

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

6+

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№10 (178) ОКТЯБРЬ 2017





**Растет
доступность
медицинской
помощи**



**Здоровые дети
и родители,
инфицированные
ВИЧ**



**Куриль
в автомобилях
и на остановках
могут запретить**



**Лашша вредного
приготовления**

На обложке: Александр Леонидович РЕПИН, главный врач КГБУЗ «Алтайская краевая офтальмологическая больница».

Фото Ларисы Юрченко

А.Л. Репин. Глаза - не только зеркало души... 2-5

«Медицинский скорый» в пути уже шесть лет 6-8

Новости здравоохранения России 9

СЕРДЦЕ ПОД КОНТРОЛЕМ

М.В. Андреева. Растет доступность медицинской помощи 10-11

Безнадзорные!.. 12-13

Нобель-2017: часовой механизм 14

Новости здравоохранения России 15

Э.Р. Демьяненко, М.А. Егорова, Н.С. Чукмасова.
Здоровые дети и родители, инфицированные ВИЧ 16-19

О старости в России... 20

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

В.М. Затеева. Профилактика гриппа у детей 21-22

Л.В. Осина. Вам предстоит операция по пересадке почки 23-24

Мир и медицина 25

АЛТАЙСКАЯ КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ДЕТСКАЯ БОЛЬНИЦА

Н.И. Куликова. И слово доктора тоже лечит 25-28

Я прививок не боюсь? 28

ПОБЕДИМ СВОЙ СТРАХ!

Г.М. Гликенфрейд. Нельзя отказываться от лечения! 29-30

Не разлить водой 31

Куриль в автомобилях и на остановках могут запретить 32-33

Секреты приготовления круп 34

Каким напитком взбодриться? 35

СПОРТ ВО ИМЯ ЖИЗНИ

Готовность №1 36

Ума потолок 37

Новости здравоохранения России 38

Китайская аптека 39

Лашша вредного приготовления 40-41

Медицина: профессии будущего 42-43

Это интересно! 44



Глаза - не только зеркало души...

Сотрудничеству нашего журнала с КГБУЗ «Алтайская краевая офтальмологическая больница» - много лет. Безусловно, эта больница - флагман офтальмологической службы на Алтае. И авторами статей, которых отличали актуальность поднятых проблем, многоплановость и доступность изложенного текста, выступали многие специалисты ЛПУ.

Сегодня наш собеседник - **Александр Леонидович РЕПИН**, главный врач КГБУЗ «Алтайская краевая офтальмологическая больница», главный внештатный офтальмолог Министерства здравоохранения Алтайского края, член профильной комиссии по офтальмологии Минздрава РФ, кандидат медицинских наук. Он и его коллеги день за днем решают непростые задачи сохранения здоровья глаз жителей края всех возрастов.

- Александр Леонидович, давайте начнем разговор с тех позитивных перемен, которые происходят вообще в офтальмологии. И насколько выросли возможности оказания офтальмологической помощи в Алтайском крае?

- Происходящие изменения можно только приветствовать. Современное развитие офтальмологии обусловлено внедрением новых технологий в диагностике и лечении, в том числе хирургическом. Наряду с этим делается акцент и на внедрение более ресурсосберегающих, но не менее эффективных стационарзамещающих технологий, в частности - **развитие сети офтальмологических дневных стационаров и амбулаторной хирургии одного дня**. Сейчас в условиях круглосуточного ста-

ционара мы пролечиваем около 18000 и оперируем почти 12000 пациентов в год. Увеличение коек дневного стационара в больницах края позволит сохранить сегодняшний объем оказываемой медицинской помощи, в том числе и хирургической. Расширение стационарзамещающих технологий позволит сохранить достигнутые объемы высококвалифицированной офтальмологической помощи.

Если говорить о новых технологиях, то настоящей жемужиной офтальмологической хирургии считается **хирургия катаракты**. Она доступна нашему населению также, как и в большинстве регионов России, включая Москву и Санкт-Петербург. Причем, в Алтайском крае эту помощь оказывают в нескольких отделениях медицинских учреждений Барнаула, Бийска, Новоалтайска, Рубцовска. В Бийске и Рубцовске созданы хорошие офтальмологические отделения, есть оборудование, в ближайшее время планируется внедрение методов бесшовной хирургии катаракты.

К тенденции последних лет можно отнести **развитие частного-государственного партнерства**, в рамках которого в городах края появляются частные компании, оказывающие офтальмологическую помощь населению по полисам ОМС. Такие част-



ные клиники работают в Барнауле, Рубцовске и Бийске.

Какие нас ждут перспективы? **На базе нашей больницы планируем открыть офтальмологический медицинский центр**, оборудовать его в соответствии с утвержденными Минздравом РФ порядками оказания медицинской помощи при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты, что обеспечит доступ жителям Алтайского края к самым современным медицинским технологиям, причем бесплатно, по полисам ОМС. Сейчас решаются организационные вопросы.

Возобновлена **пересадка роговой оболочки**: проводим как сквозную, так и послойную пересадку. Технология успешно применялась лет двадцать назад, тогда эта операция была почти рядовой и потребность в пересадках была достаточно высокой. По ряду законодательных причин пришлось это направление закрыть, своих паци-



Модернизация - жителям края

ентов отправляли в Москву и Уфу - единственные офтальмологические центры России, работающие по этой методике. Два года назад хирурги краевой офтальмологической больницы прошли специализацию, и мы приступили к пересадке роговицы по квотам по линии ВМП. Надеемся, что сможем увеличить количество таких операций.

Детская офтальмология в Алтайском крае по праву считается одной из самых передовых в России. Этот уровень достигнут благодаря самоотверженной работе нескольких поколений врачей. У истоков краевой детской офтальмологии стояли **Геннадий Михайлович ТАРАСОВ**, он долгое время возглавлял детскую офтальмологическую больницу, **Юрий Григорьевич ХМАРА**, заслуженный врач РФ, и ныне работает и оперирует, несмотря на почтенный возраст. Они подготовили достойную смену специалистов, работающих на Алтае по всем прогрессивным направлениям офтальмологии, в том числе и детской. **Владимир Ильич ЛЕБЕДЕВ** - главный внештатный детский офтальмолог Алтайского края и Сибирского федерального округа, в чем еще одно подтверждение уровня развития нашей детской офтальмологии.

- С какими проблемами в детском здоровье чаще всего сталкиваются офтальмологи?

- Самая распространенная - **близорукость**. Глаз природа создала для того, чтобы «охотиться на мамонта», то есть смотреть вдаль. Согласно одной из версий возникновения близорукости - это адаптация глаза к работе вблизи. Ее развитие обусловлено увеличением нагрузки на глаза. Современные мобильные телефоны, планшеты, компьютеры можно увидеть в руках у детей самого раннего возраста. Есть исследования, которые показывают, что если в первом классе 3-5% детей имеют нарушения зрения, то к концу начальной школы их становится в три раза больше, а к окончанию десятого класса - каждый третий уже имеет проблемы со зрением. Благодаря разнообразным гаджетам сейчас близорукость стала проявляться еще раньше - в детском саду.



В последнее время приобрела актуальность **ретинопатия недоношенных**. После рождения детей с малым весом (500 граммов и более) со стороны глаз может развиваться патология, которая в дальнейшем нередко приводит к инвалидности. В Алтайском крае, в одном из первых в России, был создан **кабинет катамнеза** в Алтайской краевой клинической детской больнице, где установлено специальное оборудование, подготовлены специалисты. Здесь оказывается высокотехнологичная медицинская помощь, в частности лазерная коагуляция аваскулярной зоны сетчатки. В результате маленьких пациентов, которые теряют зрение, становится всё меньше. Кроме того, в особо тяжелых случаях ребенка можно направить по программе ВМП в федеральные центры.

Сегодня широко оперируется близорукость с целью предотвращения прогрессирования. Также успешно оперируются различные виды косоглазия.

- В каком возрасте лучше сделать операцию?

- Это зависит не от возраста, а от состояния зрительной функции. Сроки операции определит только врач.

- В офтальмологии, как и в других отраслях медицины, сложилась трехуровневая система помощи. Расскажите об этом.

- Узких специалистов на местах всегда не хватало и не хватает. Еже-

**Увеличение коек-
днемного стациона-
ра в больницах
края позволит
сохранить сегод-
няшний объем ока-
зываемой медицин-
ской помощи, в том
числе и хирургиче-
ской.**



В соответствии с Программой развития здравоохранения РФ до 2020 года ЛПУ края будут оснащены современным офтальмологическим оборудованием в соответствии с перечнем, утвержденным Минздравом Российской Федерации.

годно в АГМУ выпускается до 10 специалистов, но не все доходят до своих рабочих мест. Однако в последние годы благодаря государственной программе «Земский доктор» количество офтальмологов в Алтайском крае растет. Сегодня в 17 районах края либо нет офтальмологов, либо трудятся совместители. Но несмотря на это трехуровневая система в офтальмологии создана и работает. *Первый уровень - кабинет офтальмолога поликлиники, следующий - межрайонные офтальмологические отделения и третий уровень - наше учреждение и офтальмологическое отделение краевой клинической больницы.*

Профосмотры детей проводятся в детских садах, школах, центрах здоровья - эта работа успешно встраивается в общую систему. Возможности сегодня есть колоссальные. Так, три года назад нами совместно с курсом глазных болезней АГМУ была разработана специальная компьютерная программа, которая позволяет без участия врачей дистанционно на уроках информатики проводить диагностику зрения детей. На это требуется всего несколько минут. Анализ первых результатов использования данной методики показывает, что ее эффективность значительно выше традиционных профосмотров.

