

6+

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№7 (211) ИЮЛЬ 2020



Медицинский работник - человек государственный!



Общероссийский народный фронт, опираясь на анализ ситуации в регионах, мнение экспертов, представителей профессионального медицинского сообщества, готовит в начале августа дискуссию по вопросам, связанным с организацией медицинской помощи в условиях пандемии.

Идет активное изучение, обобщение проблем, формируются вопросы, требующие решения на уровне Правительства РФ, профильных министерств, ФФОМС. Направлены в ОНФ и предложения экспертов Алтайского края - врачей, медицинских сестер, общественников. По факту, наиболее острой темой стала проблема защиты и дополнительных страховых гарантий самих медицинских работников. Несмотря на то, что, буквально, в первоочередном порядке на уровне государства были приняты такие меры, как, в частности, предусмотрены дополнительные страховые гарантии отдельным категориям медицинских работников, оказывающим помощь пациентам с COVID-19, в процессе их реализации были и еще остаются шероховатости и казусы! Возникла необходимость существенных уточнений, расширения категорий, имеющих право на материальные выплаты, решения текущих вопросов по обеспечению СИЗами. Неожиданной и парадоксальной стала тема обследования персонала медицинских организаций на COVID-19, в частности, определения источника компенсации затрат на проведение таких исследований для медицинских организаций (!)?

Процесс «отстаивания» своих прав медицинскими и иными категориями (не медицинскими) работников лечебных учреждений, фактически оказывающим помощь больным с «коронай» или лицам с подозрением на заболевание, иногда выходил и в публичное поле. Причем, общественное мнение не всегда занимало сторону «не учтенных», обвиняя их в меркантильности.

Важность и необходимость мер по защите работников медицинских организаций, по моему мнению, категорически нельзя оценивать с таких позиций. Во-первых, риск заболеть у работников медицинских организаций, действительно, в несколько раз выше, чем у остального населения. Так, ОНФ РФ, изучая эту проблему, констатировал, что «заболеваемость COVID-19 работников медорганизаций в 3 раза превышает уровень заболеваемости населения в целом, а в перепрофилированных («ковидных») учреждениях - в 10 раз! Более 30% всех заболевших COVID-19 медицинских работников осуществляли свою деятельность в не перепрофилированных организациях...». Это прямая угроза усугубить и без того серьезную проблему дефицита медицинских кадров!

Конечно, на начальном этапе в условиях развивающейся эпидемии, как на фронте, стояла задача «не пропустить врага», остановить распространение заболевания и снизить смертность от него. Но заболевание оказалось на редкость коварным и по остроте своего течения, и последствиям для здоровья, в том числе и отдаленным. Уже сегодня специалисты констатируют, что у перенесших COVID-19 развивается серьезная патология легких, и значительная часть пациентов нуждаются в длительной реабилитации после перенесенной пневмонии.

Приводятся убедительные данные о серьезном воздействии на сосудистую систему, проявляющуюся нарушением гемостаза, синдромом диссеминированного внутрисосудистого свертывания, склонностью к тромбообразованию и т.д. 36% больных с COVID-19 имеют патологию почек, у 12% - как осложнения развиваются миокардиты. Есть исследования, подтверждающие поражения гепатоцитов, как вирусом, так и лекарственное. Наверное, и проблемы неврологических и психозмоциональных расстройств в данном ракурсе не малозначимы.

Всё это уже на этом этапе ставит перед профессиональным сообществом, государством очень серьезную долгосрочную задачу – полноценную реабилитацию перенесших эту вирусную инфекцию.

Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (№323-ФЗ) гарантирует не только оказание медицинской помощи от смерти или угрожающих состояниях, но и на восстановление функции после развития заболевания или повреждения. Но такая гарантия предполагает и регламентирующие процедуры со стороны МЗ РФ, и определение источников финансирования этого направления деятельности. Действующий приказ МЗ РФ, определяющий порядок организации медицинской реабилитации, датирован еще 2012 годом. Приоритеты в нем пока определены (а значит - и финансирование) – реабилитация больных с различной другой, безусловно, социально значимой и заслуживающей внимания патологией.

Серьезное отвлечение сил медицинских работников на борьбу с COVID-19 не снимает обязанности и ответственности за оказание как экстренной помощи, так и скорейшее возвращение медицинских организаций к оказанию в полном объеме плановой медицинской помощи. Согласно статистике, переболевших «коронай» медицинские работники - это та категория населения, которая массово нуждается в реабилитации! Это необходимо сделать еще и потому, что, возвращая медицинским работникам возможность полноценной работы, государство и общество прагматично заботятся о всем населении.

Безусловно, примеры публичной благодарности медикам, оказания спонсорской помощи, помощь семьям медицинских работников - это вызывает и уважение, и благодарность дарителям, волонтерам. Но..! Работники медицинских организаций - это, прежде всего, «ГОСУДАРСТВЕННЫЕ ЛЮДИ» и их достойное обеспечение и защита - задача ГОСУДАРСТВА!

Что касается темы профессионального долга, особой миссии, осознанного выбора профессии, социальной ответственности - это было, есть и будет присуще медицинскому работнику!

Одно другого не исключает!

И.Козлова,
главный редактор, сопредседатель Алтайского
регионального отделения ОНФ



Технологии и опыт

Кардиопакет:
бесплатные лекарства для сердечниковПсихологическая
помощь
онкопациентамКак кариес связан
с детским
протезированиемКогда первый класс
не за горами**НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ "ЗДРАВООХРАНЕНИЕ"**

И.Н. Суспицына. Телемедицина и дела сердечные 2-4

ЖИЗНЬ БЕЗ ТАБАКА

Любителей подымить приравняли к курильщикам 5

ЗРЕНИЕ - ОКНО В МИР

А.С. Макогон. Технологии и опыт 6-9

Антибиотик и еда 10

Новости здравоохранения мира 11

Здравоохранение в России: подводя итоги 2019 года 12-14

Рисуй про здоровье 15

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ "ЗДРАВООХРАНЕНИЕ"

А.А. Ефремушкина.

Кардиопакет: бесплатные лекарства для сердечников 16-17

ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА

О.П. Стрельникова. Резус-конфликт улажен 18-19

«Не упустить момент» 20

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

О.Н. Штобе. Беременность при коронавирусе 21-22

Е.А. Кириллова. Современные перинатальные технологии:
взгляд акушерки на методы родовспоможения 23-24**ПОБЕДИМ СВОЙ СТРАХ!**

К.Д. Корсун. Чем опасен вирус папилломы человека 25-27

СОВЕТ ПСИХОЛОГА

А.В. Лобанова. Психологическая помощь онкопациентам 28-30

ВВП нездорового человека 31

Лекарства и травы: союзники или враги? 32-33

Выбираем тонометр 34

Новости здравоохранения России 35

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ "ЗДРАВООХРАНЕНИЕ"

М.О. Полянская, А.А. Каргушина. Ретинобластома 36-37

ЗА СЧАСТЛИВОЕ ЗДОРОВОЕ ДЕТСТВО!

О.А. Васильева. Как кариес связан с детским протезированием .. 38-39

Когда первый класс не за горами 40-41

СПОРТ ВО ИМЯ ЖИЗНИ

Тренировки без судорог 42-43

20 секретов счастливой жизни 44



Телемедицина и дела сердечные

Заболевания сердечно-сосудистой системы находятся в числе самых распространенных среди неинфекционных заболеваний и занимают лидирующее место в общей статистике смертности в мире. Алтайский край не стал исключением - у нас, как и во всей России, много тех, кого беспокоят «дела сердечные».

Чтобы сделать высококвалифицированную узкоспециализированную помощь пациентам с данной патологией более доступной, в Алтайском краевом кардиологическом диспансере используют телемедицинские технологии. О том, как это работает, рассказала **Ирина Николаевна СУСПИЦЫНА**, кандидат медицинских наук, врач-кардиолог кардиологического отделения для лечения больных острым инфарктом миокарда.

- Расскажите, каким образом применяются телемедицинские технологии в лечении больных кардиологического профиля?

- В целях совершенствования узкоспециализированной медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом (ОКС) с декабря 2018 года в Алтайском краевом кардиологическом диспансере начал работать **консультативно-диагностический центр**. За два года была проведена большая работа: установлены правила взаимодействия медицинских организаций при оказании помощи пациентам с ОКС, определена схема прикрепления районов края к сосудистым центрам и межрайонным кардиологическим отделениям, разработан алгоритм ведения пациентов как на догоспитальном этапе, так и госпитальном - в стационарах.

Более того, в начале этого года все бригады скорой медицинской помощи были оснащены устройствами для записи и дистанцион-

ной передачи кардиограммы - эти устройства называются кардиометрами.

- Как это всё работает на практике?

- Допустим, бригада скорой медицинской помощи находится на вызове у пациента - в любой точке края, даже в самом отдаленном районе. После сбора жалоб пациента, его анамнеза, у фельдшера возникает подозрение на острый коронарный синдром. С помощью кардиометра записывается кардиограмма, которая автоматически онлайн передается на сервер краевого кардиологического центра. После этого фельдшер звонит в наш консультативно-диагностический центр, где в круглосуточном режиме работают высококвалифицированные врачи-кардиологи. Они, находясь на своем рабочем месте, оперативно получают информацию обо всех записанных кардиограммах. Во время консультации наш врач и фельдшер, находящийся с пациентом, согласовывают диагноз, определяют последовательность и объем оказания необходимой медицинской помощи.

Мы определяем необходимость проведения тромболитической терапии у пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST, а также, что тоже очень важно, - дальнейшую маршрутизацию. Говоря проще, совместно решаем: больному необходимо госпитализироваться в межрайонное кардиологическое отделение или, возможно, необходима его транспортировка



к нам, в краевой кардиологический диспансер.

- Как был создан консультативно-диагностический центр?

- Консультативно-диагностический центр, работающий в круглосуточном режиме, создан в целях повышения доступности специализированной медицинской помощи. До него было два подобных - с разделением по районам: на базе краевой клинической больницы консультировали часть пациентов со всего края и другую их часть - на базе Алтайского краевого кардиологического диспансера. Такая система была не вполне удобной. С созданием консультативно-диагностического центра на базе нашего медучреждения теперь всё замыкается в одном месте.

- Проводимые консультации актуальны, в первую очередь, для жителей сел?

- Не только. К жителям Барнаула также приезжает скорая помощь, больным записывают кардиограмму на кардиометр и авто-



матически передают нам. При необходимости фельдшер согласовывает диагноз, и совместно определяем место госпитализации пациента. Для жителей Барнаула с подозрением на ОКС низкого риска или при наличии противопоказаний к проведению чрезкожного коронарного вмешательства (ЧКВ) это может быть кардиологическое отделение краевой клинической больницы скорой медицинской помощи, а при наличии определенных сопутствующих заболеваний (например, пациенты на хроническом гемодиализе) - кардиологическое отделение краевой клинической больницы. В остальных случаях пациенты с ОКС (жители Барнаула) госпитализируются в краевой кардиоцентр.

Благодаря работе консультативно-диагностического центра увеличилось число пациентов с острым коронарным синдромом, которые госпитализируются в специализированные ЧКВ-центры напрямую, минуя районные больницы, в которых сложно оказать квалифицированную помощь в случае возникновения ОКС. В этом году, помимо Барнаула, ЧКВ-центры открылись в Бийске и Рубцовске. В таких центрах нашим больным проводится коронароангиография со стентированием коронарных артерий - это основной современный метод лечения пациентов с острым коронарным синдромом.

С начала работы консультативно-диагностического центра мы постоянно видим увеличение количества проведенных консультаций и переданных кардиограмм, что ведет к росту числа госпитализаций в наше учреждение и краевую клиническую больницу. Можно сделать вывод, что количество лиц с острым коронарным синдромом в Алтайском крае, которым оказывается высокотехнологичная кардиологическая помощь, увеличивается, а, значит, повышается и доступность медицинской помощи.

