

6+

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№3 (267) МАРТ 2026





И вновь о медицинских кадрах... **Актуальные вопросы допуска к медицинской деятельности**

Кадровый вопрос в здравоохранении всегда самый главный - это аксиома. И поэтому решение вопросов, связанных с подготовкой, повышением квалификации медиков, обеспечение им заявленных социальных гарантий, требует постоянного участия и внимания власти, общества и самого профессионального сообщества.

Тематическая площадка «Здравоохранение» Общероссийского Народного фронта (постоянным членом которой я являюсь) под руководством Леонида Михайловича Рошалея одной из своей форм работы по вопросам охраны здоровья населения выбрала формат проведения круглых столов по наиболее острым темам в этой сфере социальной жизни страны с участием представителей Администрации президента РФ, Государственной Думы, Минздрава, Минфина, других федеральных ведомств, членов Национальной медицинской палаты, регионального актива НФ.

На протяжении многих лет эксперты тематической площадки «Здравоохранение» ОНФ обозначают серьезные проблемы в текущей системе периодической аккредитации медицинских кадров, в которой к концу 2025 года сложилась фактически критическая ситуация. По состоянию на декабрь 2025 года в России до 167 тысяч врачей различных специальностей находились в зоне повышенного риска быть отстраненными от медицинской деятельности либо были фактически отстранены от исполнения трудовых обязанностей.

Указанная проблематика, по мнению экспертов, не является только узкопрофессиональной проблемой, а относится к вопросам национальной безопасности, поскольку затрагивает не только легитимность осуществления профессиональной деятельности сотнями тысяч медицинских работников, но и гарантии своевременного оказания медицинской помощи населению Российской Федерации.

▶ Эксперты обращают внимание на тот факт, что до настоящего времени фактически остается не исполненным целый ряд поручений Президента Российской Федерации, касающийся концептуальных вопросов совершенствования системы аккредитации медицинских кадров, в частности: подпункты «а2», «а3», «а4» пункта 1 Перечня поручений Президента Российской Федерации от 25 августа 2023 года №Пр-1675 (по вопросам совершенствования кадрового обеспечения системы здравоохранения), подпункты «а», «б», «в», «г», «д» пункта 1 Поручений Президента Российской Федерации от 29 июня 2024 года №Пр-1241 (по вопросам развития здравоохранения), а также пункта 3 Перечня поручений Президента Российской Федерации от 7 сентября 2025 года №Пр-1979 (по актуальным направлениям развития здравоохранения).

В соответствии с частью 1 статьи 69 Федерального закона от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», **право на осуществление медицинской деятельности на территории Российской Федерации имеют лица, получившие медицинское или иное образование в российских образовательных организациях и прошедшие аккредитацию специалиста.** Частью 3 статьи 69 данного закона установлена периодичность проведения аккредитации медицинских специалистов - не реже одного раза в пять лет, а статьей 76 предусмотрено право медицинских профессиональных некоммерческих организаций на участие в формировании аккредитационных комиссий и проведение аккредитации специалистов. Переход к процедуре аккредитации специалистов должен осуществляться **поэтапно, планоно** - в период с 1 января 2016 года и завершиться 31 декабря 2025 года включительно.

По состоянию на 8 декабря 2025 года в Центральную аккредитационную комиссию (ЦАК) всего поступило только за 2025 год **689000 заявлений. Отказано** в допуске к прохождению периодической аккредитации по формальным основаниям **287900 заявлениям (42%** от общего объёма)! Из принятых к рассмотрению получено отказов - **148000 заявлений (21%** от общего объёма). Наибольшее количество отказов получили заявители из числа профессорско-преподавательского состава медицинских вузов **в связи с отсутствием первичной подготовки (!).**

Поверьте, отсылки к отдельным нормативным документам и приведение цифр, характеризующих масштаб нереализованной возмож-

ности прохождения обязательной процедуры аккредитации, - это не попытка проведения «правового ликбеза» для организаторов здравоохранения или медицинского сообщества! (Хотя допускаю, что такой негативный опыт по прохождению законодательно предусмотренной процедуры побудит повысить свою юридическую грамотность, возможность действовать в правовом поле отдельных медицинских работников, побудит к консолидации и профессионального сообщества.) Это лишь констатация последствий таких несогласованных, нескоординированных действий ведомств, задействованных в регламентации и организации аттестационных процедур.

По результатам анализа, проведенного экспертами Народного фронта и Союза «Национальная медицинская палата», делается очевидный вывод: **действующая система периодической аккредитации не выполняет основную функцию** - обеспечение качества и безопасности медицинской помощи - **по следующим причинам:**

- процедура аккредитации сведена к формальной проверке комплектности документов без реальной оценки профессиональной компетентности;
- отсутствуют единые критерии оценки портфолио;
- требования к программам повышения квалификации снижены;
- региональные профессиональные сообщества и общероссийские врачебные объединения исключены из процесса аккредитации, что ослабляет механизмы саморегулирования.

Пытаясь как-то нивелировать ситуацию, разрешить в том числе с учетом жестких сигналов Союза «НМП» и Народного фронта обозначенные «коллизии и нестыковки» (по факту - невозможность ФАЦ в установленный срок до 31 декабря 2025 года принять, обработать и передать в Центральную аккредитационную комиссию либо в региональные аккредитационные комиссии все поступившие документы для проведения оценки портфолио и принятия решения о прохождении периодической аккредитации), Министерством здравоохранения РФ был подготовлен *проект приказа «Об определении случаев и условий, при которых физические лица могут быть допущены к осуществлению медицинской деятельности и (или) фармацевтической деятельности без прохождения аккредитации специалиста и (или) по специальным, не предусмотренным сертификатом специалиста или аккредитацией специалиста».*



Однако попытка принятия экстренных мер по разрешению ситуации была реализована с существенным опозданием. Приказ Минздравом РФ подписан только от 20 января 2026 года №34н, регистрация Минюстом России состоялась лишь 26 января 2026 года (*причем, проект приказа был размещен на платформе <https://regulation.gov.ru> 27 декабря 2025 года и в комментариях к нему был указан срок действия приказа - с 1 января 2026 года по 31 января 2026 года*).

Однако, данный приказ вступил в силу только **27 января 2026 года**, что уже повлекло необратимые правовые последствия, в том числе:

- *часть медицинских работников была переведена с 01.01.2026 года в неоплачиваемые отпуска без сохранения заработной платы и с прерыванием трудового стажа*, что еще существенно снизило доступность медицинской помощи по формальным основаниям. Прерывание стажа создало риски утраты права на досрочное назначение страховой пенсии, а для работников районов Крайнего Севера и приравненных к ним территорий - риски потери «северных льгот» в части пенсионного обеспечения, до-плат к заработной плате и иных мер социальной поддержки, предоставляемых за непрерывный стаж работы в особых климатических условиях;

- *медицинские работники, продолжившие оказание медицинской помощи (под ответственность администрации медицинских организаций), фактически находились вне правового поля*, что создало **не только риски непроведения оплаты оказанной помощи в системе ОМС и наложения штрафных санкций на медицинские организации**, но и условий возникновения потенциальной административной либо даже уголовной ответственности, как для медицинских работников, так и для руководителей медицинских организаций.

Как одна из иллюстраций наземдлительно-го вала этих очевидно прогнозируемых последствий - обращение руководителя Департамента здравоохранения Орловской области в региональное подразделение Медицинской палаты (*с просьбой инициирования решения данной проблемы на федеральном уровне. - прим.ред.*) о фактах признания ФОМС оплаты работы специалистам не прошедшим первичную аккредитацию с 1 по 26 января 2026 года нарушением финансовой деятельности.



Именно эти вышеперечисленные проблемы, обозначенные экспертами Народного фронта и Национальной медицинской палаты, были обсуждены в рамках прошедшего 23 марта 2026 года круглого стола тематической площадки «Здравоохранение» Общероссийского Народного фронта. Его тематика была так и обозначена, как «Периодическая аккредитация медицинских специалистов».

Открывая дискуссию **Леонид Михайлович РОШАЛЬ**, Сопредседатель Центрального штаба Народного Фронта, президент НИИ неотложной детской хирургии и травматологии, президент Союза медицинского сообщества «Национальная медицинская палата», Герой Труда Российской Федерации, отметил:

- Идею внедрения в стране периодической аккредитации я впервые услышал от Вероники Игоревны Скворцовой (*в тот период министра здравоохранения РФ. - прим.ред.*) и поддержал ее. Это, несомненно, правильный путь для постоянного улучшения качества оказания медицинской помощи. По нашему мнению, формула, при которой учат одни, а допускают к работе другие, - очень правильная. Университеты выдают диплом, но **допуск к профессии осуществляют представители практического здравоохранения**. Регламентируется аккредитация приказом Минздрава №709 от 28 октября 2023 года.

На базе Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительной профессиональной образовательной Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования Министерства здравоохранения была создана **Центральная академическая комиссия (ЦАК)**, который формируется Министерством здравоохранения Российской Федерации на один год. Основными функциями ЦАК



являются: проведение периодической аккредитации, рассмотрение апелляций и оценка портфолио специалиста. ЦАК проводит работу с сотрудниками с высшим медицинским образованием.

Необходимо отметить, что действующая в стране методика проведения периодической аккредитации предложена Минздравом России без обсуждения этой темы с профессиональным сообществом, в отличие от первичной и первичной специализированной аккредитации, проводимой нами (*Национальной медицинской палатой. - прим. ред.*) с самого начала практической реализации этой идеи. Первичная работа по составу аккредитационных комиссий в стране проводится Союзом Национальной медицинской палаты.

Палата **за счет собственных средств** создала программу учета членов аккредитационных комиссий и продолжает постоянно поддерживать ее до настоящего времени. Мы создали специальную программу для утверждения списков аккредитационных региональных комиссий, в которые входят около 30 тысяч врачей. Затем списки направляются в Минздрав России для утверждения.

Повторяю, сегодня ежегодно около 30 тысяч врачей практического здравоохранения приходят в территориальные аккредитационные комиссии и на безвозмездной основе проводят аккредитацию допуска профессиональной деятельности тех, кто уже имеет диплом, свидетельствующий об окончании обучения. Такая постановка вопроса решает две основные задачи. Первое - необходимость улучшения медицинского образования и второе - недопущение к больному недостаточно квалифицированных медицинских специалистов. (А может быть, наоборот, первое и второе.) Мы должны оградить россиян от неквалифицированных медработников.

Медицинский работник обязан учиться всю жизнь, освежать свои знания и умения. Этому способствует система непрерывного медицинского образования (НМО), и в ее совершенствовании значительную роль сыграл Союз «Национальная медицинская палата».

В СССР каждый врач был обязан в течение пяти лет пройти 144 часа повышения своего профессионального знания на базе государственных учебных учреждений. Изучив международный опыт в этом вопросе, мы увидели, что в странах с развитой системой здравоохранения врачи повышают свои знания не 144, а существенно больше - 250 часов за пятилетний период. И мы считаем, что это очень правильно. Тогда на совместной с Минздравом России комиссии девять лет назад по нашему предложению было решено, что мы не будем ломать сложившуюся советскую систему, но добавим к ней обучающие часы, которые про-

водят профессиональные медицинские объединения до 250 часов. И практически реализовали эту идею в течение нескольких лет, дав возможность каждому врачу добавить и часы обучения на мероприятиях, которые проводят уже профессиональные медицинские объединения.

Мы создали для этого специальное подразделение при Союзе «Национальная медицинская палата». Мы установили жесткий контроль за проводимыми образовательными мероприятиями, исключив ведущую роль фармфирм и иных коммерческих структур при их проведении.

В вопросе о том, что недостаточно 144 часа, нас поддержал Общероссийский народный фронт. В период страшной эпидемии ковида необходимо было провести срочно переподготовку огромного числа медработников разных специальностей. И для этого была использована как раз наша методика дистанционного обучения тысяч врачей и средних медицинских работников. Минздрав России своим приказом в условиях ковида опять вернул 144 часа необходимого времени повышения квалификации, учитывая огромную нагрузку на медицинских работников при ковиде.

Но, мои друзья, ковида уже давно нет, но 144 часа остается, что мы считаем неправильным.

Нам необходимо срочно вернуться к 250 часам апробированного обучения за пять лет. Учитывая большую нагрузку, особенно в первичном звене, мы предложили в счет рабочего времени дать возможность каждому медработнику в течение одного часа в неделю пройти курс усовершенствования по своей специальности, используя дистанционные методы обучения на своем рабочем месте. Мы нашли понимание в этом вопросе и Профсоюза медработников.

Скажу откровенно, не всем медицинским работникам в нашей стране понравилось необходимое увеличение часов на обучение. Это по-человечески естественно.

Важно и то, что представленная Минздравом России система периодической аккредитации в стране в целом провалилась. Она носила чисто бюрократический характер, без учета мнения профессионального сообщества, она не справилась и с огромным потоком заявлений, пришедшим в высшую аккредитационную комиссию. Мы почувствовали угрозу в третьем квартале 2025 года, когда поняли, что тысячи врачей не смогут пройти аккредитацию и таким образом лишатся работы в 2026 году.

Мы предложили срочно продлить аккредитацию на один год - до 2027 года. Но такое решение было принято с опозданием, только в самом конце декабря 2025 года, перед Новым годом и длительными выходными. Так как



наступили новогодние праздники, тысячи медицинских работников не прошли периодическую аккредитацию и оказались юридически незащищенными, о чем мы поговорим сегодня тоже.

Как мы предлагаем организовать систему периодической аккредитации в стране? Просто. Используем наш опыт проведения первичной и первично специализированной аккредитации, накопленной Национальной медицинской палатой. Когда аккредитация проводится на территориях, а результат утверждается Минздравом. Во всех субъектах Российской Федерации создаются комиссии по периодической аккредитации на функциональной основе, в которые наряду с представителями органов управления региона, включая представителей кадровой службы, входят главные специалисты и руководители профессиональных организаций по специальностям и представители профсоюза медицинских работников. Отчет о работе конкретного медработника визируют главные врачи медицинского учреждения, их заместители по лечебной работе, руководители кадровой службы, представители профессиональной медицинской объединения территории и профсоюза медработников.

Пакет документов за шесть месяцев, то есть до истечения пятилетнего отчетного периода, подается в региональную комиссию по периодической аккредитации.

Решение региональной аккредитационной комиссии направляется в Минздрав России для официального внесения результатов аккредитации медицинского работника в протоколы субъектов Российской Федерации, в срок не менее трех месяцев до окончания его пятилетнего стажа работы по аккредитуемой специальности. Минздрав России информирует о решении по аккредитации медицинского работника территориальную аккредитационную комиссию.

На базе Федерального государственного бюджетно-образовательного учреждения дополнительного профессионального образования Российской Федерации непрерывного образования Министерства здравоохранения создаются высшие апелляционные комиссии, в которые входят главные специалисты Минздрава по специальности, руководители профессиональных медицинских общественных организаций по специальности и представители союза работников, медработников или их официальные представители.

Поступившие на апелляцию документы рассматриваются в течение не более одного месяца, и решения должны быть оформлены и направлены в регионы не менее, чем за месяц до истече-

ния пятилетнего срока. **По нашему мнению, решение Центральной комиссии считается окончательным и передаче в судебные органы не подлежит.**

Сейчас мы работаем над вопросом дополнительного финансирования регионов для проведения периодической аккредитации и определения источников этого финансирования, чтобы избежать ошибок при проведении и первичной аккредитации, когда сегодня около 30 тысяч, подчеркиваю, практических врачей здравоохранения ежегодно участвуют, как «Тимур и его команда», а это - заместители главных врачей по медицинской части, руководители отделения, врачи высших категорий, - которые, несмотря «на командировку» для проведения аккредитации, всё равно (в какой-либо степени) продолжают исполнять свои обязанности по своему основному месту работы.

Считаем, что в ближайшее время Минздраву России также необходимо проведение обучения всей кадровой службы медицинских учреждений в регионах по заполнению отчетов при подаче документов на периодическую аккредитацию, используя опыт ЦЛК, и подготовить методические указания по этой теме.

Не могу не затронуть еще одну тему. Это продажа за деньги буквально «в течение одного дня» документов о прохождении периодической аккредитации. Мы в течение 4-5 лет говорили и обсуждали эту тему громко здесь, у нас на площадке. Но заинтересовать правоохранительные органы не смогли. Но это же просто преступление! Проведение периодических реализаций для средних медицинских работников и сотрудников немедицинских специальностей, работающих в лечебных учреждениях, - это еще одна отдельная песня...

(Выступление президента Союза медицинского сообщества «НМП» Л.М. Рошала дано с незначительными сокращениями. - прим.ред.)

С 1 марта 2026 года вступили в силу новые законодательные требования, устанавливающие прямой запрет на реализацию программ медицинского и фармацевтического образования исключительно с применением электронного обучения и дистанционных образовательных технологий.

Сергей Дмитриевич ЛЕОНОВ, председатель Комитета Государственной Думы по охране здоровья, в своем выступлении отметил:

- Федеральный закон от 28 февраля 2025 года №28-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ» устанавливает дополнительные требования к организациям, осуществляющим образовательную деятельность по про-

граммам дополнительного профессионального образования в сфере здравоохранения.

