

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

6+

ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№2 (170) ФЕВРАЛЬ 2017



Преступно пытаться поставить нас по «разные стороны баррикад»!..



В Госдуму поступил законопроект, предусматривающий уголовную ответственность за нападение на медработников при выполнении ими профессиональных обязанностей. Согласно документу, который был инициирован Мосгордумой, предлагается дополнить Уголовный кодекс РФ статьей «Применение насилия в отношении медицинского работника, посягательство на его жизнь при выполнении профессиональных обязанностей по оказанию медицинской помощи. Министерство здравоохранения РФ подтверждает, что законопроект в ближайшее время будет рассмотрен Правительством.

Мнения внутри экспертного сообщества разделились. Одни считают, что такая мера – обоснована. Только за 2016 г. было зафиксировано более 1250 нападений на медиков, а события февраля текущего года вообще стали беспрецедентными по числу просто зверских избиений медиков! Ситуация, считают эксперты, усугубляется еще и тем, что в России и без того наблюдается существенный дефицит медиков: «На первом месте по нехватке кадров в здравоохранении стоят врачи-анестезиологи и врачи скорой помощи. У них низкая зарплата, ночные смены, физически очень трудная работа, а если еще и не решить проблему с нападениями, то дефицит кадров крайне сложно будет решить». Другие – такую меру «защиты» видят чрезмерной.

Но нам представляется, что проблема гораздо глубже. Вопросы неоправданного, непонятного, нагнетаемого противостояния: врач - пациент нами поднимается не впервые. Трансформация отношения к медикам идет уже не один год. Сначала была волна негатива – к «платной медицине». Потом возникла иллюзия (и она активно продвигалась!) того, что государственное здравоохранение не может удовлетворить население качественной медицинской помощью – и только частная, с ее «технологическими возможностями и уровнем оплаты медперсоналу» – решит проблемы. Модернизация государственного здравоохранения, повышение доступности высокотехнологичных видов помощи - опять качнула маятник предпочтений в его сторону.

Но... население недовольно теперь уже и государственным, и частным здравоохранением!.. А действительно ли так недовольно?! Или такое мнение нам методично внушается? Постоянно в СМИ муссируются «жареные факты», извращается реальная статистика, последовательно умалчиваются бесспорные достижения...

Моя принципиальная позиция: абсолютное(!) большинство врачей, медицинских сестер – это честные, компетентные специалисты, работающие на совесть! И сотни, тысячи, миллионы пациентов, их родственников благодарны медикам за спасенные жизни и восстановленное здоровье. Но такие благодарности публично звучат крайне редко... Чаще - в День медицинского работника! И, к сожалению, порой - дежурно, казённо... А вот возникающие конфликты, на наш взгляд, излишне и часто извращая факты, публично обсуждаются, раздуваются. И вопрос отнюдь не в «закрытости медицины». Медицина - это одна из немногих профессий, которая связана с постоянным риском, огромным напряжением, эмоциональным выгоранием.

В профессиональной среде нарастает неудовлетворенность медиков своей работой – и не потому, что их «не устраивают» пациенты! Они, прежде всего, не готовы мириться с предвзятым негативным и зачастую крайне агрессивным отношением к своей профессии! «Вместо того, чтобы использовать свой опыт, навыки, клиническое мышление, – нас пытаются загнать в рамки «стандартов» и «нужных» индикаторных показателей! Сложные клинические случаи и драматические ситуации - однозначно толкуются как «врачебная ошибка или халатность медиков»!.. Объявлена фактически «охота на ведьм в белых халатах»!

С такими фактами профессиональное медицинское сообщество не готово мириться. Внедрение непрерывной системы профессионального образования, аккредитации специалистов, возрастание роли Медицинской палаты в вопросах аттестации специалистов, экспертизы качества оказания медицинской помощи, активизация работы в ЛПУ комиссий по этике, да и смена потребительского отношения к своему здоровью значительной части населения на более ответственное - отразится на изменении вектора отношения и к медикам. Но этот процесс - не быстрый!

Отношение к медикам в обществе - всегда некий индикатор состояния самого общества! Законное проявление заботы о враче, о медицинском работнике - это прежде всего проявление заботы о нашей с вами жизни, об улучшении медицинской помощи всему населению.

Думаю, закон об уголовной ответственности за нападение на медицинских работников будет принят! Но то, что требуется именно такая «забота» о жизни и здоровье медиков, - очень тревожный сигнал! Это лишний раз свидетельствует о необходимости постоянного конструктивного диалога профессионального медицинского сообщества и общества, заинтересованного и доброжелательного взаимодействия со СМИ. Именно в этом наш журнал видит одну из своих основных задач.



Всероссийский проект «Научись спасать жизнь»



О здоровье ваших ног



Лекарства и продукты: как правильно сочетать



Рак грудных желез у мужчин

На обложке: Инна Вадимовна СМАГИНА, доктор медицинских наук, профессор кафедры неврологии с курсом ФПК и ППС АГМУ, врач-невролог, высшая квалификационная категория, КГБУЗ «Краевая клиническая больница».

Фото: Лариса Юрченко.

С.В. Насонов. Вопросы кадрового обеспечения здравоохранения Алтайского края 2-5

А.Л. Репин, А.М. Смоляков, В.А. Ткачев. Организация офтальмологической помощи в Алтайском крае 6-7

СЕРДЦЕ ПОД КОНТРОЛЕМ

А.А. Ефремушкина. Сердечно-сосудистые заболевания у молодых людей 8-9

Всероссийский проект «Научись спасать жизнь» 10

Модернизация - жителям края 11

Долька за долькой: выбираем цитрусы 12-14

Как победить возрастную рассеянность 15

ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА

Ю.А. Дударева, В.А. Гурьева. Влияние Семипалатинского ядерного полигона на женское здоровье 16-17

И.В. Смагина. Лечение рассеянного склероза 18-19

Поколение Selfie 20

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

Е.М. Бороздова. «Дети солнца» 21-23

В.Ю. Улакова. Особенности невралгии затылочного нерва 23-24

Модернизация - жителям края 25

СЕРДЕЧНЫЙ РАЗГОВОР С КАРДИОЛОГОМ

А.В. Соколов. О здоровье ваших ног 26-29

И стены помогают.

Каким должно быть жильё пожилого человека 30

СПОРТ ВО ИМЯ ЖИЗНИ

Гимнастика для сильного пола 31

Лекарства и продукты: как правильно сочетать 32-33

СПОРТ ВО ИМЯ ЖИЗНИ

Выполняйте кранч правильно! 34

Е.Н. Воранкова. Комплекс лечебной физкультуры после оперативного лечения по поводу Hallux Valgus 35-37

ПОБЕДИМ СВОЙ СТРАХ!

О.Г. Гладышева. Рак грудных желез у мужчин 38-39

Н.В. Маркина.

Главные правила для безопасного сна ребенка 40

Вопросы, часто задаваемые сомнологу 41

Л.М. Сагайдачная.

«Медицинский работник на селе - ответственно!» 42-44



Вопросы кадрового обеспечения здравоохранения Алтайского края

ОТ РЕДАКЦИИ.

В рубрике «Модернизация - жителям края» мы намерены системно и последовательно информировать наших читателей о наиболее актуальных вопросах, связанных с организацией оказания медицинской помощи жителям края.

Одной из злободневных тем в отрасли, на наш взгляд, является кадровое обеспечение здравоохранения края. В условиях, когда «обязательное распределение» после окончания учебного заведения ушло в небытие, требования к качеству оказания медицинской помощи, а следовательно, и к специалистам, неуклонно растут; когда наряду с решением вопросов социальных проблем специалисты-медики отдают приоритет профессиональной удовлетворенности, состоятельности, - это многосложная задача.

О том, какие механизмы «закрепления» специалистов сегодня применяются в Алтайском крае, наш разговор - с заместителем министра здравоохранения края Сергеем Викторовичем НАСОНОВЫМ.



- По состоянию на 1 января 2017 года численность населения Алтайского края составляет **2376774 человек**, - рассказывает Сергей Викторович. - На селе проживают 1041503 человека (43,82% от всех жителей края). Причем, удельный вес сельских жителей в крае существенно выше, чем в среднем по Российской Федерации (**25,6%**) и Сибирскому федеральному округу (**26,7%**).

В соответствии с характером административно-территориального деления в крае сформировалась разветвленная сеть сельских медицинских организаций, в которой преобладают небольшие по мощности центральные районные больницы со значительным количеством обособленных подразделений первичной медико-санитарной и доврачебной помощи.

В полутора тысячах населенных пунктах первичная медико-санитарная помощь оказывается 877 фельдшерско-акушерскими пунктами, 208 врачебными амбулаториями, 5 районными, 9 участковыми и 59 центральными районными больницами.

Проблемы кадрового обеспечения здравоохранения связаны не только с дефицитом врачей и медицинских работников со средним профессиональным образованием по ряду специальностей, но и со сформировавшимися диспропорциями в отрасли, а именно: дисбалансом в укомплектованности штатов медицинских организаций, расположенных в сельской местности и в городах.

В целях преодоления сложившейся ситуации в отрасли здравоохранения в крае принимаются существенные меры по сохранению и развитию кадрового потенциала, повышению его профессионального уровня, оптимизации численности и состава, привлечению и закреплению медицинских кадров, в том числе в сельские медицинские организации. Необходимо отметить, что для реализации поставленной цели в крае осуществляется подготовка специалистов за счет средств регионального бюджета, проводятся конкурсы «Лучший врач года» и «Лучший средний медицинский работник», организовано санаторно-курортное лечение медицинских работников, реализуются программы «Земский доктор», «Земский доктор» в малых городах, «Сельский фельдшер».

- Сергей Викторович, в чем суть программы «Земский доктор»?

- Как уже было сказано выше, эта программа в Алтайском крае реализуется с 2012 года. Она направлена на привлечение и закрепление молодых врачей в медицинских организациях сельской местности.

Хочется отметить, что за пятилетний период реализации сама программа претерпела некоторые изменения. Так, если в начале, в 2012 году, ее действие распространялось только на медицинские организации, расположенные в сельских населенных пунктах, то уже в 2013 году область распространения программы значительно расширилась - были включены



Модернизация - жителям края

ны рабочие поселки, в которых медицинские работники также обслуживают сельское население.

Изменились возрастные ограничения для участников программы. В 2012 году врач мог подать заявку на компенсационную выплату, если его возраст не превышал 35 лет. В 2015 году на единовременные компенсационные выплаты по программе «Земский доктор» могли претендовать специалисты с высшим медицинским образованием не старше 45 лет. **С 2016 года возрастной ценз увеличился до 50 лет.**

Трансформировалась и доля финансирования программы. Изначально, в 2012 году, средства на единовременные компенсационные выплаты поступали только из федерального бюджета. В следующие три года выплаты осуществлялись по принципу софинансирования - по 500 тысяч рублей из федерального и регионального бюджетов. А с 2016 года доля региональных бюджетов уменьшилась на 10%, соответственно, соотношения средств на выплаты врачам составили 40% и 60%. На реализацию программы «Земский доктор» с 2012 по 2016 годы было израсходовано 846млн. рублей, в том числе из федерального бюджета - 568млн. 200 тысяч, из краевого - 277млн. 800 тысяч.

За период реализации Программы в Алтайском крае в 2012-2016 годах **846 молодых врачей трудоустроились в сельские медицинские организации**, в том числе 147 молодых специалистов - в прошлом году. В структуре врачей, трудоустроившихся в сельские медицинские организации за весь период реализации программы, **94%** - это специалисты в возрасте до 35 лет. Удельный вес лиц в возрасте от 41 до 50 лет, трудоустроенных в 2015-2016 годах, - **9,7%** (28 человек).

- Эта программа завершена? Как она повлияла на улучшение кадровой ситуации?

- Алтайский край входит в первую пятерку регионов по количеству участников программы «Земский доктор». В Сибирском федеральном округе Алтайский край занимает лидирующее место по количеству трудоустроенных специалистов в 2012-2016 годах по этой программе.



Учитывая такой положительный результат реализации программы, **Правительство Российской Федерации в 2017 году распределило в Алтайский край наибольшую сумму по Сибирскому федеральному округу (84млн. рублей) как иные межбюджетные трансферты из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования.** Так, для сравнения в другие регионы Сибири выделено значительно меньше денежных средств: Новосибирская область - 75млн., Красноярский край и Томская область - по 60млн., Омская область - 56,4млн. рублей, Кемеровская область на эти цели получит 37,8млн. рублей.

Приятно отметить, что основную часть участников программы «Земский доктор» составили выпускники нашего Алтайского государственного медицинского университета: **428 человек.** Из других регионов России в наш регион для участия в программе «Земский доктор» привлечены **54** молодых специалиста. Из других городов края в село переехали **230** врачей, в том числе из Барнаула - **123.** Из медицинских организаций, расположенных в сельской местности, уволены по собственному желанию с последующим трудоустройством в другие центральные районные больницы **134** врача.

На работу в сельские населенные пункты направились **780 (92,2%)** молодых врачей, **66 (7,8%)** молодых

По программе «Земский доктор» в Алтайском крае в 2012-2016 годах в сельские медицинские организации трудоустроились 846 молодых врачей, из них 147 - в прошлом году. В структуре врачей, трудоустроившихся в сельские медицинские организации за весь период реализации программы, 94% - это специалисты в возрасте до 35 лет.



В 2016 году в указ по реализации программы «Сельский фельдшер» включены фельдшеры скорой медицинской помощи, прибывшие на работу в сельский населенный пункт после окончания образовательной организации.

специалистов трудоустроились в рабочие поселки, расположенные на территории Алтайского края.

В рамках участия в программе «Земский доктор» в сельские медицинские организации прибыли молодые специалисты наиболее остро востребованных специальностей.

В результате реализации программы «Земский доктор» с 2012 по 2016 годы удалось сократить дефицит медицинских кадров с высшим медицинским образованием во многих районах края, в частности: Алтайском, Благовещенском, Волчихинском, Кулундинском, Родинском, Романовском, Солонешенском, Солтонском и Славгородском.

- *Сергей Викторович, учредителя здравоохранения сегодня являются краевыми. Означает ли это, что муниципалитеты края не вовлечены в решение кадровых вопросов медицины?*

- Для привлечения и закрепления молодых специалистов по инициативе Губернатора Алтайского края администрациями муниципальных образований края подписано соглашение на реализацию мер социальной поддержки в отношении молодых специалистов в сфере здравоохранения и приняты муниципаль-

ные программы по кадровому обеспечению медицинских организаций.

