

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

6+

# ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№12 (192) ДЕКАБРЬ 2018



От редактора

## О справедливости, гражданской позиции и осознанном выборе!

*«...конечная точка пути – справедливость».*

*Теодор Паркер*



Мы уже выросли, но всё еще ждем новогоднего чуда как в детстве! Мы - дети, из которых потом получились взрослые! Наверняка мы строили какие-то свои модели будущего в окружающем нас мире. Мы растем и наш опыт зачастую приходит в столкновение с тем фантазийным миром, подталкивая, даже вынуждая, нас постоянно адаптироваться к постоянно изменяющейся реальности.

Сегодня мы живем (и ощущаем это ежедневно буквально на себе!) в настолько стремительно изменяющемся мире, что порой и не успеваем, пропускаем саму необходимость приспосабливаться к этим переменам.

Постоянно меняются уровни взаимодействия, меняются сами принципы сотрудничества, предоставления услуг, меняются взаимоотношения даже в таких казалось бы традиционных сферах, как образование, медицина, частная жизнь!

Благодаря масс-медиа, Интернету, мы в курсе событий, происходящих в мире, - практически онлайн получаем зачастую совершенно ненужную нам информацию. И порой не замечаем, как оказываемся под ее навязчивым влиянием. Неоднократно пересказывая «страшилки о мировом кризисе» и еще «бог знает о чем!», объясняем этим и свои неудачи! Не утруждая себя размышлениями о смысле жизни, вечных ценностях, морали. Но при этом опыт многих поколений говорит: в жизни нет ничего нереального, невозможного! Ну или практически ничего. Регулярные, правильные и длительные усилия, как правило, обязательно приводят к успеху в любой сфере человеческой деятельности. Урок для всех - очень простой, но важнейший из всех уроков: нужно усердно работать и если действительно хочешь что-то сделать, - просто заставь себя взять и сделать дело! Хотя, может быть, это займет не один день, месяц, а то и год!

Ученые, политики, бизнесмены, специалисты в самых разных областях ищут способы предугадать будущее, взять его под контроль, управлять им. Как достигать высоких целей? Как мотивировать людей на их достижение?

Мне лично созвучны принципы эмерджентности! Не обращайтесь внимания на «заковыристый» термин. Эмерджентные системы не новы, их исследование восходит к временам еще древних греков. (Э. - появление у разных систем - нейроны, бактерии, люди - каких-либо особых свойств, неприсущих отдельным ее элементам.) Мир природы - проявление когнитивных коллективных процессов: косяки рыб, стаи птиц, муравейники. Сама жизнь - результат выполнения своих задач молекул белков, жиров и углеводов! На таких принципах строится вся эволюция системы человеческой коммуникации.

Но самый главный принцип этого явления в обществе - это то, что изменения, которые происходят в системе, происходят через втягивание в процесс! Мне представляется, что современная система здравоохранения как раз пытается более эффективно использовать именно этот принцип при проведении профилактических мероприятий, лечении пациентов! Еще великий Авиценна говорил: «Нас трое - ты, я и болезнь. На чью сторону ты встанешь, тот и победит!». Сегодня специалисты имеют представление о том, что нужно сделать, чтобы не дать человеку заболеть, как научить человека, страдающего хроническими заболеваниями, улучшить свое функциональное состояние, качество жизни. Это возможно тогда, когда пациент сам, сам человек, его ближайшее окружение становятся участниками процесса!

И именно втянувшись в занятия физкультурой, соблюдая принципы правильного питания, ведя жизнь с ограничением алкоголя, табака, человек, его окружение, целая популяция становятся не просто ориентированными на здоровый стиль жизни, а здоровыми! Или, соучаствуя в процессе лечения, объединяясь в пациентские группы, помогая друг другу, - берут болезнь под контроль. И для этого быть просто богатыми, талантливыми, правыми недостаточно! Нужно обладать способностью быть самостоятельным и осознанно делать свой свободный выбор! Здоровье - это благо, которое в обществе распределено далеко не равномерно! В этом и есть несправедливость!

Делайте свой осознанный выбор! С Новым годом вас, дорогие друзья! Желаю вам быть свободными, настойчивыми, здоровыми и счастливыми!



11

**Ожирение у мужчин.  
От причин  
к следствию**



28

**Помогаем ребенку  
слышать, слушать  
и говорить**



31

**Перелом лучевой  
кости в типичном  
месте у пожилых  
людей.  
Реабилитация**



36

**Употребление  
алкоголя  
всегда  
приносит вред**

**На обложке:** Владислав Аркадьевич БОМБИЗО, главный врач КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи».

**Фото:** Лариса Юрченко.

**В.А. Бомбизо.**  
Хирургия - совершенно особенная область медицины ..... 2-10

### ЭНЦИКЛОПЕДИЯ МУЖСКОГО ЗДОРОВЬЯ

**И.А. Вейцман.** Ожирение у мужчин. От причин к следствию ..... 11-14

Ожирение накрывает Россию ..... 14

Новости здравоохранения России ..... 15

**И.А. Юрина.** Сердце не камень,  
или Как помочь своему сердцу при АГ ..... 16-17

### ЭНЦИКЛОПЕДИЯ МУЖСКОГО ЗДОРОВЬЯ

**В.А. Ананьев.**

«Мы объединены одним профессиональным порывом» ..... 18-19

Лично и для каждого ..... 20

### ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

**С.А. Васильченко.** Как продлить молодость,  
или Ходьба вместо лекарств ..... 21-23

**Н.В. Федосова.** Что нужно знать, если вам вывели колостому ..... 23-24

О чем боятся рассказать россияне ..... 25

Гепатит С и что мы о нем знаем? ..... 25

### ПОБЕДИМ СВОЙ СТРАХ!

**А.Б. Балаганская.**

Рак почки: факторы риска, симптомы, лечение ..... 26-27

### АЛТАЙСКАЯ КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ДЕТСКАЯ БОЛЬНИЦА

**Ю.В. Дранкович.**

Помогаем ребенку слышать, слушать и говорить ..... 28-30

### ШКОЛА РЕАБИЛИТАЦИИ

**Е.Н. Воранкова.** Перелом лучевой кости в типичном месте

у пожилых людей. Реабилитация ..... 31-33

### ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА

**О.В. Бабий.** Пищевые потребности женщины

в период беременности и лактации ..... 34-35

### ЭНЦИКЛОПЕДИЯ МУЖСКОГО ЗДОРОВЬЯ

**А.А. Ефремушкина.** Употребление алкоголя

всегда приносит вред ..... 36-37

**А.В. Шмат.** Зимние травмы. Что делать, если... ..... 38-39

Авось само пройдет ..... 40

**От редакции.** Быть гражданином - не только иметь право,  
но и воспользоваться им ..... 41-43

### СПОРТ ВО ИМЯ ЖИЗНИ

Низкий поклон наклонам ..... 44



# Хирургия - совершенно особенная область медицины

**В октябре этого года указом Президента РФ Владиславу Аркадьевичу БОМБИЗО, главному врачу КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи», присвоено почетное звание «Заслуженный врач РФ». Коллектив больницы награжден Дипломом Губернатора Алтайского края «Лучший социально-ответственный работодатель года».**

Есть и другое измерение результатов профессиональной деятельности хирурга Бомбизо - возвращение здоровья и жизни многим людям. По его признанию, от одной проведенной успешной операции удовлетворения он получает больше, чем от дня административной работы.

**- Владислав Аркадьевич, в чем заключается особенность, исключительность работы больницы скорой медицинской помощи Алтайского края?**

- Наша больница - старейшее лечебное учреждение не только Барнаула, но и Алтайского края. Клиника является профессиональной школой для большинства врачей нашего региона, связавших свою жизнь с хирургией. На протяжении многих лет больница остается ведущей в оказании экстренной медицинской помощи жителям края и по праву гордится своим высокопрофессиональным коллективом.

Мы никогда не перенаправляем потоки больных и никому не отказываем в приеме: сколько поступило человек по «скорой помощи» или обратились сами, столько и получили помощь. Все наши подразделения работают 24 часа в сутки 7 дней в неделю: у нас своеобразное понимание фраз «окончание рабочего дня» или «перерыв на обед», потому что очень часто они откладываются, поскольку на первом месте стоит

оказание экстренной медицинской помощи. Сотрудники, умеющие работать самоотверженно и профессионально, у нас задерживаются на десятилетия, обеспечивают то качество помощи, которое необходимо в формате больницы при том, что 89% пациентов имеют статус экстренных и неотложных.

Не скрою, что организация круглосуточной работы стационарных отделений - непростая задача. Во-первых, такая работа тяжела физически. Во-вторых, профиль оказываемой помощи в большинстве случаев требует оперативного принятия решений, что требует немалой смелости и ответственности. Мы работаем в рамках Алтайского медицинского кластера, что предусматривает взаимодействие с другими лечебными учреждениями по ведению и лечению тяжелых пациентов. Взаимодействие строится на обновленных порядках и схемах маршрутизации, которые приняты министерством здравоохранения региона для увеличения доступности и результативности медицинской помощи для всех жителей края. Однако нередко «скорая помощь» доставляет в больницу пациентов, диагноз которых не очевиден либо они находятся в крайне тяжелом, агонирующем состоянии. Также другие лечебные учреждения направляют к нам пациентов, предварительно исключив у них «свою» патологию.



В других медучреждениях может быть, так скажем, отсутствие свободных мест, что является основанием для отказа в госпитализации, но у нас - нет. Если хирургическое отделение, в среднем госпитализирующее 25 пациентов в сутки, приняло 30, то и на следующий день будут приняты (и по показаниям - госпитализированы) все пациенты, доставленные «скорой» или обратившиеся самостоятельно.

**- Что, на ваш взгляд, позволяет больнице оставаться в авангарде здравоохранения Алтайского края на протяжении десятилетий?**

- Постоянная, ритмичная и бесперебойная работа. Постоянный тонус, готовность к действию позволяют всегда оказывать качественную квалифицированную медицинскую помощь. Остановка возможна только в том случае, если по независящим от нас причинам будет заблокирован весь комплекс тех диагностических и лечебных медицинских пособий, которые оказываются. Уверен, что любой перерыв в работе обязательно повлечет снижение качества



медицинской помощи и потерю профессиональных навыков.

**- Что можно считать принципом вашей работы как руководителя?**

- Наверное - постоянное развитие. Двигается вперед тот, кто ищет новое, совершенствуется, потому что просто стабильная работа изо дня в день, скорее всего, приведет к откату назад. Поэтому каждое подразделение больницы регулярно осваивает новые технологии, новое оборудование. Приведу пример. Казалось бы, мелочь - градусники для термометрии. Сейчас приобрели дистанционные градусники с датчиками, сводящие к минимуму погрешность измерения, не бьющиеся и выдающие результат через считанные секунды. В результате такая простая процедура качественно изменилась.

Лечебный и диагностический процесс совершенствуется постоянно. Внутри больницы успешно используются компьютерная техника, обновленные программы, ускоряющие процесс передачи информации, вызова специалиста, оценку полученных диагностических и лечебных данных. В отделении функциональной диагностики используется современное оборудование экспертного класса, мобильные ультразвуковые сканеры, которые совсем недавно были для нас в диковинку. Сейчас же без них трудно представить работу с тяжелыми пациентами.

Отделение реанимации больницы по праву считается технически и технологически лучшим профильным отделением в крае. Оно принимает самый большой поток больных с тяжелыми сочетанными травмами, хирургическим сепсисом, принимает детей, пострадавших в различных катастрофах, в том числе в ДТП. В лечении используем различные лабораторные анализаторы, современные медицинские изделия и лекарственные препараты, приобретение которых связано с колоссальными затратами.

В отделениях травматологии постоянно осваивают новые конструкции для металлоостеосинтеза, проходя обучение новым методикам у лучших отечественных и зарубежных специалистов. В абдоминальной хирургии нам удалось сохранить традиции, заложенные первыми хирургами больницы, и на этой



основе освоить новые малоинвазивные методы лечения, в том числе при остром холецистите, остром аппендиците, прободной язве. Сейчас стоит задача увеличения количества лапароскопических герниопластик. В течение последних 4-5 лет успешно проводятся транскутанные (чрескожные) вмешательства. Врачи прошли специализацию, успешно применили этот метод, что позволило два года назад уже на базе ККБСМП провести обучающий семинар с участием московских экспертов по малоинвазивным и транскутанным методам лечения с онлайн-трансляцией из операционных.

Важным шагом стала эксплуатация оборудования, позволяющего получать оцифрованные рентгеновские снимки. В больнице действует телерадиологическая система, основанная на платформе известного изготовителя цифрового рентгеновского оборудования. Мы начинали с оцифровки рентгеновского снимка, экономя пленку, при этом улучшая качество. Затем объединили в рамках больницы всю стационарную рентгенаппаратуру в единую сеть с едиными сервером для хранения данных и программным обеспечением. Кстати, полученный опыт нашел отражение в публикациях в журнале «Здравоохранение» и «Медицинской газете» и собрал положительные отзывы о работе алтайских медиков.

Хорошо известна зарубежная технология FastTrack в хирургии, или методика ускоренного выздоровления, когда своевременно начатый восстановительный период позволяет стиму-

**В нашей больнице категорически запрещено отказывать в приеме в случаях самообращения. Дежурный врач обязательно должен осмотреть поступившего, выслушать его, оказать необходимую помощь либо подвергнуть более глубокому исследованию, принять решение о лечении, в том числе и о направлении в стационар.**



Существует тонкая грань между «врачами от Бога» и просто «очень хорошими специалистами» - отсутствие равнодушия к больным и коллегам.

лизовать пациентов на раннюю активизацию, питание и восстановление основных функций, дает возможность быстрее перейти на этап амбулаторного лечения. Благодаря применению этой методики в некоторых лечебных отделениях пребывание пациентов с определенными нозологиями сократилось с 10 до 5-6 дней. Таким образом пациент в стационарном отделении по показаниям находится в 1,5 и даже в 2 раза меньше! Есть примеры, когда после малоинвазивной операции пациент может быть выписан уже в ближайшие сутки.

**- Большинство отделений больницы СМП имеют хирургический и травматологический профиль. Как это сказывается на работе больницы?**

- Специфику нашей работы можно понять, только присутствуя здесь изо дня в день. В больнице превалирует оказание экстренной хирургической помощи. Ее нельзя сравнивать с плановой хирургией. Боль пациента, находящегося в критическом состоянии, его травмы - с этим хирургу надо научиться работать, не теряя при этом сопереживания пациентам, не становиться равнодушным. В работе врачей больницы высоки риски контакта с необследованными пациентами. Бывает и так, что на глазах медицинского персонала погибают люди... Это надо пережить самому, а затем - сообщить близким... Так что работать у нас не просто, но многие сотрудники без своей работы в нашей больнице буквально уже не мыслят своей жизни.

**- На базе больницы расположены краевые центры. С обеспечением их работы связана особая ответственность?**

- На базе больницы работают пять центров, утвержденных постановлением правительства Алтайского края: тяжелой сочетанной травмы; травмы кисти; артрологии и эндопротезирования крупных суставов; вертебрологический; экстренный нейротравматологический. Они обеспечивают самый высокий уровень специализированной помощи в Алтайском крае по своему направлению. Принимают пациентов со всего региона для оказания экстренной и плановой медицинской помощи. В этих центрах выполняется основной объем ВМП. Другие отделения больницы носят статус межмуниципальных. Это - два крупнейших в крае хирургических отделения по 75 коек; отделение гинекологии, куда в виду высокого профессионализма персонала направляют пациенток с послеродовыми осложнениями; отделение анестезиологии и реанимации на 21 койку (но постоянно лежат 23-24 человека); - в отделении есть возможность проведения детоксикационных процедур, гемодиализа и т.д.; кардиологическое отделение, воспитавшее врачей, ставших именитыми в крае, в частности - принимавших участие в организации работы краевого кардиодиспансера.

В каждом отделении больницы работают 2-3 специалиста экспертного уровня, входящие в первую пятерку специалистов Алтайского края в своей области медицины. Как правило, это заведующие отделениями, многие из них - главные внештатные специалисты министерства здравоохранения края.

**- Расскажите о работе приемного отделения больницы.**

- Сейчас оно называется «отделение скорой медицинской помощи», поскольку успешно выполняет именно эту функцию. Отделение на своей площадке сконцентрировало необходимую диагностическую аппаратуру, использует все диагностические методики, включая рентген, МСКТ и УЗИ, имеет возможность провести эндоскопические исследования. Недавно начала работу палата противошоковой терапии, по сути - маленькое реанимационное отделение. Сейчас тяжелые кате-



гории пациентов, не нуждающиеся в экстренной операции, направляются в противошоковую палату, где им оказывается необходимая медпомощь и определяется дальнейшая тактика лечения. Отделение скорой медицинской помощи - единственное отделение в крае, решающее задачи по сортировке, диагностике и экстренному оказанию помощи пациентам, причем, работа по его совершенствованию продолжается. Сейчас принято решение о создании подобных отделений во всех скоромощных больницах России. Мы же намного раньше сами поняли необходимость этого шага и провели серьезную организационную работу, использовали лучшую мировую практику и учли нашу реальность.

**- Кадровый вопрос в медицине остается одним из сложнейших. Как удаётся находить решения в каждом случае?**

- Не скрою, что серьезной была ситуация, когда многие лучшие специалисты перешли в Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования. Хотя в целом текучесть кадров для больницы - процесс естественный, поскольку не все физически и психологически выдерживают напряженный ритм работы. Но в тот год мы одновременно лишились 86 самых квалифицированных сотрудников: хирургов, реаниматологов, операционных медсестер и анестезисток. К счастью, остались практически все руководители отделений, талантливые, преданные профессии люди. Помогло то, что коллектив взял на себя дополнительную нагрузку: прибавились дежурства у старших медсестер и заведующих, активизировалась работа по подбору молодых сотрудников, обучению специалистов. Постепенно, шаг за шагом восполнили кадровую потерю. Если численность работников больницы всегда была более тысячи специалистов, в период ухода от нас сотрудников в ФЦТОЭ она сократилась до 950 человек. Сейчас в нашем коллективе трудятся 1064 человека. Многие позиции занимают молодые врачи.

Не секрет, что кадровая проблема остается в здравоохранении основной. Чем дальше, тем сложнее будет восполнять подобные потери, потому что качество работы больницы обусловлено



многолетней практикой, тем опытом, который собирался по крупицам врачами многих поколений и который концентрируют опытные врачи - ветераны больницы. Обучение в ординатуре и аспирантуре, прохождение специализаций за рубежом, участия в мастер-классах недостаточно для того, чтобы человек стал настоящим врачом. Определяющую роль играет именно практическая ежедневная работа, умение осознавать свои ошибки и победы, понимать и анализировать допущенные промахи, которые зачастую ставят под угрозу жизнь и здоровье пациентов.

**- Что помогает укрепить кадровый потенциал?**

- Для выполнения этой задачи используем всё возможное. Одна из самых серьезных реализованных мер социальной поддержки за последние годы - выделение 20 служебных квартир. Это, конечно, добавило оптимизма в работе, закрепило сотрудников за медучреждением.