Ключевые изменения законодательства:

- ограничение применения дистанционных образовательных технологий. Запрещено реализовывать программы медицинского и фармацевтического образования исключительно с применением дистанционных технологий. Освоение теоретических модулей допускается в дистанционной форме, однако практические навыки должны отрабатываться очно, что обеспечивает качество подготовки специалистов и соответствие требованиям профессиональных стандартов;

- унификация образовательных программ. Минздраву России предоставлены полномочия по разработке и утверждению типовых дополнительных профессиональных программ в области охраны здоровья и фармацевтической деятельности. Утверждение таких программ осуществляется совместно с Минобрнауки России, что обеспечивает подготовку специалистов по единым образовательным стандартам;

- требования к кадровому и материально-техническому обеспечению. Организации, осуществляющие образовательную деятельность в сфере здравоохранения, обязаны получить заключение Росздравнадзора, подтверждающее наличие квалифицированного преподавательского состава и материально-технической базы, необходимых для проведения обучения. Заключение Росздравнадзора является обязательным условием для лицензирования соответствующей образовательной деятельности.

Эти меры направлены на повышение качества медобразования, исключение с рынка недобросовестных образовательных организаций и укрепление государственной системы подготовки медкадров.

Отдельный вопрос - аккредитация специальных частных медорганизаций, не работающих в системе ОМС. В этих организациях не всегда реализуется институт наставничества, предусмотренный законодательством для первичной специализированной аккредитации. Поэтому могут возникнуть сложности при прохождении аккредитации молодыми специалистами, завершившими обучение на платной основе и трудоустроившимися в частный сектор. Требования к подтверждению их квалификации нуждаются в дополнительной проработке с учетом специфики их профессиональной деятельности.

Предложения по решению проблемы:

- проработать вопросы аккредитации специалистов частных медорганизаций, не участвующих в системе ОМС, с учетом отсутствия возможности прохождения наставничества в установленных формах;

- сохранить возможность использования дистанционных образовательных технологий в части освоения теоретических модулей при обязательном очном формате отработки практических навыков;

- обеспечить методическую поддержку и единые стандарты для всех образовательных программ, утверждаемых Минздравом России и Минобрнауки России;

- разработать механизмы контроля качества образовательных услуг, предоставляемых частными образовательными центрами, для исключения фактов выдачи документов о повышении квалификации без реального освоения необходимых компетенций.

Поддерживая тренд на повышение качества дополнительного профессионального образования и его практикоориентированность, **медицинское экспертное сообщество высказывает серьезные опасения относительно реализации указанных нововведений** в связи со следующими существенными факторами:

- ▶ новые образовательные программы разработаны и утверждены только для первичной переподготовки по ограниченному количеству специальностей. Сроки завершения работы по разработке программ для всех специальностей не определены;

- ▶ новые образовательные программы повышения квалификации в соответствии с установленными требованиями на текущий момент не разработаны и не утверждены;

- ▶ отсутствуют сведения об образовательных организациях, получивших разрешение Росздравнадзора на осуществление образовательной деятельности по новым требованиям;

- ▶ не определены источники финансового обеспечения для оплаты обучения, командировочных расходов, проезда и проживания.

Прогнозируется и рост кадрового дефицита, так как массовое направление сотрудников на очное обучение может привести к временному прекращению оказания отдельных видов медпомощи, а отсутствие бюджетного финансирования командировочных расходов сделает невозможным выполнение установленных требований значительной частью медработников государственной системы здравоохранения.

В рамках дискуссии коллеги поделились опытом работы в регионах, в том числе и по созданию региональных аккредитационных центров.

Участниками круглого стола были сформулированы конкретные предложения и рекомендации Правительству РФ, Генеральной прокуратуре РФ, Министерству здравоохранения РФ совместно с Федеральным фондом ОМС, Министерству труда и соцзащиты РФ, другим федеральным ведомствам.

С позицией ряда других экспертов по обсуждаемым проблемам, с опытом организации этой работы в российских регионах, с резолюцией круглого стола, принимаемых по данной проблеме мерах, - планируем ознакомить нашу аудиторию в следующих номерах журнала.

Ирина Валентиновна Козлова,
главный редактор,
сопредседатель регионального штаба НФ,
заместитель председателя
Общественной палаты Алтайского края



6+

Содержание



7

Демографическая ситуация в России



14

Кожная токсичность на фоне лекарственного лечения онкологических больных



30

Эффект «медведя в лесу». Почему при плотной груди одной маммографии мало?



41

Геморрагический инсульт

ОТ РЕДАКТОРА

И вновь о медицинских кадрах...

Актуальные вопросы допуска к медицинской деятельности 1-5

ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА

Н.В. Шукис. Демографическая ситуация в России 7-11

Новости здравоохранения России 11

Новые возможности медицины в Алтайском крае 12-13

ПОБЕДИМ СВОЙ СТРАХ!

А.Е. Юхтуева. Кожная токсичность на фоне

лекарственного лечения онкологических больных 14-18

Подведены результаты работы системы

здравоохранения региона 19

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

О.И. Храменкова. Белая ромашка -

символ здорового дыхания 20-24

Е.В. Боярская. Пролетая над гнездом кукушки 24-25

Чем опасны весенние клещи 26

Законы, которые вступили в силу в марте 27

ДЕМИДОВСКИЙ ВЕСТНИК, МАРТ 2026 ГОДА

Баннерная выставка «Рудники и заводы Алтая» 28-29

ЭНЦИКЛОПЕДИЯ ЖЕНСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Ю.В. Цыпленкова. Эффект «медведя в лесу».

Почему при плотной груди одной маммографии мало? 30-31

Занятия спортом без вреда для суставов 32-34

НАЦПРОЕКТ "ПРОДОЛЖИТЕЛЬНАЯ И АКТИВНАЯ ЖИЗНЬ"

Н.Г. Целюк. II Форум «Технологии долголетия» 34-35

Спасите ваши уши 36-37

Пройти на диспансеризации семь онкоскринингов 37

ЗА СЧАСТЛИВОЕ ЗДОРОВОЕ ДЕТСТВО!

И.В. Трунов. Мальчик-юноша-мужчина.

Возрастные репродуктивные риски 38-39

Как бороться с весенним гиповитаминозом 40

НАЦПРОЕКТ "ПРОДОЛЖИТЕЛЬНАЯ И АКТИВНАЯ ЖИЗНЬ"

С.А. Федянин. Геморрагический инсульт 41-44

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№3 (267) март 2026 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

Регистрационный номер ПИ-12-1644 от 04.02.2003 г., выданный 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 31.03.2026 г., фактически - 14:00 31.03.2026 г. Дата выхода: 31.03.2026 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» -

Адрес издателя: 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: nebole@mail.ru, Группа ВКонтакте: https://vk.com/nebole.

Архивные материалы журнала на сайтах:

https://www.zdravalt.ru/ и https://ait-hospital.ru/

Отпечатано в типографии ИП Назаров А.В. Адрес типографии: 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

В номере использована информация с сайта www.rpr.ru, фото из архива авторов, редакции и открытых источников сети интернет



Как стать мамой при женском бесплодии

Демографическая ситуация в России в последние десятилетия стала ключевой медицинской и социальной проблемой. Среди медицинских причин демографического кризиса основополагающее значение имеет состояние репродуктивного здоровья населения и нарастающая частота бесплодия.

Сохранение и восстановление репродуктивного здоровья выступает важнейшей медицинской задачей государственного значения.

Согласно данным формы №12 федерального статистического наблюдения в 2023 году в Российской Федерации число женщин с бесплодием составило 254,8 тысяч человек, из них с впервые установленным диагнозом - 66,8 тысяч женщин.

Что такое бесплодие

Бесплодие - заболевание, характеризующееся невозможностью достичь клинической беременности после 12 месяцев регулярной половой жизни без контрацепции вследствие нарушения способности пары мужчины и женщины к репродукции.

Вмешательства по поводу бесплодия могут быть начаты и ранее одного года, основываясь на данных медицинского, сексуального и репродуктивного анамнеза, возраста, данных физикального обследования и диагностических тестов.

Женское бесплодие возникает вследствие различных патологических процессов в репродуктивной системе женщины. Этиологические и патогенетические факторы бесплодия целесообразно рассматривать в контексте его различных форм.

Способность к зачатию у женщин в возрасте после 30 лет снижается почти в два раза по сравнению с женщинами 20 лет и значительно уменьшается после 35 лет. При этом

у пациентки в возрасте старше 35 лет диагностика причин бесплодия и его лечение могут быть начаты при жалобе на неспособность к зачатию в течение шести месяцев регулярной половой жизни без контрацепции.

Также выделяют **бесплодие первичное** (при отсутствии в анамнезе женщины беременностей) и **вторичное** (при невозможности наступления повторной беременности).

Основные причины женского бесплодия

К бесплодию могут приводить как врожденные, так и приобретенные заболевания.

Заболевания, из-за которых в фаллопиевых трубах образуются спайки и развивается непроходимость, - самая частая причина женского бесплодия. Этот процесс могут спровоцировать инфекции, передаваемые половым путем, туберкулез мочеполовой системы, эндометриоз (заболевание, при котором слизистая оболочка, выстилающая полость матки, распространяется за ее пределы).

Аборты и хирургические вмешательства, в результате которых могут образоваться спайки в цервикальном канале, матке, - они мешают нормальному процессу зачатия.

Доброкачественные новообразования матки и яичников: миомы, полипы, кисты - затрудняют имплантацию эмбриона и могут стать причиной выкидыша.



Наталья Вячеславовна ШУКИС,

врач-акушер-гинеколог первой квалификационной категории, отделение сохранения и восстановления репродуктивной функции краевой консультативной поликлиники КГБУЗ «Краевая клиническая больница»



Стресс, чрезмерные физические и эмоциональные нагрузки могут стать причиной сбоя менструации и овуляции, также они снижают либидо женщины. Всё это уменьшает вероятность наступления беременности.

Онкологические заболевания и химиотерапия порой становятся причиной временного или неизлечимого бесплодия.

Нарушения в развитии органов репродуктивной системы: недоразвитие матки (гипоплазия), неправильная форма матки, отсутствие матки и влагалища (синдром Рокитанского - Кюстнера).

Гормональные сбои из-за врожденных аномалий или заболеваний эндокринных органов - гипоталамуса, гипофиза, щитовидной железы, яичников и других. Например, при неправильной работе коры надпочечников выделяется чрезмерное количество мужских гормонов, что становится причиной адреногенитального синдрома и бесплодия. А если у женщины яичники нормально не функционируют, то количество эстрогена в крови снижается, и овуляция не происходит.

Чрезмерный ответ иммунной системы: организм женщины может воспринимать сперматозоидов как патогенные организмы. В таком случае он вырабатывает против них антитела (иммуноглобулины). В результате женщина не может забеременеть, а если зачатие всё же произошло, высока вероятность невынашивания плода.

Длительный прием оральных контрацептивов: после их отмены в 1-2% случаев развивается синдром гиперторможения гонадотропной функции гипофиза. При этом у женщины отсутствуют менструация и овуляция.

Стресс, чрезмерные физические и эмоциональные нагрузки могут стать причиной сбоя менструации и овуляции, также они снижают либидо женщины. Всё это уменьшает вероятность наступления беременности.

Врожденные хромосомные и генетические аномалии. К первым относят, например, синдром Шерешевского - Тёрнера, трисомию по X-хромосоме, синдром Свайера, синдром Мартина - Белл. У девочек с подобными заболеваниями репродуктивная система не развивается нормально, они не могут забеременеть и выносить ребенка. К генетическим аномалиям относят синдромы Нунан и Каллмана. Из-за молекулярно-генетических нарушений у женщин может повыситься свертываемость крови, что увеличивает риск бесплодия, или нарушиться способность эндометрия к имплантации эмбриона.

Нарушение механизма расхождения хромосом. Яйцеклетки образуются в организме девочки еще до рождения. Они готовятся к делению (то есть хромосомы в них удваиваются), а потом замирают на этой стадии. Дальше яйцеклетки десятилетиями ждут оплодотворения, после которого они смогут продолжить деление. За это время в них накапливаются самопроизвольные «поломки», в результате после 35-40 лет у женщин значительно увеличивается количество яйцеклеток с аномалиями, хромосомы в них не расходятся нормально. Это снижает вероятность зачатия и значительно повышает риск рождения ребенка с хромосомным заболеванием.

Формы бесплодия у женщин

Согласно рекомендациям ВОЗ и Министерства здравоохранения РФ, женское бесплодие по МКБ-10 классифицируется как «N97 Женское бесплодие (неспособность забеременеть, стерильность женская)».

Классифицируют следующие формы женского бесплодия:

● **женское бесплодие, связанное с отсутствием овуляции (N97.0).**



Овуляция - это выход яйцеклетки из яичника в маточную трубу с возможностью последующего оплодотворения сперматозоидами. Без овуляции зачатие естественным путем невозможно. Овуляция *может отсутствовать* из-за нарушения работы органов, выделяющих гормоны (гипоталамуса, гипофиза, яичников, щитовидной железы, надпочечников). Такую форму называют «*эндокринное бесплодие*», оно составляет около 25% в структуре всех причин женского бесплодия. Эндокринное бесплодие возникает на фоне заболеваний, вызванных различными причинами. Например, функциональная гипоталамическая аменорея возникает из-за нервных потрясений, потери массы тела или при тяжелых физических нагрузках;

● **синдром поликистозных яичников**, СПКЯ (E28.2).

Характеризуется избытком мужских половых гормонов (тестостерона, андростендиона, дегидроэпиандростерона и других) *и отсутствием овуляции*. Иногда увеличена масса тела и нарушен менструальный цикл. СПКЯ передается по наследству, его частота в популяции составляет 8-13%;

● **гипергонадотропная гипогонадотропная ановуляция** (E28.3).

Это преждевременное истощение яичников. Основной причиной возникновения заболевания являются *генетические факторы*. Также к истощению яичников могут привести *эндометриоз* и *операции на придатках*. Заболевание *проявляется* скудными менструациями или их отсутствием (аменорея) в течение 4-6 месяцев. При заболевании количество первичных фолликулов снижено или они отсутствуют полностью. Распространенность в популяции достигает 1-2%;

● **гиперпролактинемия** (E22.1).

Это заболевание, при котором *повышен уровень гормона пролактина*. При гиперпролактинемии менструации становятся редкими или отсутствуют, из сосков выделяется молозиво. В 40% случаев *возникает* при росте опухоли в головном мозге (в гипофизе). Также заболевание может возникать при



болезнях почек, щитовидной железы и при приеме некоторых лекарств;

● **женское бесплодие трубного происхождения** (N97.1).

Связано с *врожденной аномалией маточных труб или трубной непроходимостью*. Маточные трубы могут быть непроходимы из-за врожденной аномалии развития или в результате воспаления (сальпингита, сальпингоофорита) и после перенесенной гонорейной, хламидийной и другой инфекции. Заболевания приводят к тому, что в брюшной полости образуются спаечные сращения. В спаечный процесс вовлекаются яичники, маточные трубы и брюшина малого таза. *Причиной воспаления внутренних половых органов* могут быть аборты, выскабливания стенок полости матки, операции на органах малого таза и брюшной полости, эндометриоз, туберкулез половых органов. Трубное бесплодие в России составляет 25-70% от всех случаев бесплодия;

● **женское бесплодие маточного происхождения** (N97.2).

Связано с *врожденной аномалией матки и нарушениями при имплантации яйцеклетки*. К бесплодию маточного происхождения *приводят*:

▶ врожденные аномалии половых органов: удвоение тела матки с удвоением влагалища и шейки матки, изменение формы полости матки (двурогая матка, однорогая матка);

▶ воспалительные болезни матки;

Эндокринное бесплодие возникает на фоне заболеваний, вызванных различными причинами. Например, функциональная гипоталамическая аменорея возникает из-за нервных потрясений, потери массы тела или при тяжелых физических нагрузках.



Не все причины мужского бесплодия могут быть диагностированы и устранены. Чтобы своевременно подобрать методы лечения, обследование следует начинать мужчине и женщине одновременно.

- ▶ полипы тела и шейки матки;
- ▶ лейомиома матки и другие доброкачественные новообразования матки;
- ▶ эндометриоз;
- ▶ внутриматочные синехии.

Внутриматочные сращения (синехии) - патология, при которой в полости матки образуются спайки. Появление внутриматочных синехий может произойти после аборта, неразвивающейся беременности, пузырного заноса, послеродового кровотечения. Формированию внутриматочных синехий также способствует наложение компрессионных швов при послеродовом кровотечении.

Частыми жалобами при бесплодии, обусловленном заболеваниями матки, являются кровяные выделения из половых путей вне менструального цикла и боли в нижних отделах живота. *Причиной бесплодия маточного происхождения* также могут быть перенесенные инфекции половых путей и операции на матке;

● **женское бесплодие цервикального происхождения** (N97.3).

Возникает из-за деформации шейки матки. К цервикальным формам бесплодия приводят травмы и хирургические вмешательства на шейке матки;

● **эндометриоз** (N80).

Это заболевание, при котором в разных органах и тканях *разрастается ткань, подобная эндометрию* из полости матки. На данный момент причины и патогенез эндометриоза до конца не ясны.

Различают следующие виды эндометриоза:

- ▶ эндометриоз яичников (кисты эндометриоидные);
- ▶ поражение мышцы матки (аденомиоз);
- ▶ наружный генитальный эндометриоз (поражение брюшины);
- ▶ ретроцервикальный эндометриоз (разрастание эндометриоидной ткани в шейке матки с возможным поражением прямой кишки);

● **бесплодие неясного генеза** (N97.8).

При обследовании причины бесплодия не выявлены ни у мужчины, ни у женщины, встречается в 10% от всех случаев бесплодия;

● **женское бесплодие, комбинированное с мужскими факторами** (N97.4).

Это состояние, вызванное одновременно и женскими, и мужскими факторами. *Способность к зачатию у мужчин может снижаться по следующим причинам:*

- ◆ пороки развития мочеполовых органов;
- ◆ злокачественные новообразования;
- ◆ инфекции мочеполовой системы;
- ◆ расширение вен семявыносящего протока (варикоцеле);
- ◆ эндокринные нарушения;
- ◆ генетические дефекты.

