

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

6+

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№1 (181) ЯНВАРЬ 2018



ОТ РЕДАКТОРА



Уважаемые коллеги! Уважаемые члены Редакционного совета и авторы материалов нашего журнала.

Благодарю вас за многолетнее партнерство, за ваши неравнодушие и заинтересованность в диалоге с читателем, за понимание значимости своей особой просветительской миссии. Мы вступаем в новый, 2018-й, год, шестнадцатый год нашего журнала «Здоровье алтайской семьи» с полной уверенностью в важности и нужности нашей совместной работы.

Безусловно, здравоохранение - та сфера деятельности, которая касается буквально каждого, и, соответственно, внимание к медицине всегда было искренним и заинтересованным. Правда, в последнее время это внимание стало приобретать неоправданно часто неуважительный, а порой и крайне агрессивный характер. Свою позицию по вопросам взаимоотношений врача и пациента, формирования адекватного отношения к врачам, средним медицинским работникам - со стороны общественности, СМИ, самого профессионального сообщества - редакция уже неоднократно высказывала. К сожалению, эта проблема в ближайшее время, скорее всего, не разрешится. И уж тем более - она не разрешится сама собой... И профессиональному сообществу, и СМИ, и обществу для этого просто необходимо прикладывать постоянные усилия... И недооценивать важность целенаправленного и доброжелательного диалога с пациентом при этом неблагоприятно.

Даже медики, попадая в «чужие» лечебно-профилактические учреждения, порой испытывают чувство неуверенности, плохо ориентируясь в непривычной обстановке... И при этом они имеют медицинский опыт, более точно понимают цель и задачу своего посещения, заранее планируют свой визит, зачастую опираясь на поддержку сокурсников, коллег, работающих в этом ЛПУ. Состояние пациента при посещении медицинского учреждения чаще - стрессовое. И ориентироваться ему в такой многоуровневой системе здравоохранения - непросто. Для меня некой иллюстрацией такого мнения стало посещение участниками итоговой коллегии министерства здравоохранения края в декабре прошлого года нового краевого клинического перинатального центра «ДАР». Почти год учреждение - на слуху: масса публикаций в СМИ, я уже не говорю о тех обязательных документах, которые регламентируют его деятельность и ориентированы как на пациентов, так и на специалистов краевых медицинских учреждений всех уровней, официально доведенных до их сведения. Но когда специалисты центра подробно, на месте, ознакомили руководителей медицинских учреждений, специалистов различных профилей с его технологическими возможностями (естественно, условия пребывания пациентов и работы персонала тоже впечатлили), с идеологией работы, - были и удивление, и гордость (думаю, и иное понимание необходимости и роли такого учреждения).

Всё больше специалистов различных медицинских учреждений отмечают, что при целом ряде случаев серьезной патологии у них есть реальная возможность оказания помощи на месте, а в ситуациях, которые требуют участия специалистов краевых специализированных центров, проблем по направлениям больных ни в экстренных, ни в плановых ситуациях не возникает. У специалистов, у более погруженной в тему части общества есть понимание того, что организация работы в рамках такой «трехуровневой системы» оказания медицинской помощи в крае - это наиболее оптимальный путь, обеспечивающий и доступность, и качество медицинской помощи жителям края, причем независимо от места их проживания. Если то или иное заболевание можно эффективно лечить (и консервативно, и оперативно) в условиях Центральной районной больницы, то совершенно неразумно направлять такого пациента в краевое специализированное учреждение, автоматически затрудняя (даже исключая в связи с отсутствием места) госпитализацию в него того пациента, которому можно оказать помощь только там, не говоря уже о возможных социально-бытовых проблемах для самого пациента.

Если жители края не будут иметь постоянную информацию о том, какие учреждения здравоохранения существуют, какие перед ними стоят задачи и какие у них для этого есть возможности, о том, какие специалисты, обладающие высокой квалификацией и уникальным опытом в них, работают - рассчитывать на полноценное партнерство «врач-пациент» сложнее. Мы намерены в этом году познакомить вас, уважаемые читатели, с рядом медицинских учреждений края, относящихся к различным уровням оказания медицинской помощи, об изменениях в них: технологических и кадровых. На их примере расскажем, какая медицинская помощь гарантирована жителям края в рамках системы ОМС, как можно получить высокотехнологичную медицинскую помощь в федеральных центрах, как учреждения различных уровней взаимодействуют в интересах пациентов.

Думаю, что наши авторы относятся к тем оптимистам, которые верят, что «и слово лечит». Поэтому они считают необходимым делиться с вами, уважаемые читатели, своими знаниями, опытом, предостерегать вас от вредных для здоровья привычек, терпеливо разъясняя их последствия. Не устают вести «школы для пациентов» и в своих медицинских учреждениях, и на страницах нашего журнала.

И, безусловно, мы продолжим разговор о том, что вы лично можете и обязаны сделать для своего здоровья, здоровья своих близких. Какую меру ответственности за свое индивидуальное здоровье общество, государство - возлагают, будут возлагать еще в большей мере в дальнейшем на самого гражданина.

Здоровья, вам, мира и добра!

*С уважением, главный редактор
Ирина Валентиновна Козлова*



Женщина должна сотрудничать со своим доктором



Что нужно знать о возрастной макулодистрофии



Новогодние гномы



Сладкая жизнь или белая смерть



Врожденные пороки сердца у детей. Проблемы и пути решения

На обложке: Алексей Викторович БРАКОРЕНКО, главный врач КГБУЗ «Центральная городская больница, г.Заринск»

Фото: Лариса Юрченко.



А.В. Бракоренко. «2017 год - стал стартовым по ключевым направлениям»	2-7
О.В. Чекрий. Женщина должна сотрудничать со своим доктором	8-10
Новости здравоохранения России	11
Продолжительность жизни в России достигла исторического максимума	12-13
ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА	
Создана «Ассоциация акушеров-гинекологов» Алтайского края	14
Н.Н. Ясафова. Факторы риска венозных тромбозных осложнений	15-17
Т.И. Ретенко. Что нужно знать о возрастной макулодистрофии	18-19
«ДАР»: торжественная выписка тройни	20
Новогодние гномы	20
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ	
Г.В. Пашинская. Самообследование молочных желез как один из методов профилактики рака	21-22
Л.Н. Крюкова. Как защитить себя от заболевания гриппом	22-23
Е.А. Долгова. При сахарном диабете правильно ухаживаем за ногами	24
Алтайская краевая клиническая детская больница. К.В. Смирнов. Здесь работают профессионалы высочайшего класса	25-29
Мир и медицина	30
Сладкая жизнь или белая смерть?	31-33
Школа жизни: время прагматиков?	34
Социальная реклама - против наркомании и насилия в семье	34
Новости здравоохранения России	35
Всероссийская акция «Стоп ВИЧ/СПИД»: главное - информированность населения о ВИЧ	36-37
ЗРЕНИЕ - ОКНО В МИР	
В.Г. Шмелев. Лазер на службе охраны зрения	38-39
Е.В. Скударнов. Врожденные пороки сердца у детей. Проблемы и пути решения	40-41
80 семей Алтайского края - победители региональной Эстафеты родительского подвига	42-44

«2017 год - стал стартовым по ключевым направлениям»

Почти два года назад центральную городскую больницу Заринска возглавил новый главный врач Алексей Викторович БРАКОРЕНКО.

«Организованность и четкое видение цели - именно такой подход отличает деятельность Алексея Викторовича. И результаты этого уже есть: сегодня КГБУЗ «Центральная городская больница, г.Заринск» занимает ведущие позиции не только в городе, но и в своем медико-географическом округе...» - так о его работе говорят коллеги и жители Заринска и Заринского района. Именно позитивные оценки наметившихся изменений в деятельности лечебных учреждений округа стали поводом для встречи с главным врачом больницы.

- Алексей Викторович, давайте начнем разговор с характеристики округа.

- Заринский медико-географический округ - достаточно большой, включающий город Заринск (47033 чел.), Заринский (18207 чел.), Тогульский (7884 чел.), Кытмановский (12604 чел.), Залесовский (14122 чел.) районы. Отличительной чертой округа является достаточно большая протяженность его территории. В районе более 50 населенных пунктов. Самое большое плечо от Заринска - до с.Алаббай, более чем 110км. При этом надо понимать, что в районах округа представлены медицинские учреждения первого уровня - центральные районные больницы и ФАПы, и задача коллектива Заринской ЦГБ - не только скоординировать их работу, но и обеспечить медицинскую помощь второго уровня, учреждением которого больница и является.

Больничный комплекс ЦГБ занимает значительную территорию, на которой разместились обособ-

ленно стоящие корпуса многопрофильного стационара, родильного дома, инфекционного отделения, взрослой поликлиники.

Имеется обособленное отделение скорой помощи, которая обслуживает жителей Заринска и Заринского района.

В ЦГБ Заринска амбулаторно-поликлиническое звено представлено двумя поликлиниками для взрослых с общей численностью приема до 950 человек в смену и детской поликлиникой с приемом 350 детей в смену.

На сегодняшний день амбулаторно-поликлиническая служба обслуживает только жителей города и Заринского района. По мере укрепления амбулаторного звена кадрами, мы будем готовы наладить обслуживание населения всего медико-географического округа узкими специалистами (отоларинголог, окулист, невролог и т.д.).

Стационар рассчитан на 280 коек круглосуточного пребывания и 57 - дневного. В стационаре из десяти отделений семь являются межрайонными, обслуживают город и четыре района, обеспечивая население специализированной медицинской помощью второго уровня. Заведующие межрайонных отделений обеспечивают также консультационную помощь коллегам Тогульского, Залесовского и Кытмановского районов.

В больнице работают 120 врачей и 400 средних медработников. Когда я приступил к работе в должности главного врача, возрастной состав персонала уже был критическим - более 60% коллектива являлись пенсионерами. Поэтому приток молодых кадров



для нас является остро необходимым. Что делаем для этого? Существуют две программы мер социальной поддержки приезжающих специалистов, успешно работающие и в городе, и в Заринском районе. Единственное пособие вновь прибывшим врачам на нашу территорию и специалистам остродефицитных специальностей в городе составляет 15 тысяч рублей, в сельской местности - 20 тысяч. Также оба муниципалитета дотируют аренду жилья по 5 тысяч рублей в месяц. По имеющемуся Соглашению город ежегодно должен выделять сотрудникам больницы от двух квартир. Однако в этом году нам удалось сделать больше: благодаря поддержке И.И. Терешкина, главы города Заринска, жилищные условия улучшили одна семейная пара медицинских работников и два врача. Выделено жилье одному среднему медицинскому работнику.

Районная администрация также всегда открыта для решения



Модернизация - жителям края

проблем здравоохранения. Главой района В.Ш. Азгалдяном в настоящее время решается вопрос приобретения жилья для специалистов в Тягуне: работавший в амбулатории педиатр ушел на пенсию, принять на работу специалиста, не решив данный вопрос, невозможно. Район также платит стипендию трем студентам АГМУ, планирует с осени 2018 года обучение ординаторов за счет средств муниципалитета.

Еще одна возможность решения кадрового вопроса - *целевая подготовка специалистов*. Больница заключила договоры с выплатой стипендий 28 студентам АГМУ. В этом году учим троих ординаторов, четверых - берем на следующий год. В 2017-м удалось принять на работу пять молодых врачей. Это - семейная пара врачей, два специалиста после ординатуры и один уже с опытом работы. В коллектив влились и девять средних медицинских работников: в 2017 году мы успешно участвовали в программе «Сельский фельдшер», благодаря чему на новом открытом при врачебной амбулатории пункте скорой помощи в Смазнево по данной программе приступили к работе два фельдшера.

- Согласитесь, проводимая большая работа была бы невозможна без внимания и поддержки со стороны правительства края и министерства здравоохранения.

- Мы постоянно видим, какое внимание оказывается и со стороны правительства края, и лично Губернатора А.Б. КАРЛИНА вопросам развития здравоохранения. В Алтайском крае выстроена четкая трехуровневая система оказания медицинской помощи. Причем, на третьем уровне представлены практически все виды высоких технологий, существующие в современной медицине. Поддержка развития учреждений второго уровня, к которому принадлежит ЦГБ, успешно реализуется в программах министерства. Мы постоянно чувствуем внимание к нашей работе министра И.В. ДОЛГОВОЙ, ее заместителей, что еще более обязывает к результативной работе, стимулирует коллектив быть одним из лучших в крае. И как результат общей большой работы - обеспечение до-



КГБУЗ «Центральная городская больница, г.Заринск»

ступности медицинской помощи в медицинских учреждениях второго и третьего уровня жителям как городов, так и сельской местности.

Большую роль играют действующие программы. Уникальная для РФ программа «Сельский фельдшер», работающая сейчас и в моногородах, реализуется по всей территории края. Строительство новых ФАПов стало реальным фактом. К примеру, в 2018 году в Ново-Драченино в Заринском районе будет сдан новый пункт. А в 2019-м рассчитываем на строительство сразу нескольких ФАПов. рассчитываем войти в программу по строительству модульных врачебных амбулаторий.

Очевидно, что созданная трехуровневая система в здравоохранении края позволяет максимально мобилизовать кадровые и финансовые ресурсы, выстроить работу таким образом, чтобы распорядиться более эффективно имеющимися ресурсами. В частности, эффективность трехуровневой системы доказана на примере акушерской службы: в несколько раз сократилась младенческая смертность, а материнской в 2017 году в крае нет ни одного случая. В 2016 году в родильном доме Заринска родились 754 малыша - со всех четырех районов и города. В центральных районных больницах, представляющих первый уровень, принимают только абсолютно физиологические роды. В Заринском акушерском отделении принимают физиологические роды и роды с средним риском. Если риск осложнений высокий, роды

Стационар рассчитан на 280 коек круглосуточного пребывания и 57 - дневного. Из десяти его отделений семь - межрайонные, обслуживающие город и четыре района, обеспечивая население специализированной медицинской помощью второго уровня. Заведующие межрайонных отделений обеспечивают консультационную помощь коллегам Тогульского, Залесовского и Кытмановского районов.



проходят только в Алтайском краевом клиническом перинатальном центре.

- Современную медицину невозможно представить без хорошего оснащения диагностическим и лечебным оборудованием. Как решается эта группа вопросов?

- Современное технологическое оборудование требует надлежащего технического состояния помещений. Поэтому прежде скажу о ремонтных работах, в которых нуждаются основные корпуса больницы. Они были спроектированы в 1970-72 годах и построены в 80-е годы XX столетия. За всё это время ни разу не проводился их капитальный ремонт, и необходимость это сделать - сейчас просто очевидна.

С ремонтом основных корпусов больницы мы вошли в краевую адресно-инвестиционную Программу на 2017 год. На эти цели выделено более 11млн. рублей - на ремонт и 2,8млн. рублей - на проектно-сметные работы. Также стали участниками программы «Развитие моногорода Заринск», согласно которой выделены средства на модернизацию зон регистрации и входных групп поликлиник общей суммой около 4млн. рублей. На 2018 год в КАИП запланировано 6,6млн. рублей на проектные работы. Одновременно стали участниками краевой программы «85х85» на 2019 год, запланировано 80млн. рублей на проведение капитальных ремонтов зданий больницы. Замечу, что при этом мы не сидим в ожидании краевых средств, а своими силами проводим необходимые текущие ремонтные работы.

