

Расширенная коллегия Минздрава и Медицинской палаты Алтайского края



«Наш приоритет - демографическая политика»

19 декабря 2017 года в Алтайском крае состоялась расширенная коллегия министерства здравоохранения Алтайского края совместно с Медицинской палатой Алтайского края.

Традиционное проведение совместного форума демонстрирует активное взаимодействие министерства с общественными организациями, представителями медицинского сообщества, гражданами, пациентскими организациями. Коллегия была посвящена подведению предварительных итогов деятельности в 2017 году и перспективе развития службы на 2018 год. Прошла она в краевом перинатальном центре «ДАР», который начал работать ровно год назад. Участники мероприятия смогли оценить мощь и возможности современного учреждения родовспоможения третьего уровня.

В работе коллегии приняли участие заместитель Председателя Правительства Алтайского края **Надежда КАПУРА**, министр здравоохранения Алтайского края **Ирина ДОЛГОВА**, президент Медицинской палаты Алтайского края **Яков ШОЙХЕТ**, депутат Госдумы **Валерий ЕЛЫКОМОВ**, руководитель Управления Роспотребнадзора по Алтайскому краю **Ирина ПАЩЕНКО**, ректор АГМУ **Игорь САЛДАН**, представители общественных организаций, АГМУ, главные врачи медицинских организаций региона, главные специалисты и начальники отделов министерства.

В своем приветственном слове Надежда Арсентьевна Капура подчеркнула, что развитие системы здравоохранения является безусловным приоритетом в работе Президента страны и руководства края. Она обозначила основные приоритеты дальнейшего развития отрасли и поблагодарила врачей за результативную работу в 2017 году.



Об основных результатах законодательной власти в области здравоохранения рассказал депутат Госдумы Валерий Елыкомов. Валерий Анатольевич отметил, что по некоторым позициям Алтайский край преуспевает гораздо больше, чем другие регионы: «У нас есть великолепный опыт по программе «Сельский фельдшер». Долгое время данная программа не принималась на федеральном уровне, хотя в регионе она успешно работала с 2014 года. Но с 2018 года программа «Сельский фельдшер» станет федеральной, об этом заявила Вероника Скворцова. И я убежден, что это заслуга Алтайского края. Именно наш регион заявил об этом на всю страну».

С основным докладом на расширенной коллегии выступила министр регионального здравоохранения. Ирина Викторовна отметила, что основными ориентирами, в соответствии с которыми развивалось в 2017 году региональное здравоохранение, стали указы Президента РФ Владимира Путина. Основным приоритетом по-прежнему остается демографическая политика. Благодаря реализации государственной программы развития здравоохранения Алтайского края и комплекса мер по повышению доступности и качества медицинской помощи удалось закрепить все положительные демографические тенденции, которые намечались за последние годы.

Министр отметила, что резервы улучшения демографических показателей лежат в первичном звене, поэтому в крае были продолжены реформы первичной медико-санитарной помощи. Работа по реализации пациенто-ориентированного проекта «Открытая регистратура» позволили региону поддержать федеральный проект «Бережливая поликлиника». На текущий момент в проект работает 14 бережливых поликлиник, которые обслуживают более 15% населения края: «На этих площадках уже сегодня удалось сократить очереди»



Модернизация - жителям края

«более чем в 2 раза на прием к терапевту, педиатру, в кабинеты забора крови, применив организационные технологии бережливого производства. Приобретенный опыт будет транслироваться на другие медицинские организации края, в проработку будут включаться новые «проблемные» процессы, протекающие в поликлинике и требующие либо кардинального изменения, либо улучшения. Реализация принципов бережливого производства позволит изменить облик здравоохранения края в ближайшие несколько лет».

Совершенствование работы медицинской организации невозможно без внедрения системы электронного документооборота. Министром здравоохранения РФ Вероникой Скворцовой 2024 год обозначен, как год полного перехода всех медицинских организаций на полный электронный документооборот. На сегодняшний день в крае автоматизировано 80% рабочих мест медицинских работников, 100% медицинских организаций подключено к скоростному Интернету.

В текущем году в региональной информационной системе появились новые электронные сервисы, такие как выдача направлений на диагностические исследования в электронном виде, выдача электронных листков нетрудоспособности, внедрена структурированная электронная медицинская карта, модуль МИС «Иммунопрофилактика», позволяющий в электронном виде планировать прививочные кампании в разрезе участков медицинской организации. Ирина Викторовна обратила внимание главных врачей на то, что необходимо активно осваивать эти сервисы, что позволит оперативно и объективно формировать управленческую статистику и принимать решения как на уровне медицинских организаций, так и на уровне министерства здравоохранения.

Отдельно министр отметила работу по развитию службы скорой медицинской помощи, направленную на ее техническое перевооружение и укрупнение: «Парк автомобилей скорой помощи в текущем году будет обновлен еще 14 автомобилями, которые будут направлены в ЦРБ». Хорошим подспорьем в решении вопроса экстренной эвакуации стал федеральный приоритетный проект по развитию санитарной авиации: в 2017 году на его реализацию выделено 51,5млн. рублей. С июля текущего года из районов края эвакуиро-



вано силами санитарной авиации 69 пациентов. В октябре этого года в край поступил новый вертолет, оснащенный медицинским модулем, позволяющим одновременно эвакуировать двух тяжелых пациентов. В 2018 году реализация проекта будет продолжена, на что будет направлено 97,4млн. рублей.

Говоря о кадровой политике в системе здравоохранения, Ирина Долгова отметила, что за время реализации программы «Земский доктор» было трудоустроено 1011 специалистов.

В заключение выступления, обращаясь к участникам коллегии, министр подчеркнула, что только личная заинтересованность руководителей медицинских организаций, высокий уровень мотивации на достижение результата позволят обеспечить дальнейшее поступательное развитие здравоохранения и рост качества оказания медицинской помощи.

С докладом об организации совместной работы, направленной на повышение качества оказания медицинской помощи в Алтайском крае выступил Президент Медицинской Палаты Алтайского края Яков Шойхет. В своем выступлении Яков Наумович коснулся важности реализуемой кластерной стратегии в развитии здравоохранения Алтайского края и поднял вопрос о формировании новой структуры высшей школы. Об особенностях исполнения территориальной программы обязательного медицинского страхования в 2018 году руководителям лечебных учреждений рассказала директор ТФОМС Алтайского края **Марина БОГАТЫРЕВА**. Опытном внедрения в медицинские организации бережливого производства поделились главный врач КГБУЗ «Городская поликлиника №7, г.Барнаул» **Дмитрий ДЕНИСОВ** и заместитель главного врача КГБУЗ «Детская городская поликлиника №9, г.Барнаул» **Ирина ПОТАПОВА**.

В рамках коллегии были вручены награды Министерства здравоохранения РФ и Администрации Алтайского края.

Ирина Долгова поблагодарила всех за конструктивную работу и профессионализм, и пожелала успешной реализации всех намеченных планов в ноябре, 2018 году. ☺

В подготовке материала использована информация с официального сайта Минздрава Алтайского края.



Лучшие врачи Алтайского края 2017 года

В Алтайском крае подвели итоги традиционного смотра-конкурса на звание «Лучший врач года - 2017».

Победителем конкурса стала **Татьяна Тимофеевна СТЕБЛЕЦОВА**, врач-педиатр участковый, КГБУЗ «Хабарская центральная районная больница».

Второе место заняла **Юлия Владимировна МИЛЛЕР**, главный внештатный специалист неонатолог Алтайского края, врач-неонатолог высшей квалификационной категории, заведующая отделением патологии новорожденных и недоношенных детей №1, КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница».



Ю.В. Миллер

На третьем месте - **Теймур Идаятович ВЕЛИЕВ**, главный внештатный колопроктолог Алтайского края, кандидат медицинских наук, врач-колопроктолог высшей квалификационной категории, КГБУЗ «Городская больница №4, г. Барнаул».

В номинациях по специальностям лучшими признаны:

◆ *врач-терапевт* - **Татьяна Николаевна ЗАТееВА**, нефрологическое отделение, КГБУЗ «Краевая клиническая больница»;



Т.И. Велиев

◆ *врач-невролог* - **Ирина Борисовна БОЛОВНЕВА**, психоневрологическое отделение для детей, КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница»;

◆ *врач-педиатр участковый* - **Нелья Нуримовна МИНЕНКО**, КГБУЗ «Кулундинская центральная районная больница»;

◆ *врач-педиатр* - **Игорь Владимирович**

ДРИГИН, КГБУЗ «Детская городская поликлиника №7, г. Барнаул»;

◆ *врач-онколог* - **Татьяна Анатольевна МАКСИМЕНКО**, отделение онкогинекологии, КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер»;

◆ *врач-анестезиолог-реаниматолог* - **Елена Львовна ТЕРЕНЮК**, отделение анестезиологии-реанимации, КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница»;

◆ *врач-психиатр* - **Зоя Борисовна МИХЕЛЬСОН**, амбулаторное отделение №2, КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница имени Ю.К. Эрдмана».

Краевой смотр-конкурс на звание «Лучший врач года» проводится с 2009 года. Он учрежден по инициативе Губернатора Алтайского края Александра Карлина. Конкурс позволяет выявить наиболее профессионально подготовленных, обладающих глубокими знаниями и высокой квалификацией специалистов из числа врачей сельских, районных, городских, краевых больниц и поликлиник и других медицинских организаций. Участие в конкурсе является своеобразной школой повышения мастерства, знаний и квалификации отдельных сотрудников и целых коллективов. Смотр-конкурс позволяет поднять на еще более высокую ступень авторитет профессии, так необходимой обществу, подчеркнуть ее значимость, убедить всех граждан, что здоровье человека - высочайшая ценность, и эту ценность сохраняют и дарят люди, труд которых заслуживает особого признания, высшей оценки и справедливого к себе отношения.

Редакционный Совет журнала «Здоровье алтайской семьи» сердечно поздравляет победителей! Многие из вас стали героями интервью на страницах нашего издания, авторами статей на самые актуальные и разнообразные темы. Ваши пациенты и коллеги ценят ваш профессионализм, знания, умение работать на результат и высокие человеческие качества. Всё это, мы уверены, и привело вас к заслуженной победе! ☺



Т.Т. Стеблецова

Бережливая поликлиника - экономящая время пациентов и персонала



Наталья Ивановна БЕЛОЦКАЯ,
заместитель министра
здравоохранения
Алтайского края

**В 2017 году
Министерство
здравоохранения
Алтайского края
активно внедряло
два пациенто-
ориентированных
проекта:
«Бережливая
поликлиника» и
«Открытая
регистратура».**

Региональный проект «Открытая регистратура» уже воплощен в жизнь на 17 площадках. Отрадно, что в проекте активно участвуют не только медицинские организации Барнаула, но и других городов: Бийска, Славгорода, Белокурихи, на финальном этапе работы - в Благовещенской и Павловской ЦРБ. В Благовещенской ЦРБ остается последний этап: расстановка мебели, размещение навигационных табличек - и после новогодних каникул поликлиника откроется в обновленном виде. До конца года в новом формате заработают взрослая поликлиника №7 Барнаула и детская больница в Бийске.

При планировании и проведении работ во всех поликлиниках стараемся соблюсти принципы доступной среды: строятся пандусы, устанавливаются кнопки вызова персонала, поликлиники оснащаются понятной навигацией.

В 2017 году Алтайскому краю в числе 23 субъектов Российской Федерации посчастливилось стать участником **пилотного проекта «Бережливая поликлиника»**, который реализует Министерство здравоохранения РФ при участии Госкорпорации «Росатом»: на ее предприятиях принципы бережливого производства ставят во главу угла, и теперь накопленный опыт успешно транслируется в медицинские организации.