Особенно актуальными являются такие муниципальные программы мероприятия для малых городов Алтайского края, медицинскими организациями которых оказывается медицинская помощь сельскому населению края.

С учетом положительного опыта реализации программы «Земский доктор» и с целью устранения кадрового дефицита в медицинских организациях малых городов в 2016 году на территории Алтайского края впервые реализована программа в малых городах: Горняке, Змеиногорске, Камне-на-Оби. Все ее участники были выпускниками Алтайского государственного медицинского университета, в котором обучались согласно договорам о целевом обучении. Руководители медицинских организаций малых городов сами определяли специальности участников программы в соответствии с потребностью лечебных организаций.

По итогам 2016 года в краевые медицинские организации малых городов трудоустроились и получили выплаты в размере 1млн. рублей в равных долях из краевого и муниципального бюджетов два врача-хирурга, терапевт, травматолог-ортопед, дерматовенеролог, оториноларинголог.

На реализацию программы в 2016 году из бюджета субъекта Российской Федерации было израсходовано три миллиона рублей.

В результате реализации программы отмечается увеличение укомплектованности штатных должностей врачей: в целом по краю - на 0,8% (составляет 52,8%), в сельской местности - на 1,9%, в малых городах - на 0,8%.

- *Сергей Викторович, при такой структурной особенности здравоохранения края вопрос обеспечения кадрами медицинских работников со средним специальным образованием не менее актуален?*

- С целью повышения доступности первичной медико-санитарной помощи населению Алтайского края, проживающему в сельской местности, поэтапного устра-



Модернизация - жителям края

нения дефицита медицинских кадров, а также дифференцированных мер социальной поддержки медицинских работников с 2014 года в Алтайском крае действует региональная программа «Сельский фельдшер», в соответствии с которой единовременная компенсационная выплата в размере 500 тысяч рублей из краевого бюджета предоставляется фельдшеру, прибывшему для работы в фельдшерско-акушерском пункте, который обязуется проработать по данному месту работы в течение пяти лет.

За период реализации программы в ФАПы, расположенные в сельской местности с численностью населения от 250 до 1900 человек и отдаленных от центральной районной больницы на 20-60 километров, трудоустроены **73 фельдшера**: 58 человек - в фельдшерско-акушерские пункты, на станции (в отделения) скорой медицинской помощи - 15 фельдшеров.

Из числа трудоустроенных **68%** фельдшеров приступили к работе после окончания образовательных учреждений и **32%** переехали на работу в ФАПы и на станции (в отделения) скорой медицинской помощи из городских медицинских организаций.

На реализацию программы «Сельский фельдшер» в период с 2014 по 2016 годы из краевого бюджета израсходовано 36,5млн. рублей.

Эффективность программы «Сельский фельдшер» выражается и в позитивных изменениях показателя укомплектованности медицинских организаций средними медицинскими работниками в нашем регионе.

Укомплектованность штатных должностей средних медицинских работников физическими лицами в 2016 году в целом по краю **увеличилась на 2,9%** и составляет 76,2%. В сельской местности укомплектованность средними медицинскими работниками выше краевого показателя **на 13,1%** и составляет 79,7%.

- Сергей Викторович, вы дали подробную информацию о принимаемых мерах. И осо-



бенно важно - упомянутые программы продолжают реализовываться. Не может случиться так, что ряд территорий окажутся наиболее предпочтительными из-за близости к крупным городам, более развитой инфраструктуры?..

- Реализация программ контролируется Министерством здравоохранения Алтайского края. Мы определяем перечень должностей и медицинских организаций, требующих в первую очередь укомплектования особо востребованными специалистами.

В планах на 2017 год сохраняются все обязательства по реализации трех вышеуказанных программ, в краевом бюджете предусмотрены необходимые суммы средств на единовременные компенсационные выплаты врачам и средним медицинским работникам.

Масштабность и сложность задач, которые поставлены перед здравоохранением края, требуют наших совместных действий, и только так мы действительно можем достичь тех результатов, на которые мы рассчитываем и к которым мы стремимся. ☺

ПОЛЕЗНЫЕ ССЫЛКИ:

Всё о программе «Земский доктор» вы можете узнать здесь:
<http://zdravalt.ru/specialist/zemskiy-doktor/>

Ознакомиться с программой «Сельский фельдшер», узнать какие ФАПы Алтайского края участвуют в Программе, можно здесь:
<http://zdravalt.ru/specialist/ru-ral-paramedic/>

Вы готовы принять участие в конкурсе на Лучшего специалиста? Необходимую информацию можно найти здесь:
<http://zdravalt.ru/specialist/competition/>



Организация офтальмологической помощи в Алтайском крае

Александр Леонидович РЕПИН,

главный внештатный офтальмолог Алтайского края, кандидат медицинских наук, высшая квалификационная категория, Заслуженный врач Российской Федерации, главный врач;

Александр Михайлович СМОЛЯКОВ,

врач-эксперт, высшая квалификационная категория;

Владимир Александрович ТКАЧЕВ,

заместитель главного врача по экспертизе качества лечения, высшая квалификационная категория,

- КГБУЗ «Алтайская краевая офтальмологическая больница»

Офтальмологическая помощь в Алтайском крае оказывается врачами-офтальмологами, которые прошли профессиональную подготовку в интернатуре или клинической ординатуре и имеют действующий сертификат по специальности «Офтальмология».

Этот сертификат подтверждается каждые 5 лет при условии регулярного повышения квалификации врачей на специальных курсах, семинарах, конференциях и съездах офтальмологов.

При достижении определенного стажа работы и профессиональных навыков врач-офтальмолог может получить квалификационную категорию: от второй (при наличии базовых навыков и стаже работы не менее трех лет) до высшей, которая присваивается наиболее опытным врачам, у которых стаж работы - не менее 10 лет и которые владеют методиками хирургического и консервативного лечения сложных больных.

В офтальмологических кабинетах городских и районных поликлиник оказывается так называемая **первичная специализированная медицинская офтальмологическая помощь**. Таких кабинетов в государственной медицинской сети Алтайского края всего **130**; кроме того, в последние годы не только в городах, но и в районных центрах появилось множество частных офтальмологических кабинетов, которые, как и государственные, должны быть оснащены в соответствии с Порядком (перечнем), утвержденным Минздравом России.

Медицинская консультативная помощь в кабинетах оказывается на основании стандартов медицинской помощи при определенных видах заболеваний глаз и федеральных клинических рекомендаций, также утверждаемых Минздравом РФ и Всероссийской Ассоциацией врачей-офтальмологов. Соблюдение требований по оснащению кабинетов и использованию стандартов находится под постоянным контролем со стороны администраций медицинских организаций, Росздравнадзора, страховых медицинских организаций.

Как правило, в **глазном кабинете центральной районной больницы (ЦРБ) или городской поликлиники офтальмологическую помощь оказывают как взрослым, так и детям**. В штатном составе офтальмологического кабинета ЦРБ работают специально подготовленные медицинские сест-

ры, имеющие сертификат по специальности «Сестринское дело в офтальмологии». Всего в поликлиниках Алтайского края работают **129 врачей и 169 медицинских сестер**.

Если возникают затруднения в дифференциальной диагностике или методологии лечения глазной патологии, а также если есть необходимость углубленной диагностики и проведения стационарного (и микрохирургического) лечения, **пациента направляют на консультативный прием в одну из краевых медицинских организаций**. Это: консультативно-диагностическое отделение Алтайской краевой офтальмологической больницы с отдельной детской офтальмологической поликлиникой, консультативный офтальмологический прием в поликлинике краевой клинической больницы, Алтайской краевой клинической детской больницы, в диагностических центрах Алтайского края, городах Бийске и Рубцовске. Офтальмологические кабинеты в медицинских организациях краевого уровня оснащены самым современным, высокоинформативным диагностическим оборудованием, которое позволяет поставить диагноз в самых сложных случаях.

Неоценимую роль в обеспечении первичной офтальмологической помощи играют **кабинеты неотложной офтальмологической помощи**. Их в Алтайском крае - **три**: в Барнауле (на базе городской больницы №8), Бийске (городская больница №4) и Рубцовске (городская больница №3). Здесь оказывается круглосуточная медицинская помощь при острых заболеваниях и повреждениях органа зрения, независимо от наличия каких-либо направлений, прописки, полиса обязательного медицинского страхования.

Стационарная офтальмологическая помощь оказывается в офтальмологических отделениях различного уровня: в специализированной краевой офтальмологической больнице, офтальмологическом отделении краевой клинической больницы, двух офтальмологических отделениях городской больницы №8



Модернизация - жителям края

Барнаула, городской больницы им. Литвиненко (Новоалтайск), а также в межрайонных офтальмологических отделениях городов Бийска, Рубцовска, Камня-на-Оби и Славгорода. Всего в офтальмологических стационарах края работают **60 врачей и более 200 медицинских сестер**.

В Алтайском крае выделено **513 офтальмологических коек, из них для детей - 81**. Заметим, что в расчете на тысячу населения обеспеченность офтальмологическими койками самая высокая в России и почти в два раза превышает общероссийский уровень.

Работа офтальмологических отделений в последние годы жестко регламентирована утвержденными Минздравом порядками и стандартами, а также объемами ежегодно определяемого государственного задания на объемы медицинской помощи. Это касается подбора кадров, количества штатных единиц медработников, оснащения отделения, показаний к отбору больных на госпитализацию, применяемых методик диагностики и лечения.

В соответствии с порядками и стандартами в офтальмологических отделениях, в основном, проводятся хирургическое лечение, а также диагностика и лечение наиболее сложных заболеваний, если это невозможно провести на амбулаторном этапе.

В 2016 году в Алтайском крае проведено более **19446 глазных операций**, из них 2418 - операции по поводу глаукомы, 9260 - по поводу катаракты, причем, около 98% из них сопровождаются одномоментной имплантацией искусственного хрусталика, что в большинстве случаев позволило вернуть полноценное зрение ранее слепым пациентам. Операции по поводу катаракты в основном проведены с использованием современной методики микроинвазивной (то есть с разрезом 1,5-2мм длиной) ультразвуковой факэмульсификации.

С 2010 года в краевой офтальмологической больнице начали оказывать высокотехнологичную медицинскую помощь при самой тяжелой глазной патологии, в том числе при заболеваниях сетчатки



Прием ведет А.М. Смоляков,
Алтайская краевая офтальмологическая больница

и стекловидного тела, врожденной патологии органа зрения, рефрактерной глаукоме (имплантация антиглаукомных шунтов, дренажей). В 2016 году произвели впервые за последние 15 лет **20 сквозных пересадок консервированной роговицы** при неизлечимых ранее заболеваниях роговицы.

С 2014 года в Алтайской краевой офтальмологической больнице активно внедряем стационарзамещающие технологии. Это стало возможным благодаря приобретению современного оборудования, внедрению малотравматичных методов хирургического лечения, а также высокой квалификации хирургов. Высокая востребованность данного вида помощи позволила увеличить количество мест в дневных стационарах с 6 (2012 год) до 77 (2016 год). Проведено 1298 хирургических вмешательств, в том числе 775 - при катаракте, 31 интравитреальное введение лекарственных средств, 115 иссечений доброкачественных новообразований.

Помимо повышения доступности высокотехнологичной медицинской помощи и внедрения стационарзамещающих технологий приоритетом в развитии офтальмологической службы края является территориальное приближение современных методов диагностики и лечения к жителям отдаленных районов и сёл. Офтальмологи краевых учреждений с

самого первого дня работы социального автопоезда «Здоровье» являются обязательными его участниками, выезжают к своим пациентам на места, и офтальмологическая помощь в рамках этого проекта остается одной из наиболее востребованных.

В долгосрочной целевой программе «Развитие здравоохранения в Алтайском крае до 2020 года» предусмотрено создание кабинетов диабетической ретинопатии в Бийске и Рубцовске, которые будут оказывать помощь по полису ОМС. Также в отдаленных городах края предусмотрено развитие современной малотравматичной хирургии катаракты, глаукомы, создание консультативно-диагностических отделений.

В тех случаях, когда больному невозможно оказать необходимую помощь в условиях Алтайского края, он может быть направлен на бесплатное лечение в центральные клиники России по квотам Минздрава.

Медицинская помощь при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты в государственных медицинских организациях края оказывается бесплатно в пределах территориальной программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи в Алтайском крае. ☺



Сердечно-сосудистые заболевания у молодых людей



**Анна Александровна
ЭФРЕМУШКИНА,**

главный внештатный кардиолог Алтайского края, доктор медицинских наук, профессор кафедры терапии и общей врачебной практики с курсом ДПО, Алтайский государственный медицинский университет

Развитие сердечно-сосудистых заболеваний в молодом возрасте на сегодня, к сожалению, - не нонсенс. К молодым мы относим людей в возрасте от 18 до 44 лет.

Самый возраст, чтобы жить и любить, воспитывать детей и расти профессионально. Но вдруг, ни с того ни с сего: «сердечная» болезнь или даже хуже - внезапная смерть.

Ежегодно от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) во всем мире погибают 17 миллионов человек, 25% из них становятся жертвами внезапной сердечной смерти (ВСС). Причем, число случаев ВСС среди молодых поколений составляет 0,46-3,7 на 100 тысяч населения в год. **Наиболее частыми причинами ВСС в молодом возрасте являются: патология ионных каналов, кардиомиопатии, миокардиты и различные интоксикации, в том числе наркотические и лекарственные.**

В нашем регионе мы серьезно задумались о предупреждении сердечно-сосудистых катастроф, потому что молодые пациенты в Алтайском крае также умирают от внезапных (без проявлений болезни до этого) сердечно-сосудистых смертей или инфекционно-воспалительных заболеваний, поражающих миокард или клапаны сердца. Причем, вследствие данных причин пациенты пожилого возраста погибают почти в два раза реже.

Сердечно-сосудистая катастрофа в молодом возрасте, как правило, - это синдром, развитие которого определяется такими основными причинами, как нервно-психическое перенапряжение, нарушение липидного обмена, повышенное артериальное давление, курение и наследственная предрасположенность.

Факторы риска

К основным факторам риска возникновения ССЗ относятся нарушение липидного обмена, повышенное артериальное давление, курение, тягостная наследственность. Кроме наследственности, **на большинство факторов каждый человек может повлиять, ведя здоровый образ жизни:** регулярная физическая нагрузка, употребление овощей и фруктов, рыбы жирных сортов (не менее двух раз в

неделю), отказ от курения. Очень важно своевременно выявлять и контролировать повышение уровня артериального давления: оно должно быть меньше 140/90 мм рт.ст.!

