

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

6+

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№8 (176) АВГУСТ 2017



Общественный Редакционный совет журнала



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№8 (176) август 2017 г.



Лауреат Губернаторской премии
среди СМИ по итогам 2003 года

Почетная грамота
Союза журналистов России



Благодарность от Управления
Алтайского края
по физической культуре и спорту

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

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 15.08.2017 г.,
фактически - 14:00 22.08.2017 г.
Дата выхода: 22.08.2017 г.

Главный редактор - Ирина Валентиновна Козлова.
Тел. 8-960-939-6899.
Ответственный редактор - Мария Юртайкина.
Креативный редактор - Лариса Юрченко.
Компьютерный дизайн и верстка - Ольга Жабина, Оксана Ибель.

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

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

Подписной индекс - 31039



8

**Проект,
которого ждали**



15

**Аортокоронарное
шунтирование
остается
сложнейшей
операцией**



28

**Учимся вставать,
садиться,
ложиться
и носить тяжести**



36

Карьера с пеленок

На обложке: Игорь Сергеевич ДАНИЛЮК, главный врач КГБУЗ «Городская больница №1, г.Рубцовск», главный внештатный нейрохирург г.Рубцовска и Рубцовского медицинского округа.

Фото: Лариса Юрченко.

И.С. Данилюк. «Главное - работать и идти своей дорогой»	2-6
Новости здравоохранения России	7
Ж.И. Вахлова. Проект, которого ждали	8-9
Новости здравоохранения России	10
Ищем железо в овощах и фруктах	11
Российская карта жира	12-14
СЕРДЦЕ ПОД КОНТРОЛЕМ П.А. Ермолин. Аортокоронарное шунтирование остается сложнейшей операцией	15-17
О.В. Булгарина. Помогите подростку взрослеть	18-20
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ Т.В. Беспалова. Кровь, дарующая жизнь	21-22
Е.А. Ефремова. Преградившая подготовка как необходимое условие для успешного зачатия и благополучной беременности	23-24
СОВЕТЫ ОФТАЛЬМОЛОГА О.Н. Сафонова. Побеждаем катаракту	25-27
СПОРТ ВО ИМЯ ЖИЗНИ Е.А. Бойко. Учимся вставать, садиться, ложиться и носить тяжести	28-30
Отметки ради	31
Греческая крупа	32-33
Экология в России	34
Новости здравоохранения России	35
Карьера с пеленок	36-37
Витамины из морозильника	38-39
Волшебные слова	40-41
Живая вода	42
Таблетке ускорили выход	43
Это интересно!	44



«Главное - работать и идти своей дорогой»

Рубцовский медицинский округ представляет собой седьмую часть Алтайского края с населением более 450 тысяч человек. В округ входят город Рубцовск и 12 районов юго-запада края.

Рубцовский медицинский округ (РМО) не обходят стороной проблемы, свойственные всем медицинским учреждениям края, среди которых кадровая - самая серьезная. О том, что делается для оказания своевременной медицинской помощи жителям округа, о роли в этом процессе КГБУЗ «Городская больница №1, г.Рубцовск» - наш разговор с *главным врачом медицинского учреждения, главным внештатным нейрохирургом г.Рубцовска и Рубцовского медицинского округа Игорем Сергеевичем ДАНИЛЮКОМ.*

- В Рубцовске в городской больнице №1 вы прошли несколько профессиональных этапов. Помогает сегодня всестороннее знание деятельности больницы?

- Конечно. Всегда понимаю те сложности, с которыми на разных уровнях сталкиваются коллеги, потому что сам прошел эти ступени.

К тому же наше учреждение имеет свои особенности. Во-первых, КГБУЗ «Городская больница №1, г.Рубцовск» включает в себя 25 подразделений, где работают более 900 человек. Во-вторых, в год более 19 тысяч пациентов получают стационарное лечение. В отделениях в круглосуточном режиме, с огромным напряжением сил оказывается скорая медицинская помощь жителям РМО - работаем по факту травм различного характера, обострений заболеваний и т.д. Это - колоссальное психическое напряжение. Не зря работу врача, медицинской сестры сравнивают с работой шахтера. Всегда отношусь к труду коллег с пониманием, готов помочь решить любые возникающие проблемы.

- Какое место больница занимает в системе оказания медицинской помощи в Рубцовске и РМО?



- Начну с истории. Больница основана постановлением Рубцовского Совета депутатов в 1919 году как лечебно-профилактическое учреждение. Коечный фонд больницы тогда составлял 15 коек, работали всего 11 человек. В настоящее время КГБУЗ «Городская больница №1, г.Рубцовск» - самое крупное учреждение здравоохранения в городе.

В соответствии с программой обеспечения населения 12 районов юго-западного региона Алтайского края квалифицированной специализированной медицинской помощью **КГБУЗ «Городская больница №1, г.Рубцовск» определена базой в Рубцовской медико-географической зоне.** При этом все отделения больницы имеют статус межрайонных. Также на нашу больницу возлагаются **функции ведущего учреждения по организации, руководству и осуществлению экстренной медицинской помощи населению Рубцовска и РМО.**

Мы - единственное крупное многопрофильное лечебное уч-

Игорь Сергеевич ДАНИЛЮК родился в Барнауле в 1975 году.

Окончил Рубцовское медицинское училище (1993-1994гг.). После работал в операционном отделении КГБУЗ «Городская больница №1, г.Рубцовск». В 1994 году поступил в Алтайский государственный медицинский университет на факультет «Лечебное дело». После его окончания проходил интернатуру по травматологии на базе КГБУЗ «Городская больница №1, г.Рубцовск». В 2001 году прошел профессиональную переподготовку по специальности «Нейрохирургия». В 2009 году назначен на должность заведующего нейрохирургическим отделением больницы. С 1 декабря 2010 года - в должности главного врача КГБУЗ «Городская больница №1, г.Рубцовск». В 2015 году с отличием окончил Российскую академию народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации (Международный институт государственной службы и управления).

Женат, воспитывает троих детей.



Модернизация - жителям края

реждение в округе, в котором оказываются все виды экстренной хирургической помощи. Взаимодействуем с Краевым центром медицины катастроф, городской станцией скорой медицинской помощи, со всеми лечебными учреждениями РМО, помогаем консультативно и оказываем практическую помощь.

- Насколько жители Рубцовского медицинского округа обеспечены учреждениями здравоохранения? Какие из существующих проблем вы бы выделили как самые важные, требующие неотложного решения?

- Самый главный вопрос, который мы должны решить, - **обеспечение доступности и качества медицинской помощи для всего населения РМО.** Действительно, за последнее время доступность выросла, хотя не в той мере, как бы нам хотелось. Сдерживанию процесса способствует ряд серьезных причин.

В первую очередь - **дефицит кадров.** Это проблема и города, и округа, и региона. Совершенно очевидно, что для того, чтобы специалисты хотели жить и работать в Рубцовске, город должен быть привлекательным и комфортным для жизни. Как депутат Рубцовского городского Совета, совместно с коллегами по депутатскому корпусу смогли реализовать программу по строительству жилья для медицинских работников. Реализация первого этапа программы позволила в прошлом году медицинским работникам получить 30 квартир. В этом году планируется к сдаче вторая секция в доме для медицинских работников - еще десять семей будут праздновать новоселье. Как видите, в этом направлении идет довольно плодотворная работа, и в дальнейшем она продолжится.

Следующая группа проблем касается **инфраструктурной обеспеченности, состояния дорог, подъездных путей к нашей больнице** - они были в ужасающем состоянии. В этом году благодаря усилиям городского Совета депутатов и администрации Рубцовска мы отремонтировали большую часть подъездных путей, и только ремонт одной улицы Заводской переходит на следующий год.

- Своевременная доставка пациентов в медицинское учреж-



дение невозможна и без исправного автомобильного парка...

- Мы работаем со станцией скорой медицинской помощи, парк автомобилей которой постоянно обновляется. Ежегодно приходят новые автомобили благодаря содействию Правительства Алтайского края и личной заинтересованности в решении этого вопроса Губернатора А.Б. КАРЛИНА. Так, в этом году наша больница получила новый автомобиль «Нива-Шевроле». «Без колес» врачи сегодня не остаются.

- Игорь Сергеевич, вы выше говорили о том, что на КГБУЗ «Городская больница №1, г. Рубцовск» возлагаются функции ведущего учреждения по организации и осуществлению экстренной медицинской помощи населению Рубцовска и округа. Расскажите в связи с этим о работе травматолого-ортопедического отделения.

- Отделение рассчитано на 60 коек, при оказании помощи пациентам применяются самые современные методы лечения. Это - внутрикостные остеосинтезы, остеосинтез канюлированными винтами, эндоскопические оперативные вмешательства. Легче сказать, что мы не делаем, - только замену суставов. В этом направлении работа проводилась, но в связи с открытием профильного федерального центра в Барнауле не вижу большой необходимос-

КГБУЗ «Городская больница №1, г. Рубцовск» взаимодействует с краевым Центром медицины катастроф, городской станцией скорой медицинской помощи, со всеми лечебными учреждениями РМО, помогает консультативно и оказывает практическую помощь.



Рост профессиональных знаний врачей обеспечивается циклами обучения, тесным сотрудничеством с учеными Алтайского и Новосибирского медицинских университетов. С их участием проводились мастер-классы, конференции, операционные дни, внедрены лапароскопические операции при грыжах, стрессовом недержании мочи, язвенной болезни, стентирование структур желчных протоков...

ти брать на себя дублирующие функции ведущего медицинского учреждения. Если раньше была очередь на проведение данной операции, то сегодня ее нет.

В больнице постоянно внедряются передовые методы лечения, широко проводятся органосберегающие, малоинвазивные оперативные вмешательства с применением видеоэндоскопической техники.

Травматологи нашего отделения **Алексей Викторович КУЗЬМИН**, **Виктор Петрович ГЕРАСИМЕНКО**, **Виктор Алексеевич СЕМЕЙКИН** успешно проводят сложные реконструктивные операции, им по плечу выполнить самые сложные манипуляции.

Пациенты поступают сложные, в основном - с тяжелыми сочетанными травмами, полученными при несчастных случаях на производстве, при ДТП. В 95% случаев требуется оперативное вмешательство, и, как правило, не одно. Если пациент имеет множественную скелетную травму, уже на первом этапе поступления в отделение планируется предстоящая оперативная работа и последующий цикл реабилитации.

