

6+

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№7 (223) АВГУСТ 2022



«Лучший сельский врач»
России 2022 года!

Кадры решают всё! Это утверждение и сегодня не теряет свою актуальность. О дефиците медицинских кадров и о его последствиях для общества говорят на всех уровнях. Но констатация факта, иллюстрация цифрами имеющегося дефицита - ситуации как таковой при этом не меняет. Наличие кадров, их возобновление обеспечивает только системная работа по их подготовке. Учитывая, что декларируются меры по ликвидации уже сложившегося весьма серьезного дефицита медиков, сегодня уже очевидно, что приёмная кампания в учебные заведения страны этого года стала одной из самых неоднозначных за последние десятилетия.

Можно дискутировать о «новых правилах», которые предопределили итоги выбора и зачисления в учебные заведения, «хитромудрости» отдельных руководителей по платному обучению, из-за которых пострадали некоторые абитуриенты, имеющие более высокий балл по ЕГЭ (тема уже стала предметом интереса правоохранительных органов в стране)...

Так называемый «целевой приём» на соответствующие специальности, призванный снизить их дефицит, как констатируют эксперты, был фактически провален по всей стране. А на освободившиеся бюджетные места в рамках общего конкурса учебные заведения вынуждены были принимать в том числе абитуриентов с рекордно низкими для этих направлений баллами. Безусловно, вопрос не праздный, и пострадавшей стороной становятся не отдельные абитуриенты, а государство, общество в целом. Уже сейчас понятно, что студенты, набранные в этом году (и, видимо, и в последующие годы) в медицинские вузы, колледжи, вряд ли смогут разрешить проблему дефицита кадров в отечественном здравоохранении. Тот факт, что сроки подготовки специалистов со средним медицинским образованием по отдельным специальностям уже пересматриваются в сторону их уменьшения, считаем таким же тревожным сигналом!

Надеемся, что адекватные выводы из прошедшей кампании будут сделаны, меры будут приняты - и не только по правилам сдачи экзаменов, приема в вузы. Уже не первый год специалисты буквально бьют в набат о качестве школьного образования по профильным для медицинских образовательных учреждений предметам - химии и биологии. О дефиците школьных преподавателей по этим дисциплинам. Об издержках целевого набора...

Отдельная тема - качество самого медицинского образования, особенно на клинических дисциплинах.

Одним из факторов снижения престижа медицинской профессии, считаем, является и неадекватное, неуважительное отношение к медикам - буквально травля, организуемая отдельными личностями в социальных сетях, а также использование темы здравоохранения в рамках недобросовестной политической конкуренции.

Ведущую роль государства, региональных органов власти в решении проблем здравоохранения никто под сомнение не ставит. Главное, чтобы их действия не подменялись конъюнктурными мероприятиями, реальные механизмы управления отраслью, межсекторальной координации - управлением некими «индикаторами», «суррогатными» формами общественного взаимодействия.

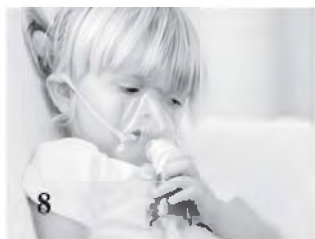
Не первый раз говорим о недооцененном и неиспользуемом в полной мере такого законодательно формализованного общественного профессионального инструмента влияния, как Медицинская палата, объединяющая специалистов как с высшим, так и со средним специальным медицинским образованием.

Думаем, что практически каждый из работающих в системе здравоохранения мог бы внести и свой вклад в повышение интереса к своей профессии, например через профориентацию школьников. Посетите, а лучше организуйте такие встречи со школьниками на относительно регулярной основе в той школе, которую окончили вы или которая находится рядом с вашим местом жительства. Думаем, что на чей-то выбор в пользу медицины (и не одного человека!) таким образом вы точно повлияете.

Например, в Барнауле благодаря энтузиастам-медикам работает уникальный Музей истории медицины Алтайского края. Посещение его для учащихся старших классов школ края, на наш взгляд, было бы если не обязательным, то желательным. Наряду с мерами, принимаемыми на уровне государства, региональных властей, подобные формы общественного участия могут дать синергетический эффект.

А тем ребятам, которые выбрали свой путь в медицину, мы желаем восполнить, если таковые есть, имеющиеся пробелы в школьном образовании и с рвением постигать новые знания, нивелировать имидж курса с «самым низким проходным баллом». Есть реальная возможность либо целенаправленно и эффективно идти по выбранному пути, либо быть честным перед собой и не занимать чужого места. Всем, кто задействован в подготовке медицинских работников: преподавателям, сотрудникам клинических баз, наставникам, - желаем профессионализма, терпения, последовательности и принципиальности!

Кадры на самом деле решают всё!



**Муковисцидоз
у детей**



**COVID-19
в акушерской
практике**



**Дистанционный
мониторинг АД**



**Подготовка
ребенка к школе
с точки зрения
ортопедии**

На обложке: Андрей Геннадьевич АНИСИМОВ, победитель Всероссийского конкурса лучших врачей 2022 года в номинации «Лучший сельский врач», заведующий Боровлянской участковой больницы КГБУЗ «Троицкая ЦРБ».