- Вы отметили рост числа консультаций по сравнению с прошлым годом. Насколько их стало больше?

- Еще до открытия консультативного центра к нам поступало около 1800 кардиограмм, в 2019 году за 6 месяцев работы центра - 5500, а за 6 месяцев 2020 года - уже более 9000 кардиограмм. Соответственно, в 2018 году было проведено 2000 консультаций, в 2019 году - 7000 и 10 тысяч



консультаций в первом полугодии этого года.

Мы стараемся в некотором роде облегчить работу первичного медицинского звена - фельдшеров из районов. Им, безусловно, сложно с тяжелыми кардиологическими пациентами. Поэтому стараемся помочь, разобраться на месте с диагнозом, определиться с тактикой оказания помощи и местом госпитализации пациента.

- Получается, что подобные консультации чаще носят неотложный или экстренный характер?

- Мы проводим и плановые консультации, тем более сейчас, когда плановая медицинская помощь в крае в связи с пандемией коронавируса оказывается в ограниченном объеме. Также в структуре краевого кардиодиспансера есть поликлиника, в которой врачи-кардиологи консультируют врачей и фельдшеров со всего края по ведению плановых больных.

Мы помогаем врачу, фельдшеру из любой центральной районной больницы с коррекцией проводимой терапии. Звонят нам, действительно, со всего края - из ФАПов, поликлиник, ЦРБ, подстанций скорой помощи. ФАПов становится больше и многие из них уже оснащены кардиометрами.

Также возможно такое, что мы забираем некоторых пациентов и без наличия острого коронарного синдрома. Например, когда не удается на месте решить проблему: это могут быть - пороки сердца, сложно корригируемая артериальная гипертензия, сердечная недостаточность и т.д.

С начала работы консультативно-диагностического центра отмечается увеличение количества проведенных консультаций и переданных кардиограмм, что приводит к росту числа госпитализаций в АККД и ККБ. Количество лиц с ОКС в Алтайском крае, которым оказывается высокотехнологичная кардиопомощь, увеличивается, значит, и повышается доступность медицинской помощи.



Сердце под контролем

Бывают и обратные ситуации, когда фельдшер подозревает у пациента ОКС, а мы оцениваем кардиограмму, клинические симптомы и понимаем, что они являются нетипичными для ОКС. Тогда может оказаться, что госпитализация не нужна пациенту.

- С какими патологиями чаще всего приходится иметь дело?

- Помимо больных с острым коронарным синдромом чаще всего приходится консультировать лиц с нарушениями сердечного ритма и проводимости сердца. При наличии показаний пациентов переводят в краевой кардиодиспансер, в том числе для имплантации электрокардиостимулятора.

- Алтайский край достаточно большой и есть территории, где мобильная связь и интернет не очень хорошие. Не случаются ли перебои во время проводимых консультаций?

- Все кардиометры оснащены симкартами. Если вдруг случаются проблемы, например, со связью, то все вопросы успешно решаются. Бывает и так, что фельдшер выезжает с пациентом и уже на трассе связывается с нами, когда появляется связь. Но это отдельные ситуации и, как правило, касаются очень отдаленных уголков края. Чаще подобных проблем не возникает.

- Сколько в среднем времени тратится от звонка до постановки диагноза и определения дальнейшей тактики?

- Ситуации бывают разные. В основном укладываемся в 5-10 минут, определяемся с диагнозом и маршрутизацией. Если возникают сомнения и не можем однозначно сразу определиться с диагнозом, то пациента отправляют на дообследование в ближайший стационар. Позднее, уже после забора анализов и имея результаты обследований, нам звонит врач ЦРБ, чтобы коллегиально определиться с диагнозом и тактикой лечения.

- Пандемия внесла коррективы в вашу работу?

- Консультативно-диагностический центр, прежде всего, курирует вопросы экстренной помощи, а она как оказывалась, так и оказывается. Принципиально ничего не поменялось. Все пациенты, которые нуждаются в высококвалифицированной медицинской помощи, ее получают.



У нас созданы условия для лечения пациентов с подозрением на коронавирусную инфекцию. В краевом кардиоцентре разработаны алгоритмы действий на тот случай, если у пациента имеется подозрение на COVID-19 или этот диагноз подтвержден. При поступлении такой пациент будет отдельно от других пациентов находиться в реанимации, у него будет свой лечащий врач, а после перевода из реанимации его поместят в боксированную палату. Словом, созданы все условия для нахождения в стационаре. В любом случае кардиологическая помощь всем нуждающимся будет оказана.

- Ирина Николаевна, расскажите о коллективе консультативно-диагностического центра.

- Консультативно-диагностический центр - это подразделение кардиологического отделения для лечения больных с острым коронарным синдромом. Все врачи, которые там работают, - практикующие, с большим стажем, с категориями не ниже первой, есть кандидаты медицинских наук. Существует ротация - врачи работают попеременно и в отделении, и в приемном покое, и в консультативном центре.

- Что бы вы хотели пожелать своим пациентам?

- Хотелось бы, чтобы люди обращали внимание на свое здоровье, занимались им, вовремя обращались к врачу. Нередко больные терпят болевой синдром, поздно обращаются за помощью, а тем временем ситуация усугубляется и помочь им становится сложнее. Очень хочется, чтобы подобных случаев было как можно меньше.

Надежда Здорнова

Круглосуточный консультативно-диагностический центр АККД создан для повышения доступности специализированной медицинской помощи населению Алтайского края.





Технологии и опыт

В Алтайской краевой офтальмологической больнице рассказали о том, как им удается соответствовать мировым стандартам лечения глазных болезней.

Ежегодно 8 августа отмечается Международный день офтальмологии. В преддверии праздника **Александр Сергеевич МАКОГОН**, заместитель главного врача Алтайской краевой офтальмологической больницы, заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук, доцент, врач-офтальмолог высшей квалификационной категории, рассказал о том, как в учреждении помогают взрослым пациентам и детям при самой тяжелой и разнообразной офтальмологической патологии.

- В больницу едут со всего Алтайского края, и даже более того - много примеров, когда стараются попасть на прием и жители соседних регионов. Расскажите, каким образом в вашем учреждении организована офтальмологическая помощь, что пациенты выказывают такой кредит доверия?

- Наша репутация складывается из отзывов благодарных пациентов, а их действительно очень много. Не стесняюсь, могу сказать, что в больнице сложился высокопрофессиональный коллектив, а ее оснащение - на уровне мировых офтальмологических клиник. Причем, оборудование, на котором мы работаем, в крае нет больше нигде. Например, хирургические комплексы для витреоретинальной хирургии (витреоретинальная хирургия применяется при заболеваниях сетчатки и стекловидного тела). С помощью этих аппаратов проводятся операции при отслойке сетчатки, при лечении ее разрывов и т.д. Это комплекс 3D-визуализации, когда врач-хирург, работая в полости

глаза, смотрит на экран монитора через 3D-очки и видит увеличенное, объемное изображение, что позволяет ему делать очень точные и delicate манипуляции во время операции.

Также в 2019 году Алтайская краевая офтальмологическая больница была оснащена новейшим оборудованием для эксимерлазерной коррекции зрения в новом, цифровом HD-качестве, и новой современной диагностической станцией, которая позволяет провести точное обследование глаз перед операцией по коррекции зрения.

Оба эти комплекса сопряжены друг с другом, что очень важно при эксимерлазерной хирургии (исправляет близорукость, дальнозоркость и т.д.). На практике это работает следующим образом. Предварительно, на этапе диагностики, обследуем пациента. После этого все полученные данные формируются в протокол операции, который удаленно передается прямо в операционную. Хирургу остается только подготовить пациента и с помощью лазера провести коррекцию.

Таких эксимерлазерных комплексов в России всего четыре. Один из них - в Алтайской краевой офтальмологической больнице.

Конечно, имея такую серьезную технику, нужно обучаться непрерывно. И мы это делаем. Наши специалисты регулярно проходят обучение в ведущих клиниках страны Москвы и Санкт-Петербурга. Кроме того, у наших докторов большой опыт работы. Всё это, безусловно, положительно отражается на результатах лечения.

- Какой профиль лечения у специализированных отделений больницы?

- У нас есть несколько отделений, которые специализируются на тех или иных патологиях глаза. Например, отделение хирургии глаукомы - оно единственное в регионе. Возглавляет его заслуженный врач РФ **Лариса Константиновна ДРУЖКОВА**. Она всю свою врачебную деятельность посвятила борьбе с глаукомой, наработала колоссальный опыт, в отделении трудятся опытные специалисты. Нужно понимать, что глаукома



- серьезнейшее заболевание, которое требует оперативного вмешательства, поскольку, если вовремя не компенсировать внутриглазное давление, это приведет к слепоте.

Отделение витреоретинальной хирургии, которое возглавляет **Владимир Александрович ТКАЧЕВ**, - тоже единственное в крае. Это очень сложное и вместе с тем очень перспективное направление в офтальмологии. В его основе - комбинированное хирургическое вмешательство, которое проводится на сетчатке и стекловидном теле. Смысл витреоретинальной операции - предотвратить неизбежную утрату зрительных функций у пациента с патологией сетчатки и стекловидного тела и восстановить нормальную анатомию глаза. Некоторые больницы штучно делают такие операции, но у нас доктора проводят их практически каждый день.

Еще одно отделение в основном занимается оперативным лечением катаракты - **имплантацией искусственного хрусталика**. До пандемии мы провели первую в крае операцию - имплантировали факичную интраокулярную линзу (ИОЛ). При высокой степени близорукости один глаз прооперировали эксимерным лазером, а другой глаз не могли им прооперировать, поскольку этого не позволяла сделать толщина роговицы. И мы пошли другим путем - подобрали специальную персонализированную линзу, а затем имплантировали, не удаляя родного хрусталика. Получается, что на одном глазу у пациентки сразу два хрусталика - родной и искусственный. Почему пришлось так делать? Обычно родной хрусталик удаляют пациенту, потому что он является плюсовой линзой, его убрали - и близорукость компенсировали. У пациентки же была слишком большая близорукость, поэтому требовалось принять другие меры. Если бы мы действовали как обычно, то замена хрусталика дала бы хорошее зрение только на каком-то определенном расстоянии, потерялась бы способность глаза видеть хорошо на разном расстоянии. Конечно, это полумера. Тем более, что пациентка достаточно молодая, у нее вся жизнь впереди. И мы решили, что раз можем ей помочь видеть обоими глазами одинаково хорошо, то нужно всё для этого сделать.

- Если в структуре больницы есть отделения, занимающиеся отдельными офтальмозаболеваниями, значит, они весьма распространены в Алтайском крае?

- Глаукома - это заболевание, которое является одной из основных причин неизлечимой слепоты в мире и в России среди офтальмологических патологий. **Катаракта** - тоже распространенное заболевание, которое считается «возрастным» и рано или поздно развивается у многих людей, но оно успешно лечится хирургическим путем, и зрение



можно восстановить. Интересно, что раньше считалось, что глаукома встречается у людей после 55 лет. Сейчас она «молодеет» - уже можно встретить 40-летнего пациента с таким заболеванием.

Еще одна патология - **возрастная макулодистрофия**. Это тоже мировая проблема, и мы здесь не стали исключением. Возрастная макулодистрофия приводит к выпадению центрального поля зрения, человек не может читать, писать, смотреть телевизор. Ему трудно ориентироваться в окружающей обстановке, так как работает только периферическое поле зрения. Раньше это заболевание лечилось по квотам, пациенты для курса введения специального препарата направлялись за пределы Алтайского края. Замечу, что таких пациентов таких, очередь на квоты была большая, что, несомненно, влияло на качество лечения. Сейчас ситуация изменилась в лучшую сторону - квоты передали нам. В итоге пациенты не едут за тысячи километров, им достаточно приехать в Барнаул несколько раз, что благоприятно в целом сказывается на лечении. Наши специалисты-офтальмологи вводят препараты, отпускают домой, спустя месяц пациент проходит осмотр, врач фиксирует, есть ли динамика, и если она есть, то пациенту продолжают курс лечения. В общем, пациенты с возрастной макулодистрофией теперь не брошены, - мы успешно им помогаем на месте.