Что касается оборудования, 2017 год можно считать прорывным в данном направлении. Средства, выделенные на эти цели Фондом обязательного медицинского страхования и региональным министерством здравоохранения, составили более 20млн. рублей. Уже поступил аппарат УЗИ экспертного класса с набором датчиков, позволяющих обследовать

органы брюшной полости, сердце, органы наружной локализации. Получили цистонефроскоп, который позволяет визуализировать патологию мочевого пузыря, мочеточников, лоханок почки. Получены два современных стоматологических кресла, которые установлены в поликлинике п.Северный. В стадии приобретения - лапароскопический комплекс и операционный стол для травматологов. Рассчитываем, что следующим шагом станет приобретение литотриптера - аппарата для измельчения и выведения мочевых камней.

Безусловно, подобное оборудование позволяет нам выйти в своей работе на новый качественный уровень, приступить к освоению и применению новых лечебных методик. *В большем числе случаев мы можем оказывать необходимую медицинскую помощь на месте, не отправляя пациента в краевые учреждения третьего уровня.* Мы стремимся и в дальнейшем развиваться и осваивать новые оперативные и консервативные методики лечения, предоставлять нашим пациентам более широкий спектр медицинских услуг.

Особое внимание уделяется развитию в округе службы скорой помощи. Принцип очевиден: она должна быть доступна в равной степени жителям и города, и села. Сейчас это не всегда выполняется из-за большой протяженности и транспортной разветвленности района.

До недавнего времени станция скорой помощи находилась только в Заринске. Считаем, что необходимо открытие дополнительных пунктов скорой помощи при врачебных амбулаториях. И первый шаг к этому сделан: лицензирован пункт скорой помощи при врачебной амбулатории в селе Смазнево, планируем открытие пункта скорой помощи в селе Тягун, где сейчас действует врачебная амбулатория с врачом-терапевтом и фельдшером. Но это село активно растет - здесь успешно развивается спортивный кластер: строится горнолыжный комплекс,

создаются условия для развития ряда экстремальных видов спорта. Поэтому усиление и развитие медицины здесь является очевидной необходимостью. Рассчитываем расширить кадровый состав врачебной амбулатории, пригласить специалистов по спортивной медицине. Также в ближайших планах открыть пункт скорой помощи в селе Новоманюшкино.

В ближайшее время нам предстоит обеспечить на территории города и четырех районов *новый вид связи для службы скорой помощи - транковую связь*, перейти на диспетчеризацию службы СМП для медорганизаций округа нашим отделением скорой и неотложной медицинской помощи и далее - переход на управление вызовами через единую службу 112 из краевого центра. Пока для этого идут подготовительные работы. Это позволит ещё более стандартизировать работу службы, преодолеть межтерриториальные барьеры, обеспечить лучшую доступность для населения.

- Какие изменения в службах больницы произошли за последний период?

- Провели объединение районной и городской служб амбулаторно-поликлинической помощи детям. Если изначально этому противились и сельское население, и медицинские работники, то сейчас, надеюсь, уже все поняли, что было принято верное решение. Теперь и для сельского населения стали более доступны приемы специалистов, методики лечения, диагностическое оборудование, а также все службы, которыми пользуются горожане.

Городская детская поликлиника располагает современным диагностическим оборудованием, на ее базе выстроена система реабилитации, ведут прием узкие специалисты. Мы считаем важным организовать работу таким образом, чтобы жители отдаленных сел имели возможность пройти обследование в поликлинике в максимально короткие сроки, оптимально в течение одного дня, для чего были приняты и допол-



Модернизация - жителям края

нительные организационные решения. Как пример: в регистратуре выделено отдельное окно для приема сельского населения, и менеджер, находящийся в этой зоне, организует посетителей, чтобы исключить напрасное ожидание пациентом приема врача.

Кроме того, налажена выездная работа специалистов больницы. Ежемесячно составляется и обязательно выполняется план-график. При необходимости подобные выезды возможны и вне графика, например, в случаях, когда в селе появились маленькие дети, есть сообщение о серьезном заболевании ребенка и т.д. Несмотря на кадровый дефицит, система выездной работы выстроена достаточно четко. Участковые педиатры обязательно взаимодействуют с тем средним медработником, который трудится на территории обслуживания ФАПа или врачебной амбулатории. Осмотр ребенка производится либо на дому, либо в амбулатории, на ФАПе. Мы также взаимодействуем с органами опеки, службой защиты семьи: вместе с ними объезжаем семьи из группы социального риска для своевременного медицинского обслуживания. Эта работа очень многогранная и достаточно сложная.

- Взрослое население сёл района также охвачено выездной работой?

- Осуществляется выездная работа терапевтов. Ведь не все жители удаленных сёл могут посетить доктора в Заринске. График выездов на ФАПах знают. Есть понимание того, что таким же образом следует построить работу и узких специалистов, но для этого нужно оптимально решить кадровый вопрос. В настоящее время нас выручает Губернаторский «Автопоезд «Здоровье». В 2017 году он посетил Заринский район четыре раза.

- Если жителям районов округа необходимо лечение в стационаре, каков механизм его получения?

- Для получения планового стационарного лечения необходимо обратиться в поликлинику по



месту жительства. Соответственно, жителям Заринска и Заринского района - в поликлинику ЦГБ или районную поликлинику. Врачи на месте проводят диагностику. Если выявляется патология уровня центральной районной больницы, ею и занимаются на этом уровне. Если патология второго или третьего уровня, пациента направляют либо к нам в стационарные отделения, либо в лечебные учреждения третьего уровня, - всё зависит от показаний, сложности и тяжести выявленной патологии.

При этом из-за нехватки специалистов в Тогульском, Кытмановском, Залесовском районах основная нагрузка ложится на наше лечебное учреждение как на межрайонную больницу. И это, считаю, объективно, потому что пациент должен получить качественную медицинскую помощь независимо от своего места жительства.

- Давайте подробнее остановимся на ранней диагностике онкологических заболеваний. Что удалось сделать в этом направлении?

- Удалось добиться того, что на ФАПах, врачебных амбулаториях, смотровых кабинетах поликлиник

всех пациентов обязательно обследуют на онкологию. Даже получающие лечение в стационаре в обязательном порядке направляются в смотровой кабинет поликлиники. Причем, во всех смотровых кабинетах принимаются не только женщины: на сегодня 43% осмотренных - это мужчины. У женщин обязательно проводится первичная диагностика молочных желез. Осмотр мужчин направлен на выявление онкозаболеваний простаты, прямой кишки. Все пациенты осматриваются на патологию щитовидной железы, кожных покровов, ротовой полости, других органов наружной локализации. Выявление онкозаболеваний на ранней стадии входит в число критериев эффективной работы персонала, поощряемых и материально. В целом отмечу, что по статистическим данным, доля выявления запущенных болезней сокращается, так что усилия всех служб не напрасны.

- Значимое и огромное направление работы - профилактика заболеваний.

- При городской поликлинике действует отдел профилактики. Он выполняет в том числе и координирующую роль усилий



Модернизация - жителям края

разных специалистов в этом направлении. В частности, специалисты приглашают пациентов на обследования, информируют по разным вопросам через СМИ. Выстроена система многоуровневой работы, охватывающая Заринск и Заринский район.

Также отмечу, что *в городе и районе достаточно развито спортивное движение*. И это действенный способ пропаганды здорового образа жизни. В Заринске работает отличный бассейн, всю зиму принимает желающих каток. Во многих сёлах действуют открытые спортивные площадки, на которые может прийти любой житель и заняться тем видом физической активности, который ему подходит больше всего. Спортивным инвентарем в полной мере оснащены образовательные учреждения - школы и детские сады.

Этот уровень развития спортивной базы в городе и сёлах достигнут благодаря реализации грантовых проектов, а также инициативе местного бизнес-сообщества. Недавний яркий пример: в селе Сосновка местные предприниматели полностью оснастили спортивным инвентарем школу и новый детский сад, построенный также с участием их средств.

Думаю, что скоро на спортивной карте края зажжется новая звездочка - Тягун, где уже действует горнолыжный спуск, работает подъемник, проходят лыжные соревнования различного уровня. В 2017 году я сопровождал велогонку, собравшую 154 участника. Кто-то проходил трассу на профессиональных велосипедах, кто-то - на «Уралах». Одни из участников занимаются велоспортом серьезно, другие - несколько раз за сезон садятся на велосипед, но все с удовольствием прошли маршрут.

Важно и то, что жители сёл, взрослые и дети, смогут заниматься выбранным видом абсолютно бесплатно или за минимальные деньги. Уже сейчас во многих населенных пунктах стадионы и спортивные площадки приведены в отличное состояние. Это результат большой работы местного самоуправления, районной администрации, предпринимателей. Я тоже не смог остаться в стороне от общего движения: освоил горные лыжи, регулярно посещаю бассейн, привлекаю к этому своих детей.

- Алексей Викторович, как житель отдаленного села вашего округа может попасть на прием к врачу ЦГБ?



- В удаленном случае доступна запись через Интернет и по телефону. Все талоны на прием к специалистам обязательно выкладываем в Интернет. Оттуда их можно получить, непосредственно войдя в сеть, или через сотрудников call-центра - если запись осуществляется из дома по телефону. Из этого же «банка» талоны берет и работник регистратуры, если человек обращается напрямую к нему.

Если необходима неотложная помощь, а талона нет, пациент может обратиться в кабинет доврачебного приема, либо в кабинет неотложной помощи в поликлинике, к администратору. Может помочь в решении данного вопроса и заведующий поликлиникой - его кабинет находится рядом с регистратурой. В любом случае пациент получит «нулевой» талон и обязательно попадет на прием к врачу.

Если неотложное состояние случилось в нерабочее время, выходные дни, необходимо обратиться в приемный покой, на станцию скорой помощи либо вызвать бригаду скорой помощи домой.

- Есть очередь для ожидающих стационарное лечение?

- Реальная очередь существует дней на десять только в терапевтическом отделении. Напомню, что по программе ОМС допускается ожидание в течение 20 дней. Разумеется, некоторые коррективы вносят сезонные болезни - время плановой госпитализации может увеличиться. В таких отделениях, как хирургия, урология, гинекология, главным при наличии показания к госпитализации становится готовность пациента.

- Каков порядок действий врача, если экстренно необходимо отправить пациента в учреждение третьего уровня?

- Прежде всего, дежурный специалист созванивается для консультации с профильным специалистом третьего уровня через краевой центр медицины катастроф. Если согласована госпитализация, есть два варианта развития событий: либо выезжает бригада медицины катастроф и забирает пациента, либо на машине класса В или С в сопровождении бригады и реаниматолога мы сами обеспечиваем этапирование пациен-



Модернизация - жителям края

та в лечебное учреждение третьего уровня. Аналогично действуют и в учреждениях первого уровня.

- Возникают трудности в приеме в краевых учреждениях экстренного больного?

- Нет. Если к нам поступил кардиологический больной, после консультации с врачом Алтайского краевого кардиодиспансера и принятия решения о срочной госпитализации никаких препятствий не возникает. Консультация происходит с использованием современной системы «Теле-Альтон» (аппаратно-программный комплекс для регистрации и передачи ЭКГ), и пациент отправляется, как правило, в сопровождении нашей бригады. Если необходима госпитализация в Алтайскую краевую клиническую детскую больницу, также нам всегда «зеленый свет». При необходимости экстренной медицинской помощи новорожденному ребенку специалисты выезжают сами. Доставку детей постарше осуществляем, как правило, мы. При обращении в краевую клиническую больницу при показанном оперативном лечении сразу получаем «добро». Несколько сложнее лечение неврологических больных - это отделение в ККБ, как правило, переполнено. Но в каждом конкретном случае решение принимается индивидуально. ☺

От редакции.

Это наш первый материал из запланированного цикла, знакомящий наших читателей с медицинскими учреждениями Алтайского края. Мы ставим своей целью не только рассказать об происходящих изменениях в учреждениях, о новых возможностях, которые появляются у медиков, но и том, как важно на каждом этапе организации медицинской помощи понимать свою задачу, свою ответственность, и главное - быть эффективным звеном в общей многоуровневой системе организации медицинской помощи. Жителям края, пациентам медицинских учреждений, также необходимо иметь информацию о том, на какую медицинскую помощь и в каком порядке ее получения они могут рассчитывать. Понимать, что независимо от места своего проживания, благодаря трехуровневой системе оказания медпомощи, жители самых отдаленных сел, районных центров и городов имеют равные возможности ее получения.

Разговор с Алексеем Викторовичем Бракоренко, главным врачом Заринской ЦГБ, в большей степени касался именно принципов оказания медицинской помощи жителям Заринского округа, тех организационно-технических мероприятий, которые важно было предпринять, чтобы ЦГБ сегодня соответствовала тем задачам, которые на нее возложены, чтобы население и Заринска, и закрепленных районов воспринимало ЦГБ как современное учреждение с достаточными возможностями. Мы умышленно не стали оперировать в материале медико-статистическими показателями, характеризующими уровень заболеваемости жителей округа, работы учреждения за год и т.д. Важно, что не просто определена стратегия дальнейшего развития ЦГБ, но и сделаны вполне реальные, ощутимые шаги по многим направлениям. И этому движению есть поддержка на всех уровнях: на уровне края, города, района, в коллективе, у населения.



О СЕБЕ:

- Окончил Алтайский государственный медицинский университет в 1996 году. Интернатура по анестезиологии и реаниматологии. Работал в больницах Барнаула. Первый опыт руководителя здравоохранения получил с 2006 года в Республике Алтай: на должности начмеда исполнял обязанности и заведующего поликлиникой, отвечал за работу ФАПов, являлся единственным анестезиологом в районе. Позже назначен главным врачом центральной районной больницы.

Одновременно повышал свою квалификацию: в 2010 году - обучение в Новокузнецком институте усовершенствования врачей, в 2015 году - в Российской академии народного хозяйства. С 2012 года - главный врач ЦРБ в Усть-Пристанском районе. В 2016 году поступило предложение возглавить центральную городскую больницу в Заринске.

Получил опыт депутатской работы. Первый раз был избран в 2007 году в Республике Алтай. Поэтому в 2017 году, после участия в выборах и доверия стать главой Совета депутатов Заринского района, хорошо представлял, насколько большая ответственность и серьезная работа за этим последуют. С другой стороны, именно административный ресурс помогает депутатам решать самые разные вопросы. Многие из коллег по депутатскому корпусу - крупнейшие сельхозпроизводители на территории района, руководители хозяйств. Работа в здравоохранении и работа в депутатском корпусе - это обязательно работа с бюджетом, социальной инфраструктурой, и она мне понятна.

В селе на первом месте стоят социальные проблемы. И в этом ряду самые сложные - касаются здравоохранения. Уверен, что если главный врач крупного медицинского учреждения, каким является ЦГБ города Заринска, одновременно председатель Совета депутатов, от этого население только выиграет.

Еженедельно с коллегами-депутатами, с главой района выезжаем на объекты. Обозначенная проблема либо оперативно решается, либо берется на разработку.

Заринск и Заринский район отличает особая ответственность представителей бизнеса за всё происходящее. Они понимают, что, достигнув успеха в собственном деле, обязаны участвовать в жизни родного города, села, помочь их жителям. И тогда, видя такие примеры социальной ответственности, бизнес в свою очередь получит поддержку людей. Участие в добрых, социально значимых делах - необходимость для многих предпринимателей и руководителей самых разных организаций. И я не являюсь исключением.



Женщина должна сотрудничать со своим доктором

Разговор с Оксаной Владимировной ЧЕКРИЙ, заместителем главного врача по акушерско-гинекологической помощи, КГБУЗ «Алтайский краевой клинический перинатальный центр «ДАР», посвящен важному периоду в жизни женщины - беременности и рождению здорового ребенка.