Мы активно работаем со студентами медицинских учебных заведений, выпускников школ направляем на целевое обучение, гарантируя им доплату к стипендии. Также направляем в целевые ординатуры по кардиологии, анестезиологии и другим специальностям, оплачивая обучение полностью или на паритетных основаниях.

На мой взгляд, основным мотиватором на любой работе является зарплата. В нашей больнице привыкли зарабатывать «благодаря» большому количеству дежурств. Поэтому сред-

**Чтобы к хирургу пришло осознание специальности, чтобы он смог адекватно оценивать свою работу, его самостоятельная практика должна насчитывать не менее 6-7 лет. Поэтому правы студенты, которые уже с 1-2 курса трудятся в больнице санитарями, а на 3-4-м - пополняют штат среднего медицинского персонала.**



На базе больницы размещены шесть кафедр АГМУ. Несколько врачей сейчас работают над сбором материала для написания кандидатской, докторской диссертаций, не отвлекаясь от профессиональной деятельности.

няя зарплата у врачей больницы достигает 55 тысяч рублей, что мало по сравнению с другими регионами, но достаточно, чтобы в условиях Барнаула прокормить семью. Существуют стимулирующие выплаты по аналогии с эффективным контрактом, которые предусмотрены для всего персонала больницы. Немаловажно и то, что нет задержки выплаты зарплаты или уменьшения ее величины в последние годы. Каждый из нас дорожит интересной работой, возможностью осваивать новые методы, технологии лечения, заниматься научно-практическими исследованиями.

**- Расскажите об уникальных операциях, которые проводятся в больнице.**

- А что мы будем считать уникальной операцией? Безусловно, победой алтайской медицины является пересадка сердца, печени, но это - выстроенная плановая работа, основанная на абсолютной готовности к ее проведению всех служб. Операции предшествует тщательная подготовка пациента, а затем безукоризненно проводится сама операция. Конечно, риск для жизни человека сохраняется, но и любая, в разы менее сложная и по объему менее значительная, операция может нести не меньшую угрозу, а ее некачественное выполнение может привести к серьезным последствиям и даже фатальному исходу. Считаю уникальной работу нашего гинекологического отделения. Здесь выполняют лапароскопические операции при брюшных кровотечениях. Поскольку они

часто случаются у девушек и женщин молодого возраста, особенно значим уход от традиционной техники операции, приводящей к косметическим дефектам, к спаечному процессу, который позднее может помешать деторождению. Лапароскопия выполняется быстрее, сокращается послеоперационный период. Сейчас подобные операции выполняются хирургами по всем профилям больницы, в том числе и молодыми специалистами.

Уникальные операции делаются в отделении тяжелой сочетанной травмы. Сюда поступают люди, как правило, в состоянии глубокого травматического, геморрагического шока, с выраженной кровопотерей, продолжающимся кровотечением, со множественными переломами костей скелета и повреждениями внутренних органов. Нередко с одним пациентом работают три бригады хирургов и две бригады анестезиологов - и всё заканчивается благополучно. Затем следует восстановительный период, реконструктивные операции, металлоостеосинтез и т.д.

В отделение травматологии возрастные пациенты наиболее часто поступают с переломом шейки бедра, в отделение хирургии - с различными болезнями внутренних органов: печени, желчевыводящих путей, кишечника и т.д. Проводить даже плановые операции таким пациентам рискованно, а мы работаем по неотложным, экстренным показаниям, проводим эндопротезирование, операции по ликвидации желтухи, кишечной непроходимости и прочие, не менее сложные. Если такие пациенты возвращаются к жизни при имеющейся множественной сопутствующей патологии, - это рутинная или уникальная работа? Считаю, что иногда это может считаться чудом.

На VI съезде хирургов Сибири и Дальнего Востока «Актуальные проблемы хирургии» в прошлом году мы докладывали об очень интересной операции, находящейся на стыке нескольких хирургических специальностей. Пациент находился в нашем стационаре полтора месяца: в анамнезе - множественные переломы ребер, разрыв диафрагмы, огромная диафрагмальная грыжа, ишемическая болезнь сердца и хроническая обструктивная болезнь





лёгких. Плюс возраст... Поступил он к нам в крайне тяжелом состоянии, реаниматологи восстановили основные жизненно важные функции организма, а хирурги провели несколько операций: сначала выполнили грыжесечение с пластикой диафрагмы через абдоминальный доступ, затем осуществили металлоостеосинтез нескольких ребер. Сложнейший случай - человек мог погибнуть в первые же сутки, а наши доктора его спасли. Решиться на операцию было непросто, но и иного выхода не было. Такие сложные больные встречаются нередко, радуемся, когда они выздоравливают.

Отдельная тема - тяжелые панкреатиты. При этом заболевании одному пациенту часто приходится выполнять не одну, а множество операций, что связано с особенностями течения гнойно-некротического процесса. А ведь это, по сути, септические больные, находящиеся постоянно в реанимации. Нужна филигранная работа хирургов, чтобы не сделать ошибок, не допустить кровотечения, успешно убрать некротические ткани и постоянный контроль со стороны реаниматологов за основными жизненно-важными функциями.

**- Больница оказывает медицинскую помощь в рамках ВМП. Расскажите об этом подробнее.**

- За год мы обеспечиваем более 1200 квот. В основном - это работа отделений травматологии. В данном сегменте в Алтайском крае мы в числе лидеров. Говоря это, не беру во внимание ФЦТОЭ, где оказывается плановая медпомощь. К нам же поступают пациенты с травмами, мы их оперируем после стабилизации основных органных функций, затем переводим на амбулаторное лечение. Ведущее направление - операции по металлоостеосинтезу, операции при травме кисти и по протезированию крупных суставов, к ним добавляются операции в нейрохирургии на позвоночнике, по закрытию дефектов после трепанации черепа, реконструктивные операции на поджелудочной железе и кишечнике. С каждым годом наращаем этот вид помощи.

**- Врачи больницы участвуют в самых разных конференциях, семинарах, которые проходят на базе больницы и не**



**редко имеют международный статус. Насколько это важно для профессионального роста специалистов?**

- Я являюсь куратором внештатных специалистов хирургической службы, главным внештатным специалистом по оказанию экстренной неотложной хирургической помощи министерства здравоохранения Алтайского края. Поэтому в организации таких мероприятий принимаю непосредственное участие. Практически ежемесячно в БСМП проходит конференция, мастер-класс или обучающий семинар, часто - с участием ведущих экспертов страны, с онлайн-трансляциями из операционной. Одна из конференций в этом году была посвящена 80-летию профессора **Владимира Ивановича Оскреткова**. Считаю, что такие образовательные научно-практические мероприятия способствуют росту профессионального уровня специалистов, их общению.

Постоянно идет обучение не только по системе непрерывного медицинского образования, пропагандируемого министерством и ставшего обязательным для аккредитации специалистов, но и в рамках работы различных профессиональных сообществ, конференций, форумов различного плана, международных конгрессов. Работники больницы в течение года посещают более 10 международных форумов, проходят обучение новым методикам в странах Европы и Азии. И пусть не на следующий день, но в перспективе

**Реже стали поступать пациенты с ранениями - криминальная ситуация более спокойная. С ранениями сердца поступают 1-2 раза в месяц. Если пациент вовремя доставлен в больницу, тогда наши хирурги с успехом справляются с его спасением. И через несколько дней он уже ходит и достаточно быстро выписывается на реабилитационный этап.**



Уверен, что развитие реабилитационного направления в медицине края будет способствовать строительству профильного центра. Надо также понимать, что активная реабилитация начинается не ранее двух месяцев после операции. Этот период необходим для регенерации тканей, формирования костной мозоли, рубцов.

имеют возможность встраивать новинки в работу больницы, что в дальнейшем дает колоссальный эффект. Всё же отмечу: с условием экстренного характера, не всегда получаем тот результат, который хотелось бы иметь, но есть перспективы, к которым нужно стремиться и которые, безусловно, оптимистичны, несмотря на огромное количество существующих проблем в здравоохранении: кадровый вопрос, растущие цены на расходные материалы и препараты, нехватка площадей, грубость людей как с одной стороны, так и с другой и т.д.

**- Медицинские технологии предполагают комплексное участие врачей и медицинских работников со средним специальным образованием. Расскажите об этом.**

- У нас особенный коллектив и особые условия. Работа в приемный день иногда бывает адской. К примеру, в 75-кочном отделении хирургии лежат тяжелые пациенты, некоторые - месяцами, большая часть - старческого возраста, им требуется уход. Постоянно поступают новые пациенты, которым необходимо оперативное вмешательство. Опытные медицинские сестры зачастую на себя берут даже ту нагрузку, которая должна ложиться на плечи врачей, поскольку те большую часть времени заняты в операционной. Именно медицинская сестра находится рядом с больным в дневное и ночное время, и от ее действий в экстренной ситуации зависит исход - спасение пациента.

Санитарками в основном работают люди без медицинского образования. Но и среди них есть немало преданных нашей больнице, тех, кто проработал здесь 30 и более лет. Эти труженики приносят колоссальную пользу, может быть, даже в большей степени, чем иные хорошо обученные вышколенные специалисты, но лишенные душевного отношения к больным.

**- Давайте остановимся на реабилитации.**

- Она должна начинаться уже в реабилитационном отделении и продолжаться в профильных. Заключительный этап - санаторное лечение. При большом потоке пациентов мы это осуществить в полной мере не можем. Тем не менее, многие пациенты не теряют связь с врачом, получая от него рекомендации по реабилитации.

Наилучшим образом эта работа налажена в отделении сочетанной травмы. Его пациентам, как правило, проводятся несколько операций, и только ведущий хирург, видевший проблемы буквально изнутри, может нужным образом посоветовать, какие в дальнейшем проходить обследования, какого образа жизни придерживаться и т.д. В отделении ведется учет пациентов, каждого курирует специалист, распикивающий комплексы упражнений, оценивающий результаты реабилитации по прошествии времени, дающий советы и по лечению, и по выполнению лечебной гимнастики.

**- Насколько ваши сотрудники подвержены эмоциональному выгоранию? Можно предотвратить этот процесс?**

- К сожалению, профилактика его невозможна. Эмоциональное выгорание для медицинского работника неизбежно как воздействие радиации. Выход один - проработать некоторое время в нашей больнице и перейти на более спокойную работу. И такие примеры есть. В то же время уйти даже в платную медицину с зарплатой в два раза большей не все могут - привыкают работать в экстренном режиме. Возвращаются, успешно работают, учат молодежь, продолжают выполнять свою работу качественно и профессионально.

Не скрою: для предотвращения эмоционального выгорания сотрудни-



ков были задумки по привлечению психологов, организации комнат психологической разгрузки. Однако опыт показал, что общению с психологом большинство сотрудников предпочитают физический отдых в свободное время. Поэтому своей задачей как руководителя считаю создание максимально приемлемых условий труда. Это - достойная заработная плата, использование современного оборудования, возможность освоения новейших технологий для своего профессионального роста.

**- Налажено результативное взаимодействие с АГМУ, ББМК. Какие задачи это помогает решить?**

- Мой принцип - контакты с научными работниками, проведение семинаров, знакомство со специальной литературой должны проходить в максимальном формате. Поэтому сложившееся сотрудничество с нашими ведущими медицинскими учебными заведениями - АГМУ и ББМК - самое широкое. В больнице оборудованы учебные комнаты. Сюда стремятся студенты, потому что то, что показывают здесь, не увидишь ни в одном симуляционном центре или фильме.

У нас есть договор о взаимодействии с ведущим НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе (Санкт-Петербург). Наши мультидисциплинарные бригады неоднократно были на обучении в НИИ, мы используем их методические разработки, модель отделения скорой медицинской помощи и т.д. Сделан еще один шаг: мы связались с Первым Санкт-Петербургским государственным медицинским университетом им. И.П. Павлова, на базе которого работает клиника неотложной помощи. Достигнута договоренность об использовании их технологий не только в нашей больнице, но и в других медицинских учреждениях края.

**- Решение каких задач определяют перспективу развития больницы? Что впереди?**

- Прежде всего мне очень хочется, чтобы наша работа приносила радость и медицинским работникам и пациентам. В рамках клиники мы планируем выполнять качественно свою работу, согласно Программе стратегического развития больницы. Первы-



ми такую Программу приняли коллеги краевой клинической больницы. Наш изначальный план был принят в 2014 году и рассчитан на три года. Сейчас идет второй этап реализации задач - по 2020 год включительно. Перспективное планирование позволяет эффективно использовать денежные средства, заниматься приобретением техники - прописано внедрение технологий по каждому направлению и отделению. Имеем возможность за счет внебюджетных средств приобретать инновационные материалы, медикаменты. Мы технически готовы к дальнейшему развитию цифровых технологий, телемедицины, оказанию консультативной помощи для ЛПУ всего края.

Если говорить о перспективе развития медицины края, считаю, что надо избежать коммерциализации медицинских учреждений региона. Большинство его жителей работают здесь десятки лет, имеют невысокий уровень доходов. Существующая система здравоохранения, на мой взгляд, - самая рациональная. Коммерциализация может присутствовать в малой части, но не должна носить главенствующий характер.

Не согласен и с тем, что всё чаще слышатся высказывания об оказании медицинскими работниками услуг. Древние говорили иначе: искусство врачевания. Приведу слова Гипократа: «Медицина поистине - самое благородное из всех искусств»; Плиния: «Нет искусства полезнее медицины»... Эти цитаты можно продолжать. Да-

**Другое направление - привлечение на работу студентов медуниверситета и медколледжа. Это практически помогает больнице, а студенты уже на этапе обучения могут понять, насколько они готовы работать в медицине, в экстренной хирургии. Рад, что в большинстве к нам приходят студенты, влюбленные в медицину.**



▲ вайте и мы будем говорить об искусстве врачевания и этим изменим отношение общества к работе врача, медицинской сестры. Уверен, что тогда меньше будет жалоб и претензий, больше - взаимопонимания между участниками лечебного процесса.

**- Современная медицина становится профилактической. Ваше мнение: что может изменить отношение общества к важности сохранения здоровья?**

- Мы видим колоссальные усилия, прилагаемые для привлечения внимания населения к заботе о своем здоровье, и зачастую незначительную ответную реакцию. Думаю, здесь проблема в мотивации. Если перед Чемпионатом мира по футболу народ был мотивирован на это событие, оно прошло под пристальным вниманием даже тех, кто не является спортсменом, физкультурником или увлеченным болельщиком. Повторю: необходимо формирование у людей мотивации, ответственности за свое безразличное отношение к здоровью, которое мы в большинстве случаев наблюдаем. Сегодня можно пройти диспансеризацию или игнорировать ее, иметь отчисления в страховые фонды или работать

без официального трудоустройства - ответственности гражданин ни за что не несет. Формирование ответственности каждого жителя страны - задача законодателя. Есть опыт других стран, которым можно воспользоваться.

Важно налаженное информирование населения о проблемах здоровья и его сохранения. Многие в обществе определяет материальный фактор, мы это видим по льготникам, которые деньги предпочитают таблеткам, по пенсионерам, которые покупают дешевые продукты в ущерб их качеству. Между тем, причины болезней представителей старшего поколения на 50% обусловлены неправильным питанием, отсутствием белков, жиров и углеводов в выбираемых продуктах, в наличии в них красителей, заменителей и т.д. Об этом надо говорить.

**- Вы являетесь членом Совета Медицинской палаты Алтайского края. Роль таких организаций в управлении медицинской деятельностью как врачей, так и средних медицинских работников постепенно растет, им передается всё больше полномочий. В чем вы видите сильные и слабые стороны та-**

**кого профессионального объединения?**

- Значение Медицинской палаты, профессиональной организации врачей, признано во всем мире. Она - основной двигатель в развитии здравоохранения во всех смыслах. Государство решает вопросы с оплатой труда медработников, с подготовкой зданий медучреждений и их оснащением. А вот эффективная организация лечебного процесса, контроль за выполнением программы развития, обучения, оценка уровня квалификации - это задачи медицинского сообщества.

Медицинская палата является одним из самых крупных общественных объединений. Думаю, что возникла она своевременно. Это помогло избежать ряда ошибок при принятии законов и подзаконных актов. В нашей больнице более ста врачей являются членами региональной Медицинской палаты, и это очень важно. Кроме того, я приветствую работу коллег в других профессиональных сообществах. Они имеют возможность посещать проводимые ими мероприятия и конференции. В целом это помогает вырабатывать адекватные подходы к лечебному процессу без влияния чиновников. ☺



### О себе

- В больнице работаю 32 года. И когда недолго работал в ВТЭК - из больницы не уходил: дежурил и оперировал. Дежурства брал, и когда был председателем комитета по здравоохранению администрации Барнаула. Поэтому могу смело утверждать, что административные должности меня от больницы не отлучили.

Больница для меня - жизнь. Рабочий день не нормирован - нет привычки уходить рано. С утра много возникает неотложных проблем, связанных с хозяйственной и экономической деятельностью. Но пытаюсь не отрываться от практической работы. Ежедневно принимаю хирургические рапорты по итогам дежурства, еженедельно делаю обходы в том или ином хирургическом отделении, обязательно - в реанимации, где решается тактика ведения тяжелых пациентов. И, если удастся, оперирую 1-2 раза в неделю - потому что у целеустремленной молодежи некоторые операции буквально «не вырвешь».

Смогу ли жить без больницы, если не буду работать в должности главного врача? Не знаю. С больницей связана вся моя сознательная жизнь. Когда не работаю с пациентами, освладевает чувство неудовлетворенности. Конечно, бывают дни, отмеченные «победами» в административной работе, но это несравнимо с ощущением после удачно проведенной операции.



## Ожирение у мужчин. От причин к последствию

**Эталон мужской красоты изменялся в веках: когда-то Давид был на вершине поклонения, а когда-то - Бахус. Времена идут, тренды на внешность меняются, а здоровье остается неизменным. Что же происходит сегодня? Почему в фокусе - мужчина и что ведет к сокращению его (и так меньшей, по сравнению с женщинами) жизни? Ответ - ОЖИРЕНИЕ!**

Статистика неумолима: каждый третий россиянин сегодня имеет избыточную массу тела. К 2025 году в мире от ожирения будут страдать 40% мужчин.

Почему же это самое ожирение, а точнее - профилактика и лечение, занимает умы врачей и не всегда рассматривается пациентом как болезнь? Истину раскрыл еще Плуларх, говоривший: «Еда нам не только средство к жизни, но и средство к смерти». Ожирение часто воспринимается пациентом просто как косметический дефект, некое неудобство, затрудняющее жизнь. Вот что часто говорят мои пациенты-мужчины с ожирением: «Доктор, мне стало тяжело зашнуровать ботинки... У меня появилась одышка... Мне тяжело заниматься сексом...», или, например, откровения еще одного пациента с ожирением: «За электричкой я уже не побегу точно, да и за женщинами тоже...».