- В больнице собрана уникальная диагностическая база...

- Краевая офтальмологическая больница - одно из тех краевых учреждений, где очень хорошо развита диагностическая служба. Например, у нас есть оптический когерентный томограф, который позволяет делать высокоинформативные снимки сетчатки глаза. Он выдает срезы, на которых почти на микронном уровне можно увидеть, где и какие имеются изменения. В других лечебных учреждениях только появляются такие томографы, а мы с ним работаем уже 15 лет - ►



Опыт работы накоплен огромный. Также используются электрофизиологические методы исследования. Это большой аппаратный комплекс, который позволяет исследовать проводящие пути, то есть как нервные и зрительные импульсы идут и попадают в кору головного мозга, где, собственно, изображение у нас и формируется. Бывают такие виды патологии, когда где-то на каком-то этапе существует препятствие прохождению нервных импульсов. Мы его «разыскиваем» и устраняем. В плане диагностики и постановки диагноза это очень и очень помогает. У нас таких комплексов два.



- Расскажите, пожалуйста, об «ночных линзах», возвращающих зрение. Что это такое?

Начну с того, что у нас работает единственная в крае лаборатория контактной коррекции зрения. За последние годы, благодаря заведующей лабораторией **Валентине Андреевне БОНДАРЬ**, это подразделение стало активно развиваться. Специалисты лаборатории занимаются подбором ортокератологических линз ночного ношения. Иногда пациенты с близорукостью не могут в силу каких-то причин носить очки и линзы. Например, спортсмены или сотрудники производств, особенно пыльных. При этом операцию делать не хочется. Один из вариантов помощи - ортокератологические линзы. Суть в том, что пациент надевает на ночь эти линзы, спит в них, утром встает, снимает их и без линз уходит на работу. Во время сна линза исправляет роговицу, устраняет близорукость, изменяет преломляющую силу глаза. Снял линзу - и на весь день хватает этого.



Если не носить дня два-четыре, то всё возвращается на круги своя.

Еще один вариант лечения близорукости у детей - **дефокусные линзы**. При использовании обычных средств коррекции - очков или обычных линз - на периферию сетчатки не попадает четкое изображение. Это приводит к тому, что в мозг постоянно идет сигнал, чтобы головной глаз «подстраивался» под это. Глазное яблоко начинает растягиваться, прогрессирует близорукость. Так вот, есть специальные линзы, которые позволяют изображению четко попадать и в центр сетчатки, которая отвечает за зрение, и на периферию. Патологический сигнал разрывается, и зре-

ние стабилизируется.

Краевая лаборатория контактной коррекции зрения также занимается **изготовлением индивидуальных линз для пациентов с кератоконусом**. Что это такое? Роговица истончается в центре, выпячивается, становится всё тоньше и выглядит конусообразной. Зрение, соответственно, ухудшается. Одна из методик, которая может остановить это состояние, - ношение жестких контактных линз, которые точатся под форму роговицы пациента. Когда он ее носит, линза выполняет роль бандажа, то есть держит роговицу, чтобы не шел прогресс.

- Как происходит лечение детей?

Детское отделение больницы возглавляет главный дет-ский офтальмолог Сибирского федерального округа, заслуженный врач РФ **Владимир Ильич ЛЕБЕДЕВ**. В основном в отделении лечат близорукость, косоглазие, эмблиопию, то есть функциональное недоразвитие глаза в результате врожденных аномалий рефракции. Встречаются, хоть и достаточно редко, врожденные глаукомы и катаракты. Всё это оперируем. В этом отделении активно используется ортоплеоптическое лечение. Его суть заключается в специальных упражнениях, которые стимулируют развитие глаза. Сейчас это проводится в основном в условиях дневного стационара больницы.

- В прошлом году у краевой офтальмологической больницы появились новые площади. Как они помогают с оказанием помощи населению?

Основное наше здание (Барнаул, ул. Советская, 8) у нас было всегда. Здесь размещались и детское, и взрослые отделения. Площадей было недостаточно, была скученность, очередность и т.д. Сейчас, когда нам удалось обособить поликлини-



ческий прием, эти проблемы удалось решить. Детская поликлиника теперь расположена на пр. Строителей, 29. Там же - детский дневной стационар. Взрослое поликлиническое отделение сейчас находится по адресу ул. 9 мая, 7. В прошлом году мы открыли там взрослый прием и дневной стационар, где пациенты получают консервативное и аппаратное лечение. На ул. Советской нашим пациентам стало более удобно и комфортно: перевели приемный покой на первый этаж, тогда как раньше он располагался в цокольном этаже, преобразилась регистратура - она стала также более комфортной для пациентов.

- Какая помощь чаще всего показана пациентам: оперативное лечение, лечение в стационаре или амбулаторное?

- Нельзя так просто сказать, что в половине случаев, мы, например, оперируем. Это не так, потому что заболевания очень разные, и пациенты обращаются на разных этапах развития болезни. Допустим, отслойка сетчатки - это всегда только хирургическая помощь. Косоглазие чаще всего тоже хирургическое лечение, хотя возможны разные сценарии развития болезни. Глаукома, которая, как принято думать, всегда требует оперативного лечения, на самом деле на начальных этапах лечится консервативными методами: это могут быть капли, которые, вполне возможно, будут какое-то время помогать, а уже потом, в перспективе, нужно будет оперироваться.

Я вам скажу так. Раньше в стационаре часть пациентов лечилась консервативно (препараты, капли, инъекции), а часть - оперировалась. Сейчас у нас практически все пациенты госпитализируются для хирургического лечения, на долю консервативных методов лечения приходится малый процент больных. Отчасти это связано с тем, что развито понятие «хирургия одного дня». Технологии сейчас такие, что если раньше катаракту мы оперировали час, то теперь - 15 минут. То есть мы можем прооперировать утром, а на следующий день пациента осматривает доктор и отпускает

домой. Часто катаракта оперируется даже в рамках дневного стационара.

- Как происходит операция?

- Это процедура в современных условиях очень похожа на укол в область глаза. Никакого разреза роговицы, никаких швов. Два инструмента (по толщине схожи с инъекционной иглой) вводятся внутрь глаза. В это время доктор работает, разрушает хрусталик, убирает его и имплантирует новый. Линзу помещают на место удаленного хрусталика с помощью инжектора (наподобие иглы), после чего она сама расправится и зафиксирована. Вот и всё!

- Расскажите о телемедицинских технологиях, которые в вашей больнице начали применять. Насколько успешный это опыт?

- Опять же пандемия подтолкнула нас заняться этим. Когда было принято решение ограничить оказание плановой медицинской помощи, мы задумались, как помочь пациентам, которые временно не могут получить элементарного врачебного совета. Представьте, у больного была операция, после чего он отправлен домой, и у него возникли вопросы относительно терапии (при использовании каплями, к примеру). Ему нужно проконсультироваться, что ощущения от капель не те, или зрение поменялось вдруг, - а негде и не с кем. Чтобы помочь нашим больным, мы и создали специальную платформу, на которой в период пандемии доктора выходят со своими пациентами на связь. Если это первичный пациент, естественно, мы диагнозы без осмотра не выставляем, но если он годами лечится в нашей больнице и в нашей базе всё есть, мы можем подсказать ему, как быть и что нужно делать: может, препарат не подходит, индивидуальная непереносимость, например.

Еще такой момент. Существуют консультации формата «врач-врач». Бывают сложные пациенты, когда нужно уточнить диагноз, и мы консультируемся с ведущими клиниками Москвы. Например, с МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца. Это, как правило, очень сложные случаи.

Телемедицина - это также несомненный плюс для пациента. Если раньше, приходилось отправлять сложного пациента, например, в Москву, то сейчас мы можем обследовать его в Барнауле, передать все документы в Москву, и получить оттуда рекомендации.

Думаю, телеконсультации останутся в нашей практике и после завершения пандемии, поскольку они показали свою актуальность. Нам же главное, чтобы пациенты получали всё необходимое лечение, и качество их жизни оставалось на достойном уровне. ☺

Надежда Здорнова



Кардиоопакет: бесплатные лекарства для сердечников

Сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной смерти во всем мире: ежегодно от них умирают около 17,5 миллионов человек. Более 80% случаев смерти от сердечно-сосудистых заболеваний происходит в странах с низким и средним уровнем дохода, почти в равной мере среди мужчин и женщин.



Анна Александровна ЕФРЕМУШКИНА,
член Редакционного совета журнала, главный внештатный кардиолог минздрава Алтайского края, доктор медицинских наук, профессор кафедры терапии и общей врачебной практики с курсом ДПО АГМУ

В России кардиобольные с этого года стали получать необходимые им лекарства бесплатно.

Вылечат бесплатно

Приказ Министерства здравоохранения РФ №1Н от 09.01.2020 года о бесплатных препаратах для больных кардиологического профиля вступил в силу 7 февраля 2020 года.

Согласно ему, в рамках федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» **льготное лекарственное обеспечение предоставляется лицам, которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), инфаркт миокарда, а также которым были выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стен-**

тированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний (за исключением лиц, имеющих право на получение социальной услуги в виде обеспечения лекарственными препаратами для медицинского применения в соответствии с Федеральным законом РФ «О государственной социальной помощи»).

Федеральная программа по обеспечению сердечников бесплатными препаратами рассчитана на 2020-2022 годы, на эти цели из федерального бюджета выделено 10,2млрд рублей.

Кардиоопакет: кому и для чего?

Что такое кардиоопакет? Это набор льготных лекарственных препаратов для обеспечения пациента с сердечно-сосудистой патологией на определенный период времени для лечения и профилактики обострений имеющегося заболевания.

В список льготных лекарств входит **23 препарата** - это основные группы препаратов, которые врачи-кардиологи рутинно назначают своим пациентам. Естественно, что состав кардиоопакета (выбор лекарственных препаратов, а также их дозы) определяет лечащий врач в зависимости от имеющегося заболевания пациента, наличия показаний и противопоказаний к препаратам.



Что даст подобная мера для системы российского здравоохранения:

- *поддержание здоровья пациента,*

- *уменьшение вероятности у него развития обострений и осложнений заболевания,* так как в этом случае больной будет привержен к лечению, независимо от своего материального положения.

Отмечу, что раньше пациенты с вышеперечисленными сердечно-сосудистыми заболеваниями получали бесплатные лекарства только во время лечения в стационаре. Теперь же получить препарат можно будет в течение года с момента диагностирования заболевания или проведения операции и при амбулаторном лечении.

В Алтайском крае сведения о пациентах, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, а также тех, кому были выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием, в режиме онлайн вносятся в регистр ССЗ для выписки бесплатных рецептов на лекарственные препараты - в информационную систему льготного лекарственного обеспечения.

Право на получение льготных медикаментов имеют больные с диагнозами «нестабильная стенокардия», «острый или повторный инфаркт миокарда» и другими формами острой ишемической болезни сердца. Эти меры приняты в рамках реализации регионального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» нацпроекта «Здравоохранение», который реализуется в регионе с 2019 года.

Механизм оказания помощи

При выписке пациента из кардиодиспансера лечащий врач одновременно с выпиской выдает рецепт на получение определенных групп лекарственных препаратов базовой терапии, которые в дальнейшем могут быть получены в ап-



теках, регламентированных постановлением минздрава Алтайского края №217 от 17 марта 2020 года.