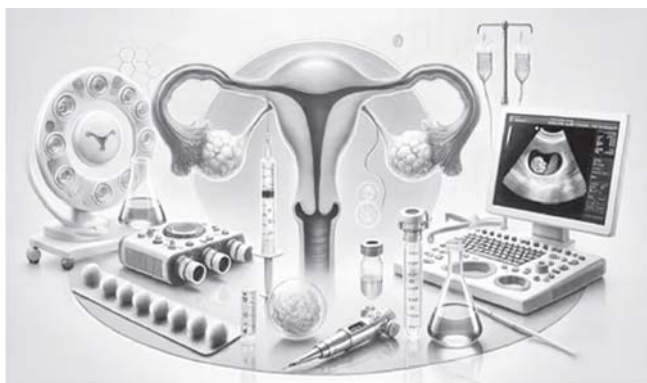
У 30-40% мужчин причину бесплодия выявить не удастся. При этом в анализе спермы мужчины выявляются патологические изменения, причины которых не ясны. К таким изменениям относятся уменьшение количества сперматозоидов, их слабая подвижность и нарушения в строении сперматозоидов, заметные визуально.

Не все причины мужского бесплодия могут быть диагностированы и устранены. Чтобы своевременно подобрать методы лечения, обследование следует начинать мужчине и женщине одновременно.

Наши возможности

Поликлиника КГБУЗ «Краевая клиническая больница» - самое крупное многопрофильное амбулаторно-поликлиническое лечебное учреждение в крае.





В отделении сохранения и восстановления репродуктивной функции на базе поликлиники Краевой клинической больницы проводятся:

- ▶ диагностика и лечение всех видов мужского и женского бесплодия;
- ▶ обследование и лечение пар с привычным невынашиванием беременности, уточнение генеза невынашивания;
- ▶ проведение необходимого дообследования и лечения у узких специалистов;
- ▶ диагностические исследования: УЗИ гениталий с доплерометрией и ЦДК, кольпоскопия, гистероскопия, исследование гормонального статуса, инфекционный скрининг, выявление генетических причин бесплодия и невынашивания беременности;
- ▶ проведение преградиварной подготовки (планирование беременности);
- ▶ проведение контролируемой индукции овуляции (КИО);
- ▶ вспомогательная репродукция - искусственная инсеминация спермой мужа (донора);
- ▶ проведение процедур вспомогательных репродуктивных технологий: ЭКО (экстракорпоральное оплодотворение), ИКСИ (интрацитоплазматическое введение сперматозоида в яйцеклетку);
- ▶ криоконсервация и хранение эмбрионов, ооцитов, спермы;
- ▶ перенос криоконсервированных эмбрионов в естественном цикле и с ЗГТ;
- ▶ ТЕЗА (использование сперматозоидов из ткани яичка для оплодотворения при полном их отсутствии в эякуляте).

Записаться на консультацию к репродуктологу можно по телефону (3852) 689-631 или обратиться в регистратуру Краевой клинической поликлиники (Барнаул, ул.Ляпидевского, 1, корпус 2). Прием и обследования проводятся по полису ОМС.

Медицинская значимость проблемы женского бесплодия определяется необходимостью решения ряда вопросов, связанных со своевременной и правильной диагностикой, повышением эффективности его лечения и профилактики. И вопросы охраны и укрепления репродуктивного здоровья включены в число приоритетов государственной политики. ☺

Вакцину от рака предложили включить в ОМС

Минздрав России предложил включить новую вакцину против онкологических заболеваний в программу обязательного медицинского страхования, чтобы больные с тяжелыми диагнозами могли получить ее бесплатно.

Согласно проекту постановления Правительства, новую вакцину предлагается включить в перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи - под названием «*Лекарственная противоопухолевая терапия с применением персонализированных мРНК-вакцин, разработанных на основе молекулярно-генетических характеристик опухоли пациента*».

Как уточняют авторы инициативы, включение этого нового вида медпомощи допускает его оказание только федеральными клиниками. Сама терапия будет проводиться в три этапа: первый - однократно, второй - однократно или двукратно, третий - пять раз. При этом каждый этап потребует своих финансовых нормативов, что обусловлено длительным и высокозатратным (в том числе по причине высокой стоимости производства персонализированной мРНК-вакцины) сроком лечения (более полугода).

Вакцина - это персонализированный препарат, который создается индивидуально для каждого пациента. У онкологического больного определяется последовательность ДНК и РНК



и сравнивается с последовательностями опухоли. В результате выявляются различия между опухолевой и здоровой тканью. Далее при помощи специального программного обеспечения, которое разработали совместно Московский научно-исследовательский онкологический институт имени Герцена и Центр имени Гамалеи, строится последовательность белков, которые специфичны для данной конкретной опухоли данного конкретного пациента. И в организме эти белки позволяют как бы натравливать его иммунную систему на те клетки, которые являются носителями измененной генетической информации, - то есть клетки опухоли - и уничтожать их. Такой подход позволяет уничтожать не только «тело» опухоли, но и метастазы - вторичные очаги заболевания, которые возникают, когда опухолевые клетки отделяются от нее и «мигрируют» по организму через сосуды или полости органов.

На данный момент вакцина сертифицирована как средство против меланомы. Параллельно в работе находятся версии для борьбы с немелкоклеточным раком лёгких и раком поджелудочной железы. В будущем список патологий будет расширяться. ☺



Новые возможности медицины в Алтайском крае

Инна СВЯТЕНКО, заместитель Председателя Совета Федерации Федерального Собрания РФ, и **Алексей СИНИЦЫН**, Председатель Комитета Совета Федерации посетили Алтайский край с рабочим визитом. Сенаторы, которые курируют вопросы социальной политики и здравоохранения, посетили ключевые медицинские объекты региона, где особое внимание уделено помощи участникам специальной военной операции и их семьям, а также развитию инфраструктуры детства и онкологической помощи.

Визит сенаторов начался с посещения ключевых медицинских учреждений, после чего состоялось расширенное совещание по вопросам поддержки участников СВО и членов их семей.

В Краевом госпитале для ветеранов войн делегация оценила комплексный подход к лечению и восстановлению бойцов. Начальник госпиталя **Ольга ЗУБОВА** отметила, что госпиталь развивается в соответствии с потребностями пациентов, с характером их травм. Например, новое отделение реабилитации полностью оснащено



современным медицинским оборудованием, которое позволяет бойцам восстановиться после тяжелых ранений. Участники СВО в свою очередь отметили, что после курса лечения в госпитале их самочувствие значительно улучшилось. Инна Святенко тепло пообщалась с бойцами, расспросила их, каким они видят свое будущее, и пожелала мужчинам скорейшего восстановления.

Кроме того, в программу первого дня вошло знакомство с работой **реабилитационного центра «Территория здоровья»**, где представители Совета Федерации смогли увидеть, как выстроена система динамического наблюдения и восстановления участников СВО и пациентов с другими заболеваниями.

Инна Святенко оценила увиденное и призвала распространять наработки Алтайского края:

- Мы благодарны руководству края за пристальное внимание к теме. За два года принято 30 федеральных законов в сфере поддержки военнослужащих, 11 из которых подписаны Президентом. Но именно на местах рождаются лучшие практики. Опыт Алтайского края по маршрутизации пациентов и протезированию - передовой, его необходимо тиражировать на соседние регионы. Также важно готовить узких специалистов для медицинской реабилитации.

Также делегация Совета Федерации проинспектировала ход масштабного обновления **Алтайского краевого клинического центра охраны материнства и детства**. Регион представил сенаторам сразу два стратегических объекта, которые





должны изменить качество медицинской помощи для самых маленьких жителей края: новый хирургический корпус и обновленный инфекционный корпус. Оба объекта находятся на контроле Совета Федерации. Вопрос по ремонту инфекционного корпуса был решен сразу после проведения Дней Алтайского края в 2024 году в Совете Федерации.

В структуре Алтайского краевого клинического центра охраны материнства и детства - стационар на 643 койки, перинатальный центр, пять реанимационных отделений, а также консультативно-диагностический и реанимационно-консультативный центры. Ежегодно здесь проводят до 5500 операций и оказывают помощь около 1800 пациентам.

Капитальный ремонт инфекционного корпуса на 108 коек стартовал в 2025 году в рамках федерального проекта «Развитие инфраструктуры здравоохранения». Сегодня строительная готовность объекта составляет 61%: полностью завершены демонтажные работы и устройство инженерных систем, ведется основной этап строительства. Плановое окончание работ - конец 2026 года. После обновления в отделении появятся не только комфортные условия, но и возможность изоляции пациентов с особо опасными инфекциями, а также новые технологические решения для лечения тяжелых септических и токсических состояний.

Главный врач АККЦОМД **Константин Смирнов** во время осмотра инфекционного корпуса отметил, что капитального ремонта жители края и медики ждали давно:

- На базе отделения проводилось консультирование детей Алтайского края, имеющих тяжелое течение инфекционных заболеваний, требующих оказания стационарной медицинской помощи. Кроме того, в отделение эвакуировали детей со всего края для специализированной помощи, включая оказание реанимационной.

Возведение нового хирургического корпуса на 165 коек ведется с 2022 года. Ввод объекта запланирован на конец 2026 года, сейчас готовность составляет 59%. Параллельно идет оснащение: на эти цели в 2026 году предусмотрено 1,58млрд рублей (из них 1,53млрд - федеральные средства). Уже заключены контракты на поставку тяжелого реанимационного и диагностического оборудования на сумму 605млн рублей.

С вводом корпуса в регионе впервые появится направление детской нейрохирургии, которое ранее было доступно только за пределами края. Кроме того, юные жители получат доступ к высокотехнологичной помощи по хирургии, урологии-андрологии, онкологии и гематологии. Работа мультидисциплинарной бригады позволит выстроить единую цепочку - от экстренной операции до реабилитации.

Делегация познакомилась с дизайн-проектом помещений будущего корпуса. Основу концепции оформления подразделений центра, в том числе холла, регистратуры и палат для маленьких пациентов составила многообразная природа и животный мир Алтайского края.

Инна Святенко отметила масштабность и важность данного объекта для системы здравоохранения Алтайского края и обратилась к строителям с пожеланием об увеличении темпов строительства корпуса.

На расширенном совещании, которое объединило сенаторов, членов краевого правительства, представителей АКЗС и общественных организаций, Председатель Комитета Совета Федерации Алексей Синицын отметил стратегическое значение выстроенной в регионе системы:

- Мы видим высокую готовность Алтайского края к решению проблем реабилитации. Те вызовы, которые станут особенно актуальны после окончания боевых действий, здесь встречаются во всеоружии. И рабочие дни программы пройдут максимально плодотворно для обмена опытом между регионами. ☺



Информация министерства здравоохранения Алтайского края

№03 (267) / март 2026

13



Кожная токсичность лекарственного лечения



Анастасия Евгеньевна ЮХТУЕВА,

врач-онколог
дневного стационара №3
лекарственной
противоопухолевой
терапии
КГБУЗ «Алтайский
краевой онкологический
диспансер»

Кожная токсичность - распространенный побочный эффект лекарственной терапии онкопациентов, возникающий у более 80% больных. Это различные реакции быстро делящихся клеток эпидермиса (кожи, волос и ногтей) на токсическое воздействие лекарственных препаратов.

Кожная токсичность может проявляться как:

- ▶ ладонно-подошвенный синдром (ЛПС),
- ▶ акнеподобные высыпания,
- ▶ сухость или шелушение кожи, зуд,
- ▶ выпадение волос (алопеция),
- ▶ изменение ногтей,
- ▶ фотореакции.

На разные типы лекарственных препаратов кожная токсичность проявляется в разной степени: в 70% случаев она возникает на фоне классической химиотерапии цитостатиками, в 35% - иммунотерапии, в 90% случаев - на фоне таргетной терапии.

По времени развития кожные реакции классифицируются на *ранние* (1-2 недели), *отсроченные* (3-5 недель) и *поздние* (от 6 недель).

Кожная токсичность на фоне химиотерапии

Химиопрепараты (цитостатики), которые могут вызывать кожную токсичность (возникает через 2-3 недели от начала приема препаратов):

- ◆ *капецитабин* - ладонно-подошвенный синдром, сухость кожи;
- ◆ *доксорубицин* - ЛПС, сыпь, алопеция;
- ◆ *доцетаксел* - сыпь с шелушением и отслаиванием верхнего слоя кожи, ЛСП, поражение ногтей, в том числе отслаивание ногтевой пластины, алопеция;
- ◆ *паклитаксел* - ЛПС, сыпь;
- ◆ *пеметрексед* - сыпь, шелушение кожи, алопеция.

ЛПС

Ладонно-подошвенный синдром - это покраснение, отек, болезненность, сухость и шелушение верхнего слоя кожи на ладонях и стопах. Чаще возникает у пациентов в возрасте старше 65 лет, страдающих ожирением, часто переохлаждающих конечности.

Выделяют три степени ЛПС:

- *1 степень* - покраснения и небольшие трещины без боли,
- *2 степень* - небольшие волдыри и изъязвления, болезненные, но не ограничивающие жизнедеятельность пациента,
- *3 степень* - достаточно большие волдыри, изъязвления и отеки, мешающие нормальной жизни пациента.



на фоне ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

К профилактическим мерам ЛПС относятся:

- ежедневный **осмотр** кожи ладоней и стоп,

- **использование** увлажняющего крема, крема для рук и ног с мочевиной, пантенола (мази или крем),

- **избежание** веществ и предметов, которые раздражают кожу, в том числе жесткие мочалки и пемзы,

- ежедневное (утром и вечером) **мытьё** ног теплой водой, после процедуры не растирать кожу, а аккуратно промокать ее полотенцем,

- **использование** хлопчатобумажного белья и комфортной обуви, которая не сжимает стопы и не натирает мозоли,

- **отказ** от пластырей,

- **избегать** длительно повторяющихся движений, вызывающих трение кожи,

- **давать** ногам отдых так часто, как это возможно.

Если кожные осложнения все-таки возникли, необходимо рассказать о них своему лечащему врачу. Исходя из степени токсичности, он назначит лечение.



При первой степени ЛПС используются пантенол, обезболивающие, увлажняющие и заживляющие мази, антисептики.

При второй и третьей степени помимо этого могут быть использованы глюкокортикостероиды (ГКС), местные анестетики (лидокаин).

При третьей степени токсичности противоопухолевый препарат отменяется и подбирается иная терапия. При необходимости будет назначена консультация дерматолога.





Акнеподобная сыпь появляется на коже средней трети лица, волосистой части головы и верхней части груди и спины. Ладони и подошвы никогда не вовлекаются в процесс.

Алопеция

Проявляется очень часто. **Выпадение волос** обычно начинается через 1-4 недели после начала лечения. Отрастают они обычно в течение нескольких недель после прекращения противоопухолевой терапии. Отрастающие волосы могут отличаться от первоначальных по цвету (светлее или темнее) и структуре (вьющиеся).

К сожалению, в настоящее время **не существует** эффективных препаратов для лечения и профилактики алопеции, вызванной химиотерапией.

Относительная профилактическая мера - охлаждение кожи головы с помощью холошлемов или шапочек во время инфузии препаратов.

Подготовиться к появлению осложнения можно заранее, обсудив интересующие вас вопросы с лечащим врачом. **Общие рекомендации таковы:** коротко подстричься до начала лечения, использовать мягкие шампуни, избегать химических укладок и покраски волос.

Кожная токсичность на фоне таргетных препаратов

Таргеты (ингибиторы EGFR, ингибиторы протеинкиназ) - самая частая причина кожной токсичности у онкопациентов. Нередко возникают осложнения 2-3 степени.

Чаще всего дерматологическую токсичность вызывают препараты ге-

фитиниб, осимертиниб, цетуксимаб, панитумумаб, алектиниб, пазопаниб.

Акнеподобная сыпь

Может быть в виде **папул** (*плотных бесполостных бугорков красного (воспаленного) или телесного цвета, возвышающихся над поверхностью кожи*) или **пустул** (*кожных образований, возвышающиеся над поверхностью кожи, в полости которых содержится гной*).

Обычно акнеподобная сыпь **появляется** на коже средней трети лица, волосистой части головы и верхней части груди и спины. Ладони и подошвы никогда не вовлекаются в процесс.

Для определения степени тяжести сыпи используют классификацию NCI-CTCAE v.5.0:

▶ **1 степень** - поражение тела менее 10%; сопровождается или не сопровождается кожным зудом или болезненностью;

▶ **2 степень** - поражение тела 10-30%; сопровождается или не сопровождается кожным зудом или болезненностью, негативно влияет на психику, ограничивает активность пациента;

▶ **3 степень** - поражение тела более 30%; сопровождается или не сопровождается кожным зудом или болезненностью, ограничивает самообслуживание, может вызывать локальную суперинфекцию - присоединение новой инфекции к уже существующему поражению тканей;

▶ **4 степень** - площадь поражения тела любая; ассоциируется с распространенной суперинфекцией, требующей антибиотикотерапии. Возможны жизнеугрожающие последствия.

Для оценки площади поражения тела сыпью можно применять **«правило ладони»**: площадь ладони пациента с пальцами равна 1% площади поверхности его тела.

Второй способ - **«правило девяток»**: поверхность головы и шеи составляет 9%, руки - 9%, передней поверхности туловища - 18%, задней поверхности туловища - 18%, ноги - 18%, промежности и наружных половых органов - 1% всей поверхности тела.

Для профилактики акнеподобной сыпи всем пациентам, получающим таргетную терапию ингибиторами



EGFR, ингибиторами протеинкиназ, ингибиторами BRAF/MEK, **рекомендуется** ежедневно использовать увлажняющий крем, носить свободную и удобную одежду и обувь, хлопчатобумажное белье, головные уборы и ограничить пребывание на солнце.