Работа в данном направлении в стране стартовала в 2016 году. Первыми площадками стали медицинские учреждения Севастополя, Ярославля и Калининграда. В этих городах во взрослых и детских поликлиниках попытались перенастроить всю работу так, чтобы было удобно и пациентам, и медицинскому персоналу. Первые результаты проведенной работы мы видели в апреле в Ярославле. Если честно, не во всё верилось. На старте проекта «Бережливая поликлиника» мы поставили перед собой более скромные задачи, а результат - превзошел ожидания.

Первыми участниками пилотного проекта в крае стали *КГБУЗ «Городская поликлиника №9, г.Барнаул»* и *поликлиническое отделение №2 КГБУЗ «Детская городская больница №1, г.Барнаул»*. Первым шагом стало со-

здание рабочих групп в Министерстве здравоохранения края и в этих учреждениях. Команды единомышленников обучали специалистов медицинских организаций инструментам бережливого производства, позволяющим проводить анализ процессов, протекающих в поликлиниках, выявлять их слабые стороны и выработать решения, которые позволили бы провести перенастройку анализируемых процессов для максимального сокращения всех видов потерь. Начинать было сложно. Удалось реализовать планы в большей степени благодаря командной работе, а также оптимизму и нацеленности на результат прежде всего **Жанны Игоревны ВАХЛОВОЙ**, начальника отдела организации медицинской помощи взрослому и детскому населению.

В медицинских организациях в состав команды входили не только руководители структурных подразделений, но и неравнодушные сотрудники. Это было сделано не случайно: со стороны руководителя нередко кажутся логичными и правильными многие процессы в поликлинике, а со стороны сотрудника, непосредственного исполнителя, - всё иначе. Работа проходила оперативно, каждую неделю мы встречались на площадках, обсуждали выявленные проблемы, выработывали пути их решения, много спорили, выбирали наиболее приемлемый вариант решения, внедряли его.

На селекторах Минздрава РФ узнавали, как идет работа на других территориях, получали возможность использовать их опыт, но часто находили свои решения, учитывающие особенности каждого учреждения.

Очевидно, что прежде чем что-то менять, нужно было понять, где кроются основные проблемы. Для этого проводился хронометраж посещения поликлиники каждым пациентом: волонтеры стремились пройти от регистратуры до кабинета врача и далее - до выхода из поликлиники, фиксируя время каждого этапа. Также был осуществлен сбор проблем и предложений, поступивших от пациентов и сотрудников. Для проведения хронометража и кар-



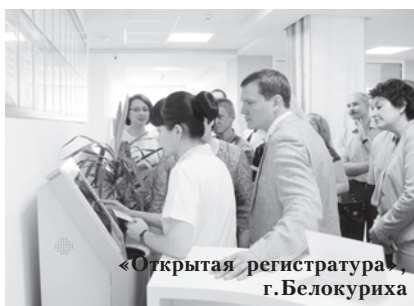
Модернизация - жителям края

тирования пребывания пациентов в поликлинике были приглашены студенты АГМУ и ББМК. Собранная информация обрабатывалась, получала визуальное воплощение в графиках и диаграммах, размещаемых в отдельном отведенном для этих целей кабинете. Каждый сотрудник поликлиники мог видеть: как было, к чему стремимся, какие промежуточные результаты уже достигнуты.

На данном этапе были выбраны три участка приложения проекта: **функционирование регистратуры, осуществление приема участковых врачей и работы кабинетов по забору крови.** Были определены исходные и целевые показатели, выработаны механизмы, позволяющие сократить временные потери, как в работе персонала поликлиник, так и посетителей.

Остановимся подробнее на каждом направлении работы. **Регистратура:** прежде всего, организовано разделение пациентопотока с помощью расширения предварительной записи в кабинете врача на повторный прием, консультации узких специалистов и диагностические исследования. Больше число посетителей поликлиники стали пользоваться возможностью записи на прием, минуя регистратуру: через Интернет и инфоматы, по телефону. Обеспечена ежедневная актуализация расписания работы врачей и диагностических служб. Для более качественной работы регистратуры сотрудников дополнительно обучили работе с информационной системой, перераспределили функциональные обязанности регистраторов, организовали работу администратора. Это позволило сократить время на обслуживание одного пациента. В составе регистратур организованы call-центры, картохранилище. Для создания комфортности пребывания пациентов в поликлиниках организованы зоны ожидания, в детских учреждениях оборудованы колясочные, игровые комнаты.

Начинать работу было непросто. Не всегда сотрудники поликлиник были готовы к изменениям. Чтобы врач или медицинская сестра стали иначе относиться к реализации проекта «Бережливая поликлиника», предстояло вовлечь их в процесс работы. Вместе пытались ответить на вопросы: по каким поводам пациенты обращаются в регистратуру? Почему пациент, чтобы сдать анализ крови, заходит в два кабинета: нельзя ли это сделать в одном месте?



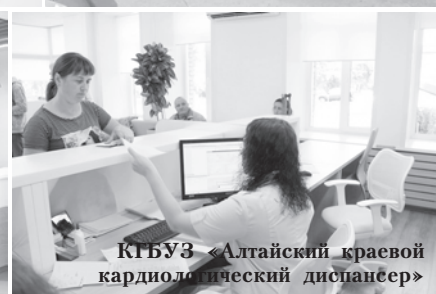
«Открытая регистратура», г. Белокуриха



КГБУЗ «Детская городская поликлиника №2, г. Бийск»



КГБУЗ «Алтайская краевая детская клиническая больница»



КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер»

Оценили работу медицинской сестры внутри процедурного кабинета: удобно ли ей, можно ли регистрацию в журналах перепоручить кому-то, чтобы медсестра занималась только непосредственно забором крови? Проанализировали очередь перед кабинетом врача: из кого она состоит? Оказалось, что кроме пациентов с талонами на прием, в очереди находятся желающие только спросить, получить направление на анализы, имеющие «нулевой» талон. Может быть, ситуация изменится, если на вопросы этой группы пациентов будет отвечать администратор или страховой представитель?

При реализации проекта важно соблюдение правила - **настройка всех процессов в медицинском учреждении не должна занимать больше трех месяцев.** Нарушение сроков вредит эффективности дела: можно не достичь того результата, который необходим.

Большой блок работы был направлен на совершенствование **организации приема участковых врачей - терапевтов и педиатров.** Когда посмотрели, кто рвется в кабинет к врачу и почему у двери очередь до 30 человек, оказалось, что одни пришли с талоном по времени, другие - с «нулевым» талоном, а кто-то просто намерен задать вопрос врачу. Есть в очереди и те, кому нужно получить направление на анализы или справку в бассейн. Если медсестре не удастся управлять этим потоком, легко возникают конфликтные ситуации.

В этом направлении был реализован ряд мероприятий: теперь прием участ-

Проект «Открытая регистратура» позволяет создать более комфортную и дружелюбную атмосферу с первых минут пребывания в учреждении. Измененный формат организации работы регистратуры и расширение возможностей предварительной записи позволяет пациентам планировать свои визиты в поликлинику в удобное для них время, решает проблему очередей в регистратуру.



Еще одним важным мероприятием стала организация рабочего места врача по системе 5С («сортируй, соблюдай порядок, содержи в чистоте, стандартизируй и совершенствуй»), что позволяет при общении с пациентом не тратить время на поиск нужных вещей, бланков, документов и при необходимости в кабинете специалиста может вести прием его коллега, легко ориентируясь в нем и в имеющейся документации.

ковых врачей осуществляется только по записи. Поток пациентов по «нулевым» талонам перенаправлен в зависимости от поводов в дополнительно организованные кабинеты дежурного врача, доврачебного приема либо в кабинеты неотложной помощи. В детской поликлинике организован блок здорового ребенка для приема детей, обратившихся с профилактической целью. Внедрены элементы электронной амбулаторной карты, перераспределены обязанности между врачом и медицинской сестрой, врачи получили возможность больше внимания уделять пациентам. Благодаря обучению медицинских сестер работе с информационными системами в поликлиниках внедряется выписка электронных рецептов и электронных листков временной нетрудоспособности, отрегулировано взаимодействие с аптеками в вопросах обеспечения пациентов льготными медикаментами.

По направлению «Организация работы кабинета забора крови» было сформировано электронное расписание на лабораторные исследования с интервалом три минуты, обеспечена выдача пациенту талона с указанием конкретного времени забора крови. Теперь забор крови на клинические и биохимические исследования проходит в одном кабинете, более эргономично организовано его внутреннее пространство для исключения лишних перемещений и более продуктивной работы медицинских сестер.

Полученные результаты по выбранным для улучшения процессам вне-

чатляют. На старте проекта мы ставили перед собой задачу сократить очередь и время ожидания услуги пациентом в два раза. В КГБУЗ «Городская поликлиника №9, г.Барнаул» время ожидания в очереди в регистратуру сократилось с 25-26 минут до 1-2 минут (в 20 раз!), очередь в регистратуру сократилось с 18 человек до 9 (в 2 раза), время обслуживания в регистратуре сократилось с 76 секунд до 47 (в 1,7 раза). Минздрав РФ сопровождал нас процессе реализации проекта, кроме того в поликлиниках установлены видеокamеры, позволяющие в режиме реального времени мониторить ситуацию. Единственное замечание, прозвучавшее в наш адрес: «Посетители поликлиник находятся в зоне регистратуры в верхней одежде». Но это относится больше к культуре посетителей и требуется время для изменения. Причем в поликлинике при модернизации зоны регистратуры гардероб из подвала перенесли на первый этаж, реализовав одно из предложений, поступивших от пациентов.

Мероприятия по перенастройке работы врача-участкового терапевта позволили сократить время ожидания у его кабинета с 35-36 минут до 9 (в 8 раз!), очередь уменьшилась с 9 до 3 человек (в 3 раза). Время ожидания забора крови сократилось с 58 до 25 минут (в 2 раза), очередь у этого кабинета с 25 человек уменьшилась до 9 (в 2,5 раза). При более детальном опросе очередников оказалось, что многие пациенты приходят заранее, не веря, что попадут на прием по времени, указанному в талонах. Более того, для ряда пенсионеров посещение поликлиники является дополнительной возможностью общения. Думаю, эти примеры скорректируются временем.

КГБУЗ «Детская городская больница №1 г.Барнаул» поликлиническое отделение №2 также порадовало результатами. Время ожидания в очереди в регистратуру уменьшилось с 13 минут до 7 (в 1,7 раза), очередь в регистратуру сократилась с 10 человек до 7 (в 1,4 раза). Время обслуживания в регистратуре одного пациента составляло 120 секунд, после проведенных мероприятий - 75 секунд. Ожидание приема участкового врача-педиатра сократилось с 48-49 минут до 18 (в 2,7 раза), но и это не предел. Очередь у кабинета педиатра сократилась с 8 до 4 человек (в 2 раза). Время ожидания забора крови сократилось с 62 до 15



КГБУЗ «Городская больница №2, г.Рубцовск»



КГБУЗ «Городская поликлиника №9, г.Барнаул»



Модернизация - жителям края

минут (в 8 раз), очередь у кабинета с 35 человек уменьшилась до 15 (в 2,3 раза). Повторюсь, данные результаты получены с учетом того, что многие пациенты приходили в поликлинику заранее, не в соответствии со временем, указанным в талоне.

Проанализировав положительные результаты первого опыта, **Министерство здравоохранения Алтайского края в сентябре 2017 года приступило к тиражированию технологии бережливого производства еще на 13 площадках медицинских организаций края.** Участниками проекта стали: КГБУЗ «Городская поликлиника №7, г. Барнаул», КГБУЗ «Городская поликлиника №1, г. Барнаул», КГБУЗ «Городская больница №4, г. Бийск», КГБУЗ «Городская детская поликлиника №9, г. Барнаул», КГБУЗ «ЦГБ, г. Белокуриха», КГБУЗ «Детская городская больница, г. Бийск», КГБУЗ «Славгородская ЦРБ», КГБУЗ «ЦГБ, г. Заринск», КГБУЗ «Городская больница №5, г. Барнаул», КГБУЗ «Городская больница №2, г. Рубцовск». В реализацию проекта включены три медицинские организации, не оказывающие первичную медико-санитарную помощь: КГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №3, г. Барнаул», КГБУЗ «Алтайская краевая офтальмологическая больница», поликлиническое отделение КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер».