Заведует отделением травматологии и ортопедии молодой перспективный врач **Алексей Викторович КУЗЬМИН**. Он руководит отделением уже в течение трех лет, подает большие надежды на профессиональный рост. Это одно из лучших отделений больницы.



- Как обеспечивается взаимодействие этого отделения с другими?

- Поясню на примере работы с тяжелыми больными, имеющими сочетанную травму.

С первых минут поступления в травматолого-ортопедическое отделение с каждым пациентом работают три доктора - идет осмотр специалистами трех специальностей: хирургом, травматологом-ортопедом и нейрохирургом. Коллекиально решается маршрутизация данного пациента по тяжести состояния: он поступает в хирургическое, травматологическое или нейрохирургическое отделение, в операционную либо реанимацию. Если необходима консультация других специалистов, например, гинекологов, урологов, детских хирургов, - привлекаются и они.

Наша больница - многопрофильная, используются все ее возможности. Подчеркну, что все вопросы обязательно решаются коллегиально.

- Необходимые диагностические мероприятия тоже проводятся на месте - в отделениях больницы?

- Да. В рамках реализации Программы модернизации здравоохранения в Алтайском крае в больницу поставлено современное медицинское оборудование. Тем не менее оснащение больницы нельзя считать достаточным. Остается серьезная проблема - отсутствие компьютерного томографа. Пока для проведения необходимого обследования нам приходится прибегать к помощи других лечебных учреждений Рубцовска, и это часто негативно сказывается на здоровье пациента. Работа в этом направлении ведется: мы вошли в программу «Трассовая медицина» и надеемся на поставку современного компьютерного томографа в ближайшее время.

- Каким образом решается проблема восстановительного лечения, реабилитации после тяжелой травмы?

- В структуру больницы входит поликлиника со специализированными приемами врачей, налажено взаимодействие с другими лечебными учреждениями Рубцовска: с городской больницей №2, имеющей отделение реабилитации, и городской больницей №3 с большой поликлиникой.



Модернизация - жителям края

Пациенты на восстановительном этапе лечения и затем в течение дальнейшей жизни находятся под наблюдением наших специалистов - нейрохирургов, хирургов, других врачей. Те пациенты, которые прошли оперативное и восстановительное лечение в нашей больнице, уже никогда не забудут сюда дорогу: они всегда имеют возможность обратиться за консультацией и никогда не получат отказ.

- Приграничное расположение Рубцовска диктует задачу быть заслоном инфекциям извне. Удастся это выполнить сравнительно небольшим коллективом инфекционного отделения больницы?

- Инфекционное отделение является единственным такого профиля в Рубцовске и РМО. Здесь оказываются помощь и детям, и взрослым. Главное - работают высокопрофессиональные специалисты под руководством **Людмилы Григорьевны САПОНЕНКО**. Это резервный госпиталь особо опасных инфекций на границе с республиками Средней Азии. Готовность к оказанию такой помощи - постоянная, особенно в период сезонных эпидемий. Психологическая и физическая нагрузка на персонал - колоссальная.

Мы работаем вкупе со всеми лечебными учреждениями округа. При выявлении первых подозрений на инфекцию запускается механизм выверенной работы. Забираем этих больных «на себя», обследуем, начинаем лечение. Повторю, такого профессионального коллектива больше нет - только в больницах краевого уровня.

- Особый круг забот каждого главного врача - повышение квалификации персонала. Как решаются эти вопросы?

- Рост профессиональных знаний врачей обеспечивается не только циклами обучения, но и тесным сотрудничеством с учеными Алтайского и Новосибирского медицинских университетов. С их участием проводились мастер-классы, конференции, операционные дни, внедрены стентирование структур желчных протоков, лапароскопические операции при грыжах, стрессовом недержании мочи, язвенной болезни, многое другое.

Помимо предусмотренных действующим законодательством требований по подготовке и повышению квали-



фикации медицинских кадров как врачей, так и среднего медицинского персонала, **мы приняли решение о создании на базе больницы окружного консультативно-методического и обучающего центра для всех врачей, оказывающих экстренную и неотложную медицинскую помощь, с возможностью проведения кратковременной специализации на рабочем месте.** Все врачи проходят выездные циклы, текущую плановую специализацию. Сейчас вошли в систему непрерывного постдипломного образования.

В сентябре врачи поликлиники едут в Санкт-Петербург на конференцию по теме реализации проекта «Бережливая поликлиника». Рассчитываем внедрить этот опыт у себя.

- Значит, вы готовы к освоению современных информационных технологий?

- Да, и уже сделаны серьезные шаги к этому. По программе модернизации мы компьютеризировали всё лечебное учреждение, в том числе кабинеты врачей - участковых терапевтов. Рядом с регистратурой установлен инфомат, есть возможность записи на прием к специалисту по Интернету, по телефону или через регистраторов.

- Как осуществляется взаимодействие с краевыми медицинскими учреждениями? Насколько, к примеру, легко попасть жителю Рубцовска в Диагностический центр Алтайского края?

- С помощью электронной регистратуры направить пациента не составляет большого труда. Необходимо зайти в базу того или иного лечебного уч-

КГБУЗ «Городская больница №1, г.Рубцовск» определена базовой в Рубцовской медико-географической зоне. При этом все отделения больницы имеют статус межрайонных.



реждения, записать пациента на прием к специалисту и получить талон-извещение с указанием, когда следует прибыть на консультацию к врачу.

Обязательно отслеживаем судьбу пациента: он получает консультативную помощь в краевом медицинском учреждении и возвращается с обследованием, приходит на прием к своему лечащему врачу. И согласно обследованиям выстраиваются дальнейшие лечебные действия.

Одновременно **занимаемся вопросами повышения качества работы и на госпитальном этапе.** Причем, это касается и вопросов взаимодействия нашей больницы с Краевым центром медицины катастроф по оказанию консультативной помощи специалистам, медицинским организациям РМО по вопросам организации оказания скорой медицинской помощи на госпитальном этапе, по обеспечению преемственности в работе между врачами - специалистами при оказании оперативных консультативных услуг в круглосуточном режиме.

- Игорь Сергеевич, знакомство с вашей биографией доказывает: выбор профессии не был случайным. В вашей семье есть еще врачи?

- Нет, я единственный медицинский работник в семье. А в профессии действительно прошел несколько ступеней. После окончания девяти классов поступил в Рубцовское медицинское училище. Если честно, об этой профессии мечтала мама. Когда в силу обстоятельств ее мечта осталась нереализованной, она хотела, чтобы врачом стал сын. Так и получилось: свою мечту она осуществила во мне.

Что касается будущего, то могу с гордостью сказать: старший сын планирует поступление в медицинский университет, занимается в профильном классе, серьезно интересуется биологией, химией, физикой. Так что возможно, что медицинская династия в нашей семье начнется с меня и прирастет новыми врачами.

- Нейрохирургия - одна из сложнейших областей меди-

цины. Почему ваш выбор пал на нее?

- Выбор был продиктован нехваткой профессиональных кадров в то время, в 2000-м году. После окончания медицинского вуза планировал стать либо хирургом, либо травматологом - эти два направления казались наиболее привлекательными. Когда будучи ординатором, я пришел к главному врачу рубцовской городской больницы №1 **В.Г. КУРГАНСКОМУ**, он четко обозначил позицию: больнице нужен нейрохирург, так как проблема с кадрами в этом подразделении наиболее острая. Я благодарен Василию Григорьевичу за то, что определил мою профессиональную судьбу: работал и продолжаю работать в этой специальности с огромным удовольствием.

- То есть, главный врач больницы - оперирующий хирург?

- Верно. Я провожу и операции, и дежурства у меня есть - нагрузка достаточно серьезная. Рад, что семья меня поддерживает.

- Принципы здорового образа жизни можно считать вашими правилами?

- Придерживаюсь здорового образа жизни, занимаюсь спортом: увлекаюсь туризмом, люблю ходьбу на лыжах, плавание. Научил таким правилам и своих детей. Старший сын успешно занимается в секциях футбола, бадминтона. Средний и младший занимаются в секции каратэ-до: в этом году они получили оранжевые пояса. Я имею все основания для гордости своими детьми.

- Ваши пожелания читателям журнала?

- Самое главное: постарайтесь надолго сохранить здоровье. Не впадайте в панику в любых жизненных ситуациях, оставайтесь оптимистами. Не нужно рассуждать о том, что всё вокруг плохо, культивировать в себе негативное отношение к медицинским работникам, учителям, представителям других сфер деятельности. Желаю всем заниматься любимым делом, идти своей дорогой и быть счастливыми. ☺

✓ **Подразделения КГБУЗ «Городская больница №1»:** поликлиника (750 посещений в смену) и стационар (475 коек). В составе *поликлиники* - женская консультация на 250 посещений в день, дневной стационар на 17 коек общетерапевтического и неврологического профиля.

✓ **В стационаре работают**

отделения: анестезиологии и реанимации на 15 коек (из них 3 - в акушерском послеродовом отделении); травматолого-ортопедическое на 60 коек; нейрохирургическое на 30 коек; гинекологическое на 45 коек; хирургическое №1 (гнойное) на 50 коек и хирургическое №2 (чистое) на 60 коек; детское хирургическое на 25 коек; инфекционное на 65 коек; акушерское отделение на 35 коек (послеродовое), на 50 коек (патология) и 35 коек (отделение новорожденных); урологическое на 40 коек; оториноларингологическое на 25 коек.

✓ **Для обеспечения диагностического круглосуточного процесса в составе больницы развернуты:** отделение лучевой диагностики; эндоскопическое отделение; клиничко-биохимическая лаборатория; бактериологическая лаборатория; гистологическая и цитологическая лаборатория в составе межрайонного патологоанатомического исследования.



Проект, которого ждали

Об особенностях реализации проекта «Бережливая поликлиника» на территории края мы задали вопросы Жанне Игоревне ВАХЛОВОЙ, начальнику отдела организации медицинской помощи взрослому и детскому населению министерства здравоохранения Алтайского края.

- Жанна Игоревна, насколько актуален этот проект для медицинских учреждений Алтайского края?

