

- ✓ **КАПЛЯ КРОВИ — СИГНАЛ О ПРОБЛЕМЕ**
- ✓ **ЭКГ ПО ИНТЕРНЕТУ**
- ✓ **РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ — ШАНС ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ**

НА ЗДОРОВЬЕ

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА

ГОРОДСКОЙ ЦЕНТР МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

ОБЛАСТНОЙ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ ДИСПАНСЕР ОТМЕТИЛ 80-ЛЕТНИЙ ЮБИЛЕЙ

В ПРОШЛОМ ГОДУ ЧЕЛЯБИНСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ ДИСПАНСЕР ОТПРАЗДНОВАЛ ДЕНЬ РОЖДЕНИЯ. УЧРЕЖДЕНИЮ ИСПОЛНИЛОСЬ 80 ЛЕТ.

Современный вид и структуру областной противотуберкулезной службы Южного Урала приобрели под руководством Якова Нестеровского, который возглавлял учреждение с 1965 по 1996 годы. В этот период велся активный поиск действенных форм борьбы с туберкулезом, шло развитие сети противотуберкулезных учреждений, позволяющей донести специализированную помощь до каждого больного. В диспансере построили два новых корпуса, организовали новые хирургические и преобразовали легочно-туберкулезные отделения, открыли офтальмологическое отделение. Диспансер стал экспериментальной базой Минздрава РСФСР по обеспечению снижения заболеваемости туберкулезом и всесоюзной школой передового опыта. Улучшение эпидситуации по туберкулезу на Южном Урале позволило создать в 1982 году на базе тубдиспансера областной пульмонологический центр.

К юбилею диспансер подошел в составе шести структурных подразделений в Челябинске и пяти структурных подразделений на территории области — городе Чебаркуль, Верхний Уфалей, Пласт, Касли и поселке Кундровы.

Областной диспансер сегодня — это тысячный коллектив сотрудников, каждый из которых вносит вклад в общее дело. Основу составляют высококвалифицированные кадры: 170 врачей, в том числе два доктора и шесть кандидатов медицинских наук. 55 процентов из них имеют высшую и первую квалификационные категории. Среди средних медицинских работников высшую и первую квалификационные категории имеют 64 процента.

В обновленном объединенном диспансере мощная фтизиатрическая служба представлена стационаром на 930 коек. В диспансере лечат легочный и внелегочный туберкулез любой сложности, туберкулез в сочетании с различными заболеваниями — от сахарного диабета до ВИЧ-инфекции. Применяются сложные режимы химиотерапии при лекарственной устойчивости и различные патогенетические методы лечения, используется коллапсотерапия, лазерная терапия, лимфотропное введение лекарств. Создано дифференциально-диагностическое отделение. В диспансере сильная хирургическая служба. Ее оснащение и квалификация специалистов позволяют проводить большинство высокотехнологичных операций на легких.

Всего хирургической службой проведено около 40 тысяч операций на легких по поводу туберкулеза, онкологической и гнойной патологии. В диспансере работает единственное в Челябинской области фтизиоофтальмологическое отделение, проводящее дифференциальную диагностику туберкулеза глаз и других инфекционных глазных заболеваний и их лечение.

— За прошедшие 80 лет изменилось многое: уровень наших знаний о туберкулезе, противотуберкулезная служба и диспансер, изменилась судьба больного туберкулезом, изменилась даже микобактерия туберкулеза, — говорит главный фтизиатр минздрава Челябинской области, главный врач Челябинского областного противотуберкулезного диспансера Марина Лехляйдер. — Неизменными остались две вещи — решимость фтизиатров бороться с туберкулезом и устремленность к новым горизонтам. В ближайших перспективах диспансера введение в строй уже построенного нового корпуса, освоение новых молекулярно-генетических методик диагностики, наработка опыта применения противотуберкулезных препаратов третьего ряда, развитие стационарзамещающих технологий в оказании помощи больным туберкулезом. Жизнь будет ставить перед коллективом диспансера новые задачи, и мы уверены, что их решение будет нам по плечу.

Областной диспансер был организован в 1936 году на базе центрального туберкулезного диспансера. Необходимость создания противотуберкулезной службы была в то время очевидной: по отзывам врачей в Челябинске не было ни одного квартала без бациллярного больного. Первым директором диспансера стал Иосиф Немченко, он возглавлял учреждение до 1950 года. В эти годы началось развитие хирургии туберкулеза, зародилась контролирующая и консультативная работа в Челябинской области. Коечного фонда в диспансере не было. Впервые 20 коек диспансеру выделили в 1951 году — на базе туберкулезного госпиталя инвалидов войны. В то же время открыли бактериологическую лабораторию, организовали фтизиатрическое и хирургическое отделения.



ПОЧЕМУ ТУБЕРКУЛЕЗ НЕПОБЕДИМ?

В прошлом году в Челябинской области 2041 человек заболел туберкулезом. Эту грозную инфекцию описал еще Гиппократ. Почему же до сих пор не удается победить это заболевание, как обезопасить от него себя и своих детей? Сегодня на эти вопросы отвечает главный внештатный фтизиатр министерства здравоохранения Челябинской области, руководитель областного противотуберкулезного диспансера Марина Владимировна ЛЕХЛЯЙДЕР.

— Это действительно очень серьезное заболевание с высокой смертностью. Схема его лечения от 18 до 24 месяцев. Самое обидное, что эта форма туберкулеза — дело рук человеческих, когда пациенты не проходят полный курс антибиотиков, бросают лечение. Такие недоленные больные ходят по улицам, выделяя микобактерию туберкулеза. И люди заражаются сразу лекарственно устойчивым туберкулезом, который долго и трудно лечится. У нас есть даже несколько случаев заражения подростков такой формой туберкулеза.

Раньше в структуре заболеваемости таких больных было минимальное количество, сегодня же их число выросло в три раза. В 2010 году у нас по области насчитывалось 324 таких пациента, сейчас их около тысячи.