Ожирение - верхушка айсберга метаболических проблем, **ожирение - это хроническое заболевание, ведущее к осложнениям**. К сожалению, эти осложнения серьезны и опасны: сахарный диабет 2 типа, гипертоническая болезнь, атеросклероз, инфаркт миокарда, инсульт, деформирующий остеоартрит, неалкогольная жировая болезнь печени и другие. Поэтому **ожирение сейчас рассматривается как один из значимых (но управляемых!) факторов риска преждевременной смер-**

**ти**. Это медицинская «сторона медали». И часто молодой пациент с ожирением не хочет слышать эти вещи, думая, что с ним это не произойдет. Это самое главное заблуждение - считать, что у человека еще много времени в запасе. С другой стороны, достаточно часто на прием приходит мужчина 50 лет и старше, с ожирением, уже после инфаркта миокарда или имеющий сахарный диабет, который после случившегося полностью готов следовать советам врача. Но время-то назад не вернуть!.. Поэтому надо четко понимать: **ожирение в любом возрасте - это болезнь, требующая кропотливого постоянного лечения в команде «пациент - диетолог - тренер - эндокринолог - психолог».**



**Инна Александровна ВЕЙЦМАН,**

член Редакционного совета журнала, кандидат медицинских наук, врач-эндокринолог, высшая квалификационная категория, доцент кафедры госпитальной терапии и эндокринологии АГМУ



Давид



Бахус





Только 5% всех случаев ожирения связаны с эндокринной патологией (гипотиреоз, гиперкортицизм, гиперпролактинемия), а 95% - это алиментарный (пищевой) фактор.

## Что считается лишним весом?

Необходимо высчитать свой индивидуальный индекс массы тела (ИМТ) по формуле: *вес (в килограммах) разделить на рост (в метрах), возведенный в квадрат*. Итак, если ваш ИМТ более 25 - это избыточная масса тела, более 30 - это уже ожирение.

Кроме того, **измерьте окружность талии сантиметровой лентой**: если у мужчины она превышает 94см, это говорит о том, что у него висцеральное отложение гормонально активного жира. Оно опасно!

**Почему опасно именно висцеральное ожирение?** Адипоцит (жировая клетка) «говорит множеством голосов», выделяя биологически активные вещества, которые запускают и поддерживают множество патологических процессов.

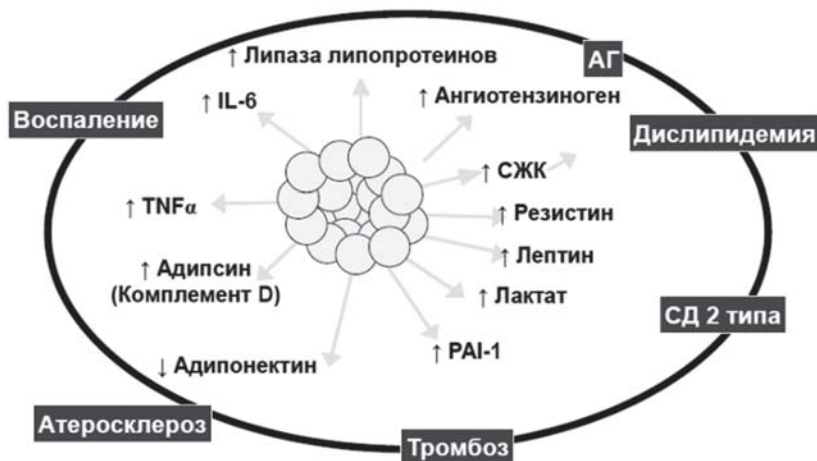
## Каковы причины ожирения:

- **наследственность** - реализуется при определенных факторах образа жизни;
- **ожирение детства** практически всегда переходит во взрослую жизнь - количество адипоцитов закладывается в детстве, а во взрослом они заполняются жировыми включениями. Как говорил поэт И.Л. Сельвинский, «прошлое не умирает: оно творит сегодняшний день и заглядывает в грядущее»;
- **ожирение в пубертатном периоде**;
- **переедание**. Эмоциогенное пищевое поведение (заедание стресса, «пищевое пьянство», еда как награда, синдром ночной еды). Экстернальное пищевое поведение (вижу - ем). Еда «за компанию». Бесконечные «перекусы» (фаст-фуды);
- **низкая физическая активность**.

Я бы выделила еще один период в жизни мужчины - **вступление в брак** (из практики видно, что часто после начала супружеской жизни у мужчины снижается физическая активность и увеличивается количество потребляемой «вкусной калорийной домашней еды»).

И только 5% всех случаев ожирения связаны с эндокринной патологией (гипотиреоз, гиперкортицизм, гиперпролактинемия), а 95% - это алиментарный (пищевой) фактор. Безусловно, пациента с ожирением должен обследовать врач-эндокринолог для исключения как раз этих 5%. Кроме того, эндокринолог исследует углеводный и жировой обмен (как следствие ожирения). И нередко после обследования мужчины с ожирением эндокринолог не находит отклонений в работе эндокринной системы, о чем и информирует пациента, слыша в ответ: «Вы меня разочаровали, доктор, я-то думал, что это эндокринный сбой, а вы мне про моё питание. Это я и сам знал. Зачем тратил финансы и время?!». В этом случае **пациент не мотивирован на снижение веса**, у него нет внутреннего локус-контроля, и, конечно, лечение в данном случае окажется малоэффективным.

## Кардиометаболические эффекты адипоцитов



Многообразие клинических симптомов дефицита тестостерона у мужчин, которые не всегда видят врачи, и лечат его проявления СИМПТОМАТИЧЕСКИ в своих кабинетах

## СЕКСОЛОГИЧЕСКИЙ БЛОК

Снижение либидо и сексуальной активности
Эректильная дисфункция
Отсутствие ночных эрекций

## ВЕГЕТАТИВНЫЙ БЛОК

Приливы
Повышенная усталость, гнев
Нарушения сна

## КОГНИТИВНЫЙ БЛОК

Изменения настроения
Нарушения когнитивной функции

## АНДРОЛОГИЧЕСКИЙ БЛОК

Задержка пубертата
Маленькие яички
Мужской фактор семейного бесплодия
Уменьшение роста волос
Гинекомастия

## МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ БЛОК

<b>ВИСЦЕРАЛЬНОЕ ОЖИРЕНИЕ</b>
Уменьшение мышечной массы тела (САРКОПЕНИЯ) и физической выносливости
Уменьшение минеральной плотности костей (ОСТЕОПОРОЗ) и переломы
<b>МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ</b>
<b>ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА</b>

Что еще кроется за ожирением у мужчины? Это - снижение гендерного гормона тестостерона. А тестостерон в организме мужчины, и в целом в его жизни, играет ключевую роль. Парадокс природы или защитная реакция, но, накапливаясь, висцеральный жир переводит тестостерон в женский половой гормон - эстроген, в связи с чем изменяется соотношение «андроген-эстроген». У мужчины появляются симптомы дефицита тестостерона.

А у молодых мужчин с ожирением ухудшается и репродуктивная функция, - и именно ожирение может стать причиной мужского бесплодия.

Из вышеизложенного вытекает главный вопрос: **лечить или не лечить ожирение?** Ответ прост на словах и труден в действии.

**Первый постулат - не допустить ожирения ребенка:** культура питания в семье (не поощрять и не наказывать детей пищей - «правило недоеденной тарелки»), культура физической активности. Если всё же ожирение не обошло вас, вашу семью, ваших мужчин, тогда нужно мотивировать человека на снижение

веса. У всех мотивация может быть разной: создание семьи, рождение ребенка, продвижение по служебной лестнице, не допущение повторного инфаркта миокарда и другое, - но мотивация должна быть.

**Далее необходимо посещение эндокринолога и диетолога.** Разработать вектор действий. Если есть эндокринные причины - лечить, если нет - эндокринолог поможет подобрать медикаментозные средства, которые снизят аппетит или будут выводить съеденные калории, не давая им всасываться.

Но четко надо понимать - волшебной таблетки нет и не будет! Вы есть сами у себя - и в этом главная ценность! Еду надо пересмотреть так, чтобы она не была единственным источником удовольствия (жиры и сладкое - основные источники эндорфинов - гормонов удовольствия, поэтому редуцируют именно с этих высококалорийных продуктов), еда должна поддерживать вас на плаву, но не отягощать. **Снижение калорийности питания - основа снижения веса.**

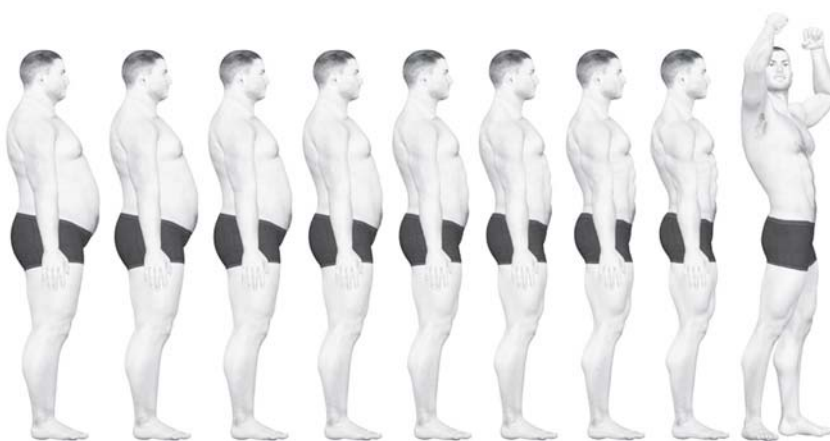
**У молодых мужчин с ожирением ухудшается репродуктивная функция, - и именно ожирение может стать причиной мужского бесплодия.**



При этом требуется **обязательное увеличение физической активности**. Не обязательно сразу покупать карту в фитнес-центр (а если и взяли ее, то самое главное - ходите на тренировки, не пропускайте!). Для начала продумайте комфортное расширение своей физической активности: можно сделать регулярным «день пешехода», оставляя авто на стоянке, или парковать машину за 2 остановки до места работы, или 30 минут в день ходить быстрым шагом, а может, это будут лыжи, коньки, бассейн... Главное - делать это **регулярно!**

При высокой степени ожирения в настоящее время разработаны различные методы хирургического его лечения.

**Посмотрите на сколько отступают осложнения при снижении веса на 10кг! И всегда помните: тело - багаж, чем он тяжелее, тем короче путешествие.** ☺



## Что такое минус 10кг? Это снижение:

...смертности	-20% от общей смертности -30% смертности, связанной с диабетом -40% онкологической смертности, связанной с ожирением
...артериального давления	-20% систолического АД -10% диастолического АД
...уровня глюкозы натощак	-50% - при диабете
...уровня липидов	-10% - общего холестерина -15% - холестерина ЛПНП -30% - триглицеридов -8% - холестерина ЛПВП

## Ожирение накрывает Россию

**Население России стремительно полнеет. По данным Министерства здравоохранения, за пять лет - с 2011 по 2016 годы - число россиян с ожирением возросло почти на 50%. С чем связан такой резкий рост - только ли с неправильным образом жизни или есть и экономические причины?**

По данным экспертов, в России сейчас активно полнеет молодежь: за последние несколько лет молодых людей и детей с избыточным весом стало в три раза больше. Бизнес на эту проблему обратил свое



внимание. Например, в стране появляются специальные летние лагеря, где персонал следит за тем, чтобы дети не нарушали диету, где вводятся соответствующие развитию физические нагрузки: кроссфит, йога, бассейн.

В Минздраве утверждено несколько госпрограмм. В частности, появились рекомендации по рациональным нормам потребления продуктов.

Однако спорт и умеренные порции еды - не самые главные помощники в борьбе с ожирением. Исследования показывают, что чем выше социально-экономический статус, тем выше уровень здоровья: люди могут себе позволить покупать более качественные продукты и вести в целом более здоровый образ жизни. Соответственно, чем ниже социальный статус и доходы, тем больше вероятность избыточного веса у граждан. Это связано с дешевыми продуктами питания, которые по большей части делаются из химических заменителей, что в целом сказывается на здоровье нации.

По данным британской благотворительной организации Cancer Research UK, больше всего ожирением страдают те, кто родился в период с начала 80-х до середины 90-х годов. Специалисты уверены: примерно 70% миллениалов столкнутся с проблемой избыточного веса в возрасте от 35 до 44 лет. ☺





# Сердце не камень, или Как помочь своему сердцу при АГ

Согласно мировым данным, гипертоническая болезнь обнаруживается у 30-40% взрослого населения и более чем у 60-70% лиц старше 60 лет.

Чем опасна артериальная гипертензия и как быть, если такой диагноз уже поставлен, - рассказывает врач-кардиолог высшей квалификационной категории Диагностического центра Алтайского края **Инесса Альбертовна ЮРИНА**.

**- Инесса Альбертовна, что значит диагноз «артериальная гипертензия»? Можно ли сказать, что артериальная гипертензия и гипертоническая болезнь - это одно и то же?**

- Артериальная гипертония - это серьезное хроническое заболевание, для которого свойственно стойкое повышение артериального давления. Гипертония считается одним из самых распространенных и коварных сердечно-сосудистых заболеваний. По некоторым данным, каждый четвертый житель нашей планеты от 15 до 64 лет страдает от повышенного артериального давления.

**Главная опасность гипертонии в том, что со временем она может привести к инфаркту и инсульту, длительной потере трудоспособности, инвалидности и даже летальному исходу.** Поставить диагноз «гипертония» может только врач, и о наличии заболевания говорят лишь в том случае, *если повышенное давление было зафиксировано, как минимум, при трех контрольных измерениях.* В норме давление может повышаться или понижаться в течение дня и в различных ситуациях (например, во время занятий спортом оно выше, во время сна - ниже). Но оно непременно должно возвращаться к нормальным показателям - **от 110 на 70 до 130 на 80.** Если же давление постоянно **140 на 90 или выше, то в этом случае говорят о наличии гипертонии.**

Термин «артериальная гипертония» по смыслу аналогичен терми-

ну «артериальная гипертензия». Можно сказать, что это практически тождественные понятия, но гипертония - это заболевание, а гипертензия - один из его симптомов.

**- Часто люди тянут до последнего, не спешат лечить гипертонию, потому что считают ее недугом, не угрожающим жизни. Действительно ли она не такая безобидная, как это кажется многим?**

- Такое мнение в корне неправильно! **Без лечения гипертония приводит к нарушению работы многих органов и систем организма.** В частности, в разы повышается риск развития таких грозных заболеваний, как инфаркт миокарда и инсульт, нарушается работа почек, страдает зрение. Как следствие, ухудшается качество жизни, снижается работоспособность, вплоть до инвалидности. Не зря во многих странах существуют национальные программы по борьбе с гипертензией, и многие фармацевтические лаборатории занимаются разработкой всё более эффективных, безопасных и удобных для применения препаратов для контроля артериального давления.

**- Почему возникает это заболевание? Можно ли говорить о генетической предрасположенности?**

- Точные причины, по которым здоровый человек вдруг превращается в гипертоника, до сих пор не выявлены. Тем не менее, ученые выдвигают массу предположений, почему развивается гипер-



тоническая болезнь. И самая изученная причина артериальной гипертензии, получившая наиболее веские доказательства, - **генетическая.** Проведенные исследования показывают, что роль наследственного фактора в развитии этого нарушения варьируется от 33 до 57%.

Кроме того, предполагается, что на артериальное давление оказывают немалое влияние **экологические факторы.** Повышению давления способствуют **любовь к соленой пище и кофе, малоподвижный образ жизни, хроническая депрессия, дефицит витамина D.** Значительно увеличивают вероятность развития гипертонии **ожирение, сахарный диабет и заболевания сердца.**

К факторам риска артериальной гипертензии относятся и совсем, казалось бы, отдаленные события: **низкий вес при рождении, искусственное вскармливание, питание матери во время беременности.**

**- Правда ли, что около 50% пациентов не знают о своей болезни? Почему так происходит и чем это грозит пациенту?**

- Да, некоторая часть пациентов действительно не догадыва-



ется о наличии у себя болезни. Как правило, первые симптомы гипертонии не вызывают опасений, люди зачастую не обращают на них внимание, предполагая, что просто переутомились или немного простыли. **Усталость, вялость, мушки в глазах, тошнота, регулярные головные боли - всё это должно настораживать!** Уже при появлении данных симптомов стоит начать регулярно мерить давление. Если оно стабильно высокое, - немедленно обратиться к врачу!

Можно жить и не знать о недуге. Многие недооценивают опасность так называемой «лёгкой артериальной гипертонии». Например, повышению давления до 140-145 мм рт.ст. зачастую не придают значение. Длительно существующая и нелеченая даже небольшая артериальная гипертония с годами приводит к точно таким же осложнениям, как и при более значимых цифрах.

**- Что такое гипертонический криз, к каким осложнениям он приводит?**

- Гипертонический криз - это неотложное состояние, вызванное чрезмерным повышением артериального давления до уровня **180/110 мм рт.ст. и выше**. Данное состояние **опасно развитием очень тяжелых осложнений**: инсульт, отек лёгких, острая сердечная недостаточность. Поэтому важно оказать помощь как можно раньше. Как правило, гипертонические кризы бывают у людей, страдающих гипертонической болезнью, то есть у тех, у кого часто повышается артериальное давление. Спровоцировать гипертонический криз могут стрессовые состояния, физическая нагрузка, а также прекращение приема гипотензивных лекарств.

**- Как вы и ваши коллеги-кардиологи из Диагностического центра Алтайского края помогаете таким пациентам?**

- Пациент с артериальной гипертонией и подозрением на нее приходит на прием к врачу-кардиологу Диагностического центра. Проводится комплексное обследование пациента для выявления артериальной гипертонии, устанавливается ее причина. Затем, на основе полученных данных обследований,

назначается лечение: немедикаментозное воздействие и гипотензивные препараты.

**- Насколько я знаю, нередки случаи, когда пациенты самостоятельно прерывают лечение - из-за побочных действий лекарств, их стоимости или просто «чтобы не травиться» таблетками. Чем могут обернуться для пациента столь легкомысленные решения?**

- Да, такие случаи, к сожалению, не редки. Гипертоническую болезнь можно назвать «тихим убийцей»: она очень коварна и дает большое количество осложнений. А опасность состоит в том, что у человека, больного гипертонией и не получающего должного лечения, развиваются серьезные осложнения со стороны головного мозга, сердца, почек, глаз. Чаще всего, это чревато инсультом или инфарктом, что может привести к смертельному исходу.

**- Есть мнение, что всё индивидуально - и если с верхним давлением в 140 человек чувствует себя хорошо, то и лечиться необязательно...**

- С данным утверждением я не согласна. Артериальное давление **140 на 90** считается повышенным, то есть уже можно ставить гипертонию первой степени. Уже пора бить тревогу и принимать меры. При наличии так называемой «лёгкой АГ» на первый план выходит не самочувствие пациента, а сам факт повышенного артериального давления.

**- Говоря об артериальной гипертонии, нельзя не остановиться на инсульте. Обязательно ли одно вытекает из другого?**

- Как я уже говорила ранее, инсульт - одно из серьезных осложнений артериальной гипертонии. Он может привести к лишению трудоспособности, инвалидности и даже к смерти. Поэтому АГ обязательно нужно лечить.