Если исходно сосуды в порядке, то молодой человек (как женщина, так и мужчина) может длительно страдать артериальной гипертензией без фатальных последствий. Но на фоне имеющейся аневризмы (расширения) или врожденного стеноза (сужения) сосудов головного мозга эпизод повышения артериального давления может стать жизнеугрожающим. Обнаруживаются врожденные аномалии, как правило, случайно либо после появления клинических симптомов. Вот почему так важно регулярно проходить диспансеризацию.

Помимо факторов риска возникновения ССЗ, на которые можно повлиять и устранить их, **есть факторы, на которые мы повлиять не можем.** Это - возраст, пол, наследственность. Кроме того, существуют исходные состояния, представленные нам как данность. Например, это повышенное тромбообразование, пролапс митрального клапана, генетические дефекты, которые сопровождаются нарушением структуры миокарда или его электрической функции, кардиомиопатии. И диагностика некоторых из них, как прижизненная, так и посмертная, представляет большие трудности.

Недавно был добавлен такой фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний, как **поведение типа А, или коронарного типа:** это очень энергичные, решительные, амбициозные люди, конкурентные, занимающие агрессивную позицию. У них интенсивная мыслительная активность, психологическая напряженность, отсутствие периодов внутреннего расслабления и отдыха. У таких людей достаточно часто развиваются цереброваскулярные катастрофы.

У меня на приеме всё чаще стали встречаться мужчины до 35 лет, ведущие малый бизнес, имеющие как минимум двух детей и неработающую жену.



Сердце под контролем

Они - мужчины-добытчики, возложившие на себя материальную и социальную ответственность. У них высокая степень тревоги, они нередко курят, алкоголь употребляют редко, но часто имеют алиментарное ожирение и повышенные цифры артериального давления, так называемое «высокое нормальное АД» («маскированную гипертонию»). Эту гипертонию сложно выявить и лечить, что приводит к развитию её осложнений: инфарктов, инсультов, нарушений ритма и так далее. **Если у вас есть ночные смены, имеется высокий психоэмоциональный стресс, ожирение, ночью во время сна вы храпите, - обязательно сходите к врачу!!!**

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) встречается у молодых пациентов редко. Атеросклероз, в большинстве случаев являющийся причиной ИБС, для молодых людей менее актуален - в первой половине жизни бляшки на стенках сосудов просто не успевают образоваться и достичь таких размеров, чтобы вызвать обструкцию коронарных артерий. Зато именно в этом возрасте нередко **проявляют себя аномалии строения и расположения сосудов сердца и головного мозга**. Выявить их помогают *коронарография и цветное дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий с последующей ангиографией с компьютерной визуализацией сосудистого рисунка головного мозга*. При обнаружении извитостей или стенозов всегда встает вопрос об операции. Решение остается за пациентом, однако, по данным исследований, частота инсультов в такой ситуации составляет порядка 1%, а риск неблагоприятного исхода операции - 3%. Поэтому всегда взвешивайте все «за» и «против» совместно с вашим лечащим врачом.

Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний

Первое, что рекомендуют людям молодого возраста, - **отказ от курения**. Никотиновая зависимость повышает риск возникновения инфаркта и инсульта примерно на 50%, а избавление от нее в течение двух лет снижает этот показатель на 32-36%. То же самое касается и алкоголя.

Еще одно условие здоровой и долгой жизни - **физическая активность и спорт**. За день необходимо проходить не менее 6-10 тысяч шагов. Контролировать это количество помогают различные программы в смар-



тфонах. Быстрая ходьба, бег, занятия в фитнес-клубе - такая регулярная физическая нагрузка укрепляет сердечную мышцу и способствует ее выносливости. Не менее важно и адекватное чередование трудовой деятельности и отдыха. Постоянное психоэмоциональное напряжение, стресс также негативно влияют на наше сердце. В скоростном ритме мегаполиса **находите время на себя, учитесь расслаблять и мозг, и тело**. Эффективны в этом плане занятия йогой, ци-гун.

Для поддержания здоровья сердца и сосудов необходимы **полиненасыщенные жирные кислоты**, которые содержатся, например, в рыбе, морепродуктах.

Для профилактики тромбообразования и тромботических осложнений с целью вторичной профилактики (то есть когда уже имеется заболевание сердечно-сосудистой системы) назначают **препараты ацетилсалициловой кислоты**. **Это может делать только врач!!!** Принимать их нужно на фоне гастропротекторов во избежание осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта.

В целом, сердечно-сосудистая заболеваемость у мужчин выше, чем у женщин. Этот факт связан не только с особенностями образа жизни, но и с гормональным профилем. Женские гормоны - эстрогены - предупреждают сердечно-сосудистые катастрофы. Вот почему у женщин, которым в молодом возрасте по каким-либо причинам удалили яичники, быстро и прогрессивно развивается атеросклероз. При этом гормональная терапия после трех лет непрерывного применения ассоциируется с повышением риска венозных тромбозов. Представительницам прекрасного пола с уже имеющимися прочими факторами риска сердечно-сосудистых катастроф не рекомендуют длительно принимать оральные контрацептивы.

Профилактика сердечно-сосудистых катастроф на сегодняшний день носит **индивидуальный характер**, проводится среди всех возрастных групп и строится на стратегии высокого риска.

В Алтайском крае успешно работают центр и кабинеты профилактики, куда вы можете обратиться самостоятельно, а грамотные и сертифицированные специалисты потратят на вас не менее 40 минут и дадут персонализированные рекомендации. ☺



Всероссийский проект «Научись спасать жизнь»

13 февраля в Министерстве здравоохранения Алтайского края состоялось итоговое мероприятие Всероссийского проекта «Научись спасать жизнь». В нем приняли участие заместитель председателя Правительства Алтайского края Виктор Мещеряков, начальник Главного управления МЧС России по Алтайскому краю Игорь Лисин, заместитель министра здравоохранения Сергей Насонов.



«Основная идея проекта заключается в том, чтобы любой человек, не имеющий специального образования, при наличии определенных знаний мог в эк-



стремальной ситуации спасти жизнь пострадавшего до приезда специалистов. Очень важно, чтобы в учебных заведениях, трудовых коллективах были люди, умеющие оказывать первую помощь», - отметил в своем выступлении Виктор Мещеряков.

В Алтайском крае мероприятия в рамках акции проходили с 31 января. Преподаватели ОБЖ вузов и сузов Алтайского края, а также среднеобразовательных школ региона повышали квалификацию, посещали различные тренинги, мастер-классы, лекции, посвященные вопро-

сам оказания первой помощи и психологической поддержки. А уже 8 февраля во всех образовательных учреждениях Алтайского края прошли открытые уроки, посвященные вопросам оказания первой помощи и психологической поддержки, которые провели участники проекта «Научись спасать жизнь». Всего в открытом уроке приняли участие более двух тысяч человек.

«На сегодня снижение смертности - это одна из основных задач, поставленных перед Министерством здравоохранения Президентом Российской Федерации и Губернатором Алтайского края. В нашем регионе более 10 лет ведется системная работа по обучению принципам доврачебной помощи с получением статуса спа-

вателя. Но проект «Научись спасать жизнь» дал новый импульс данной работе. Она приобрела более масштабный уровень, благодаря его реализации обучение основам оказания первой помощи проходит сразу на трех уров-



нях. Таким образом мы не только научим наше подрастающее поколение оказывать первую помощь, но и, возможно, подтолкнем некоторых школьников в дальнейшем выбрать медицинское образование», - подчеркнул Сергей Насонов.

Процесс обучения подошел к завершению, участники проекта получили документы об окончании, но это лишь первый шаг в работе. Уже вскоре педагоги начнут проводить обучение среди своих коллег и учащихся. ☺





Влияние Семипалатинского ядерного полигона на женское здоровье



Юлия Алексеевна ДУДАРЕВА,

кандидат медицинских наук, врач-акушер-гинеколог, первая квалификационная категория, доцент;



Валентина Андреевна ГУРЬЕВА,

доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный врач РФ

- кафедра акушерства и гинекологии с курсом ДПО, Алтайский государственный медицинский университет

Проблемы экологии, особенно воздействие неблагоприятных факторов окружающей среды на здоровье человека, остаются и сегодня достаточно актуальными. Согласно Указу Президента РФ, 2017 год в России объявлен Годом экологии.

Репродуктивная система женщины является индикатором неблагоприятного влияния окружающей среды, в том числе и радиационного излучения. Повреждающее воздействие неблагоприятных факторов окружающей среды на женский организм оценивают по менструальной и репродуктивной функциям, течению беременности и родов, гинекологической заболеваемости, течению климактерия, времени наступления менопаузы.

Испытания ядерного оружия на Семипалатинском полигоне в атмосфере с 1949 по 1962 годы существенно повлияли на здоровье женщин, непосредственно находившихся в зоне радиационного воздействия, а также на их потомков в первом и втором поколениях. Наиболее значимое негативное влияние на здоровье населения Алтайского края оказало первое испытание ядерного оружия - 29 августа 1949 года, проведенное при неблагоприятных погодных условиях.

Изучение отдаленных последствий испытаний началось в 1990 году, более чем через 40 лет после первого испытания (!), и потребовало разнопланового комплекса научных исследований, которые проводились сотрудниками одиннадцати институтов страны в рамках сопровождения Государственной программы «Семипалатинский полигон - Алтай».

На сегодня в Алтайском крае создан и активно функционирует **Алтайский медико-дозиметрический регистр**, как составная часть Национального радиационно-эпидемиологического регистра, который включает информацию о численности, составе и состоянии здоровья населения Алтайского края, подвергшегося радиационному воздействию в результате испытания ядерного оружия на Семипалатинском полигоне, их детей и внуков.

Наибольший интерес представляет состояние репродуктивного потенциала женщин Алтайского края. Было изучено состояние здоровья трех поколений женщин: непосредственно подвергшихся радиационному воздействию, поколение детей (дочерей) и поколение внуков (второе поколение потомков).

Репродуктивные нарушения у женщин, находившихся в зоне радиационного воздействия (1933-1950гг. рождения), проявлялись нарушением менструального цикла, гормонально-зависимыми заболеваниями (миома матки, доброкачественные дисплазии молочных желез), климактерическим синдромом практически у 50%, ранним наступлением менопаузы (46 лет). **Для их дочерей** (первое поколение потомков) также были характерны нарушения менструального цикла, гормонально-зависимые заболевания и



Школа ответственного родительства

хронические воспалительные процессы гениталий.

Особый интерес представляет состояние соматического и репродуктивного здоровья **женщин второго поколения потомков (внучки)**, которые сейчас вступили в детородный возраст и от здоровья которых зависит репродуктивный потенциал следующего, третьего, поколения потомков. Для женщин второго поколения потомков, прародители которых находились в зоне радиационного воздействия, характерно увеличение соматической патологии, преимущественно - хронических воспалительных заболеваний органов мочевыделительной системы, заболеваний щитовидной железы, особенно аутоиммунного тиреоидита, железодефицитной анемии.

У внучек пострадавших от испытаний ядерного оружия установлена дисфункция иммунной системы в виде нарушения клеточного звена иммунитета, снижения фагоцитарной активности нейтрофилов, повышения провоспалительных цитокинов, способствующих развитию аутоиммунной патологии и хроническому течению имеющихся заболеваний.

Среди гинекологической патологии прослеживается рост частоты хронических воспалительных заболеваний женских половых органов, нарушений менструального цикла и, как следствие, - бесплодие. При этом у женщин - потомков лиц, находившихся в зоне радиационного воздействия, среди причин нарушения репродуктивной функции преобладает фактор, ассоциированный с воспалительными процессами, прежде всего, - эндометрия.

Выявлено нарушение детородной функции в виде повышения частоты невынашивания, осложненного течения беременности, неблагоприятных исходов.

Более выраженное воздействие на репродуктивное здоровье потомков передается по женской линии, когда прамама находилась в зоне радиационного воздействия, проявляющееся в осложненном течении бе-



ременности, преждевременных родах, бесплодии и нарушении менструального цикла.

Поэтому на сегодняшний день крайне важной задачей является **сохранение и поддержание репродуктивной функции потомков лиц, прародители которых находились в зоне радиационного воздействия**, так как от состояния их здоровья будет зависеть здоровье следующих поколений потомков.

Всем женщинам, потомкам облученных лиц, рекомендовано регулярное наблюдение в условиях женской консультации, с консультациями терапевта, эндокринолога, проведением полного гинекологического обследования.

При планировании беременности необходима прегравидарная подготовка, включающая как общие лечебно-оздоровительные мероприятия: устранение физических и эмоциональных нагрузок, вредных привычек, сбалансированный рацион питания, прием фолиевой кислоты 400мкг в сутки (2-3 месяца) для снижения риска пороков развития нервной трубки у плода, - так и дополнительные мероприятия при наличии гинекологических заболеваний, отягощенного акушерского анамнеза, экстрагенитальной патологии. ☺

У внучек пострадавших от испытаний ядерного оружия выявлено нарушение детородной функции в виде повышения частоты невынашивания, осложненного течения беременности, неблагоприятных исходов.



Лечение рассеянного склероза



**Инна Вадимовна
СМАГИНА,**

доктор медицинских наук, профессор кафедры неврологии с курсом ФПК и ППС АГМУ, врач-невролог, высшая квалификационная категория, неврологическое отделение, КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Продолжаем разговор о таком серьезном хроническом заболевании, как рассеянный склероз. Это длительно текущее, прогрессирующее заболевание центральной нервной системы, которое возникает, в основном, у молодых людей.

В процесс постепенно вовлекаются все отделы нервной системы: появляются двигательные, чувствительные, координаторные, мыслительные нарушения, вовлекается мочеполовая система, страдает зрение. Развитие рассеянного склероза может привести к параличу, частичной или полной утрате зрения и, как следствие, - к инвалидизации.

Лекарственных средств, позволяющих полностью излечиться от рассеянного склероза, не существует, но правильно назначенное лечение позволяет замедлить его прогрессирование и снизить степень тяжести болезни.

Есть несколько видов лечения.