Объединенная медпомощь	2-3
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ «ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»	
Е.С. Анисимова. Туберкулез и беременность: как достичь благоприятного исхода	4-7
Опасные добавки	7
ЗА СЧАСТЛИВОЕ ЗДОРОВОЕ ДЕТСТВО!	
А.В. Маштакова. Муковисцидоз у детей	8-10
Микропластик на обед	10
Новости здравоохранения России	11
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ «ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»	
О расширенном неонатальном скрининге	12
Вышли новые рекомендации Минздрава	13
СОВЕТЫ ЭНДОКРИНОЛОГА	
И.А. Вейцман. Время действовать! «У вас повышена глюкоза (сахар) в крови» - заключение по итогам диспансеризации	14-15
ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА	
М.Б. Игитова, Д.И. Кагирова, А.А. Григорян. COVID-19 в акушерской практике. Жизнь по-новому	16-17
ЗА СЧАСТЛИВОЕ ЗДОРОВОЕ ДЕТСТВО!	
С.А. Маурер. Ребенок с особыми потребностями в замещающей семье. Фетальный алкогольный синдром	18-20
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ	
Н.А. Прохоренкова. Золотой стандарт в диагностике ИБС	21-24
Антистресс-диета	25
Е.В. Булгакова. Дистанционный мониторинг артериального давления	26-27
Собираем грибы по правилам	28-29
КРАЕВОЙ КРИЗИСНЫЙ ЦЕНТР ДЛЯ МУЖЧИН	
А.С. Добромислова. Против рутины и отчуждения в супружеских отношениях	30-31
Пятнадцать когнитивных искажений	32-33
Без признаков старения	34
Новости здравоохранения России	35
ЗА СЧАСТЛИВОЕ ЗДОРОВОЕ ДЕТСТВО!	
А.В. Шмат. Подготовка ребенка к школе с точки зрения ортопедии	36-38
Какие пищевые привычки стоит привить ребенку	38
О вакцинации взрослых	39
Е.А. Цуканова. Диспансерное наблюдение пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями	40-41
Плюсы и минусы хулахупа	42-43
Почему нам так не хватает времени?	44



Елена Сергеевна АНИСИМОВА,
главный внештатный специалист-фтизиатр министерства здравоохранения Алтайского края, ассистент кафедры пульмонологии и фтизиатрии ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, врач-фтизиатр высшей квалификационной категории, заведующая взрослой поликлиникой КГБУЗ «Алтайский краевой противотуберкулезный диспансер»

Туберкулез КАК ДОСТИЧЬ

В современных условиях не-стабильной эпидемиологической ситуации по туберкулезу проблема сочетания этого инфекционного заболевания, беременности и материнства является весьма актуальной.

Эта проблема включает в себя ряд самостоятельных и сложных по своему решению аспектов, имеющих большое значение для практического здравоохранения:

➤ влияние беременности, родов, послеродового периода и лактации на особенности развития и течения туберкулезного процесса;

➤ влияние туберкулеза на течение беременности, родов, здоровье новорожденного и матери; в том числе возможность внутриутробного заражения плода и заражения новорожденного от матери, больной туберкулезом;

➤ особенности химиотерапии у беременных женщин, больных туберкулезом, и влияние противотуберкулезных препаратов на развитие плода.

Поэтому основным следствием рассмотрения этих вопросов является решение тактических задач - проведение раннего выявления и профилактики туберкулеза у беременных женщин, новорожденных и детей раннего возраста.

С прошлого времени до нас дошел тезис «больная туберкулезом девушка не должна выходить замуж, женщина не должна беременеть, беремен-

ная не должна рожать, а родившая не должна кормить грудью». Во всем этом есть здравый смысл, и, если есть возможность, лучше придерживаться этих постулатов, отложив вступление в брак и материнство до полного излечения. Однако с правовой и этической точки зрения нет никаких ограничений для вступления в брак мужчин и женщин, страдающих туберкулезом. **В настоящее время всё больше женщин, перенесших туберкулез или страдающих им, решаются стать матерью.** Это требует от фтизиатров и акушеров-гинекологов знаний проблем сочетания туберкулеза и беременности. А если пациентка, страдающая ВИЧ-инфекцией и туберкулезом, принимает решение родить ребенка, то в команду «фтизиатр - акушер-гинеколог» присоединяется еще и инфекционист. Таких ситуаций на сегодня становится всё больше.

Почему возникает туберкулез во время беременности?

Причин развития туберкулезного процесса на фоне беременности много - и однозначного ответа не существует.

Во время беременности происходят большие сдвиги в организме: резко изменяется функция нервной системы, деятельность эндокринных желез и обмена веществ, большая нагрузка па-



и беременность: благоприятного исхода

дает на сердечно-сосудистую систему в связи с увеличением объема циркулирующей крови (ОЦК) и возможным воздействием на нижнюю полую вену (НПВ) и почки. Процесс беременности сопровождается перестройкой иммунной системы для обеспечения оптимальных условий развития плода и его защиты.

Особенно важно состояние гуморального иммунитета, в частности, иммуноглобулинов беременной женщины, так как именно они обеспечивают иммунологическую защиту плода и новорожденного в первые недели жизни. **Важным является вопрос о состоянии клеточного иммунитета у беременной**, который играет существенную роль при туберкулезе. Отмечено снижение функциональной активности Т-лимфоцитов в связи с циркуляцией в крови беременных веществ, подавляющих их активность (афетопротейн, белок беременности, альфа-2-глобулин). **Снижение активности клеточного иммунитета может способствовать активации имеющегося туберкулезного процесса.**

В клинической практике врачей-фтизиатров и врачей-акушеров-гинекологов **возможны две ситуации**: женщина ранее перенесла туберкулез и существует опасность его рецидива или обострения; туберкулез выявляется у женщины в период беременности или в послеродовом периоде.