Если пациент выписывается из Алтайского краевого кардиологического центра или кардиологического отделения краевой клинической больницы, то кардиопакет выдается на один месяц в аптеках этих же медицинских организаций. В дальнейшем, по истечении первого месяца, для продолжения лечения пациенту необходимо встать на диспансерный учет к участковому терапевту в поликлинику по месту жительства, у которого уже есть информация о состоянии здоровья данного человека, - только после этого обеспечение пациента кардиопакетом будет продолжаться в течение последующих 11 месяцев.

Выдача лекарственных препаратов по бесплатным рецептам пациентам, перенесшим инсульт, при выписке из стационара осуществляется аптечными пунктами АКГУП «Аптеки Алтая» в медицинских организациях: КГБУЗ «Краевая клиническая больница», КГБУЗ «Городская больница №5, г.Барнаул», КГБУЗ «Городская больница №11, г.Барнаул», КГБУЗ «Центральная городская больница, г.Бийск», КГБУЗ «Городская больница №2, г.Рубцовск». По месту жительства пациенты получают лекарственные препараты в аптеках, прикрепленных к медицинской организации. ☺

В Алтайском крае на 1 июля 2020 года кардиопакетами обеспечены 3545 пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями по 21946 рецептам на сумму 11,4млн. рублей, в том числе за счет регионального бюджета - на сумму 877,65 тысяч рублей. В регистре ССЗ для выписки бесплатных рецептов на лекарственные препараты на эту дату состоят 5907 пациентов.



Резус-конфликт улажен

В Алтайском краевом перинатальном центре «ДАР» начали выполнять внутриутробное внутрисосудистое переливание крови. Метод используется для лечения гемолитической болезни плода, возникающей из-за иммунологической несовместимости крови матери и ребенка по резус-фактору, и позволяет сохранить жизнь еще не родившемуся малышу.

Наш собеседник - заведующая отделением лучевой и функциональной диагностики перинатального центра «ДАР» **Олеся Петровна СТРЕЛЬНИКОВА**.

- Гемолитическая болезнь плода - это тяжелая патология, при которой в крови ребенка до его появления на свет происходит распад (гемолиз) красных кровяных клеток - эритроцитов. Такой процесс возникает при иммунологической несовместимости отдельных характеристик крови матери и плода. В большинстве случаев подобная ситуация может возникнуть, когда женщина с отрицательным резусом беременна малышом с положительным резусом. Также могут быть и другие варианты иммунологического конфликта, например, по группе крови, другим специфическим факторам (антигенам).

Иммунный конфликт, вызывающий гемолитическую болезнь,

несет риск для здоровья и жизни плода, но не представляет опасности для беременной женщины. Самым тяжелым осложнением вынашивания такой беременности может оказаться внутриутробная гибель ребенка.

Мы нашли способ помочь таким малышам - внутриутробное внутрисосудистое переливание крови плоду. Высокотехнологичное медицинское вмешательство освоили врачи пренатальной диагностики - акушеры-гинекологи **Анна КОРЧАГИНА, Ксения ЩЕКЛЕИНА** и **Олеся Стрельникова**, которые прошли обучение в Уральском НИИ охраны материнства и младенчества.

О резус-конфликте

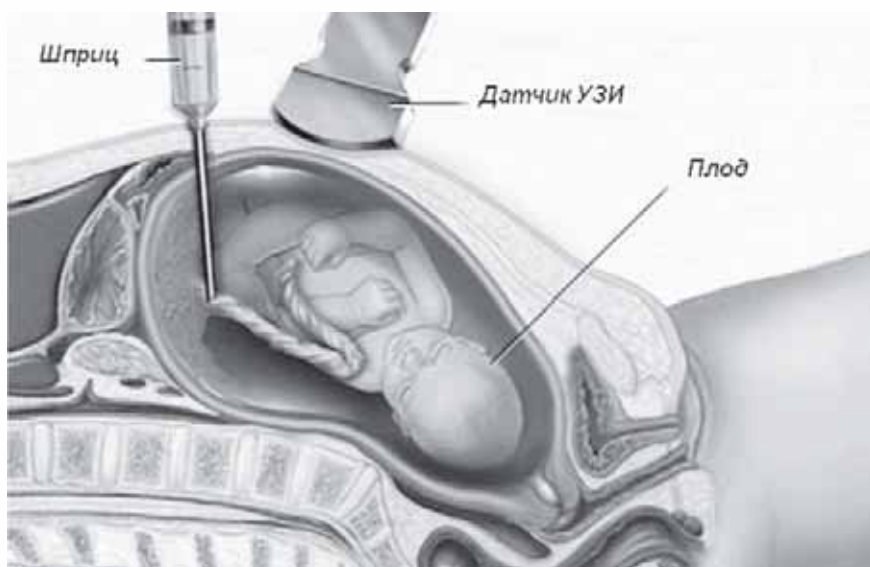
Резус-фактор - это специфический белок, находящийся на поверхности красных кровяных клеток, имеющийся у 85% людей (резус-



положительных), у оставшихся 15% его нет - такие люди считаются резус-отрицательными.

Как правило, первая беременность у резус-отрицательных женщин протекает без развития гемолитической болезни у малыша. Но при осложненном ее течении и в родах в материнский организм может попадать незначительное количество крови плода. Иммунная система мамы «видит» чужеродные для нее клетки и вырабатывает против них защиту (антитела), которые атакуют резус-положительные эритроциты плода и вызывают их разрушение. Для формирования мощного иммунного ответа со стороны матери достаточно менее 1мл крови малыша!

В последующие беременности резус-положительным малышом благодаря иммунной памяти матери вновь образованные антитела в большом количестве свободно проникают через плаценту в кровоток ребенка и атакуют его красные кровяные тельца. Так как эритроциты отвечают за доставку кислорода к органам и тканям, у плода возникает тяжелое кислородное голодание и еще ряд связанных с этим патологических состояний.



Как проходит процедура

Внутриутробное внутрисосудистое переливание крови - высокотехнологичное медицинское вмешательство, в котором участвует одновременно целая бригада специалистов.

Врач ультразвуковой диагностики - акушер-гинеколог с помощью современного оборудования с точностью до миллиметра определяет положение ребенка, пуповины, плаценты, количество околоплодных вод. Выбирается оптимальное место доступа. Затем специальной тонкой иглой пунктируется передняя брюшная стенка и стенка матки. Игла попадает в амниотическую полость, после чего врачи пунктируют вену пуповины. На этом этапе непосредственно и начинается внутриутробное переливание крови плоду. Необходимое количество донорской крови для каждого маленького пациента определяется индивидуально. Объем крови для переливания чаще не превышает 100мл.

Нередко внутриутробные внутрисосудистые переливания донорской крови плоду приходится повторять в течение беременности несколько раз. Дело в том, что во время данной операции мы, по сути, заменяем резус-положительную кровь плода на резус-отрицательную и тем самым делаем ее невидимой для иммунной системы матери. Весь объем собственной резус-положительной крови малыша за одно переливание заменить невозможно. Поэтому оставшиеся резус-положительные эритроциты подвергаются атаке материнскими антителами, и показатели красной крови у плода после внутриутробного переливания донорской крови постепенно будут снижаться. Несмотря на это обстоятельство, одна такая процедура может пролонгировать беременность минимум на 2-4 недели. Таким образом у малыша появляется возможность родиться на более позднем сроке, а значит быть более сильным и крепким.



Накануне операции образцы крови малыша и матери отправляют в Службу крови, где их фенотипируют по ряду показателей для идеального подбора донора: его кровь должна подходить и плоду, и матери, также в ней должна быть более высокая, чем обычно, концентрация резус-отрицательных эритроцитов - таких же, как у матери.

В Алтайском крае такие операции проводятся по полису ОМС в краевом перинатальном центре «ДАР». А ведь еще два года назад беременным с этой патологией необходимо было ехать в Екатеринбург, Москву или Санкт-Петербург!

После рождения

В послеродовую диагностику новорожденного входят:

- оценка признаков гемолитической патологии у ребенка;
- определение групповой принадлежности крови, а также резус-фактора;
- наблюдение в динамике за биохимическим составом пуповинной крови малыша, а также за уровнем глюкозы в ней;
- проверка плазмы новорожденного на предмет антиэритроцитарных иммунных комплексов.

Проходит обследование и мать: она сдает на анализы кровь и грудное молоко. Это необходимо для выявления антител, которые способны проникать во все жидкости организма.

Говорит мамочка

Олеся ДЕВЯТЫХ, жительница Хабаровского района, стала первой пациенткой, которой в «ДАРе» провели внутриутробное переливание крови:

- Я смотрю на Костю и не могу представить, что его могло не быть с нами! 16 мая ему исполнился год: он ни в чем не отстает от сверстников, хотя и родился на 35 неделе беременности.

Когда я забеременела, обнаружился резус-конфликт: я - отрицательная, сын - положительный. Мой иммунитет воспринимал малыша как инородное тело и уничтожал его эритроциты, что стало понятно на шестом месяце беременности. Сын стал меньше шевелиться, хотя на этом сроке малыши, как правило, активны.

Врачи предложили сделать малышу внутриутробное переливание крови, предупредив при этом, что будут проводить такое вмешательство впервые. Но я не сомневалась ни минуты. Я хотела снова почувствовать себя мамой, и тут мне говорят, что у меня есть шанс, - разве я могла им не воспользоваться?! Врач пренатальной диагностики Олеся Стрельникова позже мне расскажет, как много раз они «репетировали» проведение такого переливания, собирали бригаду, прописывали алгоритмы и искренне верили, что всё пройдет успешно. Так и случилось! ☺



Беременность при коронавирусе

Беременная женщина в период пандемии COVID-19 должна быть очень осторожна: она несет ответственность не только за себя, но и за еще не рожденного ребенка, здоровье которого зависит только от нее.

Коронавирус - это целое семейство вирусов, которое включает более 30 видов. Он был открыт в 1960 году, получил название из-за ворсинок на своей оболочке, стремящихся в различные стороны и напоминающих корону. Известно, что коронавирусы могут вызывать целый ряд заболеваний: от обычной простуды до тяжелого острого респираторного синдрома (ТОРС или атипичной пневмонии). Передается вирус воздушно-капельным и воздушно-пылевым путем.

Симптомы

К наиболее распространенным симптомам COVID-19 относятся:

- повышение температуры тела,
- сухой кашель,
- утомляемость.

К более редким симптомам можно отнести:

- боли в суставах и мышцах,
- заложенность носа,
- головная боль,
- конъюнктивит,
- боль в горле,
- диарея,
- потеря вкусовых ощущений или обоняния,
- сыпь и изменение цвета кожи на пальцах рук и ног.

COVID-19 и беременность

Беременные женщины входят в группу риска тяжелого течения заболевания коронавирусом. Беременность является физиологическим состоянием, создающим предрасположенность к респираторным вирусным инфекциям. В связи с физиологически-

ми изменениями в иммунной и сердечно-лёгочной системе, у беременных женщин в целом повышена вероятность тяжелого течения респираторных вирусных инфекций.

По статистике, **осложнения у беременных с COVID-19 включают:**

- выкидыш (2%),
- задержку роста плода (10%),
- преждевременные роды (39%).

Из-за развития дистресс-синдрома у плода увеличена частота кесарева сечения у рожениц с COVID-19.

Для беременных женщин есть некоторые особенности в диагностике. Применяется компьютерная томография органов грудной клетки, магнитно-резонансная томография, Эхо-ЭКГ.

Показаниями к госпитализации беременных с COVID-19 во всех случаях являются среднетяжелые и тяжелые формы заболевания. Если же форма заболевания легкая, то помощь беременные могут получать на дому,



**Олеся Николаевна
ШТОБЕ,**

заведующая ФАП села Сухой Ракит, акушерка поликлиники КГБУЗ «Благовещенская ЦРБ», член ПАСМР с 2015 года



Советы медицинской сестры

под наблюдением участкового врача и врача-гинеколога.