**- Допустим, человеку поставили этот диагноз, ему назначено лечение, которое он принимает много лет. Как часто ему нужно бывать у кардиолога и проходить обследование?**

- Пациент, страдающий АГ, должен раз в два месяца посещать терапевта. Осмотр кардиолога необходим в случае возникновения каких-то осложнений, при нестабильном давлении, если требуется обследование или коррекция лечения. Но главное - это **самоконтроль!** Пациенту необходимо иметь дома тонометр и регулярно, утром и вечером, измерять свое артериальное давление, чтобы определиться, как действует применяемый препарат, каков его эффект.

**- Что бы вы еще сказали или посоветовали людям, которых не обошло стороной данное заболевание?**

- Несмотря на гипертоническую болезнь, ваша жизнь продолжается! Основная мысль, которую мы попытались донести, это то, что необходимо регулярно измерять артериальное давление, знать его цифры. Если оно у вас повышенное, ни в коем случае не стоит игнорировать эту проблему. Кроме того, нужно осознавать, что с этого момента придется **перестроить весь свой образ жизни**. Не всё зависит от врача и от назначенных лекарств, которые он принимает. **Очень многое зависит от самого человека!** Немаловажна поддержка близких и родных.

Большим артериальной гипертонией важно помнить о том, что это заболевание не принадлежит к числу неизлечимых. Арсенал современных средств, существующих в кардиологии, и практический опыт медицины смогут поддерживать артериальное давление на необходимом уровне и тем самым препятствовать прогрессированию гипертонии. ☺

## КОНТАКТНЫЕ ТЕЛЕФОНЫ

КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края»:

(3852) 24-32-90 - справочная,

(3852) 250-400 - единый номер регистратуры.

Адрес: г.Барнаул, пр.Комсомольский, 75а

На правах рекламы



# «Мы объединены одним профессиональным порывом»

*Урологическое отделение №2 КГБУЗ «Краевая клиническая больница» открыто 1 сентября 2018 года. И уже в октябре хирурги отделения провели уникальные операции. О необходимости создания нового подразделения больницы, о перспективах развития - разговор с его руководителем Владимиром Александровичем АНАНЬЕВЫМ, врачом-урологом высшей квалификационной категории, кандидатом медицинских наук.*

- Идея открытия второго урологического отделения больницы возникла около двух лет назад. Дело в том, что в составе действующего отделения общей урологии работают хирурги, владеющие малоинвазивной безразрезной методикой хирургических вмешательств, которая привлекательна малой травматичностью, сокращением вероятности послеоперационных осложнений и более успешной реабилитацией. Последние четыре года эти специалисты параллельно с работой в классической урологии совершенствовали методики, увеличивая объем и усложняя спектр выполняемых малоинвазивных операций. И сегодня есть ряд оперативных вмешательств, которые в крае выполняем только мы. Чтобы и дальше можно было развивать это направление, главным врачом ККБ **Дианой Михайловной РУДАКОВОЙ** было принято решение об разделении.

Непросто было решить организационные вопросы: важно было не потерять коечный фонд, из одного коллектива урологов сформировать два, сохранить качество оказываемой медпомощи. Нам это удалось: в новое отделение пришли хирурги, медицинские сестры, по-настоящему заинтересованные в развитии новых методик специфической хирургии, которая требует абсолютно другие хирургические

навыки. Мы объединены одним профессиональным порывом.

**- Что это за особенности?**

- В целом меняется подход к лечению урологической патологии. К примеру, можно провести открытую нефрэктомии (полостная операция по удалению почки) путем разреза в 10-11см, а можно - лапароскопическим методом, при котором разрез составит около 2см. При этом у пациента нет выраженного болевого синдрома, снижается риск развития возможных осложнений, успешно проводится трудовая реабилитация.

Почему невозможно было дальше развиваться в этом направлении в составе отделения общей урологии? Один из аргументов: новые методы - это командная работа, для ее выполнения важно объединение профессионалов. Создание нового отделения в дальнейшем позволит в разы увеличить объем оказываемой высокотехнологичной медицинской помощи. При этом мы выполняем и повседневную работу, поддерживаем объем экстренных консультаций.

«Первой ласточкой», доказывающей правильность выделения новой структуры, стало успешное проведение анастомоза (соединение двух полых органов) молодой женщине. Эта лапароскопическая операция была проведена со-



вместно с коллегами из Новосибирска. Такие мастер-классы - обычная хирургическая практика. Подобная операция была выполнена впервые в крае, но их число планируем увеличивать.

Далее - на базе нашего отделения выделены отдельные койки для проведения уникальных андрологических реконструктивных операций, которые будут выполнять врачи, участвующие в приоритетном региональном проекте «Мужское здоровье». На базе поликлиники краевой больницы создана «Академия мужского здоровья», возглавляемая профессором **Р.Т. АЛИЕВЫМ**. Планируемые реконструктивные андрологические операции в том числе будут являться реабилитационным этапом после лапароскопических операций по поводу рака простаты. Это, без преувеличения, уникально! Их выполнение - также в ближайших планах работы нашего отделения.

**- Особенность задач, стоящих перед отделением, - добиться того, чтобы слож-**



**нейшие операции стали не разовыми, а доступными широкому кругу пациентов...**

- Эту цель преследуют всегда, когда приступают к освоению новых методик. Недавно в краевой больнице была проведена уникальная операция по пересадке сердца, - и уже сделана вторая, планируется третья. Таким образом нет необходимости пациентам ездить по стране и за ее пределы, чтобы получить необходимое лечение. С этой целью мы и планируем развивать методы современной урохирургии для оказания высокотехнологичной медицинской помощи жителям Алтайского края.

**- Для овладения лапароскопическими методами проведения операций обязательен для специалиста этап классической хирургии?**

- Я и Сергей Сергеевич **ВАСИЛЬЕВ** являемся выходцами как раз из классической хирургии, имеем профессиональный стаж более 20 лет. Мы обучались именно методам классической урологии. Сегодня молодежь обучаем специально - они должны быть универсалами, потому что владение методами малоинвазивной хирургии не исключает работы с экстренными состояниями, когда необходима так называемая конверсия доступа - переход в открытый способ операции. Таким образом, владея знаниями и умениями по классической урологии, мы являемся приверженцами малоинвазивных методик. Но каждая операция, выполненная открытым методом или лапароскопическим, по инструментарию и необходимым навыкам - две разные планеты. Замечу, что хирургов обучают работать по малоинвазивным методикам в Москве и Санкт-Петербурге. Мы в отделении развиваем «питерскую школу».

**- Из спектра урологических заболеваний какое является самым тяжелым и самым распространенным?**

- Это - мочекаменная болезнь. Она является эндемичной патологией, требует серьезных профи-



лактических подходов. Мы, хирурги, умеем оказывать действенную помощь.

**- Можно дать общие рекомендации пациентам в послеоперационный период?**

- Нет. Отмечу, что если сравнивать послеоперационный период после открытой хирургии и малоинвазивного вмешательства, очевидны преимущества второго пути хирургического лечения. Наши больные уже поднимаются на первые-вторые сутки, быстро восстанавливаются, не возникают серьезные осложнения, им не требуются крупные перевязки.

**- Каковы перспективы развития урологического отделения №2 ККБ?**

- Они хорошие: освоение и внедрение новых методик, усовершенствование медперсонала, успешное лечение больных. Отделение обладает достаточно уникальным опытом для нашего региона. Уже сейчас в основном перечне операций - почти вся урология, которую выполняем малоинвазивными подходами. Отдельные операции начинают внедрять и другие урологические стационары краевых медучреждений.

Мы планируем на базе нашего отделения лечить урологических пациентов с онкологией. Считаю, что в крае ситуация с этой патологией сложилась серьезная - есть недовольство среди населения

длительными очередями, ожиданием оперативного лечения. В то же время краевая клиническая больница располагает всей необходимой базой, получены необходимые лицензии, работает хорошая гистологическая лаборатория. И главное - у нас есть руки, профессиональные хирурги. Так что впереди нас ждет развитие и развитие.

**- Значит, в начале нового года мы успешно проведем очередной уникальной операции?**

- Безусловно. Также мы планируем участвовать в работе профессионального сообщества, брать на вооружение опыт коллег из других регионов, организовывать на базе отделения образовательные мастер-классы.

**- Пациенты в отделение направляются из поликлиники больницы?**

- Да, это основная масса. Кроме того, информацию об отделении и его возможностях можно найти на сайте краевой клинической больницы.

Мы наблюдаем своих пациентов, отслеживаем их состояние удаленно. Поэтому номер моего сотового телефона (который, кстати, указан на странице нашего отделения на сайте) уже 15 лет известен пациентам. И они всегда могут связаться со мной для консультации, уточнения и т.д. ☺



# Как продлить молодость, или Ходьба вместо лекарств

**В России, как и во всем мире, основной причиной смертности молодого трудоспособного населения являются сердечно-сосудистые заболевания. И главные причины их возникновения - неправильный образ жизни и недостаточная физическая активность.**

Хорошим комплексным лекарством для решения многих проблем со здоровьем является спорт. Важно отметить: физические нагрузки должны быть вам по силам!

**Что происходит в организме в процессе умеренных физических нагрузок:**

◆ **укрепление опорно-двигательного аппарата** - кости становятся более устойчивыми к нагрузкам, развиваются силовые показатели мышц, улучшается кислородное мышечное питание;

◆ **укрепление сердечно-сосудистой системы** - сердце и сосуды становятся бо-

лее выносливыми, быстро привыкают к нагрузкам и быстро восстанавливаются после них;

◆ **повышение иммунитета и улучшение состава крови** - при регулярных тренировках увеличивается уровень эритроцитов и лимфоцитов, что позволяет организму реже болеть и значительно быстрее справляться с вирусами и бактериями;

◆ **укрепление и развитие нервной системы** - улучшается координация движений, формируются новые условные рефлексы, также развивается скорость нервных процессов;

◆ **улучшение метаболизма** - происходит эффективная регуляция содержания сахара и других веществ в крови;

◆ **улучшение работы органов дыхания** - за счет потребности организма в кислороде дыхание становится интенсивным и более глубоким, увеличивается жизненная емкость легких;

◆ **изменение отношения к жизни** - физическая активность способствует формированию у людей стимула в жизни, уменьшению депрессий, раздражительности, исключения резких перепадов настроения.

## Как выбрать «нагрузку по плечу»

Можно ли человеку регулярно нагружать себя физически и каким образом лучше это сделать - решает врач, который учтет состояние систем организма, возраст, уровень подготовки человека. Да и подбор упражнений должен быть индивидуальным.

Если по ряду причин консультация врача невозможна, воспользуйтесь самостоятельно тестом: сколько вы пройдете за 6 минут в хорошем темпе? Если 600 метров - прекрасно, 500 метров - хорошо, 300 - похуже, еще меньше - обратитесь к врачу, отметив, когда у вас появляется одышка, боль в сердце или икроножных мышцах.

## Чем полезна ходьба пешком?

Пешие прогулки - это самый простой и самый доступный вид физической активности. Ходьба приносит огромную пользу для организма человека.

**Прогулки способствуют общему оздоровлению организма.** Систематическая ходьба является действенным способом для избавления от лишних килограммов веса. Люди, имеющие проблемы с весом в яго-



**Светлана Алексеевна  
ВАСИЛЬЧЕНКО,**

медицинская сестра функциональной диагностики №1, КГБУЗ «Городская поликлиника №1, г.Барнаул», член ПАСМР с 2017 года



▲ дичной и бедренной зонах, начинают терять объемы уже через несколько недель после начала тренировок. Это означает, что ходьба способствует быстрому обмену веществ, что, в свою очередь, не позволяет лишнему жиру накапливаться в организме. Прогулки укрепляют кости скелета, улучшают баланс, регулируют артериальное давление, снижают уровень холестерина, тонизируют мышцы и улучшают сон. Ходьба снижает риск возникновения рака некоторых локализаций, уменьшает хронические боли в пояснице, может предотвратить развитие диабета 2 типа.

**Ходьба пешком - это тоже спорт.** Каждый ваш шаг вызывает высвобождение энергии, повышение гормонов, а также хорошее самочувствие - благодаря действию химических веществ в мозге. Удары сердца повышаются примерно с 70 ударов до 100-150 ударов в минуту. При этом к мышцам качается больше крови и кислорода. При ходьбе сжигается 5 калорий в минуту (сравните: при сидении - 1ккал в минуту), причем, эти калории продолжают сжигаться еще примерно час после окончания прогулки, даже если вы уже отдыхаете.

Большинство взрослых после 20 лет жизни в год набирают примерно по 1кг веса. Для изучения влияния ходьбы на возрастную прибавку веса в Канаде на протяжении 15 лет ученые наблюдали за 4995 мужчинами и женщинами. И было обнаружено, что любители пеших прогулок набрали незначительный вес по сравнению с другими участниками, которые не отдавали предпочтение ходьбе.

Количество сожженных калорий зависит от веса человека: чем больше его вес, тем больше калорий сжигается за 1 километр ходьбы. Например, человек весом 72кг потеряет около 105ккал, пройдя 1,5км, а человек весом 100кг за это же расстояние потратит около 135 калорий.

**Прогулки продлевают молодость.** Многие ученые считают, что мы можем немного замедлить или даже приостановить процессы старения и возрастных заболеваний.

Ученые Гарвардского университета решили установить, сколько за день должен проходить человек, чтобы продлить себе жизнь? В исследовании принимали участие 72 тысячи медицинских сестер. Согласитесь: эта профессия подразумевает движение в течение всего рабочего дня. Но оказалось, что даже интенсивного графика работы медперсонала недостаточно для снижения риска сердечных заболеваний. Лишь у небольшой группы людей, которые дополнительно, после работы, уделяли ходьбе не менее 30 минут в день, риск сердечно-сосудистых заболеваний снизился на 30-40%. Эти же исследования показали, что биологический возраст медицинских сестер, которые двигались больше своих коллег, на 2 года меньше их фактического возраста.

Согласно данным Американской кардиологической ассоциации, каждый час бодрой прогулки добавляет два часа в вашу продолжительность жизни.

**Пешие прогулки поднимают настроение.** Помимо положительного физического воздействия ходьбы на организм, она также помогает улучшить плохое настроение, повысить умственную работоспособность, избавиться от депрессии.

Британские и шведские физиологи выяснили, что полчасовая пешая прогулка поможет «перезагрузить мозг», улучшить настроение и подавить депрессию. Кстати, верным помощником и стимулом, который заставит отправиться на прогулку, может стать собака. Любители четвер-



роногих друзей тратят на пешие прогулки со своим верным другом не менее 5 часов в неделю.

Полезна ходьба и для функции мозга. Если вы хотите повысить свои умственные способности, то ежедневная ходьба этому поспособствует. Она увеличивает размер гиппокампа - той части мозга, которая влияет на обучение и память. Ходьба положительно влияет на работу левого полушария мозга, дает преимущество в решении различных творческих задач. Независимо от того, ходите вы в помещении или на улице, вы придумаете на 60% больше идей, чем те, кто сидит на месте.

Заняться собой никогда не поздно, а если еще учесть, что ходьба может продлить года, то делать это нужно не с очередного понедельника, а уже с сегодняшнего дня. Дышите глубже, гуляйте пешком - и вам обеспечена бодрость, сила духа и долгие годы жизни.

## Как заставить себя ходить пешком каждый день?

Теперь, когда мы узнали, чем полезна ходьба, разберемся: **сколько нужно гулять?**

Важно отметить, что 10 тысяч шагов в день (эквивалент - около 8км) - это не магическое число. Большинство защитников здоровья считают, что любое количество физической активности сверх вашей обычной активности уже лучше, чем ничего. Поэтому это круглое число не является абсолютным и жестким: если вы сделаете 8 тысяч шагов в день - отлично, можете 18 тысяч - еще лучше!

**Инвестируйте в шагомер.** Первый шаг в отслеживании ваших ежедневных движений заключается в инвестирование хорошего качества шагомера или трекера активности. Носите его несколько дней, чтобы оценить, сколько шагов вы проходите. После того как вы поставили перед собой цель, шагомер станет отличным стимулом, предоставляя вам точные показания и стимулируя вас проходить лишние шаги.

**Установите реалистичные цели.** В среднем взрослый человек проходит 5117 шагов в день, что характеризуется как «сидячий образ жизни». Увеличивайте это количество шагов постепенно. Сначала на 500 шагов больше каждую неделю. Если вы начинаете прогулки с 5000 шагов в день, прибавляя каждую неделю по 500, то скоро, через 10 недель, вы перейдете к полным 10000 шагам.



**Ходить пешком нужно правильно!** Независимо от вашего возраста ходьба является самой безопасной формой физической активности. Но внимательным, тем не менее, быть нужно: очень низкий риск получения травм всё же присутствует.

### **Вот несколько советов:**

- держите голову прямо и смотрите вперед, подбородок параллельно земле;
- напрягайте мягко мышцы живота одновременно с каждым шагом;
- свободно машите руками, держа локти слегка согнутыми;
- поддерживайте вертикальное положение тела: спина прямая - не сгорбившись вперед и не отклоненная назад;
- делайте прокатку ноги с пятки на носок;
- старайтесь расслабить плечи и шею.

**Разбивайте ходьбу на несколько заходов на протяжении всего дня.** 10 тысяч шагов составляет около 8км. В целом вы можете пройти 1,5км примерно за 20 минут. Значит, вам нужно пройти приблизительно 1 час 40 минут. Да, это довольно длительная прогулка за один раз. Но можно же разбить ее на 20-30-минутные прогулки. Например, пройтись на работу пешком, прогуляться во время обеденного перерыва. Замечу, что прогулки по магазинам, галереям и т.д. - это тоже ходьба пешком.

### **Как получить больше пользы от ходьбы пешком:**

- ▶ всегда ходите по лестнице вместо использования лифта;
- ▶ носите сумки в разных руках, но не сильно нагружайте пакеты, лучше сделайте несколько заходов;
- ▶ гуляйте в парке, скверах;
- ▶ решая какую-нибудь проблему, обдумывая ее, пройдитеесь;
- ▶ когда едете домой, сойдите с автобуса на одну остановку раньше;
- ▶ ходите по дому, когда говорите по телефону.

**Прогуляйтесь с приятелем.** Занимаясь ходьбой, можно легко встретить единомышленников, с которыми позже можно устраивать совместные оздоровительные прогулки. Живое общение вместе с физическими нагрузками - лучшее лекарство от всех проблем.

**Пешие прогулки на природе.** Прогулки по одному и тому же маршруту очень скучны. Добавьте немного приключений и поменяйте место спортивной ходьбы. Ищите новые места, исследуйте их.

**Не переусердствуйте.** Пейте воду. Покупайте удобную обувь с гибкой подошвой и всегда носите яркую или светоотражающую одежду, если любите прогуляться вечером.

Вам не обязательно нужно устраивать походы в холодную и дождливую погоду. Попробуйте сделать несколько кругов в торговом центре.