Работа в каждом учреждении проводится по-настоящему востребованная и творческая. Так, интересное решение найдено в ходе реализации принципов бережливого производства в краевой офтальмологической больнице. Чтобы увеличить число принятых пациентов, здесь создали кабинет доврачебного приема, где пациенту проводятся необходимые обследования. И далее он идет на прием к специалисту уже с готовыми результатами. Такой порядок работы позволяет врачу внимательнее оценивать результаты исследований, подробнее обсудить следующий визит пациента, его лечение. Нестандартное решение по централизации лабораторной службы позволило высвободить площади для создания более комфортных условий в зоне регистратуры. Здесь же появился удобный гардероб, зона для ожидания, поскольку многие пациенты из районов приходят на прием с сопровождающими и часто заранее.



Во время ожидания приема пациенты с экранов мониторов могут ознакомиться с современными методами диагностики и лечения заболеваний глаза, с профилактическими мероприятиями, не позволяющими прогрессировать или развиваться данным заболеваниям. Планируется организация школы здоровья.

На ближайшие три года перед нами стоят довольно амбициозные задачи. Процесс бережливого производства должен охватить все поликлиники края, следующим этапом станет изменение работы стационаров. **Пилотный проект «Бережливая поликлиника» доказал свою эффективность и по сути со следующего года становится приоритетным федеральным проектом «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь».** Паспорт программы утвержден президиумом Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и приоритетным проектам (протокол от 26.07.2017г. №8). В рамках реализации этого приоритетного проекта в Алтайском крае запланировано поэтапное внедрение принципов бережливого производства во всех медицинских организациях, участвующих в предоставлении этого вида помощи.

Выражаю огромную благодарность коллегам за проделанную работу, мы вместе учились, и росли на проекте, решали, как порой казалось, невыполнимые задачи, приобретали единомышленников. Надеюсь, что в ближайшие несколько лет облик всех наших поликлиник изменится коренным образом. ☺

Командная работа специалистов регионального Минздрава, поликлиник, больниц, а также ТФОМС и страховых медкомпаний позволила повысить (согласно результатам еженедельного анкетирования пациентов в «Бережливых поликлиниках») удовлетворенность пациентов оказанием услуги с 74 до 96%. Это очень высокие результаты. Внедрение принципов бережливого производства в наших поликлиниках позволяет вовлекать в процесс улучшения всех сотрудников ЛПО, от них исходят важные инициативы, и эта работа сплачивает коллективы.



Совету женщин Алтая - 30 лет!

20 декабря 2017 года в большом зале Правительства Алтайского края состоялась торжественная встреча Губернатора Александра Карлина, посвященная 30-летию Советов женщин Алтая.

На торжественную встречу с Губернатором приехали около 150 авторитетных представительниц советов женщин из всех муниципалитетов края. Александр Карлин вручил активистам заслуженные награды: юбилейные медали Алтайского края, почетные грамоты и благодарности от имени главы региона. Ветеранов женского движения также отметили медалями и почетными грамотами Союза женщин России.

Открывая мероприятие, глава региона отметил, что на протяжении всей 30-летней истории советов женщин их **главными ценностями были и остаются мир и дети, семья и женщина-мать**. Алтайская краевая женская организация,

как региональное отделение Союза женщин России, всегда находилась в авангарде женского движения страны, что отмечала и председатель Союза женщин России **Екатерина Филипповна Лахова**.

С начала 90-х годов советы женщин Алтая активно занимаются поддержкой самых незащищенных слоев населения. В непростой период становления они проводили различные акции, в том числе и благотворительные: «Спасем семью - сохраним Россию», «Женщины против бедности», «Я могу». По инициативе краевого Совета женщин была принята комплексная программа «Семья. Женщины. Дети», направленная на помощь семьям с маленькими деть-



ми. В рамках акции «Алтай без сирот», которая реализуется уже пятый год, сформирован уникальный институт социального партнерства краевых, муниципальных властей и женской общественности.

Сегодня, когда вопросы укрепления семьи, охраны материнства и детства подняты Президентом страны Владимиром Путиным во главу государственной политики, **краевые советы женщин помогают в реализации в регионе многих государственных программ и проектов, направленных на улучшение демографии, поддержки молодых и многодетных семей.** «Наш Президент ставит перед нами сложные, масштабные задачи. Власть, институты гражданского общества, женское движение должны соответствовать этим высоким задачам и целям, находить инструменты, выстраивать каналы взаимодействия, которые позволили бы более эффективно реализовывать государственную политику», - отметил Губернатор.

Ключевыми документами, в которых нашли отражение решения Президента, являются Концепция государственной семейной политики в РФ на период до 2025 года, План по реализации первого ее этапа, Концепция ранней помощи детям в РФ до 2020 года.

В 2018 году в России стартует наиболее **приоритетная государственная программа «Десятилетие детства»**, которая затронет большой комплекс вопросов воспитания, образования, здоровья детей, реше-



ния семейных проблем. «Это говорит о долговременном характере той социальной политики, которую проводит Президент страны. Важно, что одновременно сформулирован целый пакет документов общегосударственного значения, состоящий из шести блоков, который даст старт Десятилетию и наполнит его реальными делами. Ряд блоков уже получают оформление в виде федеральных законов. Эти решения закрепляют и в федеральном бюджете. Мы не могли не откликнуться на эти президентские инициативы, и буквально в считанные дни на ближайшей сессии Алтайского краевого Заксобрания будет рассмотрен закон о материнском региональном капитале, в котором мы определим временные параметры, аналогичные обозначенным Президентом страны для федерального материнского капитала.

Мы готовим пакет документов, которые будут синхронизированы с нормативно-правовыми актами федерального уровня, по оказанию поддержки семьям, в которых появился первый ребенок, семьям, где есть необходимость оказания молодым родителям дополнительных мер помощи. Рассматриваем еще ряд дополнительных вопросов, которые отражают особенности демографической и социальной ситуации в нашем регионе и будут способствовать тому, чтобы поставленные руководством страны глобальные задачи были в полной мере реализованы в Алтайском крае», - заявил Александр Карлин.

Глава региона особо отметил значимость того, что эту большую работу в регионе не надо начинать с нуля. В последнее десятилетие в крае принят и успешно реализуется целый ряд значимых программных документов, направленных на формирование современного института семьи и детства, поддержку женщины-матери. Созданная в крае система родоопомощения соответствует лучшим мировым стандартам и практикам. В конце этого года дан старт еще одному социальному проекту - автопоезду «Женское здоровье».

Советы женщин Алтая не стоят в стороне и от решения многих



значимых для общества вопросов. Как отметил Губернатор, **именно активисты женского движения зачастую определяют верный вектор политики равных прав и равных возможностей.** В частности, благодаря активной позиции Союза женщин России и советов женщин в регионах была разработана и принята очень значимая для всего российского общества **Национальная стратегия в интересах женщин на период 2017-2022 годов.** Благодаря женской инициативе мы лидируем по стране в создании уникального института советов отцов, формирования ответственного отцовства.

Александр Карлин подчеркнул, что «благодаря проводимой политике «равных прав и равных возможностей» женщины Алтая являются собой достойный ресурс экономического, социального и культурного развития региона. Советы женщин на местах, особенно на селе, активно реализуют все-российские акции и краевые проекты, которые рождаются на Алтае вашим творчеством и инициативой. Многие из них: Эстафета родительского подвига, «Волна памяти», «Золотое сердце Рос-

сии», «Под отцовским крылом» «Я буду мамой» и другие - стали настолько визитными карточками женского движения Алтая. А 2017 год оказался насыщенным яркими новыми делами женского актива, такими патриотическими акциями, как «Символы малой Родины», «За чистый дом, чистую страну, чистую планету», «80 добрых дел советов женщин и советов отцов - 80-летию родного Алтая», краевой экологический марафон «Отцы за чистоту края и счастливое детство Алтая!».

Губернатор поблагодарил представительниц советов женщин за участие в огромной созидательной работе, которая ведется в крае.

Председатель краевого Совета женщин, краевого отделения Союза женщин России **Надежда Степановна РЕМНЕВА** сделала заявление о том, что с согласия Президента России Владимира Путина общественная организация Союза женщин России станет общественно-государственной организацией: «Этот статус повлечет значительные изменения в содержании нашей работы, добавит ответственности».

Фото Алексея Середина.



Забота о женщинах - на особом счету

Согласно данным, среднестатистическая российская женщина, почувствовав недомогание, откладывает визит к врачам гинекологу и маммологу на два года. Причины тому разные: отсутствие времени, страх, что может быть серьезное заболевание, или, напротив, надежда, что всё обойдется.

В Алтайском крае (как и в России в целом) на первом месте среди онкологических заболеваний у женщин - **рак молочной железы**. **Доброкачественные заболевания молочных желез** наблюдаются у 25-43% женщин, превышая при этом распространенность рака. Клинические наблюдения свидетельствуют о том, что у больных с мастопатией рак молочной железы встречается в 3-5 раз чаще, чем у здоровых женщин, а при явлениях пролиферации подобный риск возрастает в 30 раз.

При этом **все эти заболевания можно легко диагностировать на ранних стадиях развития и начать лечение**. Рак молочной железы считается поверхностным, обнаруживается легче, чем другие формы, на обычном осмотре врача-маммолога. Именно это позволяет говорить о важности своевременного выявления и лечения заболеваний молочных желез.

С увеличением продолжительности жизни неуклонно растет и количество возраст-ассоциированных заболеваний, а также желание людей как можно дольше оставаться здоровыми и активными. По данным официальной медицинской статистики, **в Алтайском крае удельный вес женщин старше 45 лет составляет около 45% от всего женского населения края**.

Долгое время **климактерий** считался естественным процессом, не требующим медицинского вмешательства. Но именно в этом периоде происхо-



дят неблагоприятные метаболические изменения в организме женщины, приводящие к росту таких социально значимых заболеваний, как гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет второго типа, постменопаузальный остеопороз, острые нарушения мозгового кровообращения.

Высокая распространенность климактерических расстройств у женщин переходного возраста, находящихся в расцвете профессиональной и творческой деятельности, развитие системных метаболических нарушений ухудшают качество жизни, приводят к снижению и утрате трудоспособности, повышению заболеваемости, инвалидизации и смертности женского населения, что ставит гормон-дефицитные состояния в число приоритетных проблем современной медицины.

Профилактикой, выявлением и лечением названных заболеваний вот уже почти 25 лет занимаются специалисты Диагностического центра Алтайского края. За это время здесь накоплен большой опыт ведения женщин с гиперпластическими процессами репродуктивных органов и молочных желез, а также патологиями пре- и постменопаузального периода.

Эти знания легли в основу маммологического и климактерического центров, созданных в рамках Стратегии развития Диагностического центра Алтайского края на 2017-2019 годы. Они позволяют женщинам, нуждающимся в специализированной помощи, получать ее в полной мере и в одном месте. Пролиферативные процессы в гениталиях и молочных железах имеют системный характер и требуют ведения врачами различных специальностей. В объем проводимого исследования входят исследование гормонального профиля пациентки, анализ особенностей становления и характера менструальной и генеративной функции.

В составе новых структур - практически все подразделения Диагностического центра края, включая специалистов смежных специальностей



Поздравляем!

(эндокринологи, гинекологи, кардиологи, онкологи и другие), также увеличится число врачей-маммологов.