Нормативная документация, регламентирующая ведение беременности, родов и послеродового периода при наличии туберкулеза у женщины:

● Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15.11.2012г. №932н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом»;

● Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 03.12.2007г. №736 «Об утверждении перечня медицинских показаний



для искусственного прерывания беременности»;

● Приказ Минздрава РФ от 29.12.2014г. №951 «Об утверждении методических рекомендаций по совершенствованию диагностики и лечения туберкулеза органов дыхания»;

● Федеральные клинические рекомендации «Туберкулез у взрослых» 2022 года.

На основании чего можно заподозрить туберкулез

Симптомы, позволяющие заподозрить туберкулез:

- ▶ лихорадка неясного генеза,
- ▶ отсутствие или малая прибавка массы тела,
- ▶ длительный кашель,
- ▶ увеличение периферических лимфатических узлов.

Особенно неблагоприятным является первый триместр беременности, на него приходится треть обострений (две трети - на первое полугодие после родов). В этот период непроста диагностика туберкулеза, поскольку инфекция может маскироваться признаками раннего токсикоза. Во второй

В клинической практике врачей-фтизиатров и акушеров-гинекологов возможны две ситуации: женщина ранее перенесла туберкулез и существует опасность его рецидива или обострения; туберкулез выявляется у женщины в период беременности или в послеродовом периоде.



В процессе рентгенографического исследования грудной клетки у беременных используются специальные методики и защитные средства, которые сводят к минимуму возможность рентгенологического повреждения плода.

половине беременности организм постепенно приспосабливается к новым условиям. Поэтому в последние недели женщины нередко чувствуют себя даже лучше, чем до беременности. Возможны случаи стабилизации туберкулеза и его обратное развитие, что можно объяснить высоким стоянием диафрагмы, как бы выполняющим действие лечебного пневмоперитонеума. В то же время **благополучие может быть мнимым**, даже серьезные обострения во второй половине беременности могут носить характер «холодной вспышки» туберкулеза, то есть протекать без лихорадки и выраженной интоксикации при обширных поражениях органов и систем.

Консультация фтизиатра обоснована ВСЕГДА! Диагноз «туберкулез» может установить только врач-фтизиатр!

Диагностика туберкулеза у беременных

У беременных применяются следующие методы диагностики туберкулеза:

- ♦ **иммунологические тесты** (Диаскинтест),
- ♦ **микробиологические методы**:
 - исследование любого патологического материала на кислотоустойчивые микроорганизмы (КУМ),
 - ПЦР-диагностика мокроты на ДНК микобактерий туберкулеза,

- посев на жидкие и плотные питательные среды,

♦ **рентгенологическое исследование** имеет решающее значение **независимо от срока беременности**.

Боязнь применения рентгенологического метода у беременных может привести к запоздалой диагностике далеко зашедшего туберкулезного процесса. В процессе рентгенографического исследования грудной клетки у беременных используются специальные методики и защитные средства, которые сводят к минимуму возможность рентгенологического повреждения плода. При экспозиции исследования грудной клетки в прямой проекции рентгеновское облучение плода в 10 раз меньше, чем облучение грудной клетки матери. Нельзя применять рентгеноскопию и флюорографию из-за более высокой дозы облучения.

Решение вопроса о пролонгировании беременности, прерывании, сроках и методов родоразрешения решается коллегиально консилиумом врачей-фтизиатров и врачей-акушеров-гинекологов. **Существуют абсолютные и относительные показания к прерыванию беременности**, и они очень хорошо известны врачам специалистам.

Лечение туберкулеза у беременных

Первое и самое главное правило - беременность не является противопоказанием для лечения активного туберкулеза.

Терапия беременных женщин принципиально не отличается от лечения других больных туберкулезом и основывается на тестах лекарственной чувствительности к противотуберкулезным препаратам.

Противотуберкулезные препараты первой линии в основном не обладают тератогенным действием, не нарушают внутриутробного развития плода и не противопоказаны во время беременности. Хотя **химиопрепараты** проникают в кровь плода и в околоплодную жидкость, создавая там концентрацию немного ниже половины той, которая имеется в материнской крови, но при правильном применении они практически не оказыва-



ют отрицательного влияния на плод и могут применяться в обычных терапевтических дозах.

Решение о задержке начала терапии принимает ЦВКК КГБУЗ «Алтайский краевой противотуберкулезный диспансер» на основании анализа факторов возможного риска и преимуществ и основывается на оценке тяжести туберкулезного процесса. **В случае тяжелого жизнеугрожающего состояния пациентки, связанного с туберкулезом, терапию начинают незамедлительно.**

О ведении пациентки в после родовом периоде и новорожденного - мы поговорим в следующих номерах журнала.

О чем нужно помнить

Во-первых, с больными туберкулезом женщинами репродуктивного возраста нужно проводить санитарно-просветительскую работу о нежелательности беременности в период лечения. Врачи женских консультаций должны рекомендовать наиболее рациональные средства контрацепции с учетом принимаемых больными противотуберкулезных препаратов (следует помнить, что Рифампицин снижает действие противозачаточных средств путем усиления их распада в печени).

Во-вторых, ранняя диагностика и раннее начало лечения туберкулеза у беременных обеспечивают благоприятный исход беременности и родов для матери и плода.

В-третьих, женщины, больные туберкулезом лёгких, с ранних сроков беременности должны наблюдаться совместно акушером-гинекологом и фтизиатром, и должны быть госпитализированы при возникновении осложнений.