Первый - лечение обострения заболевания. В каждом случае состояние пациента обязательно должен оценить врач-невролог. Бывает так, что пациент находится в состоянии стресса и ему кажется, что мир буквально рухнул: его физическое состояние резко ухудшилось. И в таких случаях важно обратиться (самостоятельно или с помощью родственников, близких людей) к врачу, чтобы тот объективно оценил состояние пациента: есть ли в данный момент обострение или это ухудшение в течении заболевания. Если действительно имеет место обострение, принят единый подход (и в нашей стране, и во всем мире) - назначение гормонов (кортикостероидов) коротким курсом. Подчеркну, что это - не половые гормоны, от них не набирают излишний вес. Врачи-неврологи Алтайского края осведомлены об особенностях назначения данных препаратов и грамотно используют их в лечении больных рассеянным склерозом.

Следующий вид лечения - длительная терапия, она назначается сразу же после постановки диагноза. Длительная терапия называется «ПИТРС» - **препараты, изменяющие течение рассеянного склероза.** Подчеркну: именно **изменяющие** течение заболевания, в том числе, предотвращающие обострение и таким образом замедляющие

течение заболевания, а не излечивающие от него. Эти препараты - инъекционные: в нашей стране пока не используется таблетированная форма, которая, бесспорно, была бы удобнее для применения. Одни пациенты делают инъекции каждый день, другие - раз в неделю, в зависимости от назначаемого препарата и тяжести заболевания. Эта терапия дорогостоящая, но препараты ПИТРС назначаются за счет федерального бюджета.

Каков алгоритм получения ПИТРС? Пациент приходит на прием к неврологу, диагноз подтверждается независимо от того, обострение или ремиссия болезни в данный период. Врач назначает препараты, которые пациент затем получает адресно - через государственную аптеку по месту жительства.

Правильный выбор препаратов для лечения рассеянного склероза для конкретного больного очень важен, потому что для ожидаемого положительного результата их необходимо начинать принимать как можно раньше и использовать длительное время. При ярко выраженных побочных эффектах и осложнениях после приема конкретного препарата необходимо срочно обратиться к врачу для замены лекарства, но курс лечения при этом прерывать нельзя!

Выбор препарата для лечения от рассеянного склероза осуществляет врач-невролог, который специализируется в этой области исходя из индивидуальных особенностей пациента: его образа жизни, чувствительности к компонентам препарата, предрасположенности к каким-либо побочным эффектам, длительности болезни, выраженности симптомов. Через полгода проводится контроль - оценивается эффективность назначенных препаратов. Это делается двумя способами: по существующей клинической картине и результатам МРТ. С результатами обследования пациенту необходимо обратиться в **Центр рассеянного склероза в краевой клинической**



больнице. Благодаря его созданию было найдено оптимальное решение: в Центре наблюдаются 1,5 тысячи пациентов, что позволяет максимально исключить ошибки.

Наши пациенты весьма привержены лечению, они хорошо понимают, каких надо ждать результатов: это - стабилизация состояния, предотвращение обострений болезни, максимальная отсрочка инвалидизации. И молодые люди, которых большинство среди наших пациентов, понимают и принимают важность постоянной терапии, которая необходима для сохранения качества их жизни.

Есть примеры, когда больной рассеянным склерозом выбирает альтернативные методы лечения, например, гомеопатию. Причем, прием гомеопатических средств не всегда идет одновременно с ПИТРС. Принимая подобное решение за основу, пациент может быть стабилен некоторое время, то есть явного для него ухудшения в состоянии здоровья не наступает. Но в организме исподволь происходят необратимые изменения. И при наступлении очередного обострения состояние может резко ухудшиться, вплоть до появления признаков инвалидизации. Получается, что драгоценное время для лечения упущено. Другой альтернативный метод - апитерапия, воздействующая на иммунную систему человека. При этом метод до конца не изучен, доказанного эффекта от такого лечения нет. Среди пациентов нашего Центра есть приверженцы китайской медицины. Переубедить их невозможно, но, к счастью, таких пациентов единицы.

Если препараты ПИТРС первой линии неэффективны при лечении данного пациента, резервом являются препараты так называемой второй линии. Они также являются дорогостоящими и полностью финансируются федеральным бюджетом. Пациентам с агрессивным течением рассеянного склероза назначаются данные препараты неврологами нашего Центра. В полной мере оценить эффективность применения препаратов второй линии можно лишь через некоторое время - опыт лечения пока небольшой.

Есть еще один вид терапии - симптоматический. Назначаются препараты, которые решают возникающие проблемы в состоянии больного человека хотя бы на ограниченное время. К примеру, если у пациента из-за болезни возникли проблемы с мочеиспусканием, он был вынужден, собираясь в дорогу, уже за сутки не принимать пищу. Сейчас есть препараты, позволяющие решить данную проблему, не доводя организм до обезвоживания.

Сегодня в мире проводится много исследований именно по лечению рассеянного склероза, на поиск более эффективных препаратов направлены значительные средства. Уже есть сведения о развитии третьей линии препаратов.

Что можно считать главным результатом терапии рассеянного склероза? Когда пациент десятилетиями сохраняет не только качество своей жизни, но и работоспособность. Но есть и агрессивные формы болезни, когда любые применяемые препара-



ты оказываются неэффективными. В каждом случае мы, врачи, стремимся, чтобы большее количество пациентов при своевременном назначении терапии смогли сохранить хорошее качество жизни.

Насколько образ жизни сказывается на течении болезни? Нашим пациентам совершенно четко **противопоказано перегревание.** В правильности этого запрета они убеждаются на собственном опыте: попарился в бане - буквально перестал ходить. Температура тела вернулась в норму, ограниченность в движениях «ушла». Поэтому если отказаться от посещения бани невозможно, то исключить поход в парную просто необходимо. То же самое касается и **нахождения на открытом агрессивном солнце.** Обязательно ношение головных уборов, исключены прогулки в дневные жаркие часы.

Враги наших пациентов - это стрессы и любые вирусные инфекции.

Также больные рассеянным склерозом **должны избегать переутомления.** Нельзя в ущерб полноценному сну ночью сидеть за компьютером, читать, смотреть телевизионные программы. Необходимо придерживаться правильного режима дня.

Противопоказаны виды спорта, связанные с повышенной затратой энергии. Можно плавать, но не стремиться к рекордам, ходить в тренажерный зал, но разумно выполнять упражнения. Таким образом, жестких спортивных запретов нет, достаточно разумно подходить к своим тренировкам.

Не доказан факт влияния питания на течение рассеянного склероза. Но **питание обязательно должно быть сбалансированным.** Это означает, что можно есть всё, но в разумных количествах.

Плохо, если человек, страдающий от рассеянного склероза, не имея признаков инвалидизации, не выходит из дома, если родители оградили его от всего мира, чтобы избежать влияния отрицательных внешних факторов.

Приветствуем, когда наши пациенты не опускают руки, а стараются работать и активно жить, несмотря на имеющийся диагноз. И это правильно! ☺



«Дети солнца»

С 2006 года 21 марта отмечается Всемирный день людей с синдромом Дауна. В России отметили этот день впервые в 2011 году. День и месяц для этого события были выбраны не случайно - они символически отражают природу возникновения патологии: третий месяц говорит о трисомии, а число 21 - о лишней 21-й хромосоме.

Дети, у которых синдром Дауна, имеют всего лишь одну лишнюю - 47-ю - хромосому по сравнению с обычными людьми, у которых их 46. Но именно эта генетическая аномалия делает их не похожими на всех. За такими детьми давно закрепился термин «солнечные дети»: они отличаются особой жизнерадостностью, ласковостью, способны дружить, сочувствовать и сопереживать.

Синдром Дауна назван в честь английского врача Джона Дауна, который в 1866 году обнаружил сходство в поведении, умственных возможностях и проявлении эмоций у людей с некоторыми общими особенностями строения черепа и языка. А в 1959 году французский ученый Жерар Лежен выявил истинную причину синдрома - появление лишней хромосомы.

Многочисленные исследования подтверждают **зависимость частоты синдрома Дауна от возраста матери**: средний возраст женщин, родивших больных детей, составляет от 33 лет и выше. Но есть случаи, когда и у 19-летних молодых мам рождались дети с такой патологией.

Симптомы синдрома Дауна можно увидеть уже при появлении на свет новорожденного ребенка. Ярко выражены и отчетливо видны во внешности характерные физические отличия: плоское лицо, узкий разрез глаз, складки на верхнем веке, неправильная форма черепа, плоский затылок, маленькие ушные раковины, короткие нижние и верхние конечности, короткие пальцы, искривлённый мизинец, имеется поперечная складка на ладони. Эти дети часто имеют пороки сердца, для них характерны торможение и искажение роста костей, умственная отсталость, сниженный мышечный тонус, нарушение координации движений. Такие дети позже начинают ходить, говорить, но у многих из них есть музыкальный слух, при этом они очень веселые, ласковые, терпеливые.

Единственное, что увеличивает риск рождения ребенка с синдромом Дауна, - это возраст его биологических отца и ма-

тери. Чем старше родители, тем вероятнее появление на свет ребенка с генетическими отклонениями. Для женщины «критический» возраст наступает с 33-35 лет (подобная вероятность повышается до 1:30). Для мужчин опасность повышается после 42 лет. Связано это с устареванием женского организма и ухудшением качества сперматозоидов у мужчин. Также **высока причина рождения «солнечного ребенка» у матерей-даунов** (около 50%), но в большинстве случаев у них на ранних сроках происходят самопроизвольные выкидыши. Мужчины-дауны детей иметь не могут. Также **курение, алкоголизм, наркомания, асоциаль-** ▶



**Елена Михайловна
БОРОЗДОВА,**

медицинская сестра
участковая врача-
педиатра участкового,
высшая квалификационная
категория, КГБУЗ
«Благовещенская
центральная районная
больница», член АРОО
«ПАСМР» с 2007г.

Советы родителям «солнечных детей»

*Старайтесь придерживаться следующих правил
- и это облегчит вашу жизнь:*

- ◆ **Преодолевайте** страх и отчаяние.
- ◆ *Не тратьте* драгоценное время на поиски виновных.
- ◆ **Определите**, какая помощь необходима вашему ребенку и вашей семье.

◆ *Обращайтесь к специалистам*: медицинская помощь (консультация у детского психоневролога и других специалистов), психолого-педагогическая помощь (обучение в специализированном учреждении на основе рекомендаций ПМПК).

◆ **Врожденные пороки сердца** при синдроме Дауна наблюдаются в 30-40% случаев, и, как правило, эти дети отличаются небольшой соматической ослабленностью, у них часто может наблюдаться затрудненное дыхание, одышка. Поэтому надо особенно хорошо проветривать помещение, где находится малыш. В ряде случаев полезно использовать увлажнитель воздуха.

◆ *Воспитание детей с синдромом Дауна* в семье несколько облегчается тем, что большинству из них присуще дружелюбие, они по мере своих сил и возможностей стараются заслужить одобрение взрослых. Если у ребенка есть братья и сестры, то они, конечно, будут являться важными партнерами по играм. На втором году жизни особенно необходимо развивать речь. Этому помогают детские песенки, книжки с картинками и простой игровой материал.

◆ **Ребенок с синдромом Дауна будет развиваться лучше**, если близкие люди будут относиться к нему с терпением и любовью, если в его семье будут согласие и взаимопонимание.



Советы медицинской сестры

◀ **ный образ жизни** не увеличивают вероятность рождения ребенка с синдромом Дауна.

На появление этой патологии **не влияют экология, температура окружающей среды или погода.** В России ежегодно рождаются 2500 детей с синдромом Дауна, и 85% семей отказываются от таких малышей. Ребенок с такой патологией может родиться в любой семье. Болезнь одинаково распространена на всех континентах и в любых социальных слоях. Дети с синдромом Дауна рождались в семьях президентов Джона Кеннеди и Шарля де Голля. Поэтому родители не должны винить себя в том,

что у ребенка обнаружен синдром: считается, что это случайная генетическая мутация, единственное, что вы можете сделать в этой ситуации, - принять и полюбить ребенка. Многие родители, воспитывающие таких детей, утверждают, что те не страдают от своего состояния. Они растут веселыми и счастливыми, никогда не лгут, не испытывают ненависти, умеют прощать. Родители таких малышей считают, что лишняя хромосома - не болезнь, а просто особенность. **Поэтому достаточно изменить свое отношение к этой генетической особенности, чтобы воплотить в свою семью «солнечный свет».**

История из жизни...

На мой педиатрический участок весной 2016 года переехала необычная семья ГОНТАРЕНКО, где воспитываются особенные дети.

Когда я шла навестить их в первый раз, испытывала некоторое волнение. Скорее я опасалась своим появлением нарушить привычный уклад жизни семьи или ребятишек. А еще, конечно, как человек, который никогда не общался напрямую с такими детьми, я находилась под влиянием, увы, распространенного в нашем обществе негативного мнения. Но увиденное чудо перевернуло все мои представления и породило вопрос: чем заслужили «даунята» обывательски-негативное к себе отношение?

Они посмотрели на меня широко раскрытыми глазами и расцвели в очаровательной улыбке, словно мы хорошо знакомы и они очень рады встрече. Широко раскинув маленькие ручки, Василина бросилась ко мне на колени, обняла меня за шею и позволила себя поцеловать. Жанна просто трогала меня за руки. Дети облепили меня со всех сторон. Так мы познакомились с лучезарными детьми с синдромом Дауна.

- Дети, не шалите! - не повышая голоса, пожурила деток Ирина, когда дети позволили себе слишком много, с точки зрения мамы, нежности в отношении гостя. Их объятия и лучезарные улыбки поражают своей искренностью и непосредственностью.



Дети мелкими шажками принесли мне две игрушки. Убедившись, что они приняты и рассмотрены, а гость беседует с мамой, удалились в гостиную смотреть телевизор.

О таких детях никто не мечтает, их не ждут... Более того, для многих родителей диагноз малыша звучит как приговор. В 2002 году семья Гонтаренко решила усыновить малыша - так появился первенец Платон, сегодня он - 15-летний подросток, хорошо учится. В 2007 году появился Глеб. У него были проблемы со здоровьем, пережили три операции, но сейчас всё хорошо. А в 2008 году появился первый ребенок с синдромом Дауна - Жанночка. Потребовалось немало времени, чтобы принять её такой, какая она есть. Это объяснимо: в нашей стране жизнь людей с синдромом Дауна до сих пор окутана мифами и предрассудками. Пожалуй, только родители, Сергей и Ирина, точно знают, что их дочка ничем не хуже других, просто она «особенная»: она - активный ребенок, любит играть с братьями, бегать во дворе. В 2010 году в семье появился Сергей, здоровый, любознательный и подвижный сыночек. А через год семья пополнилась еще одним «солнечным ребенком»: Василина больше времени проводит на руках у родителей либо усердно перебирает вещи в шкафчике. Следующим стал Семён - ему в этом году исполнится пять лет, это здоровый веселый, улыбчивый мальчик. Антон появился в семье два года назад. Сейчас ему семь лет, активный, любознательный, любит технику - и это несмотря на



страшный диагноз «ДЦП». Осенью 2015 года в семью вошел Илья, «солнечный» 7-летний ребенок. Он очень улыбчивый, общительный, любит обниматься. Летом 2016 года семья приняла Карину. А через полгода у Гонтаренко появился еще один «солнечный ребенок» - Верочка, ей всего два годика, и пока она еще привыкает к своей большой семье.