В рамках Стратегии развития Диагностического центра Алтайского края, утвержденной Губернатором Алтайского края Александром Карлиным, пополнится техническая база Центра. Уже приобретен **рентгеновский маммограф с системами цифровой радиографии и архивирования и шестью врачебными рабочими станциями**. Он позволяет уменьшить дозу облучения при проведении маммографии, получить цифровые маммограммы и сохранить их в цифровом архиве, а также улучшить качество получаемых изображений. Установка уменьшит очередность на этот вид исследования и в Диагностическом центре Алтайского края, и в других организациях, поскольку будет работать по направлениям из всех учреждений края.

Прием в климатерическом и маммологическом центрах ведется бесплатно по направлению из районных, городских и краевых поликлиник и других лечебных учреждений.

Записаться на прием можно, позвонив по телефону **8(3852) 250-400**, либо **через личный кабинет на официальном сайте Диагностического центра Алтайского края** (www.dcak.ru).

Мы находимся по адресу: г.Барнаул, пр.Комсомольский, 75а.

Надежда ШМАТ, начальник отдела научно-технической информации КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края», при участии Татьяны ГОНОПОЛЬСКОЙ, заведующей консультативным отделом, кандидата медицинских наук, врача-гинеколога высшей квалификационной категории, Аллы ПАВЛОВОЙ, врача-гинеколога-климатеролога высшей квалификационной категории, кандидата медицинских наук, члена Российской ассоциации «Менопауза»

На правах рекламы

№12 (180) / декабрь 2017

В 2017 году КГБУЗ «Детская городская поликлиника, г.Рубцовск» удостоена третье место в ежегодном краевом конкурсе «Лучший социально-ответственный работодатель года» в номинации «За сокращение производственного травматизма и профессиональной заболеваемости в организациях непроизводственной сферы».

В начале декабря в большом зале Правительства Алтайского края Губернатор региона Александр КАРЛИН торжественно вручил диплом победителя главному врачу **Нине Григорьевне АРСЕНЬЕВОЙ**.

Детская городская поликлиника Рубцовска является основным учреждением в организации амбулаторно-поликлинической помощи детскому и подростковому населению юго-западной части Рубцовска от рождения до 17 лет 11 месяцев 29 дней, а это - 11848 человек. На поликлинику возложено и медицинское обслуживание образовательных учреждений: 15 детских до-школьных учреждений, 12 школ, школа-интернат, медицинский колледж. Всего в медицинском учреждении трудятся 16 врачей и 79 средних медицинских работников.

В 2016 году детская поликлиника Рубцовска не только получила статус «Социально ответственный работодатель Алтайского края-2016», но и стала участником Всероссийского конкурса на лучшую организацию работ в об-



ласти условий и охраны труда «Успех и безопасность - 2015», заняв во всероссийском рейтинге второе место на уровне муниципального образования и на уровне субъекта Российской Федерации.

Указом Президента РФ от 17 августа 2017 года звание «Заслуженного работника здравоохранения Российской Федерации» присвоено главному врачу КГБУЗ «Детская городская поликлиника, г.Рубцовск» Нине Григорьевне Арсеньевой!

Редакционный Совет журнала «Здоровье алтайской семьи» поздравляет Нину Григорьевну с высокими личными и профессиональными успехами. ☺





Заболевания молочных желез - проблема XXI века



Мария Алексеевна СЫЧЕВА,
студентка 6 курса
лечебного факультета;

По данным мировой статистики, доброкачественные заболевания молочных желез (ДЗМЖ) являются самыми распространенными заболеваниями в женской популяции.

Актуальность данной проблемы состоит в том, что мастопатии подвержены женщины репродуктивного возраста от 18 до 45 лет, пик заболеваемости приходится на возраст 30-45 лет. И с каждым годом заболевание только «молодеет».

Также известно, что **в ряде случаев ДЗМЖ является фоном для развития рака молочной железы.** На фоне диффузных гиперпластических процессов рак развивается в 2-3 раза чаще, а при локализованных формах мастопатии - уже в 25-30 раз чаще, чем в интактных (неповрежденных) молочных железах. За последние 30 лет наблюдается четырехкратный рост заболеваемости и смертности от рака молочной железы.

Долгое время считали, что мастопатия - это не заболевание, поскольку очаги фиброза и кисты в молочной железе очень распространены, а потому не требуют лечения. Однако сегодня эти изменения нельзя считать вариантом нормы. **Нераковые заболевания молочной железы следует рассматривать как маркер гормонального и тканевого неблагополучия органа, а также как фактор онкологической настороженности.** Мастопатия под влиянием множества различных этиологических факторов (ультрафиолетовое излучение, стрессы, нарушение гормонального статуса, курение и т.д.) может в любой момент стать мишенью для формирования злокачественного новообразования. В связи с этим **своевременная диагностика и рациональная терапия ДЗМЖ рассматриваются как путь профилактики рака молочной железы.**

Мы провели самостоятельное исследование. В него были включены 20 женщин активного репродуктивного

возраста (20-40 лет), средний их возраст составил **32,8 лет.** Все они обратились к гинекологу с жалобами на боль в молочных железах (масталгию), а при обследовании у всех были обнаружены ультразвуковые маркеры ДЗМЖ, при этом каждая третья (**30%**) имела галакторею (выделения из одной или обеих молочных желез).

При сборе анамнеза мы установили следующие факторы риска развития заболеваний молочных желез: отягощенная наследственность (**20%**, раки до 60 лет), табакокурение в течение 7 лет (**10%**), первая беременность была прервана в **50%** случаев. Период лактации у родивших в среднем составил 8,5 месяцев, что считается недостаточным для профилактики рака молочных желез.

При оценке соматического статуса пациенток с доброкачественными заболеваниями молочных желез установлены нарушения в эндокринной системе у каждой пятой пациентки (**20%**): в виде патологии щитовидной железы (**15%**) и избыточной массы тела (**5%**). Хорошо известно, что молочные железы - это гормонозависимый орган, и любое нарушение в эндокринном статусе женщины является «ударом» по молочной железе.

Все пациентки при первичном осмотре оценили свой уровень боли в молочных железах при помощи шкалы оценки интенсивности боли (**ВАИШ - визуальная аналоговая шкала**). При оценке гормонального профиля установлено, что все показатели основных гормонов, ответственных за репродукцию человека (ФСГ, ТТГ, пролактин, эстрадиол), были в пределах нормативных значений. Умеренная гиперпролактинемия (ГПРЛ) имела место в **15%** случаев. По данным УЗИ, в **75%**



Светлана Дмитриевна ЯВОРСКАЯ,
доктор медицинских наук,
профессор кафедры
акушерства
и гинекологии
с курсом ДПО,

- Алтайский
государственный
медицинский университет



Школа ответственного родительства

случаев патологические изменения локализовались в верхних наружных квадрантах молочных желез - в зонах риска по развитию рака молочных желез. У 9 пациенток (45%) были обнаружены множественные мелкие кисты молочных желез в размере от 1мм до 5мм, медианой 3мм. Согласно классификации Н.И. Рожковой, наиболее часто встречалась мастопатия с преобладанием железистого компонента, что тоже всегда настораживает пациенток в плане развития пролиферативных и опухолевых процессов.

Всем пациенткам был назначен лекарственный фитопрепарат «Мастодинон» в лечении ДЗМЖ. Он предназначен для симптоматического лечения в составе комплексной терапии предменструального синдрома, мастопатии, а также бесплодия и нарушений менструального цикла, обусловленных недостаточностью желтого тела. Основное действующее начало препарата - Agnuscastus (прутняк, Витекс священный), обладающий дофаминергической активностью, что способствует нормальному уровню стрессорного гормона - пролактина. Остальные пять лекарственных трав, входящих в состав препарата, по своему действию на вегетативную систему женщины сходны с действием прогестерона.

Через месяц терапии была проведена переоценка такого симптома, как боль. У 17 (85%) пациенток боль уменьшилась, из них у 10 (50%) - значительно. Дополнительно были отмечены нормализация менструального цикла, снижение болей внизу живота накануне менструации - в 20% случаев, повышение работоспособности - в 10% случаев.

Через три месяца терапии все пациентки отметили улучшение общего состояния, практически у половины из них исчезла масталгия, у оставшихся - она значительно уменьшилась. Уровни центральных и периферических гормонов, в том числе и пролактина, у всех пациенток были в пределах лабораторных норм. Галакторея исчезла у 5 из 6 пациенток, ее имеющих в начале лечения.

По данным УЗИ, улучшение структуры молочных желез отмечено в 80% случаев, чаще у пациенток с доброкачественной дисплазией молочной же-



лезы (ДДМЖ) с преобладанием железистого компонента. У пациенток, первоначально имеющих кисты в молочных железах, улучшение отмечено в 45% случаев.

Таким образом, **мастопатия - частый спутник женщин репродуктивного возраста.** Своевременное выявление доброкачественных заболеваний молочных желез: проведение УЗИ 1 раз в год - до 35 лет, маммография - с 36 до 50 лет 1 раз в 2 года, далее - ежегодно, и консультация грамотного специалиста - врача-акушера-гинеколога, ориентированного по проблеме диагностики и лечения доброкачественных заболеваний молочных желез, - можно охарактеризовать как возможность предотвращения нежелательных последствий в виде рака молочных желез.

Американским институтом исследований рака было показано, что **около 40% случаев рака молочной железы у жительниц США можно было бы предотвратить, если бы они просто изменили свой образ жизни.** Всё гениальное просто! Не нагнетайте обстановку вокруг себя, оставьте позади все страхи и переживания, старайтесь избегать неприятных людей и эмоций, употребляйте больше овощей, фруктов и рыбы, много гуляйте, общайтесь с природой, занимайтесь фитнесом, рожайте и кормите детей. Эти простые советы помогут вам быть красивыми и уверенными в себе, избежать многих проблем со здоровьем, в том числе и заболеваний молочных желез. ☺

Своевременное выявление доброкачественных заболеваний молочных желез можно охарактеризовать как возможность предотвращения нежелательных последствий в виде рака молочных желез.



И глаза подвержены онкологии



Ольга Вениаминовна СМЕРНОВА,
главный внештатный офтальмоонколог Алтайского края, кандидат медицинских наук, заведующая офтальмологическим отделением, КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Онкологические заболевания органов зрения встречаются достаточно редко. Считается, что их доля составляет от 2 до 4 процентов в общей структуре выявленных случаев онкологии. Чаще новообразования возникают на веках и слизистой оболочке глаза, реже - на внутренних элементах глаза и глазной орбите.

Новообразования могут быть как доброкачественными, так и злокачественными. К первой группе относятся кисты, папилломы, косметические дефекты, пигментные кератодермы, бородавки, невусы (родинки). Всё это входит в область работы врача-офтальмолога.

Видов злокачественных опухолей зрительного аппарата - немного. Чаще других встречается **базалиома** (злокачественная опухоль из базального слоя эпителия кожи). Обычно она поражает нижнее веко, чаще - зону внутреннего угла, что делает болезнь не очень удобной для хирургии, но очень показательной для диагностики. Как правило, больной замечает шишечку, имеющую кратер - углубление или изъязвление в центре и плотные края. Это всегда должно настораживать врача.

Важно правильное отношение пациентов к появившемуся новообразованию. Не нужно занимать «позицию страуса», уверяя себя, что «оно само пройдет». Необходимо, несмотря на страх, пройти обследование: ведь драгоценное время уходит, в дальнейшем потребуются более сложное лечение, так как опухоль растет и разрушает соседние ткани. Нельзя начинать лечение сомнительными мазями, народными средствами, особенно самоназначаемыми. **Не менее важны в лечении квалификация и опыт врачей.** Иногда они не имеют онкологической настороженности: ставят неправильные диагнозы и их же лечат. Такие случаи типичны, когда в больнице или нет офтальмолога, или он ранее с подобными случаями не сталкивался. Поэтому я призываю врачей любого уровня: насторожило что-то в симптоматике - остановитесь, подумайте, обратитесь к специальной литературе, более сведущему специалисту. Бывает и так, что больного сразу направляют к онкологу, и уже после проведенной лучевой терапии человек попадает в наше глазное отделение, хотя диагноз клинически ставится, в принципе, легко - картина заболевания очевидна. Это не лучший вариант лечения, ведь не-

большие опухоли убирают хирурги-офтальмологи.