- Региональное министерство здравоохранения и ранее было инициатором опросов населения на тему: чем не удовлетворены бывают наши пациенты, обращаясь в амбулаторно-поликлинические учреждения? Из проведенного анализа следовало, что пациент, оценивая медицинскую услугу, часто говорит даже не о ней самой - он порой еще не дойдя до получения услуги, уже негативно оценивает ее качество. По факту идет оценка условий, в которых эта медицинская услуга оказывается: существующие в регистратуре очереди, время ожидания приема у кабинетов, длительные перемещения по поликлинике и т.д. Поэтому еще в прошлом году министерство запустило региональный проект «Открытая регистратура», в рамках которого были выработаны регламенты работы регистратуры медицинского учреждения, направленные на сокращение времени ожидания пациентом приема врача и нахождения у окошка регистратуры. И мы получили определенный эффект, бренд прижился, поэтому участие в федеральном проекте «Бережливая поликлиника» стало естественным продолжением начатой работы. Алтайский край в числе первых регионов вошел в реализацию этого общероссийского проекта. В то же время региональный проект «Открытая регистратура» не закончен, он будет продолжаться, благода-

ря ему все алтайские поликлиники станут узнаваемыми, причем, их работа будет организована в соответствии с принципами бережливого производства.

- Как идет реализация федерального проекта?

- Сегодня мы работаем в двух пилотных учреждениях - это КГБУЗ «Городская поликлиника №9, г.Барнаул» и КГБУЗ «Детская городская больница №1, г.Барнаул». Работу начали с анализа: выяснили, какие есть проблемы с перемещением пациента по поликлинике, всегда ли они связаны с удаленностью кабинетов друг от друга; где пациентам приходится долго ожидать приема перед кабинетом и по какой причине, а также ряд других вопросов. Сегодня в данных учреждениях здравоохранения размещены листы сбора проблем и предложений по улучшению работы, где пациенты могут оставить свои предложения, а также проследить этап реализации своих предложений. В результате проведенного анализа обозначены три ключевые проблемы в каждой организации. Это - **работа регистратуры, проведение забора крови, ожидание посещения врача**. В рамках проекта мы работаем над устранением этих недостатков.

Заметная часть усилий направлена на совершенствование медицинского документооборота, чтобы исключить повторное посещение пациентом регистратуры: за амбулаторной картой, за талонами на диагностические исследования и консультации специалистов. В



короткие сроки в поликлиниках намечен переход на электронные амбулаторные карты. В настоящее время происходит обучение персонала работе с региональной информационной системой. Ее использование позволит также сократить время, затрачиваемое при оформлении рецептов федеральным льготникам на получение лекарств. Они также будут в электронном виде. В информационной системе будут отражаться сведения о том, сколько рецептов было выписано каждому пациенту, когда он последний раз обращался по этому вопросу, в какой аптеке находится необходимый лекарственный препарат.

В рамках проекта мы планируем дооснастить рабочие места медицинских работников компьютерной техникой. Проводятся также необходимые ремонтные работы на обеих площадках, их планируем завершить в сентябре.

- Каким образом полученный опыт будет транслироваться на другие медицинские учреждения?

- На примере поликлиник, в которых реализуется пилотный проект «Бережливая поликлиника», будут разработаны модели бережливого производства и тира-



Модернизация - жителям края

жированы на другие учреждения. Уже в этом году мы подключим к проекту 11 поликлиник. Это будут как краевые учреждения, так и поликлиники центральных районных больниц.

- Достаточно остро стоит проблема дефицита кадров. Как это согласуется с реализацией проекта «Бережливая поликлиника»?

- Решением проблемы дефицита медицинских кадров обсуждаемый проект не занимается, это не входит в его задачи. Но выстраивание работы бережливой поликлиники позволит разгрузить специалиста, будут созданы новые структурные подразделения, а также равномерно распределена нагрузка между средним медицинским персоналом и врачами. Перейдя полностью на электронный документооборот, удастся уйти от рутинной писанины. Врач получит возможность больше времени уделять общению с пациентом и оказанию медицинской помощи. Кроме того, чтобы увеличить время приема в поликлинике терапевтом либо другим специалистом, в медицинском учреждении мы создаем отделение неотложной помощи, которое берет на себя часть работы по обслуживанию вызовов на дому. Таким образом, этот сегмент работы для терапевтов и педиатров сократится, а пациент по-прежнему будет получать эту услугу, но уже не от участкового врача, а от специалиста нового отделения неотложной медпомощи.

- Какие целевые показатели должны быть достигнуты в результате реализации проекта «Бережливая поликлиника»?

- Проведенный анализ показал, что пациент нередко несколько часов проводит в поликлинике, чтобы получить услугу. Мы хотим сократить это время в 4-5 раз. Данный целевой индикатор определен для всех технологических процессов. Благодаря реализации регионального проекта «Открытая регистратура» уже решены проблемы записи на прием. Сейчас у пациентов есть различные возможности: запись через Интернет, с помощью инфоматов, которые стоят в холлах всех поликлиник, по телефону. Пациент сам вправе выбрать: хочет он общаться с



регистратором или готов самостоятельно взять талон на прием к врачу, используя современные технологии. Решен вопрос со вторичным приемом: талоны на него будут давать специалисты непосредственно в кабинете, это сделают терапевты, если требуется консультация узких специалистов, а также направление на госпитализацию, в диагностические центры. Таким образом, нет необходимости в повторном посещении регистратуры. Если пациент записался на прием предварительно, амбулаторную карту к нужному времени в кабинет принесет медицинский работник. Для этого в информационной системе реализован специальный модуль, отслеживающий их движение. Внедрив полностью электронный документооборот, мы добьемся сохранения медицинской документации в рамках учреждения. Амбулаторная карта должна находиться в поликлинике. Пациент имеет право получить копию - и она будет распечатываться по его требованию. Право пациента на получение информации ни в коем случае не будет нарушено.

Хочу отметить, что у проекта «Бережливая поликлиника» нет временных границ. Бережливое производство требует постоянного совершенствования любого процесса. Мы будем двигаться вперед и создавать стандарты работы медицинских учреждений. Решив задачи в поликлиническом звене, начнем работать в стационарных учреждениях. ☺

Ожидаемые результаты в пилотных поликлиниках:

- увеличение времени работы врача непосредственно с пациентом - в 1,5 раза;
- сокращение времени оформления записи на прием к врачу - в 5 раз;
- сокращение очередей - до 8 раз, времени ожидания пациентом приема врача у кабинета - до 15 минут;
- комфортная и доступная среда для пациентов поликлиник;
- сокращение сроков прохождения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров.



Аортокоронарное шунтирование остается сложнейшей операцией

Заболевания сердечно-сосудистой системы являются ведущей причиной смертности и инвалидности во всем мире. Ежегодно от сердечно-сосудистых болезней в нашей стране умирает более 1,2 миллиона человек. Ведущая роль в структуре этой смертности принадлежит ишемической болезни сердца - около 35 процентов.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) - это поражение миокарда, вызванное нарушением кровотока в коронарных артериях вследствие их поражения. То есть коронарные сосуды начинают испытывать кислородную недостаточность за счет сужения их просвета. Причин, приводящих к сужению, множество: начиная от врожденных пороков и патологического сужения с самого рождения и заканчивая уменьшением просвета из-за разрастания атеросклеротических бляшек.

На сегодня выделяют **шесть основных форм ИБС:**

◆ **внезапная коронарная смерть** - самая тяжелая форма ИБС, характеризуется высокой летальностью: либо мгновенной, либо в ближайшие 6 часов от начала сердечного приступа;

◆ **инфаркт миокарда** - развитие ишемического некроза участка миокарда, обусловленного абсолютной или относительной недостаточностью его кровоснабжения;

◆ **стенокардия** - обусловлена острой недостаточностью коронарного кровоснабжения, возникающей при несоответствии между притоком крови к сердцу и потребностью его в крови;

◆ **постинфарктный кардиосклероз** - разрастание соединительной рубцовой ткани в миокарде, замещение мышечных волокон и деформация клапанов;

◆ **нарушения сердечного ритма и проводимости** - нарушение проведения импульса по проводящей системе сердца;

◆ **сердечная недостаточность** - неспособность сердца обеспечивать достаточным поступлением крови к органам за счет снижения сократительной активности.

Основным признаком развития ИБС является боль в грудной клетке, сопровождающаяся одышкой (нехватка воздуха и затрудненный вдох) и чувством страха. Кстати, у женщин риск развития ИБС возрастает в 2-3 раза после менопаузы, когда увеличивается уровень холестерина и повышается артериальное давление. Проявления заболевания у женщин иногда могут отличаться от симптомов болезни у мужчин. Так, помимо типичной боли, женщины могут испытывать изжогу, тошноту или слабость.

При значительном сужении коронарного сосуда возрастает риск развития инфаркта миокарда. Как правило, симптомы ИБС не проявляют себя до тех пор, пока просвет кровеносного сосуда не будет сужен более чем на 70 процентов.

При неэффективности консервативной терапии (приема сосудорасширяющих препаратов) проводят **шунтирование коронарных артерий (АКШ - аортокоронарное шунтирование)**. Для создания шунта используют обычно поверхностные сосуды. Полученный шунт накладывают выше и ниже уровня сужения коронарной артерии и подшивают внутрь сосуда, тем самым обеспечивая кровоток по пораженной артерии.

АКШ не выполняется кардиологическим пациентам по их соб-



ственному желанию. **Основаниями для проведения операции АКШ служат:**

◆ недостаточный эффект от медикаментозного лечения;

◆ протяженное сужение сосудов, не позволяющее провести стентирование;

◆ серьезное нарушение проходимости сразу нескольких сосудов;

◆ сужение левой коронарной артерии более чем на 75%;

◆ тяжелая левожелудочковая недостаточность;

◆ нарушение со стороны клапанов сердца, существующее наряду с сужением коронарных артерий.

Проведение операции аортокоронарного шунтирования - ежедневная практика сердечно-сосудистого хирурга, заведующего кардиохирургическим отделением №1 КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер», кандидата медицинских наук Павла Александровича ЕРМОЛИНА.

- Павел Александрович, насколько востребована данная оперативная помощь? ►





У пациента с поражением коронарного бассейна зачастую имеется и патология сонных артерий, артерий нижних конечностей, аорты: поскольку атеросклероз - это системное заболевание.