Беременная женщина должна следовать обычным профилактическим мероприятиям:

- часто и тщательно мыть руки;
- использовать спиртовые дезинфицирующие средства для рук;
- избегать контакта с кашляющими людьми;
- придерживаться здорового образа жизни (сон, здоровая пища, физическая активность);
- пить больше жидкости;
- регулярно проветривать и увлажнять воздух в помещении, в котором находитесь;
- реже бывать в людных местах;
- использовать маску, когда находитесь в транспорте или в местах массового скопления народа;
- избегать объятий, поцелуев и рукопожатий при встречах;
- не трогать лицо, глаза, нос немытыми руками;
- сократить консультативные приемы, если нет особых жалоб.

При первых признаках вирусной инфекции необходимо обратиться к врачу!

Лечение больных беременных

При обращении женщины в женскую консультацию обязательным является измерение температуры. Если температура выше 36,9, то в экстренном порядке из зева и полости носа берется мазок на COVID-19. До получения результата беременная находится под строгим контролем врача-гинеколога, патронаж проводится на дому, также собирается эпидемиологический анамнез.

Общее лечение для беременных женщин включает в себя поддержание водно-электролитного баланса организма; симптоматическое лечение (жаропонижающие, противодиарейные препараты). При тяжелой форме заболевания необходимо проведение интенсивного курса лечения, включающего поддерживающее лечение с гидратацией и оксигенотерапией.

Акушерская тактика определяется несколькими аспектами: тяжестью состояния пациентки, состоянием плода,



сроком гестации. При легком течении COVID-19 при сроке гестации до 12 недель в связи с недоказанным отрицательным влиянием на плод возможно пролонгирование беременности до доношенного срока. Если же состояние тяжелое и среднетяжелое при сроке гестации до 12 недель, то в связи с высоким риском перинатальных осложнений, связанных как с опосредованным воздействием вирусной инфекции (гипертермия), так и с эмбриотоксичным действием лекарственных препаратов, возможно прерывание беременности после излечения инфекционного процесса.

Большинство консультативных приемов в дородовом и послеродовом периоде могут быть проведены дистанционно, если у пациентки нет особых жалоб, требующих очного осмотра.

Пока остается неизвестным: повышен ли риск развития неблагоприятных исходов у детей, рожденных от матерей с инфицированием COVID-19 во время беременности. Если мать заболела, а ребенок нет, желательно ограничить контакт с ребенком и сцеживать грудное молоко, тщательно соблюдая гигиену рук. Кормит этим молоком здоровый член семьи. Если мать настаивает на самостоятельном кормлении, ей следует надевать маску и соблюдать гигиену рук.

Для того чтобы обезопасить себя и ребенка, важно помнить про гигиену и изоляцию. Будьте здоровы, берегите себя и своих близких! 🍀

Общее лечение для зараженных коронавирусом беременных женщин включает поддержание водно-электролитного баланса организма и симптоматическое лечение (жаропонижающие, противодиарейные препараты).



Современные перинатальные технологии: взгляд акушерки на методы родовспоможения

Акушерская наука, как и любая другая, не стоит на месте. В нашу практику постоянно внедряются новые методы и технологии, которые совершенствуют процесс родовспоможения.

Нередко беременные женщины, готовясь к родам, обращаются за советом к Всемирной паутине, где можно найти массу самых разных методов родовспоможения: от реально работающих до предельно абсурдных.

Хочу разобрать три наиболее обсуждаемые ситуации с профессиональной позиции акушерки.

Вертикальные роды

Первый по популярности вопрос у будущих мам: «А можно ли у вас в центре родить вертикально?». Конечно, можно!

Мы всегда обращаем внимание наших пациенток на то, что **первый период родов важно провести максимально динамично**: стоя, в движении, на фитболе либо на специальном стульчике. Двигаться - значит ходить, вращать тазовой областью и даже танцевать! Это значительно облегчает боль в родах и ускоряет процесс раскрытия шейки матки. Кроме того, в вертикальном положении приходит в действие сила тяжести: головка ребенка давит на шейку и ускоряет процесс ее раскрытия. И наконец, в положении стоя снижается давление на крупные сосуды матки, улучшается самочувствие, нормализуется артериальное давление.

Потужной период в вертикальном положении также проходит наиболее физиологично как для матери, так и для малыша, главное - подобрать удобное положение. Для этого можно, к примеру, максимально поднять спинку акушерской кровати, принять коленно-локтевое положение или рас-

положиться на специальном стульчике. **Благодаря вертикальному положению и силе тяжести процесс рождения ребенка идет быстрее и комфортнее.**

В потугах при отсутствии противопоказаний роженица сама выбирает комфортное, удобное для себя положение: лежа, полусидя или вертикально. Работа акушерки - максимально бережно помочь малышу появиться на свет.

Важный момент: роженица в момент потуг ориентируется только на собственные ощущения, в то время как медперсонал оценивает ситуацию визуально и мануально. По этой причине роженице важно выполнять все указания акушерки и врача.

Роды в тазовом предлежании

Способ родоразрешения при тазовом предлежании плода всегда определяет врачебный консилиум. Существуют строгие критерии, по которым врач определяет, сможет ли женщина родить естественным образом.

В краевом перинатальном центре «ДАР» при диагностике тазового предлежания в сроке 36 недель беременной женщине предлагается такая манипуляция, как **наружный акушерский поворот**. Это прием, с помощью которого можно изменить неблагоприятное для течения родов положение ребенка на благоприятное. Только после отказа женщины от манипуляций или неэффективной попытки поворота решается вопрос о методе родоразрешения.



Елена Александровна КИРИЛЛОВА,

акушерка родового отделения
КГБУЗ «Алтайский краевой клинический перинатальный центр «ДАР»»,
член ПАСМР с 2019 года



Советы медицинской сестры

Особенностью ведения родов в тазовом предлежании является **динамичное наблюдение за состоянием плода путем непрерывной записи его сердцебиения методом кардиотокографии.**

При тазовом предлежании мы активно практикуем **технику вертикальных родов.** Особо эффективна она в потужном периоде. Также мы можем предложить роженице занять не менее удобное коленно-локтевое положение. Те женщины, предыдущие роды которых прошли в горизонтальном положении и которые теперь попробовали родить в новом для себя положении, отмечают, что тужиться так гораздо удобнее, а болезненные ощущения ощутимо снижаются.

При неблагоприятном течении родов в тазовом предлежании (в первую очередь, речь идет о появлении признаков ухудшения состояния плода) проводится экстренное кесарево сечение.

Роды с рубцом на матке

Нередко беременные, предыдущие роды которых прошли методом кесарева сечения, в последующую беременность рассматривают роды через естественные родовые пути. Для такого желания есть вполне логичные причины: сразу после родов (если состояние мамы и новорожденного удовлетворительное) малыш выкладывается на живот матери и остается с ней на два часа, насыщаясь ее теплом и микрофлорой. Именно поэтому важен «золотой час после родов» и первый контакт с мамой.

Несомненным плюсом естественных родов (в сравнении с операцией кесарева сечения) является и более ранняя выписка. Причин тому достаточно: восстановление мамы проходит проще, менее выражен болевой синдром, уменьшается вероятность развития послеродовой депрессии.

Решение о естественном родоразрешении после предшествующего кесарева сечения всегда принимает врачебный консилиум. Кесарево сечение в России выполняется строго по показаниям.

Если женщина допускается в естественные роды, имея рубец на матке, они ведутся как нормальные физио-



логические роды, хоть и имеют свои особенности. Во-первых, осуществляется **постоянный мониторинг состояния плода (КТГ) и роженицы** (измерение артериального давления, пульса, сократительной деятельности матки). Такой пристальный контроль помогает выявлять начавшиеся осложнения и при необходимости провести экстренное кесарево сечение.

Противопоказанием для родов с рубцом на матке не является ни многоплодие, ни преждевременные роды.

Другой важный аспект: в таких родах **возможно проведение обезболивания**, предпочтительный метод - **эпидуральная аналгезия.** Снижение болевого синдрома настраивает на успешный исход родов, помогает маме как физически, так и психологически.

Сразу после родов с рубцом на матке проводится ультразвуковая оценка его состоятельности.

Милые женщины, будущие мамочки! Независимо от того, каким всё же способом пройдут ваши роды, мы всегда будем рядом с вами, ведь самое важное для нас - это счастливая улыбка на ваших лицах после родов. Приходите к нам за вашим счастьем! ☺

Первый период родов важно провести максимально динамично. Двигаться - значит ходить, вращать тазовой областью и даже танцевать! Это значительно облегчает боль в родах и ускоряет процесс раскрытия шейки матки.



КОНТАКТНЫЙ ТЕЛЕФОН
Алтайской региональной Профессиональной
ассоциации средних медицинских работников:
(8-3852) 34-80-04
E-mail: pasmr@mail.ru сайт: www.pasmr.ru

На правах рекламы

ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ



Чем опасен вирус папилломы человека

Среди онкопатологий у женщин рак шейки матки занимает второе место по заболеваемости. Ежегодно в России фиксируют более 17 тысяч новых случаев заболевания раком этого органа и более 6 тысяч смертей от него.

В Алтайском крае в 2019 году диагноз «рак шейки матки» был поставлен 291 женщине, из них на I и II стадии - у 189 человек; на III-IV стадии - у 100 пациенток. В доклинической стадии (in situ) рак шейки матки был выявлен у 257 женщин.

Эпидемиологические и вирусологические исследования подтверждают, что, по крайней мере, 95% всех плоскоклеточных раков шейки матки содержат ДНК вируса папилломы человека (ВПЧ). Остальные 5%, вероятно, являются следствием инфицирования еще нераспознанными ВПЧ-типами.

Пути передачи ВПЧ

Неизвестно, передается ли ВПЧ вертикально и во время родов.

Имеются указания на обнаружение ВПЧ у детей и девственниц.

Существуют исследования, доказывающие передачу при родах ВПЧ 6 и 11 типов, ассоциированного с папилломатозом гортани.

ДНК вируса папилломы человека обнаруживается у 33% новорожденных в аспирате из носоглотки, а также в амниотической жидкости у ВПЧ-позитивных женщин.

Одной из форм ВПЧ-инфекции является **ювенильный рецидивирующий папилломатоз гортани**. По сравнению с контрольной группой, дети, страдающие ювенильным рецидивирующим папилломатозом гортани, - это чаще первенцы, рожденные юными матерями через естественные родовые пути.

Как происходит трансмиссия вируса от матери плоду - до настоящего времени не ясно. Маловероятна передача через кровь, так как ВПЧ лишь иногда обнаруживается в лейкоцитах

крови. Наиболее вероятно восходящая ВПЧ-инфекция околоплодных вод и плаценты. Чаще выявляются ВПЧ 3, 5, 8, 24 и 26 типов.

Третий возможный путь - **инфицирование во время зачатия через сперму**. Попав в организм, вирусы папилломы инфицируют базальный слой эпителия, причем наиболее пораженным участком является зона перехода многослойного плоского эпителия в цилиндрический эпителий.

Вирус не передается через касание половых органов руками. Он также не передается через предметы интимной гигиены.

Частота половых партнеров, как фактор риска передачи вируса, играет очень важную роль: **чем больше половых партнеров, тем выше риск заражения ВПЧ-инфекцией**, причем, даже несколькими типами этого вируса. Нередко папилломавирусную инфекцию относят к инфекциям, передающимся половым путем, потому что пик заражения ВПЧ выпадает на подростков и молодых людей, начавших и ведущих активную половую жизнь (70-80% инфицированных мужчин и женщин).

Около 10-12% женщин по всему миру заражены вирусом папилломы человека. Самая высокая частота инфицирования фиксируется в странах Африки (24%), Восточной Европы (21,4%) и Латинской Америки (16,1%). Такие высокие показатели по сравнению со среднестатистическими мировыми показателями связаны с плохой гигиеной половых органов, низким уровнем использования барьерных методов контрацепции и высоким уровнем беспорядочной половой жизни с частой сменой партнеров.