В-четвертых, после выписки из родильного дома женщина с новорожденным должны находиться под наблюдением противотуберкулезного диспансера, женской и детской консультации. ☺

Опасные добавки

При покупке продуктов стоит обращать внимание на добавки с кодами Е в их составе - они могут быть как безобидными, так и опасными. В каких случаях стоит воздержаться от приобретения товара, а когда пищевая добавка безвредна?

Не стоит обращать внимание на приставки «био», «эко», «без сахара», «без лактозы» на лицевой стороне упаковки. **Важнее посмотреть срок годности, состав и очередность указанных ингредиентов.** Как правило, первый компонент в списке имеет самую большую долю в содержимом продукта. **Продукт тем натуральнее, чем меньше в нем ингредиентов.** Если же состав сложный, то нужно обратить внимание на компоненты, которые зашифрованы в кодах Е.

По информации Минздрава, **самыми опасными Е выделены**, например, **Е-121, Е-123, Е-216, Е-217, Е-240 и другие.** Это наиболее опасные для организма красители и консерванты. Некоторые из них запрещены в ряде стран, так как могут провоцировать появление раковых клеток, рост опухолей.

У различных компонентов после Е первая цифра образует какую-либо группу добавок. Так, **Е100-199** - это красители, **Е200-299** - консерванты, **Е300-399** - антиоксиданты, **Е400-499** - стабилизаторы, придающие продуктам желаемую форму и текстуру, **Е500-599** - эмульгаторы, необходимые для придания продуктам желаемой консистенции, **Е600-699** нужны для усиления вкуса и аромата.

За Е-добавками нередко скрываются и натуральные продукты, которые абсолютно безопасны. Под шифры попали, например, яблочный пектин - водорастворимая клетчатка, которая имеет гелеобразующий эффект при смешивании с водой, используется как стабилизатор под кодом **Е440**. Лимонная кислота регулирует кислотность пищевого продукта и имеет код **Е300**. Нитрит натрия - соль азотной кислоты, его шифр - **Е250**. Уксус - это **Е260**, а сода - **Е500**. Куркума, известная своими окра-



шивающими свойствами специи, имеет код **Е100**. Бензойная кислота - **Е210-Е213** - содержится в клюкве и предохраняет ягоды от порчи. Глутамат натрия - **Е621** - содержится в любом белке.

Все добавки проходят обследования и проверки, и те, что вызывают сомнения относительно возможного негативного воздействия на здоровье, исключаются из производства. Но Е-добавок все-таки стоит избегать: многие из них - аллергены, которые имеют накопительное свойство. Аллергенным потенциалом обладают красители. Яркосиние, зеленые, красные продукты - это продукты с красителями. Вредными могут быть и усилители вкуса, но не напрямую, а за счет того, что усиливают аппетит.

Самые опасные добавки содержатся среди Е100-199 и Е200-299. Среди вторых очень мало «спокойных консервантов». Среди первых есть «откровенная запрещенка», которая так или иначе иногда появляется в продуктах, о чем говорят проводимые проверки.

Официально в России запрещены следующие добавки: красители **Е103** - алкантин, **Е121** - «цитрусовый красный 2», **Е123** - «красный амарант», **Е128** - «красный 2G», консерванты **Е216** - парагидроксibenзойной кислоты пропиловый эфир, **Е217** - парагидроксibenзойной кислоты пропилового эфира натриевая соль, **Е240** - формальдегид. ☹



Муковисцидоз у детей



**Алла Владимировна
МАШАКОВА,**

главный внештатный
детский специалист
пульмонолог министерства
здравоохранения
Алтайского края, врач-
пульмонолог высшей
квалификационной
категории, заведующая
астма-центром КГБУЗ
«Алтайский краевой
клинический центр охраны
материнства и детства»

Кистозный фиброз (муковисцидоз, МВ) - аутосомно-рецессивное моногенное наследственное заболевание, характеризующееся поражением всех экзокринных желез, а также жизненно важных органов и систем.

Нарушение функции каналов ионов хлора приводит к мультисистемному поражению организма: страдают дыхательные пути, желудочно-кишечный тракт, печень, поджелудочная железа, лор-органы, слюнные, потовые железы, репродуктивная система.

Актуальность проблемы муковисцидоза состоит в том, что болезнь требует ранней диагностики, постоянного лечения дорогостоящими препаратами, активного диспансерного наблюдения, при этом она сопровождается низкой продолжительностью жизни пациентов и всегда приводит к ранней их инвалидизации.

Распространенность заболевания среди новорожденных в разных регионах колеблется от 1:8500 до 1:12900. **Ежегодно в мире рождается более 45000 детей, больных муковисцидозом**, в России - 650 человек, в Москве - 30 человек.

Признаки

Ведущим является поражение двух систем: бронхолегочной и пищеварительной, которые и определяют исход заболевания.

Патология дыхательных путей - главная причина осложнений и летальности (более 90% случаев). Накопление вязкого инфицированного секрета в дыхательных путях вызывает обструкцию, выраженную воспалительную реакцию и в итоге ведет к неуклонному ухудшению функции лёгких и развитию хронической дыхательной недостаточности.

Продолжительность жизни больных муковисцидозом зависит от объема проводимой базисной медикаментозной и немедикаментозной терапии и терапии обострений.