Опухоли орбиты встречаются нечасто, но описано достаточно много заболеваний с этой локализацией. Это - опухоли, воспалительные процессы, кисты, в том числе паразитарные, сосудистые изменения, врожденная патология и т.д. В основном опухоли орбиты возникают и манифестируют уже во второй половине жизни человека - в 45-50 лет. Один из первых симптомов - **экзофтальм**: смещение глазного яблока вперед (выпученный глаз). Заболевание в орбите может являться вторичным проявлением лор-заболеваний. Часто злокачественные опухоли распространяются из пазух носа, и тогда требуются сложная хирургия и комбинированное лечение, включающее химио- и лучевую терапию. Конечно, это наиболее тяжелая категория больных. И хотя опухоли или гнойные процессы в пазухах не видны невооруженным глазом, орбита глаза хорошо показывает их наличие, что является сигналом для врачебных действий.

Двухстороннее выпячивание глаз чаще всего - проявление эндокринной офтальмопатии, типичный симптом тиреотоксикоза (увеличения функции щитовидной железы), который достаточно распространен в Алтайском крае в силу дефицита йода, качества питьевой воды и т.д.

Известны несколько разновидностей **доброкачественных опухолей, которые локально располагаются в орбите глаза.** К ним относятся: аденомы, гемангиомы, псевдотуморы, которые лечатся только хирургическим способом.

Самая опасная опухоль, которая может возникнуть, в том числе и на веках, - **меланома**. Она встречается нечасто, но больные ею очень быстро погибают, к сожалению.

Сегодня специализация нашего отделения на онкологических заболеваниях органов зрения: использование современного диагностического оборудования, освоение высококвалифи-



Зрение - окно в мир

цированным коллективом большинства хирургических методов лечения патологии глаза и его придатков - всё это позволило сократить количество больных, направляемых на дальнейшее лечение в Москву. Сейчас это относится только к пациентам с внутриглазными меланомами в тех случаях, когда есть возможность сохранить глаз. В Московском НИИ глазных болезней имени Гельмгольца и в МНТК «Микрохирургия глаза имени академика С.Н. Федорова» Минздрава РФ пациентам с меланомой проводится специальное лечение: брахитерапия и трансклапупиллярная термотерапия, которые показаны при малых размерах опухоли. Аппликаторы с радиоактивным веществом подшиваются непосредственно к месту локализации опухоли на несколько дней, за это время радиоактивное вещество убивает опухоль, и после аппликатор извлекается. Если же меланома диагностирована на более поздних сроках, ампутация глаза, к сожалению, неизбежна.

Современные лечебные технологии позволяют оказать своевременную и качественную помощь пациентам. Особое значение имеют **своевременное проведение диагностических манипуляций и правильное отношение пациентов к поставленному диагнозу**. На диагностическом этапе обнаружить опухоль невооруженным глазом иногда невозможно: например, при зрелой катаракте зрачок полностью закрыт, в подобных случаях используются дополнительные методы. Прежде всего, это - ультразвуковое исследование, которое выявляет опухоль на самых ранних стадиях. Поэтому на **УЗИ** должны быть направлены все пациенты с подозрением на онкологическое заболевание органов зрения. Широко используется и другое доступное исследование - осмотр глазного дна с широким зрачком (**офтальмоскопия под мидриазом**).

Меланома многолика и очень хорошо камуфлируется. Она **может сопровождаться отслойкой сетчатки**. Ее возможное проявление - кровоизлияние в глаз, которое также может рассцениваться как самостоятельное заболевание. Поставить верный диагноз в этих случаях поможет ультразвуковое исследование.



В общей статистике онкологических заболеваний внутриглазные меланомы составляют сотые доли процента, но за этими цифрами стоят живые люди. Инвалидизация в трудоспособном возрасте, серьезная психологическая травма и всегда очень неутешительный прогноз на будущее - вот следствия этого заболевания. Многие в лечении и дальнейшем прогнозе зависят от того, на какой стадии обнаружена опухоль. Если меланома расположена внутри глаза, она отличается по структуре от кожной меланомы, которая сразу питается сосудами и очень быстро начинает метастазирование. Внутриглазная меланома, пока сохраняется эта локализация, не может выйти за пределы глаза, что улучшает прогноз на данном этапе, гарантирует результативность хирургического лечения.

Академик РАН, профессор А.Ф. Бровкина, основатель отечественной офтальмоонкологической службы, специалист с мировым именем, мой учитель, утверждает, что меланома всегда заканчивается метастазами, но не все больные доживают до них, так как человек может погибнуть совершенно от других заболеваний. Поэтому меланома требует пожизненного врачебного наблюдения. Своим пациентам с таким диагнозом я говорю: «Теперь мы будем встречаться до конца жизни - вашей или моей». Такие встречи сначала часты, потом - раз в год. Я не имею возможности отслеживать смертность этих больных, но по данным Алтайского краевого онкологического диспансера, 10% из

Современные лечебные технологии позволяют оказать своевременную и качественную помощь пациентам. Особое значение имеют своевременное проведение диагностических манипуляций и правильное отношение пациентов к поставленному диагнозу.



◀ них погибают через пять лет после начала заболевания. В то же время ко мне на приемы приходят пациенты, которых я знаю уже 15 лет и более. Конечно, болезнь вносит в их жизнь свои коррективы, но главное - они живут.

После курса лечения меланомы защищайте свои глаза от солнечного света. Меланома не любит солнечную инсоляцию, а в Алтайском крае солнца много. **В саду или огороде работайте только в утренние и вечерние часы.** Есть теория, согласно которой все кожные опухоли возникают под действием солнца. Поэтому у наших земляков диагностируются в больших количествах катаракты и макулодистрофии. Затемненные очки помогают защитить хрусталик, макулярную зону, кожу, сетчатку глаза. Еще лучше использовать **поляроидные очки**. Также в летний период приветствуется ношение шляп. Причем, эти рекомендации адресуются и здоровым людям.

В заключение разговора остановимся на том, **когда человек должен обязательно обратиться к офтальмологу.** Его должен насторожить **любой зрительный дискомфорт.** Это может быть: ухудшение зрения или изменения в его полях, ощущение вспышки или искажения зрительной информации. От этого отмахиваться не надо. Я призываю не открепчиваться от настораживающих возникших симптомов, а своевременно решать вместе со специалистом эту проблему. Если что-то не понравилось в приеме одного врача-офтальмолога, обратитесь к другому, ведь речь идет о вашем здоровье. К тому же возможности для диагностики в краевых лечебных учреждениях достаточные.

Не стоит пренебрегать прохождением диспансеризации в поликлиниках и профилактическими медосмотрами, которые организуются на многих предприятиях, в центрах здоровья.

Я занимаюсь офтальмоонкологией с 2001 года. В сферу моей деятельности входят все мероприятия по диагностике, диспансеризации, хирургическому лечению больных с новообразованиями глаза и его придатков, осуществление взаимодействия с другими лечебными учреждениями (Алтай-



Коллектив глазного отделения, КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

ским краевым онкологическим диспансером, Московским НИИ глазных болезней имени Гельмгольца).

Пациенты на прием в краевую консультативную поликлинику приходят по направлению своего лечащего врача. Мы разрабатываем дальнейший маршрут ведения пациента с новообразованиями зрительного аппарата, начиная с диагностики, хирургического лечения в глазном отделении краевой клинической больницы и заканчивая диспансерным наблюдением.

В нашем отделении освоено большинство хирургических методов лечения патологии глаз и его придатков: фактоэмульсификация катаракты, имплантация интраокулярных линз (ИОЛ), антиглаукомные операции, экстрасклеральные операции при отслойке сетчатки, лазерные операции при различной патологии глазного дна, органосохранные операции при внутриглазных меланоммах (радужки и цилиарного тела), различные виды пластики век после удаления опухолей и разнообразных травм.

В год выполняется свыше двух тысяч операций. Все врачи отделения владеют современными методами лечения заболеваний хрусталика и сетчатки (фактоэмульсификация катаракты с имплантацией различных моделей ИОЛ, экстрасклеральные операции при отслойке сетчатки и другие). Был внедрен и освоен самый современный метод лечения целого ряда заболеваний, связанных с патологией сетчатки и стекловидного тела, - витректомия. ☺

Человека должен насторожить любой зрительный дискомфорт. Это может быть: ухудшение зрения или изменения в его полях, ощущение вспышки или искажения зрительной информации. От этого отмахиваться не надо.



Столбняк

Столбняк относится к числу наиболее тяжелых инфекционных болезней, который и сегодня продолжает уносить жизни многих десятков тысяч людей в мире. В группе инфекционных заболеваний по летальности она уступает только бешенству и в самых лучших специализированных учреждениях смертность достигает 40-50 процентов.

В отличие от других инфекций, при которых важна роль коллективного иммунитета, при столбняке решающим фактором является защищенность каждого человека. В связи с этим дальнейшее снижение заболеваемости будет зависеть от полноты охвата активной иммунизацией населения, своевременности ревакцинации и адекватности экстренной иммунопрофилактики при травмах.

Столбняк (лат. Tetanus) - зооантропонозное, бактериальное, острое, инфекционное заболевание с контактным механизмом передачи возбудителя, которое характеризуется поражением нервной системы и проявляется тоническим напряжением скелетной мускулатуры и генерализованными судорогами. Возбудителем является облигатно анаэробная, грамположительная, спорообразующая, подвижная палочка *Clostridium tetani* семейства Bacillaceae.



**Татьяна Викторовна
МЕЛЬНИКОВА,**

старшая медицинская
сестра травмпункта,
высшая квалификационная
категория,
КГБУЗ «Городская
поликлиника №1,
г.Барнаул»,
член ПАСМР с 2002 года



C. tetani образуют сильнодействующий экзотоксин (тетаноспазмин), цитотоксин (тетанолизин) и так называемую низкомолекулярную фракцию. **Тетаноспазмин** - один из самых сильных биологических ядов. Токсин фиксируется на поверхности отростков нервных клеток, проникает в них и путём ретроградного аксонного транспорта попадает в ЦНС. Первоначально токсин действует на периферические нервы, вызывая местные тетанические сокращения мышц. **Тетанолизин** проявляет гемолитическое, кардиотоксическое и летальное действия, вызывает развитие местных некротических поражений. **Низкомолекулярная фракция** усиливает секрецию медиаторов в нервно-мышечных синапсах.

Резервуаром и источником инфекции выступают травоядные животные, грызуны, птицы и человек, в кишечнике которых обитает возбудитель, выделяемый во внешнюю среду с фекалиями. Столбнячная палочка также широко распространена в почве и других объектах внешней среды, где она может размножаться и долго сохраняться.

Передается контактным путем: возбудитель проникает через поврежденные кожные покровы и слизистые оболочки (раны, ожоги, отморожения). Местом входных ворот возбудителя могут быть различные по характеру и локализации открытые раны (проколы, занозы, порезы, потёртости, размозжения, открытые переломы, ожоги, отмороже-

Сезонность заболевания - весенне-летняя. Среди заболевших преобладают жители сельской местности, дети и лица пожилого возраста - именно в этих группах регистрируют большинство летальных исходов.

ния, укусы, некрозы, воспалительные процессы) - в этих случаях развивается **посттравматический столбняк**.

Возбудитель от больного здоровому человеку не передается.

Клиническая картина

Инкубационный период варьируется от нескольких дней до 1 месяца, в среднем не превышая **1-2 недели**. Заболевание **начинается остро**, иногда отмечают продромальные явления в виде напряжения и подёргивания мышц в месте ранения, недомогания, головной боли, потливости, раздражительности.

