

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

6+

# ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№4 (172) АПРЕЛЬ 2017



## Здравоохранение Алтайского края

2016 - ИТОГИ ПОДВЕДЕНЫ. 2017 - ЗАДАЧИ ПОСТАВЛЕНЫ

# Здравоохранение Алтайского края

2016 - ИТОГИ ПОДВЕДЕНЫ. 2017 - ЗАДАЧИ ПОСТАВЛЕНЫ



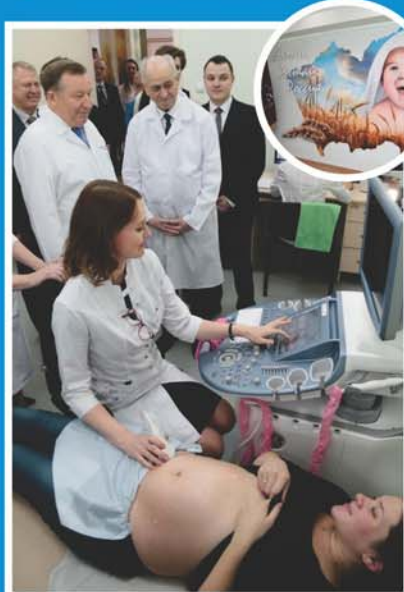
Открытие симуляционного центра АГМУ



Юбилей КГБУЗ "Родильный дом №2, г. Барнаул"



Отремонтирован городской токсикологический центр



Новый краевой перинатальный центр "ДАР"



Пополнился парк медицинского транспорта



Расширенная коллегия Министерства здравоохранения Алтайского края (29.03.2017)



КГБУЗ «АККДБ»: "Больница, доброжелательная к ребенку"

# Подведены итоги работы отрасли здравоохранения в 2016 году

В работе итоговой коллегии Министерства здравоохранения Алтайского края по результатам деятельности системы здравоохранения Алтайского края в 2016 году и задачах на 2017 год приняли участие заместитель Губернатора Алтайского края Надежда КАПУРА, министр здравоохранения Алтайского края Ирина ДОЛГОВА, руководитель Управления Росздравнадзора по Алтайскому краю Владимир ТРЕШУТИН, представители общественных организаций, АКЗС, АГМУ, главные врачи медицинских организаций региона, главные специалисты и начальники отделов регионального Минздрава и другие.

Участников коллегии приветствовала заместитель Губернатора **Надежда Капура**. Она подчеркнула, что развитие региональной системы здравоохранения является безусловным приоритетом в работе краевых властей. За последние годы в региональном здравоохранении выстроена совершенно новая нормативно-правовая платформа, которая требует стандартных подходов к процессу организации медицинской помощи. Независимо от места проживания каждый гражданин должен получать медицинскую помощь в рамках одного и того же объема и качества. Новая организационная модель медицинской помощи сегодня диктует необходимость более рационального отношения к кадровым, материальным и технологическим ресурсам здравоохранения.

В рамках коллегии с приветственным словом выступили депутаты Государственной Думы **Валерий ЕЛЫКОМОВ** и **Николай ГЕРАСИМЕНКО**.



- В регионе выстроена эффективная трехуровневая система оказания медицинской помощи, что наблюдается далеко не в каждом регионе нашей страны, - подчеркнул парламентарий Николай Герасименко. - Алтайские законодательные инициативы всегда находят понимание на федеральном уровне. Регион неоднократно отмечен федеральным Минздравом как один из лидеров в реализации различных медицинских программ.

С основным докладом на расширенной коллегии выступила министр здравоохранения Алтайского края **Ирина Долгова**. Она отметила, что главной задачей, стоящей перед органами исполнительной власти всех уровней, остаётся улучшение здоровья населения и увеличение продолжительности жизни, что в результате позволит достичь улучшения качества жизни населения.

- В течение более чем пяти лет система здравоохранения находится в постоянном процессе структурного реформирования, главным индикатором эффективности которого являются медико-демографические показатели. Поэтому сегодня особенно важно, что на протяжении этих сложных лет удалось не только закрепить тенденции снижения смертности, но и сохранить темпы ее снижения, а по многим причинам - добиться существенного снижения этих показателей. За период с 2012 года общая смертность сократилась более чем на 4% и составила 14 промилле, смертность трудоспособного населения - на 12,3% и составила 5,6 промилле. Ключевой показатель - рост продолжительности жизни - составил 70,74. За десять лет продолжительность жизни в крае выросла на 4,22 года. За это же время младенческая смертность сни-



## Модернизация - жителям края

▲ зилась с 11,2 до 7,2 на 1000 родившихся, а материнская - более чем в 4,5 раза.

Вместе с тем, для дальнейшего решения демографических задач необходимо активно продолжать развивать межведомственный подход. Необходимо активно подключать межведомственные программы по пропаганде здорового образа жизни с обязательным участием органов муниципальной власти, общественных организаций, социально ориентированных некоммерческих организаций, расширять охват населения существующими профилактическими программами, направленными на более раннее выявление социально значимых заболеваний. В этой работе над координацией системы здравоохранения органы муниципальной власти должны выступать в роли основного участника, - отметила Ирина Долгова.

Министр особо подчеркнула, что в течение ряда лет объем финансирования отрасли не сокращался. Консолидированный бюджет здравоохранения в 2016 году составил 30млрд. 40млн. рублей. Она отметила, что объем средств ОМС в 2016 году в сравнении с 2014 годом вырос практически на 20%, а в сравнении с 2015 годом - на 5 процентов.

- В 2016 году на строительство, ремонт и реконструкцию медицинских организаций было направлено 980,8млн. рублей, - сообщила Ирина Долгова. - В рамках реализации краевой адресной инвестиционной программы эти работы проводились на 16 объектах здравоохранения.

Год был знаковым по введению в строй важнейших для отрасли объектов, таких, как новый перинатальный центр, вторая очередь краевого онкологического диспансера в составе лечебно-диагностического корпуса и инфраструктурных объектов, необходимых для жизнеобеспечения медицинской организации. После завершения реконструкции хирургического корпуса в обновленных условиях заработал еще один флагман регионального здравоохранения - городская больница №5 г.Барнаула. Разработана проектно-сметная документация по объекту «строительство здания КГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи, г.Барнаула», что положит начало строительству подстанции в Индустриальном районе Барнаула. Сегод-



ня это жизненно необходимый объект с учетом сложного трафика движения в городе и расширения зон ответственности станции г.Барнаула.

В настоящее время на шести объектах здравоохранения продолжается работа, которая будет завершена в текущем году. Параллельно с крупными объектами в крае ежегодно строятся новые ФАПы, не исключением стал и 2016 год.

Ирина Долгова отметила, что в крае продолжается постоянная работа, направленная на поддержку медицинских кадров. В 2016 году были продолжены федеральная программа «Земский доктор» и региональная программа «Сельский фельдшер», благодаря которым в сельские медицинские организации были трудоустроены 147 специалистов с высшим и 30 - со средним медицинским образованием. К сожалению, среди трудоустроившихся участковые врачи составили не более 25%. В 2017 году при реализации программы необходимо приоритетным сделать укомплектование учреждений врачами участковой службы.

Одной из важнейших задач, поставленных перед Министерством в 2016 году, стало совершенствование первичной медико-санитарной помощи, а также повышение ее доступности.

Оказание медицинской помощи в крае осуществляется в рамках трехуровневой системы, объединяющей в себе все медицинские мощности, не зависимо от формы собственности, территориального размещения, где каждый уровень отвечает за свой вид, условия и форму оказания медицинской помощи. Выстроенная система требует постоянного совершенствования, еще большей дифференциации медицинских организаций по видам медицинской помощи, для обеспечения должного уровня доступности и качества медицинской помощи. Первый уровень медицинских организаций - самый многочисленный. Это организации первого контакта с системой здравоохранения, которые должны быть максимально сориентированы на оказание первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара. Приоритетом в разви-



## Модернизация - жителям края

тии медицинских организаций первого уровня должно стать дальнейшее повышение доступности и эффективности первичной медико-санитарной помощи. Год был посвящен решению этой задачи. Много было сделано в плане отработки регламента работы регистратуры, формата электронной записи, создания комфортных условий в поликлиниках.

Анализ качества работы стационаров медицинских организаций первичного звена требует поиска новых механизмов повышения структурной эффективности системы специализированной помощи. *Акцент в оказании специализированной медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара должен смещаться в сторону медицинских организаций второго и третьего уровней, где сегодня уже сосредоточено 73% всей круглосуточной помощи.*

Целью проведения структурных изменений в отрасли является повышение качества оказания медицинской помощи. Но реструктуризация сегодня невозможна без должного обеспечения условий для оказания медицинской помощи. Хочется, чтобы предложения по повышению структурной эффективности отрасли были услышаны и поддержаны, отметила министр.

С докладом о межведомственном взаимодействии в вопросах контроля качества и безопасности медицинской деятельности выступил руководитель Территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Алтайскому краю **Владимир Трешутин**.

В своем докладе он дал высокую оценку организации работы по ведомственному контролю качества и безопасности медицинской деятельности, проводимой Министерством здравоохранения Алтайского края. Он также отметил, что ведомство плотно взаимодействует с Минздравом РФ и это приводит к достижению положительных результатов. Владимир Трешутин подчеркнул, что в Алтайском крае - один из самых низких в РФ процент не устранённых замечаний по итогам проверок медицинской деятельности (пятый показатель из 85 в РФ). После проведенных



проверок медицинских организаций все предписания оперативно выполняются. Он также отметил активное взаимодействие Федеральной службы Росздравнадзора и регионального Минздрава, которое привело к положительным результатам в работе, направленной на увеличение доступности и качества медицинской помощи.

В своем выступлении президент Медицинской палаты Алтайского края **Яков ШОЙХЕТ** подчеркнул, что невозможно не замечать положительных изменений в региональном здравоохранении, произошедших за минувший год. Он отметил, что все строящиеся высокотехнологичные медицинские центры в крае наполняются медицинскими кадрами именно нашего региона, что говорит о качестве проводимой в регионе кадровой работы. Также Яков Шойхет отметил, что в крае создана мощная база для эффективной работы по сохранению здоровья жителей края и эту работу необходимо продолжать.

С докладом о повышении эффективности оказания специализированной медицинской помощи в медицинских организациях второго уровня на примере КГБУЗ «Городская больница №2, г.Рубцовск» выступил главный врач медицинской организации **Сергей ВОРОНКИН**.

Об организации работы с населением при проведении структурных изменений системы здравоохранения рассказал глава администрации Первомайского района **Алексей РУБЦОВ**.

Опытом реализации проекта «Открытая регистратура» поделился главный врач КГБУЗ «Славгородская ЦРБ» **Дмитрий ГРИГОРОВИЧ**.

Итоги выездной работы в Завьяловском районе в 2016 году подвела главный врач КГБУЗ «ЦРБ с.Завьялово» **Марина КОСТРОМИЦКАЯ**.

*В заключение коллеги Ирина Долгова подчеркнула, что для дальнейшего улучшения здоровья жителей края необходимо комплексно решать организационные, технологические и кадровые задачи и поблагодарила всех присутствующих за слаженную работу.* ☺



### Делегация Алтайского края приняла участие в итоговой коллегии Министерства здравоохранения Российской Федерации

В Правительстве Российской Федерации состоялось итоговое расширенное заседание коллегии Министерства здравоохранения РФ. В нем приняли участие заместитель Председателя Правительства РФ Ольга Голодец, глава федерального Минздрава Вероника Скворцова, представители обеих палат российского парламента, руководители федеральных ведомств, главы ряда регионов страны.

Делегация Алтайского края была представлена министром здравоохранения **Ириной Долговой**, директором краевого ТФОМС **Мариной Богатыревой**, руководителем Росздравнадзора **Владимиром Трещутиным**, главным врачом ФГБУ «ФЦТОЭ» **Людмилой Григоричевой**.

Основной темой стало подведение итогов работы отрасли в 2016 году и определение задач на новый период.

Открыла итоговую коллегию Ольга Голодец, которая отметила закрепление положительных демографических тенденций. Она подчеркнула, что в 2017 году улучшение демографических показателей останется основным приоритетом в работе российской системы здравоохранения.

По словам руководителя Минздрава РФ Вероники Скворцовой, **за минувший год ожидаемая средняя продолжительность жизни россиян увеличилась на полгода, впервые достигнув 72 лет**. Смертность снизилась во всех возрастных группах, в том числе, среди трудоспособного населения (на 3,3%). Причем, снижение смертности произошло, несмотря на изменение структуры населения: в прошлом году **число лиц старше трудоспособного возраста увеличилось на 2,5%**, составив 24,5%, что не могло не сказаться естественным образом на увеличении числа смертей.

Одним из факторов увеличения средней продолжительности жизни стало **снижение младенческой смертности**: в прошлом году - на 7,7%, а за последнее пятилетие - более чем на 30%. Достигнутые показатели - лучше, чем предполагалось прогнозами 2010 года.

**Алтайский край входит в число регионов, где демографические показатели находятся в рамках общероссийских**. Благодаря грамотной последовательной демографической политике руководства региона и отраслевого ведомства достигнуто максимальное снижение показателей от основных причин смертности. За 5 лет в регионе достигнуто снижение смертности от болезней системы кровообращения - на 20,6%, от болезней органов дыхания - на 12,7%, от внешних причин - на 22,7%, от новообразований - на 2,2%. За этот же период из-за всех принятых мер в регионе снизились показатели младенческой смертности (на 28,7%) и смертности трудоспособного населения (на 12,5%).



Особое внимание Вероника Скворцова уделила вопросам **доступности медицинской помощи в сельской местности и улучшению состояния учреждений этой сети**. Как прозвучало, из 2,6 тысяч медицинских объектов, которые были отремонтированы в 2016 году, 600 - это ФАПы. *В Алтайском крае с 2012 по 2016 годы построено 27 ФАПов*.

Министр подчеркнула, что приоритетным направлением работы системы здравоохранения в 2016 году было **приближение к пациенту первичной медико-санитарной помощи путем развития выездной работы**. Алтайский край одним из первых начал реализацию этого направления. С октября 2011 года комплексная бригада автопоезда «Здоровье» побывала во всех районах края, где оказала высококвалифицированную медицинскую помощь 100 тысячам жителям отдаленных сёл. В прошлом году в выездную работу включились краевой центр медицинской профилактики, центры здоровья. Создана вторая выездная бригада на базе краевого Диагностического центра.

Руководитель Минздрава РФ особо отметила работу регионов по привлечению кадров в здравоохранение. *«Вызывает положительную оценку внедрение в 2016 году программы «Земский фельдшер» уже в 21 регионе страны»*, - сказала она. Напомним, в 2014 году в Алтайском крае началась реализация программы «Сельский фельдшер». За этот период в ФАПы трудоустроены 73 фельдшера (из них 30 - в 2016 году).

Говоря о задачах на 2017 год, Вероника Скворцова подчеркнула, что **особое внимание регионам необходимо уделить профилактической работе с населением, созданию комфортной среды и атмосферы доброжелательности в медицинских организациях**. В Алтайском крае в 2016 году началась реализация уникального пациенториентированного проекта «Открытая регистратура».