Муковисцидоз может быть заподозрен по следующим признакам:

- **в грудном возрасте:**
 - рецидивирующие респираторные симптомы (кашель или одышка),
 - рецидивирующая пневмония,
 - отставание в физическом развитии,
 - неоформленный, обильный, маслянистый и зловонный стул,
 - хроническая диарея,
 - выпадение прямой кишки,
 - затяжная неонатальная желтуха,
 - соленый вкус кожи,
 - мекониевый илеус;
- **у дошкольников:**
 - стойкий кашель с (или без) гнойной мокроты,
 - диагностически неясная рецидивирующая или хроническая одышка,
 - хронический полипозно-гнойный синусит,
 - отставание в весе и росте,
 - симптом «барабанных палочек»,
 - гепатомегалия или диагностически неясное нарушение функции печени;
- **у школьников:**
 - хронические респираторные симптомы неясной этиологии,
 - *Pseudomonas aeruginosa* (синегнойная палочка) в мокроте,
 - хронический синусит,
 - бронхоэктазы,
 - симптом «барабанных палочек»,
 - гепатомегалия, заболевание печени неясной этиологии.

Диагностика

Своевременно поставленный диагноз при муковисцидозе очень важен в плане прогноза жизни больного ребенка.

Диагностика муковисцидоза основана на данных лабораторных и инструментальных исследований, клинических



кой картине, физикальном обследовании и тестах функциональной диагностики. Таким образом **диагностика включает:**

- ▶ начало заболевания в раннем возрасте,
- ▶ прогрессирующее течение болезни,
- ▶ хронический бронхолегочный процесс с раздражающим кашлем,
- ▶ содержание большого количества нейтральных жиров в копрограмме,
- ▶ поражение придаточных пазух носа,
- ▶ повышенное содержание концентрации хлора в поте (потовая проба),
- ▶ исследование назальных потенциалов,
- ▶ семейный анамнез,
- ▶ метод ДНК-диагностики.

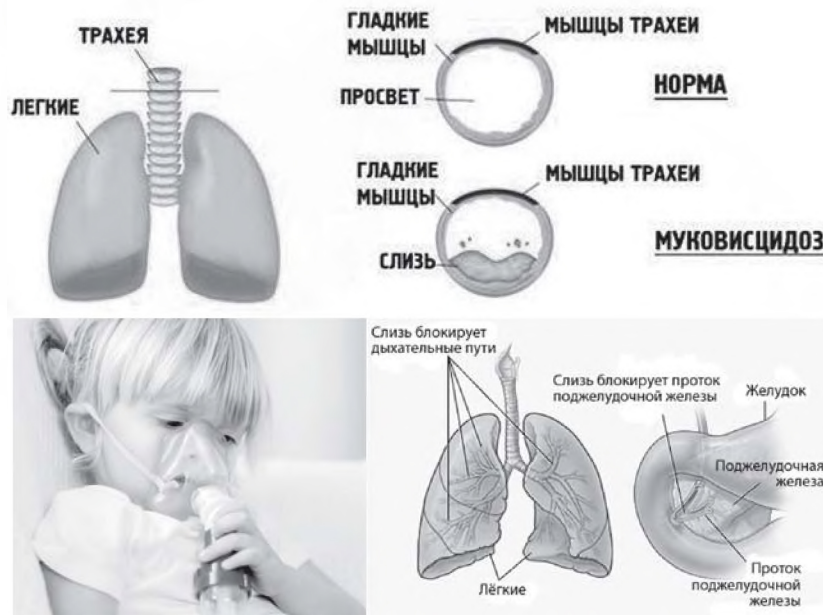
Лечение муковисцидоза

Целями лечения являются поддержание образа жизни пациента, которое максимально приближенно к жизни здоровых людей, эффективный контроль над респираторными инфекциями, а также обеспечение адекватного питания и физического развития ребенка.

К **обязательным составляющим лечения больных муковисцидозом** относятся антимикробная терапия, муколитическая терапия, ферментотерапия препаратами поджелудочной железы, прием гепатопротекторов, витаминотерапия, диетотерапия, лечение осложнений муковисцидоза и лечебная физкультура.

Эффективность проводимого лечения соотносится по таким критериям, как нормальный стул у ребенка, нормальное физическое развитие и устойчивое бодрое самочувствие, регулярное отхождение мокроты, максимальные для больного показатели ФВД (функций внешнего дыхания).

Спектр микроорганизмов, связанных с инфекциями дыхательных путей у пациентов с муковисцидозом, продолжает расширяться. Микробиологическая диагностика у пациентов с муковисцидозом имеет ряд особенностей, которые необходимо учиты-



вать при организации работы с этой категорией пациентов.

Какие особенности антибактериальной терапии при муковисцидозе нужно принимать во внимание? При проведении антимикробной терапии следует ориентироваться на чувствительность выделенного микроорганизма или ассоциации к антибиотикам. Антибактериальные средства против известного возбудителя назначать с учетом чувствительности или применять антибактериальные средства с положительным эффектом при предшествующем обострении.

Но при этом нужно помнить, что *лабораторный тест на чувствительность не всегда совпадает с клиническим ответом на проводимую терапию.*

Новое в лечении - это **патогенетическая терапия препаратом Оркамби (МНН: Ивакафтор+Лумакафтор)**. Рекомендуется с целью патогенетического лечения, повышения количества активного белка CFTR на поверхности клеток экзокринных желез, повышения лёгочной функции, снижения частоты лёгочных обострений и замедления прогрессирования заболевания. Препарат следует принимать с жиросодержащей пищей. *К противопоказаниям относятся:* детский возраст до двух лет (для лекарственной формы в гранулах); детский возраст до шести лет (для лекарственной формы в таблетках).

При муковисцидозе ведущим является поражение двух систем: бронхолегочной и пищеварительной, которые и определяют исход заболевания.