В начальный период столбняка в части случаев может проявиться его наиболее **ранний признак - тупые тянущие боли в области входных ворот инфекции**, даже в уже полностью заживших ранах. **Основные специфические симптомы**, которые возникают в этот период и появляются почти одновременно:

- ◆ **тризм** - напряжение и судорожное сокращение жевательных мышц, что приводит к затруднённому открытию рта,

- ◆ **тонические судороги мимической мускулатуры** выражаются в «сардонической улыбке» (risus sardonicus), придающей лицу больного своеобразное выражение: морщинистый лоб, суженные глазные щели, растянутые губы, опущенные уголки рта,

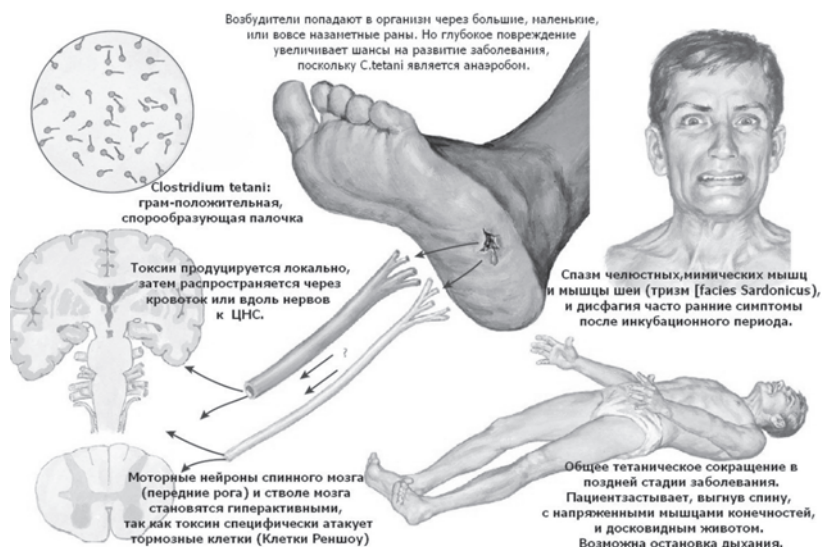
- ◆ **дисфагия** (затруднённое болезненное глотание) обусловлена судорожным спазмом мышц глотки. **Сочетание тризма, «сардонической улыбки» и дисфагии характерно только для столбняка**,

◆ **ригидность затылочных мышц**, обусловленная тоническими судорогами скелетной мускулатуры, при столбняке не является менингеальным симптомом и не сочетается с другими менингеальными знаками (симптомы Кернига, Брудзинского и др.).

В разгар заболевания болезненные тонические судороги распространяются на мышцы туловища и конечностей, не захватывая кисти и стопы. Тоническое напряжение мышц - постоянное, расслабление мышц, как правило, не происходит даже во сне. Чётко обрисовываются, особенно у мужчин, контуры крупной скелетной мускулатуры. С 3-4-го дня болезни мышцы брюшной стенки становятся твердыми, как доска, ноги чаще вытянуты, движения в них ограничены. Одновременно в процесс вовлекаются межрёберные мышцы и диафрагма, дыхание становится поверхностным и учащенным. Тоническое напряжение мышц промежности приводит к затруднению дефекации и мочеиспускания. В результате выраженного напряжения и болезненности мышц спины при тяжелом столбняке развивается **опистотонус**: при положении больного на спине голова его запрокинута назад, поясничная часть тела приподнята над кроватью таким образом, что между спиной и постелью можно просунуть руку.

На фоне постоянного тонического напряжения скелетной мускулатуры периодически с различной частотой возникают **тетанические судороги**. Их продолжительность сначала колеблется от нескольких секунд до минуты. Чаще всего их провоцируют слуховые, зрительные и тактильные раздражители. В легких случаях заболевания наблюдают 1-2 приступа судорог в день, при тяжелом течении столбняка - они могут повторяться до десятков раз в течение часа, становятся более длительными и распространенными. Приступы судорог возникают внезапно. При этом лицо больного принимает страдальческое выражение и становится цианотичным, более чётко обрисовываются контуры мышц, усиливается опистотонус. Больные стонут и кричат из-за болей, стараются ухватиться руками за спинку кровати, чтобы облегчить дыхание. Повышается температура тела, кожа (особенно лица) покрывается круп-

Общее тетаническое сокращение в поздней стадии заболевания. Пациент застывает, выгнув спину, с напряженными мышцами конечностей, и досковидным животом. Возможна остановка дыхания.



Советы медицинской сестры

ными каплями пота, отмечают гиперсаливацию (обильное слюнотечение), тахикардию, одышку, тоны сердца громкие, артериальное давление склонно к повышению. Судорожный синдром развивается и усиливается при сохранении ясного сознания больного, спутанное сознание и бред появляются лишь незадолго до смерти. **Прогноз заболевания всегда серьёзный.**

Лечение столбняка проводят в отделении интенсивной терапии и реанимации больницы.

Эпидемиологический надзор

Для выявления закономерностей распространения столбняка, рационального планирования профилактических мероприятий необходим углубленный эпидемиологический анализ заболеваемости и применявшихся мер профилактики. Для оценки качества медицинской помощи при травмах необходимо проводить анализ ее сроков, объема и характера. При анализе эффективности экстренной профилактики следует обращать внимание на ее объем, сроки проведения (время, прошедшее после травмы и обращения за медицинской помощью). В связи со случаями заболеваний у ранее привитых особую актуальность приобретает анализ иммунного статуса заболевших. Детальному анализу подлежат иммунизация населения против столбняка, выполнение плана прививок по отдельным возрастным, социально-профессиональным группам.

Профилактика

Неспецифическая профилактика столбняка направлена на предупреждение травматизма в быту и на производстве, раннюю и тщательную хирургическую обработку ран.

Специфическую профилактику столбняка проводят в плановом и экстренном порядке. В соответствии с календарем прививок вакцинируют детей с 3 месяцев жизни трехкратно по 0,5мл вакциной АКДС с первой ревакцинацией через 12-18 месяцев и последующими ревакцинациями через каждые 10 лет ассоциированными препаратами (АДС или АДС-М) или монопрепаратами (АС). После законченного курса иммунизации организм человека в течение длительного срока (около 10 лет) сохраняет способность к быстрой (в течение 2-3



дней) выработке антитоксинов в ответ на повторное введение препаратов, содержащих АС-анатоксин.

Экстренную профилактику столбняка осуществляют по схеме при любых травмах и ранах с нарушением целостности кожи и слизистых оболочек, ожогах и отморожениях II-IV степеней, укусах животных, проникающих повреждениях кишечника, внебольничных абортах, родах вне медицинских учреждений, гангрене или некрозе тканей любого типа, длительно текущих абсцессах, карбункулах. Экстренная профилактика столбняка включает первичную обработку раны и одновременную специфическую иммунопрофилактику. В зависимости от предшествующей привитости пациентов различают пассивную иммунизацию, активно-пассивную профилактику, состоящую из одновременного введения противостолбнячной сыворотки и анатоксина, и экстренную ревакцинацию АС для стимуляции иммунитета у ранее привитых лиц. Экстренную иммунопрофилактику столбняка следует проводить как можно раньше и вплоть до 20-го дня с момента получения травмы, учитывая длительность инкубационного периода при заболевании столбняком.

Столбняк - это болезнь, которую намного легче предупредить, чем лечить. Своевременная вакцинация сводит риск заболевания практически к нулю. Посетите медицинское учреждение, потратите 5 минут на вакцинацию. Так вы обезопасите свою жизнь! ☺

Иммунологический контроль - составная часть эпидемиологического надзора за столбняком. Он позволяет оценить защищенность различных контингентов, достоверно судить о привитости и качестве проведенной иммунизации, о длительности сохранения иммунитета, выявить наиболее пораженные группы населения и охарактеризовать территории с различной степенью риска возникновения инфекции.



Особенности питания онкологических пациентов



**Зульфия
Агмалетдиновна
ГАРИПОВА,**

высшая квалификационная категория, старшая медицинская сестра, гематологическое отделение, КГБУЗ «Краевая клиническая больница», член ПАСМР с 2001 года

Сегодня мы рассмотрим, какие продукты и блюда рекомендованы и какие необходимо исключить из своего рациона онкологическим больным.

Окончание. Начало в №11 (179)

Хлеб и мучные изделия. *Рекомендуются:* сухой бисквит, несдобное печенье, детское печенье типа «малышок», которое размачивается в молоке, кефире или слабом чае. *Исключаются:* хлеб ржаной, свежий, блины, пирожки, пироги, сдоба.

Мясо и птица. *Рекомендуются:* нежирные сорта мяса (говядина, телятина, кролик) без сухожилий и фасций, куры и индейки без кожи в отварном или паровом виде, при мукозите - протёртые (котлеты, кнели, фрикадельки, шпоре, суфле, рулет и другие) и приготовленные на пару язык и печень. *Исключаются:* жирные и жилистые сорта мяса и птицы в жареном и тушеном виде, консервы, изделия с тестом (пельмени, хинкали и т.д.).

Рыба. *Рекомендуются:* нежирные виды без кожи куском или в виде котлетной массы в отварном или паровом виде без костей (перебранная). *Исключаются:* жирные виды рыбы (осетрина, севрюга и другие), а также копченая, соленая, жареная, тушеная и рыба с костями.

Яйца. *Рекомендуются:* в виде парового омлета. *Исключаются:* сваренные вкрутую, жареные яичница и омлет, сырой яичный белок.

Молочные продукты. *Рекомендуются:* детский творожок, творог в блюдах (запеканка, пудинги), йогурты, любые молочные продукты, предназначенные для детей (в заводской упаковке). *Исключаются:* молочные продукты с высокой кислотностью, при мукозите - жирные молочные продукты, острые сыры.

Жиры. *Рекомендуются:* рафинированные оливковое и подсолнечное масла, добавленные в блюда. Сливочное масло на бутербродах и в блюдах можно употреблять, только если нет мукозита; не следует употреблять, если ребенок получает препарат ферментного происхождения аспарагиназу. *Исключаются:* другие жиры, пережаренное масло.

Крупы, макаронные изделия и бобовые. *Рекомендуются:* каши, сваренные на молоке или воде: манная, хорошо разваренная рисовая, протёртые гречневая и геркулесовая. Паровые пудинги, суфле, котлеты из

молотых круп. *При мукозите исключаются:* пшено, перловая, ячневая, гречневая (ядрица), бобовые, цельные макароны.

Овощи. *Рекомендуются:* свёкла, картофель, морковь, цветная капуста, зеленый горошек, сваренные в воде или на пару и протёртые (шпоре, суфле); паровые пудинги; кабачки и тыква, нарезанные кусочками, в отварном виде. *Исключаются:* другие овощи, солёные, квашенные, маринованные овощи и грибы, овощные консервы.

Супы. *Рекомендуются:* из протёртых или очень мелко нарезанных овощей, молочные, крупяные, протертые из вермишели или домашней лапши (мелко резанных) с добавлением разрешенных овощей; супы-шпоре молочные, из овощей, из заранее вываренных кур или мяса, на некрепком (половинном) бульоне. Заправляются сливочным маслом, некислой сметаной. *Исключаются:* супы на крепком мясном, курином, рыбном бульоне, грибном и крепких овощных наварях, борщ, щи, окрошка.

Фрукты, сладкие блюда и сладости. *Рекомендуются:* спелые сладкие фрукты и ягоды в виде пюре, киселей, желе, муссов, протёртых компотов; печеные яблоки (без кожицы); сладкие блюда на взбитых белках (муссы, самбуки), кисель, джемы и варенья из сладких ягод и фруктов, мороженое (если нет мукозита, но не следует употреблять, если ребенок получает аспарагиназу). *Исключаются:* ягоды и фрукты в сыром виде (кроме протёртых банана и некислого яблока), кислые и неспелые, шоколад, халва, непротёртые сухофрукты.