Следует каждое утро наносить на открытые участки кожи солнцезащитные средства с солнцезащитным фильтром (SPF) больше 30 и PPD больше 1/3 SPF.

Во время лечения необходимо **избегать** травм, контакта с агрессивными реагентами (мыло, моющие и чистящие средства и т.п.), уменьшить контакт кожи с водой, использовать бережное очищение кожи (косметическое молочко и тоник).

По возможности **исключить** макияж и обрезной маникюр. Бритье не противопоказано, но электробритвы не рекомендуются.

Что делать, если сыпь возникла?
В первую очередь, обратиться к лечащему врачу, который определит степень распространения, характер сыпи и назначит лечение. Лечение может включать различные средства: от местных глюкокортикостероидов до антибактериальной терапии, в отдельных случаях - противоотечные, противомикробные препараты, антисептики. При некоторых формах сыпи может потребоваться консультация дерматолога, хирурга.

Сухость, трещины кожи, зуд

Кожа при данных осложнениях выглядит шершавой, сухой на ощупь, пациенты отмечают чувство стягивания и дискомфорта. Трещины кожи часто возникают на кистях, иногда они кровоточат и болят.

С первого дня таргетной терапии нужно уменьшить контакт с водой, избегать контакта с агрессивными реагентами (мыло, моющие и чистящие средства и т.п.). Регулярно применять увлажняющие гели, крема для тела.

При зуде рекомендована противовоспалительная терапия, консультация дерматолога.

При развитии трещин кожи рекомендованы репаранты (декспантенол), для лечения инфицированных трещин применяют топические средства с антибиотиком, антисептиком.



Изменение ногтей

Онихолизис, или отделение ногтя от ногтевого ложа, сопровождающееся болезненностью, обычно развивается после двух и более месяцев терапии.

Помимо этого на ногтях могут появляться **борозды или волны**, изменяться форма, текстура или цвет пластины (темнеть или светлеть), они становятся повышено ломкими.

Паронихия, или воспаление околоногтевого валика, развивается после 4-5 недель приема препарата по краю ногтя на боковых и (или) верхних ногтевых валиках. Сопровождается болью, локальным повышением температуры, покраснением и отеком в месте воспаления.

Лечение паронихии зависит от степени развития воспаления:

◆ **при первой степени** (покраснение, отек и умеренная боль) - обработать антисептиком, затем нанести мазь с антибиотиком +/- глюкокортикостероиды. В качестве симптоматической терапии могут быть использованы нестероидные противовоспалительные препараты,

◆ **при второй степени** (абсцесс с острой болью, пульсацией и выделением гноя) - следует прервать таргетную терапию, пациенту необходимо хирургическое вмешательство (дренирование абсцесса) и системная антибиотикотерапия.

Что делать с пораженным ногтем?
Единственная рекомендация - аккуратно его обработать. Дальше ноготь постепенно отрастет сам.

**Для профилактики
акнеподобной сыпи
всем пациентам,
получающим таргетную
терапию, рекомендуется
ежедневно использовать
увлажняющий крем,
носить свободную и
удобную одежду и
обувь, хлопчатобумажное
белье,
головные уборы и
ограничить пребывание
на солнце.**



Победим свой страх!

К профилактике паронихии относятся следующие рекомендации: шадящий маникюр и педикюр, своевременная антисептическая обработка микротравм, трещин в области ногтевого валика.

Фотоиндуцированные кожные реакции

На фоне таргетной терапии у пациентов бывает **повышенная чувствительность кожи к солнечному свету**, когда даже короткое пребывание на солнце может вызвать фотоиндуцированную реакцию, напоминающую солнечный ожог (отек, покраснение, кожный зуд).

При выходе на улицу необходимо использовать солнцезащитные средства с SPF больше 30, фильтрами от UVA излучения (ультрафиолетовые лучи типа А), голубого спектра и инфракрасного излучения.

Лечение фотоиндуцированных реакций включает консультацию дерматолога, применение системных и топических глюкокортикостероидов.

Кожная токсичность на фоне приема иммуноонкологических препаратов

Чаще всего вызывают кожную токсичность препараты пембролизумаб, ипилимумаб, ниволумаб, атезолизумаб, пролголимаб.

Токсичность **проявляется** высыпаниями, кожным зудом и более опасными состояниями. К ним относятся:

- ◆ синдром Лайела - острый некроз (отмирание) и отслоение поверхностного слоя кожи;

- ◆ синдром Стивенса-Джонсона - на коже и слизистых оболочках образуются пузыри, а после их вскрытия появляются эрозии.

Сыпь чаще всего развивается на коже туловища и конечностей. Ладони, стопы и голова, как правило, не поражаются.

Кожные реакции развиваются спустя короткое время после начала терапии ингибиторами иммунных контрольных точек. Степень тяжести кожной токсичности определяют с помощью шкалы NCI-CTCAE v.5.0, преимущественно она имеет легкую или умеренную степень тяжести.



Профилактика включает бережный уход за кожей, чтобы минимизировать раздражение и поддерживать барьерную функцию. Необходимо ежедневно очищать кожу мягкими синдетами (синтетическое моющее средство с мягкими ПАВ и физиологическим уровнем pH) без спирта. Свести к минимуму водные процедуры, вместо ванны использовать быстрый душ. Обязательно ежедневно наносить увлажняющий крем, использовать перед выходом на улицу солнцезащитный крем с SPF с уровнем более 30.

Профилактика включает бережный уход за кожей, чтобы минимизировать раздражение и поддерживать барьерную функцию. Необходимо ежедневно очищать кожу мягкими синдетами (синтетическое моющее средство с мягкими ПАВ и физиологическим уровнем pH) без спирта. Свести к минимуму водные процедуры, вместо ванны использовать быстрый душ. Обязательно ежедневно наносить увлажняющий крем, использовать перед выходом на улицу солнцезащитный крем с SPF с уровнем более 30.

При возникновении кожной реакции необходимо обратиться к лечащему врачу. В качестве лечения обычно назначают мази с глюкокортикостероидами (например, гидрокортизоновая мазь). При зуде дополнительно рекомендуются использовать антигистаминные препараты в максимальных суточных дозах. Как дополнительная мера могут быть использованы топические глюкокортикостероиды III и IV класса в максимальных суточных дозах.

Кожная токсичность, возникающая на фоне противоопухолевого лечения, требует комплексного подхода. Это - регулярный уход за кожей, информирование и обучение пациентов, ранняя диагностика и взаимодействие с врачом. Такой подход позволяет снизить выраженность побочного эффекта и сохранить качество жизни пациента во время лечения на более высоком уровне. ☺

Лечение фотоиндуцированных реакций включает консультацию дерматолога, применение системных и топических глюкокортикостероидов.



Подведены результаты работы системы здравоохранения региона

20 марта прошла итоговая коллегия министерства здравоохранения Алтайского края по итогам работы системы здравоохранения за 2025 год, а также наметили планы на 2026 год в рамках национального проекта «Продолжительная и активная жизнь».

С приветственным словом выступил губернатор Алтайского края **Виктор ТОМЕНКО**:

- Благодаря слаженной работе всех уровней власти и самоотверженному труду медиков нам удалось добиться значимых результатов в развитии здравоохранения края. Впереди - новые задачи по повышению доступности и качества медицинской помощи для каждого жителя региона.

Министр здравоохранения Алтайского края **Дмитрий ПОПОВ** напомнил, что в начале 2025 года перед отраслью стояли четыре блока задач: демографический (сохранение жизней и достижение индикаторов нацпроектов), медицинский (охват диспансерным наблюдением и профилактическими осмотрами), кадровый (укомплектованность медработниками) и финансово-экономический (баланс доходов и расходов медорганизаций). Особое внимание в Год защитника Отечества уделялось помощи участникам СВО.

По итогам года отмечено **снижение общей смертности на 2,1%** (до 14,0 на 1000 населения), в том числе в трудоспособном возрасте - на 8,3%, от болезней органов дыхания (на 26,0%), системы кровообращения (на 0,4%).

Укомплектованность врачами достигла 83,8%, средними медработниками - 90,7%. Трудоустроено 1274 молодых специалиста, привлечено 1362 студента, 1107 наставников получили выплаты за работу с молодыми кадрами. **Удовлетворенность жителей медицинской помощью** по итогам года превысила целевой показатель на 20%.



Показатель на 20%.

Построено 28 ФАПов, три сельские амбулатории и две поликлиники, переоборудовано 18 помещений под высокотехнологичное оборудова-

ние, приобретено 453 единицы техники. В 63 объектах обеспечена антитеррористическая защищенность. Финансирование отрасли выросло на 17,5% и достигло 75,5млрд рублей (+22% краевой бюджет, +16% ОМС), расходы на льготное лекарственное обеспечение составили 2,8млрд рублей (рост за 5 лет - в 2,6 раза).

Значимый прогресс достигнут в **цифровизации**: 98,8% рецептов выписано электронно (2,5млн), запущена система отслеживания обеспечения пациентов



медикаментами и организована обратная связь через службу 122.

Цифровизация дополняет традиционные способы записи к врачу - через службу 122

или регистратуру. В 2025 году началась разработка **Центра управления здравоохранением** для перехода к рискоориентированной модели помощи.

На 2026 год поставлены задачи: сократить сроки ожидания консультаций и исследований; повысить доступность и качество первичной помощи; масштабировать единый контакт-центр с ИИ через линию 122; развивать телемедицинские консультации и внедрить дистанционный мониторинг для более 80 тысяч пациентов с хроническими заболеваниями. В 2026 году работа продолжится с фокусом на сохранение жизней, улучшение здоровья населения и достижение целей национального проекта, чтобы каждый житель края получил своевременную и качественную помощь рядом с домом.

Также Дмитрий Попов рассказал о планах на 2026-2030 годы. Стартовал новый этап региональной программы «Модернизация первичного звена здравоохранения Алтайского края (2026-2030гг.)». В рамках программы запланированы: ремонт 21 поликлиники (в 2026 году работы начнутся в Тальменском, Троицком и Залесовском районах); строительство 52 ФАПов и 4 врачебных амбулаторий; приобретение более 100 единиц медицинского оборудования; закупка шести передвижных комплексов (трех маммографов и трех флюорографов).

В завершении коллегии состоялось вручение правительственных и ведомственных наград отличившимся работникам здравоохранения. 📷

Фото Антона Червякова

Информация министерства здравоохранения Алтайского края



Белая ромашка - СИМВОЛ ЗДОРОВОГО ДЫХАНИЯ



**Оксана Игоревна
ХРАМЕНКОВА,**
рентгенолаборант
КГБУЗ «Консультативно-
диагностическая
поликлиника №14,
г.Барнаул»,
член АРОО ПАСМР
с 2022 года

Доктор Роберт Кох 24 марта 1882 года объявил о том, что ему удалось открыть бактерию, вызывающую туберкулез, благодаря чему стала возможна разработка методов диагностики и лечения этого заболевания. Ежегодно с 1982 года проводится Всемирный день борьбы с туберкулезом, призванный привлечь внимание общества к этому опасному заболеванию.

Чохотка не щадит никого

Символом Дня борьбы с туберкулезом является белая ромашка, как символ здорового дыхания. В знак солидарности с туберкулезными больными люди вдевали в петлицы, прикалывали к шляпам, платью целлулоидный цветок белой ромашки - символ «природного антибиотика», который входил в состав использовавшихся для лечения туберкулеза средств народной медицины. При этом белая ромашка - символ любви и одновременно уязвимости и ранимости.

Туберкулез (чахотка) до XX века был практически неизлечим. **Симптомы заболевания:** длительный кашель с мокротой и кровохарканьем, повышение температуры, слабость - изматывали больного и часто вели к преждевременной смерти. Жертвами чахотки стали многие знаменитости: писатель Антон Чехов (страдал болезнью с 20 лет, умер в 44 года), художники Василий Перов, Борис Кустодиев и Мария Башкирцева (умерли соответственно в 48, 49 и 26 лет), поэт Семен Надсон (умер в 24 года), поэтесса Леся Украинка (настоящее имя Лариса Косач-Квитка, умерла в 42 года), композитор Фредерик Шопен (умер в 39 лет).

В 1902 году в Берлине состоялась первая Международная конференция по туберкулезу.

В 1910 году основана Всероссийская лига для борьбы с туберкулезом. Ее деятели: врачи, родные больных и умерших, журналисты - стремились «заставить каждого вспомнить о существовании постоянного страшного, хотя и невидимого врага всего человечества - туберкулеза, и призвать каждого вносить свою лепту на общее дело борьбы с ним».

С 1910 года по всей России ежегодно проводил-



24 марта - Всемирный день борьбы с туберкулезом

ся **День белой ромашки**. Это был день сбора средств, предназначенных больницам и приютам для больных туберкулезом. Уже в первый год в акции приняли участие 104 города, было собрано около полумиллиона рублей. В этот день врачи читали лекции по гигиене и борьбе с туберкулезом, активисты на улицах собирали взносы в обмен на белые искусственные цветы, проходили медицинские выставки. В ряде городов для акции бесплатно предоставлялись здания коммерческих собраний и городских театров.

Прорывной XX век

Поиски методов борьбы с болезнью шли во всем мире. Важным достижением в диагностике стали опубликованные в **1904 году** работы русского врача Алексея Абрикосова, применившего **метод рентгенограммы** и описавшего очаговые изменения в лёгких при заболевании туберкулезом.

Противодействие туберкулезу стало возможным после создания в **1919 году вакцины БЦЖ**. Ее широкое применение началось с 1930-х годов, а обязательная прививка младенцев - с 1950-х годов.

В 1943 году был открыт **стрептомицин** - эффективный антибиотик для лечения туберкулеза. За это открытие американский микробиолог Зельман Ваксман был удостоен Нобелевской премии.

Ежедневно в мире от туберкулеза умирает восемь тысяч человек - это страшная цифра, которая вызывает беспокойство и озабоченность не только медиков всей планеты, но и правительств, и международных организаций.

Благодаря проводимой в нашей стране противотуберкулезной работе в последние годы удалось снизить рост заболеваемости и смертности населения от туберкулеза. В России заболеваемость туберкулезом за 10 лет снизилась на 30%, а смертность - более чем в два раза.

Выявление больных туберкулезом - основная часть борьбы с заболеванием, направленная на идентификацию случаев этой болезни в обществе. Выявляют больных меди-



цинский персонал лечебных учреждений общей медицинской сети при обследовании пациентов, обратившихся за медпомощью, а также на плановых профилактических обследованиях определенных групп населения.

Выявление пациентов с запущенными формами туберкулезного процесса создает большие трудности в лечении. Длительное течение туберкулеза у больных, не учтенных противотуберкулезным диспансером, - большая эпидемиологическая опасность для окружающего населения.

Активное выявление туберкулеза проводят при массовых профилактических проверочных обследованиях.

Диагностика туберкулеза

Для активного выявления больных туберкулезом используют **следующие методы исследования**: лабораторные, туберкулинодиагностика, лучевой, ультразвуковой.

В течение многих лет основу активного выявления туберкулеза органов дыхания у взрослых в России составлял флюорографический метод исследования, проводимый у всего населения каждые 1-2 года.

В настоящее время для лабораторной диагностики туберкулеза применяется целый ряд информативных методов. **Бактериологические и молекулярногенетические методы** являются основным инструментом в лабораторной диагности-

Противодействие туберкулезу стало возможным после создания в 1919 году вакцины БЦЖ. Ее широкое применение началось с 1930-х годов, а обязательная прививка младенцев - с 1950-х годов.



Туберкулинодиагностика была основой для выявления инфицированных и больных людей, что позволило снизить статистику заболеваемости и смертности.

ки туберкулеза. Они позволяют определить в организме больного присутствие возбудителя туберкулеза. Если бактериовыделение не удается выявить, а клинически исключить туберкулез не представляется возможным, могут быть использованы **цитогистологические методы**, с помощью которых можно обнаружить специфические туберкулезные изменения. С помощью **иммунологических методов** можно оценить реакцию иммунной системы и определить уровень специфических антител, что в комплексе с результатами других исследований являются важной диагностической информацией.

К методам лабораторной диагностики туберкулеза также можно отнести и **ОАК, АМ, ОАМ, биохимические исследования крови**, но показатели в данных анализах дают неполную картину, так как многие показатели могут повышаться и связи с другими диагнозами.

Посев на микобактерии и микроскопия мокроты по Цилю-Нильсону позволяет достоверно диагностировать инфекцию.

Заменой классической туберкулинодиагностике является **диаскинтест**. Согласно последним постановлениям исследованиям, диаскинтест должен заменить стандартную **пробу Манту**, которая позволила выявить много случаев заболеваемости, инфицированности среди населения. При сравнении с Манту диаскинтест является более универсальным

и чувствительным способом диагностики туберкулеза.

Рентгенологическое исследование занимает ведущее место в выявлении и диагностике туберкулеза. С помощью этого метода устанавливают форму и локализацию заболевания, проводят дифференциальную диагностику с другими заболеваниями лёгких, наблюдают за ходом болезни, что позволяет оценить эффективность лечения. С помощью рентгенографического, рентгеноскопического методов обследования определяют форму грудной клетки, прозрачность и ширину лёгочных полей, локализацию и размер теней органов средостения и сердца.

В норме при рентгенологическом исследовании определяется характерный лёгочный рисунок, обусловленный разветвлением сосудов. При различных формах туберкулеза он может быть усиленным или обедненным или размытым. Для уточнения характера данной патологии следует провести обследование больного в различных проекциях.