— **Марина Владимировна, вы сказали, что от такой формы туберкулеза можно умереть?**

— Люди должны знать: если на ранней стадии туберкулез не диагностировать и не начать лечение, это может привести к повреждению легких и необратимым процессам. И это касается не только МЛУ-ТБ и сочетания туберкулеза и ВИЧ-инфекции. В прошлом году от туберкулеза умерло 407 южноуральцев. Смертность составила 11,6 случая на сто тысяч населения. Годом раньше эта цифра была 12,9. Как видите, существенное снижение смертности. Мы бьемся за каждого больного, но не всегда это зависит от медиков.

В Уральском федеральном округе Челябинская область занимает наиболее благополучное положение практически по всем показателям, касающимся туберкулеза. У всех наших соседей — Тюменской, Свердловской, Курганской областях — заболеваемость туберкулезом составляет 100 и более случаев на сто тысяч населения. У нас, напомню, 58,3.

Окончание на 2-й странице.



— **Две тысячи заболевших туберкулезом южноуральцев — это много или мало?**

— Это 58,3 случая на сто тысяч населения. Сравните: в 2015 году заболеваемость у нас составляла 63,7 случая на сто тысяч.

— **То есть снижение очень существенное. Поздравляю вас!**

— Радоваться, к сожалению, рано. Дело в том, что из этих вновь заболевших уже порядка 20 процентов составляют лица с ВИЧ-инфекцией. Туберкулез и ВИЧ протекают на фоне хронического иммунодефицита, одна болезнь подпитывает другую. Люди, у которых Т-лимфоцитов в крови меньше 350, то есть иммунитет ослаблен, имеют очень высокий риск заболеть туберкулезом. Челябинская область вошла в десятку самых неблагоприятных регионов России по ВИЧ. На учете в областном центре состоит более 40 тысяч ВИЧ-инфицированных. К сожалению, чаще

всего это асоциальные люди, многие из них употребляют наркотики. Говорить о том, что они заботятся о своем здоровье, не представляется возможным. Поэтому получается вот такой достаточно большой резервуар инфекции. И у нас в противотуберкулезной службе наблюдается около 5 тысяч южноуральцев, больных активной формой туберкулеза.

Для того чтобы пациенты СПИД-Центра не заболели туберкулезом, принята Российская программа снижения смертности от туберкулеза. В рамках ее мероприятий на первом месте консультация фтизиатром всех ВИЧ-инфицированных и назначение им химиопрофилактики, чтобы они впоследствии не заболели туберкулезом. Этим сейчас мы активно занимаемся с центром АнтиСПИД.

— **Другой серьезной проблемой вы назвали распространение лекарственно устойчивого туберкулеза (МЛУ-ТБ). Чем он опасен?**



Телефон (351) 775-19-11

ПОЧЕМУ ТУБЕРКУЛЕЗ НЕПОБЕДИМ?

Окончание. Начало на 1-й странице.

Заболелаемость детей у нас в три раза ниже общероссийской. В 80-е годы Южный Урал был включен в эксперимент по резкому снижению заболеваемости туберкулезом. И мы достигли показателя 24 случая на сто тысяч. Такой уровень мы удерживали до 1991 года, а в 1995-м, когда начался развал СССР, перестройка, заболеваемость выросла в три раза и достигла 74 случаев.

— **Такой рост произошел за счет мигрантов и других «понаехавших» в нашу область?**

— Не могу так сказать. Все приезжающие к нам обязательно обследуются на туберкулез. За прошлый год среди мигрантов выявлено 18 заболевших. Это немного.

— **Марина Владимировна, каков портрет вашего пациента? Это в основном асоциальные люди?**

— Тоже не факт! Я бы сказала, 50 на 50. В том-то и дело, что вполне благополучные люди боятся узнать о своем заболевании, не спешат на диагностику, а потом не лечатся, чтобы в семье, на работе не узнали, что у них туберкулез.

Есть такой индикативный показатель нашей работы: мы должны профилактически выявлять пациентов в 56 процентах случаев. У нас он чуть ниже — 55,7. К сожалению, выявляются все больше распространенных форм туберкулеза. Человек жил себе, ни о чем не подозревая, случайно попал на флюорографию, и у него обнаружился большой процесс в легких. Каждый такой случай серьезно расследуется. И выясняется, что человек не проходил флюорографию два-три, а то и пять лет. Перенес простуду на ногах. На слабость, потливость, кашель не обращал внимания. Только когда уж совсем плохо стало, вспомнил про флюорографию.

Люди у нас не очень ответственно относятся к своему здоровью. Об этом говорит и тот факт, что в ходе наших акций на Кировке, например, обязательно выявляются несколько случаев и туберкулеза, и рака легких. Ежегодно обнаруживается около тысячи случаев онкологических заболеваний, причем половина из них уже в III — IV стадии.

— **Какими путями попадают в диспансер ваши больные? Их привозят полицейские?**

— В том-то и дело, что сегодня пациент сам решает, лечиться ему или нет. Это право пациента. И практически никаких мер воздействия на него не предусмотрено. Есть Федеральный закон № 77, который говорит: если больной уклоняется от лечения, мы обязаны подать на него в суд. Работники нашей службы подают 300 — 400 таких заявлений ежегодно. Суды встают на букву закона и принимают решения — обязать лечиться. Далее мы обращаемся в службу судебных приставов, и они находят и привозят больного в диспансер. Однако дальнейшие механизмы воздействия не прописаны, и больной на следующий день или через неделю может спокойно уйти из больницы. У нас хорошо работает служба медико-социальной помощи, замечательные специалисты. После бесед с психотерапевтом 20 процентов больных все-таки проникается необходимостью лечиться и остается у нас. Остальные продолжают распространять инфекцию. Про лекарственно устойчивый туберкулез я уже говорила. И не существует ни уголовной статьи за распространение туберкулеза, ни его принудительного лечения, ни закрытых отделений для этого.