**Спорт играет важную роль в жизни человека, его многообразие способствует разностороннему развитию и делает людей более устойчивыми к негативным факторам окружающего мира. Больше времени проводите на свежем воздухе. Дружите с приятными людьми, чаще занимайтесь любовью! Не скупитесь на добро по отношению к окружающим. Заведите животных, они приносят в жизнь массу позитива. Проводите больше времени с детьми, играйте с ними, получайте удовольствие от общения. Живите полной жизнью!** ☺

# Что нужно знать, если вам вывели колостому



## **Неля Владимировна ФЕДОСОВА,**

старшая медицинская сестра отделения гнойной хирургии, высшая квалификационная категория, КГБУЗ «Краевая клиническая больница», член ПАСМР с 2005 года

**Колостомия - хирургическая операция, в ходе которой из пораженного отдела кишки формируют отверстие для выхода каловых масс. Колостома - это искусственный задний проход, единственное решение проблемы опорожнения кишечника при тяжелых патологиях.**

## **Показания**

Во время операции обычно удаляют часть пораженных тканей кишечника. Для формирования колостомы выводят кишку на переднюю брюшную стенку и закрепляют ее, обеспечивая функционирование кишечника. Наложение стомы проводится при травме кишечника, его врожденной патологии, болезни Крона, неспецифическом язвенном колите, тотальном полипозе толстой кишки, а также при множественных кишечных свищах, онкологии с явлениями кишечной непроходимости, кишечной непроходимости (дивертикул, осложненный непроходимостью, спаечная кишечная непроходимость).

Колостома после операции на кишечнике требует глобального изменения образа жизни. Следует пересмотреть свое питание, привычные занятия, условия труда. Колостома может доставлять не только физические, но и психологические неудобства. Ее наличие может смущать человека, делая его замкнутым и раздражительным. Поэтому нужно четко выполнять и соблюдать все рекомендации врача.

## **Виды колостом**

Это могут быть илеостома и колостома. Отличие данных видов искусственных отверстий заключается в их локализации. При **илеостоме** отверстие выполняют в области подвздошной кишки, а при **колостоме** - в области сигмовидной или ободочной кишки. Илеостома обычно располага-



▲ ется внизу живота справа, колостома может располагаться и слева, и справа. Оба отверстия обеспечивают нормальную работу пищеварительного тракта.

Колостома при раке прямой кишки чаще всего выполняется поперечным способом. Выделяют **два вида поперечных колостом**: *двуствольную* (обычно имеет временный характер) и *одноствольную* (постоянная). **Двуствольная колостома** характеризуется поперечным неполным разрезом. Петлю ободочной кишки выводят на поверхность и делают надрез. Таким образом колостома имеет два отверстия: входящее и выходящее. Через выходящее отверстие колостомы двуствольной осуществляется опорожнение кишечника. **Одноствольная колостома** имеет полный продольный разрез на толстой кишке. На поверхность брюшной стенки выводится одно отверстие, которое будет служить выходом каловых масс. Этот вид колостомы называют **концевой**, она выполняется при полном удалении нижних отделов кишечника.

**Качество опорожнений будет зависеть от расположения колостомы.** Если отверстие выполнено справа, ближе к печеночному изгибу кишечника, выделения будут жидкими с сильной щелочной средой, что негативно влияет на околостомные ткани. При расположении колостомы слева, у селезеночного изгиба, - опорожнения будут густыми с характерным запахом.

## Уход за стомой

- Вымойте стому и кожу вокруг нее теплой водой, можно с применением жидкого мыла с антисептиком. Также можно использовать мягкие салфетки. Не бойтесь трогать стому руками.

- При обработке стомы и кожи вокруг нее нельзя использовать антисептические растворы, алкоголь, спирт и другое!

- Лучше дать коже вокруг стомы высохнуть естественным путем на воздухе при комнатной температуре. Но если это выполнить невозможно, то промокните кожу вокруг стомы тканевыми салфетками или мягким полотенцем. Применяйте средства (крема, мази, присыпки) для подсушивания кожи вокруг стомы, которые вам порекомендовал ваш доктор.

- В случае значительных затруднений, при появлении на коже вокруг стомы мацерации необходимо срочно обратиться к врачу!



## Виды калоприемника

Выбор средств ухода за стомой зависит от ее вида, места расположения, оформления каловых масс, особенностей кожи вокруг стомы, а также от предпочтений пациента.

Существует два вида современных средств ухода за стомой на клеевой основе: **однокомпонентный** (стомный мешок со встроенной клеевой пластиной - недренируемый, то есть закрытый, и дренируемый, то есть открытый) и **двухкомпонентный калоприемник** (комплект, состоящий из отдельных клеевой пластины и стомных мешков, которые имеют специальное устройство для крепления мешка к пластине).

## Применение калоприемника

Размер стомы можно определить с помощью специального измерителя (трафарета), его можно найти в каждой упаковке стомных мешков.

Калоприемник следует менять стоя или сидя перед зеркалом, чтобы можно было увидеть стому. Менять калоприемник необходимо утром после сна и вечером перед сном.

Вырезав отверстие, накладываем калоприемник на чистую кожу так, чтобы его края прилегали к стоме. Клеить необходимо разглаживающими движениями, затем держим руками до полного приклеивания. ☺

**Умение поддерживать нормальное состояние колостомы при правильном уходе, выполнение всех рекомендаций, данных врачом, - дает возможность пациенту не изменять обычного жизненного уклада, вести активную деятельность и испытывать радость от общения.**

АЛТАЙСКАЯ  
СЕСТРИНСКАЯ  
АССОЦИАЦИЯ

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





# Рак почки: факторы риска, симптомы, лечение



**Анастасия Борисовна БАЛАГАНСКАЯ,**  
врач-онколог-уролог  
амбулаторного приема,  
поликлиника  
КГБУЗ «Алтайский  
краевой онкологический  
диспансер»

*Рак почки в настоящее время является одной из наиболее важных проблем онкоурологии в связи с ежегодно возрастающей заболеваемостью и смертностью от данного заболевания.*

Наибольшая частота рака почки отмечается в странах Северной Америки и Скандинавии. И, наоборот, редкая его встречаемость присуща странам Южной Америки, Азии и Африки.

В Алтайском крае заболеваемость раком почки за последние годы значительно выше, чем в среднем по России. Так, онкология этой локализации занимает третье место по заболеваемости среди злокачественных новообразований мочеполовой системы - после опухолей предстательной железы и мочевого пузыря. Увеличение выявляемости рака почки связано отчасти с широким внедрением объемных методов исследования: ультразвуковой диагностики, компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, - которые позволяют обнаруживать небольшие, бессимптомные новообразования. Но несмотря на это частота выявления рака почки на 3-4 стадии также продолжает увеличиваться.

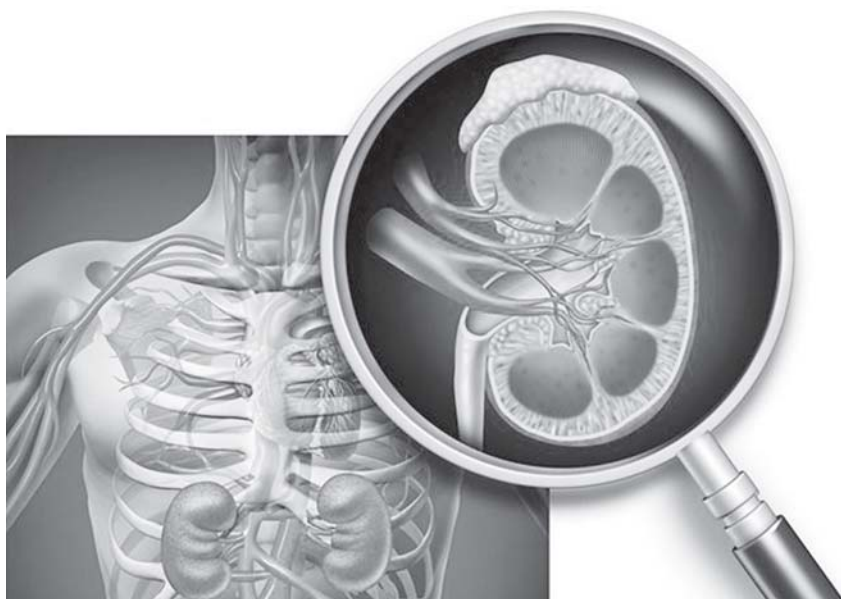


## Факторы риска возникновения

Существует несколько доказанных факторов риска возникновения рака почки. К ним относятся:

- **пол** - заболеваемость мужского населения выше, чем женского;
- **возраст** - пик заболеваемости приходится на возраст 50-70 лет;
- **курение** - доказано, что курение табака является одним из наиболее значимых факторов риска развития различных злокачественных новообразований;
- **ожирение** - повышает риск примерно на 20%;
- **артериальная гипертензия;**
- **длительный неконтролируемый прием некоторых лекарственных препаратов;**
- **другие заболевания почек:** в исследованиях не выявлено достоверного увеличения частоты заболеваемости раком почки у больных мочекаменной болезнью и пациентов с кистами почек, однако риск развития почечно-клеточного рака повышен при терминальной стадии хронической почечной недостаточности;
- **генетические факторы** у людей, в семье которых был случай рака почки, - риск развития этого заболевания повышен, причиной этого могут быть врожденные генетические мутации;
- **профессия** - почечно-клеточный рак не является профессиональным заболеванием, однако риск развития этой патологии выше у лиц, имеющих контакт с промышленными красителями, нефтью и ее производными, а также с промышленными ядохимикатами и солями тяжелых металлов.





## Симптомы

Как и многие другие опухоли, рак почки на ранних стадиях обычно протекает **бессимптомно либо дает слабо выраженные неспецифические признаки**:

- ▶ хронически нарастающая усталость,
- ▶ длительная потеря веса,
- ▶ постоянная субфебрильная температура.

По мере роста опухоли и повреждения органа, возникают уже **симптомы, характерные для рака почки**: например, гематурия (появление крови в моче), боль в проекции пораженной почки и другие.

В **диагностике** рака почки применяют такие методы, как: ультразвуковое исследование, компьютерную томографию и магнитно-резонансную томографию.

Окончательный диагноз ставится только на основании проведенного гистологического исследования образца опухоли (биопсия) или опухоли целиком.

## Методы лечения

**Химиотерапия** применяется крайне редко, так как данный вид опухоли не чувствителен к известным на сегодняшний день химиотерапевтическим препаратам.

К **лучевой терапии** чувствительность почечно-клеточного рака также невелика.

**Оперативное удаление опухоли** - это основной и самый эффективный метод лечения рака почки. Применяется полное удаление пораженной почки (нефрэктомия). Но если размеры опухоли небольшие, или же выявлен рак единственной почки, или опухоли обеих почек сразу, - выполняют резекцию органа.

Также в настоящее время существуют и другие виды лечения: **таргетная терапия** и **иммунотерапия**. Но решение принимается индивидуально врачом-онкологом в каждом конкретном случае.

При выявлении заболевания на ранних стадиях прогноз благоприятный.

## Как снизить риск развития рака почки?

- ◆ Необходимо отказаться от вредных привычек, прежде всего, это касается курения.
- ◆ Контролировать массу тела, рационально питаться.
- ◆ Контролировать уровень своего артериального давления.
- ◆ Стараться избегать получения травм почек.
- ◆ Вести активный образ жизни. ☺



## На заметку

### Как выбрать салон красоты

**Роспотребнадзор подготовил памятку для посетителей салонов красоты и маникюрных кабинетов, где расписано, на что в первую очередь стоит обращать внимание, чтобы не подхватить опасную инфекцию.**

Так, специалисты ведомства, в частности, рекомендуют обращать внимание на то, моет ли сотрудник салона красоты руки перед началом и окончанием работы с клиентом. Очень важно, как дезинфицируются инструменты. Для предупреждения распространения гепатитов, ВИЧ-инфекции, туберкулеза, грибковых заболеваний и других инфекций проводится дезинфекция и стерилизация применяемых изделий и инструментов. Расчески, щетки, ножницы для стрижки волос мастер обязан мыть под проточной водой, дезинфицировать в бактерицидных излучателях или в растворах дезинфицирующих средств. Идеально, когда перед процедурой специалист достает инструменты в вакуумной упаковке.

Салон обязан использовать только чистое белье, запас которого должен обеспечивать индивидуальное применение его для каждого посетителя. Парфюмерно-косметические средства должны иметь сертификаты соответствия или декларации о соответствии, не просроченные сроки годности и русский перевод потребительской информации. Любой посетитель может попросить средство перед применением и документы на него и изучить их.

Если применяются инъекционные препараты, то каждый сначала показывается клиенту, который должен убедиться в его целостности, а использованный флакон отдают посетителю. Это - гарантия того, что флакон не будет использован повторно.

Если у человека возникли претензии к салону красоты, он может обратиться с жалобой в свое территориальное управление Роспотребнадзора.





# Помогаем ребенку слышать, слушать и говорить



**Юлия Викторовна ДРАНКОВИЧ,**  
заведующая краевым сурдологическим центром, главный детский сурдолог Алтайского края, врач-сурдолог-оториноларинголог, высшая квалификационная категория, КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница»

**В последние годы проблема раннего выявления нарушения слуха у детей поставлена на государственный уровень.**

**Так, в 2007 году в рамках национального проекта «Здоровье» в перечень обследований для выявления заболеваний был включен аудиологический скрининг детей первого года жизни. Тогда же был издан Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ №307 «О стандарте диспансерного наблюдения ребенка в течение первого года жизни».**

С 2008 года родильные дома и детские поликлиники стали оснащаться приборами для регистрации вызванной отоакустической эмиссии (ВОАЭ) для проведения аудиологического скрининга новорожденного объективным методом.

Программа аудиологического скрининга состоит из двух этапов.

**Первый этап - скрининговый.** С 2009 года во всех роддомах должен проводиться аудиологический скрининг новорожденных *в возрасте 3-4 дней* с помощью регистрации ВОАЭ специальным прибором. Обследование в более ранний период - менее достоверно. Если ребенок находится на лечении в отделении патологии новорожденных, то тестирование лучше проводить перед выпиской ребенка из стационара.

*Аудиологический скрининг осуществляется врачами-неонатологами или медицинскими сестрами, прошедшими специальное обучение (тематическое усовершенствование).*

Все дети, которые прошли аудиологический скрининг, но имеют факторы риска: это - родились маловесными, недоношенными, имеют слабослышащих родителей, диагностирована билирубинемия, - должны пройти обследование в сурдологическом центре краевой клинической детской больницы. У тех деток, которые по какой-либо причине не прошли тест вовремя, обязательно должен быть проконтролирован слух в ближайшее время.

При полученном отрицательном результате аудиологического скрининга его повторяют в поликлинике по месту жительства *через 4-6 недель после первичного скрининга.*

**Второй этап - диагностический.** Проводится детям, у которых отоакустическая эмиссия не была зарегистрирована на первом этапе (то есть тем детям, у которых были получены отрицательные результаты), а также всем, кто имеет факторы риска по тугоухости и нарушению слуха. Данное обследование должно быть проведено *в первые три месяца жизни ребенка.*

Также повторное аудиологическое обследование рекомендуется проводить *новорожденным, которые были госпитализированы в отделение патологии новорожденных в связи с гипербилирубинемией* (высоким уровнем билирубина в крови), даже если





Кохлеарный имплантат

первый скрининг был успешно пройден.

Когда ребенок еще не умеет говорить, он не может ответить слышит или не слышит звуки, поэтому исследование проводится в состоянии сна - **записывается энцефалограмма** (ответ головного мозга на звуковые сигналы).

Раннее выявление нарушений слуха очень важно. Многочисленные исследования показывают, что **если детей с тугоухостью 3-4 степени протезировать слуховыми аппаратами в возрасте до 6 месяцев, то их речевое и языковое развитие будет практически таким же, как у детей с нормальным слухом**. Если же коррекцию тугоухости проводить после 6 месяцев жизни, то даже при самой эффективной и упорной коррекционной работе ребенок всё равно будет отставать в развитии речи от сверстников.

Необходимость в сурдологическом центре в Алтайской краевой клинической детской больнице стала очевидной, когда при помощи краевого благотворительно-го марафона «Поддержим ребенка!» получили возможность проводить деткам кохлеарную имплантацию. За пять лет прооперировали около 200 детей. Но на этом помощь не заканчивается. Вторым этапом должна стать реабилитация. **Именно реабилитация гарантирует 80% успеха**. Большую часть программы занимают логопедичес-

кие занятия с сурдопедагогом, позволяющие научить ребенка слышать, слушать и говорить. Сегодня в созданном краевом сурдологическом центре медицинская часть осуществляется в полном объеме, но педагогической составляющей, к сожалению, недостаточно.

Потеря слуха может произойти по разным причинам и в любом возрасте, большинство из них связано с инфекционными заболеваниями, наследственностью, травмами. Даже если ребенок прошел скрининг, но в семье есть слабослышащие родственники, врачебный контроль продолжается до 7-8 лет, потому что ребенок находится в группе риска.

Почему есть необходимость в сурдологическом центре? Во-первых, помощь этого профиля детям оказывается только в КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница». Во-вторых, проблема усугубляется тем, что сегодня выхаживаются маловесные недоношенные дети, для которых риск потери слуха намного серьезнее. В-третьих, существуют врожденные и приобретенные изменения в организме ребенка, приводящие к потере слуха. И в каждом случае должна быть оказана квалифицированная медицинская помощь.

Сейчас решается главный вопрос - подготовка врачей для центра. Но уже на этом этапе проводится прием пациентов для полного обследования. ☺

## Определяем ориентиры. «Индекс здоровья будущего»

**Учитывая старение населения, рост числа хронических заболеваний и государственных расходов, профессиональное сообщество всего мира пытаются создать новую систему здравоохранения - эффективную и ориентированную на результат.**

Готовность стран отвечать вызовам будущего, внедрять цифровые технологии и выстраивать эффективную систему здравоохранения, которая ориентирована на результаты и потребности пациентов, отражена в исследовании «Индекс здоровья будущего», которое проводит компания Philips - мировой лидер в сфере разработки решений для здравоохранения.

Компания проводит такое исследование с 2016 года. В прошлом году к нему впервые присоединилась и Россия.

Ключевым параметром исследования в 2018 году стал **показатель ценности здравоохранения**, который измеряет входящие в него факторы систем здравоохранения на развитых и развивающихся рынках. Выводы исследования 2018 года основаны на опросах более 3000 представителей системы здравоохранения и более 24600 граждан из 16 стран, а также на данных из различных источников, включая ВОЗ, Всемирный банк и другие. В отчет также были включены мнения ведущих экспертов здравоохранения и практические рекомендации по повышению эффективности и



◀ доступности медицинской помощи.

Благодаря проведенному опросу были получены ценные выводы о том, насколько эффективно выполняют свои функции системы здравоохранения в разных странах, в том числе и в России. Эти результаты позволяют оценить, в каком направлении необходимо двигаться и какие факторы могут оказывать влияние на повышение качества и эффективности системы здравоохранения.