- Оксана Владимировна, каждая женщина знает, что постановка на учет в женской консультации предпочтительна до 12 недель беременности. Каковы главные причины этого правила?

- Еще в период, предшествующий беременности, необходимо начать к ней готовиться. Организм женщины должен получить все необходимые витамины, микроэлементы для дальнейшего полноценного формирования ребенка. Также необходимо на этом этапе пройти обследования, выявить и пролечить все заболевания, а хронические болезни перевести в состояние стойкой ремиссии.

Действительно, после наступления беременности постановка на учет должна произойти на сроках до 12 недель. **В России, как и во всем мире, обязательно проводится пренатальная диагностика, направленная на выявление врожденных пороков развития и хромосомных аномалий плода.** Определены ее сроки - **11-13 недель беременности.** В соответствии с Приказом министерства здравоохранения Алтайского края №15 от 18.01.2017 года *все женщины Алтайского края проходят данное обследование абсолютно бесплатно в краевом перинатальном центре «ДАР» по направлению врача женской консультации по месту жительства, где женщина встала на учет.*

В течение беременности проводятся **два скрининговых исследования.**

Первый - на сроке 11-13 недель: УЗИ, анализ крови на биохимические белки, которые помогут установить, есть ли у женщины повышенный риск хромосомной патологии. Если риск повышен, жен-

щина направляется на консультацию врача-генетика, который может рекомендовать более глубокое медицинское обследование по клеткам крови плода. В этом случае оборудование специальной цитогенетической лаборатории (микроскопы с суперувеличением) позволяет рассмотреть конкретный хромосомный набор ребенка и, по сути, составить его генетический паспорт. Выявляются пять основных заболеваний, связанных с хромосомной патологией, одно из них - синдром Дауна. При выявлении патологии об этом в первую очередь информируются будущие родители. По их решению беременность может быть либо прервана, либо пролонгирована - право окончательного выбора остается за семьей.

Второй скрининг проводится при сроке беременности 18-21 недели. К этому времени уже произошла закладка внутренних органов ребенка. И целью исследования становится выявление анатомических пороков развития, в том числе таких тяжелых, как врожденные пороки сердца, в отдельных случаях способные вызвать гибель ребенка. Не менее важно раннее выявление пороков мочевыделительной системы, кишечника, ЦНС, позвоночника и т.д.

- Можно ли перечень необходимых обследований и анализов беременной женщины разделить на обязательные и необязательные?

- Конечно, нет. Утвержден порядок оказания акушерско-гинекологической помощи, в котором прописаны все этапы наблюдения за беременной женщиной. Контроль осуществляется на регулярных консультациях у своего врача по месту жительства. Очень важно со-



блюдать всю технологию наблюдения, чтобы не получить при рождении неожиданные сюрпризы. Важно понимать, что **врач отвечает за здоровье двух человек, исходя из этого и строит свою работу, поэтому важно выполнять его рекомендации в полном объеме.** Любая женщина, готовящаяся к появлению на свет ребенка, должна сотрудничать со своим доктором, доверять ему, помнить, что он направляет на анализы и обследования потому, что они помогают прогнозировать и выявлять отклонения в течение беременности и в состоянии здоровья ребенка, при необходимости - вовремя вмешаться и назначить лечение либо, минимизируя риски, довести женщину до благополучных родов.

- Что можно сказать о состоянии здоровья у нынешних женщин? Оно становится лучше в сравнении с тем, что вы наблюдали в начале вашей профессиональной практики?

- К сожалению, ситуация такова, что увеличилось число возрастных женщин, становящихся матерями. Не секрет, что в 90-е годы произошел спад рождаемости, и сейчас заметно меньше молодых женщин, которые хотят и могут рожать. А с возрастом приобрета-



ются различные заболевания. Женщины, которые сейчас вступают в беременность, имеют больше проблем со здоровьем, нежели это было, скажем, 20 лет назад. Соответственно, больше осложнений имеется при беременности, больше проблем у рождающихся детей. Это медицинская и социальная проблема, которую государство пытается решить, выстраивая работу современных перинатальных центров, вводя социальные пособия, материнский капитал, в том числе большая работа в этом направлении проводится и на региональном уровне.

- После первого года работы «ДАРА» уже очевидно, что за такой короткий срок он занял ведущие позиции в системе здравоохранения края.

Приоритетным направлением работы нашего краевого клинического перинатального центра «ДАР» является использование высоких технологий, которые позволяют выхаживать недоношенных детей, в том числе родившихся с экстремально низкой массой тела, детей, рожденных матерями с тяжелыми соматическими патологиями. Подводя итоги 2017 года, можно сказать, что эту задачу государственной важности перинатальный центр выполняет качественно. Назову цифры: с начала года принято **2260 родов**, на свет появились **2338 детей**, из них - 74 двойни и 2 тройни.

Особенностью нашей работы является **ориентация учреждения на сотрудничество с семьей, ожидающей пополнения**: создание комфортных условий для вынашивания и рождения здоровых детей, возможность проведения семейноориентированных (партнерских) родов, создание семейной атмосферы и комфортных условий пребывания женщины и ребенка в нашем учреждении. Женщина сама выбирает, кто из близких или родственников будет присутствовать на родах: и 58 женщин в центре воспользовались этой возможностью.

Надо иметь в виду, что **в краевой перинатальный центр направляются женщины с серьезными патологиями, которые не всегда были выявлены в медицинских учреждениях по месту жительства**. Значит, на наших специалистах лежит особая ответственность в каждом случае. В частности, нередко из районов мы получаем пациенток, которым не проведено обследование на сахарный диабет, а в настоящее время распространенность этого заболевания сравнима с эпидемией. К тому же беременность является диабетогенным



фактором, и мы с этим сталкиваемся ежедневно в своей работе.

Не случайно в центре **по инициативе главного врача И.В. Молчановой создано отделение, специализирующееся на помощи женщинам, у которых выявлен гестационный сахарный диабет** (сахарный диабет беременных). Лечение в отделении прошли 450 пациенток. В штат «ДАРА» приняты врачи: эндокринологи, уролог, хирург, окулист, гемостазиологи. Как видите, профиль специалистов достаточно широкий, позволяющий выявить болезнь, назначить лечение, довести заболевание до состояния компенсации, успешно провести роды и при необходимости передать новорожденного в детский блок.

В центре создана серьезная педиатрическая служба, которая позволяет выхаживать детей, родившихся с экстремально низкой массой тела. На этом этапе важны и оборудование и специалисты, и технологии. Сначала ребенок передается в отделение реанимации и интенсивной терапии. Оно оснащено высокотехнологичным медицинским оборудованием, позволяющим поддерживать, а нередко и заменять, жизненно важные функции новорожденного. За год работы в отделении пролечены 242 ребенка, из них 47 - родились с весом меньше полутора килограммов.

Когда жизненно важные функции у новорожденного восстановлены, но он еще очень слабенький, ребенка переводят в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей. Главная задача на этом этапе - помочь малышу набрать вес. И она успешно решается: вес самого маленького пациента при рождении составил 920

Сегодня большинство пороков подлежат хирургическому лечению, и оно успешно проводится.

Но о них важно знать заранее, чтобы роды проходили там, где женщина и новорожденный смогли получить необходимую медицинскую помощь. Здесь речь идет уже о высокотехнологичной медицинской помощи, требующей знаний, соответствующей подготовки персонала, использования современного оборудования.



граммов, а при выписке он весил уже 2425 граммов.

После выписки перинатальный центр не оставляет таких малышей без внимания: на протяжении года специалисты следят за их здоровьем и развитием в **созданном кабинете катанестического наблюдения за детьми с перинатальной патологией**. Таким образом, в учреждении выстроен комплексный подход, обеспечена заинтересованность в положительном результате на каждом этапе наблюдения беременности и родов.

В конце ноября 2017 года в «ДАРе» открыл двери **краевой Центр охраны здоровья семьи и репродукции**. На четвертом этаже центра успешно проводят диагностику и лечение всех видов бесплодия с помощью вспомогательных репродуктивных технологий, в том числе и ЭКО.

Наши сотрудники оказывают медицинскую помощь не только в стенах центра. В его структуру входит **дистанционный консультативный центр с выездной анестезиолого-реанимационной акушерской и неонатологической бригадами**. Если матери или ребенку требуется специализированная интенсивная медицинская помощь, то реанимационный автомобиль со специализированной бригадой медиков выезжает в самые отдаленные уголки Алтайского края. За год осуществлены 102 таких выезда, эвакуированы 79 женщин и 15 детей.

Подводя итог сказанному, подчеркнем: когда в одном месте сосредоточено современное оборудование, работают высококвалифицированные специалисты, выверены все технологии, обязательно достигается достойный результат. И первый год работы «ДАРа» это доказал.

- И все-таки в процессе беременности и родов остается доля неуправляемых факторов с точки зрения медицины?

- Это так. В частности, замершая беременность в ранних сроках в большинстве случаев вызвана хромосомными поломками. Природа умнее нас, она эту беременность прекращает и пытается удалить из организма женщины. Заранее увидеть мы это не можем.

На самом деле в природе всё задумано тонко и умно, и цель врача - идти вместе с женщиной к рождению здорового ребенка. ☺

Рекомендуемый план обследований при беременности

5-7 неделя	Первый прием у врача-гинеколога для подтверждения беременности с помощью гинекологического осмотра.
7-11 неделя	Прием у акушера-гинеколога для постановки на учет в женскую консультацию. Измерение основных параметров (веса, роста, пульса, артериального давления, температуры тела и размера таза беременной, высоты стояния дна матки и объема живота). Общий анализ мочи. Общий анализ крови. Группа крови и резус-фактор. Мазок на цитологическое исследование. Коагулограмма. Биохимический анализ крови. Анализ крови на ВИЧ-инфекцию, гепатит В и С, сифилис. Анализ крови на TORCH-инфекции. Посещение терапевта, эндокринолога, офтальмолога, отоларинголога, кардиолога, стоматолога.
11-14 неделя	Первый пренатальный скрининг («двойной тест»), первое плановое УЗИ.
16 неделя	Посещение гинеколога. Измерение основных параметров. Общий анализ мочи.
18-21 неделя	Общий анализ крови. Второе плановое УЗИ, включая Эхо-КГ плода.
20 и 22 недели	Посещение гинеколога. Измерение основных параметров. Общий анализ мочи.
24 неделя	Посещение гинеколога. Измерение основных параметров. Общий анализ мочи. Осмотр нижних конечностей на предмет варикозного расширения вен.
28 неделя	Посещение гинеколога. Измерение основных параметров. Общий анализ мочи.
30 неделя	Посещение гинеколога. Измерение основных параметров. Осмотр нижних конечностей на предмет варикозного расширения вен. Оформление декретного отпуска. Общий анализ мочи. Мазок на цитологическое исследование. Общий анализ крови. Биохимический анализ крови. Коагулограмма. Анализ крови на ВИЧ-инфекцию, гепатит В и С, сифилис. Посещение терапевта, окулиста.
30-34 неделя	Третье плановое УЗИ.
33-34 неделя	Посещение гинеколога. Измерение основных параметров. Осмотр нижних конечностей на предмет варикозного расширения вен. Общий анализ мочи. Общий анализ крови. Кардиотокография (КТГ) плода.
36 неделя (и далее - раз в неделю до родов)	Посещение гинеколога. Измерение основных параметров. Мазок на цитологическое исследование.





Создана «Ассоциация акушеров-гинекологов» Алтайского края

**Уважаемые коллеги, дорогие читатели!
Хотим всех, кто был с нами рядом, кто верит нам и поддерживает нас, поздравить с наступившим 2018 годом. Пожелать здоровья, благополучия, добра и счастья вам и вашим близким!**

Мы вместе прошли долгий путь в 15 лет вместе с нашим партнером - журналом «Здоровье алтайской семьи», на страницах рубрики «Школа ответственного родительства» за эти годы обсуждено множество вопросов, связанных с репродуктивным здоровьем девочки, девушки, женщины и мужчины; с наступлением беременности и её вынашиванием, родами и выхаживанием новорожденного. Многие специалисты и читатели нашли в этих статьях важное и интересное для себя.

С нового года мы выходим на новый этап общения. И это - не случайно...

В конце 2017 года произошло значимое для нас событие - в Алтайском крае создана и официально зарегистрирована краевая общественная организация «Ассоциация акушеров-гинекологов» Алтайского края.

Что это нам дает?

Для медицинского сообщества:

- ◆ возможность более частого и более близкого общения (очно и онлайн) для обсуждения и принятия единых подходов в диагностике, лечении, ведении наших пациентов;

- ◆ разработка и внедрение в практическую работу региона клинических рекомендаций по основным разделам специальности «акушерство и гинекология»;

- ◆ адресная доставка приказов, клинических протоколов, информационных писем и новых медицинских технологий;

- ◆ возможность постоянного совершенствования своих знаний, быстрое внедрение в практику;

- ◆ ассоциация может принимать участие в проведении экспертизы качества оказания специализированной медицинской помощи, представлять интересы членов ассоциации в государственных органах.

Для наших читателей (пациентов):

- ◆ возможность получения квалифицированной специализированной помощи, основанной на современных достижениях науки, в любом районе Алтайского края.

Кто может стать членом ассоциации? Любой врач-акушер-гинеколог Алтайского края.

Как стать членом ассоциации? На сайте министерства здравоохранения Алтайского края зайти в раздел «Специалистам», найти страницу «Ассоциация акушеров-гинекологов» Алтайского края, где полностью дана информация об ассоциации, адрес и телефоны для связи.



Нашим связующим звеном, как для членов ассоциации, так и для наших читателей и пациентов, по-прежнему является краевой медико-социальный журнал «Здоровье алтайской семьи», где рубрика «Школа ответственного родительства» теперь будет печатным «рупором» ассоциации акушеров-гинекологов Алтайского края.

Наши планы. На страницах журнала освещать важные вопросы, касающиеся организации работы и практической деятельности акушерско-гинекологической службы региона и страны. Мы можем вести диалог с читателями и специалистами - стоит только написать, и мы обязательно ответим на любые ваши вопросы.

Мы очень надеемся на поддержку, долгое и плодотворное сотрудничество! Ведь только вместе нам многое по плечу! ☺

**С уважением,
Президент «Ассоциации акушеров-гинекологов» Алтайского края
С.Д. Яворская**





Факторы риска венозных тромбоэмболических осложнений

К венозным тромбоэмболическим осложнениям относят тромбоз глубоких вен, тромбоз подкожных вен и тромбоэмболию лёгочных артерий.

Значение венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) обусловлено их высоким потенциальным риском для здоровья и жизни пациента. Частота возникновения венозного тромбоэмболизма в общей популяции составляет 1-1,5 случая на тысячу жителей. От тромбозов сосудов ежегодно в мире погибает почти 25 миллионов человек. В то же время тромбоэмболия лёгочной артерии (ТЭЛА) остается ведущей непосредственной причиной материнской смертности в развитых странах.

К симптомам и признакам тромбоза глубоких вен относят:

- боль и отек конечности (обычно односторонний),
- боль в нижней части живота (отражающую расширение тромба в тазовые сосуды),
- частым проявлением является изменение цвета пораженной конечности (синюшный или багровый оттенок),
- повышение температуры тела.

ТЭЛА - наиболее опасное осложнение тромбоза глубоких вен (ТГВ). При тромбоэмболии сгусток крови отрывается от стенки венозных сосудов и устремляется с током крови сначала в сердце, а затем - в сосуды лёгких, где и останавливается.