— **А на Западе лечение туберкулеза регулируется законом?**

— В Европе, США все это прописано на законодательном уровне. Если больной уклоняется от лечения, есть статья, по которой он тут же попадает в тюрьму и не может выйти из нее до излечения. Потому и заболеваемость туберкулезом там составляет 3 — 4 случая на сто тысяч. В России же у пациента даже в тюрьме есть право не принимать таблетки. Наши эксперты выезжают в места заключения, пытаются объяснить, убедить больного лечиться, а он пишет отказ и заражает туберкулезом всех своих сокамерников.

В 2001 году, когда вышел закон о предупреждении распространения туберкулеза в РФ, специалисты сразу просили: скажите «А», скажите «Б», дайте положение о принудительном лечении. В 2013 году я лично от нашей области ездила на заседание комитета Госдумы, где обсуждались эти острейшие проблемы. Специалисты в один голос сказали: необходима уголовная статья или положение об ответственности. На дворе 2017 год. Никаких сдвигов нет.

— **Так может, государство просто не располагает средствами для лечения всех туберкулезных больных?**

— Мы лечим абсолютно бесплатно, применяя самые современные достижения. Все новые диагностические методы, вплоть до молекулярно-генетического, позволяющего получить результат о бактериовыделении через два часа, работают у нас на потоке. В регионе установлено четыре таких молекулярно-генетических анализатора, позволяющих охватить всю область: Челябинск со всеми прилегающими территориями, горнозаводскую зону, Магнитогорск и весь юг области. В лечении мы применяем сложные режимы химиотерапии, лазер. Оснащение службы и квалификация специалистов позволяют проводить большинство высокотехнологичных операций на легких.

— **Что вы посоветуете нашим читателям, чтобы не стать вашим пациентом?**

— Если у вас есть какое-то хроническое заболевание, например, гастрит, значит, ослаблен иммунитет и вы находитесь в группе риска. Микобактерии передаются воздушно-капельным путем, в любую минуту они могут внедриться в ткань легкого, а раз есть сбой в организме — начнут размножаться. Поэтому не надо ждать начала болезни, лучше самому ежегодно проходить флюорографию. Задача у нас с вами одна — как можно раньше выявить заболевание. Тогда болезнь успешно лечится за три-четыре месяца, причем до полного рассасывания. Факт остается фактом: от культуры каждого человека зависит ситуация с туберкулезом в Челябинской области.

Н. ЧИСТОСЕРДОВА.

КАПЛЯ КРОВИ — СИГНАЛ О ПРОБЛЕМЕ

Существуют болезни, о которых в широких кругах говорить не принято. Именно к таким относится геморрой. Обычно человек, даже подозревая у себя это заболевание, старается избежать посещения проктолога, занимается самолечением, черпая информацию о лекарственных препаратах либо в Интернете, либо приобретая их по совету фармацевта. В результате болезнь не только не излечивается, но и усугубляется. Рано или поздно такие больные уже с осложнениями становятся пациентами хирургов-проктологов.

О заболеваниях кишечника мы беседуем с врачом-колопроктологом МБУЗ ГКБ № 8, кандидатом медицинских наук Еленой Анатольевной МАЛЕВОЙ.

— **Елена Анатольевна, с какими заболеваниями кишечника вам чаще всего приходится сталкиваться в своей работе?**

— Самая распространенная патология — это, конечно же, геморрой. По официальной статистике от этого заболевания страдает каждый второй-третий россиянин. Исходя же из собственного опыта работы, результатов профосмотров, могу сказать, что наличие геморроя мы выявляем практически у каждого обследуемого, причем возраст значения не имеет. Это могут быть молодые люди 18 — 20 лет, и поток их обихорен.

— **Чем можно объяснить омоложение заболевания?**

— Во-первых, наследственностью. Во-вторых, гиподинамией. Современные дети в основном ведут сидячий образ жизни: сначала в школе, потом в институте, а дома свободное время проводят за компьютером. В-третьих, увлечением спиртными напитками с раннего возраста. Многие подростки считают пиво безобидным напитком, пьют его в больших количествах, что в свою очередь приводит к увеличению объема циркулирующей крови и усугубляет застой крови в венах. Кроме того, сегодня геморрой встречается практически у каждой второй рожавшей женщины. В группе риска также люди, работа которых связана с поднятием тяжестей; посетители спортивных залов, интенсивно занимающиеся различными силовыми упражнениями, поднятием тяжестей.

— **Симптом, позволяющий заподозрить геморрой, — кровотечение?**

— У хронического геморроя два симптома — это кровотечение и выпадение узлов. К сожалению, большинство людей выпадение геморроидальных узлов считают нормальным явлением, самостоятельно их вправляют, и если нет кровотечений, к врачу не обращаются. При остром геморрое человек вынужден обратиться за медицинской помощью из-за болей, которые бывают настолько сильными, что могут привести к потере сознания. Хотя и острый геморрой некоторые

больные пытаются лечить самостоятельно, приобретая препараты по совету знакомых, делать это категорически нельзя! Для того чтобы назначить правильное лечение, необходимо установить точный диагноз. Кроме того, бывают определенные нюансы в течении заболевания, которые учитываются при составлении схемы лечения. В некоторых случаях требуется экстренное хирургическое вмешательство, что приводит к быстрому выздоровлению, в отличие от медикаментозного лечения, особенно выбранного неверно.

— **Елена Анатольевна, такой симптом, как зуд, может быть признаком геморроя?**

— Зуд, жжение, о которых так много пишут в Интернете, чаще являются симптомами сопутствующего заболевания, требующего отдельного тщательного обследования. Причиной анального зуда может стать сахарный диабет, различные паразиты, пищевые аллергены и т. д. При геморрое зуд может появиться вследствие застоя крови в расширенных кавернозных венах. При выраженном геморрое слизистая оболочка прямой кишки, как правило, воспалена, что приводит к обильным выделениям слизи и зуду.