Микропластик на обед

Второй лекарственный препарат - Трикафта (МНН: Элексакафтор/Тезакафтор/Ивакафтор + Ивакафтор), который используется при выявлении наличия в генотипе пациента патогенных вариантов гена CFTR.

Во время приема препаратов необходимо контролировать активность АЛТ (аланинаминотрансферазы) и АСТ (аспартатаминотрансферазы) в крови, исследование уровня общего билирубина в крови, исследование уровня свободного и связанного билирубина в крови перед началом лечения препаратами - каждые три месяца в течение первого года терапии, а затем - один раз в год.

Также при назначении препаратов необходимо проводить исходное и последующее обследование органа зрения на предмет катаракты.

Эффективность терапии следует оценивать через шесть месяцев по снижению числа обострений, потребности в антибактериальной терапии, функциональным тестам (потовая проба), показателям спирометрии, индексу массы тела.

В Алтайском крае девять пациентов получают лечение препаратом Оркамби, семь человек получают лечение, а шести пациентам - одобрено его назначение, - препаратом Трикафта.

Отмечу, что на фоне терапии у пациентов отмечено улучшение вентиляционных функций лёгких (рост форсированной жизненной ёмкости лёгких (ФЖЁЛ) и объема форсированного выдоха (ОФВ1)), значительное уменьшение выраженности кашля, увеличения периода ремиссии хронического бронхолегочного процесса, увеличения массы тела и индекса массы тела. ☺

От самых глубоких частей океана до мельчайших структур человеческих легких и даже крови - микропластик проник всюду. Понятно, что попадание чужеродных, не разлагающихся естественным путем частиц не несет ничего хорошего для здоровья.



Откуда же берется эта «невидимая угроза»? Начиная с 1950-х человечество произвело 8,3млрд. тонн пластмассы, 79% из них попало в природную среду. Пластиковые отходы химически почти не разлагаются, но постепенно фрагментируется на мелкие и очень мелкие частицы, уходящие в том числе в систему водоснабжения и почву.

Если такие частицы имеют размер от 0,001 до 5мм, они называются микропластиком. Если они дробятся еще сильнее - до размера менее 0,001мм, то - нанопластиком. Такие невидимые примеси вскоре попадают в рыбу, фрукты, овощи и т.д., а вместе с ними - и к нам на стол.

Кроме того, если человек выпивает 1,5-2 литра воды из пластиковых бутылок в день, за год он вместе с ней получает до 90 тысяч микроскопических пластиковых частиц. В то же время те, кто предпочитает воду из-под крана, могут снизить это число до 40 тысяч частиц - в зависимости от того, где именно проживают.

Существует еще один источник микропластика - косметика и средства личной гигиены. Дело в том, что в большинстве случаев производители (включая самые известные мировые бренды) намеренно добавляют в продукцию микроскопические пластиковые шарики, чтобы улучшить ее технические характеристики. И этот микропластик тоже проникает в организм человека.

Исследователи оценили объемы микропластика, попадающего в нас с пищей и водой. Среднестатистический человек употребляет внутрь около пяти граммов пластика в неделю: чтобы представить себе эту массу, вообразите банковскую карту, хорошо перемолотую в блендере.

Какие проблемы со здоровьем связаны с жизнью посреди микропластика и микропластиком внутри? Ученые активно исследуют связь различных заболеваний и этих невидимых невооруженным глазом частиц, однако многое в этом вопросе по-прежнему остается неясным.

Так, было установлено, что прохождение микропластика через желудочно-кишечный тракт изменяет его микробиом. Это, в свою очередь, вызывает нарушения метаболизма: ожирение, диабет и хронические заболевания печени.

Частицы пластика могут вызывать местные воспалительные реакции и иммунный ответ, а нанопластик, в частности, способен запускать цепочки химических реакций, вызывающих рак.

Нет сомнений, что организм по мере возможности следует ограждать от микропластика. Рекомендуется разогревать в микроволновой печи продукты, помещая их в керамическую, а не пластиковую посуду. Также полезно почаще проветривать комнату, при возможности обходиться без пластиковой упаковки и особенно загрязненных микропластиком продуктов вроде чайных пакетиков.

Первостепенное значение имеет ограничение использования пластиковой тары для воды. Сокращая объемы использования полимерных пакетов и синтетических тканей, мы помогаем сохранению и окружающей среды, и обществу здоровья. ☺



Дистанционный мониторинг артериального давления



Елена Владимировна БУЛГАКОВА,
врач-терапевт участковый
КГБУЗ «Городская
поликлиника №9,
г.Барнаул»

Аналогов системы оказания первичной медико-санитарной помощи населению по участковому принципу, созданной еще в Советском Союзе, на сегодня в мире не существует. Участковая служба в Российской Федерации уникальна. Она позволяет охватить все слои населения независимо от возраста, пола, наличия или отсутствия трудовой деятельности, а ее территориальный принцип упорядочивает эту работу.

Терапевтическая служба поликлиники является ведущим подразделением медучреждения, которое выполняет целый комплекс мероприятий, направленных на снижение заболеваемости, смертности, инвалидизации, увеличение продолжительности жизни и улучшение качества жизни прикрепленного к поликлинике населения. То есть включает в себя не только консультативный прием, ведение на дому маломобильных групп граждан, но и профилактическую работу. Это - и вакцинация, и профилактические осмотры, а также диспансерное наблюдение пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями.