Выраженность клинической симптоматики значительно зависит от объёма тромботических масс, перекрывших ток крови по сосудам лёгких. Наиболее частым клиническим проявлением ТЭЛА является **внезапно возникшая одышка**. Часто она **сопровождается болями в грудной клетке**. Нередко эти боли выражены умеренно, иногда больной жалуется лишь на дискомфорт в области грудной клетки. Встречаются **жалобы на кашель, кровохаркание**. У части больных происходит **внезапная потеря сознания**.

Еще в 1884 году выдающийся немецкий врач и физиолог Рудольф Вир-

хов предположил, что тромбоз является сочетанием трех основных процессов: стаза (замедления тока) крови в сосудах, повышенной способности крови к тромбообразованию (тромбофилии) и повреждения сосудистой стенки. Предположение о существовании тромбофилий подтвердилось открытием генетических дефектов системы гемостаза. Так, например, в 1993 году шведским ученым Бьерном Дальбеком была описана семейная тромбофилия, причиной которой стала неспособность крови пациента реагировать на антикоагулянт протеин С. Затем другой ученый - Р.М. Бертина в университете города Лейдена (Нидерланды) - выявил молекулярную основу этого феномена, которую назвали **Лейденской мутацией в гене фактора V**. Ее распространенность в популяции белой расы составляет 4-15%.

В 1996 году голландские ученые открыли **мутации гена, ответственного за формирование молекулы II фактора свертываемости - протромбина**. Наличие этой мутации может приводить к увеличению содержания белка фактора II в крови почти на 25% и повышать риск развития тромботических осложнений. Распространенность данной мутации в популяции составляет 4-5%.

Считается, что данные генетические дефекты возникли у человека около 30-40 тысяч лет назад. Они позволяли быстрее остановить кровотечение, помогая таким образом выжить, так как именно кровотечения, вызванные ранениями, были основной причиной смерти охотников того времени.

Большинство людей, носителей генетических факторов риска, не страдают тромбозами на протяжении жизни, хотя и имеют вероятность развития этой патологии. Наиболее часто **реализация генетического риска ассоциируется с**



Наталья Николаевна ЯСАФОВА,

врач-гематолог,

высшая

квалификационная

категория, краевая

консультативная

поликлиника

КГБУЗ «Краевая

клиническая больница»



Хирургические вмешательства - фактор, провоцирующий возникновение эпизодов тромбозов в послеоперационном периоде у носителей протромбогенных мутаций в 10 раз чаще, чем у других пациентов. Для профилактики послеоперационных тромботических осложнений используются компрессионный трикотаж, ранняя активизация пациентов и назначение гепаринов.

провоцирующими факторами: возраст, рак, хирургические вмешательства, травмы, иммобилизация, острое инфекционное заболевание, лечение гормонами или химиотерапия. У женщин риск развития тромбозов связан с реализацией репродуктивной функции: с беременностью, послеродовым периодом, приемом оральных контрацептивов или менопаузальной гормональной терапии. Чем больше факторов риска у пациента, тем выше риск венозного тромбоза.

Рассмотрим подробнее эти провоцирующие факторы.

Риск венозных тромбозов осложненных среди носителей протромбогенных мутаций увеличивается с **возрастом**. Большинство случаев приходится на людей 50-55 лет и старше. Это связано с тем, что при старении происходят необратимые изменения сосудистой стенки, увеличивается груз сопутствующей хронической патологии, в том числе и онкологических заболеваний, нарастает гиподинамия.

Если у ваших близких родственников отмечались тромботические события в молодом возрасте (до 50 лет), возможно, это повод обратиться к врачу и обследоваться. «Молодые тромбозы» у родственников первой линии - один из признаков носительства мутации фактора V Лейден и/или гена протромбина.

Беременность - это период жизни женщины, который ассоциируется с физиологической и нарастающей по срокам беременности активацией свертывания крови. С одной стороны, данный механизм связан с необходимостью снижения кровопотери в родах, с другой, именно вынашивание беременности и послеродовой период определены в качестве доказанных факторов риска развития венозных тромбозов и тромбоэмболии лёгочной артерии, с частотой в 4-50 раз выше по сравнению с небеременными женщинами. Тромботические события чаще наблюдаются на ранних сроках, в третьем триместре беременности и в течение 6 недель послеродового периода. При этом частота тромбозов возрастает при наличии фоновых заболеваний: гипертонзивных состояний (повышение артериального давления) и/или варикозной болезни нижних конечностей, а также при беременности, наступившей с использованием вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО), сопряженных с назначением больших доз эстрогенов.

Носительство мутации Лейдена и/или аномального гена протромбина может самостоятельно повысить риск как тромботических, так и акушерских осложнений, что делает необходимым наблюдение таких женщин у гематолога-гемостазиолога. Именно совместное ведение беременности командой врачей позволит предупредить развитие осложнений гестации.

С практической точки зрения представляет интерес изучение управляемых факторов риска возникновения тромбозов в связи с возможностью их устранения и модификации. Например, широко используемые в практике гинеколога **эстрогенсодержащие лекарственные средства** (контрацепция, менопаузальная гормональная терапия, циклы стимуляции овуляции при проведении ЭКО и т.п.) повышают риск ВТЭО примерно в четыре раза, независимо от пути введения. Причем максимальный риск развития тромбозов приходится на первые три месяца приема препарата. Согласно рекомендациям ВОЗ (2009, 2015гг.), **назначение комбинированных оральных контрацептивов абсолютно противопоказано женщинам - носительницам мутаций фактора V Лейден и факто-**



ра II протромбина. Назначение эстрогенсодержащих препаратов с лечебной целью должно обязательно сопровождаться консультацией врача-гематолога-гемостазиолога, который на период лечения эстрогенами подберет предупреждающую развитие тромбозов терапию.

Ожирение - еще один значимый фактор риска ВТЭО. Именно ожирением (индекс массы тела, ИМТ, = более 30) страдали 60% женщин, умерших от ТЭЛА в Великобритании с 2003 по 2008 годы. *Риск развития тромбозов возрастает пропорционально увеличению степени ожирения.* Избыточный вес (ИМТ = 25-29,9) является умеренным фактором риска ВТЭО и чрезвычайно распространен среди населения (почти 50% случаев).

Необходимо отметить, что ИМТ - фактор, условно управляемый. Коррекция веса может не только самостоятельно уменьшить риск развития ВТЭО, но и повысить активность человека, повлиять на показатели его артериального давления, тем самым дополнительно снизив риск реализации тромботических событий, что особенно актуально у носителей мутаций фактора V Лейден и аномального гена протромбина.

Гиподинамия, длительные авиаперелеты (более 4 часов), **госпитализация и постельный режим, иммобилизация конечностей при травмах** увеличивают риск венозного тромбоза у носителей протромбогенных мутаций. Риск возрастает при увеличении времени неподвижности.

Хронические соматические заболевания (варикозная болезнь, артериальная гипертензия, воспалительные заболевания кишечника, аутоиммунные заболевания (системная красная волчанка), воспалительные заболевания кишечника) могут способствовать реализации генетического тромбогенного риска. При этом **коморбидность**, то есть сочетание двух и более заболеваний, приводит к потенцированию риска.

Несмотря на доказанный риск развития тромбозов при носительстве мутаций фактора V Лейден и аномального гена протромбина, до настоящего времени нет однозначного ответа на вопрос: «Кого нужно проверять на наличие врожденной тромбофилии?».



Учитывая опыт нашего подразделения по оказанию помощи пациентам с врожденными факторами тромбогенного риска, а также научные разработки коллег лаборатории гематологии ЦНИЛ Алтайского государственного медицинского университета, мы **рекомендуем тестирование на мутации фактора V Лейден и аномального гена протромбина следующим пациентам:**

- первый эпизод ВТЭО в возрасте до 50 лет;
- рецидив ВТЭО, независимо от наличия факторов риска;
- рецидив поверхностного тромбоза в отсутствие варикозного расширения вен;
- локализация ВТЭО в необычных местах (синусы твердой мозговой оболочки, мезентериальных или печеночных венах);
- репродуктивные неудачи (привычная потеря беременности, большие акушерские синдромы);
- назначение эстрогенсодержащих препаратов женщинам с семейной историей ВТЭО в возрасте до 50 лет у ближайших родственников.

К основным тестам на проверку на тромбофилию относятся: общий анализ крови, протромбин (ПТ) и активированное тромбопластиновое время (АПТВ), ингибиторы коагуляции (АТ, РС, PS), мутации фактора V Лейдена (FVL G1961A) и аномального гена, кодирующего протромбин (FII G20210A), выявление волчаночного антикоагулянта, антифосфолипидные и анти-бета2GP1-антитела. ☺

Обследование пациентов на наличие протромбогенных мутаций согласно показаниям, выделение групп риска тромботических осложнений, позволяет проводить профилактические мероприятия в рамках персонифицированной медицины, которые направлены на снижение риска возникновения ВТЭО.



Что нужно знать о возрастной макулодистрофии



Татьяна Ивановна РЕТЕНКО,
врач-офтальмолог,
высшая квалификационная категория,
КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края»

Возрастная макулярная дегенерация (ВМД) называется еще макулодистрофией, дистрофией сетчатки, дегенерацией «желтого пятна».

ВМД - хроническое прогрессирующее заболевание заднего отдела глаза, характеризующееся дистрофическими процессами в центральной зоне сетчатки и сосудистой оболочки глаза. ВМД является одним из наиболее частых в мировой практике заболеваний, приводящих к снижению и даже полной потере зрения.

Как правило, начала болезни пациент не замечает из-за отсутствия проблем со зрением. Затем теряется яркость и контрастность восприятия цветов, искажаются линии, не хватает освещенности. На следующем этапе при чтении и письме в привычных очках пациент замечает выпадение отдельных букв или целых слов, снижается острота зрения. Позднее перед глазом появляется пятно, сначала полупрозрачное, затем непрозрачное. ВМД - заболевание парного органа, и поражение распространяется на оба глаза.

В возникновении ВМД основное значение имеет ишемический фактор и действие синего света.

В зависимости от стадии (ранняя, поздняя) выделяют **сухую** и **«влажную» форму ВМД.**

Сухая форма ВМД проявляется:

- ◆ друзами (отложение аморфного ма-

териала между коллагеновым слоем мембраны Бруха и пигментным эпителием),

- ◆ перераспределением пигмента в макулярной зоне,

- ◆ атрофией пигментного эпителия сетчатки (ПЭС).

«Влажная» (экссудативная неоваскулярная) форма ВМД проявляется хориоидальной неоваскуляризацией (образование новых сосудов), которая сопровождается различной степенью повреждения ПЭС:

- ◆ экссудативная отслойка ПЭС,
- ◆ экссудативная отслойка нейроэпителия,
- ◆ экссудативно-геморрагическая отслойка ПЭС и нейроэпителия.

В России заболеваемость ВМД составляет более 15 человек на 1000 населения, и каждый 20-й россиянин находится под угрозой этого заболевания. Согласно статистике специалистов Диагностического центра Алтайского края, заболеваемость в возрастной группе от 52 до 64 лет составляет 1,6%, от 65 до 74 лет - 15%, от 75 до 84 лет - 25%, а старше 85 лет достигает 30 процентов.

Причины развития макулодистрофии определены факторами риска. К ним относят:

- *возраст* (средний - 55-80 лет, растет число больных допенсионного возраста),
- *пол* (женщины болеют в два раза чаще),
- *наследственность,*
- *сердечно-сосудистые заболевания* (гипертония, атеросклероз головного мозга),
- *сахарный диабет,*
- *несбалансированное питание,*
- *курение,*
- *интенсивное воздействие солнечных лучей,*
- *особенности профессиональной работы,*
- *плохая экология,*
- *перенесенные заболевания и травмы глаз.*

Среди многочисленных методов диагностики используются как **традиционные**



(визометрия, периметрия, офтальмоскопия), так и **современные автоматизированные и компьютеризированные методы исследования зрительных функций и глазного дна**: электрофизиологическое обследование, визоконтрастометрия, компьютерная периметрия, флюоресценторная ангиография, оптическая когерентная ретинотомография, цветное стереофотографирование, позволяющие проводить современную и качественную диагностику макулярной патологии сетчатки глаз. *Часть этих исследований проводится в Диагностическом центре Алтайского края.*

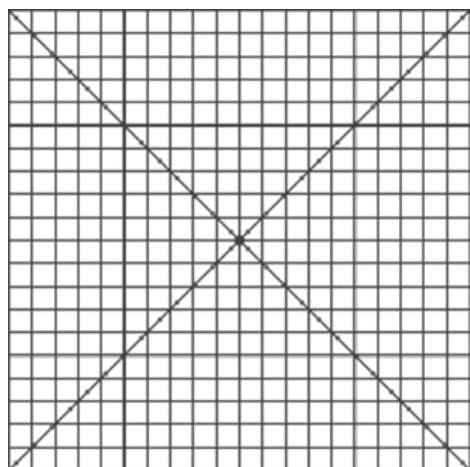
Эффективным считается и **самостоятельный тест зрительных функций каждого глаза в отдельности**, например, по сетке Амслера или по привычной и хорошо знакомой картине - виду из окна или фотографии.

Для лечения больных с ВМД применяют диету, медикаментозное лечение, лазеротерапию, хирургическое лечение.

Особая роль в лечении ВМД относится к трем каратиноидам: лютеину, зеаксантину, мезозеаксантину, которые накапливаются в макуле и образуют макулярный желтый пигмент. Важность пигмента объясняется его антиоксидантной активностью и способностью задерживать синий свет.

Доказано, что прием пищи с высоким содержанием каратиноидов (кукуруза, шпинат, брокколи, тыква, морковь, бобы, томаты, киви) или лютеинсодержащих добавок приводит к увеличению лютеина в сетчатке. Широкое применение получают антиоксиданты растительного происхождения: черника, красная смородина, косточки красного винограда. В последние годы успешно применяют пептидные препараты, обладающие высокой трофической и тканеспецифической активностью.

Существует ряд основных мер для профилактики ВМД:



- вести здоровый образ жизни,
- соблюдать диету и употреблять в пищу достаточное количество витаминов и микроэлементов,
- отказаться от курения,
- избегать стрессовых ситуаций,
- придерживаться умеренных физических нагрузок,
- лечить сопутствующие заболевания,
- регулярно наблюдаться и обследоваться у врача-офтальмолога.

Проверяем зрение при помощи сетки Амслера

- Удобно расположитесь на стуле.
- Расположите решетку Амслера таким образом, чтобы расстояние между ней и вашими глазами было приблизительно 25-30 сантиметров.
- Наденьте линзы или очки, если вы их носите.
- Прикройте один глаз листом непрозрачной бумаги. Ни в коем случае не прижимайте глаз рукой, так как это может дать ложноположительный результат! Вторым глазом взгляните на темную точку в центре сетки и сфокусируйтесь на ней 3-5 секунд.
- Теперь медленно приближайтесь к сетке, не отрывая глаз от центральной черной точки, пока расстояние до таблицы не станет приблизительно 20 сантиметров.
- Проанализируйте картинку, которая у вас перед глазами: имеется ли искажение линий и углов? Все ли квадратики правильной формы и одинаковые? Нет ли в таблице мест, которые кажутся вам расплывчатыми или затуманенными?
- После этого повторите эти же действия для второго глаза. 🔄

Согласно статистике специалистов Диагностического центра Алтайского края, заболеваемость возрастной макулодистрофией в возрастной группе от 52 до 64 лет составляет 1,6%, от 65 до 74 лет - 15%, от 75 до 84 лет - 25%, а старше 85 лет достигает 30%.



Новогодние гномики

В семье барнаульцев Буянкиных сразу три малыша родились с интервалом в одну минуту. Они поспешили появиться на свет раньше времени - на 31-й неделе беременности мамы, 16 ноября в Алтайском краевом клиническом перинатальном центре «ДАР».