— **Другое распространенное заболевание кишечника — полип, который называют «немым» предвестником рака, подлежит обязательному удалению?**

— Не всегда. Имеет значение его размер. Небольшие образования (плоские и до нескольких миллиметров в диаметре) технически удалить сложно или невозможно. Показанием к удалению является увеличение полипа в размерах.

Все пациенты с полипами и доброкачественными опухолями (аденомами) прямой кишки обязательно берутся на диспансерный учет с обязательным контролем каждые полгода, даже если образование было удалено.

— **Сегодня медицина располагает самыми разнообразными эффективными методами лечения проктологических заболеваний, в том числе малоинвазивными,**

щадящими. Они подходят для всех больных?

— Сейчас люди стали очень «грамотными», информацию о геморрое черпают из Интернета, сами назначают себе лечение, например, просят провести лазеротерапию. Однако при этом не учитывают, что их заболеванию уже 15 — 20 лет и ничего, кроме оперативного вмешательства, в этой ситуации врач уже предложить не может. Малоинвазивные методы лечения эффективны только при раннем обращении. У каждого из существующих методов есть свои ограничения, свои плюсы и минусы. Вопрос об их назначении решается только врачом.

— **Получается, что чем раньше человек придет к врачу, тем больше шансов у него избежать хирургического вмешательства?**

— Капля крови, появившаяся в стуле хоть раз, — это уже серьезный повод для обследования. К сожалению, реальная ситуация такова, что люди даже с обильным кишечным кровотечением не торопятся на прием к врачу. Если же вовремя обратиться к проктологу, геморрой можно вылечить без госпитализации. При позднем обращении оперативное лечение в условиях стационара неизбежно.

— **Имеет ли значение питание в профилактике рецидивов геморроя?**

— При любой проктологической патологии на период лечения и в послеоперационном периоде исключается острая, соленая, копченая пища, майонез, кетчуп, хрен, горчица, все приправы, даже сладкие, маринады, помидоры, цитрусовые, кислые фрукты (киви, ананас) и ягоды, кофе, алкоголь.

Если нет заболеваний почек, повышенного артериального давления с отеками и других противопоказаний, в день рекомендуется в среднем пить 2 — 2,5 литра воды. Важное значение в профилактике развития геморроя — это регулирование стула, поэтому в рационе должно быть достаточное количество клетчатки — в среднем 300 — 500 граммов овощей и фруктов в сутки.

Ж. КИСЕЛЕВА.



РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ —

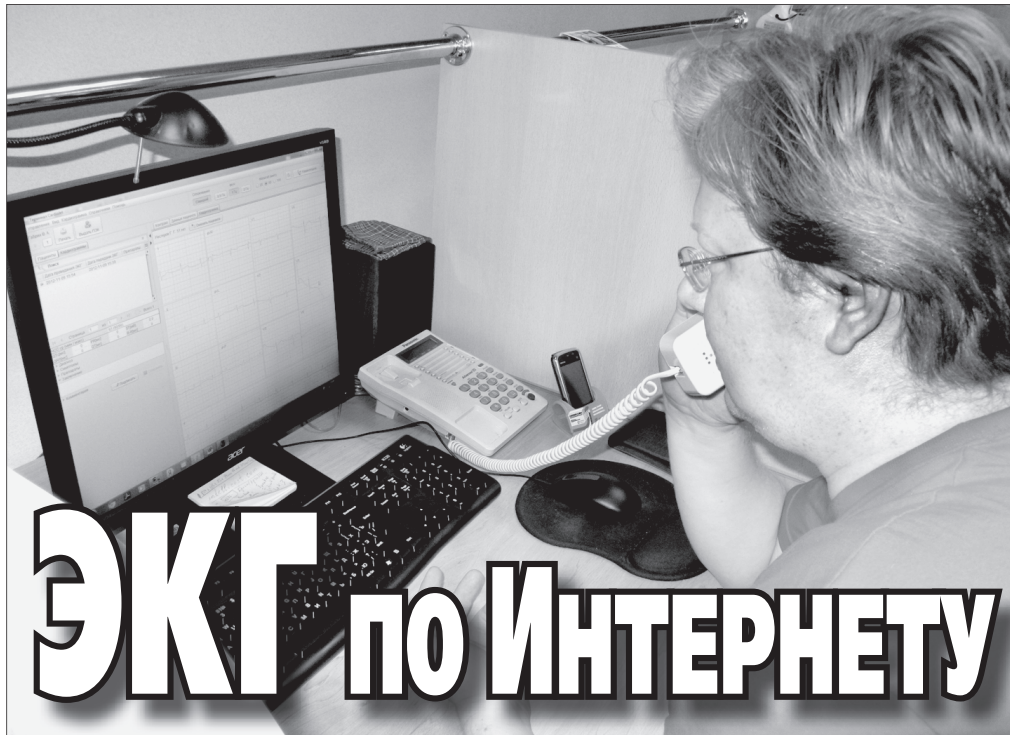
В последние годы рак молочной железы занимает первое место среди злокачественных опухолей женской части населения и 2 — 3 место среди всех злокачественных новообразований. В России только 30 процентов женщин ежегодно посещает врача-маммолога с профилактической целью. У половины пациенток онкологического диспансера рак молочной железы выявляется на III стадии, когда возможности лечения уже ограничены.

Злокачественные опухоли живут по определенным законам — чем меньше ее размеры, тем выше шанс на положительный прогноз. Именно позиция «страуса, зарывающего голову в песок», нежелание женщины обращаться к врачам, даже при явном неблагополучии с молочной железой, приводит к серьезным проблемам, считает акушер-гинеколог, маммолог специализированного городского приема по патологии климатерия МБУЗ ГКБ № 5 Татьяна Леонидовна ШЕБОЛТАЕВА.