К особенностям работы врача на участке относится то, что те-

рапевт сопровождает своих пациентов на протяжении всей их жизни - с 18 лет и до завершения жизненного пути. Поэтому негласно можно говорить, что здесь максимально проявляется личная ответственность специалиста перед каждым больным. Пациенты на участке наблюдаются семьями, даже поколениями, поэтому часто семейный анамнез и факторы риска врач уже знает. Но и ответ за свою работу ему тоже приходится держать перед всей семьей пациентов.

Работа врача-терапевта еще уникальна и тем, что *в отличие от узкого специалиста он рассматривает пациента не по одной системе организма (неврология, кардиология и т.д.), а комплексно и обобщающе.*

Елена Владимировна БУЛГАКОВА окончила в 2004 году Алтайский государственный медицинский университет. По ее словам, *«было желание познать терапию во всем ее многообразии»*, поэтому интернатуру проходила в КГБУЗ «Смоленская ЦРБ», где под руководством **Валентины Дмитриевны Лапсиной** и **Ольги Леонидовны Шаталиной** и начала свою профессиональную деятельность. Далее Елена Владимировна работала врачом-терапевтом в Сургуте (Ханты-Мансийский автономный округ), познавая специфику терапевтической патологии в условиях Крайнего Севера, что, безусловно, положительно отразилось на ее профессиональном опыте. Также имеет опыт работы в системе амбулаторной медицинской помощи США.

С 2011 года Елена Булгакова работает участковым терапевтом в КГБУЗ «Городская поликлиника №9, г.Барнаул». Как говорит Елена Владимировна, *«понимая, что продолжительность жизни населения планомерно увеличивается и повышается доля пожилых «хрупких» пациентов, требующих особого подхода, в 2019 году прошла первичную специализацию по гериатрии, что помогает мне в повседневной работе».*



Сегодня в мире и России в структуре заболеваемости и смертности населения **на первом месте стоят болезни системы кровообращения**. Около 40% населения нашей страны имеет гипертоническую болезнь. Так, частота высокого риска сердечно-сосудистых осложнений (острый инфаркт миокарда, ОНМК) у мужчин составляет 53,3% и 37,7% - у женщин. Наблюдением и ведением этих пациентов занимается участковый терапевт.

В настоящее время врачам на помощь врачам и пациентам приходят современные технологии. **В 2019 году барнаульская городская поликлиника №9 первой в Алтайском крае приняла участие в федеральном пилотном проекте «Дистанционный мониторинг артериального давления (АД)».**

Что это за проект? Участковый терапевт на приеме определяет у пациента высокий риск сердечно-сосудистых заболеваний, выдает ему тонометр для самоконтроля артериального давления и ЧСС, в котором находится sim-карта оператора сотовой связи. Таким образом все

измерения пациента с прибора передаются и отражаются в специальной медицинской программе.

Лечащий врач в ежедневном режиме отслеживает показатели своих пациентов, при отклонениях связывается с пациентом по телефону или приглашает на прием для коррекции лечения. Пациент может пользоваться прибором на территории всей России, что удобно в период отпуска. Данные по каждому пациенту можно распечатать.

В результате такой совместной работы врача и пациента повышается комплаентность больного (приверженность к лечению), он начинает регулярно принимать препараты, снижается частота вызова скорой помощи, снижается частота обострений, течение гипертонической болезни становится более управляемым.

Для пациентов этот вид помощи осуществляется в рамках

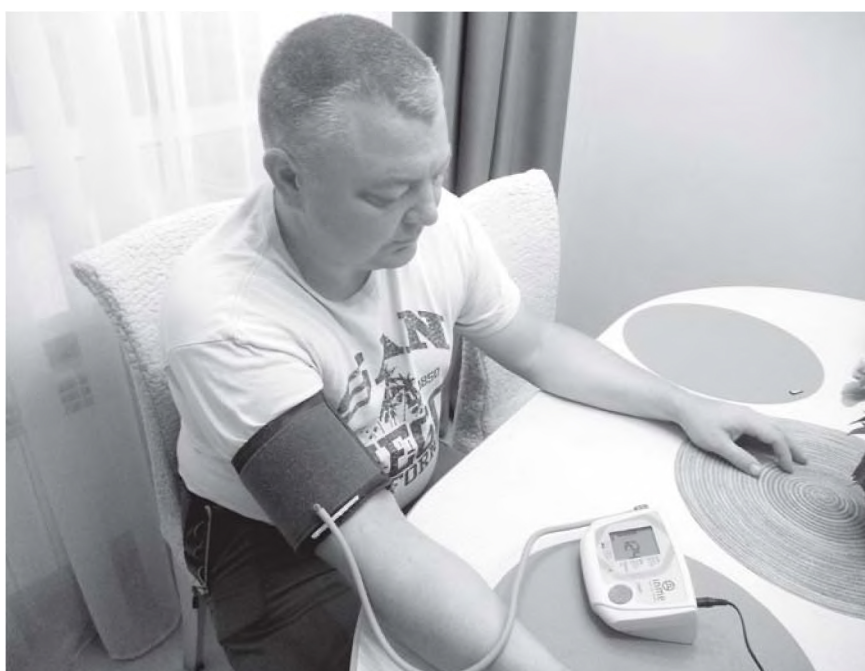


ОМС, то есть бесплатно. В период пандемии новой коронавирусной инфекции, в период приостановления плановой медицинской помощи программа дистанционного мониторинга артериального давления оказалась максимально эффективной, поскольку пациенты, участвующие в проекте, продолжали наблюдаться у участкового терапевта посредством тонометра и телефонной связи.