В отличие от ровесников Артем, Софья и Семён отправились домой значительно позднее - через два месяца. Сначала с ними работали врачи «ДАРа», затем - отделения патологии новорожденных и недоношенных детей №1 Алтайской краевой клинической детской больницы. И только в середине января было принято решение: ребятишки могут «идти» домой.

По словам Марии, счастливой мамы, ответственный период в жизни детей пройден успешно:

- Ребятишки родились весом 1600, 1650 и 1400 граммов, а теперь выросли до 3000, 2800 и 2700, то есть догнали доношенных ровесников. И всё это благодаря замечательным докторам, которые помогли нам сначала в центре «ДАР», затем - в краевой детской больнице. Я по профессии врач-эпидемиолог, поэтому хорошо представляю тот труд, те усилия, которые помогли моим детям окрепнуть.

Счастливым папа тройняшек, Роман, точно знает, что теперь его задача - построить большой дом для семьи, а пока - во всем помогать жене. Рядом будет и бабушка Любовь Николаевна - без третьих рук просто не обойтись!



О работе, проведенной в отделении краевой детской больницы, рассказывает его заведующая **Юлия Владимировна МИЛЛЕР:**

- Лечащий доктор малышей - Ирина Сергеевна КУПРЯШИНА, врач-неонатолог высшей категории с большим стажем работы. Помогали новорожденным все без исключения: узкие специалисты - логопед, офтальмолог, медицинские сестры, массажист. С мамой работала наш психолог Татьяна Владимировна ГОМАН. Занимались в том числе и проблемой грудного вскармливания, стремились, чтобы у мамочки сохранялось достаточное количество грудного молока.

Дальше дети будут наблюдаться до трех лет в кабинете катамнеза нашей поликлиники по педиатрической и офтальмологической патологии, в сурдологическом центре - по патологии слуха.

Если будет открыт в нашей больнице прививочный кабинет, то и прививать будем здесь же. Это не отменяет наблюдения у педиатров по месту жительства, но все узкие специалисты будут смотреть ребятишек в нашей поликлинике.

К торжественной выписке малышам в отделении связали яркие шапочки - и они стали похожими на гномиков. Подарки вручил главный врач больницы **Константин Владимирович СМЕРНОВ.**

А пожелание было общим и самым главным - здоровья маме и деткам! ☺

«ДАР»: торжественная выписка тройни

В краевом перинатальном центре «ДАР» 1 января 2018 года у Ларисы Смараковой появились на свет трое сыновей, каждый из которых - весом около двух килограммов.

Поздравить счастливую маму прибыли почетные гости - заместитель председателя правительства Алтайского края **Надежда КАПУРА** и заместитель министра здравоохранения Алтайского края **Вера УШАНОВА.**



«Рождение ребенка - это всегда счастье, а появление на свет тройни - счастье тройне. За год работы центра вы третья многодетная семья, которую выписывают из перинатального центра «ДАР» в большую жизнь. От имени Губернатора Алтайского края вручаем вам сертификат на материнский капитал, размер которого составляет 150 тысяч рублей», - обратилась Надежда Арсентьевна.

Вера Михайловна Ушанова и заместитель главного врача центра «ДАР» **Оксана Владимировна ЧЕКРИЙ** поздравили присутствующих с радостным событием и пожелали крепкого здоровья малышам, терпения и благополучия маме.

Врачи не прощаются с Максимом, Савелием и Егором, ведь теперь за их здоровьем они будут пристально наблюдать в течение года в кабинете катамнеза. ☺



Самообследование МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ как один из методов профилактики рака

Рак молочной железы - это злокачественная опухоль, которая развивается в железистой ткани молочной железы.

Напомню вам, уважаемые читатели, **о существующих факторах риска заболевания раком молочной железы:**

- раннее начало менструаций (раньше 12 лет);
- поздние первые роды (после 30 лет);
- позднее наступление климакса (после 55 лет);
- радиоактивное облучение;
- возраст: чем старше женщина, тем выше риск возникновения рака груди;
- наследственность.

Существуют также и **факторы понижения риска заболевания раком молочной железы:**

- регулярные физические нагрузки, которые способствуют поддержанию нормы веса и снижению уровня эстрогена;
- сбалансированное питание: витамины А, С и Е существенно повышают иммунитет.

В рамках профилактики рака молочной железы необходимо проходить маммографию и проводить самостоятельное обследование молочных желез.

Маммография - это рентгеновское обследование молочных желез у женщин в возрасте от 40 лет и старше, которое необходимо проходить раз в два года. Однако если имеются имплантаты или же противопоказания к рентгенологическому исследованию, то вам необходимо пройти УЗИ молочных желез.

Само **обследование молочных желез** очень важно для своевремен-

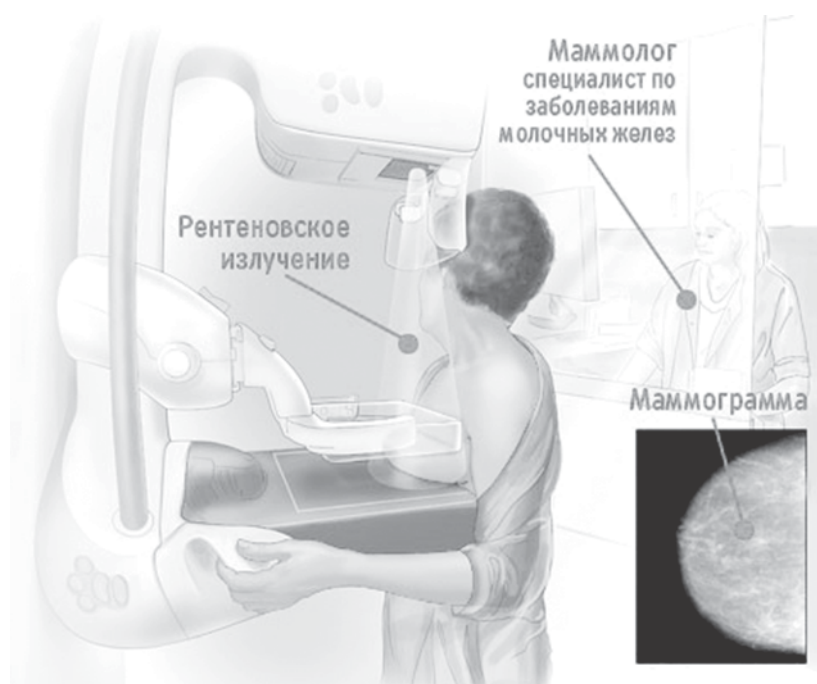
ной диагностики рака. Начинать его проведение лучше с 14-15 лет, так как именно в этом возрасте гормональные всплески могут привести к многочисленным заболеваниям молочной железы. Само обследование следует проводить в течение всей жизни в первую неделю после окончания менструации ежемесячно (так как возникшие незначительные изменения можно будет не заметить), а при климаксе - в любой день месяца.

Самообследование груди включает два главных приема: осмотр и пальпацию. Его выполняют стоя у зеркала и лежа на твердой поверхности. Проводите обследование при хорошем освещении.



Галина Владимировна ПАШИНСКАЯ,

старшая акушерка
женской консультации,
КГБУЗ «Городская приема:
поликлиника №3,
г.Барнаул»,
член ПАСМР с 2009 года



До процедуры проведите осмотр белья, так как незначительные выделения из соска могут оставаться незамеченными на его поверхности, но оставлять следы на бюстгалтере. Поэтому необходимо тщательно осмотреть белье: нет ли на нем следов выделения из соска в виде кровянистых, бурых, зеленоватых или желтоватых пятен, корок.

Далее приступайте к самому обследованию, которое состоит из семи этапов (см. рисунок).

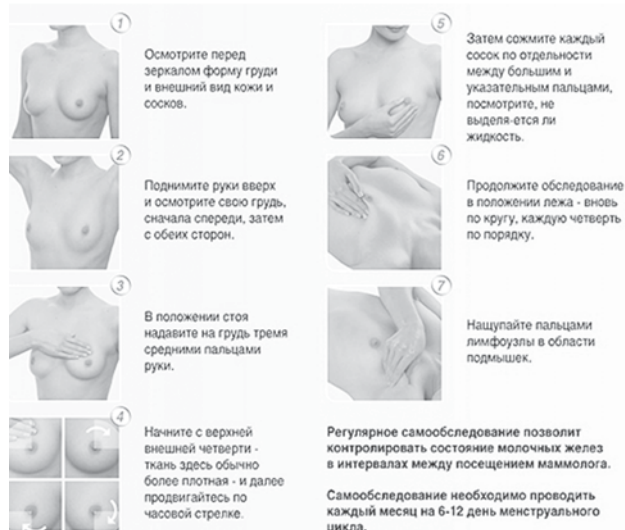
Если обнаружилось уплотнение в молочной железе, внимательно обследуйте симметричный участок второй железы. Если груди одинаковы, то переживать не стоит.

В каких же случаях необходимо обратиться к врачу?

- Если вы полагаете, что с момента последнего осмотра произошли заметные изменения.
- Имеются видимые изменения в груди.
- Вы видите западение или втягивание соска.
- Имеется выделение из соска.
- Необычная полнота или сморщивание.
- Обнаружено асимметричное уплотнение в груди.

Милые женщины, не поддавайтесь панике, обратитесь за консультацией специалиста-маммолога! Изменения могут произойти по самым разным причинам (мастит, доброкачественные образования, рожистое воспаление и многое другое). Окончательный диагноз сможет поставить только врач на основании проведенных диагностических исследований, также он может направить вас на консультацию к онкологу.

Завтра - в ваших руках! Помогите себе быть здоровой! ☺



Как защитить

Любовь Николаевна КРЮКОВА,

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



С наступлением холодного периода года отмечается подъём простудных заболеваний, а вместе с ними и опасность распространения гриппа.

Грипп - острое инфекционное заболевание, передающееся воздушно-капельным путем. Источником заражения является больной человек. Заражение происходит при непосредственном общении с больным: при разговоре, чихании, кашле. Возможна передача вируса через предметы личной гигиены и посуду.

От момента заражения до развития гриппа проходит от 6-12 часов до 2 суток. **Болезнь начинается остро:** с сильной головной боли, ломоты во всём теле, озноба, общей слабости. В течение суток температура повышается до 39-40°C. Заболевший отмечает боль при движении глазами, головокружение. Через несколько часов ощущаются сухость, першение в горле, появляются сухой кашель, заложенность носа. Лицо и глаза заболевшего краснеют. В течение последующих 1-2 суток температура тела остается на высоком уровне. На губах и носу могут появиться герпетические высыпания. Нарушается сон, исчезает аппетит. Лихорадка более 6-7 дней свидетельствует о развитии осложнений.

Грипп отмечается высокой контагиозностью. Так, расстояние от больного гриппом человека менее 1 метра является критичным. Поэтому в период сезона гриппа необходимо избегать мест массового скопления людей. Если мы вынуждены находиться в тесном помещении, необходимо рот и нос прикрывать маской, повязкой.

Почему грипп особо опасен для беременных? Беременность вызывает общее снижение иммунитета, таким образом, организм с ослабленной иммунной системой более подвержен заражению любыми инфекциями, в том числе и гриппом. Помимо ослабленного иммунитета на поздних сроках беременности у женщин поднимается диафрагма, что уменьшает объем лёгких и увеличивает опасность гриппа.

Также к группе риска относятся дети, люди с различными хроническими заболеваниями сердечно-сосу-



себя от заболевания гриппом

дистой, эндокринной систем, лица старше 60 лет.

Если вы заболели гриппом, не занимайтесь самолечением. Вызовите на дом врача, который вам назначит лечение. Раннее обращение за медицинской помощью позволит избежать осложнений, которые вызывает это заболевание. Помните, что даже обычный грипп может привести к смерти: чаще пожилых пациентов, но иногда и молодых людей с крепким здоровьем. Максимально сократите контакты с другими членами семьи - это необходимо для того, чтобы вы их не заразили и далее не распространяли инфекцию.

Прикрывайте рот и нос носовым платком или салфеткой при чихании или кашле. После использования выбрасывайте их в мусорную корзину.

Вакцинопрофилактика является самым эффективным средством индивидуальной и массовой профилактики гриппа. Противогриппозные вакцины безопасны и хорошо переносятся. В настоящее время вакцина против гриппа является высокоочищенным препаратом в отличие от ранее применявшихся живых вакцин. Сегодня используется инактивированная, то есть убитая, вакцина. Антигенный состав штаммов ежегодно меняется в соответствии с эпидемической ситуацией, рекомендациями ВОЗ. Вакцина против гриппа вызывает формирование высокого специфического иммунитета, и защитный эффект после вакцины, как правило, сохраняется до 12 месяцев.

Самая распространенная реакция на прививку - небольшая болезненность в месте инъекции вакцины. Но иногда возможны жалобы, что после прививки против гриппа появляется клиника острой респираторной инфекции, и связывают это с вакциной. Прививка защищает от вирусов гриппа, но существует ряд вирусов, которые вызывают простудные заболевания, схожие по своей клинике с гриппом. Кроме этого, современная вакцина «СОВИГРИПП» позволяет повысить устойчивость организма к другим инфекциям за счет коррекции иммунного статуса.



Если вы не успели сделать прививку, используйте **методы неспецифической профилактики гриппа.**

● *Чаще мойте руки водой с мылом*, особенно после того, как прикрывали рот и нос при чихании или кашле. Спиртсодержащие средства для очистки рук также эффективны.

● *Старайтесь не прикасаться грязными руками к глазам, носу, рту* - именно этим путем распространяются микробы.

● *Использовать одну и ту же маску рекомендуется не более 2-4 часов*, после чего ее нужно выбросить. Аккуратно надевайте маску, чтобы она закрывала рот и нос, без щелей между лицом и маской. Повторное использование маски может стать причиной заражения гриппом, так как на поверхностях вирус гриппа сохраняет свою активность длительное время.

● *Чаще проветривайте помещения.* Избегайте объятий, поцелуев, рукопожатий.

● *Используйте народные средства профилактики гриппа:* лук, чеснок, отвары шиповника, брусники, малины, черной смородины и т.д. Можно пользоваться оксолиновой мазью.

● *Придерживайтесь здорового образа жизни:* полноценный сон, рациональное питание, физическая активность, регулярные прогулки. ☺

Вакцинопрофилактика - самое эффективное средство индивидуальной и массовой профилактики гриппа. Вакцина против гриппа вызывает формирование высокого специфического иммунитета, и ее защитный эффект, как правило, сохраняется до 12 месяцев.



При сахарном диабете правильно ухаживаем за ногами



**Евгения Александровна
ДОЛГОВА,**

старшая медицинская сестра, высшая квалификационная категория, эндокринологическое отделение, КГБУЗ «Краевая клиническая больница», член ПАСМР с 2005 года

Сахарный диабет - это группа эндокринных заболеваний, развивающихся из-за нарушения выработки в организме гормона инсулина либо из-за нарушения его действия, в результате чего развивается гипергликемия - повышение содержания глюкозы в крови.

Длительная гипергликемия при сахарном диабете сочетается с повреждением и нарушением работы различных органов: кровеносных сосудов, почек, глаз, нервов, сердца.