Метод передачи ЭКГ по телефону появился в Челябинске в 2008 году. В городе был создан единый консультационно-диагностический центр функциональной диагностики. Сегодня он обслуживает всю область, принимая до 800 ЭКГ в сутки. В банке данных их уже около миллиона. Центр уникален не только своей мощностью, все его услуги для пациентов по-прежнему абсолютно бесплатны.

Мне повезло. Я попала в смену, где работают первые сотрудники центра. Восемь лет назад братья Габрины и Эдуард Гиниатуллин создавали его с нуля. Совсем юные кардиологи закончили ординатуру на кафедре знаменитого челябинского профессора Эмилии Волковой. Они прекрасно знали, сколько людей умирает от болезни сердца и как важно вовремя поставить диагноз, поэтому с радостью согласились участвовать в уникальном проекте. Он начинался с нескольких поликлиник Челябинска, участковым врачам которых выдали маленькие, как телефон, портативные ЭКГ-мониторы. На вызове у постели больного доктор снимал электрокардиограмму, а потом передавал ее по телефону в единый центр, который работает на базе областной клинической больницы № 3.



В уютном зале центра стоит удивительная тишина. Восемь специалистов за компьютерами стараются не мешать друг другу. Даже трель телефонных звонков приглушена. На мониторах появляются графические изображения кардиограмм. Их тут же анализируют специалисты. — Синусовый ритм, частота ударов 85 в минуту, несколько повышена нагрузка на правое предсердие, гипертрофия левого желудочка, — расшифровывает состояние сердца пациента из Увельского района кардиолог Игорь Габрин и тут же передает информацию его лечащему врачу. Пять минут занимает вся процедура. — Ситуация была не экстренная, — комментирует его брат Владимир Габрин за соседним монитором. — Большинство ЭКГ — плановые: диспансеризация, медосмотры, люди едут в санатории, готовятся к операциям... Но когда на вызов едут «скорые», они передают нам приличное количество инфарктов. Причем в последние четыре года инфаркты очень помолодели и встречаются даже у 25-летних. Мы диагностируем по пленкам и другие острейшие ситуации: фатальные нарушения ритма, тромбоэмболию. При острой патологии на расшифровку кардиограммы требуется до 10 — 15 минут. При малейшем сомнении врач организует срочный консилиум. На мониторах у всех специалистов появляется «тревожная» ЭКГ, ее обсуждают и принимают коллегиальное решение. При необходимости обращаются за кон-

сультацией к руководителю центра Владимиру Мильникову — он всегда на связи с кардиологами своей больницы. — По пленкам мы можем прогнозировать судьбу человека, — рассказывает Владимир Габрин, — но мы не видим самого больного. Поэтому принимать решение должен его лечащий врач. Мы же берем это на себя в двух ситуациях: если нас спрашивают и если видим экстренность. Владимир Алексеевич скромничает. Экстренных случаев, когда промедление смерти подобно, бывает до 300 — 400 в месяц. А на другом конце провода нередко оказывается фельдшер ФАПа или растерянный молоденький доктор из далекого поселка. Тогда специалисты центра принимают ответственность на себя и просто диктуют ему алгоритм действий. — Это огромное удовлетворение — видеть правило «золотого часа» в действии. Еще в пути, в машине скорой помощи врач делает тромболизис, и состояние больного кардинально меняется. Или мы рекомендуем экстренную коронарографию, а затем стентирование. И видим на повторной ЭКГ результат, динамику. Вот почему, несмотря на огромные нагрузки, скромную зарплату и круглосуточный график, первые сотрудники центра до сих пор работают здесь, спасая людей по телефону. Да еще и берут ночные дежурства в родной больнице — «чтобы не потерять форму».

Восемь лет работает в Челябинске единый консультационно-диагностический центр функциональной диагностики. Что изменилось за эти годы, каковы его перспективы — об этом мы беседуем с руководителем центра, кандидатом медицинских наук Владимиром Владимировичем Мильниковым.



— Центр был открыт в 2008 году по приказу управления здравоохранения города. В 2012-м расширен до областного, в 2014-м мы охватили всю область по полной программе. Когда организовывался наш центр, мы поставили цель максимально приблизить специализированную кардиологическую помощь к месту проживания пациента, в какой бы удаленной точке Челябинской области он ни находился. Первыми получили устройства для снятия и передачи ЭКГ челябинские участковые терапевты, позднее к проекту подключились медики других городов и районов. Теперь мобильными электрокардиографами оснастили офисы врачей общей практики и фельдшерско-акушерские пункты в самых отдаленных территориях Челябинской области. Конечно, за это время выросли и наши штаты, и мощности, и число передатчиков, последнее достигло 2500. Правительство и министерство здравоохранения Челябинской области поверили в нашу программу, выделили средства на организацию центра, закупку техники, а главное — на подготовку кадров. Обучение специалистов — это самое сложное. Ведь у нас работают не про-

стые врачи. Интенсивность их работы в два-три раза выше, чем обычного врача функциональной диагностики. Наши доктора имеют две специализации — кардиолога и функционалиста, владеют навыками слепой печати, кодирования цифровой электрокардиограммы и другими. У нас в штате 17,5 ставки специалистов, которые работают в круглосуточном режиме. В любое время дня и ночи, из любой точки Челябинской области фельдшер, участковый терапевт, бригада скорой помощи могут передать ЭКГ в наш центр и в течение 5 — 10, максимум 15 минут получить готовое распечатанное заключение. Могу с уверенностью сказать: таких центров, как у нас, нет ни в России, ни в Европе.

— Владимир Владимирович, создание такой системы дорого стоило. А какова отдача, результаты ее работы?