Учитывая, что большая часть населения Алтайского края - это сельское население, опыт работы КГБУЗ «Городская поликлиника №9, г.Барнаул» в программе «Дистанционный мониторинг АД» будет полезен для ЦРБ, для пациентов, проживающих в отдаленных, труднодоступных селах. Сам прибор очень прост в эксплуатации, доступен для самостоятельного использования и пожилыми людьми.

В перспективе возможно подобное дистанционное наблюдение пациентов с сахарным диабетом, когда в бытовой глюкометр будет встроена sim-карта сотовой связи, и лечащий врач сможет отслеживать показатели измерений сахара крови пациента для более эффективного контроля лечения.

Высокие технологии уверенно входят в повседневную жизнь во благо сохранения здоровья людей. 🌐



08 | ВСЕМИРНЫЙ ДЕНЬ августа | ОФТАЛЬМОЛОГА

Зрение – это одно из самых сложных и удивительных свойств человеческого организма, созданного природой для восприятия окружающей среды

КАК СОХРАНИТЬ ЗРЕНИЕ



ПРАВИЛЬНО И ПОЛНОЦЕННО ПИТАЙТЕСЬ



ПОСЕЩАЙТЕ ОФТАЛЬМОЛОГА



ОГРАНИЧЬТЕ ЭКРАННОЕ ВРЕМЯ



СОВЕРШАЙТЕ ПРОГУЛКИ И ВЫПОЛНЯЙТЕ ФИЗИЧЕСКИЕ УПРАЖНЕНИЯ

НОСИТЕ СОЛНЦЕЗАЩИТНЫЕ ОЧКИ



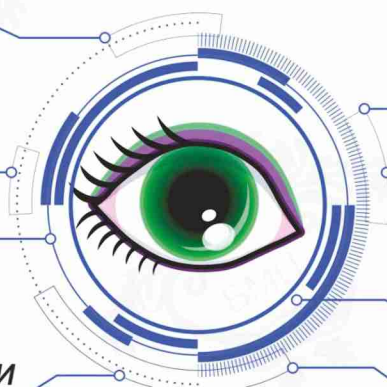
ПОМНИТЕ О ГИГИЕНЕ ЧТЕНИЯ



ВЫПОЛНЯЙТЕ УПРАЖНЕНИЯ ДЛЯ ГЛАЗ



ЗАЩИЩАЙТЕ ГЛАЗА



ГИМНАСТИКА ДЛЯ ГЛАЗ

Повторяйте каждое упражнение не менее 5-6 раз



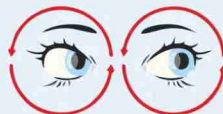
1. Крепко зажмурьте глаза на пару секунд



2. Быстро поморгайте глазами на протяжении одной минуты



3. Смотрите поочередно вверх и вниз, затем влево и вправо



4. Вращайте глазами по кругу в одну сторону, затем в другую



5. Закройте глаза на 5 секунд и дайте им отдохнуть



6. Открывайте глаза и приступайте к занятиям



ЕСЛИ ВЫ ЧУВСТВУЕТЕ УХУДШЕНИЕ ЗРЕНИЯ, ОБРАТИТЕСЬ ЗА КОНСУЛЬТАЦИЕЙ К ВРАЧУ-ОФТАЛЬМОЛОГУ!

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№7 (223) август 2022 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 №ПИ-12-1644 от 04.02.2003 г., выданное Сибирским окружным межрегиональным территориальным управлением Министерства РФ по делам печати, телерадиовещания и средств 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 26.08.2022 г., фактически - 14:00 26.08.2022 г. Дата выхода: 31.08.2022 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.

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 - 2500 экз. Цена свободная.

Подписной индекс в каталоге «Почта России» - ПР893. Цена за 1 номер (месяц) - 200 рублей.



РАК ЛЕГКОГО

Рак легкого (РЛ) - самый распространенный вид рака в мире, который ежегодно уносит больше жизней, чем любое другое онкологическое заболевание. От рака легкого ежегодно умирает больше пациентов, чем от рака простаты, молочной железы и толстой кишки вместе взятых.

65 лет средний возраст пациентов с впервые установленным РЛ

80-85 % случаев немелкоклеточный рак легкого
Наиболее распространенные формы - аденокарцинома или плоскоклеточный рак.

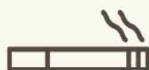


10-15 % случаев мелкоклеточный рак
Он протекает более агрессивно и быстро метастазирует.

ФАКТОРЫ РИСКА



профессиональная вредность - воздействие радона, асбеста, мышьяка, пыли



курение, как активное, так и пассивное - причина 85-90% случаев развития РЛ



воздействие радиации, загрязненный воздух



сопутствующие заболевания - туберкулез, ХОБЛ, фиброз легких

СКРИНИНГ

Высокая группа риска



при стаже курения 1 пачка в день в течение 30 лет
или 2 пачки в день в течение 15 лет

- в рамках второго этапа диспансеризации по назначению врача терапевта/хирурга проводится рентгенография легких или компьютерная томография
- ежегодные профилактические осмотры



- кашель
- одышка
- боль в груди
- кровохарканье
- слабость, утомляемость
- снижение аппетита
- синдром сдавления верхней полой вены - цианоз, отек лица, шеи, верхних конечностей, развитые подкожные венозные коллатерали на туловище

ЛЕЧЕНИЕ



- хирургическое
- химиотерапия
- лучевая терапия
- таргетная терапия
- иммунотерапия

**1 августа -
Всемирный день борьбы
с раком лёгких**

ПРИСОЕДИНЯЙСЯ К БОРЬБЕ С РАКОМ ЛЕГКИХ - БРОСАЙ КУРИТЬ!