При диабете поражаются нервы и кровеносные сосуды стоп, что приводит к нарушению их чувствительности: теряется способность чувствовать давление, боль и температуру. При потере чувствительности очень легко повредить стопы, не заметив этого. Также люди с диабетом подвержены высокому риску сужения магистральных кровеносных сосудов (атеросклерозу). Чаше поражаются сосуды нижних конечностей, в результате чего раны или поражения кожи заживают очень долго. Такое повреждение называется **синдромом диабетической стопы, оно является грозным осложнением сахарного диабета. И перечень последствий этого осложнения велик: ампутации нижних конечностей, высокая постампутационная летальность, инвалидизация, финансовые затраты, связанные с лечением, снижение качества жизни.**

Чтобы предотвратить развитие синдрома диабетической стопы, каждый пациент должен соблюдать **комплекс профилактических мероприятий, позволяющих снизить риск поражения ног при диабете.**

◆ Осматривайте стопы ежедневно. Особенно важно осмотреть кожу на подошве, в области пяток и межпальцевых промежутках.

◆ Пользуйтесь зеркалом или попросите об этом ваших родственников.

◆ Мойте ноги ежедневно (температура - не выше +37°C). После мытья высушите кожу осторожными промокательными движениями, особенно в межпальцевых промежутках. Повышенная влажность в этих областях способствует развитию опрелостей и грибковых заболеваний.

◆ При избыточной сухости кожи пользуйтесь специальными средствами по уходу за кожей на водной основе, в состав которых входит мочевины. Не наносите крем между пальцами.

◆ Обрабатывайте ногти регулярно (1 раз в 2 недели) с помощью пилки для ногтей, не вырезая уголки. Для удаления мозолей используйте пемзу. Если не удастся самостоятельно справиться с утолщенным ногтем или мозолью, обратитесь в кабинет диабетической стопы.

◆ Если ноги мерзнут, согревайте их теплыми носками соответствующего размера и без тугих резинок. Не допускайте сбивания носков в обуви.

◆ Ваши ноги защищены, если вы носите специально подобранную обувь. Каждый раз перед тем, как надеть обувь, проверяйте ее рукой изнутри.

◆ Если выявились повреждения стопы, обработайте кожу вокруг ранки дезинфицирующим раствором (антисептиком), закройте область повреждения стерильной повязкой и обратитесь к врачу.

◆ Поддерживайте показатели глюкозы крови на уровне целевых значений.

◆ Откажитесь от курения, которое негативно влияет на кровообращение.

Этого при диабете делать нельзя!

Нельзя пользоваться при уходе за ногами острыми предметами (ножницами, мозольными ножами, бритвенными лезвиями) из-за высокого риска травматического повреждения.

Не применяйте для обработки повреждений кожи на стопах спиртовые растворы (спиртовой раствор йода, бриллиантовой зелени), концентрированный раствор перманганата калия.

Не согревайте ноги с помощью грелок, батарей парового отопления, электронагревательных приборов.

Не ходите без обуви (даже дома), так как высока опасность травматизации с одновременным попаданием инфекции в область повреждения.

Недопустимо ношение обуви на босую ногу из-за большой вероятности образования потертостей.

Не надевайте новую пару обуви на целый день. ☹



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





Здесь работают профессионалы высочайшего класса

Ведущее лечебное учреждение, каким является КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница», - сложный многофункциональный организм, на руководителе которого лежит особая ответственность за налаженную ритмичную работу поликлиники и стационара, за оказание неотложной и плановой помощи, за организацию всех процессов диагностики, лечения, реабилитации заболеваний детей Алтайского края.

Константин Владимирович СМИРНОВ возглавляет этот коллектив последние пять лет. И каждый год - по-своему сложен, требует решения множества задач, в том числе создания особой атмосферы в больнице, одинаково комфортной для детей, их родителей и сотрудников.

- Константин Владимирович, в январе традиционно подводятся итоги прошедшего года. Чем запомнился вам 2017-й?

- Он был не простым как для нашей клиники, так и для всего здравоохранения Алтайского края в целом. Низкие тарифы системы ОМС за оказанную медицинскую помощь неблагоприятно повлияли на экономическую составляющую здравоохранения. Несмотря на объективные трудности, всё же удалось сделать немало.

Существенно новый виток развития краевая клиническая детская больница получила в 2017 году. Мы одними из первых в крае вступили в проект **«Открытая регистратура»**, что сделало пребывание наших пациентов более удобным и комфортабельным. Немаловажным стало присутствие на презентации проекта Губернатора Александра Карлина, после чего он провел рабочее совещание с медицинской общественностью «Перспективы развития педиатрической службы в Алтайском крае». Обсуждался главный вопрос - **создание педиатрического кластера**. Над этой задачей, поставленной Губернатором, нам предстоит работать в ближайшем будущем. А пока можно отметить, что определенные шаги на пути повышения доступности специализированной помощи детскому населению Алтайского края уже сделаны.



Например, в АККДБ увеличена мощность дневного стационара, эндокринологического и неврологического отделений. Открыт кабинет помповой инсулинотерапии для детей, больных сахарным диабетом, кабинет логопеда для ребятишек с нарушением слуха и детей, нуждающихся в реабилитации после кохлеарной имплантации, где детки учатся произношению звуков, слов, предложений. Организована выездная реанимационная бригада для оказания помощи новорожденным детям Алтайского края и транспортировка их в специализированные отделения АККДБ.

Значительное внимание уделено обновлению материально-технической базы, за счет средств краевого бюджета закуплено новое оборудование. Ежегодно в отделении функциональной и ультразвуковой диагностики АККДБ проводят более 6 тысяч исследований сердца и более 3 тысяч - сосудов. Новый **эхокардиограф экспертного класса для диагностики сердечно-сосудистой патологии у детей** - многофункционален. Он позволяет проводить различные диагностические исследования. Приобретена **видеоартроскопическая стойка для оперативного лечения и диагностики поражения суставов**. Теперь у маленьких жителей Алтайского



Открытие кабинета помповой инсулинотерапии



Новый логопедический кабинет



Алтайская краевая клиническая детская больница

◀ края появилась возможность получать специализированную медицинскую помощь нового уровня: врачи при помощи современного оборудования могут выполнять самые сложные операции на суставах. Этот комплекс при 20-кратном увеличении позволяет визуализировать состояние внутрисуставной полости на большом экране в реальном времени. Хирургу хорошо видна каждая деталь патологического процесса. Эндоскопическая стойка позволяет проводить малоинвазивные операции с использованием мельчайшего инструмента и под строгим контролем аппаратуры. Было куплено уникальное для Алтайского края *нейрофизиологическое оборудование экспертного класса*, позволяющее в режиме реального времени, в комфортных условиях для ребенка и мамы, при необходимости - в течении суток, проводить исследование, дающее возможность синхронизировать любое патологическое и физиологическое состояние ребенка с активностью клеток коры головного мозга. Данное оборудование специалисты краевой нейрофизиологической лаборатории используют для диагностики эпилепсии, контроля приема противосудорожной терапии и при других заболеваниях ЦНС. Нейрофизиологическая лаборатория нашей больницы известна далеко за пределами Алтайского края, а заключения ее специалистов оценены и востребованы не только в ведущих клиниках

страны, но и за рубежом. Высокоинформативные диагностические исследования помогают в адекватном назначении лекарственных препаратов.

В АККДБ всегда есть возможность консультаций по всем вопросам как с профессорско-преподавательским составом АГМУ, так и со специалистами ведущих медицинских учреждений России, с которыми наша клиника успешно взаимодействует. Это - Российская детская клиническая больница (Москва), эндокринологический научный центр (Москва), онкологический центр имени Рогачева (Москва), НИИ патологии кровообращения имени академика Мешалкина (Новосибирск), НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний (Кемерово), ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» с НИИ неотложной детской хирургии и травматологии (Москва) и многими другими. По медицинским показаниям мы оформляем направление на лечение в любое федеральное медицинское учреждение страны.

Традиционно в 2017 году **специалисты ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН» НИИ кардиологии провели консультации детей Алтайского края, имеющих врожденные пороки сердца и различные нарушения сердечного ритма.** Всего консультации получили 130 человек, из них 55 - направлены на госпитализацию

в НИИ кардиологии для оказания высокотехнологичной медицинской помощи (хирургическое лечение), 16 - на госпитализацию для оказания специализированной медицинской помощи (обследование и лечение). Специалисты осмотрели и детей с кардиологической патологией, находящихся на стационарном лечении в АККДБ, в том числе в отделении анестезиологии и реанимации и неонатологическом стационаре. Трех новорожденным в экстренном порядке организована госпитализация в Томский НИИ кардиологии.

Каждый год 1 июня в больнице проходит **большой праздник, посвященный Дню защиты детей.** Не стал исключением и прошлый год. В обязательной программе - концерт, конкурсы, встречи гостей. И в этот же день в 2017 году открыли **кабинет помповой инсулинотерапии**, что стало знаковым событием для края, поскольку количество детей, страдающих от сахарного диабета и нуждающихся в помощи, к сожалению, растет с каждым годом. Их лечением занимается отделение эндокринологии АККДБ. Почетные гости вручили 26 сертификатов на постановку помп, которые были установлены специалистами больницы в 2017 году.

В июле шестеро детей с сахарным диабетом первого типа впервые были **приглашены для участия в VIII Диаспартакиаде**, которая проходила в Сочи. Делегацию с Алтая возглавляла заведующая эндокринологическим отделением АККДБ **Оксана Михайловна НАЗАРКИНА.** Всеми нашими участниками была отмечена хорошая организация мероприятия, в том числе - необходимого медицинского сопровождения. По итогам выступления, команда из Алтайского края в номинации «Творческое соревнование» заняла первое место, второе место - в «Командных соревнованиях», а в номинации «Спортивные соревнования» - четвертое место.

Одно из ярких мероприятий года - **проведение 17 ноября Международного дня недоношенного ребенка.** Четыре года назад впервые в крае с этой инициативой выступила заведующая отделением патологии новорожденных и недоношенных детей №1, главный неонатолог края **Юлия Владимировна МИЛЛЕР.** Праздник был проведен при поддержке благотворительного фонда помощи недоношенным детям «Право на чудо» и администрации больницы. Он стал тради-



Школа для родителей недоношенных детей

Праздник, посвященный Международному дню недоношенного ребенка



За счастливое здоровое детство!

цией не только в нашей клинике, но и в краевом перинатальном центре, во многих роддомах края. В этот раз деткам, которые когда-то были пациентами отделения патологии новорожденных и недоношенных детей №1, и их родителям, были вручены фотографии, где повзрослевшие недоношенные дети фотографировались со своими снимками, сделанными сразу после рождения. Осуществить эту акцию помог благотворительный фонд «Право на чудо». Благодаря ему в отделении появились два кресла для кормления недоношенных детей. В 2017 году **открылась Школа для родителей недоношенных детей**. Занятия стали системной, специалисты отделения подробно рассказывают, как организовать питание таких деток, как правильно за ними ухаживать.

Начало года ознаменовалось **награждением Татьяны Алексеевны АСАНОВОЙ**, бессменного руководителя организационно-методического отдела нашей больницы, **медалью «За заслуги в труде»**. Татьяна Алексеевна успешно решает организационные и методические вопросы не только больницы, но и педиатрической службы края, работает честно, преданно, знает свою работу. Это действительно заслуженная награда.

Наши врачи, медицинские сестры успешно принимают участие и побеждают в профессиональных конкурсах. В краевом конкурсе профессионального мастерства «Лучший специалист со средним медицинским и фармацевтическим образованием» медицинская сестра онкологического отделения **Елена Ивановна ДОБРИКОВА** завоевала первое место. Ее фотография украшает галерею портретов лучших специалистов больницы. На праздновании Дня медицинского работника мы поздравили заведующую отделением функциональной и ультразвуковой диагностики **Наталью Владимировну ТИМОШЕНСКУЮ** с заслуженной наградой - нагрудным знаком «Отличник здравоохранения». Заключительным аккордом года стала победа наших докторов в краевом смотре-конкурсе на звание «Лучший врач года - 2017»: из девяти финалистов трое - врачи АККДБ. **Елена Львовна ТЕРЕНЮК** стала лучшим анестезиологом-реаниматологом края, **Ирина Борисовна БОЛОВНЕВА** - лучшим неврологом края, **Юлия Владимировна МИЛЛЕР** - лучшим неонатологом края и заняла второе место в номинации «Лучший врач - 2017».



- Решение демографических проблем невозможно без качественной и своевременной помощи новорожденным. Знаю, что в детской больнице сформированы бригады, выезжающие для помощи детям, родившимся недоношенными.

- Эта служба открыта чуть больше года - 1 декабря 2016 года. **Сформированы неонатологические реанимационные бригады**, и за 2017 год полностью отработан порядок взаимодействия службы с учреждениями края и бригадами МЧС. Если новорожденный ребенок нуждается в специализированной медицинской помощи учреждения третьего уровня, мы консультируем коллег дистанционно, при необходимости выезжаем на место для оказания помощи и решения вопроса о транспортировке. Врач-реаниматолог-неонатолог при необходимости стабилизирует состояние ребенка до транспортабельного и спецтранспортом (в котором есть всё необходимое для оказания помощи) доставляет в АККДБ, где ребенок находится под контролем ведущих специалистов края. Уверен, что благодаря именно такой целенаправленной работе значительно снизились показатели младенческой и детской смертности в крае.

- Вам удалось сплотить высокопрофессиональный коллектив для успешного оказания медицинской помощи детям, живущим на всей территории Алтайского края...

- Не только края - у нас проходят лечение дети из Республики Алтай, Иркутска, Новосибирска, Кемерово, Казахстана, по ряду направлений

приезжают из Москвы. Когда любишь свое дело, то хочешь с радостью идти на работу, а выполнение профессиональных обязанностей, приводящих к положительному результату, доставляет удовлетворение. Каждому нашему сотруднику хочется внести в работу положительный заряд, помогающий результативно оказывать помощь нашим маленьким пациентам. Не секрет, что большую часть жизни врачи проводят на работе. Здесь возникают новые идеи, которые важно услышать, поддержать и воплотить. Благодаря тому, что сложился коллектив единомышленников, работать всем интересно. Когда специалист выходит с инициативой, для меня очевидно, что надо затратить силы и время на реализацию предложенного, но результат будет стоить того, тогда мы начинаем работать в новых условиях, меняем вектор направления, что приводит к комфортным условиям, новому отношению к работе, улучшению качественных показателей.

Почти все отделения АККДБ возглавляют главные внештатные специалисты края, во главе четырех отделений - доктора медицинских наук. Это лишний раз говорит о том, что в нашей больнице работают высококвалифицированные специалисты.

- Журнал с коллективом краевой детской больницы тесно сотрудничает уже не один год. И со стороны кажется, что кадровый дефицит меньше всего вас коснулся.

- Стационар АККДБ полностью укомплектован кадрами врачебными, но есть проблемы со средним медицинским персоналом. Есть не-



◀ которые моменты, которые хотелось бы усилить. В частности, это относится к консультативно-поликлиническому приему. Так как в поликлинике ведется прием детей со всего края, несмотря на самый широкий спектр специалистов поликлинического подразделения, некоторых явно недостаточно. Например, работают три детских кардиолога, и при их полной загруженности очередь к ним сохраняется, поэтому мы поставили перед собой задачу подготовить еще одного специалиста. Занимаемся и подготовкой детских сурдологов. На сегодня такой специалист один в крае и ведет прием в нашей больнице. АККДБ взяла на себя затратное обучение детских сурдологов, которое проходит только в центральных клиниках Москвы и Санкт-Петербурга в течение двух с половиной лет. Такая же ситуация с детскими онкологами, которых также не готовят в Алтайском крае. В этом году отправляем нашего доктора на обучение в Москву. Каждый год мы подписываем соглашение с АГМУ о целевом обучении студентов и врачей-ординаторов по ряду специальностей, на время обучения выплачиваем им стипендию. Такая же работа сейчас проводится и с ББМК. Как видите, к каждой проблеме, в том числе и кадровой, мы относимся серьезно и обязательно ее решаем.