- Пациентов в нашем кардиоотделении много, как правило, - сложные. В последнее время улучшена диагностика заболеваний, в том числе и сердечно-сосудистых, поэтому мы имеем больше возможностей своевременно оказать необходимую помощь. С другой стороны, меняется и контингент больных. Они становятся старше. Если несколько лет назад мы и не думали, что будем проводить коронарное шунтирование людям в возрасте за 80 лет, то теперь такие пациенты у нас есть. Этому способствуют и изменения в технологии проведения операции: более половины из них мы проводим на работающем сердце без использования системы искусственного кровообращения. В ходе операции на определенный участок миокарда накладывается стабилизирующая система, которая дает возможность работать кардиохирургам. Таким образом, мы получили возможность оперировать тех людей, которым раньше отказывали в помощи.

Но все операции АКШ на работающем сердце выполнять невозможно: существуют как показания к ней, так и противопоказания.

Использование искусственной системы кровообращения при операции на неработающем сердце - это крайняя мера, процесс, имеющий немало побочных действий. Остановка сердца проводится специальными растворами, вызывающими его паралич, а потом в обратной последовательности его следует запустить. После такой операции у пациента происходит повреждение форменных элементов крови, нарушаются память, когнитивные функции - сказывается «выключение» сердца на 40-60 минут.



А если человеку 80 лет? Просто остановить и попробовать «завести» его сердце - даже без выполнения операции является непростой задачей. Сердца таких наших пациентов - изношенные: зачастую у каждого есть сопутствующие хронические патологии (диабет, гипертония, дыхательная или сердечная недостаточность и т.д.), ведение неправильного образа жизни, в том числе неумение отдыхать, стрессы. Поэтому операция на работающем сердце дает возможность помочь многим больным, поскольку противопоказаний к ним значительно меньше.

Важно также понимать, что у пациента происходит поражение не только коронарного бассейна, зачастую он имеет патологию сонных артерий, артерий нижних конечностей, аорты: поскольку атеросклероз - это системное заболевание.

И сегодня мы в отделении часто оперируем на других магистральных сосудах, нередко операции на сердце предшествует оперативное вмешательство на сонной артерии.

- Подобные операции проводятся одновременно?

- По-разному. К примеру, пациенту показана операция коронарного шунтирования, а мы не можем ее выполнить, потому что в сонной артерии - атеросклеротическая бляшка. Это прогностически приведет к нарушению мозгового кровообращения в послеоперационный период. Поэтому выполняются одновременно или последовательно две операции: сначала - на сонной артерии, а потом - на работающем сердце. Замечу, что технологические операции владеют все врачи отделения.

- Ваши пациенты - экстренные больные?

- Экстренная эндоваскулярная помощь (установка стента в коронарный сосуд) осуществляется по показаниям больным с острыми коронарными событиями. Тех, кто может получить помощь в плановом порядке, отправляем в Федеральные кардиохирургические центры (г.Новосибирск, Кемерово, Томск, Москва). Соответственно, самые тяжелые больные оперируются у нас.

Пациенты поступают в Алтайский кардиологический диспансер по скорой помощи, их направляют в реанимационное отделение, где проводят обследование и осуществляют подготовку к операции. Если требуется до-



Сердце под контролем

обследование, пациента переводят в другое отделение.

- *Согласиться на любую операцию непросто, особенно пожилому человеку...*

- Здесь уже без вариантов. Есть среди наших 80-летних пациентов люди активные, сохранившие хорошее качество жизни. И они хотят быть свободными от медикаментов, образно говоря, не сидеть на месте. После оперативного вмешательства так и происходит. Молодым пациентам стараемся заменить аортокоронарное шунтирование на стентирование - менее инвазивное эндоваскулярное вмешательство. Таким образом, даем отсрочку большой операции на пять-десять лет. При соблюдении определенных правил жизни, возможно, она и не потребуется. Дело в том, что проблемы с шунтами тоже случаются: например, они закрываются спустя время. По этой причине сейчас операция проводится артериально - вены не вшиваются. Практика показала: жизнь артериальных шунтов дольше, чем шунтов венозных.

- *Как решается вопрос с реабилитационным периодом?*

- Что бы мы ни говорили о точном технологическом решении проведения операции аортокоронарного шунтирования, операционное вмешательство остается довольно обширным и тяжелым для пациента. Ей присвоена шестая степень сложности независимо от того, выполнена она на работающем сердце или при искусственном кровообращении. Поэтому большое значение приобретает правильное ведение пациентов в послеоперационном периоде.

После операции довольно часто развиваются нарушение вентиляции лёгких (из-за долгого нахождения пациента на ИВЛ) и инфекционные осложнения.

Профилактику респираторных нарушений проводят при помощи специальных упражнений - надувания шара или специальной игрушки. Предотвратить развитие инфекционных осложнений труднее - тщательная и своевременная смена повязок не всегда помогает избежать этого.

Обязательно отслеживаются показатели крови пациента, так как за счет массивности операции часто может наблюдаться значительная кровопотеря. В таком случае пациенту выполняют переливание крови для восполнения ее недостатка.



Все пациенты, которым была проведена операция АКШ, должны долгое время проходить реабилитацию и избегать физических нагрузок. Это делается с целью профилактики расхождения металлических скоб, наложенных на грудину.

В Алтайском краевом кардиологическом диспансере создана система реабилитации пациентов. Мы работаем как единая кардиологическая команда, обеспечивающая диагностику, лечение, реабилитацию. Мы не прощаемся с пациентом через семь дней, то есть после выписки: человек оперируется, находится в кардиохирургическом отделении, потом переходит в отделение реабилитации, далее получает санаторное лечение и наблюдается амбулаторно. Соблюдение такой последовательности очень важно. Наблюдал в своей практике разные ситуации. К примеру, человек после операции пренебрег советами, сразу включился в привычный активный, дооперационный, образ жизни - и вернулся к нам через полгода в тяжелом состоянии. И всё - сначала: длительное лечение, прием медикаментов. Объясняю каждому, что надо и себя любить, и окружающих. Это значит, что необходимо заниматься физкультурой, дозировать нагрузки, не курить, не пить.

Каждый день в нашем отделении выполняются операции АКШ, установки искусственных клапанов, занимаемся сосудистой патологией, поражениями артерий. Но чем больше мы работаем, тем сильнее ощущение того, как мало мы знаем о человеческом сердце. Это подтвердит любой специалист. Именно с опытом приходит осознание хрупкости и бесценности человеческой жизни и того, что у врача нет права на ошибку. ☺

В Алтайском краевом кардиологическом диспансере создана система реабилитации пациентов. Мы работаем как единая кардиологическая команда, которая обеспечивает диагностику, лечение, реабилитацию.



Помогите подростку взрослеть



Олеся Валентиновна БУЛГАНИНА,

главный внештатный специалист-гинеколог детского и юношеского возраста министерства здравоохранения Алтайского края, кандидат медицинских наук, врач-акушер-гинеколог, высшая квалификационная категория, КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница»

Первооснова репродуктивного здоровья - гармоничное физическое и половое развитие, формирование репродуктивной системы в детском и подростковом возрасте и становление ее функции.

Рост общей заболеваемости детей и подростков, увеличение числа хронической патологии - это основополагающие факторы, влияющие на течение пубертата, способствующие нарушению становления менструальной, а в дальнейшем - и репродуктивной функции.

Основной целью детской и подростковой гинекологической службы является сохранение репродуктивного здоровья подростков, как в общематическом плане, так и в подготовке юного женского организма к материнству, приобщение к планированию семьи и ответственному родительству. Функция материнства осуществляется в детородном возрасте, однако подготовка начинается задолго до наступления зрелого возраста и во многом определяется состоянием здоровья в период полового созревания.

Подростковый период является одним из критических в жизни человека по ряду причин. Во-первых, *формирование и манифестация хронической патологии* нередко происходят в подростковом возрасте. При этом у подростков еще не сформировано сознательное отношение к своему здоровью и чрезвычайно низка мотивация к лечению. Во-вторых, достаточно часто у них *проявляются различные типы поведенческих реакций* (эмансипации, группирования, оппозиции, имитации и другое). Особую тревогу и беспокойство вызывает то, что *подростки*, стремясь подражать взрослым, *начинают употреблять алкоголь, наркотики, табак и лекарственные средства*. И, наконец, пубертатный период характеризуется *«взрывом» сексуальной активности*, обусловленной не только биологическими, но и социально-культурными факторами, формированием полового сознания и психосексуальной ориентации.

Именно в этот период завершается формирование всех морфологических и функциональных структур организма, в результате чего окончательно реализуется генетически детерминированная (обусловленная) программа.

Возраст, когда должно начаться половое развитие, - с 8 до 12 лет. Если до 8 лет врач определял наличие полового развития как патологию, то в возрасте от 8 до 12 лет ситуация полностью меняется. **В 12-летнем возрасте профилактический осмотр гинекологом**, в первую очередь, **направлен на то, чтобы исключить задержку полового развития**. А также **выявить или исключить** ускоренное физическое и биологическое развитие; задержку физического развития; нарушение строения наружных половых органов; наличие воспалительных изменений наружных половых органов; наличие папиллом и опухолевидных образований на кожных покровах наружных половых органов и промежности; травматические повреждения наружных половых органов, вульвы, влагалища; выделения из половых путей патологического характера; наличие стигм дисэмбриогенеза, низкорослость и высокорослость; повышенный рост волос и оволосение по мужскому типу, дефицит или избыток массы тела (ожирение), патологию молочных желез и другое.

С 14-летнего возраста и до 17 лет включительно профилактический осмотр проводится ежегодно. Кроме вышеописанных патологических состояний, *оцениваются менструальная функция девочки и наличие половой жизни*. Наряду с внешним осмотром половых органов и пальпацией молочных желез врач обязательно оценивает *тип оволосения*, обращает внимание на *наличие acne vulgaris и «растяжек» (стрий)* на коже девочки, оценивает *степень полового развития и индекс массы тела* (соотношение веса и роста). При замеченных отклонениях назначаются проведение диагностических мероприятий и консультации врачей смежных специальностей (при необходимости). *Оценка менструальной функции* включает в себя возраст, в котором наступило менархе (первая менструация), регулярность, количество менструаль-



ных дней, обильность и болезненность менструаций.