Кристина Дмитриевна КОРСУН,

врач-онкогинеколог,
поликлиника «Надежда»,
КГБУЗ «Алтайский
краевой онкологический
диспансер»



До 30 лет более 70% женщин и мужчин были заражены ВПЧ хотя один раз в жизни, 45-50% женщин в возрасте 20-24 лет имеют ВПЧ-инфекцию. У 64% городских девушек-подростков в течение двух лет от начала половой жизни находят ДНК вируса папилломы человека в выделениях. После первого полового акта инфекцией ВПЧ заражается почти одна треть женщин. После 30-летнего возраста уровень ВПЧ-инфекции кардинально понижается.

Многочисленные исследования показывают, что вирус папилломы человека исчезает, и его ДНК невозможно определить во влагалищных выделениях у почти 60% женщин в течение 15 месяцев без негативных последствий для здоровья. Это важно помнить, потому что это - ключ к пониманию того, что вирус папилломы человека не так страшен, как о нем говорят люди, не имеющие современных знаний об этой инфекции.

Механизм воздействия ВПЧ на человека

Все слизистые человека покрыты многослойным плоским эпителием или другими видами эпителия. Каждая эпителиальная клетка через деление порождает всего несколько поколений.

Выделено восемь генов, входящих в состав ДНК вируса, которые выполняют определенную функцию в его жизненном цикле. Два гена - E6 и E7 - отвечают за выработку белков, которые нарушают процесс правильного деления клетки при внедрении в нее вируса и подавляют защитные механизмы клетки, в частности функцию клеточного белка p53, отвечающего за подавление роста опухолей у человека. Таким образом, клетки эпителия начинают делиться «не по правилам», а хаотично - так возникает **пролиферация эпителия**. Слово «пролиферация» означает процесс размножения клеток через деление, что наблюдается в жизни человека постоянно, но чаще - от момента его зачатия (у эмбрионов и плодов), после рождения и в ходе роста в молодом возрасте. Когда этот процесс становится неконтролируемым, что наблюдается при злокачественных об-

разованиях, пролиферация неуправляемых клеток становится опасной и вредной для всего организма. Несмотря на такую мрачную картину, **чаще всего папилломавирусная инфекция протекает без вреда для женского организма и не вызывает какие-либо изменения в клетках слизистой оболочки или кожи**. Большинство женщин не знают, что они были заражены вирусом папилломы человека, и даже те, кто заражен, не имеют никаких жалоб со стороны репродуктивной системы, которые можно связать с наличием ВПЧ.

Натуральный цикл вируса в организме человека (фактически его симбиоз с человеком), или по-научному - нормальный жизненный цикл ВПЧ, не заканчивается раковым процессом, потому что этот мрачный финал является «мертвым концом» и для самого вируса. Такой исход ассоциируется только с чрезвычайно небольшим количеством определенных типов вируса, и даже не всего типа, а определенных штаммов вируса одного типа. То есть, среди ВПЧ 16 и 18 типов, которых так боятся женщины, преимущественное большинство вирусов - дружелюбные сожители человеческого организма.

Какой тип ВПЧ опасный

Вирусы «высокого риска» ассоциируются с высоким относительным риском возникновения рака шейки матки. В эту группу входят следующие типы: **16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 82**.

Наиболее часто при умеренных (средних) и тяжелых дисплазиях шейки матки, а также при раке шейки матки встречаются *типы ВПЧ 16 и 18*. ВПЧ 18 типа находят при раковых изменениях цилиндрического эпителия внутреннего канала шейки матки. В 70% случаев рака шейки матки находят ДНК этих двух типов вируса (55% - ВПЧ-16 и 15% - ВПЧ-18). *Другие онкогенные типы* находят в 5-18% случаев рака шейки матки.

Вирусы «низкого риска» - это группа вирусов, которые редко ассоциируются с предраковыми и раковыми состояниями шейки матки: **6, 11, 40, 42, 43, 44, 53, 54, 61, 72, 73, 81** типы. ВПЧ 6 и 11 типов наиболее часто ассоциируются с генитальными бородавками (Condyloma Accuminata) - в 90% случаев.

Доказано, что предраковым является только состояние тяжелой дисплазии шейки матки. Ни эрозия, ни эктопия, ни остроконечные кондиломы предраковым состоянием не являются.

Как ВПЧ приводит к раку

Вирус, попавший в организм, даже ВПЧ-16 или ВПЧ-31, - это еще далеко не рак. В большинстве случаев до этого и не дойдет. Внедряясь в клетки эпителия шейки матки, вирус проникает в ядро клетки, где заставляет ее делиться с образованием ати-



пичных клеток. Постепенно таких клеток становится всё больше - возникает состояние, которое врачи называют «дисплазия шейки матки», или цервикальная интраэпителиальная неоплазия (CIN).

Дисплазия - это еще не онкология. Существует три степени дисплазии, при этом переход из первой во вторую степень происходит не чаще, чем в 10% случаев.

Умеренная дисплазия - вполне обратимый процесс. За то время, что вирус находится в организме (а это чаще всего 6-24 месяцев), дисплазия просто не успевает перейти в следующую стадию. После того, как организм очистился от вируса, обычные клетки постепенно вырастают на месте атипичных, и всё возвращается в норму. При повторном заражении процесс начинается заново.

В случаях, когда вирус надолго обосновался в организме, дисплазия переходит в следующую стадию. Рак не может развиваться из неоплазии 1-2 стадии. Непременное условие его появления - **тяжелая дисплазия**. Сам механизм перехода из этого состояния в рак пока неизвестен.

На формирование рака из состояния дисплазии уходит, по некоторым оценкам 10-20 лет, после чего он последовательно проходит четыре стадии.

Обследования при наличии ВПЧ

Осмотр на гинекологическом кресле. Если при осмотре у женщины визуализируется эктопия шейки матки, то обосновано будет проведение диагностики на ВПЧ, так как причиной образования эктопического дефекта может быть папилломавирусное инфицирование.

Расширенная кольпоскопия. Тесты с уксусной кислотой и раствором Люголя позволяют диагностировать проявления папилломавирусной инфекции. После обработки обращают внимание на присутствие следующих признаков:

- ацетобельный эпителий,
- мозаичность,
- пунктация,
- наличие атипичного очага.



Рак шейки матки



Папиллома на шейке матки после обработки раствором Люголя приобретает налет, похожий на «манную крупу».

Цитологическое подтверждение. Характерный признак - обнаружение клеток с койлоцитозом и дискератозом. В этом случае можно предположить развитие малигнизации.

Биопсия при папиллеме шейки матки. Проведение биопсии шейки матки и выскабливания слизистой цервикального канала с последующей гистологическим исследованием проводится по показаниям.

Определение вирусной нагрузки. Чем выше вирусная нагрузка при папиллеме шейки матки, тем больше опасность развития рака. Кроме ПЦР-диагностики на ВПЧ необходимо обследоваться на инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), для выявления сопутствующих инфекций.

В диагностике атипичных состояний шейки матки выполняют **мазок по Папаниколау с последующей онкоцитологией**.

Это нужно помнить!

У 90% женщин, зараженных ВПЧ, от инфекции не остается и следа в течение последующих двух лет (чаще всего на очищение при отсутствии дисбактериоза влагалища и половых инфекций уходит три месяца). Только в 10% случаев инфекция может протекать дольше и тогда мы говорим о персистентной ВПЧ-инфекции. Но даже в таком состоянии изменения на слизистых шейки матки бывают не часто.

Почему у большинства женщин происходит очищение организма от ВПЧ, а у небольшого количества инфекция продолжает прогрессировать, - неизвестно. То есть механизм возникновения предрака и рака шейки матки всё же не изучен и не понятен.

Необходимо понять очень важный факт: рак шейки матки относится к редким заболеваниям и до 30 лет встречается чрезвычайно редко, после 30 лет - в 3-4 случаях на 100 тысяч женщин.

При выявлении и вовремя начатом лечении рака (на первой стадии) выживаемость заболевших достигает 90%. Поэтому так важны хорошо отлаженные массовые обследования женского населения! 🌟



Психологическая помощь онкопациентам



Алла Владимировна ЛОБАНОВА,

клинический, семейный, перинатальный психолог, психоонколог, КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер»

Все люди смертны - и никаких исключений тут нет. Но когда смерть стоит за порогом, вдруг становится панически страшно... Раньше жизнь была полна планов: поход в театр, встреча с друзьями, устройство ребенка в школу. Но теперь всё это перестало иметь хоть какое-то значение.

В людях живет такой сильный страх перед онкологией, что, как только они узнают, что у них эта болезнь, очень часто она становится главной характеристикой таких людей.

Карл и Стефани Саймонтон (руководители Далласского центра онкологических исследований и консультаций, США) пишут в своей книге «Психотерапия рака»: *«Человек может вытолкнуть в жизни огромное число ролей: быть родителем, начальником, возлюбленным, может обладать какими угодно качествами - умом, обаянием, чувством юмора, но в момент его человеческая сущность вдруг заменяется одним - болезнью. И с этой минуты он становится "раковым больным"».*

Что происходит

Мы знаем, что организм - это единство души и тела, поэтому любая болезнь - проблема не только физическая, но и проблема разума, чувств и эмоций.

Психосоматические проявления возникают именно тогда, когда человек не способен адаптироваться к жизненным обстоятельствам. Нервная система не может принять определенный поток данных. То есть, по сути, это некий **замкнутый круг**: зачастую люди обретают заболевание из-за неспособности к адаптации, болезнь дезадаптирует их еще больше, и они растрачивают и без того свою невысокую энергетику и еще больше отчаиваются, а их состояние тем временем ухудшается. Эти особенности у онкологических больных забирают жизненные силы, не давая организму справиться с болезнью. Именно поэтому онкологические заболевания так трудно лечатся: **все силы у человека идут на то, чтобы поддерживать неэффективные способы реагирования на жизненные ситуации, при этом на борьбу с болезнью их не остается. Вот здесь и нужна помощь онкопсихолога.**

Онкопсихология - это...

В онкологических отделениях и клиниках клинический онкопсихолог выступает одним из главных действующих лиц. Вместе с лечащим врачом-онкологом он проводит терапию и ориентирует пациентов на позитивное восприятие назначенного лечения.

Американские ученые доказали на практике, что подключение внутренних психологических резервов приводит к увеличению числа излеченных от рака на 2-3-й стадиях возрастает до 45-65%, на 4-й стадии - до 25% больных.

Онкопсихология - довольно молодое направление в клинической психологии. Оно берет свое начало в 70-х годах XX века, когда психиатры и психотерапевты стали обращать внимание на то, что у онкологических больных существует свой, особый взгляд на мир и свои, особые ожидания от мира.

Онкопсихология в России только набирает обороты, но уже сейчас можно сказать, что **психологическое сопровождение с начала заболевания позволяет избежать у пациента серьезных психических нарушений, а также приводит к длительной ремиссии, улучшая психическое здоровье.** Психологическая терапия снижает уровень дистресса, депрессии и тревожности, она ориентирована на способность человека к самоисцелению, а создаваемый позитивный эмоциональный настрой усиливает эффективность специального лечения, уменьшает реакцию организма на химиотерапию и облучение.

Что лечим...

Примерно у трети всех онкобольных от сильного психологического стресса возникает психическое расстройство, сопутствующее основному заболеванию. Но стресс может быть не только из-за онкологии, он может оказаться причиной самого заболевания: в анамнезе у онкологических боль-



ных часто отмечаются многочисленные стрессовые состояния.

Онкозаболевание для многих больных сопровождается изменением привычного образа жизни, разрывом привычных связей, сужением одних возможностей и выявлением других, а также депрессией. При этом **депрессия является одним из наиболее частых психических нарушений у онкобольных**. Вот часть жалоб, которые предъявляют пациенты психологу: тревога, напряжение, повышенная утомляемость, утрата жизненных интересов, пессимизм, снижение настроения или частая его смена, плаксивость, суицидальные мысли, снижение активности, упадок сил, фиксация на болезни, неуверенность в себе, нарушение сна, тоска, подавленное настроение, уныние, тоска, идея собственной никчемности, раздражительность, агрессивность, страх, ненависть к себе и т.д.