— Не секрет, что многие больницы, особенно в области, испытывают дефицит кадров. Восполнить этот вакуум в полной мере вряд ли удаст-

ся. Укомплектованность врачами функциональной диагностики недостаточная. Причем работают они, как правило, в первой половине дня. К тому же во многих районных больницах нет дежурных кардиологов. Но инфаркт миокарда не будет ждать утра понедельника. Когда человеку плохо, ему нужно оказать помощь в любое время суток, независимо от места его проживания. Сегодня это делают наши специалисты, которые дежурят круглосуточно. Это позволило раньше диагностировать инфаркт миокарда. Больные с острым коронарным синдромом стали раньше поступать в стационары. Есть приказ минздрава области № 1505 о том, что приемные покои больниц должны быть оснащены удаленным доступом к базе данных ЭКГ-банка, в котором у нас 300 тысяч хронических больных. Это позволяет не снимать повторно ЭКГ, увидеть динамику состояния, сэкономить время и силы как медиков, так и пациента.

В поликлиниках, где активно используется телемедицина, нет очередей на ЭКГ. Сокращено несколько десятков машин неотложной помощи, которые выезжали на дом к пациенту для снятия электрокардиограммы. А это зарплата водителя и медсестры, аренда машины — немалые деньги.

Наша система позволила сократить койко-день при остром инфаркте миокарда: если раньше он составлял 15 — 17 дней, то сейчас 10 — 11. В области это огромный внутренний резерв, позволяющий сэкономить

350 — 500 миллионов рублей в год. Это очень солидная цифра для здравоохранения!

И, наконец, самое главное, что дает дистанционная диагностика, — это снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, уменьшение показателей внутрибольничной летальности. Есть такой мировой норматив: если делается 0,5 ЭКГ на каждый прибор в сутки, то в регионе происходит снижение коронарной смертности от 6 до 12 процентов. В городах и районах, которые активно сотрудничают с нашим центром, наблюдается такая тенденция. Это прежде всего Кыштым, Аргаяш, Магнитогорск, областные больницы Челябинска № 2, 3, 4, 6.

— Извините, я не поняла, а что, есть больницы и территории, которые не хотят с вами работать?

— Наш центр, к сожалению, задействован лишь на 60 процентов своей мощностью. В Челябинской области на каждый портативный электрокардиограф снимается 0,19 ЭКГ. Есть районы, например, Уйский, Златоуст, где половина приборов никак не используется. Более того, нам не удалось установить контакты с Кунашакским районом.

Я не знаю, чем это объяснить — инерцией мышления, перегрузками, низкой зарплатой... Наши специалисты проехали за один год более десяти тысяч километров, чтобы обучить две с половиной тысячи медиков области. Снять одну электрокардиограмму в течение двух дней — это

всего 15 минут. Зато больному, часто тяжелому, не надо ехать за десятки километров, стоять в очередях, платить деньги.

Рано или поздно всем медикам России придется это делать — с 1 января 2017 года телемедицина вошла в 323-й Федеральный закон. В обращении президента к Федеральному собранию было дано задание провести быстрый Интернет во все больницы и максимально использовать телемедицинские консультации для пациентов.

— Получается, вы бежите впереди паровоза?

— И очень этим гордимся. Многие нам завидуют, хотят так работать и приезжают учиться. Челябинская область проблему решила: во всех уголках региона, в любой деревне у нас есть Интернет и электрокардиограф. Внедрение системы дистанционной электрокардиографии помимо медицинской эффективности имеет огромное социальное значение. Возможности фельдшера и врача неизмеримо возрастают, ведь теперь можно сделать ЭКГ и получить консультацию специалиста, не отходя от постели больного.

— Вы говорили о кардиопаспортах южноуральцев. Когда будет создана такая программа?

— Она работает. В нашей базе данных мы приближаемся к миллиону ЭКГ. Для того чтобы точно поставить диагноз, специалисту очень важно посмотреть электрокардиограмму в динамике. Например, иногда диагностировать инфаркт миокарда, нарушения ритма и проводимости сердца помогает сопоставление полученной и предыдущей кардиограммы. Раньше для этого нужно было делать запрос в кардиологическое отделение, где лечился пациент. Ждать приходилось не меньше пяти дней. Мы теряли драгоценное время. Сейчас все ЭКГ-паспорта находятся у нас на сервере. Чтобы найти ЭКГ, потребуются несколько секунд. Причем наши специалисты шифруют не только ЭКГ, но и анамнез, и факторы риска: гипертонию, наследственность, раннее несение, чем лечился. У главных врачей больницы есть доступ ко всем этим данным.

— Тогда напоследок расскажите о вашем последнем новшестве.

— Наконец удалось сдвинуть с мертвой точки внедрение холтеровского мониторирования. Это суточная запись ЭКГ с расшифровкой. В Челябинске двухмесячная очередь на мониторирование сердца, в области — годовая. Почему это исследование так важно? Диагноз «ишемическая болезнь сердца» можно поставить только на основании холтера. В покое, при отсутствии болей ЭКГ ничего не покажет. Холтер же позволяет отслеживать фатальные нарушения ритма, ишемию при нагрузках, еде, стрессе, повышении давления. По нашим подсчетам, в Челябинской области необходимо делать от 350 до 500 таких исследований в сутки. Это сама по себе огромная цифра! А кто будет описывать все эти холтеры?

На сегодня разработана система, позволяющая это делать. Она в два-три раза повышает производительность врача. Проведен первый аукцион по закупке современного оборудования. 36 холтеровских мониторов направлено для пилотного проекта в ЧОКБ № 3, миасскую больницу № 2 и магнитогорскую № 3. Мы уже начали принимать от семи до 40 холтеров в сутки. Это новый этап развития нашей службы на 2017 — 2018 годы.

Н. ЧИСТОСЕРДОВА.

ШАНС ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ

— Татьяна Леонидовна, кто такой врач-маммолог и в чем его отличие от онколога?