Известно, что манифестирующими признаками патологического состояния органов, связанных с репродукцией, являются нарушения менструального цикла. В последние годы отмечен резкий рост нарушений менструальной функции у подростков, как в Алтайском крае, так и в целом по стране. В практическом здравоохранении нарушения менструального цикла яичникового генеза в пубертатном периоде составляют не более 10%. **Ведущей причиной нарушения менструального цикла является центральная** (гипоталамо-гипофизарная) **дисфункция**, которой сопутствуют различные симптомы: нарушение полового развития, ожирение или дефицит массы тела, наличие стрий, аспе vulgaris, жалобы неврологического характера (головные боли, артериальная гипертензия или гипотония, эмоциональная лабильность и другое).

На формирование нарушений менструальной функции центрального генеза влияют различные повреждающие факторы. С этих позиций трудно переоценить значение пубертатного периода в становлении репродуктивной системы, когда она высокочувствительна к различным неблагоприятным факторам.

В Алтайской краевой клинической детской больнице проведено исследование, которое включало выявление и оценку значимости различных повреждающих факторов, вызывающих нарушения менструальной функции центрального генеза в пубертатном возрасте. На основании анамнеза и объективного обследования, проведенного у девочек пубертатного возраста и опроса их матерей, изучено 30 предполагаемых повреждающих факторов. При их анализе выделены **16 наиболее значимых медицинских и социальных факторов риска, которые способствуют формированию нарушений менструальной функции в пубертатном возрасте**, и под влиянием которых еще до зачатия, а затем - в перинатальном, неонатальном, раннем детском, препубертатном и пубертатном периодах могло произойти «повреждение» и/или нарушение в функцио-



нировании гипоталамического отдела центральной нервной системы. Было установлено, что *наиболее значимыми факторами риска нарушений менструальной функции центрального генеза у девочек пубертатного возраста являются:*

- ◆ осложнения беременности и родов у матери,
- ◆ острые респираторные заболевания с тяжелым течением до года,
- ◆ детские инфекции в возрасте до 5 лет,
- ◆ частые простудные заболевания,
- ◆ наличие хронической соматической патологии,
- ◆ повышенные физические и умственные нагрузки,
- ◆ ранний половой дебют,
- ◆ нарушение режима питания,
- ◆ нарушение становления менструального цикла у матери,
- ◆ низкий социально-экономический статус,
- ◆ алкогольно-зависимые родители,
- ◆ перинатальное поражение центральной нервной системы,
- ◆ синдром задержки развития плода,
- ◆ бесплодие в анамнезе матери,
- ◆ недоношенные дети.

При суммарном воздействии данные медицинские и социальные факторы способствовали формированию нарушений менструальной функции центрального генеза у девочек в пубертатном возрасте.

Реальным путем снижения частоты и степени тяжести нарушений течения пубертатного периода у девочек является *поэтапное проведе-*

С 14-летнего возраста и до 17 лет включительно профилактический осмотр проводится ежегодно. Кроме патологических состояний, оцениваются менструальная функция девочки и наличие половой жизни.



За счастливое здоровое детство!

◀ **ние диагностических, профилактических и лечебных мероприятий, направленных на устранение последствий воздействия повреждающих факторов.** Для решения этой задачи необходима междисциплинарная оценка состояния здоровья с участием невролога, эндокринолога и других специалистов с разработкой программы диспансеризации.

Конечно, здесь невозможно обойтись без участия родителей. Им не нужно забывать и о собственной роли в сохранении и укреплении репродуктивного здоровья своего ребенка. **Здоровье вашего ребенка, в том числе и репродуктивное, - прежде всего, это ваша ответственность.**



Показания для направления к врачу-акушеру-гинекологу девочек в возрасте до 17 лет включительно:

- зуд, жжение, покраснение, высыпания, расчесы, эрозии, налеты, участки лихенификации, папилломы и опухолевидные образования на кожных покровах наружных половых органов и промежности в любом возрасте;

- выделения из половых путей патологического характера в любом возрасте;

- кровяные выделения из половых путей различной интенсивности и продолжительности в любом возрасте;

- травматические (бытовые и насильственные) повреждения наружных половых органов, вульвы, влагалища в любом возрасте;

- патологические анализы мочи (бактериурия, лейкоцитурия, гематурия) в любом возрасте;

- боли в животе в любом возрасте;

- изменение формы и величины живота в любом возрасте;

- увеличение молочных желез и рост волос на лобке в возрасте до 8 лет;

- ускоренное физическое и биологическое развитие в возрасте до 8 лет;

- отсутствие вторичных половых признаков (молочных желез и оволосения лобка) в возрасте 12-13 лет;

- перерыв в менструации более чем на 45 дней в пубертатном периоде (с менархе до 17 лет включительно);

- отсутствие менструации в возрасте 15 лет и старше;

- указание на наличие множественных кожных складок на шее и лимфатического отека конечностей в периоде новорожденности;

- наличие стигм дисэмбриогенеза, пигментных пятен, множественных родимых пятен или витилиго, костных дисплазий при низкорослости и высокорослости в любом возрасте;

- нарушение строения наружных половых органов, в том числе сращение малых половых губ, гипертрофия клитора и малых половых губ, урогени-

тальный синус, отсутствие входа во влагалище в любом возрасте;

- аплазия, гипоплазия, гиперплазия, гигантомас- тия, асимметрия и другие аномалии, фиброзно-кис- тозная болезнь и узловые образования молочных желез в пубертатном периоде;

- отклонения от нормальной массы тела в пери- оде полового созревания (в возрасте от 8 до 17 лет включительно) более чем на 10%;

- повышенный рост волос и оволосение по муж- скому типу в любом возрасте;

- задержка физического развития в любом воз- расте;

- низкорослость (рост 150см и ниже) в периоде полового созревания;

- высокорослость (рост 175см и более) в периоде полового созревания;

- состояние после хирургического вмешательства на органах брюшной полости в любом возрасте;

- 3, 4, 5 группы здоровья с эндокринными, ал- лергическими, воспалительными и другими хрони- ческими заболеваниями, в том числе дети-инвали- ды и дети с ограниченными возможностями в лю- бом возрасте;

- рековалесценция после перенесенных детских инфекций и тонзилэктомии в препубертатном возрас- те (от 8 лет до менархе) и в первой фазе пубертатно- го периода (с менархе до 14 лет включительно);

- указание на патологию матки и яичников по результатам эхографии и томографии внутренних органов, в том числе органов малого таза;

- начало сексуальных отношений;

- необходимость консультирования девочки по вопросам интимной гигиены;

- необходимость консультирования по вопросам заражения инфекциями, передаваемыми половым путем, в том числе ВИЧ/СПИД, гепатита В, С;

- необходимость консультирования для индиви- дуального подбора контрацепции у сексуально ак- тивных девочек, в том числе после аборта. ☺



Кровь, дарующая жизнь

В жизни любого человека может наступить такой критический момент, когда для ее сохранения потребуется переливание крови.

Чаще всего вопрос о переливании, конечно, решает специалист. Пациент же, выслушав доводы врача о необходимости данной процедуры, дает свое согласие или несогласие. За несовершеннолетних детей решение принимают их родители или опекуны.

Хочу подчеркнуть, что **переливание крови - это крайняя мера, направленная на спасение жизни больного, и для ее применения есть определенные показания.** Ни один медицинский работник не будет прибегать к данной процедуре без показаний.

С развитием науки и медицины появляются методы лечения, которые помогают врачам уменьшить или избежать применения донорской крови, появляются всё новые и новые кровозаменяющие препараты. Но никто во всем мире не отказался от применения донорской крови, потому что бывают ситуации, когда никакие технические возможности, никакие супердорогие препараты не помогут спасти жизнь человека, и только переливание крови может дать ему шанс выжить.

Донорство - это исключительная возможность подарить свою кровь незнакомому человеку, который в ней нуждается, чтобы его спасти. Донор - это человек, который по доброй воле, из-за сердечной отзывчивости дает свою кровь людям.

Слово «донор» произошло от латинского *donare*, что означает «дарю». Донором может стать только здоровый человек, который прежде, чем сдать кровь, проходит тщательный медицинский осмотр. Проверка состояния его здоровья обязательно проводится перед каждой сдачей крови.

Научными исследованиями и практическими наблюдениями доказано, что **дача крови в дозе до 500мл - совершенно безвредна и безопасна для здоровья человека.** Периодические донации крови оказывают благоприятное стимулирующее воздействие на организм донора. Недаром в старину многие болезни лечили с помощью кровопускания. Люди эволюционно приспособлены к кровопусканиям: это универсальный механизм реакции при травмах, а у женщин - как часть функционирования организма. **Кровопускание в научно обоснованной дозе обладает стимулирующим эффектом,** поэтому доноры в большинстве своем - активные и жизнерадостные люди.

Замечу, что сдавать кровь особенно полезно тем людям, чья деятельность связана с риском кровопотери: военнослужащим, охранникам, работникам Службы спасения. Доноры более устойчивы к кровопотере, и если одинаковое ранение получают донор и человек, ни разу



**Татьяна Викторовна
БЕСПАЛОВА,**

палатная медицинская сестра, высшая квалификационная категория, гематологическое отделение, КГБУЗ «Краевая клиническая больница», член ПАСМР с 2000г.



Советы медицинской сестры

◀ не сдававший кровь, то у первого шанса уцелеть значительно выше.

Совершенствование специализированной медицинской помощи, в первую очередь, в онкологии, гематологии, кардиохирургии, травматологии, акушерстве и других специальностях, обуславливает возрастающую потребность лечебных учреждений в компонентах и препаратах крови, единственным источником которых являются доноры. В связи с этим непрерывно возрастает значение донорства.

Переливание крови чаще всего применяется в следующих областях медицины: хирургия, гинекология, онкология, гематология, кардиохирургия, травматология, анестезиология и реанимация. И чаще всего - в экстренных случаях, когда идет борьба за жизнь пациента всеми доступными средствами.

Многие зададут вопрос: **опасно ли переливание?** Как процедурная медицинская сестра отделения гематологии, отвечу: *«Переливание крови несет в себе определенную опасность (заражение различными инфекциями, иммунные реакции и другое), и когда есть возможность избежать переливания донорской крови без ущерба для здоровья, эту возможность надо использовать»*. Следует знать, что переливание донорской крови приравнивается к оперативному вмешательству.

Сегодня под переливанием крови чаще подразумевается передача её отдельных компонентов, цельную кровь переливают крайне редко, поскольку чем больше компонентов, тем выше риск осложнений.