С помощью психологических методов можно бороться даже с самой тяжелой болезнью! Это еще один шанс - удивительный механизм нашей психики, дающий надежду на исцеление. «Не поддающихся» работе с онкопсихологом, поверьте, практически не бывает.

Давайте обозначим **главные задачи работы онкопсихолога**:

- изменить ложные установки пациента относительно течения болезни и ее излечения;
- помочь больному снизить влияние сильных эмоциональных расстройств;
- запустить обратный процесс: от болезни - к здоровью;
- искать резервы жизненных сил, о которых сам человек забыл. И когда он уже окрепнет, то помочь пациенту «взять» силу там, где он ее раньше терял;
- обнаружить «болеву точку» каждого пациента (отправной момент негативного отношения к жизни), совместный с пациентом анализ разрушающей позитивизм ситуации и поиск выхода из нее;
- помочь увидеть реальное состояние и начать системное преодоление неприятностей со здоровьем;
- эмоциональная поддержка для скорейшего возвращения к душевному балансу, к спокойному и даже деловому отношению к жизни; восприятие



рака не как трагедии со скорой гибелью, а как хроническое заболевание, которое не только трудно и долго лечится, но и излечивается;

- мобилизовать дополнительные психические ресурсы на борьбу с болезнью, на увеличение эффективности проводимого лечения, полноценное общение, создание психологического и физического комфорта и в целом - на улучшение качества жизни.

...и как лечим

Психологическая формула для каждого заболевшего раком: **«Осознать, принять и жить дальше!»**. Сделать это самостоятельно - трудно, так как страшно, да сил и знаний не хватает на первые шаги. Поэтому никогда не нужно отказываться от помощи профессионалов.

Можно выделить **основные психологические направления, которые особенно эффективны в онкологии**:

◆ *программа Саймонтонов*. Этот метод основан на визуализации процесса выздоровления, самовнушении и интроспекции. Американские врачи-онкологи исходили из известного положения, что личное отношение к болезни пациента может повлиять на ее течение;

◆ *терапия с применением ресурсных техник* - высокоэффективная методика, используемая для привлечения психологических резервов больного и, тем самым, добиваясь улучшения его общего и эмоционального состояния;

◆ *глубинная психотерапия*. Этот метод работает с глубинными струк-

Доказано, что подключение внутренних психологических резервов приводит к увеличению числа излеченных от онкологии: количество излеченных от рака на 2-3-й стадиях возрастает до 45-65%, на 4-й стадии - до 25% больных.



Победим свой страх!

◀ турами мозга, с подсознанием. Ведь подсознание не только содержит информацию, находящуюся вне сознания, но оно также обрабатывает информацию, поступающую от ощущений и управляет функциями тела;

◆ *когнитивная психотерапия* способствует восстановлению в человеке способности к здоровому мышлению. Не к позитивному, не к негативному - а здоровому;

◆ *арт-терапия* помогает пациентам справиться со стрессом от болезни, развивая творческий потенциал пациента;

◆ лечение рака *методом визуализации*. Это специальная техника, позволяющая «перепрограммировать» работу мозга на состояние здоровья, уменьшить болевой синдром, физический дискомфорт, активировать защитные силы организма. Доказано, что в результате сеансов с использованием этого метода резко возрастает эффективность традиционных методов лечения: снижаются побочные эффекты химио- и лучевой терапии, уменьшаются размеры опухолей, а большинство «безнадежных больных» добивается длительной ремиссии и даже выздоровления. Кроме того, у пациентов отмечается снятие тревожности, страхов, улучшается настроение, нормализуется сон, появляется чувство уверенности, позитивный настрой;

◆ коррекция предоперационной тревоги с помощью *специальных упражнений*;

◆ *позитивная терапия*;

◆ *нейролингвистическое программирование*;

◆ *гипнотические техники*;

◆ *поддерживающая психотерапия*.

И психологическая помощь важна!

В идеальном варианте психологическая помощь должна оказываться на каждом этапе взаимодействия с пациентом. Пациент начинает ощущать тревогу, уже ожидая результаты анализов, затем - слыша свой диагноз. Тревога перерастает в панику, ужас. После ему предстоит нахождение в стационаре, лечение. Всё это требует огромных душевных сил, которые также нужны и для излечения.



Противоопухолевая терапия может сильно изменить внешность человека. После химиотерапии иногда выпадают волосы, могут быть выраженные отеки, создающие впечатление лишнего веса, или, наоборот, выраженное похудение. Многие солидные опухоли требуют проведения обширных хирургических вмешательств, которые подчас носят калечащий характер. Например, удаляются половые органы, накладывается стома, после удаления лимфатических узлов может развиваться лимфедема (лимфостаз, слоновость конечности). Разумеется, такие метаморфозы очень сложно принять и адаптироваться к ним в повседневной жизни. Поэтому помимо физической реабилитации такие пациенты должны получать и психологическую помощь.

Но и достижение ремиссии, к сожалению, не означает, что рак побежден навсегда. Чтобы вовремя обнаружить возврат болезни, такие пациенты должны периодически проходить обследования. Иными словами, человек так или иначе не прощается с болезнью. И это состояние действует на него очень угнетающе. И чтобы поддержать таких людей, нужен психолог.

Когда пациенты мобилизуют все свои ресурсы и активно участвуют в борьбе за свое выздоровление, они способны намного продлить отведенный им срок и существенно изменить свою жизнь. Поэтому традиционное и психологическое лечение должны и могут дополнять друг друга. ☺

Доказано, что в результате сеансов с использованием метода визуализации резко возрастает эффективность традиционных методов лечения - снижаются побочные эффекты химио- и лучевой терапии, уменьшаются размеры опухолей, а большинство «безнадежных больных» добивается длительной ремиссии и даже выздоровления.



Ретинобластома



Марина Олеговна ПОЛЯНСКАЯ,
врач-детский онколог,



Александра Андреевна КАРТУШИНА,
врач-педиатр,

- отделение онкологическое для детей КГБУЗ «Алтайский краевой центр охраны материнства и детства»

Ретинобластома - это злокачественная опухоль оптической части сетчатки глаза. В норме эти клетки созревают и образуют клетки сетчатки, но нарушения в процессе их развития могут привести к тому, что клетки начнут бесконтрольно делиться, образуя опухоль.

Среди всех злокачественных опухолей у детей до 15 лет на ретинобластому приходится около 3% случаев. Чаще заболевание выявляется у детей в возрасте до двух лет с одинаковой частотой у мальчиков и у девочек.

Виды и формы ретинобластомы

Ретинобластома может быть **односторонней** (монокулярной, то есть поражающей только один глаз - около 70% всех случаев) **или двусторонней** (бинокулярной).

Ретинобластома существует в наследственной и ненаследственной формах. **Наследственная, или семейная, форма ретинобластомы** - результат мутаций половых клеток родителей (обусловленные аутосомно-доминантным типом наследования герминальной мутации гена RB1 - ген ретинобластомы). Наследственные формы составляют до 12% случаев. В большинстве семейная форма ретинобластомы развивается очень рано - в возрасте до 12-18 месяцев, и часто поражает оба глаза. **Ненаследственная форма опухоли** возникает при мутации в одной из клеток сетчатки. Практически 90% случаев ретинобластомы являются ненаследственными.

В столь раннем возрасте ребенок не может пожаловаться родителям на то, что «с глазиком что-то не так». К тому же данное заболевание часто протекает бессимптомно. Иногда ретинобластома диагностируется до появления каких-то явных своих признаков - во время планового осмотра. **Именно поэтому так важно не забывать о плановых визитах к детскому врачу-офтальмологу.**

На что стоит обратить внимание

Ранним симптомом развития ретинобластомы у ребенка может быть **косяглазие**.

У большинства детей (более 50%) наиболее распространенным симптомом на поздней стадии является **лейкокория**, или симптом «кошачьего глаза», который возникает в результате отражения света от опухолевого очага. Первыми лейкокорию замечают родители: при включении электрического света в темноте или на фотографиях, выполненных со вспышкой, - у ребенка один зрачок белый (пораженный глаз), а другой - красный.

Также поздними симптомами ретинобластомы являются:

◆ **паралитический мидриаз** - стойкое расширение зрачка и отсутствие реакции на свет;

◆ **гемофтальм** - развивается вследствие разрыва кровеносных сосудов и кровоизлияния в стекловидное тело;

◆ **рубцеоз радужки** - появление новообразованных сосудов на передней поверхности радужной оболочки.



За счастливое здоровое детство!

Большие размеры опухоли могут приводить к **нарушению оттока водянистой влаги из глаза**, вызывая **повышение внутриглазного давления**, что приводит к развитию вторичной глаукомы, а также увеличению глаза в размере (**буфтальм**).

Диагностика ретинобластомы

Выявление любого симптома - повод для срочного обращения к врачу-офтальмологу для проведения тщательного обследования.

Офтальмологическое обследование включает:

- ▶ оценку зрительной функции,
- ▶ наружный осмотр глаза и его придаточного аппарата (мышц, слезного аппарата),
- ▶ проверку так называемого красного рефлекса для оценки глазных сред,
- ▶ проверку состояния зрачков и осмотр глазного дна с помощью офтальмоскопии.

Дети, у которых есть риск развития наследственной ретинобластомы, должны регулярно проходить обследования обоих глаз в течение первых лет жизни для раннего обнаружения опухоли. Рекомендуется также офтальмологическое и, возможно, генетическое обследование других членов семьи.

Лечение ретинобластомы

Ретинобластома относится к хорошо излечиваемым заболеваниям: по данным зарубежных исследований, пятилетняя выживаемость у пациентов с ретинобластомой достигает более 90%.

Целями лечения является устранение опухоли и сохранение зрения. Выбор тактики лечения опухоли зависит от характера поражения (одностороннее или двустороннее), распространенности опухоли, степени снижения зрения. Широко используются методы лечения, применяемые для большинства злокачественных опухолей: химиотерапия, лучевая терапия, оперативное лечение.

В настоящее время основной задачей врачей является по возможности **использовать консервативное**



Анатомия здорового глаза



Ретинобластома



лечение, включающее химиотерапию и лучевую терапию, **и принимать меры для сохранения глаза.** Однако, при запущенной стадии опухолевого процесса и обширном поражении необходимо проведение хирургической операции. Возможны удаление (энуклеация) глазного яблока или удаление всего содержимого глазницы (экзентерация) при поражении тканей орбиты.

Вылечить ребенка и одновременно сохранить его зрительную функцию можно только, если диагноз «ретинобластома» поставлен своевременно и правильно, то есть на ранней стадии болезни. Для этого необходимо проходить профилактический осмотр в рамках диспансеризации детского населения, включающего осмотр врача-офтальмолога.

Если вы самостоятельно обнаружили у ребенка такие симптомы, как покраснение глаза, изменение цвета, расположение и формы зрачка, изменение цвета радужной оболочки глаза, возникновение косоглазия, изменение размера глаза, а также белое свечение зрачка (симптом лейкокории), - необходимо незамедлительно обратиться к врачу! Если в семье уже были случаи ретинобластомы, нужно быть особенно внимательными, также при семейной ретинобластоме показано медико-генетическое консультирование всех членов семьи. 🌐

Дети с риском развития наследственной ретинобластомы должны регулярно проходить обследования обоих глаз в течение первых лет жизни для раннего обнаружения опухоли.



Как кариес связан с детским протезированием



Оксана Александровна ВАСИЛЬЕВА,
врач-ортодонт, высшая квалификационная категория, КГБУЗ «Краевая детская стоматологическая поликлиника»

«Будешь плохо зубки чистить, придет злодей Кариес и испортит их!» - эта фраза хорошо знакома из детства от родителей, которые приучают малышей к ритуалу правильной чистки зубов.