- Неправду говорят, что люди с синдромом Дауна мало чего понимают, - утверждает глава семьи Сергей. - Просто им сложнее выразить свои мысли, но они поддаются обучению. Главное - условия, в которых они живут и воспитываются.

В данный момент семья Гонтаренко воспитывает десять детей: четверо из них - «солнечные». Родители уверены, что, чтобы стать счастливыми родителями, достаточно просто уметь любить. «Дурных генов» супруги не боятся, уверены, что всё зависит только от воспитания, а уж это они и стараются дать своим сыновьям и дочкам. А биологических родителей, оставивших этих детей, Гонтаренко не осуждают - они просто радуются, что получили возможность воспитывать ребятшек, без которых Ирина и Сергей уже не представляют своей жизни.

Дети - самая незащищенная категория граждан, и государство, согласно нор-



мам действующего законодательства, призвано защищать как личные, так и имущественные права, интересы тех, кто самостоятельно сделать это не может. Одна из форм такой защиты для детей, оставшихся без попечения родителей, согласно ст.145 Семейного кодекса РФ, - опека и попечительство. Очень часто люди говорят, что этот человек успешен, видя его достижения. Кто-то радуется за него, а кто-то завидует. Не видна глазу работа, которую проделывает уполномоченный по опекаемым детям. За каждым достижением лежит большой каждодневный труд. ☺

Фото предоставлено автором Е.М. Бороздовой.

Особенности невралгии затылочного нерва

Валентина Юрьевна УЛАКОВА,

палатная медицинская сестра неврологического отделения, КГБУЗ «Городская больница №8, г.Барнаул», член АРОО «ПАСМР» с 2014г.

Невралгия затылочного нерва - одно из наиболее дискомфортных заболеваний, сопровождающееся так называемой стреляющей болью в голове.



Невралгия затылочного нерва встречается в 20-30 случаях на 100 тысяч населения, ежегодно ею заболевают около 5 человек на 100 тысяч населения. По статистике, чаще болеют женщины моложе 40 лет. В нашем отделении за два года были пролечены 68 человек.

Головная боль - крайне распространенная проблема. Согласно статистике, каждый в среднем один раз в течение одного месяца мучается от очередного приступа неприятных ощущений. Такая распространенность объясняется простым фактом - причин и проблем достаточно много, а значит, много и факторов-провокаторов. В зависимости от характера боли и ее локализации врачи могут определить спектр возможных первоприн. **Если болезненные ощущения характеризуются как стреляющие, а очаг находится в области затылка, то это говорит о невралгии затылочного нерва.** Зачастую это является последствием травмы и формирования новообразования: такие события могут не только повредить сами позвонки, но и нанести вред нервным корешкам, что и провоцирует приступы сильной боли.

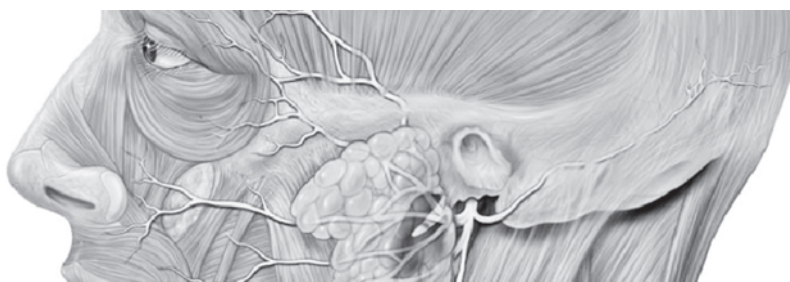
Пускать проблему на самотек нельзя, так как помимо усиления и учащения болей это может обернуться разрушением нервов в области затылка, последствия чего трудно предугадать (зачастую это оборачивается потерей зрительной функции).

Выясним, в чем специфика проблемы и как с ней бороться.

ПЕРВОПРИЧИНЫ

В зависимости от того, что именно послужило источником заболевания, специалисты делят его на **два общих вида:**

- **первичная форма,** которая не имеет явных предпосылок своего развития;
- **вторичная форма,** являющаяся следствием механического воздействия на участок (оно может быть как извне, так и изнутри, например, разрастающейся опухоли).



Советы медицинской сестры

Боль при невралгии прямо связана с сократительными движениями мышц, и очень часто болезнь путают с мигренью. Стоит понимать, что в этих двух ситуациях механизмы появления неприятных ощущений различны, а значит, и подход к лечению должен быть разным, не говоря уже о необходимости профессионального назначения комплекса лечения.

Невралгия затылочного нерва - это серьезное заболевание, при котором следует сразу обратиться к врачу!

Причины первичной формы на данный момент еще не изучены. Поэтому рассмотрим **возможные причины развития вторичной невралгии затылочного нерва:**

- травматическое повреждение в результате механического воздействия на данный участок позвоночника извне;
- болезни межпозвоночных дисков, прогрессирующие в шейном отделе;
- компрессия затылочных нервов, которая происходит из-за наличия дегенеративных процессов в позвоночнике;
- наличие в организме инфекционного заболевания;
- отложение солей мочевой кислоты (подагра);
- воспалительные процессы кровеносной системы;
- в группе повышенного риска находятся люди, страдающие сахарным диабетом;
- опухоли, поразившие нервные корешки шейного отдела позвоночника или головной мозг;
- длительное мышечное напряжение шеи и плечевого пояса. Обычно это имеет место у людей, которые на протяжении длительного времени находятся в статичном положении - перенапряженные мышцы попросту сдавливают затылочный нерв;



1 - затылочный нерв
2 - место ущемления затылочного нерва
3 - напряженные, спазмированные мышцы шеи

сдавливают затылочный нерв;
- переохлаждение затылочного нерва;
- системная красная волчанка также может спровоцировать невралгию.

СИМПТОМАТИКА

Основной симптом невралгии затылочного нерва - это головная боль, возникающая внезапно при движении шей. **Часто боль возникает только с одной стороны, но имеют место и двусторонние поражения. Характер боли - так называемый резкий «прострел», неожиданно возникающий и так же неожиданно для пациента исчезающий.**

Обратите внимание на локализацию головной боли: при невралгии затылочного нерва она имеет свои особенности. Обычно неприятные ощущения находятся за ушами, в области затылка и нередко **в области глаз.**

Помимо прочего, могут возникать неприятные ощущения даже от банального прикосновения к коже головы. При движениях, кашле и чихании ощущения значительно усиливаются.

Невралгия также может сопровождаться и другими симптомами, которые не являются обязательными:

- яркое освещение вызывает боль в глазах;
- боль также может иметь жгучий и пульсирующий характер;
- непосредственно в области поражения (на затылке) может отмечаться снижение чувствительности при прикосновении;

- также в месте локализации боли могут появляться так называемые мурашки, чувство онемения или покраснение кожных покровов;

- приступ боли может сопровождаться тошнотой и рвотой.

О проблеме говорит факт периодического повторения приступов, так что, если подобное имеет место, необходимо сразу же обратиться в больницу!

ДИАГНОСТИКА И ТРАДИЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Правильный диагноз может быть поставлен врачом на основании жалоб пациента, данных его осмотра, а также результатов компьютерной томографии (она дает возможность получить изображение каждого слоя нужного участка), МРТ (изучение состояния костей и мягких тканей) или же рентгенологического исследования (оценка костных структур в пораженной области).

Врачи борются с невралгией комплексными методами, пытаясь воздействовать и на причину, и на симптомы. Очевидно, что если первопричину не устранить, то от проблемы будет практически невозможно избавиться, поэтому в первую очередь проводится терапия, адекватная фактору-провокатору. **Основная задача симптоматического воздействия - снятие болевых ощущений, которые сильно ухудшают и усложняют жизнь пациента.** Для этого могут быть использованы следующие способы: соблюдение правильного режима отдыха; массажные процедуры; использование препаратов (мышечных релаксантов, противосудорожных, противоспазматических средств при очень интенсивных болях, антидепрессантов).

В последнее время часто применяется **способ блокады нервов** (эта манипуляция представляет собой введение в точки выхода нерва на кожу смеси лекарственных веществ). Оно подразумевает применение противовоспалительных стероидных препаратов, которые уже через несколько минут позволяют убрать боль. *Но используется это в крайних случаях и непродолжительное время*, так как лекарства такого рода могут нанести вред организму.

Также для лечения невралгии затылочного нерва врачом могут быть назначены **иглоукалывание, мануальная терапия, ультразвуковая терапия, лечебная гимнастика.**

Если с помощью консервативных способов лечения не удалось избавиться от невралгии затылочного нерва, тогда прибегают к оперативному лечению. Хирургическое вмешательство может быть двух видов:

- **микроваскулярная декомпрессия** применяется в тех случаях, когда затылочный нерв сдавливается рядом расположенными структурами (в частности, патологически измененными сосудами);

- **нейростимуляция:** под кожу в шейной области имплантируют специальный прибор, генерирующий электрические импульсы, которые подавляют болевые стимулы.

Но *в большинстве случаев справиться с невралгией затылочного нерва удается без участия хирургов.*

Самое главное при невралгии затылочного нерва - не затягивать визит к врачу: обратитесь в поликлинику по месту жительства или в стационар. ☺

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

На правах рекламы

ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ



О здоровье ваших ног

Более трех лет «Алтайский краевой кардиологический диспансер» занимается лечением больных с заболеваниями сосудов. О том, почему выбрано это направление работы, в чем особенности помощи при этом заболевании, - наш разговор с Алексеем Викторовичем СОКОЛОВЫМ, сердечно-сосудистым хирургом диспансера.

Окончив АГМУ, ординатуру Алексей Викторович проходил в ФГБУ «Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» Минздрава РФ (Санкт-Петербург) и вернулся в Барнаул, так как изначально хотел работать именно в Алтайском кардиодиспансере.

- Алексей Викторович, как было принято решение заниматься сосудистыми заболеваниями в кардиологическом диспансере? Насколько это «пересекается» с профилем лечебно-учреждения?

- Главная причина связана с особенностями наших пациентов. Основной контингент имеет сопутствующую сердечную патологию, которая изначально является противопоказанием оперативному вмешательству, или эти больные имеют высокий риск сердечных (инфаркт) или других (инсульт, тромбоэмболия лёгочной артерии) осложнений. Мы и занимаемся такими пациентами.

Ведущие медицинские учреждения Российской Федерации, такие, как НИИ патологии кровообращения им. академика Мешалкина (Новосибирск), научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. Бакулева (Москва), институт хирургии им. Вишневецкого (Москва) и, конечно, центр им. Алмазова (Санкт-Петербург), где я учился, имеют в

своем составе сосудистые отделения. Благодаря этому в полной мере осуществляется помощь больным по направлению «сердечно-сосудистая хирургия».

Мы уже три года занимаемся лечением мультифокального атеросклероза с поражением сосудов сердца, мозга и нижних конечностей. На сегодняшний день мы выполнили более 40 одномоментных операций по восстановлению кровотока в артериях сердца и мозга. Это операции высокой категории сложности, поскольку безопасно сочетают в себе пережатие сонных артерий с временным прекращением кровоснабжения мозга и использованием аппарата искусственного кровообращения для остановки сердца при наложении шва на сердечные сосуды. По этому направлению совместно с Алтайским государственным медицинским университетом проводится научно-исследовательская работа. В прошлом году результаты этого исследования доложены на XXII съезде сердечно-сосудистых хирургов России. Готовятся публикации в ведущие рецензируемые журналы.

Продолжается оказание помощи больным с тяжелыми формами ишемической болезни сердца, нарушением ритма, с заболеваниями сосудов мозга и поражением артерий нижних конечностей. Это та группа больных, которым сложно провести операцию в сосудистых отделениях Барнаула из-за особенностей мультифо-



кальности поражения. Наличие развитой кардиологической службы в АККД позволяет с меньшим числом осложнений оперировать этих больных.

Надо сказать, что до сих пор в России, Европе и Америке нет единого мнения, кто должен заниматься выявлением и консервативным лечением сосудистых больных: хирург, сердечно-сосудистый хирург или кардиолог. По нашему убеждению, при наличии развитой кардиологической службы в Алтайском крае реализация этой задачи вполне посильна кардиологу.

Проведение операций при заболеваниях вен стало следующим этапом развития сосудистого направления. В Алтайском крае сохраняется огромная потребность в хирургических вмешательствах при хронических заболеваниях вен, таких, как варикозная болезнь или посттромботическая болезнь. Нередко у больных с ишемической болезнью сердца, гипертонической болезнью, сахарным диабетом, с нарушением ритма и кардио-



Сердечный разговор с кардиологом

стимуляторами выполнение операций на венах сопряжено с высоким риском.

- В сентябре прошлого года на базе кардиодиспансера прошел мастер-класс, где ведущие специалисты демонстрировали операции на работающем сердце. Как это отразилось на «сосудистом» направлении?

- На самом деле, кардиодиспансер - одно из немногих учреждений России, где операции на сосудах сердца выполняются без аппарата искусственного кровообращения (ИК). В прошлом году нами прооперировано более 60 больных. Эта технология, в отличие от ИК, минимально повреждает головной мозг и другие органы. Мы рассматриваем это направление как перспективное для тех больных, которым требуется операция на сонных и позвоночных артериях.

- Алексей Викторович, вы учились в ординатуре и проходили стажировку в ФГБУ «Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» - ведущем хирургическом учреждении страны. Наши читатели интересуются, есть ли в подходах к лечению пациентов с заболеваниями вен в этом учреждении?

- Конечно, я использую некоторые технические приемы, полученные в период обучения, которые позволяют улучшить результат хирургического вмешательства. Хотя надо сказать, что уровень работы моих коллег в сосудистых отделениях краевой клинической больницы, железнодорожной больницы ст.Барнаул и барнаульской городской больницы №5 достаточно высок и они, наверняка, имеют свои подходы к лечению.