Одной из серьезных опасностей гемотрансфузий считается **инфицирование пациента**, ведь с донорской кровью он получает и все входящие в ее состав антигены и антитела. Поэтому сегодня, согласно рекомендациям ВОЗ, все доноры в обязательном порядке должны проверяться на наличие ге-



патитов В, С, ВИЧ-инфекции и сифилиса.

Как медицинская сестра гематологического отделения, совместно с лечащим врачом я провожу подготовку пациента к процедуре гемотрансфузии. Что это означает? Рассказываю пациенту суть предстоящего процесса, его достоинства, поясняю в доступной для него форме необходимость гемотрансфузии, а также и возможные последствия в случае отказа от переливания крови, обозначаю потенциальную опасность гемотрансфузии с учетом индивидуальных особенностей пациента.

Человек должен помнить, что в случае ухудшения своего состояния во время проведения гемотрансфузии и в течение 24 часов после её проведения нужно немедленно об этом сообщить врачу.

В заключение отмечу, что современная медицина имеет тысячи лечебных препаратов, но медики сходятся в одном: **ничто не может заменить человеческую кровь**. Поэтому доноры нужны больным людям всегда, каждую минуту.

Отдавая немного собственной крови, донор спасает жизни совершенно незнакомых ему людей. Донорство - это настоящий подвиг! 🇷🇺

Переливание крови чаще всего применяется в таких областях медицины, как: хирургия, гинекология, онкология, гематология, кардиохирургия, травматология, анестезиология и реанимация, а также в экстренных случаях.



Преграavidарная подготовка как необходимое условие для успешного зачатия и благополучной беременности

Может, вы только задумываетесь о первом ребенке или же размышляете о том, чтобы в доме появился еще один малыш.

Если вы планируете беременность и хотите зачать малыша в ближайшие несколько месяцев, то самое время подумать о том, что нужно сделать, чтобы будущий малыш был здоровым с самого зачатия. Конечно, первым делом нужно бросить все вредные привычки (курение, алкоголь, неправильное несбалансированное питание), а потом - начать принимать витамины.

Шаги, которые вы предпримете сейчас, помогут защитить ваше здоровье и здоровье ребенка, если вы решите забеременеть. Эти советы вам помогут узнать, с чего начать преграavidарную подготовку, то есть подготовку к беременности.

Три шага к здоровью

Шаг первый: начните принимать мультивитамины.

Одним из главных витаминов при планировании беременности, несомненно, является **фолиевая кислота** (витамин B9). Ее рекомендуется принимать примерно за 3 месяца до того, как вы планируете зачать ребенка, - это способствует снижению риска врожденных пороков развития плода.

Важно принимать мультивитамины, которые имеют в своем составе не менее **400мкг** фолиевой кислоты.

Фолиевая кислота относится к витаминам группы В и очень важна для роста и развития плода. Она принимает участие в обмене веществ, в производстве ДНК, отвечающей за рост и развитие клеток и тканей, играет важную роль в синтезе иммунных клеток крови, нормализует функцию пищеварительного тракта. Также она необходима для нормального роста и развития плаценты. При нормальном уровне витамина B9 вероятность пороков

развития у плода значительно снижается.

Важно, чтобы фолиевая кислота присутствовала и в рационе будущей мамы. Витамин B9 содержится в большом количестве в растительной пище: шпинат, лук, укроп, петрушка, фасоль, горох, гречиха, овёс, отруби, бананы, грецкий орех, грейпфрут, курага, дыня, дрожжи, тыква, грибы, свёкла, репа и другое. Также источником фолиевой кислоты служат мясо и продукты животного происхождения: говядина, баранина, свинина, печень, почки, мясо птиц, молоко, яйца, форель, окунь, сыр и т.д. Витамин B9 содержится также в листе черной смородины, малины, липы и тысячелистника, одуванчика и подорожника, в мяте и молодой крапиве.

Из соков лучше пить апельсиновый и томатный - в них содержится больше всего фолиевой кислоты.

Особая важность фолиевой кислоты для беременных или планирующих забеременеть женщин обусловлена тем, что **благодаря ей формируется нервная трубка у плода и предупреждаются пороки развития.** Так, дефицит фолиевой кислоты при беременности влияет на развитие нервной системы плода, гидроцефалии, анэнцефалии (глубокого недоразвития головного мозга), грыжи головного мозга (при которой мозговые ткани проступают к коже из-за аномального расхождения черепа), обуславливает задержку умственного и физического развития ребенка, также высок риск появления дефектов позвоночного столба («открытая спина», расщепление позвоночника при неполном закрытии спинного мозга).

Дефицит фолиевой кислоты может вызвать прерывание беременно-



Евгения Александровна ЭФРЕМОВА,

акушерка женской консультации, КГБУЗ «Городская поликлиника №3, г.Барнаул»

Особая важность фолиевой кислоты для беременных или планирующих забеременеть женщин обусловлена тем, что благодаря ей формируется нервная трубка у плода и предупреждаются пороки развития.



Советы медицинской сестры

сти, плацентарную недостаточность.

Все эти дефекты у плода могут появиться в течение первых 16-28 дней беременности, то есть еще до того момента, как женщина узнает, что беременна. Именно поэтому **фолиевая кислота должна присутствовать в организме в достаточном количестве уже с момента планирования беременности.**

Чаще всего дефицитом фолиевой кислоты страдают в зимний период времени, когда в рационе - недостаточное количество свежих овощей и фруктов.

К основным симптомам недостатка витамина В9 в организме относятся:

- ▶ синдром хронической усталости;
- ▶ неврозы, беспокойства, бессонницы;
- ▶ нарушение памяти, забывчивость, апатия;
- ▶ отсутствие аппетита, тяжесть в желудке, нарушение пищеварения;
- ▶ стоматит, выпадение волос, сухость кожи.

Но существуют и **противопоказания** для приема препаратов фолиевой кислоты! Ее нельзя применять при бронхиальной астме, почечной недостаточности, пиелонефрите и при аллергических реакциях. Иногда возникает неадекватная реакция организма на этот препарат: тошнота, рвота, диарея, бессонница, возникновение судорог и сильных болей в животе. Прием и дозировку витамина В9 назначает врач!

Шаг второй: запланируйте визит к своему врачу для консультации.

Важно получить общую оценку своего здоровья с учетом подготовки к беременности.

Во время приема обязательно сообщите врачу обо всех лекарствах, которые вы принимаете регулярно. Он поможет скорректировать дозировку или заменить другим препаратом с учетом вероятной беременности.

Также вы сдадите анализы для исключения анемии или проблем со щитовидной железой.

Шаг третий: заранее посетите стоматолога.



Некоторые болезни, связанные с осложнением кариеса (периодонтит и пульпит), могут негативно повлиять на развитие будущего ребенка. Неизлеченные во время беременности осложненные кариесы могут спровоцировать преждевременные роды и низкую массу тела ребенка во время рождения. Также они могут распространить инфекцию и поразить ею мягкие ткани плода, что особенно опасно на ранних сроках. Аналогичные последствия могут быть вызваны и невылеченным стоматитом.

Поэтому при малейших проявлениях той или иной зубной болезни (и даже во время беременности) следует без промедления отправляться к стоматологу. Опасно думать, что эта проблема локальна и ограничивается лишь полостью рта.

Планируя зачатие и проходя прегравидарную подготовку, тем самым вы обеспечите некоторые факторы благополучного вынашивания и рождения здорового малыша. Но стоит учитывать, что для этого вам понадобится минимум три месяца, а в идеале - более полугода. ☺

Фолиевую кислоту нельзя применять при бронхиальной астме, почечной недостаточности, пиелонефрите, аллергических реакциях. Иногда возникает неадекватная реакция организма на этот препарат.

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



Побеждаем катаракту

Наиболее частой причиной излечимой слепоты в мире является катаракта, а хирургические операции по ее удалению - самая востребованная услуга офтальмологических клиник.

По данным ООН, к 2025 году около 50 миллионов людей в возрасте 60 лет будут иметь различной степени интенсивности помутнения хрусталика. Катарактой страдают более 22 миллионов человек в мире в возрасте 40 лет и старше, или каждый шестой человек этой возрастной категории, а к 80 годам - подавляющая часть населения. По данным статистики, распространенность этого заболевания в России составляет около 3,5-3,7% населения, что позволяет предполагать наличие катаракты почти у 5 миллионов россиян. Кстати, женщины страдают в 2 раза чаще, чем мужчины, что может быть связано с разной средней продолжительностью жизни.

Катаракта - это помутнение хрусталика глаза, что проявляется снижением остроты зрения, чувством пелены и тумана перед глазами.

Качество зрения зависит от состояния хрусталика - биологической двояковыпуклой линзы, которая находится между радужной оболочкой глаза и стекловидным телом. Ее предназначение - пропускать и преломлять световые лучи для построения изображения на сетчатке. В норме - хрусталик прозрачный. В своем строении он не имеет сосудов и нервной ткани. Воспалительные процессы для этого элемента глаза не свойственны. Химический состав хрусталика - это белки, минеральные элементы и вода. Омывается он внутриглазной жидкостью, которая в глазу вырабатывается постоянно. Посредством нее в хрусталике осуществляются обменные процессы, доставляются все необходимые элементы и уносятся продукты метаболизма. Однако **при воздействии света в хрусталике могут происходить определенные химические реакции, в результате которых**

выделяются токсические вещества. Данный процесс происходит в глазном хрусталике постоянно, однако естественные защитные функции организма способны справиться с вредоносным воздействием токсинов. С возрастом эти защитные функции ослабевают, а из-за нарушения обменных процессов, которые свойственны большинству пожилых людей, поступление питательных элементов в глаз уменьшается, что только усугубляет проблему.

Различные причины приводят к нарушению обмена веществ, накоплению продуктов распада, разрушению белковых структур, что ведет к нарушению прозрачности хрусталика. В зависимости от локализации помутнения: в центре, по периферии хрусталика, по передней либо задней его поверхности - офтальмологи выделяют несколько видов катаракт. Наибольшее сни-

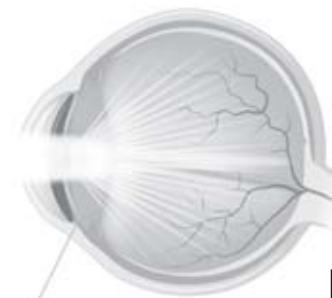


Ольга Николаевна САФОНОВА,

врач-офтальмолог,
высшая квалификационная
категория,
микрохирургическое
отделение №4,
КГБУЗ «Алтайская краевая
офтальмологическая
больница»



прозрачный хрусталик



помутневший хрусталик (катаракта)





Для выявления катаракты используется специальное оборудование - щелевая лампа (мощный биомикроскоп). При его помощи офтальмолог может рассмотреть всю поверхность глазного хрусталика, что позволяет обнаружить даже незначительные помутнения.