Может ли кариес стать поводом для протезирования?

Мало кто из родителей знает, что одной из причин развития зубочелюстных аномалий у детей является именно **кариес** - его осложнения, приводящие, следовательно, к раннему удалению молочных зубов.

Раннее удаление молочных зубов

Вследствие активного развития кариеса у ребенка уменьшаются мезиодистальные размеры зубов, происходят мезиальные сдвиги сегментов зубных рядов. Эти процессы приводят к дефициту места для постоянных зубов как в боковых, так и во фронтальном отделах.

Удаляют чаще всего молочные моляры, что приводит не только к смещению соседних зубов, но и мезиальному прорезыванию первых постоянных моляров (мезиальное прорезывание, или перемещение, зубов возникает в результате раннего удаления молочных или постоянных зубов). В последующем в челюсти оказывается недостаточно места для прорезывания премоляров и клыков. Говоря более простым языком, **из-за изменения размеров зубов меняется их расположение и в итоге - прикус.**

Причиной раннего удаления у детей передних зубов нередко является **механическое повреждение**. Существует даже такое понятие в стоматологии как «качельная травма». Ее название говорит само за себя: это когда ребенок ударяется о качели и травмирует резцы, получая периодонтитное воспаление.

В результате резцы у ребенка приходится удалять. Статистически передние зубы страдают реже, чем все остальные, но если это происходит, то чаще всего в результате именно «качельной травмы».

При этом стимулируется **раннее прорезывание постоянных зубов**. Фактически «взрослые», постоянные, зубы начинают расти раньше положенного срока, когда челюсть ребенка еще находится в активном периоде роста. В силу того, что постоянные зубы крупнее молочных, им, можно сказать, становится «тесно» в окружении молочных зубов, таким образом образуется скученность, и постоянные зубы начинают «разворачиваться». Свободное пока место для формирующегося в костной ткани постоянного зуба в итоге закрывается имеющимися соседними зубами, которые смещаются в сторону удаленного зуба.



Все удаления молочных зубов без должного вмешательства врача-ортодонта приводят к деформациям зубных рядов у ребенка, а также к неровному положению постоянных зубов. Вместе с этим очень часто нарушаются функции жевания и откусывания пищи, встречаются развитие деформаций височно-нижнечелюстного сустава, что, безусловно, впоследствии значительно сказывается на качестве жизни пациента.

Детское протезирование

Люди с развитой патологией, обращающиеся за стоматологической помощью, нуждаются в длительном и кропотливом ортодонтическом лечении.

К сожалению, среди взрослого населения Алтайского края нечасто встречаются родители, которые знают, что профилактикой зубочелюстных аномалий после удаления молочных зубов является детское протезирование.

Детские протезы должны обеспечивать правильное развитие зубочелюстной системы, равномерную жевательную нагрузку, защищать от прокладывания языка в места удаленных зубов и формирования такой вредной привычки. Протезы должны иметь достаточно прочную конструкцию, за которой ребенок сам сможет ухаживать, а также быть комфортными при ношении.

Детские зубные протезы в зависимости от выполняемой ими функции **разделяют на профилактические, лечебные и фиксирующие.** Также они бывают **съёмными и несъёмными.**

ПЛАСТИНОЧНЫЕ ПРОТЕЗЫ

Они используются при утрате боковых или передних зубов.

Пластиночные протезы обеспечивают полноценную жевательную функцию, нормальное развитие обеих челюстей, а также сохраняют место для дальнейшего прорезывания постоянных зубов. Детям 3-5 лет такие протезы устанавливают при потере даже одного молочного зуба. При необходимости туда можно вставить расширяющий винт для стимуляции роста костной ткани.



Меняются съёмные протезы не реже одного раза в год в связи с активным ростом ребенка.

ПРОТЕЗЫ ТИПА «БАБОЧКА»

Изготавливаются из нейлона и, как правило, ими замещают один или два молочных зуба.

Крепятся такие протезы во рту при помощи полукруглых эластичных крючков - кламеров, которые не доставляют ребенку дискомфорт при ношении.

Протезы-«бабочки» считаются универсальными, поскольку подходят для восстановления как жевательных, так и передних зубов.

ВРЕМЕННЫЕ «КОРОНКИ»

Применяют для защиты и реставрации дефектов молочных зубов, а также для фиксации ортодонтических конструкций, предупреждающих смещение зубов.

Препарирование зубов под временные ортодонтические коронки не требуется. В Алтайском крае врачи-стоматологи применяют коронки с распоркой, которая удерживает место для постоянного зуба в области удаленного молочного. Коронки снимаются при начале прорезывания постоянного зуба под распоркой.

Таким образом, для улучшения профилактики зубочелюстных аномалий очень важно, чтобы детские стоматологи направляли детей на протезирование сразу после удаления молочного зуба. ☺

Все удаления молочных зубов без должного вмешательства врача-ортодонта приводят к деформациям зубных рядов у ребенка, а также к неровному положению постоянных зубов.



Общественный Редакционный совет журнала



**Арсеньева
Нина Григорьевна**
заслуженный работник
здравоохранения РФ,
врач-офтальмолог высшей
квалификационной
категории



**Асанова
Татьяна Алексеевна**
к.м.н., заместитель главного
врача по организационно-
методической работе,
КГБУЗ "Алтайский краевой
клинический центр охраны
материнства и детства"



**Вейцман
Инна Александровна**
врач-эндокринолог высшей
категории, к.м.н., доцент
кафедры госпитальной
терапии и эндокринологии
АГМУ



**Вихлянов
Игорь Владиславович**
д.м.н., профессор,
главный внештатный
онколог министерства
здравоохранения Алтайского
края, главный врач
КГБУЗ "Алтайский краевой
онкологический диспансер"



**Ефремушкина
Анна Александровна**
д.м.н., главный внештатный
кардиолог министерства
здравоохранения Алтайского края,
профессор кафедры терапии и
общей врачебной практики с курсом
дополнительного профессиональ-
ного образования АГМУ



**Козлова
Ирина Валентиновна**
к.м.н., главный редактор
краевого медико-
социального журнала
«Здоровье алтайской
семьи»



**Костромицкая
Марина Вячеславовна**
главный врач КГБУЗ
«ЦРБ с. Завьялово»



**Кравцова
Людмила Ивановна**
главный врач КГБУЗ
«Рубцовская ЦРБ»



**Лазарев
Александр Федорович**
д.м.н., профессор, заведующий
кафедрой онкологии, лучевой
терапии и лучевой диагностики
Алтайского государственного
медицинского университета,
председатель комитета
по здравоохранению и науке АКЗС



**Миллер
Виталий Эдмундович**
к.м.н., доцент кафедры
пропедетики детских болезней
АГМУ, заведующий детским
консультативно-диагностическим
центром КГБУЗ "Алтайский
краевой клинический центр
охраны материнства и детства"



**Насонов
Сергей Викторович**
к.м.н.,
заместитель министра
здравоохранения
Алтайского края



**Плигина
Лариса Алексеевна**
Президент
Профессиональной
сестринской ассоциации
Алтайского края



**Ремнева
Надежда Степановна**
к.с.н., председатель Алтайского
краевого отделения Всероссийской
неправительственной общественной
организации Союз женщин России,
Председатель Общественной
женской палаты при Губернаторе
Алтайского края



**Ремнева
Ольга Васильевна**
д.м.н., доцент,
заведующая кафедрой
акушерства и
гинекологии Алтайского
государственного
медицинского
университета



**Реуцкая
Елена Михайловна**
Отличник здравоохранения РФ,
врач-пульмонолог высшей
квалификационной категории,
и.о. заместителя главного врача
по медицинской части, КГБУЗ
"Краевая клиническая больница"



**Салдан
Игорь Петрович**
д.м.н., профессор



**Фадеева
Наталья Ильинична**
д.м.н., профессор
кафедры акушерства и
гинекологии Алтайского
государственного
медицинского
университета



**Яворская
Светлана Дмитриевна**
д.м.н., доцент кафедры
акушерства и гинекологии
АГМУ, президент
"Ассоциации
акушеров-гинекологов"
Алтайского края

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№7 (211) июль 2020 г.



Лауреат Губернаторской премии
среди СМИ по итогам 2003 года



Почетная грамота
Союза журналистов России



Благодарность от Управления
Алтайского края
по физической культуре и спорту



Почетная грамота Правительства
Алтайского края, 2017 год

Свидетельство о регистрации СМИ
№ФМ-12-1644 от 04.02.2003 г., выданное
Сибирским окружным межрегиональным
территориальным управлением
Министерства РФ по делам печати,
телерадиовещания и средствам массовых
коммуникаций.

Все товары и услуги подлежат
обязательной сертификации.
Ответственность за достоверность
рекламной информации несут
рекламодатели. Мнение редакции
может не совпадать с мнением
рекламодателя.

Время подписания в печать:
по графику - 14:00 31.07.2020 г.,
фактически - 14:00 31.07.2020 г.
Дата выхода: 05.08.2020 г.

Главный редактор - Ирина Валентиновна Козлова
(тел. 8-960-939-6899).

Ответственный редактор - Мария Юртайкина.

Компьютерный дизайн и верстка - Ольга Жабина, Оксана Ибель.

Учредитель-Издатель ООО «Издательство «Вечерний Новоалтайск - Добрый
день»: 658080, Алтайский край, г. Новоалтайск, ул. Обская, 3.
Тел. 8(385-32) 2-11-19. Адрес редакции: 658080, Алтайский край,
г. Новоалтайск, ул. Обская, 3. Тел. 8(385-32) 2-11-19.

Адрес работы с общественными представителями:
656038, Алтайский край, г. Барнаул, пр. Ленина, 56, тел. 8-902-141-79-83.
E-mail: nebolen@mail.ru. Группа ВКонтакте: <https://vk.com/nebolen>

Отпечатано в типографии ИП Назаров А.В.:
656049, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Чкалова, 228. Тел. (3852) 38-33-59. Печать
офсетная. Тираж - 4120 экз. Цена свободная.

Подписной индекс в каталоге АП "Алтай" - 73618
Подписной индекс в каталоге "Почта России" - ПР893

ПИТАНИЕ ДЛЯ ГЛАЗ

Глаза современного человека постоянно испытывают повышенную нагрузку. Данные статистики показывают, что от 50 % до 90 % людей, работающих за компьютером, обращаются к врачам с жалобами на так называемый компьютерный зрительный синдром, который может быть скорректирован питанием.

Причиной глаукомы может быть употребление моноглутамата натрия (усилитель вкуса, часто используется в китайской кухне).

При его употреблении

- ткани радужки истончаются на 75 %;
- существенно понижается острота зрения;
- повышается процент заболеваемости глаукомой.



Катаракта может возникнуть

из-за дефицита лютеина и зеаксантина.

Источники лютеина и зеаксантина

- Растительные источники питания:
 - шпинат, кольраби, брокколи, белокочанная капуста, кукуруза, апельсин, хурма, тыква, морковь.
- Нерастительные источники питания:
 - яйца.

Устранение дефицита лютеина и зеаксантина снижает риск возникновения катаракты

Витамины, стимулирующие зрение

С, Е, бета-каротин (провитамин А), биофлавоноиды.

Источники витамина С и каротина

боярышник; морковь; тыква; абрикосы.



Крупы, полезные для глаз

- гречневая крупа (полноценный белок, пищевые волокна, минеральные вещества);
- овсяная крупа (аминокислоты метионина, магния, фосфора, кальция).

Пища, богатая витамином Е

фасоль, говяжья печень, яйца, зеленые бобы, растительные масла, зерновые продукты (семена подсолнечника, тыквы), зелень.



Источник витамина А

рыбий жир.



Защищает сосуды глаз

черника.

Снижают риск заболеваний глаз

овощи темно-зеленого и оранжевого цвета.