Важно знать, что каждый пациент, который услышал о том, что у него есть признаки или намёк на варикозную болезнь, должен обратиться к сердечно-сосудистому хирургу. Пациенты, перенесшие операцию на венах, должны наблю-



даться у оперирующего хирурга. Обязательно проходить ультразвуковое доплеровское сканирование вен (дуплекс), соблюдать определенные рекомендации врача: носить компрессионный трикотаж, принимать медикаментозные средства (флеботоники), выполнять гимнастические комплексы, принимать контрастный душ. Полезно будет ознакомиться с памяткой для больного с варикозом.

- Какова суть операций при варикозном расширении вен?

- Сначала хирургом формируется доступ к вене в паховой области - это очень важный момент, когда «нехорошая» вена отсекается от глубокой вены, выделяются и перевязываются все притоки в этой области, которые могут послужить причиной рецидива заболевания. Затем в просвет вены вводится специальный инструмент, который проводится до определенного уровня конечности, и она удаляется механически. Выделяются, разобщаются и удаляются остальные извитые вены. В результате кровь полностью направляется в глубокую систему вен. Даже если остаются небольшие притоки поверхностных вен, они уже не несут угрозы осложнений варикозной болезни. Эта стандартная техника используется моими коллегами в перечисленных выше больницах Барнаула.

В Алтайском крае сохраняется огромная потребность в хирургическом лечении хронических заболеваний вен, таких, как варикозная болезнь или посттромботическая болезнь.



Пациенты, перенесшие операцию на венах, должны наблюдаться у оперирующего хирурга. Обязательно проходить ультразвуковое доплеровское сканирование вен (дуплекс), соблюдать определенные рекомендации врача.

Наши подходы адаптированы для коморбидных пациентов. Они эффективны у пожилых больных, имеющих выраженную сопутствующую кардиальную и другую патологию, после операций аортокоронарного шунтирования, имплантации кардиостимулятора. Особая группа - получающие антикоагулянты по поводу фибрилляции предсердий.

- Может потребоваться повторение операции у конкретного больного?

- Да. Причем рецидив болезни возникает не из-за ошибки хирурга - мы боремся с последствиями варикозной болезни, но ее-то причины остаются. Совет здесь может быть один: после оперативного лечения необходимо наблюдаться у специалиста, выполнять его предписания и понимать, что противостояние с болезнью не закончено. Однако менталитет большинства пациентов таков, что после успешного лечения они забывают о профилактике рецидива варикоза на длительный период. Приведу конкретный пример подобного отношения к болезни: женщина была прооперирована в 1986 году, на приеме в этом году показала ногу - вены буквально похожи на гроздь.

Если пациент регулярно наблюдается, даже в условиях поликлиники, амбулатории, рецидив заболевания можно своевременно выявить и устранить. Ведь развившийся и далеко зашедший рецидив оперировать намного сложнее и опаснее для пациента. ☺



Памятка для больного варикозом

- **Никогда** не сидите, закинув одну ногу на другую.
- **Не носите** тесную одежду и узкую обувь.



- **Спите** со слегка приподнятыми ногами, для того чтобы кровь имела возможность свободного оттока. Никаких специальных приспособлений для этого не требуется - достаточно просто подложить на ночь под ноги подушку.

- **Ешьте** как можно больше красных фруктов, в частности, красный виноград, красную смородину, рябину. В красном винограде содержатся пикногенолы - вещества, которые положительно воздействуют на внутреннюю выстилку сосудов артерий и вен.



- **Откажитесь** от посещения парного отделения в бане и принятия горячих ванн, сократите до минимума пребывание на солнце.

- **Если вы вынуждены** долго стоять, переминайтесь с ноги на ногу. Если, наоборот, большую часть времени вы сидите, то прищипывайте стопами, не отрывая пяток от пола.



Комплекс лечебной физкультуры после оперативного лечения по поводу Hallux Valgus

Формирование тугоподвижности в первом плюснефаланговом суставе после операции по поводу Hallux Valgus наилучшим образом может быть предотвращено путем выполнения ежедневных упражнений на растяжение и увеличение объема движений в этом суставе.

Разработка подвижности в первом плюснефаланговом суставе является основным ключом к достижению максимального результата операции.



Приведенные ниже упражнения помогут вам не только предотвратить тугоподвижность в большом пальце стопы, избежать формирования болезненного послеоперационного рубца, уменьшить отёк стопы и болевого синдрома, но и улучшить функциональный результат операции, а также увеличат ваши возможности по ношению модельной обуви (то есть в дальнейшем вы сможете носить обувь на высоком каблуке).

После операции больной активизируется на следующий день в специальной ортопедической обуви - **туфлях Барука**, которые позволяют разгрузить передний отдел стопы. **Опора должна приходиться на пятку, ходить нужно без переката**, как на лыжах. Нельзя ходить на наружных поверхностях стоп - это может вызвать боли.

Двигательный режим постепенно расширяется по мере стихания болей.

В ортопедической обуви необходимо ходить от 2 до 8 недель, в зависимости от выполненной операции. После выполнения остеотомии - на период сращения.

Первая и вторая недели после операции

Необходимы отдых и возвышенное положение прооперированной конечности.

Никакие упражнения в этот период не выполняются.



**Елена Николаевна
ВОРАНКОВА,**

заведующая отделением физической реабилитации, врач по лечебной физкультуре, высшая квалификационная категория, КГБУЗ «Алтайский врачбно-физкультурный диспансер»

Третья и четвертая недели после операции

1. Пассивное упражнение. Начните спокойно и неторопливо выполнять упражнения для увеличения объема движений в первом плюснефаланговом суставе (1ПФС). Желательно, чтобы вначале вам кто-нибудь помогал: ваши близкие, друзья или врач-реабилитолог.

Возьмите большой палец у основания, как можно ближе к 1ПФС. Не перепутайте 1ПФС с межфаланговым суставом (МФС), который находится посередине пальца ближе к основанию ногтя.

Аккуратно согните палец вверх до тех пор, пока не почувствуете сопротивление и пока не появится дискомфорт с легкими болевыми ощущениями. Удерживайте палец в таком положении 10 секунд. Повторите так три раза.

Затем подобным же образом согните палец вниз. Удерживайте его в таком положении 10 секунд. Сделайте три повторения.

Выполняйте эти упражнения 3-4 раза в день в течение 3-й и 4-й недели после операции, постепенно увеличивая амплитуду движения в 1ПФС.



Упражнение «Насос»

2. Упражнение «Насос». Сидя или лежа с прямыми ногами, вытягивайте одну стопу вперед, вторую одновременно назад.

Длительность упражнения - две-три минуты.

3. Упражнение «Скольжение с полотенцем».



Упражнение «Скольжение с полотенцем»



Упражнение с предметами



Подошвенное сгибание стопы

Расстелите полотенце на полу, наступите носочком на край и начинайте собирать его к себе пальцами ноги.

Повтор 4-6 раз.



Упражнение с мячом

4. Упражнение с предметами. Поднимайте предметы с пола, захватывая их пальцами стопы.

Повторите 8-10 раз.

6. Упражнение с мячом. Катайте теннисный шарик или небольшой мячик от пятки к носку.

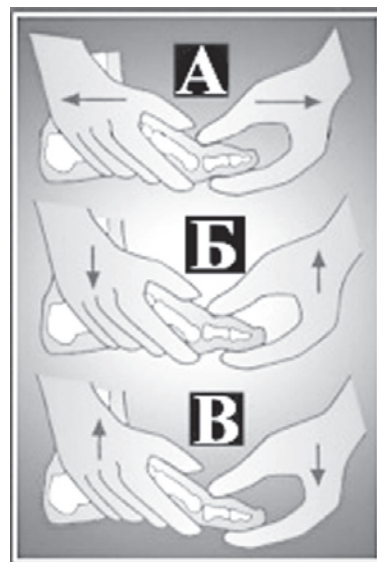
5. Подошвенное сгибание стопы. Сидя с прямой ногой, накиньте на носок полотенце или жгут, натяните стопу на себя, удерживая ее под прямым углом к полу. Зафиксируйте на 10-15 секунд.

Пятая и шестая недели после операции

В этот период времени продолжайте выполнять те же упражнения, что и на предыдущих неделях.

Только увеличьте частоту упражнений - до 7-8 раз в день. И прилагайте уже большую силу для того, чтобы сгибать палец. Увеличивайте ее ежедневно, всё время, сгибая палец до ощущения легкого дискомфорта.

В дополнение также можно использовать упражнения, направленные на растяжение, и пассивные движения в первом плюснефаланговом суставе.



Возьмите свою стопу одной рукой у основания первого пальца так, чтобы большой палец руки был сверху, другой рукой возьмите большой палец стопы у основания как можно ближе к суставу. Сперва потяните большой палец, как показано на рисунке А.

Затем, зафиксировав стопу большим пальцем первой руки (рисунок Б), потяните большой палец вверх другой рукой, при этом не сгибая первый палец, то есть удерживайте его прямо. Удерживайте палец в таком положении 10 секунд. Повторите эту процедуру три раза.

Выполните аналогичный маневр, давя на большой палец вниз, удерживая его в прямом положении, как показано на рисунке В. Удерживайте палец в таком положении 10 секунд. Повторите эту процедуру три раза.

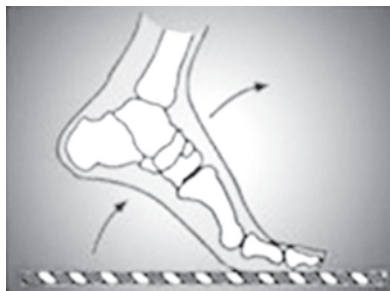
Эти упражнения необходимо выполнять 6-8 раз в день в дополнение к упражнениям для увеличе-



ния объема движений в первом плюснефаланговом суставе.

Седьмая неделя после операции

С седьмой недели после операции начните выполнять упражнения с нагрузкой на оперированную конечность.



1. Нагрузка стопы собственным весом. Стоя босиком на полу, необходимо встать на «носочки», при этом большой палец должен касаться пола. Удерживайтесь в таком положении 10 секунд (вначале -

сколько сможете). Спокойно опустите пятки.

Выполняйте упражнение 5-6 раз в день по 7-8 повторений.

2. Ходьба:

- вверх по наклонной плоскости «в гору» (можно по беговой дорожке), чтобы усилить сгибание в 1ПФС;

- вверх по лестнице также является очень хорошим упражнением для увеличения объема движений в первом пальце стопы;

- широким шагом.

3. Растяжка ахиллова сухожилия. Стоя, упритесь в стену руками, отставьте стопу на полшага назад. Плотно прижав стопу к полу, двигайте бедрами вперед. Зафиксируйтесь на 30 секунд, затем отдохните и повторите. Повтор 4-6 раз.

В этот период нужно приучиться к физиологически правильной походке: наступать нужно на наружную часть пятки, переносить вес тела по наружной стороне подошвы к мизинцу, а затем на большой палец. Далее - активно отталкиваться от земли пальцами.

Для вашей уличной обуви оптимален каблук высотой примерно 12мм.

Переходя к обычному и привычному для вас образу жизни, не забывайте, что перестройка кости длится примерно один год. Поэтому в этот период кость нежелательно перегружать: долго стоять, носить тяжести, становиться на высокий каблук, надевать обувь с очень узким носком. ☺



Растяжка ахиллова сухожилия



Приятные дела защищают сердце

Люди пенсионного возраста, которые проводят время в саду, на рыбалке или на прогулке по полчаса в день, сокращают риск смертельного сердечного приступа более чем наполовину.

Исследователи распределили 2500 человек 65-74 лет на три группы в зависимости от уровня активности. При низком - люди в неделю тратили менее 4 часов на активность, при умеренном - минимум 4 часа активности (работа в саду, рыбалка, прогулка или катание на велосипеде). Высокая активность наблюдалась у людей, которые бегали, плавали или играли в спортивные игры минимум 3 часа в неделю.



Наблюдения показали, что в целом умеренный уровень физической активности давал снижение риска смерти от проблем с сердцем на 54% (на 31% сокращался риск сердечного приступа и инсульта). У людей, имевших уровень активности выше, регистрировалось снижение показателей смертности от проблем с сердцем на 66% и риска инфарктов или инсультов - на 45%.

Какие цветы дарить аллергикам

Многие люди действительно бурно реагируют на праздничные букеты. И какие после этого цветы дарить аллергикам? Первое правило: растение не должно быть в горшке!

Чаще люди реагируют не на сами цветы, а на сильный запах, источаемый ими: он просто раздражает слизистые, вызывая неудержимый чих, слезы и насморк. Но есть цветы, вызывающие настоящую аллергию. Как не «промахнуться» с подношением?



Помните, что:

● реже вызывают аллергию крупные яркие оранжевые цветы - они не пылят и практически ничем не пахнут;

● чаще дают реакцию мелкие невзрачные цветочки, папоротник, злаковые - они сильно пылят. Внимательно отслеживайте, чем декорируют ваш букет во флористическом салоне;

● не стоит дарить аллергику растения в горшках. Многие из них - герань, олеандр, эухарис, фикус, хризантемы - сами по себе аллергены. Плюс в почве живут грибки, чьи зрелые споры тоже могут вызвать аллергическую реакцию.



Рак грудных желез у мужчин



**Ольга Геннадьевна
ГЛАДЫШЕВА,**

врач ультразвуковой
диагностики отдела
радионуклидной и
ультразвуковой
диагностики, первая
квалификационная
категория, КГБУЗ
«Алтайский краевой
онкологический
диспансер»

**По существующим
данным
статистики,
опухоли грудных
желёз у мужчин
встречаются
значительно реже,
чем у женщин.**

Самое давнее описание рака грудной железы у мужчин было обнаружено в Египте и относится ко времени приблизительно 1600г. до н.э. Первое же описание рака грудной железы у мужчин принадлежит английскому хирургу Джону из города Адерне, который в 1307 году описал этот вид злокачественной опухоли.

Возрастная группа, в которой чаще всего регистрируется болезнь, - от шестидесяти до семидесяти лет. Однако это не означает, что у молодых людей или мужчин среднего возраста такое заболевание не может возникнуть.

Грудная железа у мужчин является рудиментарным органом (в период эмбриогенеза у всех имеются зачаточные признаки обоих полов, однако в зависимости от того, по какому пути идет их развитие, некоторые ткани продолжают развиваться, а некоторые - остаются в своей зачаточной стадии). Полного развития рудимент грудной железы у мужчин не получает, однако на фоне изменения метаболического и гормонального фонов возможно его прогрессирование, после чего железа начинает увеличиваться в размерах, образовывать железистую ткань и вполне нормально функционировать - так же, как у женщин.