жение остроты зрения наблюдается при помутнении хрусталика в центре, напротив зрачка.

По стадиям катаракта делится на начальную, незрелую и зрелую катаракту. В завершающей стадии болезни весь хрусталик становится плотным и не пропускает свет, что вызывает слепоту.

Выделяют также **катаракту врожденную, приобретенную и осложненную.** Врожденная диагностируется у детей первого года жизни. Она возникает, если наблюдается внутриутробная патология плода либо беременность мамы протекала с осложнениями. Врожденная патология встречается редко и в принципе не прогрессирует. Приобретенная, или старческая, катаракта обычно возникает у людей старшего возраста, может развиваться, переходить из стадии в стадию, причем время развития катаракты может варьироваться от нескольких месяцев до нескольких лет. Это зависит от многих причин: общего состояния организма, имеющих хронических заболеваний, образа жизни, экологии и т.д. Если раньше считалось, что катаракта - это болезнь людей пожилого и преклонного возраста, то в последнее время этот диагноз ставят и в 40-летнем возрасте.

Об осложненной катаракте речь идет в тех случаях, когда помимо помутнения хрусталика имеются другие заболевания глаз: глаукома, миопия, дегенеративные изменения сетчатки, сахарный диабет и т.д.

Не случайно древние греки называли катаракту «водопадом»: первыми признаками заболевания становились неясное зрение, размытость очертаний предметов, появление пятен, мушек перед глазами, вокруг предметов - ареолов.

Основными причинами развития катаракты считаются понижение защитных функций иммунной системы, нарушения обменных процессов (что вызывается в том числе и старением организма), чрезмерное воздействие солнечного света, длительное пребывание перед экранами телевизора или компьютера, вредная производственная среда и т.д.

Для выявления катаракты используется специальное оборудование - **щелевая лампа** (мощный биомикроскоп). При его помощи офтальмолог может рассмотреть всю поверхность глазного хрусталика, что позволяет обнаружить даже незначительные помутнения. В запущенных ситуациях увидеть катаракту можно и невооруженным глазом.

При катаракте возможно консервативное и хирургическое лечение. Консервативное лечение назначается на начальных этапах болезни, с его помощью можно только поддержать здоровье глаз и уменьшить прогрессирование катаракты. Применяются капли, содержащие те вещества, которые с возрастом начинают вымываться из хрусталика. **Капли не ведут к обратному развитию катаракты, то есть ими катаракту вылечить нельзя,** - они только поддерживают обменные процессы в глазу. Поэтому, чтобы не допустить прогрессирование помутнения хрусталика, важно от капель не отказываться.

Если замедлить развитие болезни не удалось, применяется хирургическое лечение. В последние годы показания к операции расширились. Если раньше мы оперировали только зрелую катаракту, то сейчас благодаря современным технологиям оперативное вмешательство может быть проведено на любой стадии болезни, что позволит улучшить качество жизни человека. **В настоящее время оперативное лечение**



Советы офтальмолога

проводится методом **ультразвуковой факоэмульсификации**. Хрусталик с помощью ультразвука измельчается внутри глаза и удаляется через разрез 2,0-2,6мм, а на его место имплантируется искусственная интраокулярная линза (ИОЛ), которая позволяет восстановить зрение.

Восстановление пациента после операции занимает минимальное количество времени.

Самые современные модели ИОЛ дают максимально качественное зрение, позволяют видеть вдаль и читать без очков, могут исправлять астигматизм. В арсенале врача большое разнообразие интраокулярных линз, которые обеспечивают зрение больного на разном расстоянии и устанавливаются в зависимости от его потребности и образа жизни. Одна из основных задач хирурга - подобрать идеально подходящую для конкретного пациента интраокулярную линзу (ИОЛ).

В Алтайской краевой офтальмологической больнице успешно выполняются операции по замене хрусталика. Современные технологии позволяют проводить операцию в амбулаторных условиях по желанию пациента. Операция безболезненная, проводится под местной анестезией и длится 10-15 минут.

И всё-таки пожилые люди не сразу соглашаются на нее: один из доводов - боязнь потерять оставшееся зрение. Действительно, хирургия, в том числе и офтальмологическая, не застрахована от осложнений. Как правило, это не зависит от того, как хирург провел операцию, решающую роль играют сопутствующие патологии, любой очаг инфекции в организме. Поэтому, если перед хирургическим вмешательством компенсировать имеющиеся хронические и инфекционные заболевания, тогда риск осложнений минимальный.

Сразу ли после операции восстанавливается зрение или требуется реабилитационный период? Это зависит от возраста и сопутствующих заболеваний. Бывает, что нужен период реабилитации и по длительности у разных пациентов он разный.



Если катарактой поражены оба глаза, в этом случае сначала оперируется один, потом второй глаз. Никогда хирурги не работают на двух глазах одновременно.

Чтобы предотвратить появление катаракты, необходимо устранить воздействие способствующих развитию недуга факторов.

В первую очередь, рекомендуется *избегать воздействия ультрафиолетового излучения, поскольку оно наносит сильный вред хрусталику*. В солнечную погоду летом лучше выходить на улицу только в защитных очках. Уменьшить риск поможет отказ от вредных привычек (прием алкоголя, курение) и соблюдение зрительного режима. *Необходимо следить за уровнем своего артериального давления, уровнем холестерина и сахара.*

В КГБУЗ «Алтайская краевая офтальмологическая больница» выполняются данные операции с имплантацией самых современных моделей «искусственных хрусталиков», в том числе мультифокальных и торических. Также оказывается высокотехнологичная офтальмологическая помощь за счет средств краевого бюджета и фонда обязательного медицинского страхования больным с глаукомой, отслойкой сетчатой оболочки глаза, патологией стекловидного тела, заболеваниями роговицы.

И в завершении хочется еще раз сказать, что катаракта в настоящее время - это не приговор. ☺

В Алтайской краевой офтальмологической больнице успешно выполняются операции по замене хрусталика. Современные технологии позволяют проводить операцию в амбулаторных условиях по желанию пациента. Операция безболезненная, проводится под местной анестезией и длится 10-15 минут.



Учимся вставать, садиться, ложиться и носить тяжести



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

Действия, перечисленные в заголовке, относятся к привычным, выполняемым человеком ежедневно, но не всегда правильно.

Врожденную физическую интуицию современный человек теряет достаточно быстро. Мы заняты множеством разных дел и меньше всего думаем о своей физической форме. За всё надо платить - мы платим своим здоровьем. О том, как правильно садиться и вставать, ложиться на кровать и на пол, хорошо знают наши дети. Давайте для примера разберем, как ребенок **поднимается на кровати**, прежде чем встать или сесть.

Организм запрограммировано это движение, оно заложено природой. Новорожденный ребенок сначала только лежит на спине, потом начинает переворачиваться на живот. Это первое подтверждение того, что ребенок развивается нормально. Затем он начинает держать голову, и мы этому рады. Потом встает на четвереньки, садится и всегда делает это последовательно: если ребенок не перевернулся на живот, он не встанет на ноги. Если он не держит голову, - это первые проявления ДЦП, тяжелой болез-

Чем опасен неправильный подъем с кровати:

- если сразу встать с положения лежа на спине: при таком подъеме происходит перегрузка шейного и поясничного отдела позвоночника;
- если сразу встать с положения лежа на животе: смещаются поясничные позвонки и образуются грыжи из-за увеличения давления в задних отделах дисков;
- если сразу скинуть обе ноги: ноги - мощные рычаги, и их небрежное сбрасывание с постели легко смещает крестцово-подвздошные суставы, что приводит к возникновению болей в поясничной области.

ни. Поэтому искусственно пропускать то, что предусмотрено природой, мы не можем, поскольку потеряем здоровье. Это не философское рассуждение, это физиология человека.

Следующий пример. Лечь на пол - просто. **Как встать с пола?** Нужно перевернуться на живот, встать на четвереньки, спина остается прямая, садимся на пятки, встаем на колени. Выставив согнутую в колене ногу вперед, делаем упор руками на бедро, медленно поднимаемся и принимаем правильную осанку. Можно прибегнуть к помощи стула, дивана, опереться на руку другого человека.

Правила выполнения привычных движений называются **правилами ортопедического режима**. Их выполнение очень важно!

Давайте, к примеру, разберем, **как правильно лечь на кровать и встать с нее**. Итак, сначала надо сесть на кровать, опереться на руки, поднять одну ногу, другую, лечь, потом уже повернуться, как удобно. Встаем в обратном порядке: поворачиваемся на бок, опираемся на руки, садимся, опускаем

Как правильно вставать с постели



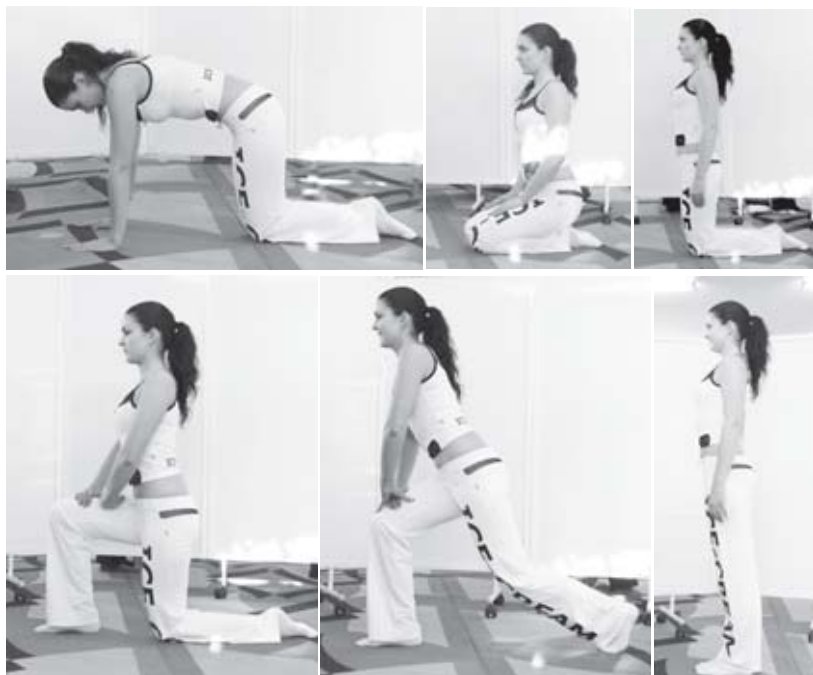
ноги с кровати, встаем. Если резко сесть на кровати из положения лёжа, то мы вынужденно наклоняемся вперед, что очень тяжело для позвоночника. При таком опасном движении может возникнуть или усилиться боль в пояснице.