- Какие проблемы требуют скорого решения?



- Только что проехал три района. В них работают офтальмологи, но кабинеты не оснащены. Надо отдать должное коллегам: они работают с энтузиазмом, выполняют огромный пласт работы по профилактике и лечению глазных заболеваний. Оборудование этих кабинетов - наша ближайшая задача. Принята Программа развития здравоохранения РФ до 2020 года, куда вошла и офтальмология. В соответствии с программой наши ЛПУ будут оснащены современным офтальмологическим оборудованием в соответствии с перечнем, утвержденным Минздравом РФ.

Остается актуальным **выявление и своевременное системное лечение глаукомы**. Нелеченная глаукома через несколько лет становится основной причиной слепоты. В структуре первичной инвалидности в Алтайском крае она занимает первое место среди патологий органа зрения. Ведется работа по созданию регистра больных глаукомой. Его внедрение позволит значительно повысить выявляемость больных глаукомой, качество и эффективность диспансерной работы с ними. В настоящее время в Алтайском крае зарегистрировано около 28 тысяч больных глаукомой.

Радует, что в последние 5-6 лет в профессию приходит молодежь, пытливая, с хорошими профессиональными амбициями. Молодые врачи готовы осваивать любые технологии. Благодаря энтузиазму молодежи сегодня витреоретинальная хирургия в Алтайском крае - на одном из самых высоких уровней в



Сибирском федеральном округе. Наши врачи приглашают консультировать и оперировать в клиники Кемеровской и Новосибирской областей. Есть все основания гордиться молодыми специалистами.

- Открытие детской офтальмологической поликлиники особенно оценили родители детей, имеющих проблемы со зрением. Как осуществился этот проект?

- Планы были еще серьезнее: хотели сделать и оснастить детскую и взрослую поликлиники со штатом в 20 врачей. Проект получил поддержку в Министерстве здравоохранения Алтайского края. Из полуразрушенного помещения бывшей молочной кухни удалось создать полноценную поликлинику с дневным стационаром на 20 коек, которую оснастили современным оборудованием. Там тесновато, но прием ведут четыре врача, загружены работой полностью. И это заметно улучшило доступность офтальмологической помощи детскому населению: прием ведется и городских пациентов, и детей районов края. Сейчас освобождаются два здания, ранее принадлежавшие городской больнице №5 Барнаула. Хотелось бы там открыть хороший центр микрохирургии глаза, перенести взрослую поликлинику и организовать пансионат, чтобы приезжающие из районов могли за небольшую плату переночевать и пройти бесплатное лечение в дневном стационаре. Хочется верить, что это получится.

Сейчас мы активно участвуем в проекте «Бережливая поликлиника». После ремонта, его планируем завершить к 15 ноября 2017 года, посетителей будет встречать красивый функциональный холл с гардеробом, открытой регистратурой, современной информационной системой. Изучили логику движения пациентов по поликлинике, выявили «узкие» места, проанализировали проблемы. И оказалось, что можно и в наших условиях многое сделать, поменять, усовершенствовать. До начала 2018 года внедрим этот проект в больнице, что позволит значительно сократить время ожидания и обслуживания пациентов, увеличит доступность медицинской помощи и улучшит условия работы медицинского персонала. ☺

А.Л. РЕПИН о себе:

- На третьем курсе АГМИ осознанно выбрал будущую специальность. И не ошибся. Считаю офтальмологию самым необходимым и красивым раз делом врачевания.

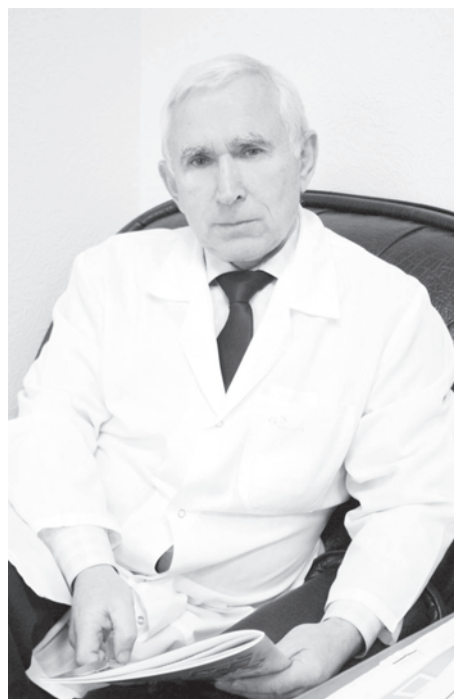
Уже на третьем курсе появились мои первые студенческие научные работы. Успехам тех лет обязан своему научному руководителю, доценту, заведующему кафедрой глазных болезней медицинского института **Алексее Алексеевичу СИМОНОВУ**. Это был интересный, энциклопедически грамотный человек; он

заражал своими идеями каждого. Шестой курс я полностью посвятил офтальмологии. Далее следовала интернатура, причем проходил ее на базе детской офтальмологической больницы под руководством **Юрия Григорьевича ХМАРЫ**, который уже через неделю завел меня в операционную и сказал: «Начинай!». Таким образом, за год интернатуры я провел больше 130 операций. Это произошло не потому, что я такой хороший, - просто у меня были хорошие учителя и созданы соответствующие условия.

Детская офтальмология покорила меня полностью, но всё же мечта о науке оказалась выше, и я перешел работать на кафедру старшим лаборантом. С Алексеем Алексеевичем Симоновым работали до 18 часов в сутки, оформили несколько изобретений, получили авторские свидетельства. Вместе работали над второй в мире машине по удалению хрусталика ультразвуком - факто-эмульсификатором, которая в силу разных причин не пошла в серию. Сейчас мы подобное иностранное оборудование покупаем за 5-7 миллионов рублей.

В какой-то момент я понял, что всё же надо заниматься больше клиникой. Окончил ординатуру, стал ассистентом кафедры глазных болезней. В крае открывалась служба по контактной коррекции зрения - по тем временам это был революционный шаг. Мне довелось быть организатором и первым заведующим краевой лаборатории контактной коррекции зрения - с 1983 по 1994 год. Нами была создана крупнейшая лаборатория по коррекции зрения в СССР с филиалами в Горно-Алтайске, Бийске, Рубцовске, Барнауле, с собственной производственной базой. Этот период был очень напряженным: написание научных статей, выступления на съездах...

С 1994 года я занимаю должность главного врача Алтайской краевой офтальмологической больницы, где и работаю до сих пор. В 2002 году присвоено звание «Заслуженный врач Российской Федерации». Защитил диссертацию, кандидат медицинских наук.



«Медицинский скорый» в пути уже шесть лет

Региональная программа «Автопоезд «Здоровье» начала работу чуть более шести лет назад по личной инициативе Губернатора Алтайского края Александра Богдановича **КАРЛИНА**. Первый выезд врачи автопоезда в районы края совершили 5 октября 2011 года. Теперь эта дата считается днем рождения «медицинского скорого».

По словам главы региона Александра Карлина, «региональный социальный проект «Автопоезд «Здоровье» успешно реализуется, сегодня это - крупный мобильный медицинский центр на колесах с высококвалифицированными врачами различных специальностей, оснащенный самым современным оборудованием, где проводится медицинское обследование жителей отдаленных населенных пунктов края».

За это время медицинскими работниками автопоезда осмотрено более 300 тысяч сельских жителей, в том числе из отдаленных и труднодоступных уголков края. В составе автопоезда в общей сложности работало около тысячи врачей. Ими проведено свыше 400 тысяч диагностических исследований, а каждый десятый пациент был направлен на дообследование в профильные медицинские организации Алтайского края. Тысячи пациентов, получившие своевременное лечение, благодарны врачам автопоезда «Здоровье» и ждут их приезда снова.



Статистика подтверждает, что интерес к проекту растет. Так, если в 2011 году медики автопоезда, согласно расписанию регионального минздрава, осмотрели чуть более 18000 человек, то в минувшем 2016-м число посещений выросло до **92000**, то есть фактически в пять (!) раз.

«Автопоезд «Здоровье» - уникален. Его основная цель - повышение доступности жителям сёл и малых городов Алтайского края качественной первичной специализированной медико-санитарной помощи и эффективности работы здравоохранения. Он приближает специализированную помощь жителям Алтайского края, которым не нужно никуда ехать, искать время для этого, отпрашиваться с работы, тратить деньги на дорогу и, возможно, проживание в Барнауле. Медики приезжают в села сами, с учетом графика выездов, утвержденного в министерстве здравоохранения Алтайского края, в том числе в отдаленные и труднодоступные села», - рассказывает **Владимир Владимирович ЗАХАРОВ**, главный врач КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края».

Стоит отметить, что в настоящее время в составе автопоезда «Здоровье» работают четыре специализированные бригады: первые две осуществляют отбор пациентов для специализированного приема (одна - по селам, вторая - в районном центре), третья и четвертая - непосредственно проводят специализированный прием. Бригады формируются с учетом специфики районов края. Так, если в муниципалитетах не хватает гинекологов, маммологов, врачей ультразвуковой диагностики или урологов, - эти специалисты приезжают в район. Расписание работы автопоезда «Здоровье» со-



гласуется с региональным министерством здравоохранения. По отдельному графику, также утвержденному минздравом, до конца этого года планируется проконсультировать жителей труднодоступных сёл и сёл без медицинских пунктов.