Причины возникновения

На развитие рака грудной железы у лиц мужского пола может оказать влияние **функция половой системы**. В норме в мужском организме и в женском происходит образование половых гормонов обоих полов. Отвечают за подобный совместный синтез надпочечники - железы внутренней секреции. Именно в их корковом веществе происходит синтез как тестостерона, так и эстрогенов.

Нарушение в мужском организме, когда начинают преобладать женские половые признаки, **может развиваться в результате следующих причин:**



◆ **поражение тканей яичка**, к которым могут относиться перегревание, воздействие травмирующих факторов при ударе в промежностную область;

◆ **заболевания яичка**, при которых возможно поражение нормально функционирующей яичковой ткани: к ним относятся - инфекционные (вирус краснухи, хламидии, гонококки), системные (атеросклероз сосудов, сахарный диабет) заболевания;

◆ **механическая кастрация**, при которой возможно полное удаление яичек, в результате чего происходит развитие организма по женскому типу;

◆ **опухолевые процессы надпочечников** - эта патология является доминирующей в развитии рака грудной железы у мужчин. При ней поражается гормонопродуцирующая ткань надпочечников, в результате чего в кровь начинают неконтролируемо поступать как половые, так и стероидные гормоны. И из-за огромного количества эстрогенов в крови подавляется естественный синтез тестостерона;

◆ на развитие рака грудной железы у мужчин оказывают влияние и **фитоэстрогены** - растительные аналоги естественных эстрогенов организма. По данным исследований, большое их количество содержится в различных продуктах брожения, в частности, в пиве, квасе, дрожжевых продуктах. Повышенное их поступление в организм способно подавлять нормальную выработку тестостерона и служить причиной развития рака груди. Высокий уровень эстрогенов стимулирует рост рудиментарной тка-



Победим свой страх!

ни грудных желез, что повышает вероятность злокачественного перерождения тканей.

Симптомы рака грудных желез

Наиболее частым симптомом является **наличие опухоли в грудной железе**. Благодаря относительно небольшим размерам, небольшой массе и объему паренхимы грудной железы у мужчин и близости ее к кожному покрову появление опухолевого узла можно определить уже на ранних стадиях развития злокачественного новообразования. Тем не менее *только 1/3 мужчин, больных раком грудной железы, обращается к врачу в течение первого месяца после выявления признаков заболевания!* Соответственно, дальнейший прогноз заболевания у них более благоприятный, чем у тех больных, которые, обнаружив изменения в грудной железе, не обращаются за медицинской помощью. Это связано не только с недостаточно внимательным отношением к себе, но и с отсутствием необходимой онкологической настороженности.

Выделения из соска встречаются относительно редко и носят характер от серозных до кровянистых.

Фиксация кожи и изъязвление кожи над опухолью.

Болезненные ощущения в молочной железе являются довольно непостоянным симптомом рака грудной железы у мужчин. Однако в большинстве случаев именно он заставляет большинство пациентов обратиться за медицинской помощью.

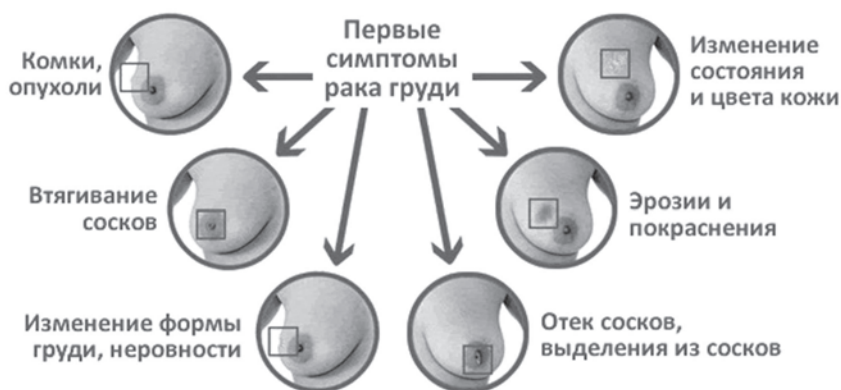
Увеличенные подмышечные лимфоузлы - еще один симптом, на который следует обратить внимание.

Методы обследования

Для мужской половины населения предусмотрены такие методы обследования на онкологическое заболевание, как **ультразвуковое исследование, анализ выделений из соска, метод биопсии.**

Поскольку у мужчин размер грудной железы небольшой, то ткани хорошо доступны для исследования методом биопсии. Этот метод предпола-

Общие первые симптомы рака груди для обоих полов (М и Ж)



гает введение иглы в ткань железы и получение из нее кусочка образовавшейся опухоли. Именно биопсия является на сегодняшний день самым популярным, а также наиболее точным методом обследования, позволяющим установить наличие ракового заболевания груди у мужчин.

К **дополнительным методам исследования** относятся: рентгенография органов грудной клетки, анализ крови, сканирование костной системы, компьютерная томограмма (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ) и другие.

На основании полученных данных врач-онколог определяет степень или стадию рака. Это необходимо, чтобы выбрать эффективный вариант лечения в данном случае.

Лечение рака молочной железы

При начальных стадиях заболевания на первом этапе лечения основным методом является хирургический. В основном применяются различные варианты мастэктомий.

Основная задача лучевой терапии при раке грудной железы у мужчин - снижение числа местных рецидивов опухоли и уменьшение частоты метастазов в регионарных зонах. Лучевая терапия показана при больших размерах первичной опухоли, большом количестве пораженных лимфоузлов, удаленных в ходе операции, и при нерадикальном характере оперативного вмешательства. ☹

Только треть мужчин, больных раком грудной железы, обращается к врачу в течение первого месяца после выявления признаков заболевания! Соответственно, дальнейший прогноз заболевания у них более благоприятный, чем у тех больных, которые, обнаружив изменения в грудной железе, не обращаются за медицинской помощью.



Главные правила для безопасного сна ребенка

Наталья Владимировна МАРКИНА,

врач-сомнолог, кандидат медицинских наук, г.Барнаул

Внезапная смерть младенцев во сне - грозная опасность, предупреждению которой уделяется огромное внимание в мире.

Тон в борьбе за безопасный сон маленьких детей и спокойствие их родителей задает Американская академия педиатрии (ААП), с 1990 года осуществляющая образовательную программу для детей и специалистов. Эта программа направлена на предупреждение ситуаций, с которыми связана младенческая смертность во сне. Благодаря ее действию к 2000-му году внезапная младенческая смертность снизилась в два раза.

Причинами внезапной младенческой смертности могут стать: удушье, асфиксия, аспирация, аритмии при сердечных каналапатиях, травма и другое. Те случаи внезапной смерти, когда причину при тщательном изучении места происшествия, клинической истории и на аутопсии установить не удается, относят к синдрому внезапной детской смерти (СВДС).

90% случаев СВДС возникают в первые шесть месяцев жизни ребенка, чаще в возрасте от одного до четырех месяцев. Риск особенно высок у недоношенных детей - родившихся ранее 37 недель гестации и с весом менее 2,5кг. Согласно многочисленным эпидемиологическим исследованиям, значительная часть факторов, влияющих на частоту СВДС и других случаев внезапной смерти детей во сне, совпадают и связаны с безопасностью сна ребенка.

Учитывая результаты 63-х исследований, появившихся после 2011 года, ААП опубликовала обновленные рекомендации по организации безопасного сна ребенка с целью предупреждения СВДС и других случаев внезапной смерти детей во сне.



Рекомендации по организации безопасного сна ребенка

Сон только на спине до достижения первого года жизни. Такое положение тела не увеличивает риск аспирации при гастроэзофагеальном рефлюксе, поскольку у младенцев есть надежные защитные механизмы.

Сон в детской кроватке на жесткой поверхности (матрасе) на простыне, без использования других постельных принадлежностей и мягких предметов.

Грудное вскармливание уменьшает риск СВДС на 50%.

Сон в комнате с родителями до 1 года, но ни в коем случае не менее 6 месяцев после рождения. Необходимо укладывать ребенка рядом с родительской постелью, но на отдельной предназначенной для детского сна поверхности (кроватка, колыбель).

Не использовать мягкие предметы и постельные принадлежности в зоне сна ребенка для уменьшения риска СВДС, удушья и странгуляции.

Предлагать ребенку соску-пустышку во время дневного и ночного сна.

Исключить курение во время беременности и после родов. **Исключить употребление алкоголя и наркотиков** во время беременности и после родов.

Исключить перегревание младенца и не надевать на него во время сна головной убор.

Беременные должны находиться под постоянным дородовым наблюдением.

Младенцы должны быть привиты в соответствии с рекомендациями ААП и/или других компетентных медицинских структур.

Исключить использование в постели устройств, которые не удовлетворяют требованиям безопасности ребенка (позиционеры, коконы и т.п.).

Не применять как способ предупреждения СВДС **домашние кардиореспираторные мониторы.**

Во время бодрствования выкладывать ребенка на живот под наблюдением взрослого для улучшения развития и предупреждения позиционной деформации черепа.

Нет оснований рекомендовать пеленание для предупреждения СВДС.

Медицинские работники, персонал детских учреждений и все лица, осуществляющие уход за ребенком, должны придерживаться правил предупреждения СВДС, начиная с рождения ребенка.



Вопросы, часто задаваемые сомнологу

Что такое храп?

Храп - это звуковой феномен, возникающий при биении мягких тканей глотки (ее стенок, мягкого неба, язычка) друг о друга при прохождении струи воздуха при дыхании во время сна.

Чем опасен храп?

Во-первых, в результате храпа происходят травматизация слизистой оболочки глотки, ее отек и воспаление. Это еще больше суживает просвет глотки, усиливая храп.

Во-вторых, храп может являться признаком болезни остановок дыхания во время сна (синдрома обструктивного апноэ сна), чрезвычайно опасного заболевания, ведущего к развитию гипертонической болезни, инсульта, инфаркту миокарда и другим следствиям, угрожающим жизни.

Как избавиться от храпа?

Для того чтобы правильно выбрать метод лечения храпа, необходимо выявление причин его возникновения (избыточный вес, особенности строения челюстно-лицевой области, плохая проходимость носовых ходов, нависающее мягкое небо и т.д.), а также определить, не сопровождается ли храп остановками дыхания во время сна. С этой целью целесообразно проконсультироваться с врачом-сомнологом и провести полисомнографическое исследование в течение одной ночи.

Возможно ли проведение обследования сна дома?

Да, с помощью портативных диагностических аппаратов, регистрирующих храп, дыхательный поток, содержание кислорода в крови, возможно проведение обследования в домашних условиях.

Какие существуют средства от храпа?

Большой арсенал методов коррекции храпа позволяет в большинстве случаев устранить или уменьшить его интенсивность. К ним относятся мероприятия по снижению веса, выбор оптимального положения тела во сне, использование ортопедических подушек и т.д. Но принципиально важным в выборе метода лечения храпа является исключение остановок дыхания во время сна (апноэ сна) с помощью объективных методов диагностики (полисомнографии и др.).

Возможно ли лечение храпа без операции?

Да, лечение храпа без хирургического вмешательства возможно. Более того, безоперационные методы показывают высокий результат. Основным методом безоперационного лечения храпа и апноэ сна - СРАР (СИПАП)-терапия, проведение которой возможно и на дому.

Какая связь между процессом сна и развитием храпа?

Физиологический процесс сна предполагает расслабление мышц, в том числе и мышц глотки, что ведет к уменьшению просвета глотки. Горизонтальное положение тела во время сна также способствует сужению глотки под действием силы тяжести в результате провисания мягкотканых структур этого органа.



Что такое апноэ сна?

Синдром обструктивного апноэ сна (СОАС), говоря простым языком, - болезнь остановок дыхания во время сна, характеризующаяся наличием храпа, периодическим спадением верхних дыхательных путей на уровне глотки и прекращением легочной вентиляции, снижением уровня кислорода крови, грубой фрагментацией сна и избыточной дневной сонливостью.

Какие симптомы бывают при апноэ сна?

Наиболее характерными признаками, на которые следует обратить внимание при подозрении на наличие апноэ сна, являются беспокойный сон, не приносящий отдыха и восстановления сил, потливость ночью и учащенное ночное мочеиспускание (два и более раз за ночь), храп (у части больных с апноэ сна храп отсутствует), утренняя головная боль, сухость во рту. В течение дня отмечаются быстрая утомляемость, избыточная сонливость. Как правило (но не во всех случаях), имеются избыточный вес, повышение артериального давления.

Насколько серьезны последствия апноэ сна?

Наиболее серьезными являются следствия со стороны сердца и сосудов - развитие артериальной гипертонии, ишемической болезни сердца, аритмии, инфаркта миокарда, внезапной смерти во сне. В три раза, по сравнению со здоровыми лицами, повышается риск развития инсульта.

Какие существуют методы лечения апноэ сна?

Аппаратный метод лечения апноэ сна (СИПАП-терапия, БИПАП-терапия) - единственный метод, доказавший свою эффективность и безопасность при данном заболевании. Другие методы, в том числе хирургические, используются больше в лечении храпа.

Что такое СИПАП (СРАР)-терапия?

Метод представляет собой использование специального прибора, создающего непрерывное положительное давление в дыхательных путях. Это давление расширяет дыхательные пути, создает и не дает им спадаться во время сна. Другие методы, в том числе хирургические, используются больше в лечение храпа. ©



От редактора.

Сотрудничество с нашим журналом Лидия Матвеевна САГАЙДАЧНАЯ начала буквально в первые его годы.

Тогда мы активно работали по нашим проектам в городах и районах края, но больше взаимодействовали с главными врачами, их заместителями, с районными педиатрами. Все они были активными участниками наших круглых столов, обучающих семинаров по организации «школ для пациентов», «школ ответственных родителей», санитарно-просветительских акций на местах. И когда в качестве координатора проекта по Рубцовскому району главный врач ЦРБ **Л.И. Кравцова** предложила именно Лидию Матвеевну (тогда она заведовала кабинетом санпросветработы), я, честно говоря, немного удивилась.

Чем больше мы общались с Лидией Матвеевной, тем больше удивлялись **ее профессиональной компетентности, наработанной методологии, собранности.** И главное - тому, **с каким неравнодушием, ответственностью она относилась к этой второстепенной, по мнению многих, работе.** Для нее не было закрытых дверей: она организовывала работу в школе, детском саду, домах культуры и сельских библиотеках, на молодежных слетах... И это не говоря об обязательном взаимодействии со специалистами ФАПов, амбулаторий, участковых больниц, ЦРБ.