Основными рентгенологическими признаками туберкулеза лёгких очаг, инфильтрат, полость распада, фиброз, цирроз и жидкость в плевральной полости изменяют легочный рисунок, воздушность лёгких и более интенсивно задерживают рентгеновские лучи. Поэтому эти тени выделяются на фоне лёгкого. По размерам отличают мелкие, средние и крупные очаги, по плотности - слабой и средней интенсивности и плотные.

Патологические изменения в лёгких могут быть скрыты за тенью ключицы, за тенью сердца, а также за большими лёгочными сосудами. Поэтому рентгенологическое исследование следует проводить в различных проекциях и положениях больного.

Ранее флюорографическое обследование рассматривалось только как метод выявления туберкулеза, но внедрение крупнокадровой флюорографии позволило использовать ее как метод диагностики.

Рентгеноскопия лёгких проводится редко. Этот метод применяют по определенным показаниям: контроль при проведении прицель-



ных снимков, бронхографическое, ангиографическое исследование, фистуло- и плеврографии. Также этот метод позволяет обследовать пациента в различных положениях, чтобы выявить изменения на верхушках легких, за тенью сердца и диафрагмы, в области плевральных синусов.

При исследовании органов грудной полости **компьютерная томография** позволяет уточнить локализацию и распространенность всех патологических образований, точно оценить их размеры и наблюдать за изменениями размеров и плотности. Компьютерная томография информирует о состоянии плевральной полости, которая остается после резекции части лёгкого и позволяет обеспечить высокую точность трансторакальной биопсии и сложных плевральных пункций.

Также в диагностике заболевания используется **магнитный резонанс**. Этот метод всё чаще используется для обследования пациентов, он обеспечивает достаточный контраст между жировой тканью средостения, плотными образованиями и сосудистыми структурами, позволяет идентифицировать поражения без введения контрастного вещества.

Ультразвуковое исследование относится к сравнительно новым информативным методам диагностики различных заболеваний. Возможность получения ценной информации бескровным путем, безопасность, возможность многократно обследовать пациента, высокая способность ультразвуковой аппаратуры, необременительность исследования для пациента, скорость исследования - всё это способствовало быстрому внедрению метода в различных областях медицины, в том числе и во фтизиатрию. В настоящее время интенсивно разрабатываются методические аспекты эхографии при различных поражениях органов у больного туберкулезом.

Среди наиболее доступных являются лучевые методы исследования грудной клетки и туберкулинодиагностика у детей и подростков.



Профилактика

При обращении за медицинской помощью пациентов с симптомами, подозрительными на возможное заболевание туберкулезом, проводят полное клиническое обследование.

При обнаружении во время обследования у пациента признаков, указывающих на возможное заболевание туберкулезом, в течение трех дней направляют в противотуберкулезный диспансер по месту жительства на углубленную диагностику. Контроль проведения своевременного и полного обследования осуществляют направивший специалист и специалист противотуберкулезной службы.

Население проходит плановые профилактические медицинские осмотры не реже одного раза в два года.

Есть категория граждан, которые по эпидемическим показаниям проходят профилактические медицинские осмотры два раза в год. К ним относятся: военнослужащие, работники родильных домов, лица, находящиеся в тесном бытовом или профессиональном контакте с источниками туберкулезной инфекции, лица, перенесшие туберкулез, в течение первых трех лет, ВИЧ-инфицированные, лица, состоящие на учете в наркологических и психиатрических учреждениях, а также освобожденные из исправительных учреждений.

Планирование, организацию и учет профилактических медицин-

При заболеваниях органов дыхания ультразвук используется для исследования плевры, оценки функции правого желудочка сердца и давления в лёгочной артерии. Для исследования собственно лёгких ультразвук не применяется, так как их наполнение воздухом искажает контуры поражений.



ских по данным индивидуального учета населения обеспечивают руководители медицинских организаций. Диагноз «туберкулез» подтверждает комиссия врачей противотуберкулезного учреждения и принимает решение о необходимости диспансерного наблюдения за больным. О принятом решении пациента информируют письменно в трехдневный срок со дня постановления на диспансерный учет.

Наша консультативно-диагностическая поликлиника № 14 города Барнаула активно участвует в выявлении туберкулеза у прикрепленного населения, специалисты применяют профилактические меры: совершают массовый обзвон участковой службой, ведут учет и ежедневный мониторинг пациентов, не проходивших более двух лет флюорографию. Также медработники поликлиника ведут пристальное наблюдение за пациентами, которые состоят на учете в противотуберкулезном диспансере.

В поликлинике имеется оснащенная лаборатория, отделение ультразвуковой диагностики, взрослое и детское отделение лучевой диагностики, которое оснащено двумя флюорографическими установками, рентгеновскими аппаратами и 64-срезовый аппарат МСКТ, что помогает провести обследование пациентов, как в профилактических целях, так и в диагностических. В отделениях трудятся высококвалифицированные врачи, медсестры, лаборанты и рентгенолаборанты, которые каждый день участвуют в диагностике туберкулеза.

Бороться с проблемой заболеваемости туберкулезом сложно. Но при грамотном подходе эффективное лечение вполне возможно! ☺



Пролетая гнездом

Екатерина Владимировна БОЯРСКАЯ,
медицинская сестра
КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница имени Эрдмана Ю.К.»,
член АРОО ПАСМР
с 2023 года



Образ больного, содрогавшегося в судорогах под действием электрического тока, прочно укрепился в массовой культуре благодаря таким произведениям, как «Пролетая над гнездом кукушки» американского писателя Кена Кизи. Этот образ породил множество мифов и страхов, которые до сих пор окружают электросудорожную терапию.

Однако современная электросудорожная терапия (ЭСТ) - это высокотехнологичная, контролируемая и безопасная процедура, которая спасает жизни там, где бессильны другие методы.

Так что же такое ЭСТ на самом деле?

История метода

Электросудорожная терапия возникла в конце 1930-х годов: впервые ее применили итальянские психиатры Уго Черлетти и Лучио Бини (1938 год) как более управляемый аналог судорожной терапии, предложенной Ласло Медунгой.

Метод быстро получил распространение в 1940-1950-х годах в Европе и Северной Америке, а вскоре и в СССР.

Первые аппараты генерировали синусоидальный ток большой мощности, и сеансы действительно были тяжелыми. **Со временем метод значительно эволюционировал:** появилась модифицированная ЭСТ с анестезией и миорелаксантами, а также переход на короткоимпульсные токи.



НАД КУКУШКИ

В современной практике применяются аппараты российского производства («Эстер»), а также зарубежные модели, соответствующие международным стандартам.

Современная процедура

Процедура ЭСТ сопровождается применением миорелаксантов короткого периода действия под общим наркозом, что делает процедуру комфортной для пациента.

Чтобы проконтролировать эффективность, на нижнюю часть одной голени до введения миорелаксанта накладывается манжета. Это позволяет изолировать ее от действия препарата и наблюдать моторный компонент припадка, который является ключевым индикатором.

Этапы проведения процедуры включают:

- *подготовку:* обследование, консультация узких специалистов, проведение врачебной комиссии;
- *обеспечение венозного доступа:* постановка внутривенного катетера;
- *премедикация атропином* применяется для снижения секреции слюнных и бронхиальных желез;
- *введение в наркоз:* препарат для неингаляционного наркоза короткого действия;
- *манжеточная методика:* контроль за припадком по изолированной конечности;
- *введение миорелаксанта:* препарат блокирует мышечные сокращения;
- *наложение электродов:* фиксация в соответствии с протоколом;
- *проведение стимуляции:* подача дозы тока, вызывающей эпилептиформный припадок.

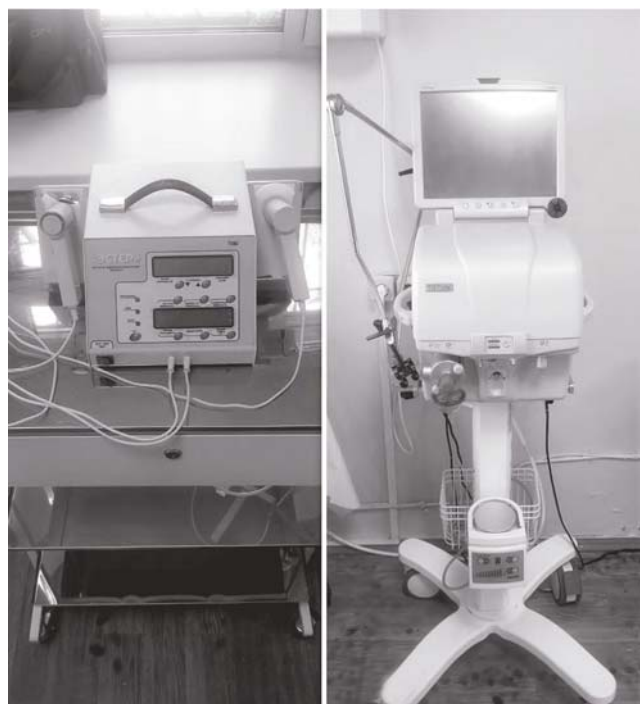
Эффективность и безопасность

ЭСТ доказала высокую эффективность при лечении тяжелых депрессий, кататонии, маниакальных состояний и риска суицида.

К основным преимуществам метода относят:

- ▶ быстрое наступление эффекта;
- ▶ высокий процент ремиссии при резистентных формах депрессии;
- ▶ возможность индивидуальной настройки дозы.

Побочные эффекты чаще всего ограничиваются кратковременными нарушениями памяти и ори-



ентации, которые проходят в течение нескольких часов или дней.

Серьезные осложнения минимизированы благодаря тщательному обследованию и контролю со стороны анестезиолога и психиатра.

Этические нормы

Главным условием применения ЭСТ является информированное согласие пациента. В случаях, когда пациент не может принять решение самостоятельно, решение принимают законные представители.

Процедура проводится только при наличии медицинских показаний и под постоянным контролем команды специалистов.

Электросудорожная терапия - это не пережиток прошлого, а современный метод лечения, доказавший свою эффективность. Современные технологии сделали процедуру безопасной, точной и этически выверенной. ЭСТ возвращает пациентов к полноценной жизни и является надеждой там, где медикаментозное лечение оказывается бес-
сильным. ☺

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



Чем опасны весенние клещи

Ранняя и теплая весна может спровоцировать иксодовых клещей преждевременно прервать зимовку. Хотя в норме эти насекомые неактивны до начала апреля. Чем они опасны и как можно защититься от их укусов?

Чем опасны клещи весной?

Обычно период активности иксодовых клещей длится с начала апреля по середину октября. При этом наблюдается два пика активности, приходящиеся в норме на середину апреля - конец мая и август-сентябрь. Однако при ранней и теплой весне выход клещей с зимовки может наблюдаться уже с середины марта.

Опасность иксодовых клещей как в весенне-летний, так и в летне-осенний периоды абсолютно одинакова. **Они являются переносчиками возбудителей опасных заболеваний:** клещевого энцефалита, клещевого боррелиоза (болезни Лайма), туляремии, конго-крымской геморрагической лихорадки и лихорадки Q.

Эти болезни тяжело переносятся и поэтому крайне опасны. Так, при *энцефалите* температура повышается до 38-39 градусов, наблюдаются приступы сильной головной боли, тошноты и рвоты, спутанность сознания, эпилептиформные припадки и судороги. В качестве осложнений могут развиваться частичный или полный паралич.

Не менее опасна и *болезнь Лайма*. На ранней стадии боррелиоза примерно в половине случаев на месте укуса клеща - чаще всего на ногах, реже на животе и пояснице, в подмышках и паху - развивается кольцевая мигрирующая эритема. Это такое специфическое покраснение кожи или слизистой оболочки либо сыпь на определенном участке тела. Нередко в этот период заболевание клинически никак не проявляется. Однако в дальнейшем могут развиваться менингит или менингоэнцефалит, а в запущенных случаях наблюдаются характерное для артрита поражение сердечной мышцы и суставов.

Также укус клеща может вызвать *конго-крымскую геморрагическую лихорадку* и *лихорадку Q*. Их основные симптомы: повышение температуры до 39-40 градусов, сильные головные боли, озноб, покраснение кожных покровов, а через 2-4 дня - кровоизлияния на коже и слизистых оболочках (сыпь и гематомы), возможны носовые и маточные кровотечения.

Способы защиты от укуса клеща

Вероятность встречи с клещом возрастает, если выйти на природу. И поэтому **основные меры защиты** заключаются в том, чтобы избежать встречи с



клещом. Так, необходимо *правильно подобрать одежду*. Это может быть рубашка с длинными рукавами, которые плотно охватывают запястья, ее необходимо заправить в брюки.

Также следует *ограничить доступ к нижней половине тела*. Если выбор сделан в пользу кроссовок или другой обуви с низким голенищем, штанины брюк необходимо заправить в носки.

Дополнительно перед выходом следует *обработать одежду репеллентом от клещей*. При сухой погоде отпугивающий эффект препарата сохраняется в течение 10-12 дней. Различные эфирные масла (чайного дерева, апельсина, эвкалипта), ваниль, деготь менее эффективны. К тому же, попадая на одежду, они оставляют на ней пятна. Но если под рукой нет репеллента, можно воспользоваться и ими.

Также нужно **заранее вакцинироваться** тем, кто проживает или только планирует посетить районы, где водятся опасные клещи. Это гарантированно исключит риск развития тяжелой формы заболевания и предотвратит появление возможных осложнений.

Если укусил клещ

Даже если избежать укуса клеща не удалось, не стоит паниковать. Надо **срочно обратиться к врачу** или попытаться извлечь клеща самостоятельно.

Необходимо постараться извлечь клеща вместе с головкой. Ни в коем случае не следует раздавливать клеща пальцами, поскольку из его гемолимфы возбудитель (вирусы или бактерии) через микротрещины в коже может попасть в кровоток.

Извлеченного клеща следует сохранить и при первой возможности доставить в лабораторию для анализа. Там специалисты проверят, есть ли в нем возбудители клещевого энцефалита и боррелиоза.

Если укус клеща произошел в очаге энцефалита, в качестве экстренной профилактики в течение 72 часов пострадавшему в соответствии с его весом, **необходимо ввести дозу иммуноглобулина.** ☺



Законы, которые вступили в силу в марте

Реклама энергетиков не должна содержать призывов к несовершеннолетним, также в ней не должно быть сведений о наличии в составе энергетиков витаминов или биологически активных добавок. Причем, запрет на



продажу тонизирующих напитков для детей вступил в силу год назад - 1 марта 2025 года. По инициативе Госдумы было ужесточено и наказание за продажу таких напитков детям - штрафы увеличены до полумиллиона рублей.

Вывески, указатели и информационные таблички в магазинах и общественных местах нужно будет размещать на русском языке. Также разрешено дублирование надписей на языки народов России. Допускается сообщение информации на иностранном языке, однако она обязательно должна быть продублирована на русском. Такие сообщения должны быть идентичными по содержанию, равнозначными по размещению, а также иметь одинаковые цвета, типы и размеры шрифта. На фир-



менные названия и товарные знаки данные положения не распространяются. Надписи «открыто», «закрывается», «распродажа», информационные таблички должны быть в первую очередь на русском языке как государственном.

Регионы России получают право устанавливать квоты для трудоустройства людей с инвалидностью в различные структурные подразделения компаний, которые расположены на их территории. Прежде устанавливать квоту субъекты РФ могли лишь для представительств и филиалов. В результате крупные компании, имеющие головной офис в одном регионе, часто не обеспечивали трудоустройство инвалидов в своих



обособленных подразделениях, расположенных в других регионах.

Интернет-ресурсы с предложениями о дистанционной продаже табачной и никотиносодержащей продукции предлагают блокировать во внесудебном порядке. Владельцы социальных сетей обязаны вести мониторинг ресурсов для выявления информации с предложениями о розничной продаже табачной и никотиносодержащей продукции и пресекать ее распространение. Соцсети, на которых такая информация все же останется, станут включать в Единый реестр доменных имен, указателей страниц сайтов и сетевых

адресов, распространяющих запрещенную в РФ информацию.

В России будет предусмотрено обязательное наставничество для специалистов, освоивших основные профессиональные медицинские и фармацевтические программы и впервые прошедших аккредитацию. В течение этого срока они будут работать в рамках целевого договора либо в организациях, которые участвуют в реализации программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медпомощи.

С 3 марта 2026 года контроль за детским отдыхом станет строже. По новым правилам координационный орган - межведомственную комиссию по вопросам организации отдыха и оздоровления детей - будет возглавлять высшее должностное лицо субъекта РФ, в ее состав войдут и представители региональных органов здравоохранения. Прежде в эту комиссию в обязательном порядке входили чиновники из Санэпиднадзора, пожарные, представители сфер культуры и физкультуры, специалисты по трудовым вопросам, уполномоченные по правам ребенка,



представители от органов местного самоуправления. А вот представители от медицины и охраны здоровья могли участвовать в мероприятии по желанию. ☺



Баннерная выставка

300-летие горного дела на Алтае - одна из наиболее значимых дат в истории Алтайского края.

В рамках реализации распоряжения губернатора края предусмотрен ряд мероприятий, посвященных этому знаковому событию. Алтайский государственный краеведческий музей стал одной из основных площадок празднования 300-летнего юбилея.

В сотрудничестве с Государственным архивом Алтайского края краеведческий музей подготовил передвижную баннерную выставку «Рудники и заводы Алтая», которая помимо Алтайского краеведческого музея будет представлена еще на целом ряде площадок.

Так, 28 января т.г. в Алтайском краевом Законодательном Собрании экскурсию по баннерной выставке для депутатов провел ученый секретарь музея, доктор исторических наук **Виталий Валерьевич ВЕДЕРНИКОВ**. Председатель АКЗС **Александр РОМАНЕНКО** подчеркнул значимость выставки, отметив связь прошлого с будущим, вклад горнорудной промышленности в формирование культурного облика края.