*«Залогом успешной реализации является наша командная работа, вовлеченность всех субъектов РФ, ведущих федеральных медицинских центров и вузов, аппарата главных внештатных специалистов Минздрава России, федеральных округов и регионов в решение общей благородной цели - улучшения здоровья россиян»*, - подчеркнула Вероника Скворцова в заключение. ☺



# В Алтайском крае наградили лучших врачей

**В рамках расширенной итоговой коллегии Министерства здравоохранения Алтайского края заместитель Председателя Правительства региона Надежда Капура и министр здравоохранения Ирина Долгова вручили заслуженные награды лучшим работникам отрасли.**

Победителем конкурса «*Лучший врач года*» в номинации «*Лучший участковый терапевт*» стала врач-терапевт участковый КГБУЗ «Славгородская центральная районная больница» **Галина ЗГОРЫШЕВА**. Второе место в номинации «*Лучший онколог*» присуждено заведующему отделением, врачу-онкологу КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер» **Константину МАМОНТОВУ**. Третье место в номинации «*Лучший акушер-гинеколог*» заняла заведующая отделением, врач-акушер-гинеколог КГБУЗ «Городская больница №4, г.Барнаул» **Людмила БОДЯКИНА**.

В номинации «*За верность профессии*» награждены врач-эндокринолог КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края» **Любовь ТИТОВА** и врач функциональной диагностики КГБУЗ «Кулундинская ЦРБ» **Карл ПЕТРИ**.

**Почетной грамотой Правительства Алтайского края** награжден главный врач



КГБУЗ «Онкологический диспансер, г.Рубцовск» **Василий КУРГАНСКИЙ**.

**Нагрудный знак «Отличник здравоохранения»** вручен главному врачу КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница» **Константину СМIRНОВУ** и заведующей кабинетом, врачу-кардиологу КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер» **Елене КИСЕЛЕВОЙ**.

**Почетные грамоты Министерства здравоохранения РФ** вручены старшей медицинской сестре КГБУЗ «Алтайский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями» **Марине КОВАЛЕНКО** и старшей медицинской сестре КГБУЗ «Городская больница №6, г.Барнаул» **Светлане ХАРЛАН**.



# Губернатор Александр Карлин: «Первичная медицинская помощь - это первая «линия обороны» жизни и здоровья жителей Алтайского края»

**На заседании Правительства Алтайского края, прошедшем 4 апреля 2017 года, обсудили мероприятия, направленные на совершенствование оказания первичной медико-санитарной помощи в регионе.**

Заседание провел Губернатор **Александр КАРЛИН**. В обсуждении приняли участие члены Правительства Алтайского края, глава администрации Змеиногорского района **Борис АФАНАСЬЕВ**, главный врач Славгородской ЦРБ **Дмитрий ГРИГОРОВИЧ**, главный врач ЦРБ села Завьялово **Марина КОСТРОМИЦКАЯ**, руководитель Рубцовского медицинского колледжа **Владимир ПОНОМАРЁВ** и другие приглашенные.

Александр Карлин напомнил, что первичная медико-санитарная помощь составляет неотъемлемую часть национальной системы здравоохранения. *«Она является первой ступенью в контакте между отдельными людьми и медицинскими организациями, максимально приближает медицинскую помощь к месту жительства или работы граждан. По сути дела, первичная медицинская помощь - это первая «линия обороны» жизни и здоровья жителей Алтайского края. Не случайно к этому разделу практического здравоохранения привлекается максимальное внимание нашего общества.*

Одним из стратегических направлений государственной программы РФ «Развитие здравоохранения» является увеличение продолжительности активной жизни населения за счет формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний. Это направление отражено и в программе «Развитие здравоохранения Алтайского края на период до 2020 года». Первичная медико-санитарная помощь нацелена на решение этих двух важнейших задач. В этом контексте важным является развитие инфраструктуры, привлечение кадров, оснащение медицинских организаций первичного звена, внедрение новых технологий. Сегодня проблема совершенствования оказания первичной медико-санитарной помощи приобрела не только медицинское, но и социально-политическое звучание», - подчеркнул Губернатор.

Первичная медико-санитарная помощь - это комплекс организационных, лечебно-профилактических,



санитарно-противоэпидемических мероприятий, позволяющих своевременно выявлять, диагностировать и обеспечивать их лечение. В рамках этого направления в Алтайском крае проводят профилактические осмотры и вакцинацию населения. Стартовал проект «Открытая регистратура», ежегодно увеличивается количество фельдшерско-акушерских пунктов в сельских территориях, совершенствуются формы медицинской деятельности, в регионе ремонтируют и создают новые медицинские учреждения первичного звена.

С докладом о реализации основных направлений совершенствования первичной медико-санитарной помощи в регионе выступила министр здравоохранения **Ирина ДОЛГОВА**. По ее словам, совершенствование оказания первичной медико-санитарной помощи в Алтайском крае включает несколько направлений. Это - формирование здорового образа жизни и комплексная профилактика неинфекционных заболеваний среди жителей края, вакцинопрофилактика и развитие первичной медико-санитарной помощи, в том числе сельским жителям, а также развитие системы раннего выявления заболеваний, патологических состояний и факторов риска их развития, включая проведение медицинских осмотров и диспансеризации населения.

*«Разветвленное административно-территориальное деление края, высокая доля сельских жителей диктуют необходимость содержания широкой сети медицинских организаций, оказывающих преимущественно первичную медико-санитарную помощь. Все 1589 населенных пунктов закреплены для*





## Модернизация - жителям края

обслуживания за медицинскими организациями. Жителям сельских территорий первичную медико-санитарную помощь оказывают в 877 ФАПах, 208 врачебных амбулаториях, пяти районных, девяти участковых больницах, трех центрах общей врачебной практики и 59 ЦРБ. В городах работают 16 городских и девять стоматологических поликлиник», - пояснила она.

Минздрав региона регулярно актуализирует карты территориального планирования сети муниципальных образований. На них размещена информация о зонах предоставления первичной доврачебной и врачебной помощи, обозначены места дислокации бригад скорой медицинской помощи, домовые хозяйства, аптеки, в том числе осуществляющие отпуск наркотических и психотропных лекарственных препаратов. Для оказания консультативной помощи до прибытия бригад скорой медицинской помощи в 48 районах края сформировано 148 домовых хозяйств.

*«Основу первичной медико-санитарной помощи составляет профилактическая работа. В 2015 году в крае завершено формирование системы медицинской профилактики: был создан Краевой центр медицинской профилактики, который уже вошел в десятку лучших центров в России. На его базе за два года сформировано четыре центра здоровья. Объем помощи за период их существования вырос практически в 1,5 раза. Специалисты центров здоровья только за год провели выездную работу в отдаленных селах Троицкого, Смоленского, Петропавловского, Алтайского, Зонального, Красногорского, Солтонского, Ельцовского, Солонешенского, Панкрушихинского районов.*

*Важную роль в организации оказания медицинской помощи населению играет плановая выездная работа специалистов в села района. Они посещают на дому маломобильных пациентов, нетранспортабельных граждан, проводят диспансерное наблюдение пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями, наблюдение детей первого года жизни. Специалисты доставляют лекарства для льготников, а также контролируют проведение медработниками сельских врачебных амбулаторий и ФАПов лечебно-оздоровительных мероприятий и соблюдение санитарно-эпидемиологического режима. В 2016 году в шести медучреждениях стартовал пациентоориентированный проект «Открытая регистрация». Пациенты могут записаться к врачу через Интернет-портал, инфомат, позвонить в медучреждение или напрямую обратиться в регистратуру. Также есть возможность повторной записи на прием к терапевтам и узким специалистам. В 2017 году проект реализуют еще в 15 медицинских организациях, в том числе в пяти поликлиниках ЦРБ. Стоит отметить, что в ближайшее время опыт Алтайского края по реализации проекта «Открытая регистрация» представят на федеральном уровне», - сообщила Ирина Долгова.*

Затраты на переоснащение медицинским оборудованием учреждений здравоохранения первичного звена

на в 2014 году составили 11,4млн. рублей, в 2015 году - 36млн. рублей, в 2016 году - 21,5млн. рублей. В 2017 году на приобретение 10 единиц рентгеновского оборудования, 14 ультразвуковых аппаратов, девяти лабораторных анализаторов из средств краевого бюджета направят 153,7млн. рублей.

Для привлечения и закрепления медицинских работников в медицинских организациях сельской местности в регионе действуют программы «Земский доктор» и «Сельский фельдшер». На работу по этим проектам устроились 846 молодых врачей и 73 фельдшера, которые получили единовременные компенсационные выплаты. В Заринске, Новоалтайске, Белокурихе и Змеиногорском районе разработаны муниципальные программы по предоставлению жилья по социальному найму врачам и средним медицинским работникам, полной или частичной компенсации расходов по найму жилого помещения, единовременной материальной помощи при трудоустройстве молодых специалистов в медицинскую организацию, ежемесячных выплат интернам и студентам, учащимся по целевому направлению.

По Губернаторским программам «75х75» и «80х80» капитально отремонтированы, построены или реконструированы 42 объекта здравоохранения, в том числе - 33 сельские больницы и поликлиники. С 2012 по 2016 год построено 27 ФАПов, в 2017 году построят еще девять ФАПов. Краевая адресная инвестиционная программа на 2017 год предусматривает выполнение работ по проектированию, строительству и ремонту в 20 учреждениях здравоохранения первичного звена. Для работы участковой службы и организации неотложной помощи учреждениям здравоохранения первичного звена в 2017 году выделено 10 автомобилей, до конца года планируют приобрести еще 20 единиц автотранспорта.

Как отмечает Ирина Долгова, дальнейшее развитие первичной медико-санитарной помощи региональное Министерство здравоохранения определило в качестве приоритета развития. К числу основных задач на перспективу относятся:

- ◆ обеспечение полного комплекса профилактической работы: диспансеризация взрослого населения, профилактические осмотры несовершеннолетних;
- ◆ развитие выездных форм работы: врачами участковой службы, центрами здоровья, краевыми диагностическими центрами;
- ◆ организация работы поликлиник медицинских организаций второго уровня в режиме межрайонных консультативно-диагностических центров;
- ◆ развитие амбулаторной медицинской помощи, оказываемой в неотложной форме;
- ◆ внедрение проекта «Открытая регистрация»;
- ◆ усиление структур для оказания первичной медико-санитарной помощи (ФАПы, врачебные амбулатории, участковые больницы) за счет доукомплектования кадрами врачей-терапевтов, педиатров, врачей общей практики, медицинским оборудованием для экспресс-диагностики. ☺



# Борьба с курением не закончена

Об этом рассказал 30 марта на пресс-конференции в Министерстве здравоохранения Алтайского края депутат Государственной Думы, академик РАН, заслуженный врач РФ Николай ГЕРАСИМЕНКО.

Поводом для встречи парламентария и региональных журналистов стали грядущие изменения в антитабачном законодательстве, а также положения разработанной Минздравом РФ Концепции осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на период 2017-2022гг. и дальнейшую перспективу.

Открывая встречу, Николай Федорович напомнил, что первый разработанный им закон был принят 16 лет назад: он стал серьезной отправной точкой в борьбе с курением. Следующий шаг - в 2008 году страна присоединилась к рамочной Конвенции ВОЗ. После этого автоматически вступали в силу обязательства привести законодательство страны в соответствие с международным. Второй закон начал действовать в 2013 году: в нем были прописаны более жесткие требования. Итог двух этапов работы выражается в следующих цифрах: популярность курения среди россиян в период с 2005-го по 2009 год снизилась почти на 9%, а в период с 2009 по 2016 годы - на шесть процентов. При этом 1% населения России - это 1,5млн. человек. Таким образом, если раньше считалось, что в стране курит половина населения, то сейчас - одна треть.

Николай Герасименко познакомил журналистов с основными положениями разработанной **Концепции осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на период 2017-2022гг. и дальнейшую перспективу**. Документ разработан Минздравом РФ, его обсуждение уже прошло в рамках депутатских слушаний в Государственной Думе.

В Концепции обозначена главная цель: *к 2022 году снизить курение населения до 25%*, то есть 12 миллионов россиян за пять лет должны перестать потреблять табак. Это серьезный показатель.

Николай Федорович напомнил, что курение становится причиной преждевременной смерти около 400 тысяч человек в год. С ним связаны хронические заболевания, которые требуют затрат на лечение, приводят к потере рабочего времени. Различ-



ные несчастные случаи чаще всего происходят по вине курящих. В 90-е годы прошлого века было проведено исследование, позволившее оценить экономические потери в стране от курения. Оказалось, что «вклад» активных курильщиков составляет 7% от ВВП, или 3трлн. рублей. Потери, к которым приводит пассивное курение, оценены в 1,7% ВВП. В совокупности это - 8,7%!

**Разработанный законопроект вводит ограничения по продаже, потреблению и продвижению электронных сигарет, вейпов, кальянов и иных нетабачных курительных изделий по аналогии с обычными сигаретами.** Приравнять новомодные гаджеты к обычным сигаретам, по мнению депутата, следует уже потому, что их вред на здоровье людей оказывается ничуть не меньшим. Сейчас они продаются всем - независимо от возраста покупателя. К тому же на их упаковках не обозначается состав используемых смесей, а он должен быть известен.

**Закон также предполагает расширение территорий, свободных от табачного дыма.** К ним добавляются вокзалы, коммунальные квартиры, надземные и подземные переходы, остановки общественного транспорта, ряд других. В местах, где находится много людей, при высказывании возмущений курение также должно быть прекращено.

Большую работу в обсуждаемом направлении ведут и региональные законодатели. Так, 29 марта депутаты АКЗС обсудили проект антитабачного закона с представителями всех фракций краевого законодательного собрания, депутатами Госдумы РФ



от Алтайского края, руководителями министерств Правительства края и профильных управлений, представителями МВД и краевой прокуратуры, главами органов местного самоуправления, а также с главными врачами ведущих медицинских учреждений региона.

Целью проведения депутатских слушаний стало всестороннее обсуждение проекта закона Алтайского края «О регулировании отдельных отношений в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака на территории Алтайского края». Разработчик краевого закона к первому чтению проекта предложил ввести дополнительные ограничения курения табака в отдельных общественных местах и помещениях. *Под запрет для курения попадают парки, скверы и набережные, места проведения публичных мероприятий, летние веранды кафе, ресторанов и площадки у входа в помещения, предназначенные для предоставления бытовых услуг, услуг торговли, общественного питания, которые расположены на цокольных этажах, в пристроенных, встроено-пристроенных к жилому дому помещениях.* Но пока не ясен механизм контроля над выполнением данного положения. Если этот закон пройдет, Алтай будет пионером в борьбе против курения, подчеркнул Николай Герасименко. Также он акцентировал внимание на том, что необходимо средствами искусства формировать отрицательный имидж курильщика. А пока выполняется негласное правило: положительный герой обязательно курит. Подчеркиваю: в зарубежных кинофильмах и театральных постановках курят только отрицательные герои.

В Алтайском крае курение достаточно популярно: на протяжении жизни курят 80% мужчин. Среди женщин старшего поколения курят 4-5%, среди молодых - 30%. Только в последние 2-3 года появилась небольшая тенденция, направленная на стабилизацию статистики, но проблема остается достаточно острой. Сегодня воспитание здорового поколения, здоровый образ жизни невозможны без ликвидации этой привычки. Для пропаганды отказа от курения предложено ввести специальные уроки в начальных классах, больше говорить об этом в школах и вузах.

Очевидно, что отказаться от привычки курить не всегда просто. По словам Николая Герасименко, первыми помощниками в этом должны стать спорт, физическая активность.

**Все первичные наркологические кабинеты работают как кабинеты первичной профилактики табакокурения. Предлагаются пластыри, ряд других средств, помогающих пережить этот период. Всё начинается с вашего решения и ваших волевых действий, а достойной платой за это станет ваше здоровье.** ☺

## Дым, в котором я живу

**Есть десятки способов бросить курить, вспомним самые эффективные.**

### Сила воли

Самые смелые могут попробовать справиться с зависимостью, не опираясь на «костыли» в виде никотиновых пластырей и таблеток. Как это сделал 9 лет назад Сергей Шойгу.

**Продумайте заранее, что делать, когда тянет подымить.** Тренируйтесь терпеть никотиновый голод, откладывая перекур.

### Метод Аллена Карра

Знаменитый борец с курением Аллен Карр утверждал: от табака никакой радости, **сигарета просто снимает абстинентный синдром от предыдущей.** И чтобы разорвать эту цепь, не нужны волевые усилия.

По методу Карра завязали актер Евгений Миронов и писатель Сергей Лукьяненко, который рассказывал: *«Подловил момент, когда сильно заболел. В руки попала книга «Легкий способ бросить курить». Карр советовал не торопиться бросать, спокойно дочитать книгу. Я дочитал. И тут же бросил».*

### Иглоукальвание

Официально акупунктура не признана, но порой метод работает. Доктор Рошаль начал курить в 50 лет. Очень быстро дошел до двух пачек в день. Обратился к специалисту по иглоукальванию - и всего за два сеанса избавился от дурной привычки. Иголки помогли и Дине Корзун, актрисе, соучредителю благотворительного фонда «Подари жизнь».

### Заместительная терапия

Осенью 93-го доктор Рошаль снова закурил. Но вскоре бросил уже насовсем с помощью антиникотиновых пластырей. Они же помогли и Валерию Леонтьеву. Принцип никотинозаместительной терапии заключается в том, чтобы **отучать организм от курения постепенно, снабжая его никотином в терапевтических дозах.** Через пару месяцев придется отвыкать уже от заменителей, но это проще.

### Приложения для телефона

Спецприложения для бросающих курить помогут рассчитать оптимальное количество сигарет и время, в течение которого можно постепенно бросить. Умные программы подскажут, **когда надо терпеть, а когда позволено выйти на перекур.** И потом будут добросовестно считать, сколько дней вы уже не курите.

### Физкультура и спорт

Хороший способ побороть зависимость от табака - **интенсивные изнурительные тренировки.** Актер Данила Козловский рассказывал: *«Во время съемок фильма о Валерии Харламове решил временно обойтись без сигарет: покурив, тяжело выходит на лёд. А через три месяца понял, что не хочу снова начинать».* ☺





# Задержка роста плода. Что и когда можно сделать?



### Надежда Сергеевна ДОЛГОВА,

врач-акушер-гинеколог,  
аспирант кафедры  
акушерства и гинекологии  
с курсом ДПО,  
Алтайский  
государственный  
медицинский университет

**Задержка роста  
плода (ЗРП)  
является одним  
из грозных  
осложнений  
беременности,  
влияющих на  
качество жизни и  
здоровья ребенка  
в будущем.**

ЗРП характеризуется замедлением, остановкой или отрицательной динамикой размеров плода в ответ на неблагоприятные условия внутриутробного развития, имеющие связь с материнскими и плодовыми факторами риска, а также с патологией самой плаценты.

В последние годы возрастает частота встречаемости данной патологии. По данным главного неонатолога Минздрава РСФСР Г.М. Деметьевой, в конце XX века распространенность ЗРП среди доношенных новорожденных составляла 7-8%, в наши дни частота встречаемости данного синдрома колеблется от 10 до 44 процентов. Это связано с истинным ростом частоты данного осложнения беременности и улучшением антенатальной диагностики. При этой патологии высок риск мертворождения, неонатальной заболеваемости и смертности.

Истоки изучения ранних и отдаленных последствий ЗРП исходят еще с конца прошлого века. Известно, что **ведущим патогенетическим фактором ЗРП является плацентарная дисфункция**, закладка которой происходит в ранние (до 16 недель) сроки беременности, которая, в свою очередь, реализуется в нарушениях маточно-плацентарного кровообращения с развитием хронической гипоксии плода и метаболических нарушений. Сама по себе **хроническая внутриутробная гипоксия плода способствует развитию перинатальных поражений ЦНС и морфофункциональной незрелости ряда органов и систем плода**. Последствия хронической внутриутробной гипоксии и ЗРП многообразны: заболевания ЦНС, висцеральные, метаболические нарушения и расстройства питания. За последние 20 лет прослеживается четкая тенденция роста детской инвалидности. В структуре детской инвалидности перинатальная энцефалопатия занимает второе место. Тяжелые поражения ЦНС имеют место в 10% случаев, а менее тяжелые, проходя-

щие в первый год жизни ребенка, - в 23-27%. По мнению ряда авторов, в дальнейшем у таких детей психоневрологические нарушения проявляются в виде синдрома дефицита внимания, внутричерепной гипертензии, эпилепсии, детского церебрального паралича.

Кроме того, по данным зарубежных авторов, **малый вес при рождении является ведущим критерием, определяющим длительность и качество жизни**. В 1999 году в ходе обследования людей 1918-1923 годов рождения ученые установили, что малый вес при рождении является более значимым фактором риска укорочения длительности жизни и заболеваемости во все возрастные периоды, чем такие распространенные заболевания, как гипертоническая болезнь, ожирение, алкоголизм, курение, низкий уровень социального положения страны, общества, семьи. В зарубежной литературе убедительно показана связь низкой массы при рождении и раннего развития атеросклероза.

Таким образом, всё это определяет не только медицинскую, но и социальную значимость проблемы ЗРП для всего общества в целом и для каждой семьи в отдельности.

Этиология и патогенез ЗРП на сегодня достаточно хорошо изучены, выявлены факторы риска его формирования, но целостной картины, удовлетворяющей научных работников, врачей и пациентов, пока нет. По данным статистики, в 8-10% случаев ЗРП присутствует при кажущейся физиологически протекающей беременности, удовлетворительном состоянии плода, клинически и по данным дополнительных методов обследования, отсутствии отягощающих соматических, акушерско-гинекологических и социальных факторов.

Сегодня в акушерских учреждениях всех уровней оказания медицинской помощи внедрены методы ультразвукового исследования, что позволяет в большинстве случаев уже на на-



## Школа ответственного родительства

чальных стадиях развития хронической внутриутробной гипоксии плода и ЗРП вовремя поставить диагноз и провести комплекс лечебных мероприятий.

Но надо помнить, что на сегодняшний день не существует единой точки зрения на ведение пациентов с ЗРП среди акушеров-гинекологов и неонатологов. Многие исследователи считают, что эффективной терапии ЗРП во время беременности не существует. **Единственным способом решения этой проблемы является ранняя диагностика и выбор оптимального срока и способа родоразрешения**, когда риск рождения незрелого новорожденного будет меньше, чем риск развития тяжелых гипоксических поражений плода.

По мнению американских неонатологов, срок родоразрешения, даже при доношенной беременности, оказывает значимое влияние на будущее здоровье ребенка. В их работах показано, что рано доношенные новорожденные (370/7 до 386/7 недель гестации) в сравнении с поздними доношенными (390/7 до 416/7 недель) чаще испытывают респираторные нарушения в виде переходного тахипноэ, персистирующей лёгочной гипертензии и нуждаются в более длительном стационарном уходе.

Проблема еще в том, что, несмотря на активное внедрение в акушерство XXI века методов пренатальной диагностики внутриутробного состояния плода, **диагноз ЗРП каждому второму маленькому пациенту ставится только после рождения**. И тогда период новорожденности - это последняя возможность адекватно оценить состояние ребенка и вовремя начать лечебные и реабилитационные мероприятия. Сегодня диагностика и прогноз неонатальной гипоксически-ишемической энцефалопатии основаны, главным образом, на клинической оценке показателей неврологических нарушений, лучевых и лабораторных методов исследования. Однако клиническая картина очень разнообразна и не всегда соответствует степени истинных повреждений ЦНС. Лучевые методы занимают значительное время, имеют ряд существенных ограничений для широкого внедрения в практику. В связи с этим особую актуальность приобретает **изучение биомаркеров** (чем сегодня и занимаются ученые АГМУ), которые могут дать информацию не только о наличии повреждения гипоксически-ишемического характера, но и о степени их тяжести и вовлечения в патологический процесс структур головного мозга. **Своевременно поставленный диагноз - это возможность для своевременного осуществления адекватных лечебных и реабилитационных мероприятий**.

Проблему всегда лучше предупредить, чем потом решить. Сегодня уже доказаны **три основные группы факторов, приводящих к развитию ЗРП**:

### ● материнские:

- ▶ демографические (возраст 15-17 лет);
- ▶ социально-экономические (профессиональные вредности, тяжелый физический труд, эмоциональное перенапряжение, курение, алкоголизм, наркомания, недостаточное питание);



- ▶ расовые и этнические особенности;
- ▶ конституционально-генетические (особенности матери и отца, их рост, масса при рождении, рождение детей с малой массой тела в анамнезе);
- ▶ соматические заболевания матери (артериальная гипертензия, аутоиммунные заболевания, анемия, хронические сердечно-легочные заболевания, хронические заболевания почек, сахарный диабет с сосудистыми заболеваниями, хронические и острые инфекции и др.);

▶ акушерско-гинекологические (инфантилизм, аномалии матки, дисфункция яичников, первичное бесплодие, привычное невынашивание беременности, врожденные пороки развития, случаи перинатальной смертности в анамнезе) и факторы, связанные с беременностью (ранний токсикоз, преэклампсия, угроза прерывания беременности);

### ● маточно-плацентарные:

- ▶ инфаркты плаценты,
- ▶ аномалии развития плаценты,
- ▶ отслойка плаценты,
- ▶ ее вращение,
- ▶ гемангиомы,
- ▶ низкая плацентация,
- ▶ предлежание плаценты (расположение плаценты там, где условия ее функционирования не являются оптимальными),
- ▶ плацентарный мозаицизм;

### ● плодовые:

- ▶ конституциональные (генетические особенности, пол) хромосомные аномалии (трисомии, триплоидии, полиплоидии и др.),
- ▶ внутриутробные инфекции (ВУИ),
- ▶ пороки и аномалии развития плода,
- ▶ многоплодная беременность.

Многие из этих факторов риска являются управляемыми. И каждая семья уже на этапе планирования беременности должна постараться устранить их и создать условия для комфортного внутриутробного детства своего малыша, для его счастливой внеутробной жизни. Надо только постараться, и многое получится, тем более, что акушеры-гинекологи всегда с радостью готовы вам помочь! ☺



# 60 лет в профессии - удел немногих

**Более 170 лет насчитывает общий трудовой стаж медицинской династии ИВАНОВЫХ. Валерий Вячеславович, основатель династии, в этом году отметил не менее замечательную дату - 56 лет он работает врачом. Его первым профессиональным увлечением была бактериология, которая привела к важному решению - он стал врачом-инфекционистом.**

**- Валерий Вячеславович, расскажите о начале профессионального пути.**

- На первых курсах я занимался в кружке микробиологии, были публикации, чисто студенческие. Когда начался цикл инфекционных болезней, мне это понравилось, хотел заниматься именно этой областью медицины. В 1961 году после окончания института направили в Алейск меня врачом-инфекционистом и супругу Тамару Христиановну – педиатром. В моей практике первых лет были такие болезни, о которых сейчас говорят редко. Для меня, как начинающего инфекциониста, работы хватало: той же дифтерией болели целыми семьями, многие случаи заканчивались осложнениями. Сразу окупился в молчаливый поединок с микробами. Через два года супруге предложили поехать в клиническую ординатуру в Ленинград. Естественно, поехали вместе. Я заведовал инфекционным отделением в больнице города Красное Село Ленинградской области. Когда вернулись в Барнаул, жену приняли в детское отделение краевой больницы, а меня - инфекционистом в городскую больницу №1. Инфекционное отделение тогда располагалось в четырех деревянных бараках - сразу за современными фонтанами на площади Советов. Поликлиника №1 входила в состав больницы, и когда она отделилась в 1970 году, я перешел в поликлинику, где сначала работал инфекционистом, 14,5 лет - начмедом, затем - заведующим отделом меди-

цинской статистики, где и тружусь сегодня.

**- Получается, что работа в поликлинике вам больше нравилась?**

- Да. В стационаре ты не один, больные в отделении тяжелые, но всегда можно рассчитывать на помощь коллег. А в поликлинике - один на один с больным, где нужно принять самостоятельно решение. Мне это всегда нравилось - не прятаться за чью-то спину. Ошибся - отвечай. Умение принимать решение требовалось всегда. Так, начмедом стал в сложные 90-е годы, когда тяжело было и материально, и со снабжением. Тем не менее поликлиника работала, и работала неплохо. В рейтингах учреждений здравоохранения наш коллектив занимал и первые, и вторые места. Иначе и быть не может: номер один обязывает быть лучшими.

Таким получился мой профессиональный путь, по сути, ничего особенного в нем нет. Участвовал в ликвидации вспышки холеры в Астрахани в 1970 году. Это была серьезная вспышка. В Барнауле была небольшая вспышка этого заболевания в 1973 году. Но в этом факте биографии нет героизма - работал по своей специальности так, как и надо было работать. Если назвался инфекционистом, то и должен этим заниматься честно. Когда имеешь дело с микробом, он тебя всегда чувствует, «видит», но ты-то его - нет. И только профессиональные знания могут помочь в непростом противостоянии.



**- Ваша семья - истинно медицинская. Профессиональные разговоры были и на работе, и дома?**

- У нас с супругой разные специальности. Она - педиатр, много времени проводила в командировках по краю: тогда педиатры были наперечет. Дома мы говорили о медицине только тогда, когда требовалось принять решение в сложных случаях. Сын Игорь стал детским инфекционистом, буквально совместил две специальности родителей, ведь дома обстановка действительно была «медицинской».

**- На входе в поликлинику встретилась с женщиной с маской на лице. А какие правила необходимо соблюдать врачу, чтобы не подхватить инфекцию?**

- Это женщина сама болеет и носит маску, чтобы не заразить окружающих. Настолько вырос уровень санитарной культуры населения - и этому можно только радоваться! Еще несколько лет назад такое поведение пациентов нельзя было даже предполагать. В годы начала моей практики в масках не ходили - стеснялись.



Действия, помогающие не заболеть инфекционными заболеваниями, известны: соблюдайте правила личной гигиены; мойте руки после посещения больного, перед приемом пищи, после поездки на общественном транспорте. Выполнение всего лишь трех постулатов вам поможет не болеть.

**- Известно, что одни инфекции уходят побежденными, но следом приходят другие. Почему так происходит?**

- Вакцинация, как бы ее ни критиковали, помогает победить практически любую инфекцию. Дифтерию в том виде, в каком я видел ее в начале своей практики, удалось ликвидировать - благодаря профилактическим прививкам. Другого ничего не было. И полиомиелит, который особенно страшен своими осложнениями, ликвидировали благодаря прививкам. Мы забыли о натуральной оспе - грозном инфекционном заболевании. Если человеку вовремя была проведена вакцинация, но он всё же заболел, протекающая болезнь будет в легкой или стертой форме. Как правило, заболевание в этом случае протекает без осложнений, и это очень важный момент.

**- У современного человека большой выбор в плане вакцин: платная или бесплатная, отечественная или импортная. Как сделать правильный выбор?**

- Прививки, которые обозначены в национальном календаре, ставятся только бесплатно. Вакцины достаточно высокого качества. Вакцины, предлагаемые частными структурами, - чаще импортного производства: как правило, они изготовлены во Франции, Голландии и других странах. Есть ли разница - я не берусь судить, но устойчивый иммунитет формируется в любом случае. Хотелось бы обратиться к коллегам: в прививочной кампании важно не навредить, помнить о временных противопоказаниях. Не навредить - принцип любых медицинских манипуляций. Важно также, чтобы и посетитель поликлиники не нарушал сроки вакцинации и ревакцинации.

**- По вашему опыту можно в 56 лет: можно сказать, что между медициной**



**60-х годов прошлого века и современной - большая разница?**

- Конечно. Когда я окончил институт, для нас самым важным прибором был фонендоскоп. Умение слушать и слышать - это не одно и то же, это огромный навык, он не приходил сразу, ему учились годами. Я был в восторге от действий опытных врачей в пору студенчества: положить руку на живот больного, аккуратно ведут - и выдают диагноз: настолько было важно знать и уметь выполнять пальпацию. Тогда не знали слов УЗИ или МРТ - эти методики пришли позднее. Современные исследования хороши, никто не спорит. Однако есть постулат: важно не только количество анализов, собранных доктором, а его умение проанализировать полученную информацию и синтезировать ее в диагноз. Если врач это умеет, - ему цены не будет в наши дни, как не было и десятилетия назад.

Медицина, безусловно, сделала колоссальные шаги вперед. Столько методов исследований на вооружении у современного врача! Полвека назад мы даже и предполагать этого не могли. Но в любом случае, в любое время главным остается умение выйти на правильный диагноз.

Во все времена остается важным и умение врача находить контакт с пациентом. Он ведь пришел к тебе и ждет помощи. Нужно изыскать в себе внутренние силы даже при большой загруженности и усталости, помочь человеку, ответить на его вопросы.

**- Какие ваши личные правила здоровья?**

- Через несколько дней мне исполнится 80 лет - завидный возраст, не скрою (*наш разговор был в начале апреля, - прим.ред.*). Что помогло его достичь? Во-первых, я от природы оптимист. Во-вторых, с ранних лет занимался спортом. Мы в школе играли в футбол, бегали на коньках. Подрастком занимался всем. В более зрелом возрасте увлекался бегом на средние дистанции. В институте занимался конькобежным спортом. Сейчас я не бегаю, но много хожу. От дома до речного вокзала - почти пять километров, и я их прохожу за два-три раза в неделю.

**- Читаете много?**

- Я из того поколения, которое без чтения себя не мыслит. Газеты, журналы и книги - всё это обязательно есть в моем расписании, и будет каждый день. Сын, внук советуют больше искать информацию в Интернете - им я пользуюсь для поиска информации для моей работы врачом. А так я предпочитаю книги.

**- Какой бы совет вы дали нашим читателям?**

- Берегите здоровье. Это - бесценное богатство, которое позволит вам жить долго и узнать много самых разных радостей. Моему старшему внуку Олегу 34 года, он - грамотный специалист. Внуке - шесть лет, большое счастье видеть, как она растет. Внуку всегда говорил: стремись быть отличным специалистом и Человеком с большой буквы. Думаю, мои слова были услышаны... ☺



# Первая поликлиника остается первой во всем

О работе КГБУЗ «Городская поликлиника №1,  
г.Барнаул» рассказывает главный врач  
Елена Васильевна АЗАРОВА:

- Наша поликлиника официально начала свою историю с 1918 года, когда была создана первая амбулатория в Барнауле.

В 2003 году территориальные границы были расширены - присоединился поселок Затон, который находится в зоне подтопления. Безусловно, при любых ситуациях наша амбулатория там должна работать. Весной этого года заранее сделали трехмесячные запасы средств для оказания неотложной помощи и лечения в дневном стационаре, а также расходных материалов: капельниц, шприцев, реактивов для лаборатории, перевязочных средств. Медики имеют бактериофаги - антибактериальные лекарственные препараты, которые защищают организм от опасных инфекций, очищают воду.

В 2014 году к поликлинике №1 присоединены городские поликлиники №4 и 5. Таким образом **мы обслуживаем около 60 тысяч барнаульцев**. В наш район обслуживания входят как многоквартирные дома, так и частный сектор.

**Летом 2016 года мы решили участвовать в краевом проекте «Открытая регистратура»**. Была проделана большая организационная и подготовительная работа, проект регистратуры выполнен студентами института дизайна при АлтГТУ. В результате не просто был сделан ремонт, а изменена система работы всей регистратуры - реализован на деле принцип разделения потока пациентов. Изначально мы стремились понять, почему утром в поликлинике скапливается очередь, в чём мы не добиваемся. Проанализировав причины проблемы, **создали диспетчерскую службу, вынесенную за**

**пределы регистратуры**. В диспетчерской установлен многоканальный телефон, где принимают звонки на запись к врачу, на вызов врача на дом, дают необходимую справочную информацию.

Была проведена большая работа с врачами, направленная на выполнение правила: **пациент, придя на прием к специалисту, не должен вернуться в регистратуру, поскольку все направления на обследования и дальнейший прием ему должен выдать терапевт или другой специалист**. На практике нам это удалось реализовать. В результате из 370 тысяч посетителей поликлиники в 2016 году 28 тысяч записались на прием через Интернет. Около 40% пациентов получили талоны из рук врача на следующее посещение. Почти 190 тысяч человек получили талоны в регистратуре. Из них 70 тысяч воспользовались услугами нашей диспетчерской службы, которая начала работать с сентября 2016 года. Сейчас мы объясняем нашим пациентам: в принципе не надо приходить в поликлинику за талоном, можно из дома позвонить - и вас запишут. Этого будет достаточно, чтобы ваша карточка попала в кабинет в срок - талон уже просто не нужен.

**Мы - единственная поликлиника, которая выкладывает в Интернет запись к узким специалистам** - это четверть талонов на первичный прием. Другие талоны распределены между врачами: так они получили возможность регулировать поток пациентов, определять, кому прием или обследование нужны по показаниям на ближайшую неделю, а кому - в течение месяца.



**Сейчас мы активно работаем над введением бесталонной системы**. Если молодежь это восприняла с радостью, то старшему поколению пока трудно: они привыкли к выдаче талонов. Считаем, что регистратура должна только решать проблемы с оформлением документов в случаях первого обращения в поликлинику. Сейчас регистратура выдает результаты обследования. Но и от этого мы думаем уйти: результаты будут сразу заноситься в информационную систему, без бумажного носителя.

Работа движется, и ее много. Цель понятна: если человек обратится к нам за помощью, ему должны установить диагноз и правильно назначить лечение. Есть такие сложные случаи, решением которых мы вправе гордиться. Например, горжусь, когда опухоль перикарда диагностирует участковый терапевт. Горжусь огромной работой наших гинекологов: они обслуживают женское население на горной части города, района завода АЗА, поселка Кирова. И «вытягивают» очень тяжелые беременности.

**Каждый случай в практике врача - это жизнь человека. И мы никогда об этом не забываем.** ☺





## Уважаемые коллеги!

**Ежегодно май наполнен важными событиями для сестринского сообщества: День медицинской сестры, День акушерки, День Великой Победы...**



В России и многих других странах в мае сообщество медицинских сестер отмечает праздник, связанный напрямую с нашей профессией. Несмотря на то, что официально он принят в 1971 году, праздник отмечается уже около 150 лет.

**12 мая - Международный день медицинской сестры.** Благодаря объединению медсестер 141-й страны мира в Международный совет медсестер, дата имеет

международный статус. В России этот праздник существует с 1993 года. Ежегодно Международный совет медсестер определяет его девиз, под которым проходят конференции, семинары, круглые столы, конкурсы, посвящения в профессию. В этом году девиз посвящен теме «*Медсестры расширяют возможность и доступность помощи и повышают доступность и праведность*».

72 года разделяют нас от военного лихолетья, но в современном мире возрастает задача перед всеми живущими сохранить память и гордость в молодом поколении наших детей и внуков за великий подвиг нашего народа в победе над фашизмом, мужестве врачей, медсестер, санитаров на фронтах и в тылу, их жертвенности в спасении воинов.

Современная сестринская профессия находится в постоянном развитии. Изменилась модель сестринского дела, по которой медсестра - помощник пациента, поэтому отношения и взаимодействия с врачами формируются как партнерские. С каждым годом возрастает профессионализм специалистов сестринского дела, что позволяет участвовать в оказании высокотехнологичной, пациентоориентированной помощи.

**Сострадание, забота, готовность оказать помощь, теплота души и нежность рук - главные качества медицинских сестер, акушерок в здравоохранении Алтайского края.**

*С праздником вас, дорогие коллеги!*

*Примите пожелания крепкого здоровья, благополучия, удачи, профессионального роста! Здоровья и счастья вашим родным и близким!*

**Президент АРОО ПАСМР  
Лариса Алексеевна ПЛИГИНА**

## Осторожно: клещи!

**Любовь Николаевна КРЮКОВА,**

помощник  
эпидемиолога,  
высшая  
квалификационная  
категория,  
КГБУЗ «Центральная  
городская  
больница, г.Заринск»,  
член АРОО ПАСМР  
с 2016г.



**С появлением первых проталин в лесу активизируются лесные клещи, а вместе с ними появляется риск заражения инфекционными заболеваниями, которые передаются через укус клеща: клещевой энцефалит, сибирский клещевой тиф, клещевой боррелиоз, клещевой эрлихиоз. Нужно помнить, что клещи опасны на протяжении всего периода своей активности.**

Территории районов, прилегающих к городу Заринску, относятся к территориям с высоким риском заражения. Визуально отличить здорового клеща от больного невозможно. **В среднем в природе - 3% заражённых клещей.** Исследовать клеща на наличие у него вируса клещевого энцефалита можно в вирусологической лаборатории ФБУЗ «*Центр гигиены и эпидемиологии в Алтайском крае*» (Барнаул, ул.Горького, 28). Замечу, что эта услуга платная и для исследования необходимо доставить живого клеща.

Меры специфической профилактики имеются только для профилактики клещевого энцефалита. Это, прежде всего, - **проведение профилактических прививок.** Прививки начинают делать детям с трех лет. *Курс вакцинации проводится по схеме: первая прививка - осенью, вторая - весной. Через год - ревакцинация. Последующие отдаленные ревакцинации проводятся каждые три года однократно.* Бесплатно прививки ставятся только детям: для этого необходимо обратиться в детскую поликлинику или, если ребенок посещает школу или детское дошкольное учреждение ►



## Советы медицинской сестры

дение, прививку сделают в плановом порядке.

Взрослым, работающим на строительстве дорог, в лесу, на строительстве и обслуживании линий электропередач, связи, в сельском хозяйстве, прививки против клещевого энцефалита должны быть сделаны за счёт работодателя. Все остальные желающие сделать прививку могут обратиться в страховые компании.

Кроме вакцины для профилактики клещевого энцефалита используется **клещевой иммуноглобулин**. Бесплатно этот препарат вводится только непривитым детям после укуса клеща. Для того чтобы установить подлежит ли ваш ребенок иммунопрофилактике, необходимо в первый же день после укуса клеща обратиться в медицинское учреждение, где специалист правильно удалит клеща и примет решение о необходимости введения иммуноглобулина. **Помните: чем раньше удалите клеща, тем меньше вероятность возникновения заболевания!**

Также для профилактики клещевого энцефалита можно применять **йодантипирин** в таблетках. Схема его применения имеется в каждой аптечной упаковке.

Как было выше сказано, через укус клеща можно заразиться и другими тяжелыми инфекционными заболеваниями. Поэтому **не нужно забывать о мерах неспецифической личной профилактики**. К ним относятся:

- при выходе в лес **одежда должна надежно защищать от заполнения клещей на тело**, она должна быть желательно светлых тонов, так как лучше будет видно зацепившегося клеща;

- **использование отпугивающих средств** (репеллентов), которые наносятся на одежду в виде замкнутых колец вокруг шеи, талии, бедер, плеча;

- через каждые 20-30 минут проводить **само- и взаимоосмотры**. Зацепившихся за одежду клещей необходимо снимать и по возможности сжигать или бросить в



воду. Ни в коем случае нельзя раздавливать клеща пальцами, так как через микротрещины на пальцах возможно заражение клещевыми болезнями;

- **не приносить домой ветки, цветы;**

- **использование противоклещевых ошейников** для домашних животных;

- **выбор места стоянки на открытой местности;**

- по возвращении домой необходимо провести **тщательный осмотр тела**, принять ванну, тщательно вымыть руки с мылом. Одежду на время лучше вынести на улицу или балкон.

Если нет возможности обратиться в медицинское учреждение, клеща можно удалить при помощи крепкой нити, которая петлей затягивается вокруг хоботка клеща, и движениями из стороны в сторону удаляем клеща. Место укуса несколько раз обработать любой спиртосодержащей жидкостью.

Если через 3-20 дней после укуса клеща у вас резко поднялась температура, появились головные боли, тошнота, рвота, сыпь, увеличились лимфоузлы, на месте укуса - бурое пятно, - немедленно обращайтесь за медицинской помощью! Только врач может поставить правильный диагноз и назначить соответствующее лечение, от которого зависит исход заболевания. ☺

**Если нет возможности обратиться в медицинское учреждение, клеща можно удалить при помощи крепкой нити, которая петлей затягивается вокруг хоботка клеща, и движениями из стороны в сторону удаляем клеща. Место укуса несколько раз обработать любой спиртосодержащей жидкостью.**



# Движение - это жизнь, а жизнь - это есть движение

**Ученые давно подтвердили народную мудрость и афоризмы о том, что те люди, которые ведут малоподвижный и сидячий образ жизни, живут меньше, чем те, кто активен и энергичен.**

Однако в современном техногенном мире мы словно забыли об этом: с каждым годом объем двигательной активности у нас уменьшается. Всё реже мы ходим пешком, всё меньше трудимся физически. Зато всё чаще зависаем в социальных сетях, всё больше сидим и не двигаемся. А ведь недостаток движения также опасен для человека, как и недостаток витаминов, минеральных веществ, кислорода и т.п.

В соответствии с данными, полученными Марком Хэмилтоном, исследователем физиологии неактивности, «**сидячий образ жизни - это новое курение**». Исследования показали, что длительное нахождение в сидячем положении может привести к появлению различных проблем со здоровьем.

**Малоподвижный образ жизни всегда считался губительным для состояния здоровья человека и является одним из факторов преждевременной смерти.** Люди, которые ведут сидячий образ жизни, расходуют меньше энергии, чем потребляют. Вялое кровообращение - это одна из первопричин развития многих заболеваний (ожирение, сердечно-сосудистые заболевания, диабет). Дети, которые не занимаются спортом, чаще подвержены желудочно-кишечным заболеваниям и употребляют больше пищи, чем это необходимо. Помимо этого, низкая физическая активность способствует возникновению таких отрицательных проявлений, как слабость и атрофия мышц.

**Физическая активность нужна всем:** больным - чтобы бы-

стрее выздороветь, здоровым - чтобы оставаться таковыми долгие годы, детям - чтобы правильно развиваться и расти, молодым людям и людям среднего возраста - чтобы надолго сохранить молодость, пожилым людям - чтобы жить полноценной жизнью вне зависимости от возраста.

Наш организм - это самовосстанавливающаяся система. В нем заложен потенциал на регенерацию и развитие. Но это всего лишь потенциал! Если мы не развиваемся, то мы не стоим на месте - мы начинаем деградировать. Жизнь без движения - вот причина этой беды. Всем нам жизненно необходимо движение: как движение к своей цели, так и просто двигательная активность. Многие великие ученые, деятели искусств, писатели любили обдумывать свои мысли во время пеших прогулок. Не случайно



**Елена Николаевна СЕМЕНОВА,**  
главная медицинская сестра,  
КГБУЗ «Городская поликлиника №3,  
г.Барнаул»,  
член АРОО ПАСМР  
с 2008г.



## Советы медицинской сестры

еще Аристотель создал школу так называемых «перипатетиков» - гуляющих: он проводил уроки, прогуливаясь вместе с учениками. Люди, имеющие цели и смысл жизни, живут дольше.

Только на первый взгляд кажется, что современный темп жизни не дает нам заниматься физическими занятиями даже в минимальных количествах. А может, мы просто боимся, что физическая активность - это обязательно изнурительные тренировки? Но это совершенно не так!

**Человеку надо двигаться при любой возможности.** Например, бегом подниматься по лестнице, устраивать себе физкультминутки во время работы в офисе. Найдите любимое дело, больше ходите пешком, действуйте, что хотите - только, пожалуйста, не останавливайтесь, не сидите на месте, не вращайтесь в кресло! Даже такие маленькие периоды физической активности для тех, кто постоянно сидит, полезнее, чем час активных занятий в тренажерном зале.

**Мы забываем про пешеходные прогулки, про занятия танцами, про велопогулки, про активные игры на свежем воздухе, про плавание...** Ведь всё это и многое другое приносит нам удовольствие и является прекрасной тренировкой для нашего организма.

Занятия физкультурой должны обязательно приносить человеку удовлетворение и радость. И начинать нужно хотя бы с малого.

Помните, что движение - это жизнь, полная приятных открытий. Чтобы обойти болезни стороной, увеличить жизненную силу, повысить мощность организма и в разы поднять уровень здоровья, необходимо систематически и постоянно пребывать в движении, правильно питаться и придерживаться своего режима. Кто-то крепнет от плавания, кто-то от занятий в тренажерном зале, во время бега, катанием на коньках и роликах и т.п.

В современной интерпретации можно сказать, что к трем великим «китам» здоровья: солнцу, воздуху и воде - следует непременно добавить и движение. Ведь оно - прекрасная профилактика всех болезней!



### Полезные советы офисным сотрудникам, менеджерам

◆ **Вставайте из-за стола хотя бы на 5 минут каждый час.** Потянитесь, подвигайте руками и ногами. Короткие периоды стояния позволяют обострить концентрацию, улучшить мотивацию и придумать что-то новое.

◆ **Отведите часть своего обеденного времени на прогулку по улице или даже по офису.**

◆ **Разговаривайте по телефону стоя.**

◆ **Короткие встречи с коллегами проводите стоя.**

◆ **Сходите за следующей чашкой воды к кулеру.**

◆ **Вместо того чтобы посылать коллегам электронные письма, лучше встаньте, дойдите до их рабочего места и поговорите с ними лично.**

◆ **Если у вас есть собака, старайтесь сами прогуливать питомца, не перекладывая эту обязанность на других членов семьи.**

◆ **Не работайте слишком часто сверхурочно.**

◆ **Когда ваш рабочий день кончается, закройте дверь в кабинет или покиньте рабочую зону - настало время вашей личной жизни.**

**Постарайтесь достигнуть разумного баланса между работой и личной жизнью.** ☺

**Вялое кровообращение - это одна из первопричин развития многих заболеваний (ожирение, сердечно-сосудистые заболевания, диабет). Дети, не занимающиеся спортом, чаще подвержены желудочно-кишечным заболеваниям и употребляют больше пищи, чем это необходимо.**



# Сон с угрозой для жизни

**Синдром обструктивного апноэ сна (СОАС) - это состояние, характеризующееся наличием храпа, грубой фрагментацией сна и избыточной дневной сонливостью, то есть это периодическое прекращение дыхания во сне из-за спадения стенок дыхательных путей на уровне глотки.**

**Такие остановки дыхания приводят к снижению насыщения гемоглобина артериальной крови кислородом (сатурации) или к гипоксемии.**

Частые эпизоды выраженной гипоксемии обуславливают развитие сердечно-сосудистых, метаболических, эндокринных, неврологических и психических нарушений, расстройство внимания. При определенных профессиях (например, водитель) это недопустимо, поскольку приводит к снижению внимания, скорости реакции на внешние события.

Таким образом, *если человек, со слов домашних, ночью храпит, у него случаются остановки дыхания во сне, в это время не слышно дыхательных шумов, храп прекращается, - оставлять без внимания данные факты нельзя.*

Во сне закономерно снижается мышечный тонус, в частности, расслабляются подвижные структуры на уровне глотки. Кроме того, наиболее частой причиной сужения просвета дыхательных путей на уровне глотки у взрослых является ожирение как за счет отложения жира в самих ее структурах (мягкое небо, небный язычок), так и сдавление глотки висцеральным жиром преимущественно в области шеи.

Острый и хронический недостаток кислорода приводит к нарушению ритма сердца, инсультам, инфаркту миокарда, внезапной смерти во сне, утренней головной боли.

**Заподозрить синдром обструктивного апноэ сна можно уже по внешнему виду пациента:** возраст - 50-60 лет (пик заболеваемости СОАС приходится на этот возраст), ожирение, короткая шея, инъецированные сосуды склер и характерный хриплый голос.

«Золотым стандартом» диагностики СОАС является **полисомнография**, но, если говорить специфически о расстройствах дыхания во сне и тех задачах, которые должен решать пульмонолог, то для постановки диагноза достаточно расширенного респираторного мониторинга. Диагностика апноэ возможна только при соответствующем оснащении профильного отделения. Сейчас в краевой клинической больнице имеется необходимая аппаратура, чтобы диагностировать синдром апноэ сна. Для этого человек должен поспать при работающем аппарате, подключенных датчиках. Врачом-пульмонологом оцениваются несколько параметров: уровень насыщения крови кислородом (сатурация), частота пульса и количество эпизодов остановки дыхания, а также ряд других.

**Респираторный мониторинг** позволяет установить степень тяжести апноэ сна.

Выделяют три степени тяжести заболевания: легкая, умеренная и тяжелая. При умеренной и тяжелой степенях СОАС обязательно лечение посредством создания постоянного давления в дыхательных путях - **СИПАП-терапия**.

Для создания положительного давления используется небольшой компрессор, который подает постоянный поток воздуха под определенным давлением. Целесообразно также использовать нагреваемый увлажнитель, который обеспечивает нагрев и увлажнение поступающего воздуха. Человек с этим аппаратом спит. Через специальную маску, которая подбирается индивидуально, подается воздух под опре-



**Елена Михайловна РЕУЦКАЯ,**

заведующая отделением пульмонологии, врач-пульмонолог, высшая квалификационная категория, Отличник здравоохранения, КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

**Наиболее частой причиной сужения просвета дыхательных путей на уровне глотки у взрослых является ожирение.**





деленным давлением и при требуемой влажности. При правильном подборе параметров подачи воздуха остановки дыхания во сне предотвращаются.

Подчеркну, что синдром обструктивного апноэ сна - это проблема не только врача-пульмонолога. **Лечение синдрома включает в себя решение кардиологических и неврологических проблем со здоровьем, избавление от избыточного веса.**

Когда встает вопрос: жить качественно и долго или нет, измерения становятся другими. Многие пациенты, которые прошли диагностику синдрома и лечение в нашем отделении, приобрели эти аппараты. Они небольшие, удобные в применении, помогают наладить качественный сон не только пациенту, но и членам его семьи.

Но лечение храпа и апноэ сна у взрослых при любой степени тяжести должно начинаться с обще-профилактических мероприятий. К ним относятся:

- ◆ снижение массы тела;
- ◆ прекращение курения;
- ◆ исключение приема алкоголя, особенно на ночь;
- ◆ ограничение приема снотворных и транквилизаторов при СОАС;

◆ позиционное лечение. Существует простой и эффективный способ отучить человека спать на спине: на ночной пижаме или майке между лопаток пришивается карман, в который помещается мяч для большого тенниса. В этом случае каждая попытка лечь на спину будет оканчиваться пробуждением и поворотом на бок;

◆ тренировка мышц языка и нижней челюсти. Максимально выдвигать язык вперед и вниз, в выдвинутом состоянии удерживать язык в течение 1-2 секунд и произносить в этот момент протяжный звук «иинииии». Выполнять по 30 раз утром и вечером;

◆ обеспечение свободного носового дыхания с помощью применения специальных носовых полосок для расширения носовых ходов «Бриз Райт»;

◆ применение внутриротовых приспособлений.

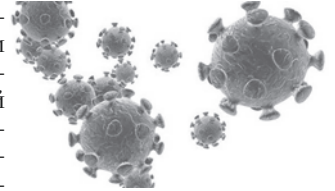
В заключение хочу подчеркнуть, что **современная медицина готова решить проблему обструктивного апноэ сна - для этого вам достаточно обратиться к специалисту.** ☺



## Охота на ВИЧ

**Важное открытие сделали в Университете Северной Каролины (США): вирус иммунодефицита может скрываться не только в клетках иммунной системы, как думали раньше, но и в макрофагах - клетках, уничтожающих бактерии и белковый «мусор».**

Это открытие - итог многолетней работы с особым видом генно-модифицированных мышей, чей костный мозг состоит из человеческих клеток. Ученые пытались понять, почему лекарства, направленные на уничтожение вируса в клетках иммунитета, не могут справиться с задачей. Они последовательно «отключали» компоненты иммунной системы и наблюдали, как на это реагирует вирус иммунодефицита. Открытие, считают ученые, будет ключом к созданию действительно эффективного лекарства от ВИЧ.



## Ядом по инсульту

**Австралийские ученые нашли средство, которое защищает от последствий инсульта. Его содержит смертельный для человека яд местного паука *Hadronyche infensa*.**



Ученые искали средство для защиты нейронов в первые дни после инсульта. При инсульте часть клеток мозга гибнет сразу, а часть постепенно - к ним перестает поступать питание, и нейроны переходят на бескислородное питание - гликолиз. Затем побочными продуктами этого процесса создают в нейронах кислую среду, и те все равно погибают. Яд паука содержит молекулу белка H11a, которая защищает нейроны от действия кислот. Опыты над крысами показали, что если ввести H11a в мозг даже через 8 часов после инсульта, то область некроза будет намного меньше и животные полностью восстанавливают моторные функции.

## Молодильная химия

**Старение можно обратить вспять, считают ученые из Южной Кореи. Они нашли вещество, которое может вернуть клеткам состояние молодости.**

Клетки стареют во многом из-за ухудшения работы клеточных органов - лизосом. Они переваривают в клетке макромолекулы и участвуют в обменных процессах. Когда лизосомы перестают работать, клетка засоряется поврежденными и дефектными компонентами. Корейские ученые решили вернуть активность лизосомам. Они нашли химическое соединение, которое может заблокировать работу белка ATM (именно он снижает работоспособность лизосом). В пробирке оно помогло восстановить активность лизосом и предотвратить старение клетки. ☺



# Мифы о туберкулезе



**Елена Сергеевна АНИСИМОВА,**  
главный внештатный специалист фтизиатр Алтайского края, врач-фтизиатр, высшая квалификационная категория, КГБУЗ «Детский туберкулезный санаторий, г.Барнаул»

**Широко бытующие заблуждения связаны и со степенью заразности туберкулеза, и с перспективами излечения от него.**

**Чаще всего встречаются следующие утверждения.**

## **Миф 1. Туберкулез - болезнь маргиналов**

Миф об избирательности палочки Коха - самый распространенный. Считается, что она «неравнодушна» к алкоголикам, бомжам и уличным попрошайкам. Но, как показывает практика, туберкулезом может заболеть каждый, независимо от общественного статуса и толщины кошелька. Это заболевание можно было назвать социальным, теперь оно перешло в ранг инфекционных. Больные алкоголизмом и лица без определенного места жительства составляют среди заболевших чуть больше 21 процента. Четверть заболевших - это неработающие граждане. Если сложить в процентном соотношении всех представителей так называемых социально уязвимых групп, окажется, что они составляют меньше 50%. Значит, оставшиеся проценты - это среднестатистические граждане, ведущие вполне нормальный образ жизни.

## **Миф 2. Все больные туберкулезом заразны**

Утверждение не только несправедливое, но и довольно жестокое. На самом деле острозаразными являются только люди, страдающие открытой формой лёгочного туберкулеза. Но даже при постоянном близком соседстве с таким больным для человека с высоким иммунным статусом есть вероятность остаться здоровым.

## **Миф 3. Можно заразиться только при контакте с больным** *Туберкулез передается тремя путями.*

По частоте **воздушно-капельный путь** уверенно лидирует - около 98% случаев заражения туберкулезом происходит именно этим способом. За один выброс при кашле больной выделяет в окружающий воздух до трех тысяч микобактерий, причем, разлетаются они в радиусе полутора метров. Частицы мокроты высыхают, но остаются заразными.

**Контактный путь** подразумевает

заражение от личных вещей, одежды, посуды, игрушек, полотенца и прочих предметов обихода, которыми пользуется больной.

**Пищевой способ** инфицирования характерен для сельской местности, где люди не сдают ветеринару на анализ молоко и мясо домашнего скота. Купить зараженные продукты можно и на рынке с рук. Если корова больна туберкулезом вымени, в молоко обязательно попадут микобактерии. О мясе больных коров и свиней и говорить нечего. Заражение пищевым путем при нынешнем уровне развития сельского хозяйства, к счастью, встречается крайне редко.

## **Миф 4. Обследование длительное и дорогое**

Обследование состоит из анализа мокроты, рентгенографии и дополнительных, назначенных врачом при необходимости, анализов. Обследование простое, безопасное и делается в течение нескольких дней. Существует несколько лабораторных методик, позволяющих при их сочетании с высокой долей вероятности выставить этиологический диагноз.

*В арсенал методов лабораторной диагностики входят:*

- ▶ микроскопические (исследования мокроты методом микроскопии):
  - окраска по Цилю-Нильсену (2 часа), чувствительность метода - 30%,
  - люминесцентная микроскопия (72 часа), чувствительность метода - 28,5%;
- ▶ культуральные методы (выращивание чистой культуры):
  - посев на плотные среды (70 дней), чувствительность метода - 40,4%,
  - посев на жидкие среды ВАСТЕС 960/320 (12-20 дней, до 42 дней), чувствительность метода - 58,4%;
- ▶ молекулярно-генетический метод;
- ▶ полимеразная цепная реакция (90 минут), чувствительность - 93,6%.