Новым витком в развитии выездной диагностической службы стал тот факт, что в начале 2017-го года «медицинский скорый» перешел на новую, более совершенную систему работы. Она предусматривает, что **все пациенты автопоезда проходят трехуровневую систему обследования и сопровождения**. На первом этапе больные проходят скрининговый осмотр на местах - в местных ЦРБ, ФАПах и центрах здоровья. На втором этапе лечащие врачи выписывают направления к узким специалистам автопоезда «Здоровье». Затем, уже на третьем этапе, высококвалифицированные врачи осматривают больного, назначают специальное лечение и, в случае необходимости, дают направление в узкопрофильные краевые медицинские учреждения. Такое поэтапное обследование позволяет проводить более полное и всестороннее обследование пациентов, а значит, делает медицинскую помощь доступнее для жителей края.

В рамках стратегии развития Диагностического центра Алтайского края **проводится беспрецедентное переоснащение автопоезда «Здоровье»**. Диагностический центр края получит пять мобильных диагностических комплексов, из них два передвижных маммографа, портативные аппараты по ультразвуковой диагностике и эндоскопическое оборудование.

Колонна автопоезда уже пополнилась новыми машинами: *передвижным медико-диагностическим комплексом «Женское здоровье» и передвижным маммографом*. В следующем году поступят еще *три мобильных центра - «Эндокринологический» и «Мужское здоровье»*, а также еще один *передвижной маммограф*.

На IV квартал 2017 года утвержден график работы мобильного медицинского комплекса «Женское здоровье» и передвижного маммографа Губернаторской программы «Автопоезд «Здоровье».



Сегодня из районов поступает большое количество заявок на приезд мобильных комплексов. Их настолько много, что поездки расписаны на ближайшие несколько месяцев.

Комплекс «Женское здоровье» оснащен тремя кабинетами: смотровым, врачебным и ультразвуковой диагностики. Смотровый оборудован гинекологическим креслом-кушеткой и кольпоскопом, предназначенным для ранней диагностики патологии шейки матки. В ультразвуковом - портативный аппарат с полным набором датчиков, с возможностью проведения с экспертной диагностической точностью всего спектра ультразвуковых исследований молочных желез, щитовидной железы, матки с придатками, внутренних органов, сосудов, сердца.

Пациентки, прошедшие обследование в комплексе «Женское здоровье», могут быть направлены на дообследование и лечение в маммологический или климактерический центры, недавно открывшиеся на базе Диагностического центра Алтайского края. Основная задача этих центров - своевременное выявление и лечение гинекологической и экстрагенитальной патологий у женщин репродуктивного и перименопаузального периодов.

Мобильный маммограф - уникальный для региона прибор (первый в крае специализированный рентгеновский аппарат для исследований молочных желез, который сам может приезжать к пациенту в отдаленное село). Пациент не будет тратить время и средства на прохождение этой важной диагностической процедуры. Маммограф цифровой, то есть полученные диагностические изображения можно архивировать в компьютерной базе данных, извлекать при необходимости повторного просмотра и оценки динамики изменений, пересылать для консультаций ведущим специалистам в краевой специализированный центр, который организован в Диагностическом центре Алтайского края. Цифровые маммограммы априори имеют более высокое качество изображения, соответственно, возрастет и качество диагностики заболеваний молочных желез.



Модернизация - жителям края

▶ **Передвижной медико-диагностический комплекс «Мужское здоровье»** предусматривает диагностику у мужчин аденомы простаты, бесплодия и других урологических заболеваний. Отобранных пациентов при необходимости будут дообследовать или лечить на базе центра амбулаторной урологии Диагностического центра края.

Задачей **эндокринологического комплекса** станет выявление и лечение эндокринологических патологий. Это особенно важно, поскольку Алтайский край входит в число регионов - лидеров по заболеваниям эндокринной системы. В составе комплекса будут работать специалисты эндокринологического центра, который в скором времени будет официально открыт на базе Диагностического центра Алтайского края. В нем же смогут дообследоваться и долечиваться те жители края, у которых врачи автопоезда «Здоровье» выявили или заподозрили болезнь.

В составе мобильных центров работают специалисты не только Диагностического центра края, но и краевой клинической больницы, Алтайского краевого кардиологического диспансера, Алтайского краевого онкологического диспансера, краевой офтальмологической больницы и других организаций.

При необходимости врачи автопоезда направляют обратившихся на стационарное лечение в эти медицинские учреждения, где им оказывается специализированная стационарная помощь, в том числе высокотехнологическая, например, проведение аортокоронарного шунтирования и стентирование коронарных сосудов, эндопротезирование суставов, высокотехнологичные офтальмологические операции.

Одним из главных индикаторов качества выездной диагностики является **выявление заболеваний**, в особенности онкологических, на ранних стадиях. В этой связи также очень важно, что несколько учреждений работают в тандеме, поскольку, как правило, опухоли стоят на стыке специализаций. ☺



Пациенты говорят:

И.В. Ащеуслова: «Выражаю благодарность врачам автопоезда «Здоровье» за чуткое и внимательное отношение к пациентам, за профессионализм. Особенно врачам женской консультации, УЗИ и ЭХО-КГ. Спасибо вам большое за ваш труд! Поражает ваше мастерство и необычайная сердечность. Вместе - это просто волшебство. Низкий вам поклон за человечность».

Т.Ю. Снитко: «Мне довелось обследовать своего ребенка у кардиолога (ЭХО-КГ). Специалисты автопоезда «Здоровье» очень профессионально отнеслись к ребенку, нашли общий язык, «поняли» друг друга. Ребенку очень понравилось отношение и общение врачей. Я, как мама, тоже очень довольна».

Н.Г. Коваленко: «Выражаю благодарность врачам автопоезда «Здоровье» за хорошее отношение к пациентам. Все вежливые, всё очень хорошо разъясняют. Приятно было общаться. Молодцы! Огромное спасибо».

Т.Н. Мирошниченко: «Выражаю искреннюю благодарность врачу-эндокринологу автопоезда «Здоровье». Очень внимательно выслушала все жалобы на здоровье по ее профилю, доброжелательна. Доступно объяснила, что у меня за заболевание, и корректно назначила дальнейшее обследование и лечение. В общем, грамотный специалист и замечательный человек. Побольше бы таких отзывчивых врачей. Огромное спасибо за ваш труд».

И.Н. Победенная: «Выражаю благодарность сотрудникам автопоезда «Здоровье» за чуткое, доброе и внимательное отношение к пациентам. Желаю коллективу здоровья, успехов, доброжелательных пациентов, душевного тепла и любви, бодрости и оптимизма. Большое спасибо».



Растет доступность медицинской помощи

Проекты «Открытая регистратура» и «Бережливая поликлиника» стартовали в Алтайском краевом кардиологическом диспансере. Эти проекты имеют схожие цели и гармонично дополняют друг друга.

Основная цель проектов - организация работы регистратуры и поликлиники краевого кардиологического диспансера таким образом, чтобы пациент получил медицинскую помощь максимально быстро и с наибольшим комфортом.

О первых итогах работы регистратуры в новом формате мы разговариваем с заведующей организационно-методическим отделом Алтайского краевого кардиологического диспансера М.В. АНДРЕЕВОЙ.

- Марина Владимировна, какая работа предшествовала открытию?

- Помещение регистратуры было полностью реконструировано, появились удобные зоны для комфортного пребывания наших пациентов. Приобретена современная мебель. Причем, все ремонтные работы выполнены силами бригады строителей нашего диспансера, без привлечения сторонних рабочих.

Теперь **в зоне регистратуры работает администратор**, который решает все проблемы обратившихся пациентов, отвечает на их вопросы. Основная задача, которую должен был решить проект **«Открытая регистратура»**, - минимизация времени ожидания посетителей поликлиники на этапе записи на прием. Для этого, в частности, **амбулаторные карты перенесены в отдельное картохранилище.**



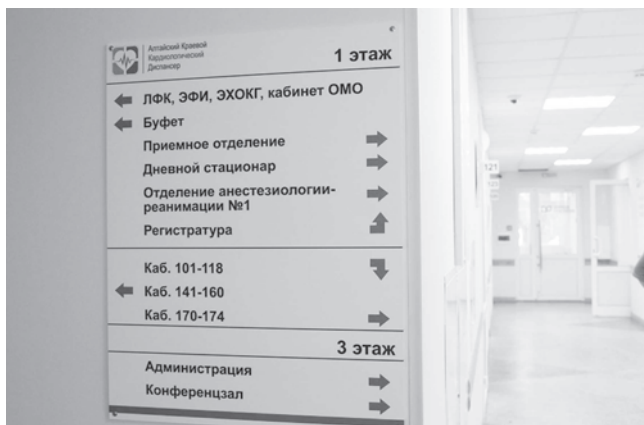
Создан колл-центр, в котором установлен многоканальный телефон: (3852) 53-43-00. Его сотрудники принимают звонки и оформляют запись на прием к врачам. Благодаря этому регистраторы уже не отвлекаются на ответы по телефону, полноценно работают с каждым обратившимся к ним человеком.

- На подготовительном этапе регистраторы прошли обучение?

- Нет, оно не потребовалось - в регистратуре работают опытные сотрудники. Причем, их квалификация позволяет добиться взаимозаменяемости: каждый достаточно уверенно выполняет работу как в регистратуре, так и в колл-центре и картохранилище. Отлажена следующая схема работы: накануне приемных часов сотрудник просматривает, кто записался, в какой кабинет, готовит амбулаторные карты, далее их разносит по кабинетам. Если у пациента уже есть талон, к примеру, он воспользовался удаленной записью, тогда он сразу направляется в кабинет к указанному времени, минуя регистратуру.