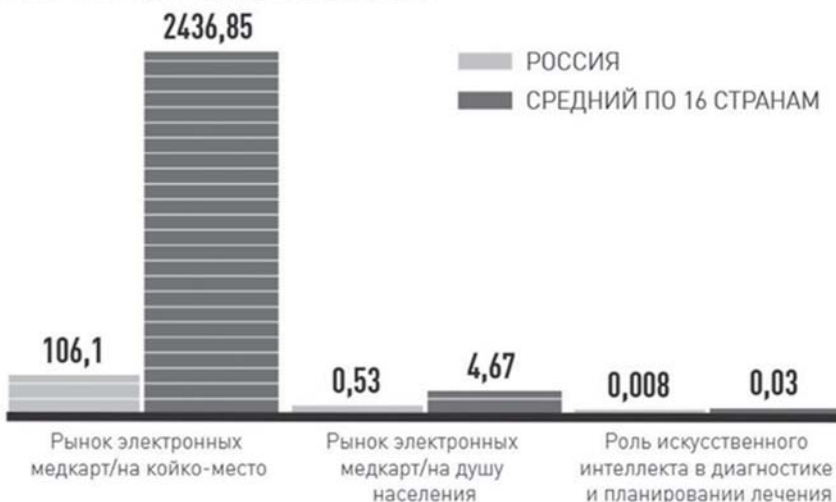
**Исследование «Индекс здоровья будущего» здравоохранения определяет три основных фактора:** *доступность помощи* (то есть насколько всеобщим и доступным является здравоохранение), *удовлетворенность медицинскими услугами* (в том числе насколько население и медицинский персонал доверяют системе здравоохранения), *эффективность системы здравоохранения* (то есть соотношение затрат к результатам лечения).

Согласно результатам исследования «Индекс здоровья будущего», **российский показатель ценности системы здравоохранения** находится немного ниже среднего значения по 16 странам (**40,90 балла** против средней цифры 43,48 по 16 странам). Этот показатель обусловлен **достаточно высокой в России доступностью медицинской помощи (63,58 балла** против 50,91 в среднем) и в то же время **незначительным уровнем удовлетворенности медицинскими услугами (31,75 балла** против 52,85).

**Работники здравоохранения в меньшей степени удовлетворены тем, насколько российская система здравоохранения отвечает потребностям пациентов** (только **28%** удовлетворены), что резко расходится с результатами стран-лидеров - таких, как Саудовская Аравия и Сингапур (по 82%). **Сравнительно низкий показатель удовлетворенности медицинскими услугами отмечают и сами**

## РОЛЬ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, \$

Источник: Индекс здоровья будущего, 2018.



**россияне** - только **25%** граждан считают, что система здравоохранения отвечает их потребностям (по сравнению с самым высоким показателем в 65% среди опрошенных в Индии). Только половина опрошенных медицинских работников (**51%**) и всего населения (**49%**) **доверяют российской системе здравоохранения**. В Испании, например, этот показатель значительно выше - 91% медицинских работников и 72% населения страны доверяют системе здравоохранения.

**Показатель эффективности здравоохранения** (то есть соотношение затрат к результатам лечения) в России примерно равен средним значениям по 16 странам (**27,38 балла** против 26,69). При этом есть возможности для улучшения результатов лечения. В реальности же высокая позиция нашей страны обусловлена низкими расходами на здравоохранение в процентах от ВВП (7,1% против 9% в среднем).

**Повысить эффективность медицинской помощи позволят переход к ценностно-ориентированной модели здравоохранения и внедрение цифровых технологий в работу лечебных учреждений.**

Сфера сбора данных в здравоохранении России активно развивается, в пользу этого го-

ворит внедрение электронной медицинской карты (ЭМК). Тем не менее с точки зрения использования носимых медицинских устройств и искусственного интеллекта есть возможности для роста - в России этот показатель ниже среднего значения по 16 странам.

Одним из наиболее важных выводов исследования в 2018 году является **наличие прямой взаимосвязи между показателем ценности системы здравоохранения и уровнем внедрения цифровых технологий в работу лечебных учреждений**. Это говорит о том, что интеграция цифровых решений в работу лечебных учреждений может помочь переходу стран к ценностно-ориентированной модели медицины. В странах с такой моделью **государство платит за результат лечения**, а не за оказанные медицинские услуги. Такой подход позволяет улучшить качество оказываемой медицинской помощи, оптимизировать расходы и в целом снизить нагрузку на систему здравоохранения. Приверженность такой модели демонстрируют такие страны, как Сингапур, Швеция и Нидерланды. Они также активно внедряют в работу своих лечебных учреждений цифровые технологии для сбора, хранения и аналитики медицинских данных. 🌐



# Перелом лучевой кости в типичном месте у пожилых людей. Реабилитация

**Перелом - травматическое повреждение, при котором происходит нарушение целостности кости. Основная причина травмы - воздействие какой-либо внешней силы, которая превышает прочность данного участка кости.**

Однако не все виды переломов связаны с влиянием силового воздействия: некоторые возникают как осложнение других заболеваний, при этом удар может быть совершенно незначительным либо отсутствовать вообще. Это так называемые патологические переломы, которые являются осложнением тяжелого остеопороза, миеломной болезни, туберкулезного или злокачественного поражения костей.

Статистика переломов ошеломляющая: у каждого человека, который проживает в развитой или развивающейся стране, перелом какой-либо кости возникает 1-2 раза в течение всей жизни. К примеру, в США ежегодно регистрируются около 7 миллионов случаев, в России - около 9 миллионов.

**В особую группу риска попадают лица преклонного возраста по нескольким причинам:**

- по мере старения организма *обменные процессы замедляются*, равно как и способность к регенерации тканей - естественному восстановлению поврежденных. Вследствие этого у людей преклонного возраста развивается **остеопороз** - прогрессирующее снижение плотности костной ткани.

Российская ассоциация по остеопорозу приводит следующие цифры: 14 миллионов (около 10%) наших соотечественников страдают этим заболеванием. Оно является причиной каждого третьего перелома у женщин и каждого четвертого - у мужчин;

- еще одним фактором риска переломов является испытываемые пожилыми людьми *слабость и головокружение, «скачки» давления*, которые могут быть следствием хронических заболеваний (например, болезней сердца и сосудов), нарушения зрения. В результате таким лицам легко поте-

рять равновесие и упасть на скользкой дороге, получить ушиб при выполнении повседневных домашних дел;

- *характер падения* тоже меняется с возрастом. В молодости люди обычно падают вперед или назад. С возрастом падение чаще всего происходит на бок. Это приводит к учащению случаев перелома шейки бедра, плеча, позвонков и запястья.

## Последствия переломов для пожилых людей

Казалось бы, никакой серьезной опасности переломы не несут - врачи давно научились сращивать кости, а обезболивающие препараты облегчают страдания больного на всех этапах выздоровления. Однако в пожилом возрасте болезни протекают иначе, и даже «безобидная» травма может привести к инвалидности.

Вторая проблема заключается в необходимости иммобилизации (временном обездвиживании) поврежденной части тела. Отсутствие движений ослабляет организм и отрицательно влияет на эмоциональное состояние пожилого человека: многие пациенты, становятся безучастными к своему здоровью, жалуются на беспомощность и не верят в возможность выздоровления.

Чтобы сломанные кости у пожилого человека срослись, часто необходимо хирургическое вмешательство. Речь идет о проведении остеосинтеза, при котором обломки соединяются металлической пластиной. Проблема такого подхода в том, что не все люди в возрасте способны благополучно перенести операцию, поэтому вопрос о ее целесообразности решается в индивидуальном порядке с учетом состояния организма. Но мало вернуть скелет к «исходному



**Елена Ивановна  
ВОРАНКОВА,**

врач по лечебной физкультуре, высшая квалификационная категория, КГБУЗ «Алтайский врачебно-физкультурный диспансер»



Одна из причин того, что кости у людей в преклонном возрасте срастаются гораздо медленнее, чем в молодости, состоит в ухудшении обмена веществ и кровоснабжения скелетной ткани.

состоянию» - важно, чтобы пациент смог двигаться в прежнем объеме.

После переломов больные заметно слабеют, теряют мышечную массу и, что гораздо опаснее, мотивацию к активной жизни, скептически относятся к курсам реабилитации, направленным на восстановление способности к самостоятельному самообслуживанию. Поэтому **крайне важно** еще на этапе планирования лечения **должное внимание уделить реабилитационным мероприятиям**, которые позволят завершить работу травматолога и хирурга.

«Перелом луча в типичном месте» - это словосочетание понятно любому доктору, ведь под ним подразумевается вполне конкретный вид травмы верхней конечности. Правильнее этот вид повреждения называется **«перелом дистального метаэпифиза лучевой кости»** - самого тонкого и уязвимого участка лучевой кости. Данный тип перелома составляет до 30% от всех переломов верхней конечности. У женщин такой вид перелома руки встречается чаще, что объясняется генетически обусловленной более мягкой структурой костной ткани в этом месте. В большинстве случаев травме предшествует падение на вытянутую вперед руку, что является естественной защитной реакцией для любого человека. Наиболее часто **падение происходит на разогнутую руку**, и такой вариант называется **«переломом Колеса»**. Если же **при падении рука была согнута** (это бывает гораздо реже), возникает **«перелом Смита»**. Чаще бывает закрытый перелом, так как падение обычно происходит с высоты не выше человеческого роста.

После травмы у человека в руке возникает очень сильная боль, отечность в проекции перелома, гематома.

Возможна крепитация и патологическая подвижность.

При смещении выявляется видимая деформация чуть выше сустава или в его проекции. Движения и пальпация резко болезненны.

Диагноз подтверждают по результатам рентгенографии лучезапястного сустава. При сложных переломах и в ходе предоперационной подготовки может потребоваться проведение КТ лучезапястного сустава и МРТ.

При переломах лучевой кости **без смещения** накладывают гипс, **при смещении** проводят закрытую репозицию с последующим наложением гипсовой повязки. При необходимости используют чрезкожную фиксацию спицами отломков. Затем больного обязательно направляют на контрольную рентгенографию. При правильном положении отломков гипс сохраняют в течение 4-5 недель. В противном случае осуществляют попытку повторного вправления. Если фрагменты кости не удалось сопоставить, показана операция.

**Хирургическое вмешательство** проводят в условиях стационара. Возможен остеосинтез дистального метаэпифиза лучевой кости пластиной или винтами. При сложных открытых переломах наложение металлоконструкций в область раны противопоказано, в таких случаях используют аппараты внешней фиксации.

Срок начала реабилитационных мероприятий зависит от вида проведенного остеосинтеза. Стабильная фиксация пластиной позволяет начать ЛФК уже через неделю после операции, при других способах лечения разработку сустава откладывают на более поздние сроки.

Длительная иммобилизация в нефизиологическом положении кисти и пальцев вызывает у 16% пострадавших функциональные нарушения, негативно влияющие на повседневную активность.

## Особенности выполнения ЛФК при переломе лучевой кости

При переломе лучевой кости руки особенно важна реабилитация, в которой ключевое место занимает **лечебная физкультура**. Специалисты отмечают: если не проводить регулярно комплекс упражнений, не обеспечивать продуманное восстановление, полно-



ценное выздоровление становится невозможным. Разрабатывать руку крайне важно, поскольку необходимо полностью вернуть подвижность. Только так пациент сможет снова начать трудовую, спортивную деятельность, будет комфортно и свободно ощущать себя в обычной жизни. Большое значение имеет грамотный подход к процессу реабилитации. Иногда пациенты совершают серьезные ошибки, самостоятельно разрабатывая тугоподвижные суставы, что в результате может привести к инвалидности. **Необходимо консультироваться с врачом, первое время выполнять комплекс упражнений под непосредственным контролем специалиста.**

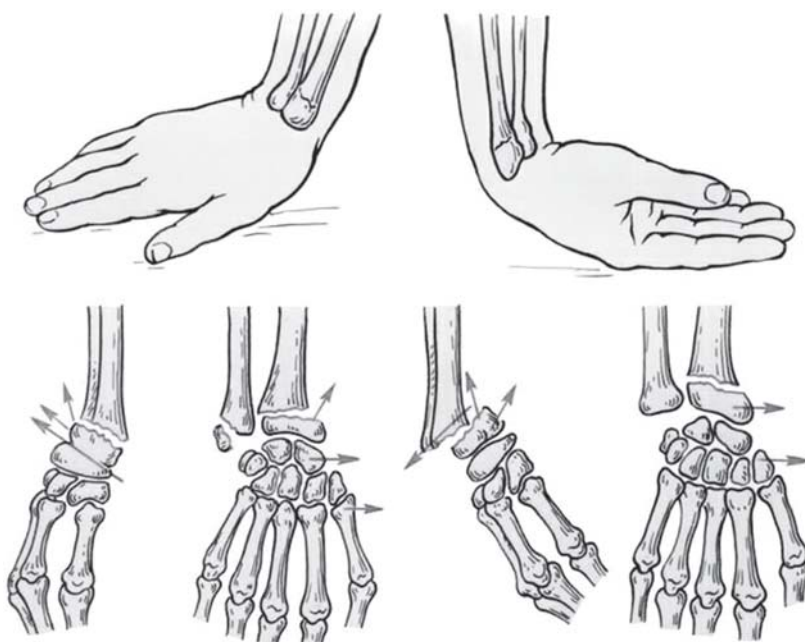
## Методы реабилитации

Методика лечебной физкультуры, как основного средства реабилитации при подобных переломах, различна в период иммобилизации предплечья гипсовой повязкой и после ее снятия. Частым осложнением при данном переломе является ограничение подвижности в суставах пальцев и в плечевом суставе в связи с недостаточной двигательной активностью больного. В отдельных случаях наблюдается синдром Зудека (или трофоневротический синдром, комплексный региональный болевой синдром).

**Для предупреждения этих осложнений, особенно выраженных у лиц, остро реагирующих на болевые ощущения, после наложения гипсовой повязки пациентам рекомендуют выполнять ряд физических упражнений.** Причем, они обязательно проводятся и для симметричной конечности, что способствует улучшению трофики и мобильности суставов иммобилизованной конечности.

**1. Сгибание пальцев до полного соприкосновения с ладонью** - выполняется активно и с помощью здоровой руки в возможно полном объеме (например, полное сгибание пальцев в кулак даже при наличии известной степени отека, а не просто шевеление ими).

**2. Обязательны упражнения в свободных суставах иммобилизованной конечности, направленные на активизацию кровообращения, стимуляцию репаративных процессов в зоне повреждения (операции), профилактики ригидности суставов.** Например, выполняется **сгибание и разгибание в лок-**



**тевом суставе.** Для предупреждения развития контрактуры в плечевом суставе (устойчивое ограничение движения) больному рекомендуется в положении **лежа на спине заводить больную руку за голову и несколько раз в день поднимать руку выше горизонтального уровня.**

**3. Выполнение идеомоторных движений** предупреждает нарушение координационных взаимоотношений мышц-антагонистов и другие рефлекторные изменения, в частности мышечный гипертонус, являющийся первой стадией развития контрактур. Идеомоторные упражнения - это мысленное прорабатывание каждого элемента обычной тренировки. Мысленные движения позволяют направить максимум усилий и внимания к необходимым суставам и мышцам.

**4. Изометрические напряжения мышц плеча и предплечья** способствуют профилактике мышечных атрофий, снижению силы и выносливости мышц, способствуют лучшей компрессии отломков кости, восстановлению мышечного чувства и других показателей нервно-мышечного аппарата. Изометрические упражнения - силовые упражнения, при которых напряжение мышц достигается без движения участвующих в упражнении частей тела.

*В следующем номере мы продолжим разговор о переломе лучевой кости в типичном месте у пожилых людей и поговорим об ЛФК в постиммобилизационном периоде. ☺*

**К методам реабилитации относится также физиолечение и массаж, выполнение которых является обязательным при отсутствии противопоказаний.**







# Пищевые потребности женщины в период беременности и лактации



**Ольга Васильевна БАБИЙ,**

клинический ординатор кафедры акушерства и гинекологии с курсом ДПО, Алтайский государственный медицинский университет

**Рациональное питание очень важно будущей матери. Как правильно питаться, чтобы сохранить красоту и здоровье на всей протяженности беременности и не навредить малышу?**

**Совет 1. Питание беременной не должно быть обильным, есть лучше дробно.** Не рекомендуется есть до чувства полного насыщения и «за двоих». Основной принцип - дробное питание: кушать чаще, но понемногу. Это позволит контролировать прибавку веса, держать на постоянном уровне концентрацию сахара и холестерина в крови, усваивать максимальное количество витаминов и микроэлементов из пищи, а также даст возможность не перегрузить пищеварительную систему.

**Совет 2. Во время беременности соблюдайте режим питания.** В первой половине беременности рекомендуется кушать 4 раза в день (1-й завтрак должен составлять 20% от калорийности меню за день, 2-й завтрак - 15%, обед - 45%, ужин - 20%). Во второй половине беременности лучше перейти на 5-6-разовое питание (соответственно, меньшими порциями). Это снизит нагрузку на пищеварительную систему, пища будет перевариваться и усваиваться полноценно, в кишечнике не будут накапливаться непереваренные продукты, приводящие к повышенному газообразованию, вздутию живота и дискомфорту беременной женщины.

Для улучшения пищеварения перед завтраком рекомендуется выпить стакан воды комнатной температуры, в которую можно добавить 1 ч.л. меда и (или) сок половины лимона.

Необходимо правильно распределять продукты в течение дня. Так как белки повышают обмен веществ, возбуждают нервную систему и дольше задерживаются в желудке, то мясо, рыбу и яйца рекомендуется употреблять в первой половине дня. А на ужин можно порекомендовать молочные или растительные блюда.

**Совет 3. Питание беременной: готовить пищу щадящими способами.** Это - варка, тушение, запекание и приготовление на пару. Эти способы обеспечат максимальную сохранность всех полезных веществ, находящихся в продуктах, и не позволят образоваться канцерогенам. Для сохранности всех полезных веществ во время приготовления пищи не стоит заливать продукт большим количеством воды. Кроме того, готовить лучше при закрытой крышке, солить в конце приготовления, готовить не слишком долго и не при максимальной температуре. При

использовании мультиварки желательно устанавливать режим пароварки (или варки на пару) и щадящего томления (аналог приготовления в русской печи).

При приготовлении овощных блюд соблюдайте правило «полуготовности», чтобы овощи оставались хрустящими, а это значит, что основные водорастворимые витамины (особенно витамин С, фолиевая кислота и рутин) и микроэлементы будут в максимальной сохранности.

Самый лучший способ приготовления картофеля - запекание в духовке (можно в фольге) в коже. Дело в том, что максимальная концентрация калия, необходимого для нормальной деятельности сердечно-сосудистой системы и профилактики отеков, сосредоточена именно под кожурой. При отваривании очищенного картофеля до 80% полезных веществ уходит в отвар, который вполне можно использовать для приготовления первых блюд.

**Совет 4. Питание при беременности не должно приходиться на вечерние часы.** Вечером и ночью пищеварение и обменные процессы в организме замедляются. Поэтому обильный прием пищи в вечернее время оказывает повышенную нагрузку на пищеварительную систему будущей мамы и может приводить к нарушению ночного сна. Поэтому последний прием пищи перед сном должен быть не менее чем за 2-2,5 часа до сна. При этом ужин должен состоять из молочных и растительных блюд, так как пища, богатая углеводами, способствует торможению нервной системы и улучшает сон.