## **Миф 5. Антибиотики без проблем справляются с туберкулезом**

Еще семьдесят лет назад диагноз «туберкулез» звучал как смертный приговор. Ситуация изменилась, ког-



да в ноябре 1943 года больному туберкулезом впервые дали новое лекарство - стрептомицин. Состояние пациента, дни которого были сочтены, улучшилось, и он очень быстро пошел на поправку. Так в лечении туберкулеза наступила эра антибиотиков.

Однако в последние годы появились *бактериальные штаммы, устойчивые к одному или, что совсем уж плохо, к большинству известных противотуберкулезных антибиотиков*. Примерно у 24,5% впервые выявленных больных диагностируется устойчивая к лекарствам (мультирезистентная) форма туберкулеза. Ею страдают около тысячи человек в Алтайском крае. При этом за последние годы среди умерших от туберкулеза более 80% пациентов имели в анамнезе как раз лекарственно устойчивый туберкулез. В этом случае лечение длится от полутора до трех лет и сопряжено со многими побочными эффектами. Затраты на лечение одного больного мультирезистентной формой туберкулеза составляют от почти 615 тысяч рублей до 1млн.625 тысяч рублей в год. Это примерно в 30 раз дороже, чем при обычном течении заболевания.

Однако туберкулез становится всё изощреннее. *Около 5% пациентов с устойчивой к антибиотикам формой заболевания вообще не реагируют ни на какие лекарства*. Им можно оказывать только паллиативную помощь. Они приравниваются к онкологическим больным на последней стадии этого заболевания, когда лечение невозможно. Сейчас фтизиатры ставят вопрос о создании для больных с хроническими формами туберкулеза и постоянным бактериовыделением хосписа или больницы паллиативного ухода.

Вылечиться от туберкулеза, даже лекарственно устойчивого, всё-таки возможно, при этом важны своевременная диагностика лекарственно устойчивых форм туберкулеза, высокая мотивация самого пациента к излечению, отсутствие перерывов в лечении, применение дополнительных методов лечения, таких, как коллапсотерапия и клапанная бронхоблокация. С 2016 года в России в схеме лечения лекарственно устойчивого туберкулеза используется новый препарат, изобретенный специально для лечения данных форм.



#### **Миф 6. Туберкулез можно вылечить народными средствами**

Этот миф культивируют представители старшего поколения. Вынуждены разочаровать: *химиотерапия переносится очень тяжело, но альтернативы ей пока нет*. В основе этого мифа, возможно, лежит историческая память о том времени, когда противотуберкулезных лекарств еще не было и лечение туберкулеза сводилось к изоляции больных в санаториях, где они подолгу находились в покое на свежем воздухе и усиленно питались. Никто не отрицает положительного воздействия свежего воздуха и правильного сбалансированного питания на процесс лечения туберкулеза. Однако уничтожить микобактерию туберкулеза таким образом невозможно. Поэтому, откладывая начало химиотерапии или избегая ее, больной туберкулезом наносит непоправимый вред себе и угрожает здоровью окружающих.

Иногда можно услышать рассказы о чудесном исцелении от туберкулеза с помощью собачьего мяса (!) или барсучьего (медвежьего) жира. Миф о целебных свойствах собачьего мяса широко распространен среди заключенных, бомжей и, скорее всего, связан с тем, что они слышали, что при туберкулезе рекомендуется включать в рацион большое количество белков животного происхождения, то есть мяса. Не имея возможности приобрести полноценные мясные продукты, они прибегали к таким варварским способам пополнения рациона. Миф о лечебном воздействии барсучьего жира

**Если сложить в процентном соотношении всех представителей так называемых социально уязвимых групп, окажется, что они составляют меньше 50%. Значит, оставшиеся проценты - это среднестатистические граждане, ведущие вполне нормальный образ жизни.**





◀ на туберкулез также, по всей вероятности, связан с информацией о необходимости включать в рацион больного туберкулезом достаточное количество животных жиров. Надо помнить, что среди барсуков высоко распространены глистные инвазии, и риск заразиться ими гораздо выше, чем шанс излечиться от туберкулеза.

Некоторые народные средства могут служить лишь подспорьем в химиотерапии туберкулеза.

### **Миф 7. Лечиться или нет - больной решает сам**

Чаще всего это можно услышать либо от больных людей, потерявших какой бы то ни было интерес к жизни, уставших от длительного лечения, озлобившихся на весь мир, либо... От тех, кто стремится извлечь выгоду из своей болезни (например, улучшить свои жилищные условия, там, где больным еще предоставляются такие льготы).

*Один больной с устойчивой к лекарствам формой туберкулеза может заразить около 8 человек в год.* Вот почему пациентов, которые представляют эпидемиологическую опасность для окружающих, но отказываются от лечения, направляют на принудительное лечение по решению суда, в соответствии с действующим законодательством. Понятно, что нужно уважать выбор человека - лечиться или не лечиться. Но делать это следует всё-таки исходя из того, что туберкулез - инфекционное и опасное для окружающих заболевание. Если пациент не хочет лечиться, он должен быть хотя бы изолирован. Возможно,

это несправедливо, но эта мера - вынужденная.

### **Миф 8. Бесплатные лекарства - самые дешевые и неэффективные. Есть сильные дорогостоящие лекарства, которые обычным пациентам не дают**

В основе этого мифа лежит, по видимому, широко распространенное по всему миру убеждение о том, что «лечиться даром - даром лечиться», а также вечная надежда человечества на «волшебную» таблетку, приняв которую, можно моментально излечиться от любого заболевания. Действительность далека от этого.

К сожалению, действительно, набор основных противотуберкулезных лекарств, так называемых препаратов первого ряда - невелик и очень давно не пополнялся. Первое из этих лекарств (стрептомицин) появилось в 1943 году, последнее (рифампицин) - в 1965-м. Однако именно эти препараты в различных комбинациях наиболее эффективны при лечении «классического» туберкулеза. Большинство антибиотиков, появившихся в последние годы, относится к числу так называемых резервных препаратов (или препаратов второго ряда и последующих линий) для лечения туберкулеза. Они высокотоксичны, и поэтому их невозможно длительно использовать. Они воздействуют не на все штаммы микобактерий и стоят очень дорого. Поэтому они используются только тогда, когда исчерпаны возможности применения препаратов первого ряда. Начинать лечение сразу же этими препаратами - бессмысленно.

Противотуберкулезные лекарства первого ряда, которые закупают или получают страны в качестве международной помощи, производятся небольшой группой фармацевтических компаний. Определенное количество противотуберкулезных препаратов производится и в России - под строгим контролем - и имеет достойное качество.

### **Миф 9. Этот диагноз - как клеймо, на всю жизнь**

Туберкулез - серьезное заболевание, и даже в случае полного излечения пациента ставят на диспансерный учет на два года, а иногда и больше. Если в этот период не было проявления симптомов, то его снимают с учета и заодно снимают все ограничения (по выбору профессии и т.д.).

Самое негативное следствие этого распространенного мифа - больные не желают признавать, что у них туберкулез, и не обращаются в лечебное учреждение, потому что боятся стать в обществе изгоями. Такое поведение не только мешает борьбе с туберкулезом, но и способствует его распространению.

### **Миф 10. Беременность - противопоказание для лечения активного туберкулеза**

Беременность не является противопоказанием для лечения активного туберкулеза, но значительно осложняет лечение матери и пагубно влияет на плод. Лекарственные препараты (как противотуберкулезные, так и других фармакологических групп) особенно опасны в начале беременности. В первые 6-8 недель формируются органы и системы эмбриона, а некоторые вещества могут вызвать пороки развития. В 16 недель окончательно сформировавшаяся плацента начинает выполнять роль барьера, и некоторые противотуберкулезные и антибактериальные препараты лишаются возможности проникать в организм ребенка. Женщинам детородного возраста во время лечения от туберкулеза рекомендуется предупреждение беременности. ☹

● **От 15млн. до 7млрд. бактерий Коха** выделяет в сутки с мокротой больной с открытой формой туберкулеза, которые распространяются в радиусе 1-6м.

● **До минус 269°С** выдерживает замораживание палочка Коха. До 3-4 месяцев она живет в высохшей мокроте на одежде, на книгах - до 6 месяцев, до года - в молочных продуктах.

● **10-15 человек** способен заразить за год один больной с открытой формой туберкулеза.

● **У 1/3 населения нашей планеты** в организме содержатся туберкулезные палочки, подсчитала ВОЗ.

● **В 4 раза увеличивает риск заболевания туберкулезом** регулярное курение.





# Эндокринные патологии требуют серьезного внимания

**Детская эндокринология занимается изучением строения, развития и функций желёз внутренней секреции, механизма действия гормонов, а также заболеваний эндокринной системы.**

Что представляет собой детская эндокринная система? Это - комплекс желёз в организме ребенка, которые отвечают за образование и высвобождение в кровь различных гормонов. Гормоны руководят всеми процессами в организме. Их избыток, так же, как и недостаток, приводят к тяжелым нарушениям не только в физиологических процессах, но и в психической и умственной деятельности ребенка. При этом детская эндокринология существенно отличается от эндокринологии взрослой, поэтому является самостоятельной областью медицины.

Эндокринные железы в детском организме представлены щитовидной, половыми железами, гипоталамо-гипофизарной системой, надпочечниками, поджелудочной железой. Умение вовремя распознать болезнь и предотвратить ее развитие, избежать осложнений - главная задача специалистов эндокринологического отделения КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница». С его работой знакомит заведующая отделением Оксана Михайловна НАЗАРКИНА, врач-эндокринолог высшей квалификационной категории, в отделении работает с 2000 года.

**- Оксана Михайловна, какие можно выделить особенности вашего отделения?**

- Оно существует более десяти лет. Наши пациенты - дети до 18 лет. Эндокринные заболевания, как правило, являются хроническими. Поэтому мы работаем с детьми длительный период.

В отделении есть все возможности для обследования детей с задержкой роста, здесь лечатся дети с сахарным диабетом первого и второго типа, рядом других патологий. Мы проводим различные функциональные пробы, в том числе при задержке полового развития. При сахарном диабете проводим суточное мониторирование сахара крови профессиональной системой «Guardian» в режиме реального времени и глюкозным монитором iPro®2 Professional CGM, слепое непрерывное мониторирование глюкозы крови. Возможны установка помпы в условиях стационара, оценка ее работы и последующие выводы о необходимости этого способа введения инсулина для конкретного пациента.

Оснащение отделения позволяет проводить пробы для исключения недостаточности гормона роста у детей с задержкой роста, а также лечение гормоном роста; осуществлять диагностику и лечение недостаточности надпочечников, в том числе врожденной дисфункции коры надпочечников (адреногенитального синдрома); диагностировать нарушения полового развития и проводить их коррекцию; провести диагностику и подбор терапии при заболеваниях щитовидной железы. Оформляем детей с эндокринной патологией в федеральные центры для оказания высокотехнологичных видов помощи.

**- Есть излечиваемые заболевания эндокринной системы?**



- Нет. Недостаточность функции щитовидной и поджелудочной железы, надпочечников, желёз внутренней секреции требует длительной заместительной терапии.

**- В вашем отделении проходят занятия Школы диабета. В ее работе участвуют маленькие пациенты и их мамы?**

- Да. Более того - обучаться могут все члены семьи, которые живут с больным ребенком. Пациенты попадают в стационар и параллельно с лечением проходят обучение технологии лечения, образу жизни при сахарном диабете первого типа, инсулинотерапии, питанию, инъекциям, узнают, какие бывают осложнения, как бороться с неотложными состояниями.

**- Вообще детей, больных сахарным диабетом, становится больше?**

- Число больных сахарным диабетом неуклонно растет. Причем, если раньше в основном заболевание впервые выявлялось в подростковой группе, то сейчас всё чаще это дети до трех лет. Со-



## За счастливое здоровое детство!

всем недавно в год регистрировали до 50 случаев впервые выявленных диабетов. Сейчас - более ста.

**- На что родителям нужно обратить внимание, чтобы не пропустить развитие заболевания у ребенка?**

- Диабет - наследственное заболевание. Если оно было диагностировано у кого-то из родственников, это уже повод насторожиться.

К детскому эндокринологу следует обратиться, если родители замечают, что *ребенок без видимых причин стал вялым и сонливым, быстро утомляется и часто раздражается без видимых на то причин.*

Внимательную маму должны насторожить *избыточный вес, регулярные запоры и появление растяжек на коже, повышение артериального давления.*

Причиной для обращения к эндокринологу должна стать *нарастающая жажда, частые походы ребенка в туалет и резкое похудение.*

Если родители замечают *признаки отставания в развитии и росте или же, наоборот, налицо ускоренный рост и ранние признаки полового созревания в возрасте до восьми лет* (увеличение молочных желез, рост волос в подмышечных впадинах и на лобке) - это повод для немедленного обращения к врачу и прохождения полного обследования эндокринной системы.

*Учащенное сердцебиение и полное отсутствие роста волос в указан-*



*ных областях после 13 лет, появление резкого запаха изо рта, ускоренный рост щитовидной железы, выпадение волос и ломкость ногтей, повторные переломы костей, заметное ухудшение памяти, снижение успеваемости ребенка в школе, нарушение менструального цикла у молодых девушек* - также являются показаниями для визита к эндокринологу.

**- Какие есть особенности работы детского врача-эндокринолога?**

- Требуется индивидуальный психологический подход. У ребятшек всё по-другому. Как малышу объяснить, например, что нельзя есть сладости? Наши пациенты находятся в разных периодах развития, и в каждом случае важно найти свои слова и доводы, чтобы донести нужную информацию. Если взрослому человеку, например, достаточно просто обозначить ограничение по продуктам питания, то с детьми это не проходит, надо приложить много сил и терпения, чтобы ребенок понял, чего мы от него хотим и что это всё во благо его здоровья. Психологическая составляющая в лечении имеет большое значение. Не случайно в отделении с пациентами работают психолог и психотерапевт.

**- Как строится работа с каждым ребенком?**

- Каждого пациента наблюдаем до его 18 лет. Плановые госпитализации назначаются 1-2 раза в год в зависи-

**Самые распространенные детские эндокринологические заболевания - это сахарный диабет первого типа, несхарный диабет, проблемы роста детей и подростков, аутоиммунные и онкологические заболевания щитовидной железы, йод-дефицитные болезни, гипер- и гипотиреоз, диффузный токсический зоб, дисфункция гипоталамо-гипофизарной системы и другие.**



## За счастливое здоровое детство!

▲ мости от необходимости коррекции терапии, которую получают пациенты, их состояния.

**- Как представлена эндокринологическая служба в сельской местности?**

- Достаточно слабо, к сожалению. Все вопросы на местах решает педиатр. Поэтому, повторю, внимание мамы к своему ребенку имеет особое значение. Только в Бийске, Барнауле и Рубцовске есть детские эндокринологи. И большая ответственность за всех ребятшек - на нашем отделении. Также не случайно на нашей базе проводятся обучающие семинары для педиатров края.