— Потребность в маммологах, специалистах, занимающихся лечением диффузных заболеваний молочной железы, основой которых являются гормональные нарушения, развивающиеся на фоне гинекологической патологии, появилась в связи с ростом рака молочной железы у женщин. Основная задача врача-маммолога — раннее выяв-

ление онкологической патологии с помощью таких информативных методов обследования, как маммография и УЗИ. При подозрении на онкологию пациентка направляется к врачу-онкологу для дальнейшего обследования и лечения.

— Маммография и УЗИ — идентичные методы или один из них более достоверен?

— Золотым стандартом выявления рака молочной железы у женщин старше 40 лет во всем

мире является маммография, а УЗИ является лишь вспомогательным методом. Молодым женщинам до 40 лет УЗИ показано в силу физиологического строения молочной железы, поскольку ее железистое строение не позволяет провести более достоверное обследование с помощью маммографа. На сегодняшний день единственный путь улучшения онкологической ситуации — ранняя диагностика. Поэтому каждая женщи-

на должна внимательно относиться к своему здоровью: пальпировать молочную железу, проходить ультразвуковое исследование молочной железы (2 раза в год), после 40 лет — маммографию (один раз в два года).

— Наиболее часто встречаемая патология молочной железы у женщин?

— Заболевания молочной железы можно разделить на три группы — к первой относятся диффузные, вызванные гормональными нарушениями в организме женщины. Ко второй — узловые образования — доброкачественные

(кисты, фиброаденомы) и злокачественные новообразования. В третью группу входят различные воспалительные заболевания молочной железы, например, маститы.

— Какие заболевания молочных желез можно назвать «немыми», а какие могут беспокоить женщину сразу?

— Диффузная мастопатия может сопровождаться масталгиями, циклическими болями в молочной железе. Мастит обычно развивается остро: сильные боли, высокая температура неизбежно приведут женщину к врачу.

Окончание на 4-й странице.



Телефон (351) 775-19-11

ЛУЧШАЯ ПРОФИЛАКТИКА — ЗНАНИЕ

В последние годы благодаря современным высокотехнологичным методам диагностики выявляемость заболеваний, передающихся половым путем, растет с катастрофической быстротой. К сожалению, многие люди, даже догадываясь о неблагополучии со здоровьем после случайного полового контакта, не обращаются к врачам и заражают близких людей. Отсюда многочисленные трагедии — распад семей либо исключение возможности создания полноценной семьи с рождением детей.

О ситуации с инфекциями, передающимися половым путем, мы беседуем с врачом-дерматовенерологом Владиславом Александровичем МАЛЕНИНЫМ.

— Владислав Александрович, исходя из опыта вашей работы, действительно ли ситуация с инфекциями, передающимися половым путем, представляет угрозу здоровью будущих родителей?

— Да, это так. Венерические заболевания и инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), являются одной из причин, приводящих к бесплодию. Причиной достаточно высокого уровня ИППП является изменившееся в последние годы сексуальное поведение людей, нежелание иметь только одного полового партнера, а частая их смена неизбежно приводит к серьезным проблемам со здоровьем.

— ИППП стали выявлять благодаря современным высокотехнологичным методам диагностики. Получается, что эти инфекции и раньше существовали, просто о них ничего не знали?

— Диагностика в те годы не была такой совершенной, как сейчас, поэтому врачи не понимали причин многих гинекологических заболеваний. Более качественный диагностический уровень позволил выявлять и, соответственно, правильно лечить таких больных. К примеру, если взять уреоплазму и микоплазму, было доказано, что именно эти бактерии являются причиной невынашивания беременности. Данное открытие позволило врачам-дерматовенерологам совместно с гинекологами заниматься профилактикой самопроизвольного прерывания беременности. Каждая женщина, однажды потерявшая ребенка и мечтающая о материнстве, должна обязательно обследоваться на наличие ИППП. В противном случае может сформироваться трудно поддающееся лечению гинекологическое заболевание — привычное невынашивание беременности.

— Причиной бесплодных браков тоже являются эти инфекции?

— Да, это одна из причин бесплодия как результат отсутствия адекватного лечения — самолечения, приводящего к серьезным осложнениям. Спачные процессы, при которых зачатие становится невозможным, вызывает хламидийная инфекция и гонорея. За распространение таких серьезных заболеваний, как сифилис и гонорея, человек, знающий о своем диагнозе, несет уголовную ответственность.

— Человек может заразиться сразу несколькими инфекциями?

— Микст-инфекцию можно собрать постепенно, а можно заразиться после единственного сексуального контакта. У нас была пациентка, которая после полового дебюта заразилась сразу пятью болезнями, в том числе и сифилисом. Сегодня, к сожалению, все чаще стал встречаться нейросифилис, при котором происходит тяжелое поражение нервной системы. Как



правило, до этого доводит самолечение.

— По каким симптомам можно заподозрить заражение ИППП?

— Клинические проявления зависят от вида инфекции и инкубационного периода, который может длиться от 1 до 30 дней. Симптоматически заболевание проявляется как легким, так и сильным жжением при мочеиспускании, выделениями, которые женщина принимает за цистит, вызванный переохлаждением. У мужчин в силу физиологического строения мочеполовой системы эти симптомы более выражены, поэтому они обращаются за медицинской помощью практически сразу после заражения.

— Как быть, если ИППП выявляются во время беременности?

— Лечение ИППП у беременных крайне важно. В противном случае возможно внутриутробное заражение плода, вплоть до самопроизвольного прерывания беременности. Лечение проводится лекарственными препаратами, не влияющими на плод.

— Гарантируется ли пациентам анонимность?

— Конечно. Результаты обследования

сообщаются пациенту лично. Без его согласия врач не имеет права сообщить о диагнозе даже близким родственникам.

— Почему так важно выполнять все рекомендации врача и не прерывать лечение?