- Буквально с регистратуры создана особая атмосфера внимания ко всем посетителям - взрослым и детям.

- Работа с детьми имеет свои особенности. Подготовка на педиатрическом факультете заметно отличается: врач-педиатр должен знать особенности организма ребенка, каждый возрастной физиологический период и учитывать их в своей работе. Когда рождается 500-граммовый малыш, у него иные физиологические функции, не до конца сформированы органы и системы, как у родившихся в срок детей. Далее происходят важные возрастные изменения: сначала помесечно, затем по годам. В 17-18 лет к педиатру приходит тоже ребенок, но по своей конституции и физиологии это уже взрослый человек. И врач-педиатр должен знать все особенности детского и взрослого организма. К тому же его любовь педиатра (независимо от специализации) ребятишки чувствуют с первых минут приема и охотно идут на контакт. В ежедневной практике детским врачам нужно найти общий язык с ребенком, устано-



Дети, больные сахарным диабетом первого типа, впервые стали участниками VIII Диаспартакиады



Прием сотрудников ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН» НИИ кардиологии

вить контакт, чтобы он верно отвечал на вопросы, выполнял необходимые действия, показал где больно. Но есть еще и родители и другие близкие, которым тоже требуется внимание врача - и подчас не меньшее, чем детям. Если специалист, ведущий прием взрослых, разговаривает только с одним человеком, детский врач должен быть одинаково внимателен и к пациенту, и к его законному представителю.

- 2018-й год Президентом России Владимиром Путиным объявлен Годом волонтера. Насколько важна для детской больницы такая помощь?

- Волонтеры обращаются ко мне, как к главному врачу краевой детской больницы, с разными предложениями достаточно часто уже потому, что АККДБ является крупным медицинским учреждением, к тому же детским. Если кто-то приходит и говорит, что хочет организовать праздник для наших детей, препятствий нет, но обязательны к выполнению условия: недопустимы отклонения в лечении ребенка и в режиме работы больницы, обязательно соблюдение санитарно-гигиенических требований и т.д. К примеру, пациентам эндокринологического отделения противопоказаны в подарках

сладости. Также обязателен еще один нюанс - фото- и видеосъемка детей должна проводиться только с разрешения их официальных представителей. В качестве волонтеров чаще всего выступают студенты образовательных учреждений медицинского профиля и разные благотворительные фонды, есть, конечно, и частные лица. Замечу, волонтеры занимаются не только проведением праздников, но и благоустройством территории, помощи по уходу за детьми в рамках своей компетенции.

- Больница любого уровня - это единый организм. Как строится развитие краевой детской больницы?

- Да, Алтайская краевая клиническая детская больница - единый, отлаженный высокоорганизованный коллектив, в котором всё взаимосвязано и взаимозависимо, одно отделение не может существовать без другого, где всё направлено на единственную цель - восстановление и поддержание здоровья ребенка.

В плане дальнейшего развития нашей больницы мы планируем уже в начале этого года **открыть новое отделение медицинской реабилитации для детей с заболеваниями центральной нервной системы.** В его работе рассчитываем реализовать мно-





гие идеи и новации. Таких отделений в крае на сегодняшний день, к сожалению, нет, а дети с патологией ЦНС нуждаются в реабилитации, особенно, рожденные недоношенными. Уже сейчас ведется активная работа по формированию коллектива отделения, разрабатываются методические рекомендации по лечению, формируется мировоззрение коллектива на новое направление работы.

Коллектив активно трудится по новым медицинским проектам, осуществляемым в нашем крае. Мы вошли в **пилотный проект**, проводимый на территории Алтайского края по инициативе депутата Госдумы РФ В.А. Ельщикова, - «**Здоровье сердца ребенка**», который направлен на проведение диагностического скрининга детей и подростков с целью раннего, доклинического выявления патологии сердечно-сосудистой системы и взятия таких пациентов под диспансерное наблюдение кардиолога. Новый проект под патронатом Губернатора края А.Б. Карлина «**Здоровье мужчины**» стартует в этом году в Алтайском крае, и специалисты АККДБ в нем участвуют. Не секрет, что часто проблемы со здоровьем у взрослых начинаются в детском возрасте. Поэтому диагностику, лечение и профилактику заболеваний надо начинать как можно раньше. Программа позволит обеспечить взаимосвязь и преемственность детских андрологов-урологов со специалистами взрослой сети, передачу данных о пациенте, об особенностях течения заболевания. А общие цели, подходы и направления в работе впоследствии улучшат качество жизни уже взрослого мужчины, вовремя пришедшего на прием к детскому урологу-андрологу краевой детской больницы.

- Вы требовательны как руководитель?

- В первую очередь, требователен к себе. И спрашиваю, в первую очередь, с себя. Придерживаюсь правила: если что-то произошло внештатное, лучше сразу сказать об этом, ведь не исключены серьезные последствия, которые изначально могут не лежать на поверхности. Чем раньше узнаешь о проблеме, тем быстрее начнешь принимать решение. К специалистам, работающими с детьми, требование одно - они должны быть профессионалами высочайшего класса, - и это даже не обсуждается. ☺

Для плановой госпитализации в структурные подразделения КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница» пациенту необходимо иметь:

● **направление, подписанное районным педиатром** (заведующим детской поликлиникой, заведующим педиатрическим отделением) и заверенное печатью направившего учреждения;

● **выписку из амбулаторной карты** (ф.№027/у) за подписью лечащего врача по месту лечения и наблюдения пациента, **которая содержит:**
- *сведения о диагнозе* (если диагноз точно не установлен, - предполагаемый диагноз). Необходимо описать цель направления;

- *результаты исследований*: общий анализ крови и мочи (срок годности - до 10 дней); биохимический анализ крови (по показаниям); анализ крови на сифилис (срок годности - 3 месяца); кал на гельминты; детям до 2-летнего возраста - кал на дизгруппу, сальмонеллез, коли-инфекцию; детям 3-11 лет - соскоб на энтеробиоз (не позднее 10 дней); детям с 15 лет - данные флюорографического обследования (давность - не более 12 месяцев), результаты проведенных рентгенологических, инструментальных и функциональных исследований;

● **подробное описание проводимых лечебных мероприятий** с указанием доз и сроков лечения, особенно - проводимой гормонотерапии, антибиотикотерапии, гемотрансфузионный анамнез;

● **полис ОМС и копию** (с двух сторон);

● **свидетельство о рождении или паспорт** (2-3 страницы и страницу прописки или регистрации) **и копии;**

● **свидетельство обязательного пенсионного страхования** (СНИЛС) **и копию** (при наличии);

● **справку об отсутствии контакта с инфекционными больными в течение 21 дня до госпитализации** (справка действительна в течение трех дней);

● **данные прививочной карты** или копию прививочного сертификата.

В случае госпитализации ребенка законному представителю по уходу необходимо иметь при себе: паспорт, полис ОМС, результаты анализа крови на сифилис (не позднее 10 дней), данные флюорографического обследования (не позднее 12 месяцев); справку от терапевта об отсутствии контактных заболеваний; в случае ухода за ребенком до 2-летнего возраста - дополнительно иметь

результаты анализа кала на дизгруппу, сальмонеллез, коли-инфекцию (не позднее 14 дней).

В случае тяжелого, жизнеугрожающего состояния пациента необходимо консультироваться в реанимационно-консультативном центре (тел.56-99-17, заведующий отделением, главный детский анестезиолог-реаниматолог Алтайского края, д.м.н. **Алексей Егорович ЗАВЬЯЛОВ**, тел.: 56-98-98) **или с заведующим профильным структурным подразделением.**

На базе отделения анестезиологии-реанимации организована работа реанимационно-консультативного блока с выездной реанимационной бригадой для новорожденных.

При госпитализации пациентов в экстренном порядке пакет медицинских документов может быть изменен по согласованию с врачом-консультантом.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ:

- Больные с острыми респираторно-вирусными или кишечными инфекциями.

- Контагиозные заболевания кожи и мягких тканей при отсутствии заключения врача-дерматолога, педикулез.

- Острые гельминтозы.

- Активная форма туберкулеза.

- Венерические заболевания при отсутствии заключения врача-венеролога.

- Контактные с больными инфекционными заболеваниями.

Неполный объем вышеперечисленных документов может быть причиной переноса госпитализации на более поздний срок.

ЧАСЫ ПЛАНОВОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Для пациентов районов и городов края: 08.00-09.30 - хирургическое отделение; 09.30-10.00 - ортопедическое отделение; 10.00-11.00 - онкогематологическое отделение, эндокринологическое отделение; 11.00-12.00 - ревматологическое отделение, гастроэнтерологическое отделение; 12.00-13.00 - психоневрологическое отделение, дневной стационар.

Для пациентов г.Барнаула: 08.00-09.30 - хирургическое отделение; 13.00-14.00 - психоневрологическое отделение, ортопедическое отделение; 14.00-15.00 - онкогематологическое отделение; 15.00-16.00 - ревматологическое отделение, эндокринологическое отделение; 16.00-17.00 - гастроэнтерологическое отделение.

Больные, поступающие по экстренным показаниям, и дети до года принимаются вне очереди.



Всероссийская акция «Стоп ВИЧ/СПИД»: главное - информированность населения о ВИЧ

**Все медицинские организации Алтайского края
приняли активное участие в проведении
Всероссийской акции «Стоп ВИЧ/СПИД».**

Она проходила во всех регионах России с 27 ноября по 5 декабря, при активной поддержке Минздрава РФ, Минобрнауки РФ, Минкомсвязи РФ, Роспотребнадзора, русской православной церкви и других организаций.

В Алтайском крае координатором выступил Алтайский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями. Акция была приурочена ко Всемирному дню борьбы со СПИДом, который отмечается 1 декабря. Главная ее задача - привлечение внимания к проблеме ВИЧ-инфекции и СПИДа, донесение до каждого правильной и полной информации об этой болезни, помощь в защите себя и своих близких. При проведении организованных мероприятий был использован межведомственный подход: работа велась совместно с учреждениями культуры, образовательными учреждениями, музеями, трудовыми коллективами и т.д.

Профилактическими мероприятиями охватили около 39,5 тысяч человек. Для выполнения такой масштабной работы были привлечены волонтеры, студенты учебных заведений края. Немаловажным является и стремление каждый год найти новые формы работы, добиться максимальной эффективности действий.

- Например, в ходе «Маршрута безопасности» участники совершают путешествие с остановками на станциях, и на каждой мы разговариваем на серьезные темы, касающиеся ВИЧ-инфекции, - рассказывает заведующая отделом профилактики **Мария Андреевна ЕГОРОВА**. - У стендов работают подготовленные добровольцы: подростки, старшая молодежь. Активными участниками выступают

студенты АГМУ, алтайских академии гостеприимства и транспортного техникума. Подростки хорошо воспринимают информацию, полученную от сверстников. На мероприятии обязательно присутствует наш специалист - координатор. Другая интересная форма работы - это игра «СПИД-зачет». Она напоминает сдачу традиционного зачета: если человек не может дать правильный ответ на вопросы карточек, специалист обязательно всё разъяснит. Важна не положительная оценка, а именно полученная информация.

Интересным инновационным мероприятием стала театрализованная постановка - форум-театр «Жизнь с ВИЧ», которую разыграли студенты 4-го курса психологического факультета.

- Организатором мероприятия выступил Центр социального и психологического здоровья АлтГПУ, который единственный в нашей стране использует такую форму профилактической работы для обсуждения с молодежью социально-психологических аспектов ВИЧ-



С.А. Федина



М.А. Егорова

инфекции, - рассказывает **Светлана Анатольевна ФЕДИНА**, врач-эпидемиолог Центра. - Форум-театр - это спектакль, в ходе которого зрители могут стать участниками действия и изменить ситуацию. По сюжету дочка героини дружит с девочкой, у которой мама умерла от СПИДа. Героиня запрещает такую дружбу, а характер у мамы железный. Самые активные зрители попытались изменить мнение мамы, вступив с ней в диалог, приводили разные доводы, чтобы та приняла сторону дочери. В конце спектакля мама сказала: «Я подумаю». И это была победа зрителей!

По словам **Эльвиры Раульевны ДЕМЬЯНЕНКО**, заместителя главного врача по ОМР, одной из главных задач Акции этого года было обучение медработников действиям, направленным на снижение рисков профессионального заражения. Для этого во всех лечебных учреждениях провели обучение сотрудников, оформили санбюллетени и уголки здоровья, разместили информацию в Интернете. Большой аудиторией стали школы и даже детские сады, где прошли информационные мероприятия для родителей воспитанников. Активно участвовали трудовые кол-



лективы, работники ФАПов читали лекции для жителей сёл. Формы работы использовались самые разные: флэшмобы, конкурсы рисунков и плакатов, театральные постановки и т.д.

Заметно изменилась роль сотрудников Центра в проведении Акции. Еще десять лет назад в эти дни они были нарасхват. Но с увеличением аудитории стало очевидно, что система работы должна измениться. И в этом году получено подтверждение правильности такого решения. Теперь специалисты Центра - координаторы всего процесса.

- За последние годы в рамках федеральной программы мы имели возможность разработать учебные фильмы для учащихся, где доступным языком объясняются основные положения, касающиеся путей заражения ВИЧ, диагностики, правил безопасного пове-



Э.Р. Демьяненко

дения, отношения общества к данной проблеме и т.д., - продолжает разговор Эльвира Раульевна. - В отделе профилактики собран банк материалов, разработанных другими территориями, которыми могут воспользоваться все желающие при подготовке информационных мероприятий.

Особенностью Акции этого года является и проведение мероприятий в учреждениях исполне-



ния наказаний. В этом году сотрудники Центра на мероприятиях выступали зрителями и оценивали подготовленные тематические концертные программы, информационные блоки, грамотность подачи материала.

Во время Акции проводилось бесплатное анонимное тестирование на ВИЧ в Барнауле, Бийске, Рубцовске на шести площадках. В ходе Акции обследовали 430 человек, положительный результат выявлен у 15 (в основном это пациенты нашего Центра). Немаловажно и то, что тестирование занимает минимальное время - его результат можно узнать уже через 15 минут.

Как показывает опыт, люди получают ВИЧ, практикуя небезопасные формы поведения. В большинстве случаев это - незащищенный секс и употребление наркотиков внутривенно. Конечно, медицинские и косметические процедуры также несут риск. Но ведущими являются названные выше два способа. Каждый человек заинтересован в своей безопасности, поэтому оптимальным считается ежегодное прохождение обследования на ВИЧ.

Напомним, что положительный результат экспресс-тестирования на ВИЧ еще не означает, что вы больны. Это лишь повод прийти в Центр, чтобы пройти следующий этап обследования. И даже подтвержденный диагноз - не приговор. Меняется жизнь человека, ее условия, - но она продолжается. ☺

Поздравляем с победой!

КГБУЗ «Алтайский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями» второй год становится призером Всероссийского конкурса «Лучший СПИД-центр».

Инициатором его проведения является Министерство здравоохранения РФ. Основной целью конкурса является выявление лучших практик в области информирования населения России о профилактике распространения ВИЧ-инфекции, а также сопутствующих заболеваний. Конкурсная комиссия (представители Минздрава РФ, руководители ведомств и общественных организаций, эксперты и общественные деятели) оценивали работу конкурсантов - всех российских центров СПИД.