Если вы не можете заснуть, выпейте стакан теплого молока с 1 ч.л. меда.

**Совет 5. Не ешьте всухомятку.** Сухомятка - это сухая пища (например, бутерброды или печенье), съеденная с малым количеством жидкости или совсем без нее. Не имея возможности полноценно поест, мы «проглатываем» на бегу бутерброд и продолжаем дальше работать, заниматься срочными делами. Но такие перекусы полезными назвать никак нельзя и лучше постараться выделить 10-15 минут, чтобы спокойно скушать тот же бутерброд, но хорошо его пережевать и запить чаем или другим горячим напитком.

**Совет 6. Блюда для беременных должны быть свежеприготовленными.** Рекомендуется готовить небольшими порциями - на один прием пищи, иначе в про-



цессе хранения и при повторном разогреве разрушаются полезные вещества. Кроме того, в длительно хранящейся пище, даже в холодильнике, создаются благоприятные условия для размножения болезнетворных микроорганизмов, и возрастает риск возникновения пищевых отравлений. Хранить свежеприготовленную пищу можно не более 2 часов при комнатной температуре, а в холодильнике - не более 24-36 часов, в зависимости от вида продукта.

Минеральные вещества при термической обработке почти не разрушаются: они из продуктов просто переходят в воду, в которой их варят. Поэтому такой насыщенный отвар (особенно овощной) не выливайте, а используйте как основу для супов.

При приготовлении салатов нарезать овощи лучше непосредственно перед едой и сразу же заправлять маслом, чтобы они как можно меньше контактировали с кислородом, поскольку при этом максимально сохраняются все водорастворимые витамины (легко окисляются под действием кислорода воздуха).

Если пришлось использовать блюдо повторно, то подогревать стоит только то количество, которое вы съедите за один раз.

**Совет 7. Пить достаточное количество жидкости.** В начале беременности количество свободной жидкости (вода, соки, морсы, чай и т.д.) в меню может составлять 1,2-1,5л (не считая жидких пищевых продуктов). Во II и III триместрах суточный объем жидкости не должен превышать 3 стаканов, это не считая первых жидких блюд, а также воды, которая содержится во фруктах, овощах, молочных продуктах и других пищевых продуктах, богатых водой. Суммарно (в составе продуктов и свободной жидкости) количество воды должно составить 2-2,5л (до 20 недель беременности), а с 21 недели рекомендуется постепенно уменьшать это количество, доведя его к 30 неделе до 1,5 литров.

Для утоления жажды правильнее пить небольшими порциями, примерно по полстакана. При этом вода должна быть комнатной температуры, тогда она не станет раздражать рецепторы верхних дыхательных путей (провоцируя фарингиты, ларингиты) и сможет полноценно утолить жажду.

**Совет 8. В питании беременной не должно быть запрещенных продуктов.** Существуют определен-

ные продукты, которые нельзя есть беременным:

● **хлеб и хлебобулочные изделия.**

**Можно:** хлеб из муки грубого помола, с отрубями, печенье сухое (крекеры и др.), несдобная выпечка.

**Следует избегать:** хлеб из муки высших сортов, слоёное и сдобное тесто;

● **супы.** **Можно:** супы из овощей на вторичном мясном бульоне, борщи, свекольники, щи из свежей капусты. **Следует избегать:** крепкие мясные и куриные бульоны;

● **мясо и птица.** **Можно:** нежирная отварная говядина, телятина, крольчатина, белое мясо птицы без кожи, паровые котлеты, фрикадельки, тефтели. **Следует избегать:** жирные сорта мяса, колбасы, сосиски, готовые пельмени, копчёности, консервы;

● **рыба.** **Можно:** нежирные сорта рыбы (хек, треска, навага и др.), предпочтительнее в отварном виде. **Следует избегать:** жирные сорта, солёную рыбу, консервы, крабовые палочки;

● **крупы, злаки, бобовые.** **Можно:** каши - гречневая, рисовая, пшенная, перловая, кукурузная, пшеничная, овсяная; фасоль, бобы, горох. **Следует избегать:** манную крупу;

● **яйца.** **Можно:** 1-2 яйца в день (варёные, омлет). **Следует избегать:** яйца сырые, жареные;

● **молоко и молочные продукты.** **Можно:** молоко кипячёное, простокваша, кефир, ряженка, варенец, нежирный творог (запеканка, сырники), йогурт, нежирная сметана, сыр. **Следует избегать:** копчёный, острый сыр; сырое молоко;

● **фрукты, овощи, ягоды.** **Можно:** различные виды овощей и зелени в сыром или отварном виде; фрукты, ягоды (особенно лесные - клюква, черника, голубика), семечки, орехи; все фрукты и ягоды лучше использовать в натуральном виде. **Следует избегать:** из-за риска аллергических реакций не злоупотребляйте фруктами и овощами оранжевого, красного и чёрного цвета, цитрусовыми;

● **жиры и сладости.** **Можно:** оливковое, кукурузное, подсолнечное масло, сливочное масло; желе, джемы, десерты, сахар, конфеты - в умеренных количествах. **Следует избегать:** шоколад, изделия с кремом, жевательные резинки;

● **закуски и приправы.** **Можно:** салаты из сырых овощей, винегреты с растительным маслом, икра овощная, фруктовые салаты. **Следует избегать:** острые и жирные соусы, хрен, горчица, перец, уксус;

● **напитки.** **Можно:** соки, кисели, компоты, морсы (клюквенный), зелёный и некрепкий чёрный чай, некрепкий кофе, отвар из шиповника. **Следует избегать:** алкогольные напитки, крепкие чёрный чай и кофе, газированные напитки.

**Питание важно и для кормящей мамы.**

*Кормящей матери рекомендуется потреблять вдвое больше кальция, чем обычно - около 2г в сутки.* Для этого достаточно выпивать в день 1л молока или употреблять его с кашей, с какао, в виде простокваши, йогурта или кефира; побольше пить фруктовых соков; употреблять продукты из овса, в частности овсяную кашу, овсяный кисель, овсяное печенье, оладьи из овсяной муки и др.

*Рацион кормящей мамы должен быть всего на 500 калорий больше, чем рацион обычной женщины.* Это совсем немного еды: например, такое количество калорий содержится в стакане молока, упаковке йогурта и горсти риса.

*Следует соблюдать простые правила здорового питания:* есть тогда, когда хочется, стараться, чтобы перерывы между едой не были больше трех часов, отдавать предпочтение натуральным продуктам - овощам, фруктам, мясу, рыбе, молочным продуктам, кашам и хлебу с цельными зёрнами. Чем разнообразнее питание мамы, тем больше вкусов в молоке, с которыми знакомится малыш.

*Стоит избегать* батоннов, булочек и кондитерских изделий, которые только добавляют лишние килограммы.

При кормлении ребенка грудью женщина испытывает жажду и *выпивает до 2л жидкости в сутки:* чай, компот, ненатуральный кофе, фруктовый сок, суп, молоко и кефир. Категорически запрещаются все алкогольные напитки, включая пиво; нельзя курить, употреблять чрезмерно острую пищу, чеснок и лук, придающие специфический запах и вкус грудному молоку.

Кормящей маме необходимо обращать внимание на *способ приготовления пищи.* Старайтесь, чтобы пища была не очень жирной, острой, копченой и не подвергалась длительной термической обработке.

*Частое прикладывание ребенка к груди* также стимулирует образование молока.

**Соблюдение этих правил поможет вам выносить и родить здорового ребенка.** ☺



# Употребление алкоголя всегда приносит вред



**Анна Александровна  
ЭФРЕМУШКИНА,**

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

**Результаты эпидемиологических исследований свидетельствуют о том, что наиболее низкие показатели сердечно-сосудистой смертности отмечаются при употреблении очень малых доз алкоголя (1-2 дозы/сут).**

Причем, под одной стандартной дозой подразумевается 12г (18мл) этанола, что приблизительно соответствует 330мл пива (содержащего примерно 5% этанола), или 150мл вина (примерно 12% этанола), или 45мл крепких напитков (около 40% этанола). Следует отметить, что имеется в виду не среднее потребление алкоголя за несколько дней, а именно **максимальное безопасное разовое потребление за день.**

По данным доклада ВОЗ за 2016 год, вредное употребление алкоголя привело к 3млн. смертей (5,3% смертности во всем мире), причем большинство из них - среди мужчин. В 2016 году **28%** смертей, обусловленных алкоголем, были связаны с травмами от ДТП, самоповреждений и насилия; **21%** - с расстройствами пищеварения и **19%** - с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Смертность от потребления алкоголя, по данным этого доклада, выше, чем от туберкулеза, ВИЧ/СПИДа и диабета.

*Давайте рассмотрим отрицательное влияние алкоголя на организм человека.*

**Повышение артериального давления и общего холестерина у мужчин** в возрасте от 18 до 45 может быть признаком неоднократного употребления алкоголя. Ученые Национального обследования здоровья и питания США изучили связь между повторным употреблением алкоголя и артериальным давлением, профилями липидов и уровнями глюкозы натощак у 4710 молодых (от 18 до 30 лет) и у участников среднего возраста (от 31 до 45 лет). У пьющих муж-

чин и молодого, и среднего возраста фиксировалось более высокое артериальное давление, чем у их непьющих сверстников. Диастолическое давление осталось без изменений. Общий уровень холестерина был также повышен в обеих группах пьющих мужчин по сравнению с контрольной группой.

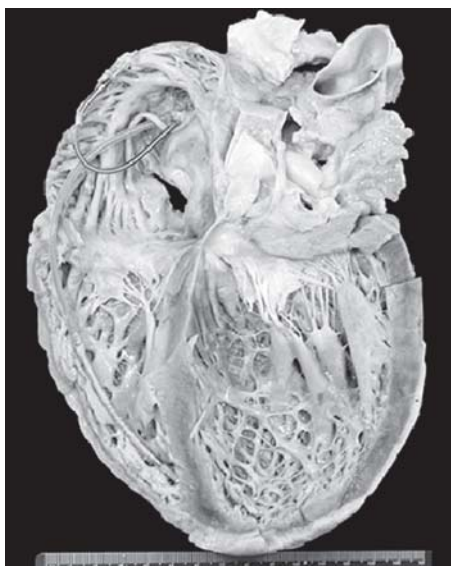
**Влияние алкоголя на жесткость артерий** было более выраженным у мужчин, чем у женщин, что также приводило у них к более высоким цифрам артериального давления.

**Употребление алкоголя может вызвать ряд патологических изменений в сердце.** Токсические эффекты алкоголя ослабляют сердечную мышцу, повышается уровень артериального давления, возрастает риск тромбоза, ухудшается проведение электрических импульсов по проводящей системе сердца - увеличивается риск аритмии. Развиваются сердечная недостаточность и дилатационная кардиомиопатия - необратимые процессы, при которых толщина стенки желудочка остается нормальной, а полости желудочков сердца увеличиваются.

В Калифорнии в большой когорте пациентов, злоупотребляющих алкоголем, было отмечено повышение риска **фибрилляции предсердий** (в 2,14 раза), **инфаркта миокарда** (в 1,45 раза), **застойной сердечной недостаточности** (в 2,34 раза).

**Развитие нарушений ритма.** Алкоголь - известный триггер синдрома Бругада, усугубляющий имеющиеся изменения на ЭКГ. Это приводит к развитию желудочковых аритмий, синкопальных состояний, остановке сердца и развитию внезапных смертей у пациентов с нормальным сердцем (20%).

Исследователи из Университетской больницы Мюнхена выбрали Октобер-



фест (праздник пива) в качестве идеального мероприятия, чтобы найти «тяжелых» пьяниц. В 2015 году на фестивале 5,9млн. посетителей выпили 7,5млн. литров пива. Исследователи в течение 16 дней зарегистрировали 3028 человек (средний возраст составил 35 лет, 70% - мужчины), причем, каждый выпил различное количество пива в течение дня. Сердечные аритмии были обнаружены у 30,5% пьющих пиво, из них у 25,9% отмечалась синусовая тахикардия.

Другое исследование показало, что риск развития аритмий повышается при более высоких концентрациях алкоголя в выдыхаемом воздухе. Был сделан вывод, что **большое употребление алкоголя за короткий промежуток времени может увеличить шансы людей на аномальный ритм сердца.**

**Даже умеренное потребление алкоголя может нанести вред мозгу.**

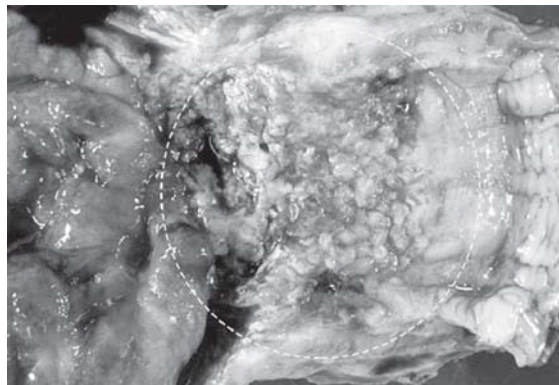
Ученые из США произвольно выбрали 550 человек для текущего обследования Whitehall II sub-study, чтобы определить, связано ли потребление алкоголя в течение 30-летнего периода с визуализацией мозга и снижением памяти. Средний возраст участников составлял 43 года на исходном уровне, ни один из них не был зависимым от алкоголя, всем была назначена мультимодальная МРТ головного мозга. Обнаружено, что люди, которые пили более 30 лет, имели более высокие коэффициенты **атрофии гиппокампа** - сморщивание в той части мозга, которая важна для памяти и часто встречается при болезни Альцгеймера, в сравнении с теми, кто не пьет.

**Риск зависит и от дозы.** С теми, кто потреблял более 30 единиц алкоголя в неделю, отмечался более высокий риск по сравнению с трезвенниками. Побочные эффекты обнаружили даже при более низких уровнях потребления алкоголя. Был сделан вывод, что употребление более 14 единиц алкоголя в неделю связано с патологией головного мозга и когнитивными нарушениями (снижение памяти и умственной работоспособности).

При употреблении алкоголя **развивается иммуносупрессия** (угнетение иммунной системы). Хроническое злоупотребление алкоголем подавляет иммунную систему, что может приводить к развитию бактериального менингита. *(На фото - мозг человека, больного алкоголизмом, который умер от пневмококкового менингита.)*

**Рак является основной причиной смерти от алкоголя среди людей в возрасте 50 лет и старше,** предупреждают исследователи, которые также подчеркивают, что нет безопасного уровня потребления алкоголя. По данным доклада ВОЗ 2017 года, употребление всего лишь одного маленького стакана вина или пива в день (около 10г спирта) увеличивает риск развития рака молочной железы на 5% у женщин в пременопаузе и на 9% - у женщин в постменопаузе.

**Влияние на микробиом полости рта алкоголя потенциально увеличивает патогенные бактерии, связанные с заболеваниями, обусловленными алкоголем.** Дисбактериоз микробиома полости рта может привести к местно-



му пероральному заболеванию и, возможно, к раку головы, шеи и пищеварительного тракта. *(На фото выше - рак пищевода, обусловленный метоплазией Баррета.)* Употребление более 30г этанола в день увеличивает коэффициент риска для плоскоклеточного рака в 4,61 раза в сравнении с непьющими. Рак пищевода составляет 1% всех новых диагнозов рака, а выживаемость на поздних стадиях составляет менее 5%.

Алкоголь является одной из самых больших опасностей для здоровья, с которыми сталкиваются молодые люди, и последствия могут выйти за рамки плохого самочувствия. Алкоголь является основной причиной несчастных случаев и смерти от несчастного случая у молодых людей.

Общепризнанный показатель Daly, связанный с употреблением алкоголя, был самым высоким для травм (21,0млн.), сердечно-сосудистых заболеваний (20,8млн.) и рака (14,8млн.).

Алкоголь - это потенциально вызывающий привыкание и опасный препарат как для сердечно-сосудистой системы, так и для многих других систем органов - предупреждают исследователи. Поэтому избыточное потребление алкоголя следует считать кардиотоксическим, способствующим повышенному риску для всех сердечных неблагоприятных исходов - инфаркту, инсульту, сердечным аритмиям. ☹

*Данные взяты из ведущих научных журналов (MedScape) и докладов ВОЗ.*





**Александр Владимирович ШМАТ,** врач-травматолог-ортопед, вторая квалификационная категория, ортопедическое отделение, КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница»

# Зимние травмы. Что делать, если...

**Травма - это повреждение, нарушение целостности или физиологических функций органов и тканей тела человека, которое возникает в результате внешнего воздействия любых сил.**

**Какие травмы чаще встречаются в зимние дни?** Это - ушибы, переломы (при падении на льду или дома с табуретки при развешивании гирлянд), раны (при подготовке праздничного стола), термические повреждения при обморожении, реже - при ожогах, взрывная травма (при разрыве пиротехнических изделий при несоблюдении правил обращения с ними).

## Что делать при травме?

**Вид травмы. Ушиб** - это закрытое повреждение тканей и органов без

существенного нарушения их структуры. Чаще повреждаются поверхностно расположенные ткани (кожа, подкожная клетчатка, мышцы и надкостница). Особенно страдают при сильном ударе мягкие ткани, придавливаемые в момент травмы к костям. Ушиб тоже болит и может болеть очень сильно (даже больше перелома, например, при ушибе грудной клетки), причем, боль становится сильнее, чем больше вы двигаетесь.

**Перелом без смещения.** Перелом кости - это полное или частичное нарушение целостности кости при нагрузке, превышающей прочность травмируемого участка скелета. Переломы могут возникнуть как следствие травмы, так и в результате различных заболеваний, сопровождающихся изменениями в прочностных характеристиках костной ткани. Изначально перелом без смещения бывает сложно отличить от сильного ушиба.

**Хорошая идея.** Приложить холод. Доступными средствами попытаться иммобилизовать (обездвижить) и в целом меньше двигаться. Обратиться в травмпункт.

**Плохая идея.** При травме много двигаться. Хорошо прогреть поврежденное место. Попытаться «подергать», чтобы «само вправилось». Не обращаться за медпомощью более трех дней.

**Вид травмы. Перелом со смещением. Вывих.**

**Хорошая идея.** Вызвать скорую помощь или обратиться в ближайший травмпункт. Обездвижить травмированное место.

**Плохая идея.** Ничего не делать: «само пройдет». Попытаться вправить самостоятельно. Не обращаться за медпомощью более трех дней.