**- Вы оказываете также неотложную помощь.**

- Да, с января 2016 года. Отделение теперь работает в круглосуточном режиме. Скорая помощь доставляет в больницу ребятшек с неотложными состояниями по эндокринной патологии, в том числе по сахарному диабету. Работать стало сложнее: вырос объем, всегда есть элемент неожиданности при оказании внеплановой помощи.

**- Представьте ваших коллег, пожалуйста.**

- **Евгения Анатольевна ТАЙЛАНОВА**, молодой врач-эндокринолог, имеет сертификат по специальности «Детская эндокринология». Большая нагрузка у медицинских сестер - каждому ребенку проводится до восьми



манипуляций в день: определяется уровень сахара в крови, делаются инъекции.

**- Расскажите об оснащении отделения.**

- Эндокринология - быстро развивающаяся отрасль. У нас в принципе есть весь спектр оборудования, оно своевременно обновляется.

*Мы - единственное отделение, которое в рамках ВМП детям устанавливает помпы.* С помощью этого устройства можно легко вводить необходимую дозу инсулина в любых ситуациях, установить точную дозировку лекарства; улучшить качество жизни пациента, увеличить физические нагрузки, отказавшись от предварительного приема пищи, нормализовать уровень глюкозы в крови, на 20% снизить суточную потребность в инсулине, снизить уровень гликолизированного гемоглобина в крови, уменьшить число инъекций и снизить риск появления гипогликемического состояния. Помпа представляет собой электромеханическое устройство, способствующее автоматическому подкожному введению лекарства. Можно задавать скорость поступления препарата в зависимости от типа используемого лекарства. Помпа имитирует действие поджелудочной железы в организме человека. Для этого происходит введение инсулина больному в двух основных режимах - болюсном и базальном. Прибор может менять программу действия по расписанию, которое вводится в его компьютерную систему. ☺

**Одна из основных задач работы нашего эндокринологического отделения - научное обоснование и внедрение современных программ и технологий лечения эндокринных патологий на основе тесного взаимодействия с Эндокринологическим научным центром РАМН (Москва). И это еще одно подтверждение постоянного развития методов оказания помощи нашим пациентам.**



# Выбирайте упражнения без риска для здоровья



**Елена Александровна БОЙКО,**

заведующая отделением спортивной медицины №1, кандидат медицинских наук, врач спортивной медицины, высшая квалификационная категория, КГБУЗ «Алтайский врачебно-физкультурный диспансер»

**Наклоны вперед - это простое, известное многим еще с детства упражнение, которое, по общему мнению, позволяет развить гибкость позвоночника и привести в тонус мышцы пресса, спины и ягодиц.**

Выполнение упражнения не требует какой-либо серьезной физической подготовки и спортивного инвентаря. Оно идеально для самостоятельных тренировок в домашнем формате.

Однако есть опасность, что вместо пользы упражнение принесет существенный вред здоровью по ряду причин.

**Первая причина. Опасно перемещение головы вперед-назад даже в медленном темпе.** В первой фазе упражнения - движении корпуса и головы вниз - кровь к ней приливает. И если в голове не совсем хорошие сосуды, что вполне возможно в определенном возрасте, результатом движения может стать разрыв сосуда - инсульт. Подстраховаться маловероятно: о состоянии собственной сосудистой системы мы не всегда осведомлены.

При выполнении второй фазы движения человек резко разгибается, кровь идет от головы, кора головного мозга остается без кислорода. В это время каждый из нас чувствовал легкое головокружение - признак дефицита кислорода, нарушения мозгового кровообращения. Станет ли оно причиной инсульта, предугадать нельзя.



**Вторая причина** отказаться от этого упражнения - **опасность повредить спину.** При выполнении наклонов вперед наш позвоночник принимает два крайних положения. Допустим, есть патологические изменения в позвонке. Межпозвоночная грыжа - выпячивание определенного отдела межпозвоночного диска, который служит для амортизации, - формируется не сразу. Выпячивание чаще всего происходит назад, где находится спинной мозг. Сдавливание нервного корешка вызывает боль, которая является сигналом того, что мы делаем что-то не так. Но болезнь на начальной стадии может не вызывать болевых ощущений. Само растягивание позвоночника при грыжах приводит к усилению боли или же к ее появлению. Что в этом случае укрепляется?

**Не должно быть и модификаций наклонов вперед.** К примеру, наклоны из положения сидя так же опасны, как и наклоны из положения стоя. Если вы занимаетесь физкультурой, для выполнения каждого упражнения должна быть цель. Например, вернуть тонус мышцам спины после продолжительного сидения за компьютером. Но это можно сделать иным способом. Встаньте, например, к спинке стула, возьмитесь за нее руками, потянитесь, сделайте спину «лавочкой» - и это уже не опасное упражнение, помогающее снять напряжение после статичного положения.

Иногда тренер предлагает выполнить компенсаторные движения - после наклона вперед выполняется движение корпуса назад. Это не делает наклоны вперед полезными, не снимает проблемы, о которых мы говорим.

Наклоны вперед бесспорно нужны при подготовке гимнастов - это спорт, он никогда не бывает полезным для здоровья. А вот при занятиях физкультурой - от них всё же следует отказаться.



## Спорт во имя жизни

Исключите их и из обыденной жизни. Нужно переосмотреть свои привычные движения. Что мы делаем при наклонах вперед?

**Из наклона вперед мы поднимаем грузы.** Есть простой способ заработать себе серьезную проблему с позвоночником: нужно взять мешок с сахаром и поднять его на прямых ногах.

Не с первого, так с третьего раза сорвете спину. Поднимание тяжести современному человеку нужно делать только из позиции сидя. И только так! Так как современный человек отличается от своих предков: у него слабый мышечный корсет, плохое понимание правильности движения. И в этом случае наклон вперед становится разрушающим.

**В наклоне вперед мы переносим тяжести.** От переноса тяжести нужно отказаться полностью, если нет в этом нужды. Перенос тяжести для современного человека - стрессовое занятие, к которому нужно подготовиться. Имея поврежденную спину, носить тяжести вообще нельзя. А как быть в этом случае? Если придется нести, например, тяжелую сумку и мы хотим пощадить спину, необходимо надеть корсет и этим создать дополнительную страховку для позвоночника. Есть средства срочной помощи - любую тяжесть можно поделить пополам, для двух



рук. Носить груз в одной руке недопустимо!

**Без наклонов вперед у многих не обходится работа по дому и в саду.** Мыть пол, полоть грядки, кажется, невозможно без наклонов вперед. Это не так. Для мытья полов следует запастись шваброй, для садовых работ - инвентарем с длинными ручками. Если всё-таки вы продолжаете работать в наклоне, надевайте корсет. В ношении корсета нет никаких сложностей. Существуют самые разные конструкции: вы обязательно подберете подходящую для вас. Корсет нельзя носить постоянно, нельзя в нем сидеть, спать - он для этого не предназначен. Корсет следует надевать, когда работаете физически или когда предстоит длительная ходьба.

**Наклон вперед следует исключить и при обувании.** Обуваться надо с использованием подставки для ног или сидя на стуле.

Я за то, чтобы не было революций: вы должны знать особенности вроде бы обыденного, но опасного упражнения - и самостоятельно принять решение, выполнять его или нет. **Важно - не навредить себе, сохранить здоровыми позвоночник и голову - вторых у вас уже не будет.** ☹



ЭТО интересно

## Весовая категория

**С каждым годом вес Земли увеличивается.**

ВОЗ считает нормальным индекс массы тела (вес в килограммах, деленный на квадрат роста в метрах) от 18,5 до 24,99.

**По меньшей мере 2,8млн. человек в год умирают из-за проблем со здоровьем, связанных с лишним весом и ожирением. Избыток веса ответственен за большее количество смертей в мире, чем его недостаток.**

*287млн. тонн - совокупный вес человечества, рассчитанный по данным 2005 года.*

В Северной Америке проживает всего 6% мирового населения, но на его долю приходится 34% «лишней» биомассы человечества. В Азии, где обитает 61% мирового населения, - всего 13%. Если бы во всем мире средний вес человека был таким же, как в США, это было бы равнозначно увеличению населения Земли на 1млрд. человек.

**1,9млрд. человек старше 18 лет страдают от лишнего веса либо ожирения. Это число удвоилось с 1980 года.**

*10 стран с самыми тяжелыми мужчинами (ИМТ): Науру и острова Кука - по 32,1, Ниуэ и Тонга - по 30,4, Самоа - 29,9, Кувейт - 29,5, Палау - 29,4, Катар - 29,0, Сент-Люсия - 28,9, США - 28,8.*

*10 стран с самыми лёгкими мужчинами (ИМТ): Эфиопия - 20,2, Бурунди - 20,4, Бангладеш - 20,7, Мадагаскар - 20,9, Уганда - 21,0, Сомали - 21,2, Нигер и Руанда - по 21,3, Замбия и Восточный Тимор - по 21,5.*

**10 стран с самыми тяжелыми женщинами (ИМТ): Тонга и Самоа - по 33,5, Ниуэ - 33,1, Науру - 32,8, острова Кука - 32,6, Микронезия - 31,0, Сент-Китс и Невис - 30,9, Кувейт - 30,8, Египет - 30,7, Кирибати - 30,5.**

*10 стран с самыми лёгкими женщинами (ИМТ): Эфиопия и Восточный Тимор - по 21,0, Мадагаскар и Бангладеш - по 21,2, Бурунди - 21,3, Вьетнам - 21,6, Япония - 21,7, Республика Корея и Афганистан - по 21,8, Буркина-Фасо - 22,0.*





**Светлана Ивановна  
МАКОГОН,**

врач-офтальмолог, высшая квалификационная категория, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры специализированной хирургии по урологии, травматологии и офтальмологии, АГМУ;



**Александр Сергеевич  
МАКОГОН,**

Заслуженный врач РФ, врач-офтальмолог, высшая квалификационная категория, кандидат медицинских наук, заведующий офтальмологическим отделением, КГБУЗ «Алтайская краевая офтальмологическая больница», доцент, заведующий кафедрой специализированной хирургии по урологии, травматологии и офтальмологии, АГМУ.

# Глаукома: диагностика и лечение

*Окончание. Начало в №3(171)*

**Мы уже говорили о том, что глаукома - это тяжелое хроническое заболевание, которое нередко приводит к неизлечимой слепоте. Современной науке известен только один способ предупреждения развития этого сценария - своевременное распознавание и правильное лечение.**

Благодаря ранней диагностике и современным методам лечения большинству больных удастся сохранить зрение и радость восприятия окружающего мира. Диагноз глаукомы основывается на данных о состоянии глаза. К основным методам исследования относятся:

- ◆ проверка остроты зрения;
- ◆ исследование переднего отрезка глаза (биомикроскопия);
- ◆ исследование состояния глазного дна (офтальмоскопия);
- ◆ исследование поля зрения (периметрия);
- ◆ измерение внутриглазного давления (тонометрия).

Если эти методы исследования недостаточны врачу для постановки окончательного диагноза, применяются дополнительные, более тонкие, методы:

- ◆ исследования дренажной системы глаза (гониоскопия);
- ◆ оценка скорости выработки и оттока внутриглазной жидкости (тонография);
- ◆ высокотехнологичные методики, позволяющие врачу видеть минимальные изменения, происходящие в зрительном нерве.

**Офтальмоскопия** - это метод, позволяющий увидеть зрительный нерв, расположенный в задней части глаза. Для этого врач использует специальный прибор - офтальмоскоп, с помощью которого создается хорошее освещение внутри глаза и тщательно обследуется зрительный нерв. При глаукоме он будет отличаться от нормальной формой, цветом и некоторыми другими показателями.

Метод измерения ВГД называется **тонометрия**, а прибор, предназначен-

ный для этого, - тонометр. В настоящее время распространение получили два метода измерения ВГД: контактный и бесконтактный. Оба метода основаны на деформации стенки глаза (роговицы) при давлении на нее извне. В первом случае (контактном) пациенту измеряют ВГД тонометром Маклакова - металлическим цилиндром массой 10г, который после закапывания анестетиков опускается на глаз пациента. Полученный отпечаток фиксируется на бумаге, и врач оценивает показатели ВГД с помощью специальной линейки. Во втором случае (бесконтактном) измерение уровня ВГД происходит при помощи направленной струи воздуха.

Снижая уровень ВГД при лечении глаукомы, врач стремится к тому, чтобы достичь так называемого **«давления цели»**. Под этим термином подразумевается индивидуальное оптимальное значение ВГД для конкретного пациента, при котором не происходит распада зрительных функций. Считается, что в среднем на фоне лечения оно должно стать на 20-30% ниже исходного уровня ВГД. Стоит учитывать, что показатели выше 22-23мм рт.ст. могут приводить к прогрессированию глаукомы при казалось бы нормальных среднестатистических данных.

## Глазные капли, снижающие ВГД

После установления диагноза «глаукома» врач назначает глазные капли, снижающие ВГД, и лекарства, улучшающие питание зрительного нерва и сетчатки.



## Советы офтальмолога

**Глазные капли, назначаемые для лечения глаукомы, по механизму действия делятся на две группы:**

● **снижающие выработку внутриглазной жидкости:**  $\beta$ -адреноблокаторы - к ним относятся неселективные (тимолол, арутимол, окумол, окумед и другие) и селективные (бетоптик);  $\beta_2$ -,  $\beta_1$ -адреноблокаторы (проксодолол); местные ингибиторы карбоангидразы (трасопт, азопт); селективные симпатомиметики (клофелин, альфаган);

● **увеличивающие отток внутриглазной жидкости:** простагландины (ксалатан, траватан), М-холинномиметики (пилокарпин).

Некоторые препараты (например, альфаган, комбиган, ганфорт, ксалаком и дуотрав) имеют двойной механизм действия (снижают выработку внутриглазной жидкости и увеличивают ее отток), за счет чего более эффективно понижают уровень внутриглазного давления. **Комбинированными** называют **препараты**, которые в одном флаконе содержат два лекарственных вещества из разных фармакологических групп. Это не только делает их более удобными для использования, но и усиливает способность таких капель понижать уровень внутриглазного давления. Используются следующие препараты: фотил, прокскарпин, косопт, азарга, дуотрав, ксалаком, ганфорт, комбиган. Применение того или иного вида глазных капель - индивидуально. **Степень их эффективности может оценить только ваш лечащий врач по уровню компенсации ВГД и стабилизации зрительных функций!**

Офтальмолог должен предупредить вас о **побочных эффектах глазных капель**. Некоторые из них могут вызвать жжение, покраснение, «затуманивание» зрения, аллергию, со временем привести к помутнению хрусталика и другое. В аннотации к препарату указываются все возможные побочные эффекты и противопоказания. **В случае их появления нужно срочно получить консультацию вашего врача!**

Если у вас имеются ишемическая болезнь сердца, нарушение сердечного ритма, бронхиальная астма и некоторые другие заболевания, то назначение определенных глазных капель



(тимолол, арутимол, окумол, окумед и т.п.) нежелательно. Во избежание появления побочных эффектов офтальмолог должен знать о наличии у вас сопутствующих заболеваний, так же, как и врачи других специальностей должны быть обязательно информированы вами о наличии глаукомы. Никогда не скрывайте подобную информацию!

**Глазные капли, снижающие уровень ВГД при глаукоме, необходимо закапывать постоянно.** При нерегулярном закапывании стабилизация ВГД не достигается, что приводит к ухудшению зрительных функций и прогрессированию болезни.

