Александру Станиславовичу Вайнтрубу**. Занимаюсь серьезно спортом (бег и лыжи). Стало болеть колено. Сделала МРТ: разрыв мениска. Паника, слезы. Посоветовали обратиться к Александру Станиславовичу. 22 декабря 2022 года врач сделал мне артроскопию коленного сустава, а 29 января 2023 года в составе сборной команды Алтайского края я выиграла золотую медаль в чемпионате Сибирского федерального округа по спортивному ориентированию на лыжах в г. Горно-Алтайске. Никакой боли и воспоминаний про операцию. Но вновь почувствовала боль уже в другом колене. Сделала МРТ... и 16 февраля 2023 года я опять оказалась у Александра Станиславовича на операционном столе. Но уже без всякого страха. Операция и реабилитация прошли успешно. Через месяц я успела еще сделать тренировки на лыжах, а в настоящее время уже бегаю кроссы. Александр Станиславович, Вы – врач от бога. Вы – мастер своего дела. Вы – невероятный талант медицины. Вы – добрый, отзывчивый, грамотный специалист. Своими золотыми руками Вы безупречно сделали мне две подряд операции (с промежутком в 1,5 месяца) и вернули меня к занятиям спортом. Свои достижения и медали я теперь буду посвящать только Вам. Пусть Вам всегда улыбается удача, здоровья Вам, оставайтесь таким же прекрасным человеком и замечательным врачом.

Татьяна Игнатова

Именно от роддома зависит, какое впечатление и какие воспоминания останутся у женщины после родов. И захотели она в дальнейшем родить еще ребенка. Именно поэтому хочу от всего сердца выразить благодарность персоналу КГБУЗ «Родильный дом № 1, г. Барнаул». Спасибо за мой прекрасный опыт. С первых минут меня окружили вниманием и заботой, и я

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».

поняла, что сделала правильный выбор. Все проблемы, с которыми может столкнуться молодая мама, решаются оперативно. Если нужно сходить на процедуры, за твоим ребенком присмотрят медсестры, если возникают вопросы, персонал всегда рядом 24/7. За 4 дня, проведенных в роддоме, я не услышала ни одного грубого ответа или отказа в помощи. Все обращаются к тебе по имени. Везде чисто, еда вкусная, особенно каши. Отдельная благодарность моему врачу **Алле Борисовне Нелюбовой** и акушерке **Галине Сергеевне Жировой** за моего сыночка. Все прошло идеально. Проблем с партнерскими родами не возникло, а мужа пустили после родов, как мы хотели. Уровень поддержки 100 из 100, для меня было важно, чтобы никто на меня не кричал, а именно поддерживал, я это получила. До родов все ответы на вопросы о роддоме, его правилах нашла в Telegram-канале роддома.

Кристина Александровна Золотарева

Хочу поблагодарить терапевта городской поликлиники № 14 г. Барнаула **Марию Сергеевну Ефименко** за внимательное и доброжелательное отношение. По состоянию здоровья мне приходится часто бывать у нее на приеме. Она всегда старается решить мои проблемы, ответить на все мои вопросы, что для меня очень важно. Спасибо за помощь и удачи вам.

Татьяна Васильевна Сергеева

Огромная благодарность врачу-педиатру (инфекционисту) КГБУЗ «Детская городская больница № 1, г. Барнаул» **Ларисе Михайловне Бекетовой**. Сдали много анализов разными методами в разных медучреждениях с подготовкой. Выявили лямблиоз, воспаление ЖКТ. Лечение многоэтапное, сложное... Она все очень подробно объяснила. Сейчас последний этап – температура спала, стул нормализовался. Лариса Михайловна, спасибо.

Ольга Анатольевна Ковякова

Выражаю благодарность и почтение **Олегу Анатольевичу Ковалеву** (КГБУЗ «Краевая стоматологическая поликлиника»). Это квалифицированный, грамотный, ответственный руководитель и специалист своего дела. Знаю Олега Анатольевича с 2005 года и всегда выбираю его, даже ничуть не сомневаясь. Там, где Олег Анатольевич, всегда надежно, качественно и все в порядке.

Галина Петровна Раззамазова

Обратилась по поводу реабилитации после травмы лучезапястного сустава. Отмечаю положительную динамику. Выражаю благодарность врачу ЛФК Алтайского врачебно-физкультурного диспансера **Елене Ивановне Воранковой**, инструктору ЛФК **Наталье Анатольевне Ерохиной**, массажисту **Виктору Викторовичу Клопову** и медсестре физио **Надежде Сергеевне Черемновой**.

Т.И. Банникова

Я – мама особенного ребенка, девочке 5 лет. Хочу выразить огромную благодарность **Наталье Анатольевне Серовой** (КГБУЗ «Городская больница имени Л.Я. Литвиненко, г. Новоалтайск»), которая нам помогла с питанием. Спасибо ей большое. Спасибо за то, что всегда вежливо разговаривает, быстро помогает.

Дарья Александровна Жукова



Хранить память ради следующих поколений

7 мая Губернатор Алтайского края Виктор Томенко посетил Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн. Он встретился с ветеранами Великой Отечественной войны, находящимися на лечении, поздравил их с наступающим Днем Победы, вручил подарки, пожелал скорейшего выздоровления. Те, в свою очередь, сказали теплые слова в адрес коллектива госпиталя за отличное лечение и чуткое отношение, поблагодарили губернатора за заботу.

Источник:
www.altairregion22.ru
Фото: Антон Федотов



В выпуске использованы фотографии с сайтов zdravalt.ru, из архива редакции и открытых источников сети Интернет: псков.рф, mycdn.me, altarchives.ru, tgkb5.ru, kpcdn.net, mycdn.me, podagrainform.ru, homeopat-classic.ru, read-woman.ru, 9111s.ru, glazexpert.ru, ria.ru, medicmap.ru, narodnoeslovo.ru.

Алтайская краевая медицинская газета | 12+
МЫ ЗА ДОВОЛЬЕ

Краевая медицинская газета. Издаётся с 17.06.1994 г.

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

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

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

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

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

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

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

Отпечатано в типографии ООО «А 1».

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

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

Подписано в печать 10.03.2023. По графику 18.00. Фактически 18.00. Тираж 1000 экз. Цена свободная.