Торжественное награждение победителей проходило 27 ноября, в рамках II Всероссийского форума для специалистов по профилактике и лечению ВИЧ/СПИД в Москве. Победители получили дипломы из рук министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой. ☺



Лазер на службе охраны зрения



Владислав Геннадьевич ШМЕЛЕВ,

врач-офтальмолог, лазерный хирург, первая квалификационная категория, консультативно-диагностическое отделение, КГБУЗ «Алтайская краевая офтальмологическая больница»

Лазерная коагуляция сетчатки глаза - метод лечения и профилактики заболеваний глаз, связанных с дистрофическими изменениями сетчатки, ее разрывами, а также с сосудистыми изменениями при некоторых системных заболеваниях (сахарный диабет, тромбоз).

После местного анестезирования каплями непосредственно сама процедура занимает около 15 минут. **Болевые ощущения пациенты не отмечают**, только иногда чувствуется непосредственно контакт поверхности глаза с линзой. **После операции пациент не нуждается в стационарном наблюдении** и практически сразу может идти домой. Еще недолгое время могут остаться эффект вспышки, повышенная чувствительность глаз к свету - однако это временно.

Суть лазерной коагуляции сетчатки глаза заключается в нанесении точечных ожогов на сетчатку при помощи точно сфокусированного лазерного излучения вокруг дистрофических изменений. На сетчатке через 2-3 недели на месте ожогов формируются хориоретинальные рубцы, посредством которых обеспечивается надежная фиксация сетчатки к прилегающим оболочкам глаза.

Операция в большинстве случаев проводится для устранения сосудистых дефектов и профилактики серьезного и сложного офтальмологического заболевания - отслойки сетчатки.

Назначается она в следующих случаях:

- ◆ при дистрофии сетчатой оболочки;
- ◆ гипертонической и диабетической ретинопатии;
- ◆ наличии опухолей;
- ◆ ангиоматозе;
- ◆ разрывах сетчатки, попадании жидкости стекловидного тела под сетчатку, что чревато ее отслойкой.

Беременным женщинам врачи советуют провести у офтальмолога тщательное обследование (глазного дна в том числе) в конце первого триместра беременности. При наличии показаний доктор для сохранения возможности естественных родов назначает проведение лазеркоагуляции, которую можно проводить до 35 недели беременности. Естественные роды - стресс и огром-

ная нагрузка на весь организм, поэтому разрывы слабых стенок сосудов, сетчатки при потугах могут привести в дальнейшем к серьезным нарушениям зрения.

Остановимся на этапах операции подробнее.

После обезболивания на глаз устанавливаются трехзеркальную линзу. Это предотвратит произвольные движения глаза и позволит точно сфокусировать луч лазера на проблемном участке. С помощью лазера, создающего высокую температуру на обрабатываемой поверхности, происходит коагуляция тканей. Специальная линза обеспечивает полное проникновение лазерного потока в любую область глаза, а сам лазер обладает тонким лучом, позволяющим проводить точные манипуляции. Пациент будет видеть действие лазера как вспышки яркого света. Течение процедуры доктор контролирует через микроскоп. Образовавшиеся «швы»-коагулянты прочно связывают сетчатку с прилежащими глазными оболочками, что способствует восстановлению нормального кровоснабжения глаз.

В КГБУЗ «Алтайская краевая офтальмологическая больница» за год проводится до 2000 лазерных коагуляций и до 1500 - лазерных перфораций. Имеющееся современное оборудование также позволяет получить фотографии глазного дна высокого разрешения. Проводится контрастное исследование сосудов глаза, ангиография, которая считается максимально информативным методом обследования при диагностике всевозможных мокулярных дистрофических изменений.

Остановимся подробнее на помощи пациентам, страдающим от сахарного диабета. Высокое содержание сахара в крови приводит к изменениям во всем организме, в том числе и на глазном дне. Чем выше уровень сахара, тем гуще кровь, тем меньше кислорода она доносит до органов и тканей. В результате органы и ткани организма начинают стра-



дать от кислородного голодания. Падает зрение, полноценно не выполняются функции другими органами и системами. Проведение лазерной коагуляции сетчатки позволяет как можно дольше сохранить у пациента с сахарным диабетом центральную остроту зрения, а значит, - удовлетворительное качество жизни. Обработка сетчатки глаза происходит за одно или несколько посещений в зависимости от ее состояния. Сахарный диабет - хроническое заболевание, развитие которого удается остановить не всегда. Изменение потребности в инсулине может привести к повторению процедуры. Такие пациенты, однажды попав к нам на лечение, будут и в дальнейшем его проходить с определенной регулярностью в зависимости от своего состояния. В офтальмологическую больницу они ездят постоянно, то есть один раз попав к нам, человек находится на нашем учете, мы его не отпускаем.

Помощь оказывается всем пациентам, независимо от возраста. И всё же основной контингент, кому показано данное лечение, - это люди пожилого возраста.

Во время проведения процедуры возможен некий дискомфорт - всё сугубо индивидуально. Но без ее прохождения можно потерять зрение полностью в течение двух лет. И восстановить его уже будет невозможно даже с помощью сложнейшего и современного оперативного лечения.

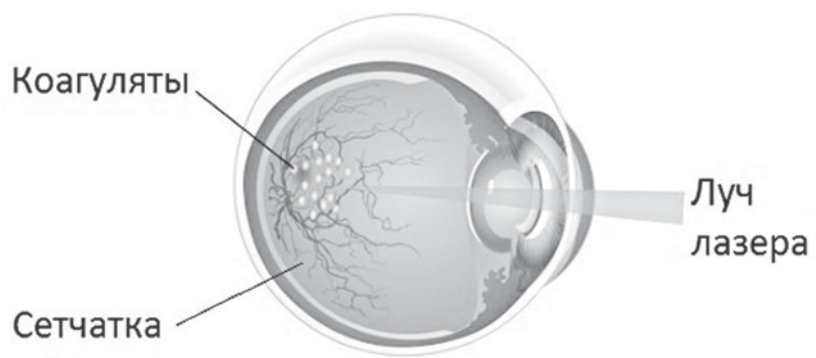
Подводя итог, **выделим достоинства метода лазерной коагуляции сетчатки глаза.** К ним относятся:

- ◆ профилактика развития заболеваний, которые могут привести к снижению остроты и полной его потере;

- ◆ операция проводится быстро, не требует госпитализации;

- ◆ отсутствие кровопотери и боли;
- ◆ крайне низкая степень инфицирования глаза, поскольку отсутствует контакт тканей глазного яблока с инструментом;

- ◆ возможность применения в любом возрасте, а также беременным женщинам.



При сахарном диабете, сердечно-сосудистых заболеваниях и ряде других случаев, когда нельзя проводить сложные операции или использовать общий наркоз, лазерная коагуляция является единственным способом лечения сетчатой оболочки глаз.

Противопоказанием к данному виду лечения является глиоз III степени и выше (замещение светочувствительных клеток сетчатки соединительнотканными элементами, то есть помутнение задней части стекловидного тела). **Проведение операции следует перенести или исключить и в следующих случаях:**

- ◆ недостаточная прозрачность сред (помутнение роговицы, хрусталика, снижение прозрачности стекловидного тела);

- ◆ изобилующая новообразованными сосудами радужная оболочка;

- ◆ высокое внутриглазное давление;

- ◆ воспалительные заболевания глаз.

Лазерное вмешательство накладывает определенные обязанности на человека, на его последующую жизнь. Так, противопоказаны тяжелые виды спорта и чрезмерные физические нагрузки; крайне нежелательны травмы головы и особенно глаз; заниматься видами деятельности, которые сопровождаются тряской, падениями, вибрацией. Не рекомендуется появляться на солнце без затемняющих очков, а также следует воздержаться от вождения транспортом до образования прочных хориоретинальных спаек. И уже через две недели происходит полное заживление и рубцевание коагулянтов, человек может вернуться к привычному образу жизни. ☺

Лазерная коагуляция сетчатки - достаточно простой, нетравматичный и эффективный способ профилактики отслойки сетчатки. Крайне низкий процент осложнений, быстрая реабилитация после процедуры и легкая переносимость оправдывают широкое применение данного метода в офтальмологии.



Врожденные пороки сердца у детей. Проблемы и пути решения



Евгений Васильевич СКУДАРНОВ,
доктор медицинских наук,
профессор,
педиатр-кардиолог,
высшая квалификационная
категория,
кафедра педиатрии
с курсом ДПО,
педиатрический
факультет,
Алтайский
государственный
медицинский университет

Одной из актуальных проблем педиатрии на современном этапе являются болезни сердечно-сосудистой системы, занимающие одно из ведущих мест в структуре заболеваний детей и подростков.

Актуальность проблемы обусловлена тем, что врожденные пороки сердца (ВПС) и магистральных сосудов нередко могут служить причиной ранней инвалидизации и смертности у новорожденных детей и ухудшают качество жизни у детей старшего возраста.

Врожденные пороки сердца - одна из распространенных врожденных аномалий: они составляют более трети от всех пороков развития. Так, в Алтайском крае в настоящее время проживает около 420 тысяч детей, из них более 7 тысяч - состоят на учете у детских кардиологов с диагнозом «ВПС», и ежегодно выявляются еще более тысячи детей с врожденным пороком сердца. Эти показатели свидетельствуют о стабильном увеличении детей с этой патологией.

Современный уровень диагностики, особенно в специализированных отделениях или кардиологических центрах, позволяет своевременно диагностировать и выявлять ВПС, определять показания для оперативной коррекции выявленных врожденных аномалий, что помогает восстановить здоровье у значительной части детей с врожденными пороками сердца.

В медицинской литературе описаны более ста вариантов или различных сочетаний ВПС, более половины из них приходится на **пороки с обогащением малого круга кровообращения:** открытый аортальный проток (ОАП), дефект межпредсердной перегородки (ДМПП), дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП), аномальный дренаж легочных вен (АДЛВ). **Клинические проявления данных ВПС характеризуются наличием бледности кожных покровов, цианоза носогубного треугольника, шума в сердце.** Ча-

сто дети **склонны к рецидивирующим бронхолегочным заболеваниям.** Как правило, естественное течение данных пороков способствует развитию лёгочной гипертензии - наиболее грозного осложнения врожденных пороков сердца.

Несколько реже у детей выявляются **другие пороки:** например, изолированный стеноз лёгочной артерии (СЛА), пороки Фалло, коарктация аорты (КОА) и другие. У детей, особенно новорожденных, отмечается закономерное течение ВПС, обусловленное анатомическими особенностями, функционированием фетальных протоков (открытый аортальный проток - ОАП, открытое овальное окно - ООО), что определяет тактику ведения детей с данной аномалией врачами-неонатологами и детскими кардиологами. **Клиническое течение данных пороков - разнообразное и требует дообследования ребенка в условиях стационара.**

Взаимодействие врачей: неонатологов, педиатров, детских кардиологов, а также наличие современной аппаратуры и врачей функциональной диагностики, - одно из условий для успешной работы и оказания помощи детям с врожденными пороками сердца. **В связи с этим педиатр и детский кардиолог должны:**

► *поставить диагноз* при подозрении на ВПС, сделать ЭКГ и УЗИ сердца ребенка;



Сердце под контролем

▶ *провести первичную дифференциальную диагностику с внесердечными заболеваниями;*

▶ *при необходимости провести консультацию кардиохирурга и перевод ребенка в специализированное отделение.*

Врожденные пороки сердца, а также другие малые аномалии сердца, к которым относятся открытое овальное окно, аневризмы перегородок, аномальные хорды в желудочках, **чаще выявляются у детей, матери которых имеют факторы риска рождения детей с врожденными пороками развития.** В условиях негативной медико-демографической ситуации, которая характеризуется ростом заболеваемости населения и его старением, изучение распространенности и роли «управляемых» факторов риска в формировании нарушения здоровья имеет большое профилактическое значение.

К факторам, провоцирующим развитие ВПС, можно отнести:

● **наследственные** - генные и хромосомные мутации, риск возникновения которых увеличивается с возрастом родителей. Доля таких больных составляет до 10% от всех больных с ВПС;

● **инфекционные** - вызваны вирусами герпеса, краснухи, аденовирусы, токсоплазма, микоплазма, хламидия и другими внутриутробными инфекциями, особенно в первом триместре беременности. Эти факторы являются наиболее частой причиной рождения ребенка с ВПС, так как наличие текущей внутриутробной инфекции нарушает формирование и развитие сердечно-сосудистой, нервной и других систем плода. Неблагоприятное влияние на его развитие оказывает и **наличие внутриутробной гипоксии.** Риск рождения ребенка увеличивается и при **малом гистационном возрасте**, что может привести к задержке пост-натальной облитерации фетальных протоков;

● неблагоприятно сказывается на формировании сердца и отклонения в развитии плода в целом **курение и прием алкоголя** (не только крепких напитков, но и пива), **лекарственных препаратов** (в том числе



пероральных контрацептивов, гормональных препаратов, наркотиков), которые приводят к аномальному развитию;

● **физические и химические факторы** - к ним относятся: рентгеновское излучение, ионизирующая радиация, вибрация, шум, компоненты лакокрасочной и химической промышленности. Наличие одного или сочетание этих факторов резко увеличивает риск рождения ребенка с ВПС, который может сочетаться с другими пороками развития органов и систем, что может привести к гибели плода.

Значительная часть перечисленных факторов, в том числе и наличие вредных привычек, может быть отнесена к «управляемым» факторам риска.

Таким образом, **от состояния здоровья матери в большей степени зависит и рождение здорового ребенка.** Поэтому так важно планировать рождение ребенка, проводить прекоцепционную профилактику, которая включает в себя обследование будущих родителей, проведение пренатального обследования для выявления наследственной и врожденной патологии.

Будущим родителям необходимо вести здоровый образ жизни, исключить употребление спиртных напитков, а также остальные причины, которые могут увеличить риск рождения ребенка с врожденными пороками сердца или другими врожденными аномалиями. ☺

Дети с врожденными пороками сердца - это не только медицинская, но и социальная проблема, требующая совместных усилий как медицинских работников, так и широких слоев населения с формированием ответственного отношения будущих родителей к своему здоровью и семье.



Общественный Редакционный совет журнала



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



**Асанова
Татьяна Алексеевна**
к.м.н., заместитель
главного врача
КГБУЗ "Алтайская краевая
клиническая детская
больница" по организаци-
онно-методической работе



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



**Ефремушкина
Анна Александровна**
д.м.н., главный внештатный
кардиолог Министерства
здравоохранения Алтайского края,
профессор кафедры терапии и
общей врачебной практики с курсом
дополнительного профессиональ-
ного образования АГМУ



**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,
председатель комитета
по здравоохранению и науке АКЗС



**Миллер
Виталий Эдмундович**
к.м.н., доцент кафедры
пропедвтики 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 Ильична**
д.м.н., профессор
кафедры акушерства и
гинекологии Алтайского
государственного
медицинского университета



**Шубенкова
Наталья Михайловна**
мастер спорта СССР международного
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 АГМУ,
президент "Ассоциации
акушеров-гинекологов"
Алтайского края

ЗДОРОВЬЕ

Алтайской семьи

№1 (181) январь 2018 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
№ПИ-12-1644 от 04.02.2003 г.,
выданное Сибирским окружным
межрегиональным
территориальным управлением
Министерства РФ по делам
печати, телерадиовещания и
средств массовых коммуникаций.

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

Время подписания в печать:
по графику - 14:00 31.01.2018 г.,
фактически - 14:00 31.01.2018 г.
Дата выхода: 05.02.2018 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 - 4000 экз. Цена свободная.

Подписной индекс - 31039

Эстафета родительского подвига