На восьми баннерах представлена 300-летняя история горного дела на Алтае: от Демидовской эпохи до наших дней.

Богатство недр Алтая определило его историю в XVIII столетии. **Первый баннер посвящен** основателю горного дела, чье имя навсегда вписано в летопись нашего края - **Акинфию Никитичу Демидову**. Документ, размещенный на баннере «Разреше-



Акинфий Никитич Демидов (1708-1742) предприниматель, добывательский старший советник, начальник горнозаводского округа Алтая. Фонд ИЭИМ



Разрешение, данное Берг-коллегией А.Н. Демидову на разработку месторождений и строительство заводского здания на Алтае, 28 февраля 1726 г. РГАДА. Ф. 1267. Оп. 1. Д. 111. Л. 4.

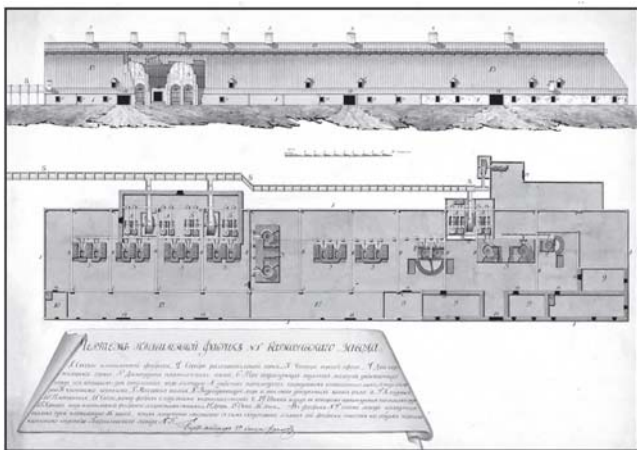
ние, данное Берг-коллегией А.Н. Демидову... от 16 февраля 1726г.», свидетельствует о большом содержании меди - от 21 до 53 фунтов в 100 фунтах руды, то есть до 53%, что свидетельствует о большом содержании меди в алтайских рудах...

После внезапной смерти Акинфия Демидова в августе 1745 года судьба алтайских заводов была предрешена. Первого мая 1747 года выходит высочайший указ: все алтайские предприятия Демидовых - Кольвано-Воскресенский, Барнаульский и другие - «взять на Нас», то есть в государственную, казенную собственность. Дело Демидова перешло в руки государства, и впереди Алтай ждала новая, **150-летняя «кабинетская» эпоха, которая представлена на следующих пяти баннерах.**

Барнаульский сереброплавильный завод был основан Акинфием Демидовым в 1739 году как медеплавильное предприятие и пущен в 1744 году. После обнаружения серебра в алтайских рудах, в 1746-1747 годах, завод был переоборудован для выплавки серебра и в дальнейшем стал самым крупным предприятием этого профиля в Российской Империи.

Разработка месторождения у горы Змеиной началась в 1745 году. Это было не просто месторождение, а целый подземный город. За первые десятилетия здесь пробили ряд шахт: Комисскую, Екатерининскую, Преображенскую, Вознесенскую и другие. Средняя глубина составляла около 40 метров, а некоторые выработки уходили глубже 200 метров. **Змеиногорское месторождение** было главным источником серебра в России XVIII - первой половины XIX века. С 1744 по 1835 годы отсюда было получено 605 тонн серебра и около 16,4 тонн золота.

Для доставки руд на Змеиногорский завод в 1806-1809 годах по проекту **Петра Фролова** была построена чугунно-рельсовая дорога на конной тяге длиной 1,8км. Это одно из первых рельсовых сооруже-



Чертеж заводского здания Барнаульского завода. Конец XVIII - начало XIX вв. РГАДА. Ф. 481. Оп. 5. Д. 841. Л. 5.



«Рудники и заводы Алтая»

ний в России. Одна лошадь могла перевезти за день до 4 тысяч пудов руды, что заменило труд 25 подвод по грунтовой дороге.

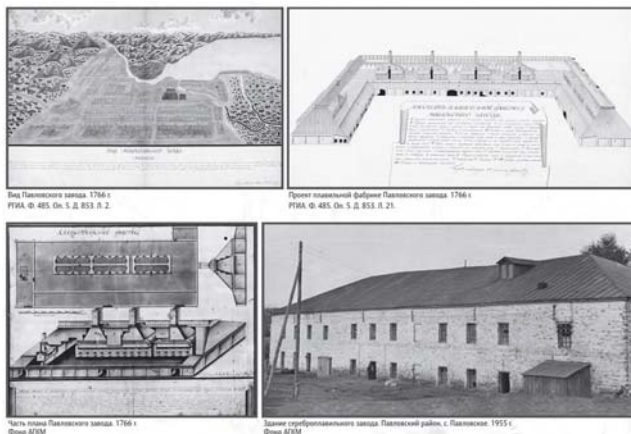
Несколько баннеров выставки посвящено развитию горнозаводского производства на Алтае. Всего сереброплавильных заводов было пять: Барнаульский, Павловский, Локтевский, Змеиногорский и Гавриловский. Также действовали Сузунский медеплавильный завод и монетный двор, а также два предприятия черной металлургии - Гурьевский и Томский чугуноплавильные и железоделательные заводы. Основным профилем металлургического производства на Алтае было серебро, которое отправлялось на Санкт-Петербургский монетный двор.

Заводы возникали буквально на пустом месте (также как и рудники, которые находились в необжитых местностях). Недалеко от завода или рудника располагался рабочий поселок. Горнозаводские предприятия были административными центрами округи. И современные Барнаул, Павловск, Локоть и Змеиногорск на Алтае, Сузун (Новосибирская область), Гурьевск (Кузбасс), Зыряновск (город Алтай, Казахстан) и Риддер (Казахстан) - сегодня также центры на административной карте.

Каждый завод проектировался под конкретную технологическую или логистическую задачу. Яркими примерами такой продуманной стратегии стали **Павловский сереброплавильный завод** и **Алейский свинцово-сереброплавильный завод**. Их истории, отраженные на отдельном баннере передвижной выставки, иллюстрируют разные стороны инженерной мысли и экономического расчета того времени. В конце XVIII века ежегодная выплавка Павловского завода достигала около 5 тонн серебра (30% от всего производства).

Если Павловский завод был «тяжелой артиллерией», то Алейский, основанный в 1774-75 годах в верховьях реки Алей, выполнял подсобную роль. Его задача - обеспечение всех сереброплавильных заводов округа свинцом. Свинец был незаменим для извлечения серебра из расплавов. Алейский завод перерабатывал местные свинцовые руды (в промежуточный продукт - штейн. Это было разумное логистическое решение: вместо перевозки тысяч пудов руды на большие расстояния в Барнаул или Павловск, на месте добычи получали полупродукт, вес которого был меньше в 10-15 раз).

На завершающем экспозицию восьмом баннере - материалы, посвященные успехам горнодобывающего производства в советский период, а также его состоянию на современном этапе. Если раньше главной целью цветной металлургии было производство серебра и золота - драгоценных, монетных металлов, то теперь на первое место вышло использование свинца, цинка и других цветных металлов в про-



мышленном и оборонном производстве, а золото и серебро получались как побочные продукты.

...Мне удалось познакомиться с выставкой в день ее открытия. И хотела бы поблагодарить руководителей Алтайского краеведческого музея **Наталью Владимировну ВАКАЛОВУ** и Государственного архива Алтайского края **Елену Дмитриевну ЕГОРОВУ** и их коллективы за кропотливую многолетнюю работу по сохранению истории родного края и предоставленную экспозицию. Наша публикация о выставке носит исключительно информационный характер о событии с желанием пригласить вас, уважаемые читатели, использовать дополнительные возможности в рамках мероприятий празднования 300-летия горного дела на Алтае, чтобы открыть новые страницы истории малой родины, воспользоваться информацией на баннерах, как неким планом-путеводителем для самообразования.

Буквально в середине марта мне удалось побывать на лекции доктора исторических наук, профессора, лауреата Демидовской премии **Аркадия Васильевича Контева** «Как начиналась горнозаводская эпоха: Демидовы, первые рудники и медеплавильные заводы» на площадке музея (на 4 апреля 2026г. анонсирована лекция доктора исторических наук **В.В. Ведерникова**, оказавшему нам содействие в подготовке этой публикации. Полную афишу лектория к 300-летию горного дела на Алтае можно найти на сайте Алтайского государственного краеведческого музея: <https://myagkm.ru/tpost/6dm5e00m01-lectorii-k-300-letiyu-gornogo-dela-na-al>).

Кстати, мы обсудили с Аркадием Васильевичем подготовку под его руководством цикла материалов из истории края на страницах нашего «Демидовского вестника» с участием демидовских лауреатов. Очень надеюсь, что коллеги нас поддержат, и в итоге получится увлекательный экскурс в историю. ☺

Ирина Валентиновна Козлова,
главный редактор,
президент Алтайского Демидовского фонда



Эффект «медведя в лесу».

Почему при плотной груди одной маммографии мало?



Юлия Викторовна ЦЫПЛЕНКОВА,
врач-рентгенолог
отделения
лучевой диагностики
КГБУЗ «Центральная
районная больница,
г.Заринск»

Многие женщины, получив результат маммографии, где написано «патологий не выявлено», спокойно убирают листок в ящик на целый год.

Но мало кто вчитывается в протокол описания, где говорится о «плотности» тканей.

А ведь именно в плотности часто кроется ответ на вопрос: всё ли на самом деле в порядке?

Когда снимок «молчит»

Жительнице нашего края, назовем ее доверительно Ириной Петровной, сейчас 64 года. Она - дисциплинированная пациентка: с 2023 года исправно ходила на маммографию. Каждый раз врачи писали: «Норма».

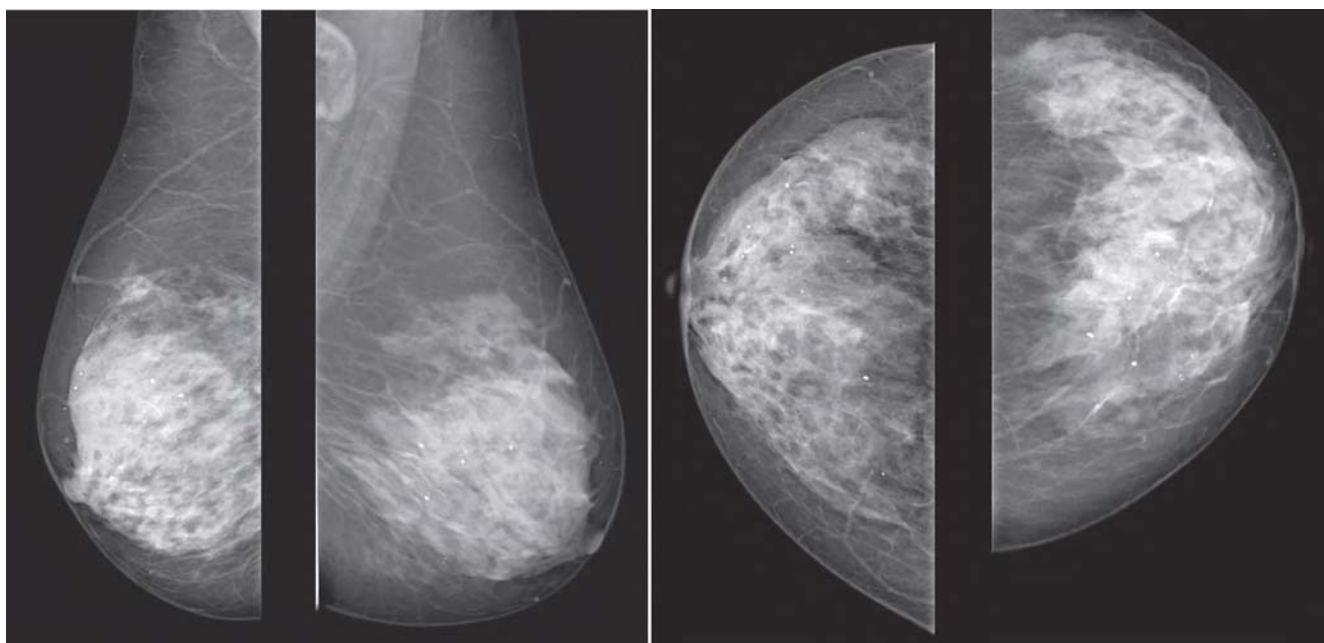
Тревога пришла в 2025-м, когда Ирина Петровна попала на прием к другому специалисту. Врач внимательно пересмотрел старые снимки и засомневался. Назначили дообследование на УЗИ, и результат шокировал: опухоль уже заняла почти четверть груди. Как же ее не видели два года? Ответ прост и

коварен: у Ирины Петровны была высокая плотность молочных желез.

Что такое плотная грудь и чем она «опасна»?

Представьте себе густой заснеженный лес, в котором стоит белый медведь. Увидите ли вы его издали? Вряд ли. Белое на белом не разглядеть.

Так и в маммографии. Плотная грудь (врачи называют ее **тип С или D**) состоит в основном из железистой ткани. На снимке она выглядит ослепительно белой. Но и опухоль - тоже белая! Она просто «прячется» в светлых тканях, как тот самый медведь в снегу. В итоге



даже опытный глаз врача может не заметить проблему, пока она не станет слишком большой.

Запомните:

● *если у вас «жировая» грудь* (прозрачная на снимке), точность маммографии - почти 100%;

● *если грудь плотная*, то точность маммографии падает вдвое (до 40-50%).

Плотная грудь - это особенность

Плотная грудь - это не диагноз, а просто строение вашего тела. Но женщинам с такой особенностью нужно знать два факта:

◆ в плотной ткани опухоли возникают чуть чаще;

◆ искать опухоли обычным способом (только рентгеном) гораздо сложнее.

Поэтому если в вашем заключении стоит пометка **«ACR C»** или **«ACR D»**, знайте - *это сигнал, что одного снимка вам недостаточно.*

Зачем идти на УЗИ, если маммография «чистая»?

Многие женщины думают: *«Зачем врач гоняет меня по кабинету? Маммографию же уже сделали!»* На самом деле УЗИ и маммография - это как зрение и слух. Они дополняют друг друга.

Ультразвук «видит» не через рентгеновские лучи, а через звуковую волну. Для него плотная белая ткань - не помеха. **На УЗИ опухоль часто выглядит темным пятном на светлом фоне, и «спрятаться» ей уже не удастся.**

Именно так спасли Ирину Петровну. Маммография молчала, а дополнительное УЗИ сразу «высветило» проблему.

Как проверяться правильно?

Чтобы не упустить время, врачи советуют придерживаться простого плана:

► **до 40 лет:** основным методом остается *УЗИ*,



► **после 40 лет:** *маммография - «золотой стандарт».* Она лучше всего видит микроскопические отложения солей (кальцинаты), с которых часто начинается болезнь,

► **если грудь плотная (тип С и D):** *маммография плюс УЗИ обязательно!* Только вместе они дают гарантию безопасности.

Осознанность вместо страха

История Ирины Петровны закончилась операцией. Ей помогли, потому что болезнь всё-таки нашли. Но если бы комплексное обследование ей провели на два года раньше, то лечение было бы куда проще.

Милые женщины, помните несколько моментов:

● пометка «плотная железа» в протоколе - это повод не для паники, а повод для записи на УЗИ,

● «норма» на снимке при плотной груди - это еще не окончательный ответ,

● ваше здоровье - в ваших вопросах. Не бойтесь спрашивать врача: *«А какой у меня тип плотности? Нужно ли мне дополнительно сделать УЗИ?»*.

Ранняя диагностика - это не страшно. Это ваша реальная возможность прожить долгую и счастливую жизнь вместе со своей семьей. ☺

Плотная грудь (врачи называют ее тип С или D) состоит в основном из железистой ткани. На снимке она выглядит ослепительно белой. И белая опухоль просто «прячется» в светлых тканях.



Занятия спортом без вреда для суставов

Колени, плечи и голеностопы - зоны риска, которые первыми сигнализируют о проблемах после физической активности. Спорт сам по себе не разрушает суставы. Вред возникает из-за ошибок в планировании нагрузки, несоблюдении техники и недостаточном восстановлении.

Безопасность тренировок строится на **постепенном увеличении нагрузки, качественной разминке и разумном выборе видов активности.**

Даже при легком дискомфорте движение часто приносит больше пользы, чем иммобилизация.

Основные причины перегрузки суставов

Травмы в спорте редко случаются внезапно. Чаще всего они - следствие накопленных ошибок:

- **резкий старт:** когда человек после долгого перерыва или с нуля начинает с высокоинтенсивных тренировок, - связки и хрящи не успевают адаптироваться к нагрузке,

- **отсутствие разминки:** «холодные» суставы и неразогретые мышцы значительно более уязвимы для микротравм,

- **нарушение техники:** например, при приседаниях колени не должны выходить за линию носков, а спина должна оставаться прямой. Это смещает нагрузку с мышц на связки и суставы,

- **лишний вес и слабые мышцы-стабилизаторы:** избыточная масса тела увеличивает осевую нагрузку



на суставы ног и позвоночник, а слабые мышцы не могут выполнять свою защитную функцию должным образом.

Мышцы восстанавливаются за 24-72 часа. Суставной аппарат, в особенности хрящевая ткань, адаптируется гораздо медленнее. Хрящи не имеют собственного кровоснабжения и получают питание через синовиальную жидкость. Поэтому *ошибки в тренировках накапливаются незаметно*, а боль появляется уже тогда, когда проблема сформировалась.