Лидия Матвеевна - постоянный участник круглых столов, других краевых акций. Причем участвовала в них уже с «группой поддержки»: дочь Наталья училась в медицинском университете и вместе со своими подругами влилась в наш актив...

К 10-летию нашего журнала мы инициировали обращение о награждении целого ряда специалистов-медиков, участвовавших в реализации проекта «Здоровая семья - это здорово!», краевыми наградами. И среди них, конечно, - Л.М. Сагайдачная: «...Лидия Матвеевна по своему призванию, жизненной позиции - человек, который считает труд медицинского ра-



ботника, а особенно медицинского работника, занимающегося вопросами профилактики, - самым важным.

«Главное - не дать человеку заболеть!» - такую задачу она видит в своей работе. Именно поэтому она не ограничивает свою деятельность исключительно рамками рабочего места. Кабинет медицинской профилактики Рубцовской ЦРБ стал поистине центром профилактической работы: он оснащен видео- и аудиоаппаратурой, имеет хорошую фильмотеку, библиотеку, в нем сосредоточена вся информация по проводимым профилактическим осмотрам декретированных контингентов. Но Лидию Матвеевну такое положение дел не устроило. И тогда при поддержке администрации больницы кабинет в значительной мере стал выполнять функции координатора межведомственного сотрудничества по вопросам санитарного просвещения, формирования здорового стиля жизни.

Л.М. Сагайдачная является координатором общественного демографического проекта «Здоровая семья - это здорово!» в Рубцовском районе. На базе Рубцовской ЦРБ нами, с ее организационным участием, проведены семинары-тренинги с представителями городов и районов рубцовской зоны «Школы здоровья. Науки учителя». По ее инициативе проведены «общественные школы

здоровья» в педагогических коллективах, организована работа «Школ ответственного родительства». Рубцовский район поддержал проведение месячника активных действий по ограничению табакокурения, а его молодежная команда под руководством Лидии Матвеевны становилась участником заключительных мероприятий месячника.

Лидию Матвеевну Сагайдачную отличают высокая порядочность, ответственность, подвижничества, активная гражданская позиция. Вся ее жизнь - это трудовой подвиг во имя здоровья людей. Ее общественная деятельность важна, позитивна и вносит вклад в укрепление здоровья жителей Рубцовского района...».

Именно тогда, оформляя наградной лист, узнали, что она выполняла интернациональный долг в Афганистане! Действительно, искренний, удивительно честный и скромный человек!

На торжественное награждение в большой зал Администрации края она опоздала - поезд из Рубцовска задержался... Войти в зал во время церемонии она постеснялась... И уже практически после завершения официальной церемонии Губернатор края Александр Богданович Карлин, случайно узнав о таком досадном моменте, вручил Лидии Матвеевне Сагайдачной ее заслуженную награду - **Медаль Алтайского края «За заслуги перед обществом»**, буквально продлив торжественное мероприятие ради нее, проявив дополнительное внимание и человечность.

Лидия Матвеевна недавно завершила свою трудовую деятельность, по болезни отошла и от общественных дел. Помня о ее фронтовом периоде жизни, 15 февраля - в День памяти воинов-интернационалистов, поздравляю ее! Встреча в жизни с такими людьми всегда оставляет очень теплые и важные воспоминания. Может быть, поэтому нам захотелось познакомиться с вами, уважаемые читатели, с Лидией Матвеевной Сагайдачной.



«Медицинский работник на селе - ответственно!»

Мне довелось услышать рассказ человека неординарного, много пережившего и испытывшего.

Этим рассказчиком стала Лидия Матвеевна Сагайдачная, проработавшая 42 года медицинской сестрой, участник войны в Афганистане.

Первые годы

Первый профессиональный опыт был получен после окончания медицинского училища в 1969 году, когда приехала совсем девочкой в село Саратовка Рубцовского района:

- ФАП был из бревен, а в селе еще стояли глиняные дома, - рассказывает Лидия Матвеевна. - Но поскольку в Саратовке жили немцы, село отличалось порядком в любое время года. Обслуживала две деревни - Саратовку и Московку, 1400 взрослого и детского населения. ФАП состоял из одной комнатки, в которой стояла самодельная, из дерева выпиленная, кушетка. И дети, и взрослые - все мои, начиная от работников конюшни, фермы, полевых бригад и заканчивая пенсионерами. Семьи в Саратовке были большие и дружные. Один заболел - полдеревни переживают, помогают, чем могут. В семьях по восемь-девять детей - обычное дело. Как-то открывали полевой стан. Приехал главный врач из района по такому случаю, две мухи у него над головой пролетели - стан не сдали.

Многого не знала первый год. Помню, как в отчете санэпидемстанции точно указала, сколько дворов и сколько надворных построек. Из моей правды следовало, что не у всех во дворах были построены туалеты. И отчет не приняли.

В этом году зимние бураны точно как в те три первых года. Лидии Матвеевне они запомнились по той особенной незащищенности

перед непогодой, которая пронизывает человека именно в селе. Она и в силосной яме блудила, замерзала, чудом к людям выходила - всё было. Помогало то, что к учителям и медикам на селе относились по-особенному, поддерживали, помогали. Народ был другой - добрее.

Освоилась быстро - жизнь заставляла. Работа сельского фельдшера напоминала бесконечную дистанцию с препятствиями. В первую же зиму стало очевидно: стены в ФАПе промерзают. И хотя был в колхозе кирпичный завод, строили из «своего» материала редко. Лидия Матвеевна была не согласна с таким положением:

- Я боролась с председателем, доказывала, что так нельзя лечить людей. Зимой на приеме сидела в шубе. Пока топила печь - тепло, протопилась - не раздеться, сразу выдувало. На своем настояла, когда уже была депутатом сельского совета. ФАП построили, как я и предлагала: с одной стороны - медпункт, с другой - профилакторий для животноводов. Здоровью доярков всегда уделялось особое внимание. Группы здоровья были еще в те времена, организовывали лыжные соревнования - сначала ребяташек вовлекли, потом спорт стал семейным занятием.

У молодого фельдшера проблемы возникали с неожиданной стороны:

- Беременную женщину заранее отправлю в роддом, а она с лесовозом сама вернется, потому что муж в лесу работает, дети дома



одни, а она лежит в больнице и ничего у нее не болит... Роженицы вызывали меня, когда уже поздно куда-то ехать. Заранее же не увезешь ни на каком танке - бесполезно уговаривать. В итоге у меня выговоров было за роды дома, как у ежика иголок. Как-то приехала на вызов ночью, а женщина пол домывает между схватками. Ей важно было уехать и оставить чистый дом. При этом я к ней ехала на бригадирском жеребце, он меня еще скинул, пришлось самой до роженицы добираться, боялась не успеть. В другой раз, 10 февраля 1970 года, в дороге принимала роды, а после и не знаю, вперед ехать или возвращаться - посоветоваться-то не с кем.

Жизнь была совсем другой, хоть и прошли считанные десятилетия: транспорта у медиков не было, дороги и того хуже, без телефонов вынужденно обходились. Только с шести до полседьмого утра фельдшер могла поговорить по рации с председателем колхоза - во время ут-▶



ренней планерки в колхозной конторе. Если дело было срочным, председатель колхоза звонил председателю райисполкома, тот уже в больницу главному врачу - такая вот цепочка оповещения выстраивалась.

Помнит Лидия Матвеевна и шприцы того времени: «Можно было семнадцать раз умереть и воскреснуть больному, пока они пройдут обработку». Системы ставить вне стационара было просто невозможно...

Именно в начале семидесятых начиналась история санитарной авиации. Прилетали и в Саратовку: женщина трудно рожала девятилетнего ребенка. Его тогда не спасли, а роженице помогли вовремя - осталась жива.

Да всё было: на обычном обеденном столе гинеколог Н.Л. Камнева с анестезиологом А.И. Дряминым из районной больницы даже оперировали. И свет был особенным во время операции: восемь женщин держали лампы у стола на поднятых руках.

Сельская жизнь закончилась раз и навсегда через три года, после положенной отработки молодого специалиста:

- Я уехала сдавать экзамены в институт, не поступила, но и не вернулась. В Саратовке собрали колхозное собрание по этому поводу. Я уже в хирургии в Рубцовске работала, дежурила, в общезижитие устроилась. И вдруг приезжают гонцы - требуют моего возвращения. Не согласилась. Позднее, в 2000 году, когда многие из Саратовки и Московки уже жили в Германии, пригласили нас с дочкой в гости. Пока мы там жили, передавали нас с рук на руки, из дома в дом... Благодарные и дружные люди жили в Саратовке, такими остались и на немецкой земле, вдали от Алтая. Помню, зайдешь в любой дом - много детей, а чистота идеальная! К 1 мая всегда наводили порядок. К нужному сроку ограды обязательно покрашены, дорожки песочком посыпаны, мусор убран. Жили крепкими крестьянскими хо-

зяйствами, при этом идеальная чистота на любой улице.

Афганистан

В Рубцовске Лидия Матвеевна сначала работала в хирургическом отделении дежурной медицинской сестрой, перешла в подростковый кабинет, потом ушла в лечебно-трудовой профилакторий.

Все знания, навыки, практический опытгодились в Афганистане, в тех ситуациях, когда от правильных быстрых действий зависела чья-то жизнь. Лидия Матвеевна поясняет:

- У меня первая реакция быстрая, чёткая, а когда уже основная работа сделана, наступает время анализа, ум включается. Призвали буднично - просто вызвали в военкомат, я уже вступила в партию, имела военный билет, как все медицинские сестры. Так что основания для вызова были.

Не спешила она на войну, как не спешил бы любой человек, далекий от воинской службы. Но не поехать не получилось - приказ.

Два года работы в госпитале в Кабуле остались в памяти навсегда:

- Это был эвакогоспиталь - больше месяца раненых в нем не держали. Все отделения у нас были, госпиталь был развернут на полторы тысячи человек в бывшей английской конюшне.

Трудно понять, почему так получилось, что на восемь операционных в штате всего шесть операционных медсестер. Так что буквально на месте смотрели тех, кто прибывал. Я работала в хирургическом отделении: предстояло вживаться в этот ужас войны, солдат привозили с минно-взрывными ранениями. Первое время было очень эмоционально тяжело: перед тобой раненый, надо что-то делать, а слезы градом текут, и справиться с этим состоянием очень трудно. Если раненых из медсанчасти привезут, они хоть обработаны. Если после боя из БТР-ов вынимают, тогда иногда вообще непонятно, что и где у человека... Почти не было таких дней, чтобы отдежурил - и пошел отдыхать. Ког-

да привозили раненых, в модуле загоралась красная лампочка, и все бежали в приемное отделение - и те, кто работал, и те, кто отдыхал. Главное, чтобы быстрее прошла сортировка и началось оказание помощи.

В 1982 году оборудовали специальный медицинский самолет АН-24 «Спасатель»: установили четыре койки и операционный стол. На него перевели Лидию Матвеевну. Работали четыре бригады. В воздухе оперировали, оказывали медицинскую помощь, находились под обстрелом, шасси не убиралось и не выпускалось, с пробоинами летели. Но всё обошлось.

- Вернулась домой, вышла замуж, родила дочь. Теперь Наташа - дипломированный врач-терапевт, лечит меня.

Я спросила Лидию Матвеевну о наградах: ведь полученные за участие в боевых действиях имеют свою цену, не сравнимую ни с чем. Оказалось, что медаль «За трудовую доблесть» вручили буднично - просто вызвали для этого в военкомат. Да и она совсем не боевая, но служащим другие награды не положены. Хоть и была эта служба в экстремальных боевых условиях. Потом к этой медали прибавились другие, трудовые.

Жизнь после войны

В разговоре Лидия Матвеевна без лукавства подчеркнула:

- У меня обычная жизнь, даже неудобно от такого пристального внимания.

Каждая жизнь обычна. Только не каждый из нас спасает раненых под обстрелом и потом с головой уходит в организацию системы работы по профилактике заболеваний в небольшом алтайском городе. Это сегодня о ней говорят много и часто. А было время, когда требовались инициаторы, энтузиасты. Так и сошлись устремления медицинской сестры Лидии Матвеевны Сагайдачной и коллектива нашего журнала. И этот совместный труд и большая человеческая дружба объединяют нас уже много лет. ☺

Лариса Юрченко



“Здоровая семья - это здорово!”



Лидия
Матвеевна
САГАЙДАЧНАЯ

нам
15
лет!



Использованы фотографии мероприятий разных лет, проводимых в рамках проекта “Здоровая семья - это здорово!”, из архива редакции

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ



№2 (170) февраль 2017 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

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

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

Время подписания в печать: по графику - 14:00 28.02.2017 г., фактически - 14:00 03.03.2017 г. Дата выхода: 10.03.2017 г.

Главный редактор - Ирина Валентиновна Козлова. Тел. 8-960-939-6899.

Ответственный редактор - Мария Юртайкина.

Креативный редактор - Лариса Юрченко.

Компьютерный дизайн и верстка - Ольга Жабина, Оксана Ибель.

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

Адрес работы с общественными представителями: 656038, Алтайский край, г. Барнаул, пр. Ленина, 56, тел. 8-902-141-79-83.

E-mail: nebolen@mail.ru. Группа ВКонтакте: <https://vk.com/nebolen>

Отпечатано в типографии ИП Смирнов Е.В.: 656049, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Чкалова, 228. Тел. (3852) 38-33-59. Печать офсетная. Тираж - 5000 экз. Цена свободная.

Подписной индекс - 31039

ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

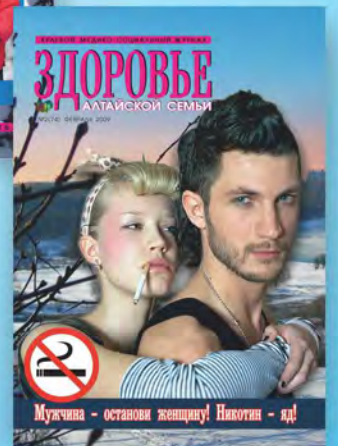


Где-то в горах Алтая жила женщина Костина -
исследовательница, которая получила «Золотую грамоту» 2002 г.
за вклад в развитие здравоохранения Алтайской области, депутат Алтайского
краевого областного законодательного собрания, мать троих детей.

№ 2 ФЕВРАЛЬ 2003



Валерий Александрович ГОЛОВИН,
начальник Алтайского краевого
Госсплана для ветеранов войны,
заслуженный работник здравоохранения



нам 15 лет!