- Принципы сбережения времени пациента - новые для поликлиники?

- Нет. На протяжении нескольких лет мы строим свою работу так, чтобы пациент меньше тратил времени на сбор справок и направлений, по возможности, оптимизируем этап регистрации и выдачи талона на прием. Таким образом **мы стремимся увеличить доступность специализированной помощи.** Это особенно важно в настоящее время, когда не хватает специалистов в участковых поликлиниках. Поэтому количество отказов в приеме в нашем учреждении должно быть минимальным.



Сердце под контролем

Краевой кардиодиспансер также вошел в российский проект **«Бережливая поликлиника»**. На данном этапе проводится **картирование**: сотрудник нашего учреждения с секундомером проходит со случайным пациентом по всему маршруту его следования, чтобы зафиксировать, сколько времени у того занимает каждый этап получения медицинской помощи. Таким образом, выявляются возможные задержки, вызванные проблемами в организации работы поликлиники, устанавливаются их причины. Позже проблема изучается, принимаются меры по её устранению.

Стоит отметить: первые опыты картирования показали, что поликлиника Алтайского кардиодиспансера уже имеет достаточно хорошие показатели, так как эффективные мероприятия по повышению удобства пребывания пациента в учреждении - это налаженная системная работа, которая проводилась и до внедрения проекта.

В настоящее время **вводятся новые механизмы по обеспечению общения пациентов с администрацией**. В частности, в коридоре диспансера размещены **«Лист предложений»** и **«Лист проблем»**. Любой пациент может вписать в них свои предложения или сообщить о проблеме, с которой он столкнулся за время пребывания в поликлинике. Далее сотрудниками диспансера будет отмечено, кто назначен ответственным за решение озвученной проблемы, какие для этого определены сроки и на каком этапе работа находится в данный момент. Такие же листы разработаны и для сотрудников диспансера.

На первом этаже учреждения изменилась нумерация кабинетов, на каждом повороте есть указатели, облегчающие их поиск. Теперь пациенты смогут значительно быстрее находить нужный им кабинет, быстрее получить требуемую медицинскую помощь.

- На какое время рассчитан данный проект?

- На три месяца. Он стартовал в сентябре. Однако оба проекта - **«Бережливая поликлиника»** и **«Открытая регистратура»** - масштабное направ-



ление работы, которая не закончится и в дальнейшем, а будет только совершенствоваться.

- Современное медицинское учреждение невозможно представить без информационных технологий. Расскажите о перспективах этого направления.

- Уже сейчас на приеме вместе с врачом работает медицинская сестра, которая при необходимости сразу может оформить талоны на прием к участковому терапевту. **Формируется единый сервис, где будут храниться истории болезни всех наших пациентов, когда-либо проходивших в краевом кардиодиспансере стационарное лечение. Планируется внедрение электронной амбулаторной карты.** Таким образом, во время приема врач сможет легко получить необходимые сведения о больном. По такой схеме работает Диагностический центр Алтайского края, и она хорошо себя зарекомендовала. Думаю, у нас она будет внедрена в ближайшее время.

- Сколько ежедневно принимают посетителей в поликлинике диспансера?

- Поликлиника рассчитана на 500 посещений в день. За этот год мы приняли уже более 120 тысяч человек. Из них 40% - жители Алтайского края, 60% - барнаульцы. Для создания оптимальных удобств для посетителей поликлиника и регистратура АККД переведены на работу в две смены. Мы стремимся обеспечить прием жителей районов Алтайского края в первой половине дня, барнаульцев - преимущественно во второй. Это сделано для того, чтобы иногородние пациенты смогли вернуться после приема без проблем домой.

- Как долго приходится ждать приема после первого обращения в регистратуру?

- Как правило, жители Барнаула принимают на следующий день. Но время ожидания носит сезонный характер. Традиционно в летние месяцы число посещений поликлиники сокращается до 9 тысяч, а весной и осенью - заметно возрастает. В любом случае мы заинтересованы в том, чтобы помощь человек получил вовремя. И проекты, о которых мы говорим, способствуют решению этой задачи. ☺



Здоровые дети и родители, инфицированные ВИЧ

**Эльвира Раульевна
ДЕМЬЯНЕНКО,**
заместитель главного
врача по
организационно-
методической,
противоэпидемической и
профилактической
работе;

**Мария Андреевна
ЕГОРОВА,**
заведующая отделением
профилактики, врач-
эпидемиолог;

**Нина Семеновна
ЧУКМАСОВА,**
социальный работник

- КГБУЗ «Алтайский
краевой центр по
профилактике и борьбе
со СПИДом и
инфекционными
заболеваниями»

В ряде центральных СМИ прошла информация о матерях, отказывающихся лечить детей с установленным диагнозом ВИЧ. При этом в большинстве случаев сами мамы регулярно принимают назначенные им препараты. Парадоксально и то, что назначаемое лечение полностью бесплатно: от приема самых разных специалистов до регулярно получаемых лекарственных форм.

Подобные факты отказа от лечения детей встречаются и в Алтайском крае, в практике краевого центра СПИД.

Начнем разговор с правил, обязательных для выполнения ВИЧ-инфицированными женщинами, планирующими родить здоровых детей. Именно **планирующих**, так как важно уже на этапе прегравидарной подготовки следовать рекомендациям специалистов центра СПИД. Если у женщины высокая вирусная нагрузка, то, соответственно, высока и вероятность заражения будущего ребенка. **Заблаговременно с помощью антиретровирусных препаратов (АРВ-тера-**

пия) эта нагрузка должна быть максимально снижена. А при наступлении беременности важно, чтобы женщина регулярно проходила обследование, чтобы врач-инфекционист видел динамику процесса, оценивал действие назначенных им препаратов.

В нашем центре СПИД есть такая статистика: если в 2012 году от ВИЧ-инфицированных матерей были рождены **320 детей**, у **20** из которых был установлен диагноз «ВИЧ-инфекция», то уже в 2016 году из **474 детей** инфицированных матерей только **шестерым** был поставлен этот диагноз. За прошедшие 8 месяцев этого года родились **298** ребятишек, из которых **4** (это 1,3%!) оказались инфицированными. В целом в Алтайском крае с 1989 года по сентябрь 2017 года от ВИЧ-инфицированных матерей родились **3775 детей**, **274** которым установлен диагноз «ВИЧ-инфекция».

С целью профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку в Алтайском крае проводится большая организационно-методическая работа. Принят целый ряд нормативно-правовых документов, в том числе межведомственного характера. Так, в соответствии с приказом регионального Минздрава от 19.01.2009 года «О дополнительных мерах по профилактике перинатальной передачи ВИЧ-инфекции» обеспечено трехкратное обследование на ВИЧ беременных (при по-





становке на учет по беременности, в 25-27 и 34-36 недель), обследование половых партнеров беременных при постановке женщин на учет, а также новорожденным в зависимости от клинической ситуации.

Если женщина начала принимать назначенные врачом-инфекционистом препараты, вирусная нагрузка снижается и «выходит» на неопределяемую. В этом случае женщина может даже родить естественным путем, без кесарева сечения. **После рождения ребенку дается антиретровирусный препарат в профилактических целях**, но медицинское наблюдение продолжится еще некоторое время.

Если беременная женщина, имеющая ВИЧ, не является на приеме к врачу центра СПИД, к ней обязательно выезжают социальный работник, психолог, которые разъясняют возможные последствия такого ее поведения, вероятные риски заражения ВИЧ будущего ребенка, правовые вопросы, определяющие ответственность матери за здоровье своего ребенка. В большинстве случаев достигается понимание ВИЧ-инфицированной женщиной необходимости наблюдения у врача.

Нужно иметь в виду, что среди наших пациентов есть жен-

щины разного социального статуса, в том числе четверть из них - это группа социального риска: принимают наркотики, алкоголь, ведут асоциальный образ жизни. Есть и такие, кто отказывается от специального лечения по религиозным убеждениям либо отрицает наличие ВИЧ-инфекции у себя и возможность заражения ею ребенка. Такое поведение часто называют **ВИЧ-диссидентством**. С точки зрения психологии, отрицание ситуации объясняется стремлением уйти от реальности, переживаний, мыслей о последствиях. Чтобы изменить подобное отношение женщины к происходящему, к работе подключаются социальные работники, психологи, представители других ведомств.

Наиболее трагично и не поддается пониманию поведение ВИЧ-инфицированных женщин, которые буквально стремятся родить ВИЧ-инфицированного ребенка: такой ребенок с рождения признается инвалидом, и ему выплачивается социальная пенсия. С такой категорией женщин работать особенно не просто.

Есть и такие случаи в нашей практике, что **женщина инфицируется ВИЧ уже в период беременности**. В связи с этим не лишним будет на-

Недетские вопросы

Я ВИЧ-положительна, мой партнер ВИЧ-отрицателен. Каков риск заражения ВИЧ-инфекцией без использования презервативов?

Риск передачи ВИЧ-инфекции при незащищенном половом акте зависит от многих факторов. Вероятность заражения увеличивается:

- при высокой вирусной нагрузке у ВИЧ-положительного партнера,

- если есть повреждения слизистых оболочек и кожи половых органов у обоих партнеров,

- при наличии ИППП, которые вызывают воспаление половых органов и облегчают проникновение вируса у обоих партнеров,

- при алкогольном опьянении, так как теряется контроль над ситуацией,

- у мужчин риск инфицирования увеличивается, если половой акт происходит во время менструации у женщины.

Помните, что надежных и простых способов экстренной профилактики заражения ВИЧ-инфекцией на данный момент нет.