Очень важно понимать, как правильно сидеть, потому что возникающая в этом положении нагрузка - самая тяжелая. И нередко она становится причиной болезни. По статистике, чаще всего от боли в спине страдают водители-дальнобойщики и офисные работники, поскольку для них это вынужденное длительное положение - альтернативы ему на работе нет. Боли в шейном и грудном отделах позвоночника возникают чаще всего у стоматологов, потому что это их профессиональное вынужденное положение. Сидячая нагрузка - самая тяжелая для организма. А как же тогда работа? Работа и здоровье - это не одно и то же. Заботиться о своем здоровье мы должны сами. Поэтому создать условия, чтобы сидячая работа была безопасна, необходимо самим. Только так возможно сохранить свое здоровье.

Обратим внимание на **стул**. Лучше, если его спинка высокая. В месте проекции поясницы желательно сделать валик, тогда будет легче переноситься нагрузка. Высота стола, стула рассчитывается как в школе, обязательно подставка под ноги, если они не достают до пола. Таким образом создаются максимально комфортные условия для позвоночника. В современных ортопедических салонах предлагаются самые разные дополнительные приспособления: валики, которые пристегиваются к стулу, массажные подушки на сидение и т.д. Не стоит ими пренебрегать.

Как правильно работать за компьютером. Если вы сидите за низким столом, последует формирование сутулости в грудном отделе позвоночника и утомление задних шейных мышц. При работе за компьютером лучше использовать офисное кресло. Кстати, вместо стула можно использовать ортопедический мяч, который позволяет сохранять при сидении правильную осанку. Физиологически правильное положение при работе за компьютером: спина прижата к спинке стула, голову держим прямо.

Как правильно вставать с пола



Правила сидения за столом. Его оптимальная высота дает расслабление мышцам шеи и плеч. Упор ступнями в пол позволяет прижать поясницу к спинке стула. Если вы сидите на стуле на подвернутой ноге, это положение вызывает скручивание позвоночника в поясничном отделе позвоночника. Невысоким людям следует использовать подставку под ноги. Чтобы уменьшить нагрузку на шейный отдел позвоночника при чтении, необходимо пользоваться подставкой для книг.

У невысоких людей ступни могут не доставать до пола, что способно вызвать сдавливание сосудов и нервов в зоне подколенного ямок. Следует использовать подставку под ноги.



Как правильно носить тяжести. В принципе их бы лучше не носить вовсе или использовать сумку на колесах, но ситуации бывают разные. В любом случае мы должны выполнять правило: если что-то предстоит перенести, необходимо к этому подготовиться, настроиться. Полагаться на собственную выносливость может только Шварценеггер - он умеет работать с мышцами. Мы же - обычные люди. Приступая к подъему и переносу груза, надо хорошо представлять, что возможно сделать и что сделать просто невозможно.

Хорошим подспорьем является **корсет**. Не обязательно жесткий и дорогой, хорошо поможет выполнить работу даже элементарный эластичный пояс «Вулкан».

Перемещать груз необходимо на уровне живота - так мы держим ребенка, меняя его положение. И носить груз надо так, как носят ребенка - это генетически заложено. Нельзя поднимать груз с пола, наклоняясь вперед с прямыми ногами. Лучше поднять с дивана, со стола или перед этим действием надеть корсет. Подъем груза из позиции на прямых ногах снизу вверх - очень опасное движение. Поднять груз из приседа удастся не всегда.

Не носите груз в одной руке - разделите его на две руки или воспользуйтесь рюкзаком. Нужно также рассчитывать свои силы, если вам предстоит подниматься с грузом по ступенькам. Вы должны со всей ответственностью понимать, что если взять два ведра помидоров с дачи и нести их в гору, например, на пятый этаж, вы просто разрушите организм. При любом грузе необходимо надеть корсет и не торопиться, потихоньку подниматься по лестнице.

Остановлюсь подробнее на ношении корсетов. Это великие помощники. Есть корсет для шеи, для поясничного и грудного отделов. И у каждого корсета есть свое назначение.

Как их носить? Постоянно носить корсеты нужно только при острых болях. В корсете желательно не сидеть. Современные корсеты делаются на лямках. Сел за руль - корсет легко снял. Корсет свою функцию выполняет только тогда, когда человек находится в вертикальном положении. Когда он лежит, - корсет не нужен. В каком положении его лучше надевать? В вертикальном. Его надевают лежа тогда, когда был перелом позвоноч-



ника и когда корсет выполняет свою функцию: помогает принять вертикальное положение.

Нужен ли именно жёсткий корсет? Не всегда. Если у человека нет привычки к жёсткому корсету, то его ношение может усугубить состояние. Корсет должен быть удобен. Есть эластичные корсеты, которые помогают создать дополнительную фиксацию позвоночника, но не требуют усилий на ношение. Совет возможен такой: возьми что попроще, привыкни к нему и иди дальше. При этом помни, что физическая активность, ходьба должны быть ежедневно. Поэтому не забывайте о корсете, работая в саду, на даче или когда просто прогуливаетесь. Корсет должен стать вашим другом.

Нельзя не остановиться на правилах сна. Спокойный сон - важный момент в реабилитации остеохондроза. Время сохранило высказывание Авиценны: «Не разговаривайте с человеком неспящим, ибо он излучает яд».

В какой позиции человек должен засыпать? В любой - лишь бы пришел сон. Если ляжет совершенно правильно да всю ночь не уснет, смысла нет в правильной позе. Хорошему сну помогают ортопедические матрасы, создающие ощущение невесомости, позволяющие поворачиваться с минимальными усилиями. Не обязательно покупать дорогостоящие и громоздкие ортопедические матрасы. Существуют достаточно компактные конструкции, которые буквально сворачиваются в трубочку - и этого достаточно. Их легко можно взять с собой на дачу, на отдых.

Эти правила ортопедического режима достаточно просты. Но их выполнение позволит вам надолго сохранить здоровье и активность.

Как правильно поднимать и перемещать тяжести

- Не поднимайте тяжести, стоя на прямых ногах при согнутой спине.
- Присядьте перед грузом на корточки с прямой спиной, не наклоняя головы.
- Поднимайтесь с прямой спиной, прижимая груз к себе, напрягая при этом мышцы живота.
- Не носите груз в вытянутых руках.
- Груз, который вы несете на руках перед собой, старайтесь как можно плотнее прижать к животу.
- При повороте с тяжелым предметом в руках повернитесь на ногах всем корпусом вместе с грузом.
- Тяжелую ношу не носите в одной руке, особенно на большое расстояние.
- Разделите груз равномерно на обе руки.





Уважаемые читатели!

Подписка на наш журнал традиционно является хорошим подарком к различным семейным праздникам: свадьбе, рождению ребенка, дню рождения...

Журнал «Здоровье алтайской семьи» выписывают и предприниматели, заинтересованные в сохранении и укреплении здоровья своих сотрудников.

Подарите журнал «Здоровье алтайской семьи» своим родителям, взрослым детям, оформите подписку для вашей собственной семьи, для вашей фирмы.

Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» - полезный подарок!

ИЗВЕЩЕНИЕ	Внимание!!! Обязательно заполнить (указав полный адрес) строку получателя корреспонденции.	
	Наименование получателя платежа: ООО "Издательство "Вечерний Новоалтайск"	
Кассир	ИНН: ИНН 2263020152 КПП 220801001	
	Номер счета получателя платежа: 407028106600020000162	
	Наименование банка: ООО КБ "Алтайкапиталбанк" г.Барнаул	
	БИК: 040173771 Кор.счет: 30101810900000000771	
	ОКПО: 52090627 ОГРН: 1022202409426	
	Наименование платежа: Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» на 2018 г. №1-12	
	Платательщик (Ф.И.О.): _____	
	Наименование фирмы, контактный телефон _____	
	Адрес получателя корреспонденции _____	
	Почтовый индекс, город (район, название поселка), _____	
улица, дом, квартира (офис) _____		
Наименование фирмы (ФИО) получателя, контактное лицо, телефон _____		
Назначение платежа	Сумма	Итого к уплате
Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2018 год, №1-12	1085-00	1085-00
Платательщик (подпись) _____	Дата _____	
<i>Подписной индекс - 31039</i>		
КВИТАНЦИЯ	Наименование получателя платежа: ООО "Издательство "Вечерний Новоалтайск"	
	ИНН: ИНН 2263020152 КПП 220801001	
	Номер счета получателя платежа: 407028106600020000162	
	Наименование банка: ООО КБ "Алтайкапиталбанк" г.Барнаул	
	БИК: 040173771 Кор.счет: 30101810900000000771	
	ОКПО: 52090627 ОГРН: 1022202409426	
	Наименование платежа: Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» на 2018 г. №1-12	
	Платательщик (Ф.И.О.): _____	
	Наименование фирмы, контактный телефон _____	
	Адрес получателя корреспонденции _____	
Почтовый индекс, город (район, название поселка), _____		
улица, дом, квартира (офис) _____		
Наименование фирмы (ФИО) получателя, контактное лицо, телефон _____		
Назначение платежа	Сумма	Итого к уплате
Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2018 год, №1-12	1085-00	1085-00
Платательщик (подпись) _____	Дата _____	
<i>Подписной индекс - 31039</i>		

Здоровья - каждой алтайской семье!

Подписной индекс журнала в отделениях Почты России -

31039.

Для оформления подписки через Издательство обращайтесь в бухгалтерию. Тел. 8(385-32) 23216. E-mail: nebolen@mail.ru



КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ



нам
15
лет!