— Это связано с последствиями, к которым приводят непролеченные инфекции. Самое тяжелое из осложнений — женское и мужское бесплодие. Особенно опасна в этом отношении гонорея, при которой воспалительный процесс очень быстро приводит к образованию спаек. В результате движение сперматозоидов по канальцам и яйцеклеток по маточным трубам прекращается, наступление беременности становится практически невозможным.

— В чем заключается профилактика этих заболеваний?

— Лучшая профилактика ИППП — это половое воспитание, которое нужно проводить как можно раньше, начиная со школы. Из всех возможных профилактических мер самой надежной гарантией является единственный, проверенный партнер.

Ж. КИСЕЛОВА.

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ — ШАНС ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ

Окончание.
Начало на 2 — 3-й страницах.

Узловые образования начинают беспокоить только на поздних стадиях, «немыми» в основном являются онкологические заболевания. К сожалению, многие женщины, даже обнаружив уплотнение в молочной железе, к врачу не обращаются. Когда же грудь начинает болеть, зачастую бывает уже поздно. Об эффективности лечения можно говорить на второй стадии болезни, а на первой о полном выздоровлении.

— Что в молочной железе должно насторожить и стать поводом для обращения к врачу?

— Онкологические заболевания могут быть неманифестными, никак себя не проявляющими, особенно на первой стадии. В некоторых случаях рак выявляется случайно, женщина при обращении жалоб не предъявляет, а маммография показывает изменения в молочной железе. Поводом для обращения к маммологу являются боли, дискомфорт при пальпации, выделения из соска, увеличение лимфатических узлов. Подтверждает или исключает диагноз врач-онколог после проведения биопсии.

— Татьяна Леонидовна, вопрос, волнующий многих женщин: провоцируют ли развитие онкологических заболеваний молочной железы контрацептивные препараты?

— То, что контрацептивы провоцируют онкологию — миф, который мне бы хотелось развеять. Для здоровья женщины это благо, но в хороших руках. Они назначаются только специалистом, врачом-гинекологом или маммологом, а не принимаются по совету знакомых или Интернета. Такое легкомыслие может привести к беде, ведь диффузные образования молочной железы возникают именно из-за неправильной концентрации гормонов. При грамотно подобранной контрацепции гормоны не должны резко повышаться в период овуляции, когда идет их повреждающее воздействие на матку, придатки и молочную железу. Кроме того, прием контрацептивов контролируется врачом. Только при таком подходе можно говорить о безопасности этих препаратов.

— Можно ли предотвратить развитие рака молочной железы?

— Профилактика рака молочной железы заключается в ведении здорового образа жизни: физической активности, контроле веса. Правильное питание включает уменьшение потребления соли, отказ от красного мяса (особенно после 50 лет), его лучше заменить рыбой. Для молочной железы полезны овощные салаты, шпинат, брокколи, красный болгарский перец, в которых содержится индол 3 карбинол, профилаксирующий пролиферативные процессы. Женщинам категорически противопоказано курение, увеличивающее риск развития рака молочной железы на 30 процентов. По возможности необходимо избегать длительных стрессов, при проблемах со щитовидной железой — наблюдаться у эндокринолога.

Ж. КИСЕЛОВА.

ГИГИЕНА — САМАЯ НАДЕЖНАЯ ПРОФИЛАКТИКА

Несмотря на успехи современной медицины, острые кишечные инфекции остаются одной из значимых проблем здравоохранения во всех странах мира, уступая по распространенности лишь острым респираторно-вирусным заболеваниям.

В целях предупреждения массового заражения инфекционными заболеваниями населения, связанными с эксплуатацией водопроводно-канализационных систем и качеством питьевой воды в период паводка, напоминаем о важности соблюдения несложных и эффективных мер защиты.

Ведущее место среди кишечных инфекций занимают вирусные диареи. Для них характерно острое начало, умеренно выраженные симптомы гастроэнтерита и энтерита. Часто кишечные проявления сочетаются с респираторными. Наиболее угрожа-

емой считается возрастная группа до 5 лет, у взрослых чаще бывает бессимптомное носительство.

Для возникновения инфекции латентная доза очень низкая (в пределах 10 вирусных единиц), что способствует заражению преимущественно бытовым и водным путями, возможно присоединение воздушно-капельного пути передачи.

Избежать заражения можно, особенно в организованных коллективах, используя для питья только кипяченую или бутилированную воду, хлорсодержащие дезинфицирующие средства. Пищевой путь передачи воз-

будителя преимущественно происходит через продукты животного происхождения: яйца, мясо птицы, говядину, свинину и пищу, приготовленную из них.

Существуют общие правила профилактики кишечных заболеваний:

- приобретать мясо, прошедшее санитарно-ветеринарный контроль;
- обеспечить качественную тепловую обработку пищи;
- соблюдать правила, исключающие возможность загрязнения продуктов через посуду, инвентарь, грязные руки;
- хранить отдельно сырую и готовую продукцию;
- соблюдать сроки реализации сырой и готовой продукции;
- соблюдать правила личной гигиены;
- пить только кипяченую воду.

ГОРОДСКАЯ ГАЗЕТА
НА ЗДОРОВЬЕ



Учредитель —
МКУЗ городской Центр медицинской профилактики. Газета зарегистрирована в Управлении Федеральной службы по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций по Челябинской области.
Рег. ПИ № ТУ-74-00356 от 05.03.2010 г.
Главный редактор И.В. СМОЛЕНЦЕВА.

АДРЕС РЕДАКЦИИ и издателя: г. Челябинск, пр. Ленина, 18. Т./ф. (351) 775-19-11. Отпечатано с оригинал-макета заказчика в ОАО «Челябинский Дом печати», Свердловский проспект, 60. Подписано в печать по графику и фактически в 22.00. Дата выхода — 10.03.2017. Заказ № 588. Тираж 20000 экз. Знак информационной продукции: 127. (12+). «Бесплатно». Электронную версию газеты читайте на медицинском портале www.med74.ru