Как правильно начинать тренировки

Принцип постепенности - основа безопасности. Оптимальное увеличение нагрузки (рабочий вес, дистанция, интенсивность и т.д.) - не более чем на 5-10% в неделю. Связкам и сухожилиям для адаптации требуется больше времени, чем мышцам для роста силы.

Можно ли заниматься спортом после долгого перерыва? Да, но начинать нужно с минимальных объемов, как если бы вы были новичком.



Сравнение нагрузки на суставы в разных видах спорта

Вид активности	Ударная нагрузка	Польза для суставов	Кому подходит
Плавание	Минимальная	Высокая	Всем, включая людей с травмами и заболеваниями опорно-двигательного аппарата
Велосипед, велотренажер	Низкая	Средняя	Новичкам, людям с лишним весом, для реабилитации
Ходьба, скандинавская ходьба	Низкая	Средняя	Большинству людей, включая пожилых
Йога, пилатес	Низкая	Высокая	При ограничениях подвижности, для улучшения гибкости и укрепления мышечного корсета
Бег по асфальту	Высокая	Ограниченная	Только подготовленным людям с правильной техникой и хорошей амортизацией

Почему нельзя тренироваться «через боль». Важно различать мышечную и суставную боль. *Мышечный дискомфорт* (крепатура) - жгучий, связан с накоплением молочной кислоты и проходит через день-два. *Суставная боль* - острая, локализованная (точечная), может сопровождаться отеком или скованностью. Если сустав болит во время движения, нагрузку на него необходимо немедленно исключить.

Частота тренировок и восстановление: для большинства взрослых оптимальны 3-4 тренировки в неделю с обязательными днями отдыха. Именно в период восстановления ткани укрепляются, и снижается потенциальный вред для суставов. Ежедневные интенсивные нагрузки без пауз - прямой путь к перетренированности и травмам.



Разминка и заминка

Разминка подготавливает организм к нагрузке: увеличивает приток крови к мышцам, стимулирует выработку синовиальной жидкости - естественной «смазки» суставов - и повышает эластичность связок. Пропуск разминки многократно увеличивает риск растяжений и воспалений.

Пример правильной разминки (10-15 минут):

- ◆ *легкая аэробная часть* (3-5 минут) - бег на месте, прыжки на скакалке, эллипсоид,
- ◆ *суставная гимнастика* (2-3 минут) - круговые движения и разогрев в кистях, локтях, плечах, коленях, голеностопах,
- ◆ *динамическая растяжка* (5-7 минут) - махи ногами, выпады с поворотом, наклоны корпуса.

Заминка (легкое кардио и статическая растяжка) плавно снижает частоту сердечных сокращений, уменьшает посттренировочное воспаление и ускоряет выведение продуктов распада из мышц, что критически важно для восстановления.

Безопасные виды спорта для суставов

«Низкоударные» виды спорта минимизируют резкие ударные воздействия на опорно-двигательный аппарат. Они равномерно нагружают мышцы, которые берут на себя роль естественных амортизаторов. И **регулярная ходьба** - одна из самых доступных и безопасных форм физической активности. ►



Второй форум

Наталья Георгиевна ЦЕЛЮК,

заведующий
Алтайским краевым
гериатрическим
центром
КГБУЗ «Алтайский
краевой госпиталь
для ветеранов войн»,
врач-гериатр
первой квалификационной
категории



Второй Форум «Технологии долголетия», который пройдет в Москве с 27 по 29 апреля 2026 года, станет ключевым научно-практическим событием для развития гериатрии и медицины пожилого возраста и объединит экспертов для обсуждения междисциплинарного подхода к активному долголетию.

Форум объединит академическую науку и клиническую практику для обеспечения здорового и активного долголетия граждан.

К ключевым задачам и тематикам Форума относятся:

- **медицина пожилого возраста:** комплексный подход, включающий гериатрию, кардиологию, неврологию, эндокринологию и реабилитацию;
- **геропротективные технологии:** обсуждение методов определения биологического возраста и трансляционной медицины;
- **профилактика:** фокус на предупреждении падений, переломов, когнитивных нарушений и вакцинации;
- **система ухода:** развитие межведомственного взаимодействия и системы долговременного ухода.

К участию в Форуме приглашаются врачи различных специализаций: гериатры, терапевты, врачи по общей врачебной практике, кардиологи, неврологи, ревматологи, эндокринологи, урологи, анестезиологи, гинекологи, диетологи, врачи по медицинской профилактике, оториноларингологи, офтальмологи, врачи по паллиативной медицинской помощи, психиатры, пульмонологи, реабилитологи, травматологи-ортопеды, хирурги, эпидемиологи и медицинские сестры, которые оказывают помощь людям пожилого и старческого возраста, - с предварительной электронной ре-

Вредные для суставов упражнения

Прыжки на твердой поверхности без амортизации (асфальт, бетон) - создают пиковую компрессионную нагрузку на коленные суставы и позвоночник.

Глубокие приседания с круглой спиной и завалом коленей внутрь - критически перегружают колени и поясничный отдел.

Жимы и тяги с нарушенной биомеханикой - например, жим штанги из-за головы может травмировать плечевой сустав из-за неестественного положения рук.

Малый вес с грубыми ошибками в технике опаснее большого веса, но с идеальным выполнением. **Не стоит гнаться за килограммами в ущерб безопасности.** Работа с тренером на начальном этапе и контроль движений в зеркало помогают заложить правильные двигательные стереотипы.

Если суставы начали болеть после тренировок

Если боль легкая, ноющая и возникает через 24-48 часов после нагрузки (крепатура), а объем движений в суставе сохранен, - можно снизить интенсивность, но не прекращать занятия полностью. Временно смените вид активности: например, замените бег плаванием или велосипедом.



Немедленно прекратить тренировки и записаться к ортопеду или травматологу необходимо:

- ▶ **при острой, резкой боли** во время движения,
- ▶ **при отеке, покраснении** или локальном повышении температуры в области сустава,
- ▶ **ощущении нестабильности** (подкашивания, щелчка, «выскакивания») или резком ограничении подвижности.

Чаще всего причина боли - перегрузка из-за технических ошибок или слишком быстрого прогресса. В этом случае стоит сделать паузу на 3-5 дней, а затем пересмотреть программу: вернуться к меньшим весам, увеличить время на разминку и заминку, возможно, сменить вид спорта на более щадящий. ☺



«Технологии долголетия»

гистрацией участников на сайте Форума (<https://tehnologii-dolgoletiya.ru>).

В рамках Второго Форума «Технологии долголетия» пройдет **X Всероссийский конгресс геронтологов и гериатров** - площадка для обсуждения вопросов по профилактике, диагностике и лечению гериатрических синдромов и возраст-ассоциированных заболеваний, междисциплинарному ведению пациентов старших возрастных групп, интеграции гериатрических технологий в клиническую практику, реабилитации пациентов старших возрастных групп.

Также будет работать **V Конгресс «Управление старением»** - площадка для обсуждения достижений в области изучения механизмов старения, определения биологического возраста человека и развития геропротективных технологий, вопросов трансляции достижений геронтологии в клиническую практику.

Второй Саммит Союза госпиталей ветеранов войн - это площадка для обмена опытом региональных гериатрических центров, в том числе обобщение полученного опыта госпиталей ветеранов войн по организации медицинской помощи, медицинской, психологической и социальной реабилитации, оказанию гериатрической, паллиативной медицинской помощи и организации ухода, направленных на улучшение качества жизни и социальную адаптацию ветеранов войн, в том числе ветеранов боевых действий, включая участников специальной военной операции, а также граждан пожилого и старческого возраста.

Второй Образовательный форум «Технологии подготовки медицинских кадров: внедрение гериатрического подхода в обучении специалистов» выступит площадкой для обмена опытом преподавателей медицинских вузов и медицинских факультетов, реали-



зующих образовательные программы по специальности «гериатрия», специалистов, заинтересованных в развитии системы медицинского образования, повышения его качества.

IX Конференция «Россия - территория заботы» в рамках проходящего Форума станет площадкой для обсуждения демографических, социальных и экономических аспектов старения и долголетия, развития межведомственного взаимодействия и системы долговременного ухода.

Также в работе Форума будет организована **II Конференция Всероссийского общества молодых исследователей проблем старения** - площадка для представления результатов научной работы молодых ученых и врачей разных специальностей, заинтересованных в знаниях в области медицины пожилого возраста и геронтологии.

Второй Форум «Технологии долголетия» обещает стать точкой сборки для прорывных идей, которые завтра войдут в каждый дом. **Регистрация участников уже открыта - не упустите шанс стать свидетелями рождения медицины будущего.** ☺

Форум объединит академическую науку и клиническую практику для обеспечения здорового и активного долголетия граждан.



Спасите ваши уши!

Глухота в последнее время становится «тихой эпидемией». По прогнозам ВОЗ, к 2050 году каждый четвертый человек на планете будет испытывать проблемы со слухом.

Почти 2,5 миллиарда людей могут столкнуться с тишиной, и причина кроется не только в болезнях, но и в повседневной привычке делать музыку громче.

В зоне высокого риска - дети и подростки с их увлечением гаджетами и склонностью слушать музыку на предельной громкости.

Инфекции возвращаются

Согласно новому докладу ВОЗ, около 60% случаев потери слуха у детей можно было бы предотвратить с помощью банальной **вакцинации**. Речь идет о вакциноуправляемых инфекциях - *краснухе и менингите*. Эти заболевания бьют по организму так, что жертвой становятся в том числе и тонкие структуры уха. Снижение уровня вакцинации в мире может обратить вспять годы борьбы с детской глухотой.

Порочный круг громкости

Главная угроза для молодежи (12-35 лет), более одного миллиарда человек которой уже в группе риска, кроется в **наушниках, музыкальных концертах и клубах**. Громкий звук повреждает клетки внутреннего уха, которые преобразуют вибрацию в понятные мозгу сигналы.

Частое или продолжительное воздействие громких звуков, в том числе прослушивание громкой музыки, может привести к частичной потере слуха. Это связано с повреждением клеток внутреннего уха, которые преобразуют звуковые колебания в электри-



ческие импульсы, достигающие коры головного мозга. **Степень риска зависит от длительности прослушивания, расстояния до источника звука и интенсивности звука.** Так, нахождение около интенсивного источника звука в 100-105дБ (концерт, клуб) может повредить слух уже через 15-30 минут.

Особенно коварен так называемый **«порочный круг громкости»**. Когда мы долго слушаем музыку на высокой громкости, то чувствительность уха притупляется. Таким образом музыка кажется «блеклой», и мы инстинктивно добавляем громкость, снова и снова травмируя слух, пока повреждения не станут необратимыми.

А «басы качают»

Но если громкость так опасна, почему мы любим, когда динамики «режут» воздух? Почему подростки втыкают наушники поглубже, и делают звук громче вопреки инстинкту самосохранения? Ответ кроется в биохимии мозга.

Исследования показывают, что **громкая ритмичная музыка действует на мозг, по сути, как наркотик**. Когда мы слушаем любимые треки, мозг вырабатывает дофамин - нейромедиатор удовольствия, который также выделяется во время еды или романтического влечения. Но дело не только в этом.



Мощное звуковое давление на дискотеках, концертах вводит мозг в состояние, схожее с трансом. При «транзиторной гипофронтальности» участки мозга, отвечающие за критику и тревоги, временно снижают активность, и человек погружается в ощущение «здесь и сейчас». Это создает чувство эйфории, единения с толпой и эмоционального удовольствия, сходного с действием некоторых антидепрессантов. Мы платим за это удовольствие здоровьем, часто даже не осознавая, что уровень децибел перешагнул болевой порог.

Что делать?

Эксперты ВОЗ уверены: вложения в профилактику глухоты экономически выгодны - каждый вложенный доллар вернется 16-кратной экономией, ведь глухота делает людей инвалидами, требующими социальной защиты. Но многое зависит и от нас самих.

Меры защиты общие:

- **вакцинация:** своевременные прививки для детей - это база, которая защищает от инфекционных причин тугоухости;
- **регулирование:** необходим контроль за уровнем шума на общественных мероприятиях. Если на концерте звук зашкаливает, это не только вопрос комфорта, но и угроза здоровью нации.

Личные рекомендации:

- ▶ **правило 60/60:** ВОЗ рекомендует слушать музыку в наушниках не более 60 минут в день и не громче 60% от максимальной громкости устройства;
- ▶ **технологическая защита:** современные смартфоны могут предупреждать, если вы превышаете безопасный уровень шума в наушниках. Не игнорируйте эти уведомления. Для детей существуют наушники с ограничителем громкости;
- ▶ **отдых для ушей:** после посещения концерта или клуба дайте ушам отдых на несколько часов. Если на утро после вечеринки вы слышите звон или шум в ушах (тиннитус), - значит, слух получил удар, требующий восстановления. Во время посещения громких мероприятий используйте беруши - они снижают воздействие на слуховую систему;
- ▶ **разговор с подростком:** вместо запретов объясните механизм «порочного круга». Предложите ему находиться подальше от сцены и колонок на концертах - удовольствие от музыки останется, а риск снизится. ☺



Пройти на диспансеризации семь онкоскринингов

Семь скринингов для выявления самых часто встречающихся видов рака могут пройти россияне в рамках бесплатной диспансеризации.



По словам главного онколога Минздрава, академика РАН Андрея Каприна, в России много лет назад была введена системная модель профилактики и раннего выявления заболеваний для всего населения. Россияне в возрасте от 18 до 39 лет проходят диспансеризацию раз в три года, а после 40 лет - ежегодно.



В программу диспансеризации, помимо базовых обследований, включено семь скрининговых исследований, прицельно направленных именно на выявление самых распространенных видов рака. Такого опыта пока нет ни в одной стране мира, и более того, все эти обследования доступны россиянам бесплатно в районной поликлинике.

Таблицы обследования населения по возрастам размещены на сайтах поликлиник, профильных центров и Минздрава России.

Работодатель обязан предоставить выходной сотруднику на прохождение диспансеризации. Россиянам в возрасте от 18 до 39 лет такой выходной предоставляется раз в три года, в возрасте от 40 лет - раз в год. При этом работникам предпенсионного возраста (за пять лет до выхода на пенсию) и работающим пенсионерам обязаны предоставить два выходных для этого один раз в год. ☺



Мальчик-юноша-мужчина. Возрастные репродуктивные риски



Игорь Васильевич ТРУНОВ,

врач - детский уролог-андролог высшей квалификационной категории
Центра охраны репродуктивного здоровья подростков
КГБУЗ «Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства»

Репродуктивные риски могут подстерегать мужчину независимо от возраста на любом этапе жизни. Основные проблемы связаны с двумя типами нарушений - это нарушение формирования мужской половой клетки (сперматозоида) и трудностями на пути его доставки непосредственно к яйцеклетке.

Что изначально может пойти не так в плане формирования сперматозоида?

● **Врожденные заболевания на уровне головного мозга** (гипоталамус, гипофиз), при которых в недостаточном количестве вырабатываются специфические регуляторы (гормоны);

● **генетические аномалии** (отсутствие или дефект Y-хромосомы, дополнительная женская хромосома и прочие);

● **врожденные заболевания яичек:** отсутствие одного или обоих яичек, нарушения их структуры и как итог - функционирования.

Поэтому **при рождении мальчика необходимо как минимум убедиться в наличии яичек в мошонке.** При их отсутствии (как двух, так и одного) - ребенка нужно отправить на консультацию к детскому урологу-андрологу. *Ге-*



нетические аномалии и гормональные нарушения у мальшей, как правило, не диагностируются, они выявляются в более старшем возрасте при углубленном и прицельном обследовании.

Для своевременного выявления заболеваний родителям необходимо **с профилактической целью показать мальчика детскому урологу-андрологу в возрасте одного года** (когда заканчивается первичное половое созревание), **трех лет, 6-7 лет** (перед школой), а начиная **с 10 лет осмотры желательны проводить ежегодно** до окончания периода полового созревания.

Если у ребенка есть врожденные нарушения, то в подростковом возрасте они начинают проявляться - чаще всего поздним и медленным началом полового созревания.

Что может стать препятствием для сперматозоида на его нелегком и длинном пути к счастью?

► **Нарушения протоковой системы семенных канальцев:**

- крупные кисты придатков яичек,
- спаечный процесс после перене-



сенного воспаления яичка и его придатка (орхоэпидидимит),

- как осложнение после хирургического вмешательства на органах мошонки.

С этим связана как необходимость своевременного диагностирования, качественно проведенной операции, так и полноценная реабилитация в условиях физиотерапевтического отделения, применение специфических лекарственных препаратов (гонадопротекторов);

► **узость крайней плоти** (фимоз). Это состояние является нормальным у мальчика при рождении, однако иногда сохраняется и у ребят старшего возраста. Головка полового члена не открывается или открывается с трудом - отсутствие гигиены и крайние трудности для проведения полноценного полового контакта - больно, крайняя плоть трескается, иногда кровит.

На сегодняшний день проблема устраняется тремя известными мне способами:

◆ операция обрезания (проводится в стационаре под общим наркозом, удаляется крайняя плоть);

◆ метод консервативного лечения фимоза (не входит в перечень услуг, выполняемых по системе ОМС);

◆ местное лечение гормональными мазями (очередность методов учитывает порядок уменьшения эффективности);

► **аномалии строения полового члена** (сложные формы гипоспадии и прочие);

► **эректильная дисфункция.**

Все эти, а также и другие нежелательные обстоятельства, в итоге через время сваливаясь на уже социально сформировавшегося мужчину, приводят к ухудшению качества его жизни.