Назначение глазных капель основано на продолжительности действия препарата. Например, ксалатан, траватан нужно закапывать один раз в вечернее время, так как ночью наступит наиболее интенсивное действие препарата. Другие капли эффективны при назначении 2 раза в день (к примеру, тимолол, альфаган, косопт, фотил, комбиган) - их действие длится до 12 часов. В данном случае важно выбрать удобный для вас режим закапывания: в 7 и 19 часов или в 8 и 20 часов. Есть препараты (такие, как пилокарпин), которые назначаются 3 раза в день: утром, днем и вечером, соблюдая равные промежутки времени между закапываниями.

Если вам назначены два вида капель, вы должны делать как минимум **10-минутный перерыв между закапываниями**, чтобы избежать «вымывания» одних капель другими. При этом необходимо четко следовать ука-

**Периметрия - это метод исследования поля зрения. Он позволяет оценить «боковое» зрение, так как именно оно страдает при глаукоме в первую очередь. Ведь даже имея дефекты в поле зрения, вы можете долгое время этого не замечать. Проведение этого теста помогает диагностировать глаукому и контролировать эффективность ее лечения.**







**Важно соблюдать назначенный офтальмологом режим применения капель, чтобы внутриглазное давление всегда оставалось под контролем. Но если вы забыли вовремя закапать капли, следует сделать это немедленно, как только об этом вспомнили!**

занятым врачом, так как такая комбинация капель, как правило, назначается в специальной последовательности.

Однако существуют и исключения: если вы используете препараты ксалатан или траватан, то нужно дождаться очередного времени закапывания, указанного вашим лечащим врачом.

### **Как правильно закапывать глазные капли?**

- ◆ Тщательно вымойте руки.
- ◆ Откройте колпачок флакона с глазными каплями. Подготовьте ватный шарик или салфетку.
- ◆ Запрокиньте голову назад, оттяните пальцем нижнее веко вниз и посмотрите вверх. Закапайте 1-2 капли в образовавшееся между веком и глазом пространство ближе к носу. Не прикасайтесь флаконом к векам и ресницам, так как на них могут быть частицы пыли или бактерии, которые приведут к загрязнению капель во флаконе.
- ◆ Закройте глаз и промокните его ватным тампоном или чистой марлевой салфеткой.
- ◆ Не открывая глаз, слегка нажмите на область внутреннего угла глаза и подержите 3-5 минут. Это уменьшит вероятность развития побочных эффектов и повысит эффективность капель.
- ◆ Если назначено два вида капель, сделайте 10-минутный перерыв между закапываниями.

*Все глазные капли содержат инструкцию по применению и хранению. Хранить их рекомендуется в темном, защищенном от света месте. Вскрытый флакон необходимо использовать в течение ОДНОГО месяца (максимум 40 дней). Лучшее место для хранения открытых флаконов - на двер-*

*це холодильника в нижних и средних отделах.*

## **Оперативное лечение**

Если назначенное лечение глазными каплями и соблюдение предписанного режима не приводят к устойчивому понижению ВГД, следующий этап - **лазерная или хирургическая операция**. Выбор метода оперативного лечения определяет врач-офтальмолог с учетом особенностей течения глаукомы в конкретном случае.

*Цель оперативного лечения - создание дополнительного пути оттока внутриглазной жидкости. Созданный искусственным путем отток позволит снизить ВГД и таким образом уменьшить отрицательное воздействие повышенного давления на зрительный нерв и замедлить развитие болезни.*

**Если врач рекомендовал вам хирургическое лечение, не откладывайте операцию: при лечении глаукомы время дорого!** Лазерная операция практически безболезненна и непродолжительна по времени. С ее помощью можно расширить поры дренажной системы глаза, тем самым улучшая отток внутриглазной жидкости по естественным путям. Лазерное лечение проводится амбулаторно. Операция длится 10-15 минут, при этом вы можете видеть вспышки света при каждом импульсе лазера. Хирургическая операция выполняется в основном под местной анестезией, лишь в редких случаях возможен незначительный дискомфорт. В послеоперационном периоде возможны кратковременное ощущение дискомфорта и чувство «инородного тела» из-за наложенных хирургических швов. Дополнительно врач назначает специальные противовоспалительные капли сроком на 7-14 дней. Эффективность проведенной операции оценивается в среднем через 4-6 недель.

**Чтобы послеоперационный период прошел успешно, следует соблюдать определенные правила:**

- ◆ не спать на стороне оперированного глаза 2-3 недели;
- ◆ нельзя трогать глаз руками;
- ◆ нельзя подвергать глаз температурным перепадам;



## Советы офтальмолога

◆ в первые 2-3 месяца нужно воздержаться от посещения бани, сауны, бассейна;

◆ применять косметику для глаз можно через 1 месяц после операции;

◆ избегать простудных и вирусных заболеваний (для этого стараться не бывать в людных местах);

◆ если у вас бывают приступы кашля, то их нужно предупреждать с помощью лекарственных средств;

◆ для исключения натуживания необходимо регулировать свой стул; пациентам с аденомой предстательной железы исключить натуживание при мочеиспускании;

◆ в течение месяца после операции нельзя заниматься спортом и тяжелой физической работой.

Помните, что целью любой операции при глаукоме является снижение ВГД, а не улучшение зрения. После проведенной операции зрение остается таким же, каким оно и было до операции. Потерянное до операции зрение вернуть невозможно! **Проведенная операция не избавляет от глаукомы: она позволяет лишь приостановить прогрессирование заболевания и стойко нормализовать ВГД на длительное время.** В ряде случаев возможно повторное повышение внутриглазного давления, причину которого может установить врач-офтальмолог и назначить соответствующее лечение. В 85% случаев хирургическая операция позволяет добиться эффективного снижения уровня ВГД на достаточно продолжительное время без применения капель.

### Правила жизни с глаукомой

Таким образом, при установленной глаукоме ваша основная задача - добиться совместно с лечащим врачом стабильного **понижения внутриглазного давления.** Для этого вы должны:

◆ **правильно и своевременно** выполнять медикаментозные назначения врача (закапывание капель, прием лекарственных средств);

◆ **посещать офтальмолога** не реже одного раза в 3 месяца для динамического контроля состояния больного глаза;



◆ **при наличии сопутствующих заболеваний** (сахарный диабет, гипертоническая болезнь и другие) регулярно посещать врачей соответствующих специальностей и выполнять их назначения;

◆ **соблюдать общий щадящий режим**, рекомендованный врачом.

Успех лечения глаукомы во многом зависит от **правильного режима.** Естественно, что в каждом конкретном случае режим корректируется врачом-офтальмологом в зависимости от состояния вашего здоровья. Можно выделить общие моменты.

**При глаукоме полезны ведение подвижного и активного образа жизни, занятия гимнастикой, неустойчивые прогулки на свежем воздухе.** Занятия физкультурой только укрепляют организм. Но характер физических нагрузок должен быть дозируемым и сугубо индивидуальным.

**Продолжительность сна должна быть не менее 8 часов,** спать рекомендуется на высоких подушках, так как низкое положение головы способствует застою крови и жидкости в глазу и повышению ВГД. Не следует спать лицом вниз.

**Работа на близком расстоянии** (чтение, приготовление пищи) **должна выполняться при достаточном освещении.** Глаза при этом не должны утомляться.

**Не рекомендуются длительное нахождение на солнце с непокрытой**

**Со временем операционный канал, как и любая ранка в организме, подвергаются процессу заживления, и скорость оттока жидкости через этот канал снижается. В этом случае необходимо снова пользоваться глазными каплями, которые помогут поддерживать внутриглазное давление на безопасном уровне.**



## Советы офтальмолога

◀ **головой**, прием солнечных ванн, а также мытье в горячей ванне или жаркой бане и сауне.

Надо помнить, что прилив крови к голове способствует подъему ВГД. По этой причине **не стоит носить одежду с тугими воротничками.**

ВГД может повыситься и от долгого пребывания в темном помещении.

**Правильное питание имеет существенное значение при глаукоме.** Принимать пищу надо не реже 4 раз в сутки, лучше в одно и то же время. Ужин - не позднее, чем за 2 часа до сна. Мясо и рыбу стоит употреблять в вареном виде, используя нежирные сорта. Очень полезны молочные продукты, а также овощи и фрукты в любом виде. Общее количество потребляемой в день жидкости (вода, чай, супы) не должно превышать 1,5 литра. Причем лучше выпить 1,5л жидкости в сутки, принимая по полстакана через равные промежутки времени, чем литр, но в два приема. Необходимо ограничить крепкий чай, кофе. Из рациона следует исключить острые, пряные, копченые, соленые продукты, которые могут вызывать жажду и приводить к нарушению водного режима.

**Курение противопоказано**, употребление спиртных напитков (особенно пива) рекомендуется ограничить.

**Необходимо следить за деятельностью кишечника:** при склонности к запорам употреблять мягкие послабляющие средства.

Телевизионные передачи нужно смотреть, оставив в комнате умеренное освещение, так как **не следует длительное время находиться в темном помещении.**

К решению вопроса вождения автомобиля больному глаукомой следует подойти серьезно. Дефекты поля зрения при вождении могут ограничивать зрительное восприятие дороги, по которой движется транспортное средство, и пространства вокруг нее. В этих условиях процесс вождения автомобиля становится затруднительным и может привести к дорожно-транспортному происшествию. Поэтому для решения вопроса о возможном продолжении вождения автомобиля необходимо получить консультацию офтальмолога.



Работа на компьютере по 4-6 часов в день без соблюдения соответствующего режима может привести к появлению головных болей, чувства жжения и ощущения «песка» в глазах, зрительной усталости. Поэтому **очень важно соблюдать все требования, применимые к работе с этой техникой!** Обязательно нужно делать регулярные перерывы в 15-20 минут примерно через каждые 30 минут работы. Необходимо построить рабочий день таким образом, чтобы время, отведенное для работы на компьютере, было равномерно распределено на первую половину рабочего дня. Это связано с необходимостью хорошего дневного освещения рабочего места без использования дополнительных источников света (лампы дневного освещения, настольные лампы). От работы на компьютере в вечернее время лучше воздержаться.

Помните, что **подъем тяжелых предметов (более 7кг), работа в наклонном положении**, например, мытье полов, приготовление пищи над горячей плитой, прополка грядки, **может негативно отразиться на вашем зрении.** При выполнении этих работ происходит усиление прилива крови к голове, что способствует подъему внутриглазного давления.

**Настройтесь на противостояние болезни, а значит, на точное, аккуратное, терпеливое выполнение назначений врача. Помните, что только своевременно начатое правильное и систематическое лечение поможет приостановить развитие глаукомы и сохранить хорошее зрение!** ☺

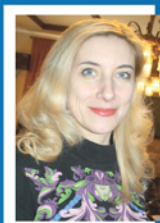
**Общее количество потребляемой в день жидкости (вода, чай, супы) не должно превышать 1,5 литра. Причем лучше выпить 1,5л жидкости в сутки, принимая по полстакана через равные промежутки времени, чем литр, но в два приема. Необходимо ограничить крепкий чай, кофе.**



# Общественный Редакционный совет журнала



**Арсеньева  
Нина Григорьевна**  
главный врач  
КГБУЗ «Детская городская  
поликлиника, г. Рубцовск»



**Вейцман  
Инна Александровна**  
врач-эндокринолог высшей категории,  
к.м.н., доцент кафедры госпитальной и  
поликлинической терапии с курсом  
эндокринологии Алтайского  
государственного медицинского университета



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



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



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



**Лазарев  
Александр Федорович**  
д.м.н., профессор, заведующий  
кафедрой онкологии, лучевой  
терапии и лучевой диагностики  
Алтайского государственного  
медицинского университета,  
главный врач КГБУЗ  
«Алтайский краевой  
онкологический диспансер»



**Лещенко  
Владимир Алексеевич**  
к.м.н., исполнительный  
секретарь Медицинской  
палаты Алтайского края,  
директор КГБПОУ  
"Барнаульский базовый  
медицинский колледж"



**Миллер  
Виталий Эдмундович**  
к.м.н., доцент кафедры  
пропедевтики детских болезней  
Алтайского государственного  
медицинского университета,  
заместитель главного врача  
по поликлинической работе  
КГБУЗ «Алтайская краевая  
клиническая детская больница»



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



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



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



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



**Салдан  
Игорь Петрович**  
д.м.н., профессор,  
ректор Алтайского  
государственного  
медицинского  
университета



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



**Шубенкова  
Наталья Михайловна**  
мастер спорта СССР между-  
народного класса по легкой  
атлетике, начальник отдела  
подготовки спортивного резерва  
и развития студенческого спорта  
Управления спорта и  
молодежной политики  
Алтайского края



**Шульц  
Татьяна Эргартовна**  
заместитель главного врача  
по экспертизе временной  
нетрудоспособности  
КГБУЗ «Алтайская краевая  
клиническая детская  
больница»



**Яворская  
Светлана Дмитриевна**  
д.м.н., доцент  
кафедры акушерства и  
гинекологии Алтайского  
государственного  
медицинского университета

## ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№4 (172) апрель 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 28.04.2017 г.,  
фактически - 14:00 28.04.2017 г.  
Дата выхода: 05.05.2017 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.

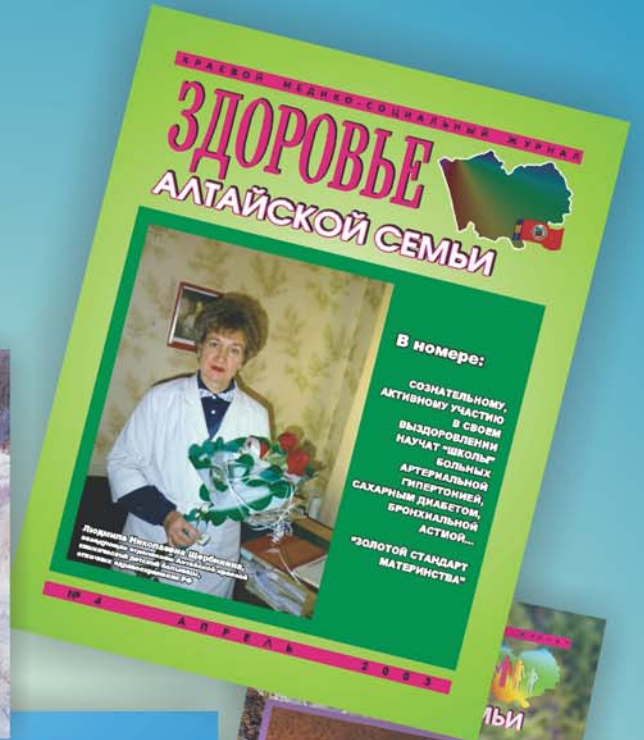
**Адрес работы с общественными представителями:**  
656038, Алтайский край, г. Барнаул, пр. Ленина, 56, тел. 8-902-141-79-83.  
**E-mail:** nebole@mail.ru. Группа ВКонтакте: <https://vk.com/nebole>

Отпечатано в типографии ИП Смирнов Е.В.:  
656049, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Чкалова, 228. Тел. (3852) 38-33-59.  
Печать офсетная. Тираж - 4100 экз. Цена свободная.

**Подписной индекс - 31039**

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

# ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ



нам  
**15**  
лет!