Соусы и пряности. *Рекомендуются:* молочные, сметанные, яично-масляные соусы; мелко нарезанный укроп в супах; ванилин. *Исключаются:* прочие соусы и острые пряности; рекомендуется ограничить потребление соли.

Напитки. *Рекомендуются:* некрепкий чай с молоком или сливками, слабое какао на молоке, сладкие фруктово-ягодные соки, отвар шиповника, компот из сухофруктов (без цельных сухофруктов). *Исключаются:* квас, кофе, газированные напитки, соки кислых ягод и фруктов, домашние соки.

Если вы чувствуете, что не в состоянии принимать адекватное количество обычной пищи, посоветуйтесь с лечащим врачом. Он может правильно подобрать дополнительное питание при химиотерапии - продукты современного специализированного питания. ☺

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

На правах рекламы



«Наша задача - максимально сохранить конечность»

Отделение гнойной хирургии, созданное в 1985 году на базе барнаульской городской больницы №3, путем временного, как тогда предполагали, перепрофилирования отделения общей хирургии, не только стало постоянно работающим, но и со временем сменило адрес, переехав в КГБУЗ «Городская больница №8, г.Барнаул», где и функционирует сегодня.



Профильное лечение в отделении и в те годы было востребовано, проводилось на достойном уровне, и через несколько лет работы отделение стало второй базой кафедры общей хирургии АГМУ.

Руководит отделением на протяжении уже четверти века **Владимир Викторович ЧЕРНЕНКО**, кандидат медицинских наук, врач-хирург высшей квалификационной категории. На эту должность он был приглашен в 1992 году:

- Самое первое отделение гнойной хирургии было создано в Рубцовске. Затем - наше, и лишь через несколько лет организовано родственное отделение в краевой клинической больнице. Однако профиль у нас различный: коллеги в ККБ занимаются главным образом послеоперационными осложнениями, а у нас лечатся больные с общей гнойной патологией.

Среди наших пациентов самой многочисленной является **группа больных с нарушением периферического кровообращения**. При этом, эта группа постоянно прирастает, чему есть простое объяснение: лечение ишемической болезни сердца, гипертонии, атеросклероза, сахарного диабета имеет определенный, хорошо налаженный патронаж в поликлиниках. И как следствие - пациенты получают качественное лечение, продолжительность жизни у них растет.

Мы стремимся максимально эффективно оказывать помощь. Пер-

востепенной задачей хирургов всегда было сохранение опорной функции стопы, нижних конечностей. При развитии осложнения выше-названных заболеваний стремимся убрать только часть стопы с закрытием раны для сохранности качества жизни пациента.

В группу больных с нарушением периферического кровоснабжения входят, как правило, люди преклонного возраста. И их становится больше: если 10-15 лет назад это были больные в возрасте до 70 лет, то сейчас две трети пациентов, с которыми мы работаем сегодня, - старше 80 лет. Понятно, что помимо развившегося осложнения у таких пациентов имеется серьезная тяжелая сопутствующая патология. Это могут быть перенесенные инфаркт и инсульт, ишемическая болезнь сердца, заболевания органов дыхания и пищеварения. И каждое из заболеваний само по себе достаточно грозное.

Следующая сложная **группа пациентов имеет осложнения от парентеральной наркомании из-за внутривенного введения суррогатов опиатов**. Химические препараты, используемые при приготовлении этих суррогатов, являются агрессивной средой, буквально расплавляющей мягкие ткани. Частым осложнением становится потеря конечностей, хирурги вынуждены перевязывать сосуды, разрушенные введением наркотиков. Как правило, у каждого пациента этой

группы имеется гепатит С или ВИЧ, другие серьезные инфекционные заболевания. Поэтому эта группа больных характеризуется высокой летальностью.

Подчеркну, что в нашем отделении все пациенты вне зависимости от социального статуса получают адекватное лечение в соответствии с имеющимися стандартами.

- В чем особенность хирургического лечения в вашем отделении?

- Особенность общей гнойной хирургии в том, что любая операция может осложниться развитием сепсиса. Если пациент по каким-то причинам поздно обратился в медицинское учреждение за помощью или его лечили, не распознав вовремя болезнь, - всё это может привести к фатальным последствиям.

Лечение проводится в несколько этапов. Первый этап - **разрушительный**: хирург вскрывает гнойники, затем иссекает омертвевшие ткани. Это может потребовать проведения нескольких операций, длительного лечения. Венцом работы становится ►

Ортопед-протезист следит за качеством построения обуви, стелек, ортезов, используемых пациентом, в его арсенале - целая система способов, позволяющих убрать зоны патологического давления на стопу, чтобы не допустить образования язв.

второй этап - **восстановительная** операция, когда полностью очищенная огромная рана готовится к эстетическому закрытию. Хирург накладывает швы или пересаживает кожу. Такое завершение лечения, безусловно, вызывает только положительные эмоции.

Перевязки - особая значимая часть работы, лечения и восстановления. Так профессионально, как это делают наши медицинские сестры, больше не делает никто. При этом доктор и медсестра максимально стараются отвлечь пациента, чтобы его боль стала переносимой.

Как я уже говорил, перед хирургами отделения всегда стоит одна задача: **максимально снизить уровень ампутации конечности**. К примеру, даже проведение ампутации на уровне голени, сохранение коленного сустава позволяет человеку в дальнейшем увереннее двигаться. Для таких пациентов следующим этапом реабилитации становится протезирование. Сейчас в эту область медицины пришли новые технологии, благодаря чему многим нашим пациентам удается сохранить качество жизни.

По инициативе коллектива отделения создана система реабилитации больных сахарным диабетом. На базе поликлиники КГБУЗ «Городская больница №5, г.Барнаул» несколько лет работает **кабинет диабетической стопы**, в котором пациенты этого профиля могут наблюдаться у докторов нескольких специальностей: сосудистых хирургов, эндокринологов и т.д. Такое наблюдение позволяет вовремя

диагностировать сосудистую патологию и начать необходимое лечение. Почему именно мы занялись этим вопросом? Когда не было данной системы реабилитации, налаженного последовательного наблюдения, случалось, что хирурги нашего отделения удачно выполняли операции и добивались сохранения стопы пациента, а спустя недолгое время больной, оставшись без профессионального наблюдения, возвращался в отделение для последующей ампутации.

В этом альянсе специалистов заметное место занимает работа ортопеда-протезиста. Он следит за качеством построения обуви, стелек, ортезов, используемых пациентом, в его арсенале - целая система способов, позволяющих убрать зоны патологического давления на стопу, чтобы не допустить образования язв. Напомню, что для больного сахарным диабетом появление на стопе язвы равно ампутации. Создание кабинета диабетической стопы позволило сократить в разы количество высоких ампутаций. Это мы считаем своим успехом.

Следующая проблема, которая также решается в нашем отделении, - **помощь больным с заболеваниями длинных трубчатых костей**. Как правило, это остеомиелиты. Мы внедрили ряд операций, которые направлены на заполнение оставшихся костных полостей после удаления патологических процессов. В частности, проводится пересадка мышцы, которая позволяет добиться значительного улучшения состояния пациента.

Выстроена методология подхода к ранам при заболеваниях молочной железы, при гнойных воспалениях на руках. Помощь при гнойных ранах на голове - это целая система костно-пластических операций, включающих пересадку кожи, которая создавалась годами, оттачивалась на опыте многих специалистов отделения.

Несмотря на большой объем хирургической работы, наши специалисты осуществляют **консультативный прием**. Мощность амбулаторного обслуживания составляет 10 тысяч человек в год, из них 3-4 тысячи направляются на операции в отделение, выполняются 5-7 тысяч перевязок. Объем работы очень большой, традиционно - особенно в праздничные дни. Устойчивая репутация больницы находит подтверждение и в том, что пациенты даже с небольшими



Модернизация - жителям края

гнойными осложнениями сразу пытаются попасть на прием к специалистам отделения, минуя свою поликлинику. Мы эту хитрость понимаем и когда можем, - всегда помогаем.

- Владимир Викторович, расскажите о коллективе отделения, которое возглавляете.

- За те годы, в течение которых я руковожу отделением, прошло много специалистов, которые, получив хороший опыт в гнойной хирургии, сегодня успешно работают в других больницах и частных поликлиниках края. Все они с большой любовью и благодарностью вспоминают работу в нашем отделении. Не только с кафедры общей хирургии АГМУ, но и с других хирургических кафедр преподаватели с удовольствием направляют к нам своих студентов и молодых хирургов на подготовку и специализацию. Считаю, что это говорит о многом.

Коллектив сложился еще в городской больнице №3 Барнаула. 1 сентября 2014 года мы приступили к работе на новом месте, где нашли полное взаимопонимание с администрацией барнаульской городской больницы №8. Я рад поддержке главного врача больницы **Ольги Юрьевны ЛАВРИНЕНКО**, благодаря чему мы в короткий срок смогли наладить работу отделения и сохранить высокое качество оказания помощи пациентам.

Сейчас во врачебном коллективе представлены три поколения: старшее - с опытом работы более 30 лет, среднее - со стажем до 15 лет, молодое - хирурги отработали 3-5 лет и только приблизились к пониманию своих задач, специальности и т.д. **Константин Николаевич ЩУР** - врач высшей категории, **Виталий Федорович СУМИН**, **Александр Викторович КАЛАШНИКОВ** и **Т.Ю. ХОЛОДИЛИНА** имеют первую квалификационную категорию, **Виктор Юрьевич ЗИНЧЕНКО** - вторую, **А.В. БАЗУЛИН** и **А.Н. СЕРГИЕНКО** - молодые специалисты. Это все очень грамотные, коммуникабельные специалисты, которые постоянно повышают свой профессиональный уровень. Мы стараемся не ограничивать самостоятельность молодых коллег: если есть желание, стремление провести определенную операцию, - мы, опытные врачи, обязательно поможем. Ведь получение практического опыта невозможно без постоянной теоретической самоподго-



товки. Это уже удел зрелого врача, состоявшегося хирурга.

В отделении сложился очень хороший сестринский коллектив, которым руководит **Е.А. ШКЛЯРОВА**. Отделение ведет ежедневный прием urgentных и плановых больных Барнаула, оказывает экстренную круглосуточную помощь барнаульцам и жителям края с гнойными заболеваниями мягких тканей и костно-мышечной системы. Срочную амбулаторную помощь всем обратившимся оказывает бригада, в которую входят два хирурга, операционная и перевязочная медицинские сестры.

- Хотелось бы услышать советы для наших читателей.

- Все пациенты с нарушением системы периферийного кровоснабжения, больные сахарным диабетом, ишемической болезнью сердца, атеросклерозом, страдающие нарушением ритма должны получать систематическое лечение по своим основным заболеваниям. Надо неукоснительно и постоянно выполнять рекомендации участковых врачей. При сахарном диабете первостепенное значение имеют самоконтроль уровня сахара в крови и регулярный осмотр стоп. Больные этой группы часто имеют лишний вес, что может затруднять самостоятельное выполнение осмотра. В этом случае можно укрепить зеркало подобно тому, как крепится фотоаппарат на палке для селфи, попросить помочь близких людей. Важно своевременно обработать каждую возникшую на стопе трещинку допустимым антисептиком и вовремя обратиться к врачу. Не стесняйтесь советоваться со специалистами, не занимайтесь самолечением! ☺

Оказываем помощь больным с заболеваниями длинных трубчатых костей. Как правило, это остеомиелиты. В отделении внедрен ряд операций, которые направлены на заполнение оставшихся костных полостей после удаления патологических процессов.





Анемия всегда влияет на иммунитет ребенка



Виталий Эдмундович МИЛЛЕР,

кандидат медицинских наук, заместитель главного врача по поликлинической работе, КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница»

Анемия, или малокровие, - это группа клинко-гематологических синдромов, характеризующаяся снижением концентрации гемоглобина в крови, чаще при одновременном уменьшении числа эритроцитов или общего их объема.