* * *

Мы с партнером оба ВИЧ-инфицированы, нужно ли нам предохраняться?

Необходимо использовать презервативы при каждом сексуальном контакте. Потому что существует несколько видов ВИЧ, некоторые из них более агрессивны, чем другие. Предполагается, что более агрессивные виды вируса могут передаваться человеку, у которого уже есть ВИЧ-инфекция, что может приводить к более быстрому развитию СПИДа.

Также не стоит забывать о существовании инфекций, передающихся половым путем, которые могут усугубить течение ВИЧ-инфекции.

Недетские вопросы

Могут ли ВИЧ-положительные партнеры родить здорового ребенка при естественном зачатии?

Лучше, если беременность наступит в период хорошего самочувствия и стабильных лабораторных показателей у будущих родителей. То есть вирусная нагрузка должна быть низкой (менее 1000 копий в 1мл), а иммунный статус - сохранным (более 350 клеток в 1мл).

Зачатие ребенка необходимо проводить в те дни, когда у женщины наступила овуляция, чтобы снизить риск инфицирования другим типом вируса.

ВИЧ-статус отца не влияет на вероятность заражения ребенка при беременности и родах. У ВИЧ-позитивных женщин, чьи мужья инфицированы, столько же шансов родить здорового ребенка, сколько у ВИЧ-позитивных женщин, чьи мужья здоровы.

* * *

Как беременность влияет на течение ВИЧ-инфекции?

Все проводимые в этой области исследования говорят о том, что беременность и рождение ребенка не вредит здоровью ВИЧ-инфицированной женщины. Во время беременности у всех женщин снижается иммунный статус, но после родов он становится прежним. Беременность не влияет на прогрессирование ВИЧ-инфекции и не повышает риск развития оппортунистических инфекций.

Проблемы существуют только в том случае, если на момент зачатия иммунный статус у женщины менее 250 клеток в 1мл и она страдает от оппортунистических заболеваний. В этом случае стоит обсудить ситуацию с врачом, возможно, начать прием препаратов, дожидаться улучшения лабораторных показателей и только после этого планировать беременность.

Помнить, что в семье за здоровье малыша в равной степени отвечают и отец, и мать. Поэтому не нужно забывать об индивидуальных средствах защиты, соблюдении правил гигиены. Отметим, что **особенно опасно заражение в третьем триместре беременности**. В это время вирус быстро размножается, острый период увеличивает риск заражения ребенка - для планомерного снижения вирусной нагрузки до родов у врачей просто нет времени...

Работниками краевого центра СПИД постоянно ведется работа с 3-4 женщинами, которые отказываются от лечения своих детей. Они не приходят на прием к врачу-инфекционисту. Если они и получают антиретровирусные препараты, то ребенок их принимает нерегулярно или вообще не принимает. С кем-то социальному работнику достаточно поговорить, в других случаях подключаем краевую службу опеки и попечительства, которые имеют право лишить родителей их родительских прав. Самая последняя инстанция - это суд. Но мы стараемся к таким мерам относиться осторожно: чтобы не разглашать тайну диагноза и дать возможность ребенку полноценно жить и расти в родной семье.

С другой стороны, действующим законодательством принято, что пока ребенок не родился, он не является членом общества, беременная женщина не несет ответственности за невыполнение рекомендаций врачей. При этом после рождения ребенка механизм такой ответственности достаточно разработан. К счастью, ситуация должна измениться в скором будущем: **законодателями обсуждается вопрос об уголовной ответственности матери за постановку ребенка под угрозу заражения, в том числе и во время беременности**.

Одной из причин отказа давать лекарства маленькому ре-



бенку, по словам некоторых мам, является проявление побочных действий: выраженная тошнота, рвота. Подчеркнем, что побочные действия есть практически у всех медицинских препаратов. А без контроля над ВИЧ любые простудные заболевания будут повторяться всё чаще. Побочные действия не дают права отказаться от приема лекарств. И каждая ответственная мама понимает это.

Надо иметь в виду, что **даже два дня перерыва в приеме необходимых препаратов ребенком приведут к быстрому росту вирусной нагрузки в его организме в десятки раз. Полный отказ от препаратов может стать причиной гибели ребенка уже через 2-3 года**.

Маленьким детям препарат назначается в виде сиропа. И только со временем его заменяют на таблетированные формы. Сотрудниками нашего центра разработаны иллюстрированные книжки, поясняющие ребенку в игровой форме необходимость регулярного приема препаратов, их дозировку. Использование этих пособий облегчает задачу мамы.

Есть и еще одна причина отказа мам лечить своих детей. Малыши, инфицированные ВИЧ, как правило, внешне не отличаются от своих здоровых ровесников. Однако **внешний вид обманчив, и мамам следует помнить об опасности, которую несет в себе вирус**.

Важно осознанное понимание женщиной необходимости посто-



За счастливое здоровое детство!

янного лечения ребенка, особой дисциплины в этих вопросах. Мы, врачи, хорошо знаем последствия обратного поведения. К примеру, даже беременные женщины при полном контроле над вирусной нагрузкой нередко в последний месяц перед родами позволяют себе вольности в приеме препаратов, тем самым перечеркивая все предыдущие действия, все достигнутые успехи в лечении!

Новорожденный ребенок находится с мамой в роддоме не больше пяти дней. А дальше только мама может обеспечить выполнение всех рекомендаций врачей - день за днем, без выходных и послаблений. После рождения ВИЧ-инфицированной женщиной ребенок находится на диспансерном учете в поликлинике по месту жительства, а также в СПИД-центре по территориальной принадлежности. После 18 лет дети ставятся на учет во взрослую поликлиническую сеть.

В настоящее время есть возможность оказать серьезную поддержку мамочкам с такими детьми, находящимся в зоне социального неблагополучия. При необходимости эти семьи получают льготное детское питание до исполнения ребенку года, им выделяются продуктовые наборы. Для решения самых разных вопросов помощи конкретным семьям привлекаются как государственные организации, так и некоммерческие.

Важно, чтобы родители были готовы к сотрудничеству, понимали, что вместе мы решаем важную задачу - обеспечиваем право на здоровье и жизнь ребенку. ☺



Недетские вопросы

Зачем ВИЧ-инфицированной женщине нужно за ранее планировать беременность?

Это увеличивает вероятность рождения здорового ребенка. В понятие «планирование беременности» со стороны ВИЧ-положительной женщины входит:

- обследование на ИППП и другие заболевания, которые могут препятствовать зачатию и внутриутробному развитию ребенка;

- определение наиболее подходящего периода для генетического зачатия ребенка;

- санация очагов хронических инфекций;

- решение с врачом вопроса о необходимости АРВ-терапии на этапе планирования беременности;

- отказ от вредных привычек;

- правильное питание, прием витаминно-минеральных комплексов;

- тест на вирусную нагрузку и иммунный статус;

- обсуждение с врачом метода родоразрешения и приема АРВ-терапии.

Будущий отец также должен пройти необходимые обследования!

* * *

Какова вероятность заражения ВИЧ ребенка во время беременности?

Эта вероятность зависит от будущей матери. Если в период беременности она **не принимала** АРВ-терапию, то вероятность заражения ребенка достигает **40%**.

Но если будущая мать как можно раньше встанет на учет в женской консультации, во время беременности, начиная с 12-14 недели, будет ответственно и четко принимать назначенную АРВ-терапию, тогда при соблюдении этих условий риск заражения ВИЧ-инфекцией ребенка составит всего **1-2%**.

* * *

Какие факторы со стороны ВИЧ-положительной женщины на время беременности могут повлиять на передачу вируса ребенку?

Выделяют несколько существенных факторов. Это:

- вирусная нагрузка более 1000 копий в 1мл,

- иммунный статус (количество CD4) - менее 500 клеток в 1мл,

- употребление наркотических веществ,

- курение,

- наличие ИППП,

- наличие туберкулеза, гепатита С,

- возраст старше 30 лет,

- если женщина не принимает АРВ-терапию на протяжении всей беременности.

* * *

Какой способ родоразрешения выбрать ВИЧ-инфицированной женщине?

Если она на протяжении всей беременности принимала АРВ-терапию, ее вирусная нагрузка остается низкой или неопределяемой и нет других показаний для кесарева сечения, тогда врач может рекомендовать естественные роды.

У женщин с высокой вирусной нагрузкой плановое кесарево сечение, проведенное в срок 38 недель беременности, уменьшает риск инфицирования ребенка в три раза.

* * *

Если после рождения у ребенка обнаружили антитела к ВИЧ, это значит, что он инфицирован?

Антитела к ВИЧ, в отличие от вируса, могут проникать через плацентарный барьер и присутствовать в крови ребенка около 12-18 месяцев. Окончательно убедиться, инфицирован ребенок или нет, можно с помощью метода ПЦР (полномерная цепная реакция, которая определяет ДНК/РНК вируса). Этот анализ проводится несколько раз: в первые 24-48 часов после рождения, в 1-2 месяца и 4-6 месяцев жизни ребенка. Также проводятся исследования методом ИФА (иммуноферментный анализ, определяющий наличие антител к вирусу) в 9, 12, 18 месяцев жизни ребенка.

Если в возрасте 18 месяцев антитела к ВИЧ не обнаруживаются, это значит, что у ребенка нет ВИЧ-инфекции и он снимается с учета у врача-инфекциониста.



Профилактика гриппа у детей

Грипп - это острая респираторная антропонозная инфекция, вызываемая вирусами типов А, В и С, протекающая с развитием интоксикации и поражением эпителия слизистой оболочки верхних дыхательных путей, чаще - трахеи. Заболевание склонно к быстрому и глобальному распространению.

Источником инфекции является больной гриппом, особенно заразный в разгар заболевания, в лихорадочном периоде. **Заразный период продолжается 4-7 дней.** Большую опасность для окружающих представляют также больные с лёгкими формами гриппа.

Инкубационный период длится 1-2 дня с колебаниями от нескольких часов до 3 дней. Заболевание начинается остро - с подъёма температуры и озноба. Уже через 4-5 часов температура достигает 38,7-40°C. При лёгком течении она может держаться на субфебрильных цифрах.

Для активного течения болезни наиболее характерны следующие симптомы: кашель, слизистые выделения из носа, острые боли в горле, осложнения при глотании, сегментарный отёк лёгких, бледность кожных покровов и повышенная потливость. В сложных случаях возможны менингеальные симптомы, непродолжительные обмороки, судороги конечностей и кровотечения из носа.

Желание любого родителя - уберечь своего ребенка от всех существующих в мире проблем и невзгод. И **профилактика гриппа у детей** - это важное и обязательное мероприятие, с помощью которого вы сможете защитить здоровье вашего ребенка от опасного вируса.

Мною была разработана памятка для родителей и детей на предэпидемический период. Какие профилактические меры и когда необходимо принять, чтобы защититься от гриппа?

Существует **неспецифическая и специфическая** профилактика гриппа.

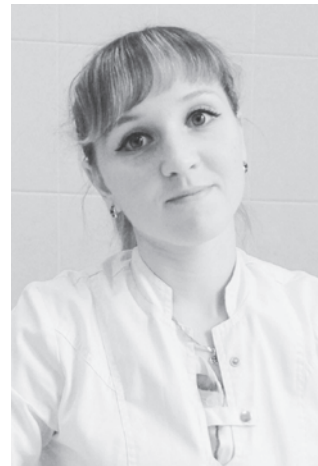
Каждый вид профилактики проводится в период предэпидемический (сентябрь-октябрь). Это делается для того, чтобы к началу потенциально возможной эпидемии вирусных инфекций организм стал крепче и успел выработать иммунитет.

Специфическую профилактику детей и взрослых осуществляют с помощью медицинских препаратов, имеющих в составе поверхностные антигены штаммов гриппа. Спустя 14-30 дней прививка вступает в активную фазу, и человек становится практически неуязвимым к болезням.

Неспецифическая профилактика для детей заключается в проведении санитарно-гигиенических и оздоровительных мероприятий, предусматривающих формирование здорового образа жизни, физического воспитания. Экстренную профилактику проводят в начале эпидемической вспышки с применением противовирусных химиопрепаратов, интерферона (которые обладают немедленным эффектом).

На время эпидемического подъема заболеваемости гриппом в детских дошкольных учреждениях и школах проводят ежедневные осмотры детей. Помещения проветривают, выполняют УФО (ультрафиолетовое облучение), влажную уборку, в общественных местах и транспорте используют медицинские маски.

Специфическая профилактика направлена на постановку вакцины против гриппа. Среди профилактических процедур, помогающих детям защититься от симптомов гриппа, наиболее эффективной считается **своевременная вакцинация.** В 2017 году в Алтайском крае общий план прививок против грип-



**Виктория Михайловна
ЗАТЕЕВА,**
фельдшер МБОУ
«Гимназия №40,
г.Барнаул»,
член ПАСМР с 2016 года

Советы медицинской сестры

▶ на составил 1,039млн. человек, в том числе 209,1 тысячи детей. Вакцинация детей увеличивает вероятность защиты от этого заболевания. Данная защита обусловлена введением в организм инактивированного вируса, который вызывает выработку антител различного типа, создающую многоуровневую систему, которая противостоит гриппу.

По информации Министерства здравоохранения Российской Федерации, при вакцинации в этом году применяется только **отечественная вакцина СОВИГРИПП**, для детей - без консерванта. Также дополнительно в Алтайском крае формируется запас противогриппозных вакцин в негосударственной компании «АСКО-МЕД» в количестве 20000 доз: Инфлювак (Нидерланды); Ваксигрип (Франция); Гриппол плюс (Россия).

СОВИГРИПП - очередная отечественная противогриппозная вакцина, изготовленная в 2013 году. Производителем данной вакцины является российская компания «Микроген». Препарат полностью производится на отечественном предприятии, и компоненты из-за рубежа не закупаются.

В состав вакцины СОВИГРИПП входят компоненты поверхностной оболочки вирусов гриппа различных штаммов, и применяется адъювант «совидон» (вещество, продлевающее иммунитет), который обладает иммуномодулирующим, мембраностабилизирующим и антиоксидантным действиями. Благодаря данным свойствам «Совидона» эффект от прививки повышается, а количество случаев ОРЗ уменьшается. Таким образом, прививка СОВИГРИПП эффективна в 80-90% случаев.

Состав вакцины каждый год меняется - в зависимости от разновидностей приоритетных вирусов гриппа, прогнозируемых в этом сезоне.

Постановка СОВИГРИППа бесплатна, так как входит в национальный прививочный календарь. Показано, что проведение вакцинации позволяет снизить не только вероятность инфицирования в период эпидемии, но и вероятность возникновения серьезных осложнений в случае ин-



фицирования, уменьшить число летальных исходов от гриппа.

После вакцинации большинство детей остаются здоровыми в течение всего эпидсезона. Организм детей с ослабленным иммунитетом даже после прививки не может синтезировать достаточное количество антител. Таким детям постановка прививки обязательна! **Как минимум две недели после вакцинации потребуется организму для формирования устойчивого иммунитета.** Если к новому штамму не успеют выработаться антитела в полном объеме, риск развития тяжелых осложнений будет гораздо ниже.

Таким образом, арсенал средств, применяемых для профилактики и лечения гриппа, достаточно разнообразен, главная задача - не ограничиваться только препаратами, которые применяются от простуды, а использовать все методы при борьбе с данным заболеванием.

Необходимо отметить, что с каждым годом вакцинация детей приобретает всё большую значимость и популярность как во всем мире, так и в России. И необходимо продолжать работу по повышению медицинской грамотности школьников и их родителей путем целенаправленного санитарного просвещения. 📺

В состав вакцины СОВИГРИПП входят компоненты поверхностной оболочки вирусов гриппа различных штаммов, и применяется адъювант «совидон» (вещество, продлевающее иммунитет), который обладает иммуномодулирующим, мембраностабилизирующим и антиоксидантным действиями.



Вам предстоит операция по пересадке почки

Пациентов с хронической почечной недостаточностью с каждым годом становится всё больше.

На сегодня пересадка почки - лучший способ лечения почечной недостаточности. Поэтому настолько актуален вопрос ее трансплантации.

Отделение пересадки органов оказывает высокотехнологичную медицинскую помощь. Наше отделение было открыто в краевой клинической больнице в ноябре 2012 года. В его состав входят лаборатория тканевого типирования и операционный блок, оснащенный современной аппаратурой и отвечающий всем санитарным требованиям. Специалисты отделения прошли подготовку в ведущих центрах трансплантологии России.

Обеспечение отделения современным оборудованием, а также высококвалифицированный уход за пациентами в послеоперационный период позволили провести первую трансплантацию в Алтайской краевой клинической больнице. И первая операция по пересадке почки была успешно выполнена в июле 2013 года.

За четыре прошедших года было проведено **56 трансплантаций почки**, из них 14 родственных пересадок. **Сегодня в листе ожидания на пересадку находятся 90 пациентов.** И каждый их день проходит в ожидании этой необходимой операции.

Поэтому одним из важных моментов является уверенность пациента и его родственников в том, что и за стенами отделения они не окажутся без внимания и должной поддержки, в первую очередь - моральной и психологической. Чуткость, душевное тепло, индивидуальный подход, доброжелательное отношение, внимание персонала отделения помогают нашим пациентам вселить

надежду на положительный исход операции.

Психологическое состояние пациента и его близких играет особенно важную роль, когда речь идет о родственной пересадке. После подобной операции донор и реципиент находятся в одной палате, что уже положительно сказывается на раннем послеоперационном периоде.

Палаты в отделении оснащены всем необходимым для комфортного пребывания пациентов и работы персонала.

После пересадки почки жизнь несравнима с той жизнью, когда три раза в неделю требуется проходить процедуру гемодиализа. Наши пациенты живут полноценной жизнью, а молодые женщины могут в будущем испытать радость материнства.



Лилия Витальевна ОСИНА,

старшая медицинская сестра хирургического отделения по пересадке органов, высшая квалификационная категория, КГБУЗ «Краевая клиническая больница», член ПАСМР с 2003 года



Советы медицинской сестры

Операция по пересадке донорского органа имеет одну серьезную особенность. Чтобы орган прижился, необходимо подавлять иммунную систему организма, иначе произойдет его отторжение. **Поддерживать организм и не допустить развития инфекционных заболеваний - основная задача медицинского персонала.**

Немаловажную роль играет и **правильное питание**. Диета направлена на уменьшение побочных действий иммуносупрессивных препаратов, которые, в свою очередь, повышают риск развития стероидного диабета, а также осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы.

Поэтому пациенту важно помнить и неукоснительно соблюдать особенности питания:

- ◆ пища должна быть несоленой;
- ◆ предпочтение отдавать лучше растительным белкам;
- ◆ употреблять нежирные сорта мяса (курица, кролик, постная телятина);
- ◆ молоко лучше заменить на нежирный кефир;
- ◆ запрещено употребление майонеза, кетчупа, консервов и копченых продуктов, а также продуктов, содержащих консерванты и красители, приправы;
- ◆ продукты лучше готовить на пару, варить или тушить;
- ◆ умеренно потреблять кофе и газированные напитки;



◆ алкоголь исключить полностью, так как спиртное влияет на концентрацию иммуносупрессанта в крови.

Другой серьезной проблемой после трансплантации может стать **усиление аппетита на фоне приема**



гормональных препаратов. Диета должна учитывать особенности организма. Прием пищи должен быть дробным, а количество калорий соразмерно с расходуемым их количеством.

При длительной иммуносупрессии нужно употреблять большое количество продуктов, богатых витаминами и микроэлементами.

Очень важно после выписки из стационара соблюдать следующие рекомендации врача:

- ◆ утром и вечером принимать иммуносупрессивные препараты;
- ◆ следить за артериальным давлением;
- ◆ избегать переохлаждений и перегреваний;
- ◆ длительно не находиться в местах большого скопления людей;
- ◆ нельзя принимать препараты без назначения врача;
- ◆ один раз в месяц необходимо проводить контроль концентрации в крови иммуносупрессии, следить за биохимическими показателями крови;
- ◆ разрешены умеренные физические нагрузки. ☺

После завершения периода реабилитации (в среднем это 3-4 месяца) человек с пересаженной почкой может вернуться к нормальной, полноценной жизни.



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





И слово доктора тоже лечит

Бессменным руководителем дневного стационара в Алтайской краевой клинической детской больнице является Надежда Ивановна КУЛИКОВА, врач-невролог высшей квалификационной категории, кандидат медицинских наук.

Развитие этого вида медицинской помощи, увеличение числа коек, определение объема и направлений работы во многом осуществились благодаря интуиции и опыту Надежды Ивановны. В сентябре этого года прошло открытие стационара в новом варианте - он переехал на большую площадь поликлиники краевой детской больницы.

- Отсчет работы дневного стационара в рамках нашего учреждения ведется с 1 января 2015 года, - рассказывает Надежда Ивановна. - Тогда он был рассчитан на четыре койки, но тем не менее потребовал по-настоящему смелого решения руководителя АККДБ **Константина Владимировича СМЕРНОВА**. Когда он предложил впервые открыть дневной стационар, мы сами были в растерянности, плохо представляли, как это должно происходить. Большую помощь оказала **Ольга Александровна**

ЛУКОНКИНА, заместитель главного врача по лечебной работе. Постепенно совместно пришли к пониманию того, как наилучшим образом решить поставленную задачу.

Работа дневного стационара изначально строилась в две смены, что позволяло детям не пропускать занятия в школе. Почти сразу стало очевидно: детям здесь нравится, они даже не всегда понимают, что находятся в больнице, но при этом всего за 3-4 часа в день они проходят необходимые обследования, лечение, осмотр лечащего врача, не находясь в круглосуточном стационаре. Дети обследовались, лечились, имели возможность поиграть, порисовать, да и мама всегда рядом, поэтому ребенок не испытывал психологического дискомфорта. Так что уже на том этапе потребность в дневном стационаре была очень высокой.



Мы видели, что повышалась именно доступность лечения. Конечно, **в дневном стационаре находились дети, которые не нуждаются в круглосуточном наблюдении врача**, но это не значит, что они «лёгкие» пациенты. Дети поступают и с генетическими заболеваниями, и с серьезными неврологическими проблемами, проходят реабилитацию после курса лечения: это дети с поражением центральной нервной системы, имеющие инсультные состояния, тяжелые парезы, параличи, которые не требуют круглосуточного медицинского наблюдения.

В 2016 году, когда проблема нехватки коек стала особенно острой, мы расширились до 16 коек за одну смену.

- Проходят такое лечение только дети, живущие в Барнауле и окрестностях?

- Нет. На лечение в отделение поступают и иногородние дети. Они либо живут у родственников-знакомых, либо мы помогаем с проживанием - в рамках договоренности с краевым кризисным центром для жен-



За счастливое здоровое детство!

щин, где предусмотрено размещение женщин, попавших в трудную жизненную ситуацию.

При открытии дневного стационара в 2015 году его **профиль** был определен как **многофункциональный**. Основное направление нашей работы - это повышение доступности специализированной стационарзамещающей медицинской помощи детям и подросткам с онкологическими, неврологическими, ревматологическими, эндокринологическими и пульмонологическими заболеваниями. Мы проводим все виды современных диагностических исследований, широкий спектр медикаментозной терапии, физиотерапевтического лечения и реабилитационных мероприятий.

Профиль отделения определяет квалификацию сотрудников. Я по специальности - невролог, в отделении работают еще три квалифицированных невролога, врач-онкогематолог, по другим специальностям детей ведут врачи-совместители круглосуточного стационара. Замечу, что для онкологических детей обследование в отделении дневного стационара - это оптимальный вариант, поскольку контакт с возможными вирусами сведён к минимуму.

В этом году наше отделение справилось новоселье: четыре большие палаты, служебные помещения, кабинеты для персонала, пост, 25 коек в смену. Таким образом, **одновременно на лечении находятся 50 ребятишек**.

- На сколько дней рассчитано лечение в отделении?

- Средний срок - 12 пациентодней. За это время ребенок получает обследование, устанавливается диагноз, даются рекомендации по лечению и проводятся необходимые процедуры. При необходимости консультирование пациентов в дневном стационаре проводят другие специалисты АККДБ и научные сотрудники кафедры педиатрии АГМУ.

Дети, поступившие на реабилитацию, получают лечение уже в течение 18 дней.

Отмечу, что в дневной стационар госпитализируются дети из всех районов и городов Алтайского края



в возрасте от шести месяцев до 17 лет 11 месяцев.

- Какие преимущества нового помещения уже можно отметить?

- Стало просторно, свободно, появились места для игр детей и ожидания родителей, дети которых получают лечение. Специфического оборудования для работы нашего отделения не требуется. В отделении медицинской реабилитации, которое находится по соседству, имеется всё необходимое для абилитации детей. У нас - новая мебель на посту, кровати с прикроватными тумбочками, телевизор. Оборудованы кабинеты, сделан хороший ремонт. Как видите, в отделении светло, интересно, ребятишкам у нас нравится - это главный критерий.

- Расскажите о тех, кто работает в отделении.

- Мой стаж в неврологии - практически 18 лет. Работаю в АККДБ с октября 2003 года, начинала в поликлинике нашей больницы. В 2011 году защитила кандидатскую диссертацию.

Наши доктора - высококвалифицированные специалисты, регулярно проходят обучение в ведущих медицинских центрах Москвы и Санкт-Петербурга. Так, в данное время онколог-гематолог **Лариса Владимировна МЕДНИКОВА** обучается в Москве. Опытные неврологи: **Татьяна Витальевна ДМИТРИЕВА**, **Елена Николаевна НИКИФОРОВА**

В дневном стационаре Алтайской краевой клинической детской больницы мы проводим все виды современных диагностических исследований, широкий спектр медикаментозной терапии, физиотерапевтического лечения и реабилитационных мероприятий.



◀ **ВА, Светлана Анатольевна ДУДАРЕВА.**
Старшая медсестра отделения - **Юлия Викторовна МЕСРОПЯН.** Медсестры владеют всеми манипуляциями, имеют сертификаты по педиатрии. Их опыт позволяет обеспечивать взаимозаменяемость на посту. В педиатрических отделениях это самое важное.



С самого начала работы дневного стационара хотелось найти то, что отличало бы нас. И такая «фишка» сегодня есть! Нигде в Сибирском федеральном округе не проводится реабилитация детей с сенсо-невральной ту-

гоухостью: **в штате нашей больницы работают врач-сурдолог и логопед-сурдопедагог.** При поступлении в стационар такие детки обязательно, помимо медикаментозного лечения, занимаются с логопедом-сурдопедагогом. Также **наложена помощь деткам онкологического профиля:** в Алтайском крае для них больше нет такого дневного стационара.

Каждый из нас хорошо понимает, что для детей и их родителей самое важное - это слово доктора. В последнее время мы всё больше говорим о современных методиках лечения, препаратах и забываем, что очень важно выслушать родителей, успокоить их, ответить на беспокоящие их вопросы. Только тогда можно говорить о сотрудничестве врача, мамы, маленького пациента, важном на пути к выздоровлению.



Мы заинтересованы и в том, чтобы последующий курс лечения в отделении дневного стационара проходил в плановые сроки, чтобы максимально исключить хождение мамы за справками и направлениями перед следующей госпитализацией. Поэтому родителям пролеченных детей мы оставляем телефон, сами записываем на следующую госпитализацию.



Когда в нашем отделении побывал Губернатор края А.Б. Карлин, мамочки говорили не о лечении, а о внимании докторов к ним и их детям. И такая оценка, поверьте, дорогого стоит! ☺

Я прививок не боюсь?

ОТ 2 ДО 3 МИЛЛИОНОВ смертей

ежегодно предотвращают прививки, по данным ВОЗ. В 1796 году английский врач Эдвард Дженнер сделал первую прививку от оспы. С тех пор это опасное заболевание не только искоренено, но и разработаны вакцины от бешенства, столбняка, туберкулеза, гриппа и других болезней.



1,5 МИЛЛИОНА «дополнительных» жизней в год можно спасти при расширении программы вакцинации, считают эксперты ВОЗ. По статистике, каждый пятый ребенок пропускает необходимые прививки. И всё чаще это происходит не потому, что недоступны те или иные вакцины, как это было раньше, а из-за необоснованного предубеждения родителей против прививок. Другие цифры гласят, что 1,5 миллиона детей в мире умирают в год от болезней, от которых есть вакцины...

ПО ДАННЫМ ОПРОСА АМЕРИКАНСКИХ ПЕДИАТРОВ, в 2016 году 9 из 10 врачей сталкиваются с отказами родителей от детских прививок. При этом другое исследование случаев кори в XXI веке показало: «антипрививочные» взгляды родителей повышают вероятность того, что ребенок заболеет этой тяжелой болезнью.

УЧЕННЫЕ ИЗ ВЕЛИКОБРИТАНИИ, США, ФРАНЦИИ И СИНГАПУРА в 2016 году проанализировали данные об отношении к прививкам жителей 67 стран. Они опросили 65 тысяч участников, считают ли те, что вакцины безопасны, эффективны и необходимы для здоровья детей. Оказалось, что в среднем вакцинам не доверяют 13% респондентов. Самой «антипрививочной» оказалась Европа, где находятся 7 из 10 стран с самой большой долей негатива. Например, во Франции вакцинацию считает небезопасной рекордный 41% респондентов.

РОССИЯ находится на последнем месте по оценке важности вакцинации детей, а небезопасными вакцины считают 28% респондентов.

УЧЕННЫЕ ОТМЕЧАЮТ, что лучше всего к прививкам относятся люди старше 65 лет - то есть те, кто родился еще до появления первой вакцины против полиомиелита в 1955 году, разработанной американским вирусологом Джонасом Солком. Чем выше средний уровень образования и качества медицинских услуг в стране (то есть чем она благополучнее), тем больше ее жители недооценивают важность прививок. Но самые образованные люди в пределах одной страны всё равно считают прививки необходимыми и безопасными.

СТАТИСТИКА по ежегодному количеству случаев после введения в XX веке всеобщей вакцинации: дифтерия (100%), гемофилия (99%), гепатит А (91%), гепатит В (86%), корь (99%), паротит (99%), коклюш (89%), пневмококковая инфекция (74%), полиомиелит (100%), краснуха (99%), оспа (100%), столбняк (99%), ветряная оспа (89%). ☺



Нельзя отказываться от лечения!

В сентябре в Алтайском краевом онкологическом диспансере проводилась Всероссийская акция «Неделя ранней диагностики рака головы и шеи». Мероприятие уже пятый год проходит под эгидой общественной организации Федерации специалистов по лечению заболеваний органов головы и шеи, стоматологической Ассоциации России и Российского научного сообщества отоларингологов.

Наш регион в этой акции принял участие впервые. Все желающие без направления могли обследоваться на предмет выявления опухолевых заболеваний гортани и полости рта. Заметим, что подобные акции в АКОД уже проводились: по выявлению маммологических заболеваний и меланомы - и их эффективность была доказана.

Из более чем 1200 обследованных в сентябрьской акции направления на дальнейшее лечение получили 20 человек. Об итогах мероприятия рассказывает врач-онколог **Григорий Михайлович ГЛИКЕНФРЕЙД**, заведующий отделением опухолей головы и шеи КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер»:

- Акция проводилась по инициативе одного из головных институтов - Московского онкологического НИИ имени П.А. Герцена (Москва). Коллегами накоплен опыт проведения подобных акций в разных городах России. Одна из главных целей акции - повышение доступности медицинской помощи населению, выявление заболеваний на ранней стадии. Дело в том, что запущенные формы (III и IV стадии) рака гортани диагностируют ежегодно у 60-65% обратившихся к нам людей. Среди головных раком этой локализации до 96% составляют мужчины. Поэтому рак гортани занимает у мужчин первое место среди злокачественных опухолей головы и шеи, составляя 2,6% в общей структуре онкологической заболеваемости. Чтобы изменить эту картину, нужно сделать всё возможное для ранней диагностики заболевания.

К нам обращались все желающие, разные по возрасту и социальному статусу, наличие направления от участкового врача не требовалось. Для прохождения обследования достаточно было настороженности человека, связанного с конкретными проявлениями нездоровья.

- Можно обозначить признаки, с которых начинается болезнь?



- Конечно. Если в полости рта или в глотке появилась долго не заживающая язва или ранка, причем, после попытки устранения ее стоматологом, а также снятия протезов, они не проходят, - человек должен прийти на прием к врачу-онкологу или к своему участковому терапевту. Это также надо сделать при неоправданном изменении голоса, которое нельзя связать, скажем, с ангиной. Если выраженная боль в горле не проходит дольше трех недель, хотя вы принимаете необходимые средства, надлежит также обратиться к специалистам.

Многими было неправильно понято название акции «обследование головы и шеи». Повторю, ее целью было исследование слизистой оболочки полости рта и глотки на предмет новообразований. Многие люди приходили просто с головными болями, причину которых исследовать в рамках нашего мероприятия было невозможно. Такое повышенное внимание к состоянию глотки обусловлено и тем, что здесь расположены голосовые связки, пищевод, трахея. И от их здоровья зависят основные функции организма человека.

- Насколько распространена эта группа заболеваний?

- Они являются одними из самых распространенных. Если рак молочной железы диагностируется в основном у женщин, рак простаты - только у мужчин, то обсуждаемый вид опухоли включает в себя 14 локализаций. Они составляют 20% - пятую часть! - от всех выявленных онкологических заболеваний. В среднем в Алтайском крае в год выявляется около 500 опухолей головы и шеи. Отчасти столь высокая выявляемость данной локализации обусловлена тем, что врачи отделения онкологии головы и шеи нашего диспансера на протяжении уже 20 лет тесно сотрудничают с другими специалистами: стоматологами, отоларингологами, эндокринологами.

- Насколько пагубные привычки - курение, алкоголизм - влияют на развитие болезни?



Победим свой страх!

◀ - Доказано, что при отсутствии должного ухода за полостью рта, при курении и регулярном приеме крепкого алкоголя опасность возникновения злокачественных опухолей во рту и глотке возрастает в десятки раз. И, наоборот, при отказе от вредных привычек, соблюдении принципов правильного питания человек имеет реальные шансы сохранить здоровье.

- **Насколько вероятно излечение?**

- При современном уровне развития медицинских технологий и своевременном выявлении заболевания шансы на выздоровление достаточно высокие.

Подчеркну, **важны незапущенность болезни и позитивный настрой самого пациента на выздоровление.** По статистике, в течение года после впервые установленного диагноза умирают до 25% больных. Такой высокий показатель смертности в значительной степени связан с отказом больных от операций.

- **Как долго длится основной этап лечения?**

- В целом - около четырех месяцев. Несколько раз необходимо проходить лечение в стационаре, химио- и лучевую терапию, может быть показано и оперативное лечение. И всё это не по отдельности, друг за другом, а в комплексе, согласно строгой схеме, расписанной лечащим врачом-онкологом.

- **Какие самые сложные периоды для пациента можно выделить на этом пути?**

- Проводимые операции, особенно при запущенных стадиях заболевания, являются калечащими: человек лишается органа, качество его жизни меняется, но сохраняется собственно сама жизнь. На самом деле лучше жить с несколько ухудшенным качеством жизни, чем не жить совсем.

Онкология головы и шеи выделяется в общей массе локализаций тем, что присутствуют *наружные проявления болезни*: язвы, кровотечения, неприятный запах, которые очевидны для окружающих, а самому больному сложно, некомфортно находиться в обществе. Этому состоянию есть одна альтернатива - своевременное лечение в специали-



рованном медицинском учреждении. Но есть и другая проблема - запущенность болезни. Например, проведенная ларингэктомия (полное удаление гортани), оправданная с онкологических позиций, приводит больного к глубокой инвалидизации, наносит тяжелую психическую травму, лишает его возможности полноценного общения с окружающими. Поэтому потеря голосовой функции после перенесенной ларингэктомии является частой причиной отказа больных от этой операции. Между тем, разработана система реабилитации таких пациентов. В каждом случае она требует мультидисциплинарного подхода с участием команды специалистов для достижения оптимальных результатов в улучшении качества последующей после операции жизни. Полная реабилитация после ларингэктомии - это больше, чем просто возвращение голоса. Удаление гортани ведет к необходимости реабилитации всех систем, связанных с проведением воздуха: голосовой, лёгочной, обонятельной.

В настоящее время существует ряд способов восстановления голоса после удаления гортани: логопедический метод, «электрогортань» (электронный аппарат, преобразующий колебания мышц дна полости рта в голос). В последние годы всё большее значение приобретают хирургические методы восстановления голоса путем трахеопищеводного шунтирования и установки голосового протеза. Современные возможности медицины не только позволяют излечить рак гортани, но и вернуть человека к полноценной жизни. Это доказывают примеры, когда человек после полного курса лечения и реабилитации имеет возможность продолжать преподавательскую деятельность. Для этого, конечно, важно движение к общей цели врача и пациента, их полное доверие и взаимопонимание.

По словам главного врача АКОД **Александра Федоровича ЛАЗАРЕВА**, «в дальнейшем специалисты краевого онкодиспансера продолжают работу в направлении профилактики, ежемесячно проводя обследования на предмет онкозаболеваний тех или иных органов и систем». ☺





Всероссийская конференция акушеров-гинекологов с международным участием

“60 лет на страже здоровья матери и ребенка”,

посвященная 60-летию кафедры акушерства и гинекологии АГМУ



Фоторепортаж с торжественного открытия конференции, 5 октября 2017 года, Алтайский государственный медицинский университет, актовый зал

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