Список заболеваний очень большой. И целью этой статьи не было максимально рассказать обо всех, негативно либо тотально влияющих на репродукцию, а лишь краем коснувшись проблемы, чтобы задуматься и по возможности принять необходимые меры. ☺

Тренажер поможет после инсульта

В Самарском государственном медицинском университете разработали тренажер для восстановления движения рук у пациентов после травм головы, инсультов и вследствие других нейродегенеративных заболеваний. Аппаратно-программный комплекс сделали на основе виртуальной реальности с использованием нейронных сетей.



Во время занятий пациент погружен в виртуальную среду, которая имитирует знакомые жизненные ситуации: кухню, ванную комнату, гостиную. Ему ставят задачи от простых до более сложных: взять предмет, переместить его, пожарить яичницу или сделать уборку. Сценарии и уровни трудностей автоматически подбираются под функциональные возможности пациента. Движения рук считываются бесконтактно с помощью оптических трекеров. Взаимодействуя с виртуальными объектами, человек ощущает всё тактильно - через специальную сенсорную перчатку. Контакт с предметами становится «реальным», что значительно усиливает вовлеченность в процесс. Интеллектуальные алгоритмы анализируют движения и дорабатывают их практически до идеала. Пациент видит результат своих действий, чувствует успех и активнее включается в восстановление.

Ключевая особенность комплекса - в мультисенсорном подходе: зрительные образы, реальные движения и тактильная обратная связь работают одновременно. Такое сочетание стимулирует нейропластичность - способность мозга

формировать новые нейронные связи и обходные пути взамен поврежденных. Восстановление становится осмысленным обучением мозга заново управлять телом. В перспективе комплекс можно будет использовать и в клиниках, и в домашних условиях. К 2027 году планируется начать проведение клинических испытаний.

Прибор для ранней диагностики болезни Паркинсона

Прибор, разработанный учеными МИФИ совместно с коллегами из МГТУ и Научного центра неврологии РАН, может стать прорывом для неинвазивной диагностики болезни Паркинсона.

Группой российских ученых создан довольно неожиданно метод диагностики. Выявить болезнь помогает свет. При облучении клеткой лазером на определенной длине волны молекулы его поглощают, а затем излучают, но уже на другой длине волны. В итоге получается спектральный профиль



кожи. Эти профили у больных и здоровых людей отличаются, но «на глаз» увидеть эту разницу практически невозможно. И тут на помощь привлекли искусственный интеллект, предварительно обученный на множестве примеров.

Ученые разработали прибор, который сам будет определять вероятность болезни. При его тестировании на небольшой выборке добровольцев удалось достичь точности более 80%. Авторы уверены, что ее можно довести до 90% и даже выше. Причем, разработанный ими метод не претендует на замещение других, а будет их дополнять.



Как бороться с весенним гиповитаминозом

С приходом весны можно столкнуться с упадком сил, сонливостью и апатией.

Гиповитаминоз - сниженное поступление или нарушение усвоения витаминов и микроэлементов.

Почему это происходит весной и как скорректировать питание?

Ощущение слабости весной связано с истощением запасов витаминов в организме за зиму. Кроме того, овощи и фрукты к этому времени года теряют значительную часть полезных свойств из-за длительного хранения.

Поэтому рекомендуется включить в рацион:

- ▶ цельнозерновые крупы (полба, овес, пшено, коричневый рис),
- ▶ бобовые (маш, нут, чечевица, амарант),
- ▶ теплые сорта мяса (баранина, говядина, курица, индейка),
- ▶ рыбу и морепродукты,
- ▶ квашеную капусту,
- ▶ морковь и тыкву,
- ▶ орехи и семена,
- ▶ замороженные ягоды (клю-ква, брусника, смородина, облепиха),
- ▶ запеченные яблоки,
- ▶ зелень и дикоросы,
- ▶ различные масла (топленое, ГХИ, кунжутное, тыквенное),
- ▶ специи (мускатный орех, тмин, тимьян, гвоздика, кардамон, имбирь, куркума).

В весеннем рационе должны быть ежедневно порция овощей и зелени, норма белка в каждом приеме пищи, источники витамина С и железа. Хорошо работают простые блюда: овощные супы, омлеты с зеленью, рыба или птица с брокколи и салатом, бобовые, кисломолочные продукты.



ВОЗ рекомендует ежедневно потреблять не менее 400г овощей и фруктов, а норма белка в среднем составляет 1г на 1кг веса.

Добавки к пище лучше не принимать без консультации с врачом!

Рецепты полезных блюд

Салат с огурцами и редисом. Свежие огурцы, редис, зеленый лук (в том же количестве, что и огурцы), укроп и петрушка (много), заправка (греческий йогурт или сметана), соль по вкусу.

Салат с морковью, свеклой и капустой. Сырые морковь и свекла, квашеная капуста, горсть проростков подсолнечника, свежая зелень, заправка (нерафинированное подсолнечное масло и лимонный сок).

Творожная запеканка. 500г творога 5-9% жирности, 2 яйца, 3ст.л. манки, 2ст.л. сахара, горсть замороженной облепихи (или клюквы, брусники), 1ч.л. крахмала (для ягод). Смешайте творог, яйца, манку и сахар. Ягоды слегка присыпать крахмалом. Выложить половину творожной массы в форму, затем слой ягод, сверху оставшийся творог. Запекать 40 минут при 180°C.

Табуле. Любая отваренная крупа (киноа, пшено, полба), микс зелени (петрушка, мята, базилик, укроп), огурец/редис/зубчик чеснока (по желанию), заправка (лимонный сок, оливковое масло, соль и перец по вкусу).

Теплый салат с чечевицей и зеленью. Отварная чечевица, руккола (или шпинат), свежий огурец, редис, яйцо (пашот или вареное), заправка (1ч.л. лимонного сока; 1ч.л. оливкового масла; щепотка горчицы; соль).

Корректировка рациона - один из ключевых способов борьбы с весенним гиповитаминозом. Разнообразие продуктов, богатых витаминами и микроэлементами, поможет восстановить силы и улучшить самочувствие. ☺



Геморрагический инсульт

Геморрагический инсульт - это острое нарушение мозгового кровообращения, при котором происходит разрыв сосуда и кровоизлияние в вещество головного мозга или под его оболочки. В отличие от ишемического инсульта (закупорки сосуда) геморрагический инсульт возникает из-за повреждения стенки артерии, в результате чего кровь под давлением вытекает в окружающие ткани, пропитывая и сдавливая их. Это приводит к разрыву структур мозга, его отеку.

Кроме того, кровь при распаде оказывает токсическое действие на нервные клетки. Гематома смещает мозг, что вызывает дополнительные разрывы нервных связей.

Частота развития геморрагического инсульта

На долю геморрагического инсульта приходится **15-20%** всех инсультов, но он становится причиной почти половины летальных исходов среди всех сосудистых катастроф головного мозга.

В России, как и в мире, заболеваемость геморрагическим инсультом **растет с возрастом**, однако он

нередко встречается и у людей молодого и среднего возраста (30-60 лет), особенно если связан с врожденными аномалиями сосудов или гипертоническими кризами.

В Алтайском крае в год случается **около 1300** геморрагических инсультов.

Почему возникает инсульт

Кровоизлияние в мозг никогда не происходит «на ровном месте» и всегда имеет определенную причину. *Основными из этих причин являются изменения состояния стенки сосуда и уровень артериального давления.*

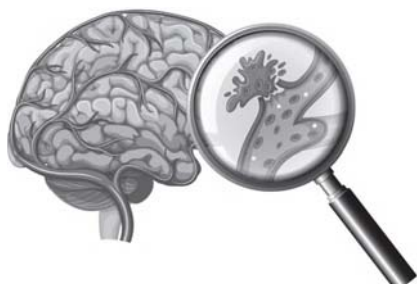


Сергей Александрович ФЕДЯНИН,

главный внештатный специалист невролог министерства здравоохранения Алтайского края, кандидат медицинских наук, врач-невролог высшей квалификационной категории, заведующий неврологическим отделением острых нарушений мозгового кровообращения КГБУЗ «Краевая клиническая больница»



ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ



В отличие от ишемического инсульта, который может развиваться с постепенно прогрессирующей симптоматикой, геморрагический инсульт почти всегда возникает внезапно, бурно, одновременно на фоне физического или эмоционального напряжения.

Артериальная гипертензия - основная причина геморрагического инсульта. Постоянное повышение артериального давления приводит к тому, что стенки артерий теряют эластичность. В случае, когда артерия имеет слабую стенку, подъем давления может привести к образованию микроаневризм (по сути - это грыжи на сосуде с тонкой и не прочной стенкой). Во время гипертонического криза эти измененные артерии могут разорваться, приводя к геморрагическому инсульту.

Аневризмы и мальформации - врожденные или приобретенные «выпячивания» стенки сосуда (аневризмы) или клубки патологически сформированных сосудов (артериовенозные мальформации). Они создают риск разрыва, даже у людей с нормальным давлением.

Нарушения свертываемости крови: прием антикоагулянтов (разжижающих кровь препаратов) или врожденные заболевания крови (гемофилия, тромбоцитопения) увеличивают риск того, что даже небольшое повреждение сосуда приведет к массивному кровоизлиянию.

Воспалительные изменения сосудов (васкулиты) делают сосудистую стенку рыхлой и уязвимой.

Заболевания крови (лейкозы, анемии) могут приводить к снижению свертываемости крови за счет уменьшения числа тромбоцитов, необходимых для образования тромбов.

Механизм развития инсульта

Механизм развития геморрагического инсульта можно разделить на два основных типа:

● **разрыв сосуда.** Под воздействием высокого давления (например, при резком подъеме тяжестей, стрессе) истонченная стенка артерии не выдерживает и лопается. Кровь под давлением вырывается наружу, разрывая нервные волокна. Формируется гематома - скопление крови в виде сгустка, который сдавливает окружающие ткани;

● **пропотевание кровью вещества мозга.** Этот механизм имеет место, когда артерия или вена теряет эластичность, и через нее, как через губку, начинают просачиваться плазма и эритроциты. Возникает не сгусток крови, а участок пропитывания кровью (геморрагическое пропитывание).

Проявления инсульта

В отличие от ишемического инсульта, который может развиваться с постепенно прогрессирующей симптоматикой, геморрагический инсульт почти всегда **возникает внезапно, бурно, одновременно на фоне физического или эмоционального напряжения.**

Симптомы делятся на общемозговые, которые говорят о поражении мозга без указания на место его поражения, и очаговые, указывающие на место кровоизлияния.

Общемозговые симптомы:

- ▶ *внезапная, невыносимая головная боль* «удар молотком по голове»;
- ▶ *тошнота и рвота*, повторяющиеся и не приносящие облегчения;
- ▶ *потеря сознания*;
- ▶ *покраснение лица*;
- ▶ *эпилептический припадок.*

Очаговые симптомы (зависят от места кровоизлияния):

- ▶ *параличи* (отсутствие движений в руке и ноге с одной стороны);
- ▶ *нарушение речи*;
- ▶ *нарушение глотания*;
- ▶ *поворот головы и глаз в сторону.*



Как распознать инсульт

Тест «УДАР» помогает выявлять и ишемический, и геморрагический инсульты.

Просим человека Улыбнуться - Улыбка может быть кривой или отсутствовать из-за паралича лицевых мышц (одна сторона лица неподвижна).

Просим совершить Движение (вытянуть руки вперед) - слабость в руке или ноге с одной стороны (гемипарез) или полное отсутствие движений.

Просим повторить предложение (Артикуляция) - слова большого стали невнятными (каша во рту) или отсутствовать вовсе, либо человек не понимает, что ему говорят.

Принять Решение - НЕМЕДЛЕННО вызвать скорую помощь!

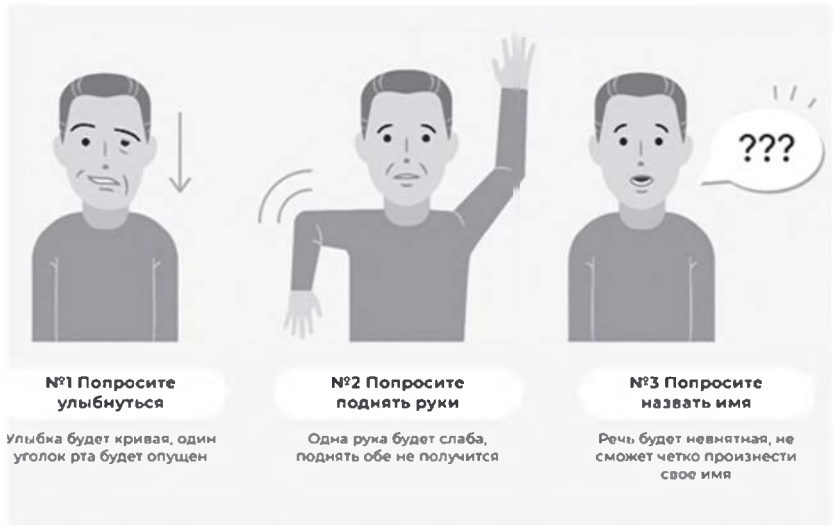
ЧТО ДЕЛАТЬ

до приезда скорой помощи

Вызовите скорую помощь. Сообщите оператору о подозрении на инсульт, укажите пол и возраст пациента. Зафиксируйте время развития симптомов инсульта.

Уложите больного. Положение на боку, слегка приподняв голову (можно подложить под голову валик из одежды или подушку). Такое положение снижает риск западания языка и облегчает дыхание, особенно если начнется рвота.

Успокойте больного, если он понимает вас, говорите спокойным тоном.



Обеспечьте приток свежего воздуха. Откройте окно, расстегните стесняющую одежду (галстук, воротник рубашки, ремень).

Если человек в сознании, уточните у него:

- ◆ когда появились симптомы,
- ◆ какие хронические заболевания у него есть,
- ◆ какие лекарства он принимает,
- ◆ был ли у него инсульт или транзиторные ишемические атаки ранее.

Вся эта информация поможет врачам быстрее принять решение. **Если есть возможность, соберите медицинские документы** (паспорт, полис, заключения врачей).

Наблюдайте за состоянием. Фиксируйте любые изменения (ухудшение или улучшение) и будьте готовы рассказать об этом врачам.

Симптомы делятся на общемозговые, которые говорят о поражении мозга без указания на место его поражения, и очаговые, указывающие на место кровоизлияния.



Если человек падал или ударился головой, обязательно сообщите об этом медикам.

Если больной без сознания и не дышит, начните сердечно-лёгочную реанимацию: искусственное дыхание методом «рот в рот» и непрямой массаж сердца.

До приезда скорой помощи **НЕЛЬЗЯ:**

◆ кормить или поить (у больного возможно нарушение глотания, что может привести к захлебыванию);

◆ заставлять пациента вставать или двигаться (это может привести к падению и травме);

◆ давать любые лекарственные препараты (разные типы инсульта лечатся по-разному);

◆ оставлять человека одного.

Лечение инсульта

Лечение геморрагического инсульта принципиально *отличается* от лечения ишемического.

Стратегия зависит от объема гематомы.

Медикаментозная терапия:

▶ борьба с отеком мозга,
▶ экстренное снижение артериального давления (для остановки кровотечения),

▶ поддержание дыхания (часто требуется ИВЛ).

При маленьких гематомах, при тяжелом состоянии больного лечение ограничивается этими методами.

Хирургическое лечение:

▶ если гематома большая и сдавливает жизненно важные центры, проводится срочная операция для удаления сгустков крови,

▶ при *аневризмах* проводится клипирование (выключение аневризмы из кровотока) или эндоваскулярная эмболизация (введение спирали или специального клея в полость аневризмы через сосуды для ее закупорки). В Краевой клинической больнице такие операции проводятся в нейрохирургическом отделении.

Реабилитация. Восстановление начинается сразу после стабилизации состояния. Она включает ЛФК



(для возвращения движений), занятия с логопедом (при афазии), эрготерапию (восстановление навыков самообслуживания), работу с психологом для восстановления мышления и памяти. Восстановление после геморрагического инсульта происходит постепенно.

Как предотвратить геморрагический инсульт

Контроль артериального давления - самый главный пункт. Необходимо регулярно измерять давление и принимать гипотензивные препараты постоянно, а не курсами. *Норма - ниже 130/90 мм рт.ст.* При наличии артериальной гипертензии необходимо осматриваться кардиологом.

Отказ от вредных привычек и здоровый образ жизни. Курение делает сосуды ломкими, алкоголь вызывает резкие скачки давления, потребление соли задерживает воду и повышает давление, а употребление животных жиров способствует возникновению атеросклероза. ☹

Время - критический фактор при инсульте. Чем быстрее человек получит медицинскую помощь, тем выше его шансы на восстановление.



Как распознать инсульт и оказать первую помощь

Симптомы инсульта появляются из-за нарушения кровотока в участке головного мозга или разрыва в нем сосуда.

КАК РАСПОЗНАТЬ ИНСУЛЬТ?

Попросите больного сделать простые действия.



Улыбнуться.
Уголок рта будет опущен, парализована половина лица.



Назвать свое имя.
Речь будет с паузами и запинками или вообще отсутствовать.



Поднять одновременно обе руки.
Рука пораженной части тела будет опущена.



Высунуть язык.
Он будет несимметричной формы.



Сжать ваши ладони.
Сила должна быть одинаковой с обеих сторон.



Ответить на вопрос.
При инсульте больной с трудом понимает речь.

КАК ОКАЗАТЬ ПОМОЩЬ?

Жизнь человека зависит от скорости реакции окружающих.



Уложить больного, положив под спину подушки.



Обеспечить приток свежего воздуха.



Расстегнуть одежду, вынуть зубные протезы.



Вызвать скорую по номеру

112

4,5 ч.

время, когда врач может минимизировать последствия инсульта



Не давать еды и питья.



При первых признаках рвоты повернуть голову больного набок.



Зафиксировать время, когда появились симптомы, чтобы сообщить врачам.