Первый признак развившейся анемии - **диагностированное снижение уровня гемоглобина**. Однако это же показывает: болезнь существует уже некоторое время. Снижению уровня гемоглобина предшествует фаза дефицита железа в организме.

В зависимости от выраженности снижения уровня гемоглобина выделяют **три степени тяжести анемии**: *лёгкая* - уровень гемоглобина ниже нормы, но выше 90г/л; *средняя* - гемоглобин в пределах 90-70г/л; *тяжелая* - уровень гемоглобина менее 70г/л.

У детей наиболее часто встречается **железодефицитная анемия** и крайне редко - **другие ее виды, связанные с дефицитом фолиевой кислоты, витамина В12**. Последний вид анемии в основном встречается у взрослых людей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

Не всё просто с показателями уровня гемоглобина, особенно у детей грудного возраста: некоторые педиатры берут за норму 120г/л и упорно пытаются уровень гемоглобина малышшей довести до этого показателя, хотя у детей до 5 лет жизни нормальный уровень гемоглобина - 110г/л. Следующая ошибка - **препараты железа часто назначаются без определения уровня сывороточного железа в организме ребенка** (взятие крови из вены). Обычно определяется уровень гемоглобина капиллярной крови - и всё, далее назначаются препараты железа. Но нелогично давать препараты железа, изначально не определив его уровень, а этот анализ - уровень сывороточного железа - не входит в список традиционных биохимических констант.

Здоровье маленьких детей в большой степени зависит от здоровья их мам и протекания беременности. В России каждая пятая женщина страдает дефицитом железа. И когда на прием приводят детей с признаками анемии, я всегда спрашиваю, была ли анемия во время беременности у мамы. Во многих случаях получаю утвердительный

ответ. Особенность ситуации в том, что **железо от матери передается ребенку в последние две недели перед родами**. Если ребенок рождается раньше срока, он вообще его не получает.

Анемия беременных не лечится механически препаратами железа. У женщины может быть снижен уровень сывороточного железа, но его усвояемость минимальна. Даже если ей назначаются препараты железа, не всегда удается восстановить уровень железа, да и времени для этого недостаточно. Дефицит железа в организме развивается постепенно и лечится длительно. Поэтому **следствием анемии у мамы во время беременности становится развитие анемии у ребенка**.

У недоношенного ребенка анемия развивается обязательно. По этой причине всем малышам, родившимся с экстремально низкой массой тела, обязательно назначаются препараты железа в профилактических целях с самого рождения.

Очень часто развивается **анемия у детей, находящихся на искусственном вскармливании**, хотя производители смесей для грудничков заявляют об их полной сбалансированности. Парадокс, казалось бы. Но дело в том, что усвоение всех необходимых веществ из смеси очень индивидуально.

Уровень гемоглобина у детей непосредственно влияет на состояние иммунитета. Группа врачей из Кемерово разрабатывала концепцию так называемого **гемоглобинового оздоровления**. Они связывали латентный дефицит железа с частыми и длительными простудными заболеваниями детей. Специалисты определяли уровень сывороточного железа у различных групп детей: находившихся на искусственном вскармливании, родившихся недоношенными и часто длительно болеющих (дети, болеющие ОРЗ 6-8 раз в год). В Алтайском крае тоже занимались этой проблемой. Так, в 90-е годы XX века в Заринске были выстроены детские сады с бассейнами, саунами, с разными системами оздоровления и т.д. Казалось, это долж-



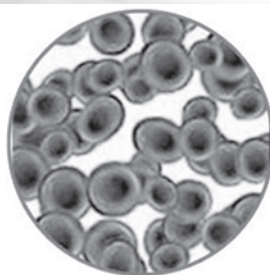
За счастливое здоровое детство!

но способствовать снижению уровня заболеваемости простудами, но этого не случилось. И данная проблема до сих пор существует. Кемеровские врачи связали причину частой заболеваемости детей с латентным дефицитом железа, так как оно входит в состав дыхательных ферментов цитохромов (гемопротеинов), ферментов, обеспечивающих иммунитет, синтез белка в организме.

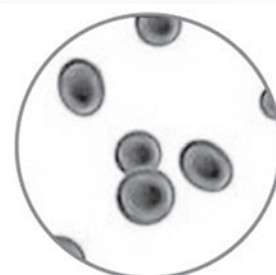
Остановимся на лечении анемии. **Переливание крови** сегодня приравнивается к оперативному вмешательству и делается только в случаях, когда уровень гемоглобина слишком низкий, а состояние ребенка близко к критическому. В моей практике было несколько человек с уровнем гемоглобина до 26г/л, которым переливали эритроцитарную массу. Хорошо помню одного ребенка: его вес превышал средний показатель для данного возраста, он был рыхлым, пастозным, с признаками лимфатического диатеза. И это свойственно таким детям. Как правило, они «молокоманы»: в грудном возрасте, кроме молока, ничего не едят, упорно отказываются от вводимого прикорма. В возрасте от 9 месяцев они могут выпивать до 2л молока в день.

При критически низком уровне гемоглобина достаточно выполнить до двух переливаний крови, далее ребенку назначаются препараты железа. При уровне гемоглобина меньше 70г/л - это инъекционные препараты, которые вводятся внутримышечно. Большая группа препаратов принимается orally. В нее входят всевозможные сочетания солей железа с дополнительными веществами: аскорбиновой кислотой, селеном и т.д. Безусловно, создатели данной группы лекарственных средств преследовали определенные цели. Но в любом случае препараты железа усваиваются довольно плохо. Организм на данный момент возьмет только определенное количество железа, оставшееся же будет перемещаться с током крови, обязательно найдет точку применения и оседет. К примеру, известна гипотеза, что с этим «путешествием» железа по организму связано развитие раннего атеросклероза.

Сегодня повсеместно, в том числе и в сельской местности, введены четкие критерии и сроки диспансеризации детей. Поэтому в настоящее время анемии тяжелой степени встречаются крайне редко. Лечение выявленных анемий проводится достаточ-



норма



анемия

но успешно препаратами, принимаемыми orally. Однако усваивается максимум 15% содержащегося в них железа. Всё остальное выводится через кишечник, окрашивает кал и не причиняет вреда организму.

Мамы на приеме задают вопрос: **сколько можно пить железо? Столько, сколько нужно.** Для завершения лечения анемии обязательно определяется уровень сывороточного железа. По уровню гемоглобина делать выводы на завершающем этапе рискованно, так как его показатель не является доказательством выздоровления. По данным лаборатории, нижняя **граница сывороточного железа должна равняться 9-9,3, у недоношенных детей - и показатель 7 может считаться неплохим.** Если после завершения лечения у ребенка будет простудное заболевание, уровень его гемоглобина может понизиться, но это временный процесс - до его выздоровления.

Надо помнить и еще одно правило: во время ОРЗ и ОРВИ, пневмоний, сопровождающихся повышением температуры, прием препаратов железа лучше прекратить, поскольку железо может попасть в очаг воспаления. Снижение гемоглобина в этот период зачастую бывает временным. ☺

Анемия развивается постепенно, дети долгое время остаются активными, и мамы просто не замечают происходящих изменений. Первыми их замечают окружающие, наблюдающие ребенка время от времени. Явный признак - неоправданная бледность кожи.





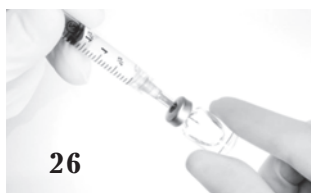
**Бережливая
поликлиника -
экономящая время
пациентов
и персонала**



**Государство
заплатит за
рождение первенца**



**Заболевания
молочных желез -
проблема XXI века**



**Уколоться
и забыть**



**Доктору
поможет робот**

На обложке: фоторепортаж с торжественной встречи Губернатора Алтайского края А.Б. Карлина, посвященная 30-летию Советов женщин Алтая.
Фото Алексея Середина.

«Наш приоритет - демографическая политика» 1-2

Лучшие врачи Алтайского края 2017 года 3

Н.И. Белоцкая.

Бережливая поликлиника -
экономящая время пациентов и персонала 4-7

Совету женщин Алтая - 30 лет! 8-9

Забота о женщинах - на особом счету 10-11

Поздравляем! 11

Государство заплатит за рождение первенца 12-13

Об эффективности российского здравоохранения 14

О здоровье начистоту 14

Мир и медицина 15

ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННО РОДИТЕЛЬСТВА

М.А. Сычева, С.Д. Яворская.

Заболевания молочных желез - проблема XXI века 16-17

О.В. Смирнова.

И глаза подвержены онкологии 18-20

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

Т.В. Мельникова. Столбняк 21-23

З.А. Гарипова.

Особенности питания онкологических пациентов 24

В Россию едут за улыбкой 25

Уколоться и забыть 26-27

Семь технологий, побеждающих старость 28-29

Это интересно! 30

Заквасить правильно 31-34

Доктору поможет робот 35-36

В.В. Черненко.

«Наша задача - максимально сохранить конечность» 37-39

В.Э. Миллер.

Анемия всегда влияет на иммунитет ребенка 40-41

Чем болели герои русской литературы 42-43



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»



**Костромицкая
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»



**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 Всероссийской
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



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

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№12 (180) декабрь 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



Почетная грамота Правительства
Алтайского края, 2017 год

Свидетельство о регистрации СМИ
№ПН-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 27.12.2017 г.,
фактически - 14:00 27.12.2017 г.
Дата выхода: 30.12.2017 г.

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

Ответственный редактор - Мария Юртайкина.
Креативный редактор - Лариса Юрченко.
Компьютерный дизайн и верстка - Ольга Жабина, Оксана Ибель.

Учредитель-Издатель ООО «Издательство «Вечерний Новоалтайск -
Добрый день»: 658080, Алтайский край, г. Новоалтайск, ул. Обская, 3.
Тел. 8(385-32) 2-11-19. Адрес редакции: 658080, Алтайский край,
г. Новоалтайск, ул. Обская, 3. Тел. 8(385-32) 2-11-19.
Адрес работы с общественными представителями:
656038, Алтайский край, г. Барнаул, пр. Ленина, 56, тел. 8-902-141-79-83.
E-mail: nebolen@mail.ru. Группа ВКонтакте: <https://vk.com/nebolen>

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

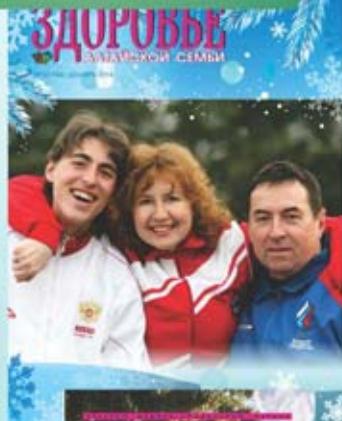
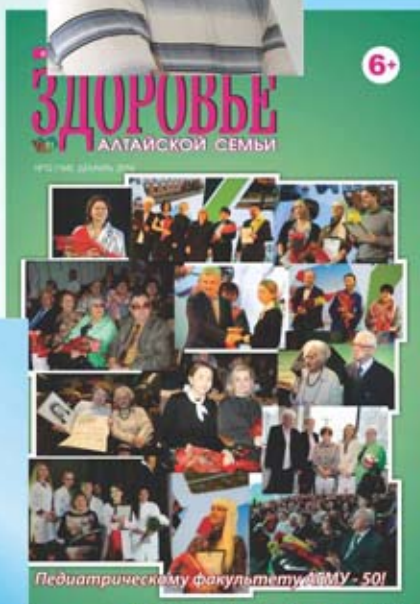
Выпуск издания (рубрика «Модернизация - жителям края») осуществляется при финансовой поддержке Федерального агентства по печати и массовым коммуникациям РФ.

Подписной индекс - 31039

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ
ЗДОРОВЬЕ
АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ



нам 15 лет!