**Вид травмы. Рана. Открытый перелом** - это такой перелом, где его плоскость сообщается с атмосферой.

## КАК ПРАВИЛЬНО ПАДАТЬ?

**ЧТО ДЕЛАТЬ...**

**...ЧТОБЫ НЕ УПАСТЬ:**

- идти медленно, немного наклонившись вперед
- согнуть ноги в коленях
- держат руки свободными (без сумок и не в карманах)
- делать мелкие и скользящие шаги

**...ЕСЛИ ВЫ НАЧИНАЕТЕ ПАДАТЬ:**

- взмахом руки помочь восстановить утраченное равновесие
- отбросить все лишнее (сумку, пакеты)

**...В МОМЕНТ ПАДАНИЯ:**

- максимально напрячь мышцы
- сгруппироваться - «сжаться в комок», втянуть голову в плечи, локти прижать к бокам, спину выпрямить, ноги слегка согнуть
- приземлиться на бок - важно успеть повернуться

**...ПРИ НЕИЗБЕЖНОМ ПАДАНИИ НА СПИНУ:**

- прижать подбородок к груди (позволит не стукнуться об лед затылком)
- руки максимально широко раскинуть - чтобы «загасить» удар, не приземлиться на выставленные локти и не травмировать их

**...ПОСЛЕ ПАДАНИЯ:**

оценить свое самочувствие и продолжить путь

дома внимательно осмотреть место ушиба

при наличии травмы или сильного ушиба - обратиться в травмпункт

**НЕЛЬЗЯ**

выставлять локти вперед и приземляться на вытянутые руки - это приведет к перелому запястья, смещению или разрыву сухожилий

падая, садиться на попу: у пожилых людей это нередко приводит к перелому шейки бедра, у молодых - к травмам копчика



Поэтому не все переломы с раной обязательно являются открытыми, возможно, - это перелом и рана на одном и том же месте.

**Хорошая идея.** Прижать кровоточащее место. Если остановилось кровотечение из раны, аккуратно промыть ее и забинтовать чистым (*не обязательно стерильным*) бинтом. Обратиться в травмпункт. Если кровотечение не удастся остановить, вызвать скорую помощь.

**Условно хорошая идея** - наложение жгута. Если действительно умеете это делать, - наложите. В противном случае - лучше плотно забинтовать, так как неправильно наложенный жгут (в том числе слабо затянутый) только усугубит ситуацию.

**Плохая идея.** Рану или открытый перелом подставить под проточную воду, замазать мазью, медицинским клеем, залить «зелёной», попытаться наложить шов на рану самому, замотать поплотнее лейкопластырем. Плохая идея ковыряться в ране пальцем или тампонировать ее ватой (*отдельное удовольствие по удалению волокон ваты, прилипших к ране!*). При последующем нагноении раны идти не к хирургу, а в травмпункт. Точно не поможет прикладывание повязки, смоченной в моче.

**Вид травмы. Ожог** - это повреждение тканей организма, вызванное действием высокой температуры или некоторых химических веществ (щелочей, кислот и т.д.). **Обморожение** - повреждение тканей организма под воздействием низких температур. Обморожение нередко сопровождается общим переохлаждением организма и особенно часто затрагивает выступающие части тела: ушные раковины, нос, недостаточно защищенные конечности, прежде всего пальцы рук и ног. И ожог, и обморожение характеризуются побелением, покраснением кожи, образованием пузырей, болью, отделением серозной или геморрагической жидкости с поверхности раны.

**Хорошая идея.** Подставить обожженное место под проточную прохладную воду. Замотать его влажной повязкой (*в идеале - с антисептиком*). Самостоятельно обратиться в травмпункт или поликлинику, если большой объем раны - вызвать скорую помощь.

**Плохая идея.** Сразу наносить мазь (*этим вы усугубите степень ожога*). Самостоятельно попытаться вскрыть

## Полезная информация

### В Барнауле действуют 4 взрослых травмпункта:

- ▶ КГБУЗ «Городская поликлиника №1, г. Барнаул» (ул. Интернациональная, 62);
- ▶ КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи» (пр. Комсомольский, 73);
- ▶ КГБУЗ «Городская поликлиника №9, г. Барнаул» (ул. Георгиева, 51);
- ▶ КГБУЗ «Городская больница №11, г. Барнаул» (ул. Малахова, 51).

**Детский травмпункт** (ул. Георгиева, 13) - для всех детей до 17 лет включительно.

### Специализированные травмпункты:

- ▶ *глазной травмпункт* (ул. Сухова, 13, городская больница №8),
  - ▶ *ЛОП-отделение* (ул. Сухова, 13, городская больница №8);
  - ▶ *нейрохирургическое отделение* (КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи», пр. Комсомольский, 73) - при подозрении на сотрясение мозга;
  - ▶ КГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №2, г. Барнаул» - для взрослых (ул. Попова, 6) и КГБУЗ «Детская стоматологическая поликлиника №2, г. Барнаул» - для детей (ул. А. Петрова, 215) - *при острой зубной боли в праздничные и выходные дни;*
  - ▶ *отделение челюстно-лицевой хирургии* КГБУЗ «Городская больница №5, г. Барнаул» (Змеиногорский тракт, 75) - при травмах челюсти, губы, языка и рта;
  - ▶ *отделение гнойной хирургии* КГБУЗ «Городская больница №8, г. Барнаул» (ул. Сухова, 13) - при воспалении и нагноении ран любой локализации.
- У каждой поликлиники в праздники есть дежурные дни.*

пузыри ожога. Активно растирать место обморожения. Обрабатывать место поражения мочой (*это способствует загниванию раны*). Не обращаться за медпомощью несколько дней.

**Вид травмы. Взрывная травма** - это многофакторное поражение, возникающее вследствие сочетанного воздействия на человека различных факторов взрыва (ударная волна, первичные и вторичные ранящие снаряды, газовые струи, пламя и токсичные продукты), вызывающие тяжелые повреждения в области непосредственного воздействия и во всем организме. Часто бывает травма от разорвавшейся в руке петарды, причем, последствия могут быть как минимальными (ожог кожи и контузия тканей), так и серьезными - оторванными конечностями и пальцами, которые уже не вернуть.

**Хорошая идея.** Срочно вызовите скорую помощь или обратитесь в ближайший травмпункт.

**Плохая идея.** Любые другие действия. ☹

**В зависимости от вида повреждающего фактора различают механические (ушибы, переломы), термические (ожоги, обморожения), химические травмы, баротравмы (возникшие под действием резких изменений атмосферного давления), электротравмы и т.д., а также комбинированные травмы.**



# Быть гражданином - не только иметь право, но и воспользоваться им!

*Несколько лет назад мы довольно подробно (и неоднократно!) высказывали свою позицию о том, что в нашем понимании значит быть Гражданином: «Быть гражданином - значит быть ответственным, в том числе и за свое здоровье!».*

Растущее бремя хронических заболеваний, в частности - быстрое увеличение числа лиц с множественной патологией, в том числе и в молодом возрасте, связанные с этим преждевременная смертность и сниженное физическое функционирование, а также увеличивающийся спрос на услуги здравоохранения и сопряженные с этим расходы, - это лишь некоторые из основных причин, вызывающие повышенное внимание у специалистов практического звена и лиц, ответственных за принятие комплексных решений. Именно - **комплексных!** Которым предшествовал анализ имеющейся базы фактических данных о состоянии здоровья, распространенности факторов риска, апробация различных моделей оказания медицинской помощи как при эпизодических, так и хронических проблемах со здоровьем.

Ставя задачу устойчивого развития, государство прежде всего рассчитывает **направить усилия на потребности и права так называемых «уязвимых групп» населения**, на устранение коренных причин человеческих страданий, под влиянием которых люди становятся уязвимыми к болезням и преждевременно умирают! Конечно, учитывая местные условия, которые позволяют лучше координировать работу специалистов и учреждений, при активном участии самих получателей медицинской и социальной помощи. И парадокс, по нашему мнению, состоит как раз в том, что, если ряд стран в целях обеспечения устойчивого развития ставит задачу устранения барьеров на пути к всеобщему охвату медицинской помощью, расширению прав и возможностей жителей по доступу к первичной медико-санитарной помощи как благу, - **мы же зачастую**



**сталкиваемся с проблемой игнорирования возможности реализации своего законного права на такую помощь, проведения профилактического осмотра и диспансеризации!**

Возможно, у некоторых жителей такое отношение продиктовано неудовлетворенностью качеством оказываемой медицинской, профилактической помощи. Но, согласитесь, изменения, которые произошли в отечественном здравоохранении, - существенны и ощутимы. И отказ от своих прав - не лучший способ повлиять на качество их оказания. Есть и другие - законные - достаточно эффективные возможности такого влияния.

Убеждены, что свой вклад в улучшение здоровья граждан внесли и превентивные меры государства по ограничению табакокурения, продажи алкоголя, возросшие требования к сектору общественного питания, усилия для поддержания физической активности и спорта среди людей всех возрастов. И эти меры значительной частью населения восприняты положительно. Но и они пока не стали достаточными и исчерпывающими.

Допускаем, что это звучит несколько высокопарно, но **мы поддерживаем политику социального развития страны на предстоящий период, ее цели и задачи.**

**Главными национальными целями, приоритетами России на период до 2024 года определены:**

- обеспечение естественного роста численности населения страны (следовательно - повышение рождаемости и снижение смертности!),

- повышение ожидаемой продолжительности жизни граждан, уровня и комфорта жизни.



Реализация Указа Президента В.В. Путина «О национальных приоритетах и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» предполагается через исполнение 12 национальных проектов, которые охватывают все основные сферы жизнедеятельности страны.

**Алтайский край принимает участие во всех возможных федеральных проектах.**

В частности, в рамках **национального проекта «Демография»** разработаны пять региональных проектов: «Укрепление общественного здоровья», «Старшее поколение», «Финансовая поддержка семей при рождении детей», «Содействие занятости женщин - создание условия для дошкольного образования детей в возрасте до трех лет», «Спорт - норма жизни».

Восемь направлений: «Современная школа», «Успех каждого ребенка», «Цифровая образова-

тельная среда», «Поддержка семей, имеющих детей», «Учитель будущего», «Молодые профессионалы», «Социальная активность», «Новые возможности для каждого» - предусмотрены в рамках реализации **национального проекта «Образование»** в крае.

**Национальный проект «Здравоохранение»** представлен семью региональными проектами: «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», «Борьба с онкологическими заболеваниями», «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи», «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания помощи детям», «Обеспечение медицинскими организациями системы здравоохранения современными квалифицированными кадрами», «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной системы здравоохранения», «Развитие экспорта медицинских услуг».

На реализацию национальных проектов выделяются серьезные ресурсы. При этом следует отметить, что достижение поставленных целей требует и серьезного межведомственного взаимодействия, координации этой работы на уровне муниципалитетов, широкого привлечения общественного сектора, целенаправленной, последовательной совместной работы с населением, в том числе и с привлечением для этого средств массовой информации.

**Мы считаем своим долгом активно освещать реализацию именно этих проектов в крае, рассказывать подробно о тех мероприятиях, которые предусмотрены проектами, насколько эффективно проводятся, есть ли вопросы, проблемы...** И непременно о том, что и как в решении таких поистине стратегических задач зависит не только от власти, политиков или специалистов: медиков, педагогов, социальных работников, - а лично от нас с вами, от каждого из нас.

Как пример. С 1 января 2019 года начинает действовать важный документ - «**Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год**». Конечно, такие программы действуют уже не первый год. Но хотелось бы обратить внимание уважаемых читателей на ряд значимых фактов.

С каждым годом возрастает стоимость территориальной программы: в 2019 году ее бюджет составит **39161,6млн.рублей**, в том числе за счет средств ОМС - **32170,0млн.рублей**. Увеличение финансирования позволит увеличить как объемы, так и качество оказания медицинской помощи жителям Алтайского края.

В 2019 году планируется добавить в территориальную программу ОМС такой вид высо-





## Национальные проекты

котехнологичной медицинской помощи, как **эндопротезирование суставов конечностей и коронарная реваскуляризация миокарда со стентированием** - один из серьезных методов, который позволяет сокращать инвалидизацию и смертность населения от инфарктов миокарда. На оказание высокотехнологичной медицинской помощи ТФОМС предусмотрено выделение **1,9 миллиарда рублей**. Более 11 тысяч жителей края смогут получить такое лечение.

**Планируется беспрецедентный объем средств на оказание помощи онкологическим больным, на что запланировано 3,2 миллиарда рублей.** Что это позволит сделать? С одной стороны, увеличится объем, то есть доступность медицинской помощи для данных пациентов, сократятся сроки ее оказания. С другой, - появится возможность при показаниях использовать более современные схемы лечения и дорогостоящие химиопрепараты.

Территориальная программа предполагает **выделение существенных ресурсов и на проведение профилактических осмотров, диспансеризацию отдельных групп взрослого населения, несовершеннолетних.**

Фактически специалистами уже сформирована целая программа действий по проведению этого очень важного, значимого для выявления на ранних стадиях хронических заболеваний, факторов риска - запланированы мероприятия, определены группы лиц, которым необходимо пройти такое обследование в 2019 году.

Может быть, именно вы не игнорируете приглашение от обслуживающего вас медицинского учреждения, страховых медицинских организаций, их страховых представителей пройти диспансеризацию и добросовестно относитесь к рекомендациям врача...



Или вы из числа тех заинтересованных в здоровье своих работников предпринимателей, руководителей предприятий, организаций, которые не только «не препятствуют», а, наоборот, мотивируют, направляют работников на прохождение медицинских профилактических осмотров?.. **Значит, вы проявляете активную гражданскую позицию - вы наш реальный союзник!**

Кстати, согласно национальному проекту число граждан в крае, прошедших профилактические осмотры (млн. человек) составит: в 2019 году - 1,318, в 2020 году - 1,328, в 2021 году - 1,366, в 2022 году - 1,427, в 2023 году - 1,464 и в 2024 году - 1,591. Вы, возможно, одни из тех, кого ждут в медицинском учреждении!

В Территориальной программе наряду с правами граждан на оказание им различных видов медпомощи закреплено одно важное положение: *«Гражданин имеет право на бесплатный профилактический осмотр не реже 1 раза в год»*. **Воспользуйтесь этим правом! Проявите свою гражданскую ответственность. Быть Гражданином - это, в том числе, и стремиться быть здоровым!**

***Здоровья и мира в наступающем 2019 году, друзья!*** ☺

С уважением, редакция журнала  
«Здоровье алтайской семьи»

Использована информация  
с сайта министерства  
экономического развития Алтайского  
края ([www.econom22.ru](http://www.econom22.ru));  
Министерства здравоохранения РФ  
([www.rosminzdrav.ru](http://www.rosminzdrav.ru))



# С Новым, 2019-м, годом, дорогие друзья!

## Здоровья, мира и радости вам, вашим родным и близким!



**Арсеньева  
Нина Григорьевна**  
заслуженный работник  
здравоохранения РФ,  
врач-офтальмолог высшей  
квалификационной  
категории



**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  
терапии и 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 Ильинична**  
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

№12 (192) декабрь 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



Выпуск издания (рубрика "Энциклопедия мужского здоровья") осуществляется при финансовой поддержке **Федерального агентства по печати и массовым коммуникациям.**

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 26.12.2018 г., фактически - 14:00 26.12.2018 г.  
Дата выхода: 29.12.2018 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](mailto:nebolen@mail.ru). Группа ВКонтакте: <https://vk.com/nebolen>

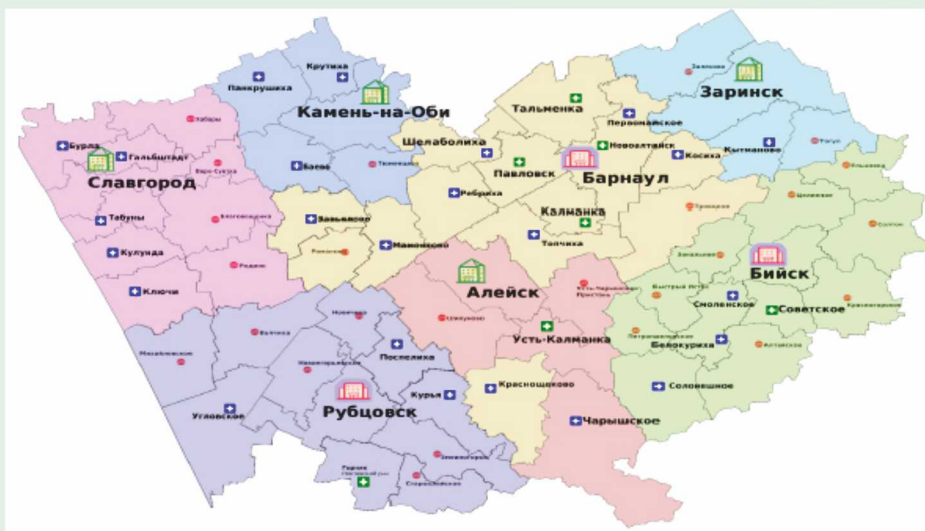
Отпечатано в типографии ИП Смирнов Е.В.:

656049, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Чкалова, 228. Тел. (3852) 38-33-59. Печать офсетная. Тираж - 4100 экз. Цена свободная.

**Подписной индекс - 31039**

# Национальный проект “Здравоохранение”

## Региональный проект “Борьба с онкологическими заболеваниями” (2019-2024 годы)



### Медицинские округа

- Барнаульский МО
- Бийский МО
- Рубцовский МО
- Камень-Обской МО
- Алейский МО
- Заринский МО
- Славгородский МО



онкологический диспансер



онкологический центр



онкологические кабинеты, имеющие врача онколога



первичные онкологические кабинеты, имеющие врача онколога по совместительству

## Ожидаемые результаты мероприятий к 2024 году

Снижение смертности от новообразований, в том числе от злокачественных



Увеличение доли злокачественных новообразований, выявленных на ранних стадиях (I-II стадии) - до 62,5%

Увеличение удельного веса больных со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете 5 лет и более, - до 57,8%

Снижение показателя одногодичной летальности больных со злокачественными новообразованиями - до 19,6%

Планируется за период 2019-2024гг. в целях сокращения сроков диагностики и повышения ее качества создать:

● 4 функциональных центра амбулаторной онкологической помощи на базе многопрофильных больниц:

в 2019 году - на базе КГБУЗ «Алейская ЦРБ» (прикрепленные районы: г.Алейск и Алейский район, Усть-Калманский, Усть-Пристанский, Чарышский, Шипуновский районы);

в 2020 году - на базе КГБУЗ «ЦГБ, г.Заринск» (прикрепленные районы: г.Заринск, Залесовский, Кытмановский, Тогульский районы);

в 2021 году - на базе КГБУЗ «Каменская ЦРБ» (прикрепленные районы: г.Камень-на-Оби, Баевский, Каменский, Крутихинский, Панкрушихинский, Тюменцевский районы);

в 2022 году - на базе КГБУЗ «Славгородская ЦРБ» (прикрепленные районы: г.Славгород, г.Яровое, Благовещенский, Бурлинский, Ключевский, Родинский, Кулундинский, Немецкий, Табунский, Хабарский районы);

● дооснастить и переоснастить медицинским оборудованием, в том числе оборудованием для диагностики и лечения методами ядерной медицины, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, краевые медицинские организации:

КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер»;

КГБУЗ «Онкологический диспансер, г.Бийск»;

КГБУЗ «Онкологический диспансер, г.Рубцовск»;

КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница»;

● обеспечить укомплектование системы оказания помощи онкологическим больным квалифицированными кадрами в рамках реализации мероприятий регионального проекта Алтайского края «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами».