

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

6+

# ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№8 (200) АВГУСТ 2019





### Модернизация «первички» - предстоит большая работа...

На сайте Президента России Владимира Путина опубликована стенограмма **совещания по вопросам модернизации первичного звена здравоохранения** от 20 августа 2019 года (<http://www.kremlin.ru/events/president/news/61340>).

Проблемы «первички» специалистами обсуждались давно и в самых разных аспектах - от кадрового дефицита и незаслуженного принижения значимости, престижа работы на этом участке до порой до неприличия недостойного технического состояния учреждений первичного звена, недостатка в них элементарного оборудования, санитарного транспорта.

Многочисленные представители профессионального сообщества, Медицинской палаты РФ, лично Леонид Рошаль в статусе ее руководителя, а сейчас еще и в статусе сопредседателя ОНФ, последний год практически еженедельно освещали эту тему на всевозможных публичных площадках с привлечением огромного числа экспертов, в том числе и региональных. Думаю, именно такая последовательная профессиональная позиция, наряду с возросшим числом жалоб жителей на неудовлетворенность первичной медицинской помощью, сыграли свою роль. У многих из тех, кто уже ознакомились с содержанием стенограммы, реакция примерно одинакова: «...Проблемы копились десятилетиями! Почему допустили, что всё завязалось в тугой узел?! А «развязывать» есть кому? ... Нашлись бы эти святые люди!..».

К сожалению, словосочетание «модернизация здравоохранения» специалистами, да и населением, чаще употреблялось в несколько негативном аспекте. Но этот документ вызвал у меня определенный оптимизм в отношении возможного, причем, довольно кардинального, изменения отношения к первичному звену здравоохранения как на селе, так и в городе. Целый ряд назревших проблем отрасли обозначен на уровне Президента! Без экивоков, без прикрас названы возможные, реальные пути их решения. Очевидно, что этому совещанию предшествовала большая предварительная работа специалистов, в том числе и на региональных уровнях, - поэтому и сроки принятия конкретных решений определены довольно жесткие: до 1 октября 2019 года Правительство РФ должно сформулировать и принять принципы модернизации первичного звена. До 1 июля 2020 года должны быть приняты и защищены на федеральном уровне региональные программы (учитывая «приличные» средства, выделяемые на здравоохранение, в том числе и из федерального бюджета, и ТФОМС). Причем, контроль качества этих программ и их последующая реализация выделены Президентом как отдельные задачи.





Я начинала трудовую деятельность после окончания в 1977 году АГМИ и прохождения интернатуры в МСЧ «Трансмаш» в самой что ни есть «первичке» - в Мартыновской участковой больнице Ельцовского района. Меня - молодого, начинающего специалиста - радушно приняли и, честно сказать, многому научили медицинские работники со средним образованием: фельдшер **Александр Васильевич БУХАНОВ**, который начал там работать в 1942(!) году, акушерка **Мария Федотовна ЯГОДКИНА**, медицинские сестры **Анна Александровна АКСЕНОВА**, **Мария Васильевна ГОЛУБЕВА**, **Мария Ивановна ЗЕЛЕНИНА** и другие. Стабильный, слаженный коллектив, который очень добросовестно и ответственно работал. Было уважение и доверие жителей. Затем я работала в Ельцовской, Целинной ЦРБ. Итого - 8 лет работы в сельском здравоохранении, которые, без сомнения, очень повлияли и во многом способствовали формированию меня не только как врача, но и как гражданина, человека с активной социальной позицией.

Не считала себя оторванной от проблем села и в последующие годы работы. Мне казалось, что на фоне общего изменения возможностей здравоохранения в стране и крае, и в сельском здравоохранении позитивные изменения также неизбежны. Некой поворотной точкой отсчета для меня стала подготовка почти два года тому назад статьи в журнал, причем именно о позитивных изменениях. Мы планировали рассказать об опыте работы мобильного ФАПа (одного из первых в крае), начавшего тогда обслуживать сёла Целинного и Ельцовского районов. Корреспондент нашего журнала **Лариса Юрченко** побывала со специалистами ФАПа «на колесах» в селе Мартыново, пообщалась с жителями и специалистами Целинной ЦРБ. Бесспорным было ощущение, что

служение, профессиональный долг, преданность делу, патриотизм (да!), - это те внутренние мотивации, которые движут преобладающей частью специалистов-медиков в этом самом «первичном звене». Это в полной мере можно отнести и к главному врачу Целинной ЦРБ **Ольге Николаевне ЕВСЮКОВОЙ**, которая работает в районе с 1982 года - сразу после окончания АГМИ и возглавила больницу в непростой для учреждения период, к **Лидии Балгазаровне ЛЯПИНОЙ**, педиатру ЦРБ, и многим-многим другим.

Материал тогда не вышел - в ЦРБ начался долгожданный поэтапный (и, как оказалось, затянувшийся надолго!) ремонт. Мы договорились с Ольгой Николаевной, что приедем еще раз в Целинный район и подготовим большой материал о здравоохранении района уже после окончания ремонта. Честно говоря, причиной смещения сроков публикации «на потом» стало не только ожидание окончания ремонта, но в большей мере - чувство неловкости, даже стыда перед коллегами, жителями за фактическую ситуацию в первичном звене здравоохранения... Ремонт завершается, в планах - побывать в Целинном районе до конца этого года! Но, надеюсь, что темой нашего разговора с коллективом станет как раз то, как идет формирование региональной программы модернизации первичного здравоохранения в крае. Очень важно, чтобы она была сформирована с учетом мнения отдельных территорий края. Открыто, реально вовлекая специалистов всех уровней в эту работу: представителей ЦРБ, межрайонных и краевых центров, Алтайского медицинского университета (который сегодня занимает очень активную позицию в вопросах подготовки кадров для здравоохранения края, и в том числе для первичного звена), с реальным участием муниципалитетов.

На оторванность и «килейность», завышение уровня принятия решений предыдущих этапов «модернизации», как следствие, - низкую результативность работы обратил внимание во время совещания и Президент РФ **В.ПУТИН**: «...нам, безусловно, нужно принять дополнительные меры по укреплению первичного звена здравоохранения. Напомню ещё раз: мы дважды это делали из федерального центра в расчёте на то, что это будет подхвачено на местах, в регионах, но этого не происходит. В этой связи нам, безусловно, нужно посмотреть на всю организацию этой работы. Это очевидный факт. Конечно, в регионах своя компетенция, это всё понятно, и нужна она, и нужно её поддерживать, но что-то там, видимо, до конца эффективно не работает. На это нужно обратить внимание».

Очень рассчитываю на то, что предстоящие изменения в первичном звене здравоохранения (которые, конечно, сами собой не произойдут), те масштабные задачи, которые предстоит решать, привлекут на работу в «первичку» и опытных, и молодых специалистов. Главное - равнодушных, ответственных и заинтересованных в реальном изменении ситуации, способных выполнить такие многоплановые задачи.

Редакция нашего журнала эту принципиально важную тему намерена постоянно и всесторонне освещать, предоставляя возможность высказать свою позицию специалистам - медикам, представителям министерства здравоохранения края, экспертам.

**Модернизация первичного звена здравоохранения - приоритет государственной политики!**

С уважением, главный редактор журнала  
**Ирина Валентиновна КОЗЛОВА**



# Важно научиться отвечать за свое здоровье

**Своевременное выявление сердечных патологий и их лечение, основанные на использовании лучшего мирового опыта, позволяет врачам Алтайского краевого кардиодиспансера ежегодно спасать тысячи жизней.**

Сегодня наш разговор с главным врачом Алтайского краевого кардиологического диспансера, врачом-кардиологом высшей квалификационной категории Андреем Петровичем КОСОУХОВЫМ.

**- Андрей Петрович, как бы вы определили приоритетный вектор движения в борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями в контексте задач по обеспечению устойчивого естественного роста населения и снижения смертности?**

- Для роста продолжительности жизни человека обязательно должно быть законодательно закреплено, что сам человек отвечает за свое здоровье перед государством.

Ответственное отношение к своему здоровью должно просматриваться в разные периоды жизни человека. Например, будущая мать направляется в кардиодиспансер, когда беременность наступила и выявлена патология. На самом деле надо серьезно отнестись к своему здоровью намного раньше - на этапе планирования семьи и рождения ребенка. Это очень ответственный период жизни: внешне два здоровых человека встречаются, создают семью, а рождается больной ребенок, потому что гены родителей совместимы только в таком варианте. Бывают пары, у которых

не может быть здоровых детей. И тогда с помощью ЭКО мы, врачи, пытаемся решить проблему. Но нужно ли это делать? Возможно, сама природа защищает нас от рождения больного ребенка. Это очень большая проблема, которая сегодня замалчивается.

Другая проблема - *передание*. Современному человеку не нужно столько калорий, сколько он получает ежедневно с приемом пищи. Необходимо сбалансированное питание с полным набором витаминов и микроэлементов. Но мало кто это учитывает в ежедневном рационе.

*Приходится наблюдать настоящие катастрофы, которых могло бы не быть при ответственном отношении человека к своему здоровью.* Сколько людей получили перелом шейных позвонков, просто ныряя в неизвестный водоем! Я видел такого 26-летнего парня: у него маленький сын, молодая жена, а он - парализован и просто сходит с ума от безысходности. Интересно, что по статистике мальчиков рождается больше, чем девочек, но вредные привычки их убивают. Это страшно.

**- Насколько эффективно, на ваш взгляд, организовано просвещение населения в вопросах профилактики факторов риска? В чем видите резерв этой работы?**

- Просветительская работа только тогда имеет результат,



**Андрей Петрович КОСОУХОВ**, главный врач КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер». 38 лет работает в сфере медицины, из них 31 год - в области кардиологии.

В 1983г. окончил АГМИ по специальности «Лечебное дело».

В 1984-1987гг. - заведующий терапевтическим отделением в Егорьевской ЦРБ. С 1988г. работает в АККД (врач-анестезиолог-реаниматолог ангиографического кабинета рентгенологического отделения, врач функциональной диагностики, заведующий отделением электрофизиологических исследований, заведующий отделением хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца и электрокардиостимуляции).

Имеет высшую квалификационную категорию по специальностям: «кардиология», «функциональная диагностика», «организация здравоохранения и общественное здоровье».

За достигнутые успехи Андрей Петрович Косоухов неоднократно награждался почетными грамотами АККД, главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности (2010г.), почетной грамотой губернатора Алтайского края (2019г.).



когда она ожидаема, когда у общества сформировался определенный запрос на конкретную информацию. К сожалению, сейчас об этом говорить рано. Приведу такой пример. Развитие сети фитнес-центров и их популярность имеет оборотную сторону: не все посетители спортивных залов начинают тренировки с консультации врача по поводу состояния своего здоровья. Ведь очень важно не навредить себе, выполняя те или иные упражнения. Мы готовы были сотрудничать и предлагали фитнес-центрам участие в совместных программах, направленных на консультирование, реабилитацию после перенесенных острых сердечно-сосудистых состояний, правильную организацию физической активности для лиц, имеющих хронические заболевания. Конечно, есть финансовая составляющая такого сотрудничества, но это нормально в сегодняшних реалиях. К сожалению, в полной мере взаимодействие не сложилось. В то же время в некоторых клубах востребованы программы «9 месяцев» для будущих мамочек.

Большой пласт профилактической работы - *диспансеризация населения*. К сожалению, мы видим, что от сердечно-сосудистых заболеваний умирают люди всех возрастов. Регулярное обследование, ранняя диагностика могут в корне изменить ситуацию при условии внимательного отношения населения к своему здоровью. В СССР было принято: не прошел диспансеризацию - на работу не допускают. Можно вернуться к такой, более жесткой, практике.

Например, в Великобритании сохранена государственная медицина. Жители страны получают не только бесплатную медицинскую помощь, но и медикаменты, необходимые для ам-



булаторного лечения. Но если человек после инфаркта не пришел вовремя в аптеку и не взял выписанные ему таблетки, его снимают со всех дотаций и в дальнейшем помощь для него становится платной. И люди боятся потерять положенную им поддержку! У нас, к сожалению, многие продолжают курить, даже находясь на лечении в нашем диспансере. Регулярно встречаюсь с теми, кто перенес сложные кардиохирургические операции, инфаркт, кому поставили стенты для восстановления кровотока, но для них это не становится причиной полного отказа от вредной привычки. Между тем *курение - самый мощный фактор, который действует изнутри на все сосуды*. То, что мы видим снаружи: неприятный запах изо рта, кашель, дым от сигарет - лишь ничтожная часть вреда для организма. К тому же при современном развитии табачной индустрии сигареты в меньшей степени содержат табак, а в большей - токсичные химические вещества.

В кардиодиспансере нет оборудованного места для курения, потому что лечение здесь не совместимо с пагуб-

**Около 1% сограждан относятся к своему здоровью действительно как к драгоценности - этот вывод основывается на моем личном опыте. Если смолоду лелеять свое здоровье, вы получаете шанс на долгую жизнь в уме и здравии.**

**КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер» образован в 1988 году. В 2012 году внесен в национальный реестр «Ведущих учреждений здравоохранения России».**

**С 2008 года АККД оказывает высокотехнологичную медицинскую помощь в разделе «сердечно-сосудистая хирургия».**

**В штате работают 823 человека, из них 163 врача, 306 - средний медицинский персонал. В АККД семь врачей награждены нагрудным знаком «Отличник здравоохранения», двое имеют почетное звание «Заслуженный врач РФ». Работают 5 докторов медицинских наук и 11 кандидатов медицинских наук.**







**И сегодня можно услышать мнение, что повышение артериального давления - это ничего страшного. Неверно: инсульт происходит при давлении не 200, а 140-150 мм.рт.ст.! Некоторые люди даже боли не чувствуют, а последствия инсульта фатальные.**

ной привычкой. Отдельные пациенты говорят: за стенкой держите, не даете курить. Да, курить или не курить - ваш выбор! Мы его не уважаем и не будем создавать условия для комфортного курения.

Недавно встретился с пациентом, прооперированным в 1997 году. Он был доставлен с инфарктом, проведена операция аорто-коронарного шунтирования. До болезни мужчина курил по три пачки сигарет в день. После выписки из стационара полностью отказался от курения и приема алкоголя. И сегодня, через 22 года, он выглядит лучше, чем до болезни, за это время у него не было осложнений, он регулярно посещает кардиолога для контроля самочувствия и коррекции лечения - всё как положено. Радуетесь за таких пациентов.

**- Как организована в крае скорая и неотложная помощь при сердечно-сосудистой патологии?**

- Каждый год прирастает количество людей, которые живут дольше. И в этом результат работы врачей, в частности - выстроенной системы оказания скорой и неотложной помощи. Совместными усилиями удалось сократить сроки доставки пациентов в краевой кардиодиспансер. Барнаульский округ - это доставка пациентов с расстояния 90-100 километров. Сегодня мы успеваем ввести стент и восстановить кровоток за 25-45 минут после сообщения об остром событии, и в некоторых случаях предотвращаем

развитие инфаркта, анатомически восстановив структуру сосудов сердца.

Есть серьезные заболевания - гипертония, сахарный диабет, требующие внимания на протяжении многих лет жизни пациента как со стороны врача, так и со стороны пациента. *О своей болезни пациент должен знать всё.*

**- Каким вы видите развитие профилактического направления в здравоохранении?**

- В диспансере мы занимаемся так называемой вторичной профилактикой заболеваний, то есть делаем всё, чтобы вторичной острой ситуации не наступило. Пациентов обязательно учим жить со своим заболеванием. Рассказываем им, как вести себя при гипертоническом кризе, болевом синдроме при стенокардии, что нужно делать при повышении уровня глюкозы в крови. Причем, все возрастные заболевания взаимосвязаны. *Задача доктора и пациента - «заморозить» заболевание на данной стадии, не дать ему развиваться:* если речь о гипертонии, то она должна остаться на первой стадии, если говорим об инфаркте - нельзя допустить повторения состояния. Важно научить справляться с повышенным давлением, правильно выстроить систему питания, режим физической нагрузки. И если пациент выполняет рекомендации врача, то дольше сможет жить активной жизнью.

К сожалению, некоторым нашим пациентам надо совсем не это - им нужно получить инвалидность. Такие граждане меньше всего заинтересованы в том, чтобы вернуться к нормальному образу жизни, улучшить свое состояние. Их цель - зарабатывать на своем здоровье, причем, маленькие деньги.

Организм человека устроен так, что при отсутствии помощи сам пытается найти механизмы восстановления жизнедеятельности, расставляет «свои точки», в результате в нем происходят необратимые изменения. И когда такого пациента в тяжелом состоянии привозят в Алтайский кардиодиспансер, выясняется, что помочь уже невозможно: пациент неоперабельный, его организм исчерпал свои ресурсы.

*Поэтому первый шаг к сохранению здоровья должен сделать сам пациент. И в течение жизни таких ша-*



гов немало. Со времени, когда я занимался нарушением ритма, запомнился пациент, который весил 135кг. Ему был показан оперативный метод лечения мерцательной аритмии. Хирург поставил условие - похудеть на 20кг и добавил: «Если человек не может контролировать свой желудок, то нарушение ритма он не сможет контролировать точно. Я не хочу зря терять свое время. Мне нужен результат».

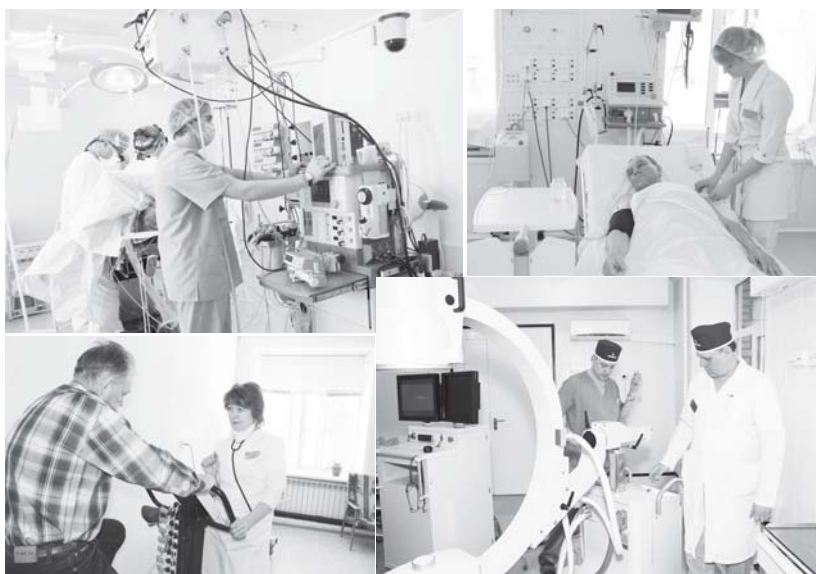
*Приверженность жизненным принципам, объединенным в ЗОЖ, должна формироваться с детства.* Если дети просто будут сидеть у телевизора и часами играть на компьютере, ничего хорошего не будет - окажется потерянным ни одно поколение. *Физическая активность должна сохраняться на протяжении всей жизни.* Наша задача - объяснить эти истины каждому, но мы не можем заставить их следовать. Если бы это было закреплено законодательно, то и ситуация полностью бы изменилась. А сегодня пациент может сказать, что у него нет денег на лекарства, и поэтому он их не принимает.

Есть препараты, которые обладают накопительным эффектом - даже при перерыве в приеме на три дня ухудшения состояния не происходит. Но есть иные: при нарушении периодичности приема включается компенсаторный механизм организма. Можно получить так называемые «качели» давления, нормализовать его будет непросто. *Поэтому, когда возникает переутомление от постоянного приема лекарств или другие ситуации, нужно вместе с лечащим врачом искать решение проблемы.*

**- Что можно сказать о работе первичного звена?**

- Самая большая трудность в работе первичного звена, считаю, сегодня связана с кадровым дефицитом. А ведь если первый поход к врачу был неуспешным: человек не попал на прием, как планировал, к нему отнеслись невнимательно и т.д. - вряд ли он в ближайшее время придет в поликлинику во второй раз, он будет откладывать визит к врачу до последней возможности.

В СССР медицина контролировалась государством, отрабатывалась тактика ведения больного с учетом опыта работы в военное время. Бла-



годаря этому советская медицина всегда развивалась. *В настоящее время нам удалось выстроить трехуровневую систему оказания помощи.* В центрах третьего уровня - в хирургии, травматологии, кардиологии - мы работаем на уровне мировых стандартов, этому есть достойные доказательства. На днях ко мне пришел пациент: он был доставлен в кардиодиспансер с инфарктом, ему установили стент, провели необходимый курс лечения. Путешествуя по Америке, он решил показаться врачу в платной клинике, чтобы проверить качество проведенного нами лечения. Это нормально - в кардиодиспансере все пациенты, которым делается коронарография и стентирование, получают диск с записью исследования и лечения, чтобы человек мог по своему усмотрению проконсультироваться у другого специалиста. И ответ американского коллеги был примерно таким: «Я ставлю в день до десяти стентов, но не могу позволить такой, какой установлен вам. У вас стоит стент из последнего поколения, вы получаете отличное лечение. Продолжайте его и обязательно, когда вернетесь, оставайтесь в течение года на учете у своего врача».

*Постоянно осуществляется взаимодействие наших специалистов с учреждениями первого и второго уровня.* В круглосуточном режиме проходят дистанционные консультации врачей со всего Алтайского края по системе «Теле-Альтон». В год прово-

**Не считаю, что платная медицина сможет заменить муниципальное здравоохранение - они решают разные задачи, лишь в чем-то дополняя друг друга.**





**В среднем 3-4 раза в месяц врачи Алтайского кардиодиспансера, кардиохирурги выезжают в ЛПУ края для консультирования больных и выявления у них показаний для оперативного лечения кардиальной патологии.**

дится более 5000 таких консультаций. При необходимости больные с острыми коронарными событиями переводятся в региональный сосудистый центр (Алтайский краевой кардиологический диспансер или кардиологическое отделение краевой клинической больницы). И таких случаев всё больше: если до 2008 года в кардиодиспансер из ЛПУ края транспортировалось около 120 пациентов, то в 2018 году - уже более 1000.

Для фельдшеров специалистами кардиодиспансера подготовлены методические рекомендации с подробными инструкциями, алгоритмом действий в экстренной ситуации при проявлении у пациента признаков острого коронарного события. Правило очевидно: важно оказать помощь на первом этапе как можно раньше, чтобы не допустить инфаркта, при отсутствии противопоказаний восстановить кровоток в сердечных сосудах путем проведения тромболитика. Для сокращения времени от момента заболевания до получения высокотехнологичной помощи в краевом кардиодиспансере больных с острым коронарным синдромом могут доставлять бригадами скорой медицинской помощи из близлежащих районов, минуя учреждения второго уровня. Завершающий этап лечения данной категории пациентов - их реабилитация, осуществляемая на базе кардиодиспансера или санатория «Барнаульский».

У нас есть пациенты, которые перенесли пять инфарктов, - и им удается сохранить качество жизни. В 2018 году к нам поступил пациент, результат коронарографии которого значительно улучшен по сравнению с тем, что

мы видели в 2012 и 2015 годах: диагностированные тогда стенозы в 60-70% уменьшились до 20-30%. Благодаря правильно назначенному и соблюдаемому лечению удалось вмешаться в состояние артерий и улучшить его: пациент постоянно принимал холестеринснижающую терапию по предписанию лечащего врача.

Препараты, которые предупреждают нарушение сердечного ритма, подъем артериального давления, хорошо известны, эффективность многих доказана временем. Чтобы жить в ладу с собственным здоровьем, человек должен быть привержен к лечению. Врач, медсестра могут только помочь выбрать правильный путь, подобрать препараты, что сделать не всегда просто.

Современные технологии позволяют перевести помощь первого уровня на совершенно другое качество. Приобретены 240 мобильных цифровых кардиографов, которые позволяют по технологии Wi-Fi или через сотовую сеть передать информацию в облачное хранилище. Эти аппараты не требуют подключения к компьютеру - достаточно смартфона. Наши доктора могут распечатать данную кардиограмму, ознакомиться с ней в реальном времени, даже если она сделана в самом отдаленном районе региона. Информацию одновременно принимают в ЦРБ и заранее готовятся к тяжелому пациенту. Барнаульская станция скорой медицинской помощи также закупила 13 подобных комплексов. Следующим шагом станет замена комплексов «Теле-Альтон», их главные минусы - стационарность и необходимость подключения к компьютеру.

Важной составляющей улучшения доступности кардиологической, в том числе высокотехнологичной, помощи жителям края является *выездная работа*. В среднем 3-4 раза в месяц врачи Алтайского кардиодиспансера, кардиохирурги выезжают в ЛПУ края для консультирования больных и выявления у них показаний для оперативного лечения кардиальной патологии.

В течение более двух лет врачи активно работают в составе социального автопоезда по осмотру населения отдаленных районов края. Мож-





но с уверенностью сказать, что благодаря администрации края специализированная кардиологическая помощь дошла до каждого жителя нашего региона. Выявленные на данных мероприятиях кардиологические больные получают возможность лечиться и обследоваться далее в АККД, что было ранее невозможно.

**- Как осуществляется взаимодействие с федеральными центрами?**

- При необходимости наши пациенты направляются в федеральные центры - в Томск, Красноярск, Новосибирск, Кемерово, они могут быть прооперированы в Москве или Санкт-Петербурге. Как правило, туда направляем наиболее тяжелых пациентов или имеющих комбинированные проблемы. Работа в Сибирском регионе идет очень большая. Достаточно сказать, что объем операций, выполняемых ФГБУ НМИЦ имени академика Е.Н. Мешалкина в Новосибирске составляет примерно 20% всех операций на сердце, проводимых в России. Происходит постоянный обмен опытом, обучение наших специалистов в ведущих центрах страны. И когда они возвращаются, всегда с гордостью отмечают: мы - не хуже.

В кардиодиспансере успешно проводится аортокоронарное шунтирование не только при искусственном кровообращении, но и на работающем сердце. Осваивается проведение операций при минимальном доступе. В сентябре на мастер-классе будет показана комбинированная операция на работающем сердце мини-доступом - бригады проведут одновременно аортокоронарное шунтирование и операцию на сонной артерии.

В структуре кардиодиспансера выделены три сосудистых отделения. В год осуществляется свыше 600 операций на аорте, венах. Причем, их количество постоянно растет.

За последние годы у нас было несколько пациентов, которым требовалась пересадка сердца. Их оперируют в федеральных центрах. Но для этой категории пациентов особенно важен послеоперационный восстановительный период, соблюдение сложных схем приема препаратов. Доктора кардиологического отделения №2 прошли обучение в центре трансплантологии в Москве, в полной мере владеют ме-



тодиками ведения больных после трансплантации сердца.

**- Поделитесь вашими секретами здоровья, пожалуйста.**

- Правило простое: *надо придерживаться здорового направления, организуя каждый день.* Это значит, что надо продумывать свою физическую активность. К примеру, на лифте на работе я не езжу за исключением тех случаев, когда приходится подниматься с цокольного этажа на седьмой. Я не делаю утром зарядку, но для меня обязательно посещение тренажерного зала. Есть коллеги, которые признаются, что без зарядки им труднее начинать новый день.

Для сохранения здоровья не менее важен психологический настрой. Я отношусь к тем людям, которые умеют радоваться тому, что имеют, сохраняют оптимизм в самых сложных ситуациях. Мы живем в агрессивной среде, должны это осознавать и уметь обходить какие-то проблемы, тем более - не создавать их. К примеру, не стоит загорать на открытом солнце. Ведь об активности солнца в нашей зоне хорошо известно.

Каждый человек должен придерживаться здорового питания. Важно потреблять столько, сколько действительно необходимо. Сахарный диабет второго типа - это проблема поджелудочной железы, одна из причин которой - переизбыток. Есть здравый смысл и нужно им руководствоваться, чтобы ваша жизнь была долгой и полноценной. ☺

**Отработаны разные варианты доставки пациента в ЦРБ, межрайонные либо краевые центры по травматологии, неврологии, кардиологии, эндокринологии. На службе врачей автомобильный транспорт и санавиация. Бывают ситуации, когда наша бригада выезжает на место, ставит временный кардиостимулятор и отправляет пациента к кардиодиспансеру для продолжения лечения.**



# Анемии у детей



**Мария Викторовна ДОРНИНА,**

врач детский онколог и гематолог, вторая квалификационная категория,



**Александр Александрович РУМЯНЦЕВ,**

главный детский онколог и гематолог Алтайского края, кандидат медицинских наук, врач-детский онколог, высшая квалификационная категория, заведующий онкологическим отделением для детей

- КГБУЗ «Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства»

**Анемия (с греч. «малокровие») - это состояние организма, когда в крови происходит снижение количества гемоглобина (железосодержащего пигмента) в эритроцитах.**

Прямым следствием анемии является уменьшение количества кислорода, переносимого кровью, и возникающий вследствие этого недостаток кислорода в тканях организма. Также гемоглобин принимает участие в образовании многих ферментных систем организма, которые участвуют в тканевом дыхании, в окислительно-восстановительных реакциях, синтезе белка и клеток крови. В результате снижения уровня гемоглобина у ребенка появляются бледность кожных покровов и видимых слизистых, слабость, головокружение, учащается пульс, происходят невидимые родителям изменения во внутренних органах.

Своевременное лечение анемии у детей имеет важное социальное значение, поскольку это заболевание приводит в раннем возрасте к нарушению обмена веществ и физического развития.

Анемии встречаются у детей достаточно часто, что обусловлено высокой чувствительностью органов кроветворения к неблагоприятным воздействиям извне и анатомо-физиологической незрелостью ребенка. В особом внимании нуждается подростковый период, который характеризуется активным ростом и гормональной перестройкой организма, появлением менструаций у девочек и быстрым увеличением мышечной массы у мальчиков. В этот период высокая потребность в железе, микроэлементах должна быть обеспечена в полной мере.

**Анемия может быть диагностирована у детей в возрасте до пяти лет, если гемоглобин (Hb) меньше 110г/л; у детей в возрасте старше пяти лет - при Hb меньше 120г/л, у девочек-подростков - при Hb меньше 120г/л, у мальчиков-подростков - при Hb меньше 130г/л.**

**Выделяют следующие группы анемий:**

▶ **постгеморрагические анемии**, обусловленные острой и хронической кровопотерей;

▶ **гемолитические анемии**, наследственные и приобретенные, обусловленные повышенным разрушением эритроцитов;

▶ **дефицитные анемии** (встречаются наиболее часто), возникающие вследствие нарушения образования эритроцитов и гемоглобина из-за дефицита микроэлементов, витаминов (железодефицитная, фолиеводефицитная, B12-дефицитные анемии);

▶ **анемии, возникающие вследствие патологии костного мозга** (апластическая, гипопластическая). В некоторых случаях этой анемии прибегают к проведению костно-мозговой пункции для исследования костного мозга.

Наиболее часто встречается **железодефицитная анемия** - в России ею страдают до 12% детей в возрасте от 0 до 15 лет, а у детей раннего возраста она диагностируется у 73% детей.

Чтобы уточнить характер анемии, недостаточно знать уровень гемоглобина в периферической крови. Основу диагностики у детей составляет **общее клиническое и лабораторное обследование**. Для дифференциальной диагностики в общем анализе крови важно выявление снижения уровня гемоглобина, оценка количества эритроцитов, ретикулоцитов (предшественники эритроцитов в процессе кроветворения), определение показателей MCV (средний объем эритроцита) и MCH (среднее содержание гемоглобина в эритроците). Биохимическое исследование крови включает определение сывороточного железа, ферритина, билирубина и его фракций, иногда важно оценить также содержание фолиевой кислоты и B12 в плазме.

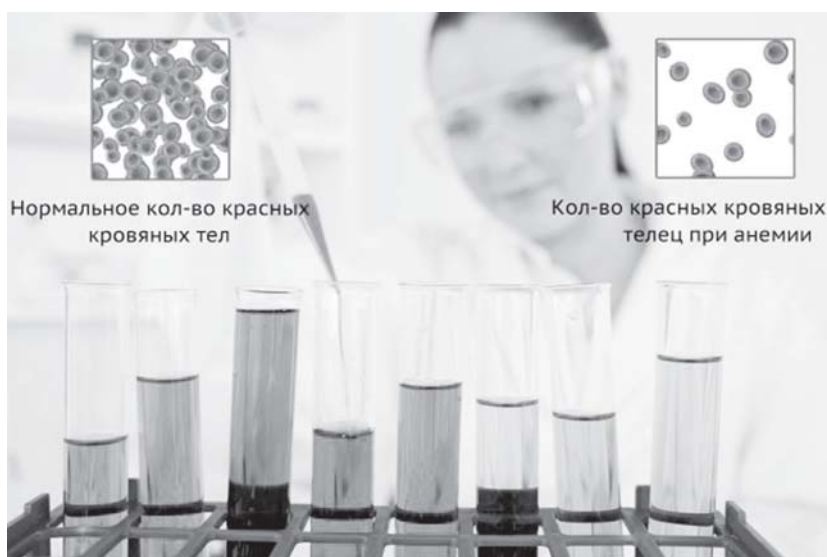


Если диагностирована железодефицитная анемия, важно понимать, что она вылечивается не тогда, когда гемоглобин достигает показателя нормы. Более того, **нельзя лечить ребенка курсами** - железосодержащие препараты обязательно принимаются до нормализации уровня гемоглобина в дозе 5мг на килограмм веса. Но и по достижении этого результата препарат рано отменять. Есть специальный термин - «депо железа», то есть должно произойти накопление железа в организме. За это «депо» отвечает ферритин: его уровень нормализуется через два месяца после нормализации гемоглобина. На эти два месяца доза принимаемого препарата снижается в два раза, но прием обязательно продолжается. По истечении двух месяцев можно быть уверенным в победе над анемией даже без контроля уровня ферритина - данный факт доказан исследованиями отечественных педиатров еще в 60-х годах XX века.

**Что важно предпринять для предупреждения развития анемии?** Путь к рождению здорового ребенка начинается во время беременности. Именно в этот период важно не допустить и вовремя пролечить анемию будущей мамы, контролировать ее имеющиеся хронические заболевания. На здоровье ребенка влияют также одно- или многоплодная беременность мамы и как протекают сами роды. Если есть факторы риска, то уже с двухмесячного возраста ребенку прописывают прием железосодержащего препарата в профилактических целях с дозировкой 2-3мг на килограмм веса.

С двухмесячного возраста у ребенка начинает разрушаться фетальный гемоглобин, который помогал ему развиваться внутриутробно: в этот период ребенок берет кислород не из воздуха, а из крови матери через плаценту. Физиологическая желтуха в этот период как раз и есть следствие разрушения фетального гемоглобина. Если запас железа в организме ребенка не был сформирован за время внутриутробного развития, то начнет развиваться железодефицитная анемия.

Что важно сделать? **Не пропускайте обследование ребенка в декретированные сроки.** Общий анализ кро-



ви осуществляется в обязательном порядке всем детям в возрасте 1, 3, 6 и 9 месяцев. Особенно важно не пропускать осмотры педиатра в первый год жизни ребенка.

Все анемии у маленьких детей алиментарные, то есть обусловлены недостаточным или избыточным по сравнению с физиологическими потребностями поступлением в организм пищевых веществ. **Чаще всего причиной железодефицитной анемии у маленьких детей становится нарушение питания.** Дети, которые находятся на естественном вскармливании грудным молоком матери, болеют анемией намного реже. Это объясняется химическим составом женского молока. Его белки хорошо усваиваются в организме ребенка и при образовании гемоглобина более полноценны. Кроме того, в молоке матери содержится много микроэлементов, необходимых ребенку. *Если по какой-то причине младенца переводят на искусственное вскармливание, то это должна быть обязательно адаптированная смесь.* Вскармливание детей первого года жизни коровьим и козьим молоком способствует развитию смешанных дефицитных анемий. Содержание железа в коровьем молоке очень низкое, а именно железо является основой быстро образующихся эритроцитов в организме растущего младенца. В козьем молоке незначительно содержание фолиевой кислоты, вследствие чего высок риск развития фолиеводефицитной анемии.

**Если диагностирована железодефицитная анемия, важно понимать, что она вылечивается не тогда, когда гемоглобин достигает показателя нормы. Более того, нельзя лечить ребенка курсами - железосодержащие препараты обязательно принимаются до нормализации уровня гемоглобина в дозе 5мг на килограмм веса. Но и по достижении этого результата препарат рано отменять.**





## За счастливое здоровое детство!

Лечение железодефицитной анемии должно начинаться с устранения причины, вызвавшей анемию, организации правильного питания и режима дня. Достаточная продолжительность и регулярность прогулок, массаж и гимнастика в раннем детском возрасте, гимнастика и умеренные занятия спортом в старшем возрасте способствуют улучшению обмена веществ, лучшему всасыванию пищевых продуктов и их утилизации.

**Важно включение в питание продуктов, богатых витаминами и железом.** Детям первого полугодия целесообразно более раннее введение прикорма (с 4-4,5 месяцев), включающего овощные блюда в виде гомогенизированного пюре (овощное пюре с мясом, овощное пюре с печенью).

Терапией при железодефицитных анемиях является **прием препаратов железа**. Назначаются пероральные (принимаются путем проглатывания) препараты железа, так как по сравнению с парентеральным введением (принимаются, минуя пищеварительный тракт) скорость восстановления уровня гемоглобина почти не отличается, а количество побочных эффектов резко снижено. Прием препаратов рекомендован **за час до еды предпочтительно в вечернее время**, поскольку процесс абсорбции железа увеличен во второй половине суток. Родители должны знать, что препараты железа могут окрашивать в темный цвет стул и вызывать транзиторные диспепсические расстройства (тошнота, рвота, разжиженный стул). В случае длительного сохранения субъективного дискомфорта следует сменить препарат.

В целом тактика лечения анемии зависит от ее типа и тяжести состояния ребенка, поэтому лечение анемии надо проводить строго под контролем специалиста и только после клинического и лабораторного обследования.

**Лечение анемии нуждается в индивидуальном подходе**, так как каждый вид заболевания связан со своими нарушениями в организме.

Врачи выделяют также особое состояние - **латентный дефицит железа**, при котором гемоглобин соответ-



ствует норме, а вот RBC (показатель эритроцитов) больше 14, сывороточное железо приближается к нижней границе, а уровень ферритина - низкий. Подобное состояние - предвестник анемии: она еще не сформировалась, но сформируется со стопроцентной вероятностью. Лечение препаратами железа уже пора начинать, чтобы избежать прогрессирования заболевания.

Симптомы латентного дефицита железа на начальной стадии практически незаметны. По мере того, как заболевание начинает прогрессировать, появляется так называемый **сидеропенический синдром**, который проявляется в виде:

- ▶ слабости в мышцах;
- ▶ снижения работоспособности;
- ▶ практически полного отсутствия лояльности к физическим нагрузкам;
- ▶ изменения вкусовых предпочтений;
- ▶ изменения обоняния.

Понять, что появилась проблема, можно по изменению структуры ногтей, волос. Может даже появиться стоматит и проблемы со слизистыми оболочками. При дефиците железа людям начинает нравиться запах краски и мела.

**И запомните: анемия требует серьезного отношения со стороны родителей ребенка, полного выполнения назначений врача. И тогда заболевание обязательно будет побеждено.** ☺

**Симптомы латентного дефицита железа на начальной стадии практически незаметны. По мере того, как заболевание начинает прогрессировать, появляется так называемый сидеропенический синдром.**



# Грудное вскармливание - до двух лет!

**Международная неделя грудного вскармливания, проходившая с 1 по 7 августа, была отмечена в Алтайском краевом клиническом центре охраны материнства и детства несколькими мероприятиями: занятиями в школе будущих матерей, на которые приглашение получили также будущие папы и бабушки, лекциями по грудному вскармливанию и работой школы для мам недоношенных детей.**

Первый раз центральным событием недели стала акция единовременного кормления грудью. Однако решиться на это смогли не все присутствующие в аудитории мамочки: кто-то из-за стеснительности, у других малыши крепко спали на руках. А вот серьезному разговору о пользе грудного молока для ребятшек первого года жизни помешать было невозможно - он был необходим и ожидаем всеми присутствующими.

Открыла встречу главный внештатный неонатолог министерства здравоохранения Алтайского края, заместитель главного врача по педиатрической помощи КГБУЗ «Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства» **Юлия Владимировна МИЛЛЕР:**

*- Акция одновременного кормления грудью малышкой направлена на позитивный настрой всех участников и глубокое понимание важности естественного вскармливания детей.*

*Почему мы так много об этом говорим? Ученые выяснили, что от того, как питается ребенок в первые тысячу дней своей жизни, зависит его дальнейшее развитие. В тысячу дней входят 270 дней*

*беременности, 365 дней первого года жизни малыша и столько же - второго. Также доказано, что грудное вскармливание желательно продолжать в течение двух лет жизни ребенка. Мы не говорим, что годовалого ребенка вы будете шесть раз в день кормить грудным молоком - и только. Он будет обязательно получать полноценное питание, показанное по возрасту, и грудное молоко.*

*Согласно статистике, в Алтайском крае более 86% детей до 6 месяцев жизни находятся на грудном вскармливании. В нашем Центре каждого малыша, в том числе и рожденного путем кесарева сечения, обязательно прикладывают к груди мамы сразу после появления на свет.*

*Кормление грудью не является 100%-ной защитой от вирусных инфекций. Первые годы жизни - это становление иммунитета. Детки все равно будут болеть, особенно когда пойдут в дошкольные учреждения. Мы говорим о здоровье детей в более старшем возрасте. Став взрослыми, люди, находившиеся на грудном вскармливании, доказано реже болеют сахарным диа-*



*бетом, артериальной гипертензией, инфарктами, атеросклерозом.*

*Грудное вскармливание малышкой полезно и для мам. Оно является лучшей профилактикой онкологических заболеваний молочных желез и половых органов женщины. Процесс кормления является энергетически затратным. Поэтому те, кто кормит ребенка грудью, быстрее теряет излишний вес в послеродовой период.*

*Наконец, грудное вскармливание экономит для семьи денежные средства на протяжении первых лет жизни ребенка - до 120 тысяч рублей в год: это траты на бутылочки, соски, смеси, стерилизаторы и многое другое.*

*Дети, получающие грудное молоко, не нуждаются в допавивании, что особенно важно в жаркие летние дни. Естественное вскармливание позволяет маме не оставлять*



ребенка дома, планировать путешествия вместе с ним и, значит, жить полноценно, даже имея маленького ребенка.

В конце мероприятия выступили партнеры медицинского учреждения. Представители международных компаний познакомили присутствующих с продукцией, которая улучшает состав грудного молока и способствует повышению лактации, продемонстрировали современные девайсы, применяемые при грудном вскармливании.

### **О том, что волнует**

На вопросы мам ответила **Светлана Владимировна ЧУРИКОВА**, специалист по поддержке грудного вскармливания Центра охраны материнства и детства. Приводим самые актуальные вопросы мам.

**- Через несколько дней после рождения ребенка грудь стала мягкой, набухание перед кормлением, приливы, как-то были вначале, - исчезли. У меня пропало молоко?**

- Такие изменения означают, что у вас установилась лактация. Когда лактация не установлена - сразу после родов, женщина испытывает бесконечные приливы, грудь требует повышенного внимания. С установлением лактации она становится мягкой. Не переживайте.

Чем чаще прикладываете к груди ребенка, тем больше у вас будет молока. Когда возникают изменения в лактации, не нужно паниковать и сразу бежать за смесью. Отложите домашние дела и кормите ребенка, находите с ним рядом как можно дольше, и всё придет в норму.

Если ребенок прибавляет в весе, прикармливать его ничем не нужно. Состав молока меняется с возрастом ребенка, а вот необходимое малышу количество остается почти неизменным.

В период грудного вскармливания мама и ребенок связаны друг с другом. Известны, например, исследования, доказывающие, что при болезни ребенка в молоке мамы при-



сутствуют антитела именно к данному заболеванию. И ребенок быстрее выздоравливает.

**- Каким должен быть уход за грудью в период кормления, чтобы не навредить себе и ребенку?**

- Раз в сутки проводите обычные гигиенические процедуры. При приеме душа не нужно намыливать грудь гелями, мылом, используйте только воду комфортной температуры. Вокруг соска есть железы, выделяющие секрет, который обеззараживает сосок и прилегающую область груди. Это важно и для вас, и для ребенка. При трещинах лучше использовать ланолиновый крем - его смывать не нужно, поскольку ланолин является натуральным веществом. Если выберете другой крем, внимательно прочитайте инструкцию.

**- Как долго можно хранить сцеженное молоко?**

- Сцеженное молоко при соблюдении правил гигиены хранится до 6 часов при комнатной температуре (до 12 часов в холодильнике), замороженное в специальных пакетах или контейнерах - до 6 месяцев. ☺

**Грудное вскармливание малышей полезно и для мам. Оно является лучшей профилактикой онкологических заболеваний молочных желез и половых органов женщины.**





# Дом, согревающий счастьем

**Любовь Ивановна МОРОЗОВА работает в родильном доме КГБУЗ «Городская больница №11, г.Барнаул» с момента его открытия - 45 лет назад.**

**Тогда в Барнауле это был единственный роддом обсервационного типа в составе крупного многопрофильного лечебного учреждения.**

В дальнейшем более 30 лет Любовь Ивановна возглавляла этот коллектив. Сегодня она - заслуженный врач России, врач-акушер-гинеколог высшей квалификационной категории - продолжает плодотворно трудиться на должности заместителя главного врача по врачебно экспертной работе и оказывает неоценимую помощь при лечении тяжелых акушерских и гинекологических состояний.

Любовь Ивановна хорошо помнит начало своей работы в новом роддоме:

- К моменту его открытия мой профессиональный опыт был небольшим. Я проработала в Казахстане три года и приехала сюда. В больнице почти в одно время открылись родильный дом и второй корпус инфекционного отделения.

Начинали работу непросто. Большой вклад в становлении роддома принадлежит начмеду больницы **Марии Денисовне КАРПЕНКО**, она же была главным специалистом. Азам акушерства учила **Виктория Николаевна САВИНЫХ**. Больница стала базовой для кафедры акушерства и гинекологии медицинского института. Роддом был рассчитан на 120 коек и почти сразу после открытия стал принимать женщин.

Через год, в 1975 году, открылся главный корпус больницы, где работали отделения неврологии, терапии, ортопедии, гинекологии. С этого времени мы стали принимать женщин с патологией, то есть нормальных родов в то время у нас практически не было - только осложненные. Женщины, имеющие пиелонефрит, инфекционные заболевания, необследованные (не стоящие на учете во вре-

мя беременности) - таких было до 10%. При их приеме нужно было быстро выявить патологию и вовремя принять роды.

Каждый случай давался не очень легко. Не было в нашем роддоме реанимационного отделения, дежурных операционных сестер. Не все врачи умели оперировать в силу молодости и малого практического опыта. Выезжали на кесарево сечение, но делали его редко - только роженицам с тяжелой патологией. Наша работа в те годы несравнима по сложности и объему с сегодняшними буднями врачей любого городского родильного дома.

Тогда был молодой коллектив, радуется, что его костяк сохранился - многие из нас проработали здесь более сорока лет, все ветераны - отличники здравоохранения, наш золотой фонд.

В роддоме был самый большой в городе процент преждевременных родов, что объяснимо: женщины с патологией не вынашивали беременность в силу своего состояния. С открытием в 1996 году отделения детской реанимации смертность новорожденных стала уменьшаться.

Ежегодно принимали много родов - до 4000, сейчас - не более 3000. Но сегодня созданы более комфортные условия для пребывания рожениц и малышей, есть комфортные палаты «мать и дитя», индивидуальные родзалы. Да и работать врачам стало легче.

**- По-прежнему к вам поступают женщины с патологией? Профиль роддома сохранился?**

- Мы принимаем женщин как с патологией, так и без нее. Отли-



чие только в том, что отдельный бокс для инфицированных женщин теперь не нужен - роды проходят в индивидуальном зале, также при соблюдении некоторых условий возможно присутствие мужа, родственников. После родов женщина и ребенок переводятся в отдельную палату.

**- В чем, на ваш взгляд, главная особенность коллектива?**

- Наши врачи в большинстве имеют большой стаж работы и высшую квалификационную категорию. Из коллектива если и уходили специалисты, то только на повышение - главными врачами в другие учреждения, главными специалистами здравоохранения края. Родильный дом городской больницы №11 Барнаула - самый молодой роддом города. Позднее открывались только перинатальные центры.

Вторая особенность - возможность круглосуточной помощи других специалистов. При необходимости мы приглашаем их из других отделений больницы, в которых круглосуточно дежурят невропатологи, травматологи, инфекционисты, терапевты, есть оснащенная лаборатория, круглосуточная рентгенологическая служба. Поэто-



## Движение к цели 78+

му за короткое время можно собрать анамнез, обследовать женщину и принять верное решение.

**- Работа здесь - это по существу и есть ваша судьба, трудовая биография. Можно назвать плюсы работы врача именно в роддоме?**

- Они очевидны. Врач испытывает большое напряжение, когда идут роды. А в награду получает такое удовлетворение, когда всё заканчивается благополучно! И эту радость трудно передать словами.

**- Каждые роды сложны для врача?**

- Нет. Многое определяет опыт и умение выстроить верный прогноз. Его легче составить, когда женщина правильно наблюдалась до родов. Если женщина не обследована, имеет серьезные патологии, работать труднее, риски возрастают во много раз. Было время, когда кровотечение рожениц случалось очень часто. Донорами приходилось становиться самим врачам, работникам пожарной охраны, отделения милиции, находящимся рядом. Сейчас всё проще - с открытием отделения реанимации и изменения работы станции переливания крови.

Еще хочу сказать, что весь коллектив больницы во главе с главными врачами всегда оперативно нам помогали. Проблема и работа родильного дома - и сегодня на первом месте.

**- Какая она, сегодняшняя молодежь?**

- Многие интерны считают меня своим учителем. Радует, что в акушерство приходят те, кто могут и хотят здесь работать - иначе ничего не получится. Нужно уметь быть на передовой, действовать и мыслить оперативно. Когда устраиваются на работу новички, я обязательно спрашиваю: «Вам нравится гинекология или акушерство? Вы готовы работать день и ночь и с положительными, и с отрицательными эмоциями? Если готовы, тогда - пожалуйста, будем коллегами. Если нет, лучше ищите другую специальность».

**- Какие советы можно дать будущим мамочкам?**



- Повторю - большую роль играет своевременная подготовка к беременности. Заболевания, которые протекают скрыто, имеют тенденцию проявлять себя именно во время беременности. Если они не компенсированы или выявлены только перед родами, состояние женщины усугубляется. Поэтому нужна прегравидарная подготовка, нужно регулярно посещать женскую консультацию и вовремя обследоваться, при необходимости - соглашаться на дородовую госпитализацию.

Всё надо делать своевременно. В идеале - обследовать супружеские пары до вступления в брак либо на этапе планирования рождения ребенка.

**- Регулярно появляются модные веяния. Женщины пробовали рожать дома, в воде, вертикально... Что можно сказать по этому поводу?**

- Пожалуй, самыми физиологичными являются вертикальные роды под обязательным наблюдением медицинского персонала. Важная тенденция: женщина в родах ведет себя так, как ей хочется: она может сидеть, лежать, хо-

дить. Если сохраняется вертикальное положение тела, продвижение плода идет быстрее. В этом случае на родовой стол берем женщину уже в финале процесса.

Роды в воде и в домашних условиях - всегда риск для женщины и малыша: кому как повезет, что изначально неверно. Принять ребеночка, отделить пуповину, послед надо уметь. Это должен сделать специалист. Иначе опасность кровотечения достаточно высокая. Были случаи, когда к нам привозили женщин без сознания с кровопотерей до трех литров, когда детское место не отделялось. Поступали тяжелые недоношенные дети после таких родов. Так что не стоит спешить поддерживать такие веяния.

**- В медицине меняются технологии. Врачу работать труднее?**

- Напротив, легче - выработан единый подход. В то же время учитываются особенности каждого случая. Имеющееся современное оборудование, новые методы работы позволяют оказывать эффективную помощь тогда, когда еще несколько лет назад это было совершенно невозможно. ☺



# Как во время беременности уберечься от кори

**Корь - одна из воздушно-капельных инфекций, которые многие считают «детскими». Действительно, чаще всего ими болеют в детстве. Но если этого не случилось и своевременно не была проведена прививка от кори (или поствакцинальный иммунитет ослаб с возрастом), то заболеть может и взрослый, в том числе беременная женщина. А корь во время беременности чревата опасностями и для будущей матери, и для плода.**

## Особенности кори

Корь - одна из наиболее контагиозных вирусных инфекций. Вирус попадает в организм с вдыхаемым воздухом. Возбудитель сохраняет свою активность вне человеческого организма до двух часов и к тому же отличается огромной «летучестью»: от больного он распространяется на десятки метров.

Здоровый человек может заразиться в непроветренном помещении, где больной побывал 2 часа тому назад, или проехав в одном с ним транспорте, даже находясь при этом в разных концах салона. Если учесть, что зараженный инфицированный становится еще в инкубационном периоде - за 5 дней до появления высыпаний (то есть он болен, сам не зная об этом), то понятно, что инфицирование исключить достаточно сложно.

**Болеют корью только люди. И восприимчивость к вирусу очень высокая.** Если нет иммунитета после перенесенного заболевания корью или после прививки, то заражение гарантировано в 100%. Для беременных по опасности корь уступает только такому грозному заболеванию, как краснуха.

## Опасность кори при беременности

Заболевание корью беременной женщины способно привести к целому ряду осложнений. И их последствия зависят от сроков беременности при возникновении инфекции.

При заболевании в ранние сроки вирус проникает через не полностью сформированную плаценту и может вызвать у плода пороки развития в виде поражения ЦНС с вероятным слабоумием ребенка (олигофренией), сердечно-легочные заболевания воспалительного характера с возможным летальным исходом. Сложность состоит в том, что диагностировать поражение головного мозга у плода при УЗИ или лабораторными методами не представляется возможным. Поэтому *в некоторых случаях перенесенная корь в ранние сроки беременности является основанием для прерывания беременности по медицинским показаниям.*

Если корь у беременной развилась **в поздние сроки беременности**, то она может вызвать преждевременные роды. При этом ребенок может родиться с врожденной корью и вероятностью развития наиболее частых осложнений в виде воспаления лёгких (пневмонии) или вещества мозга (энцефалита). **Осложнениями врожденной кори у новорожденного также могут стать:**

- ◆ бронхит;
- ◆ менингит (воспаление оболочек головного мозга);
- ◆ отит (воспаление в среднем ухе);
- ◆ цистит (воспаление в мочевом пузыре);
- ◆ пиодермия (гнойничковое поражение кожи);
- ◆ флегмона (образование крупного гнояника);



**Мария Федоровна  
ЧАПЛЕЕВА,**

старшая акушерка  
женской консультации,  
КГБУЗ «Городская  
больница №3, г.Рубцовск»,  
член ПАСМР с 2010 года





У взрослых болезнь может вызывать осложнения в виде миокардита (воспалительный процесс в сердечной мышце), воспаления лёгких, среднего уха. Слабость после перенесенного заболевания может отмечаться в течение нескольких недель.

◆ энтероколит (воспаление кишечника) и другое.

При врожденной кори младенец рождается с характерными высыпаниями на коже и слизистых. При этом диагностировать врожденную корь до рождения ребенка не представляется возможным. После рождения проводится лечение новорожденного. Тяжелое течение заболевания может стать причиной летального исхода: смертность у доношенных деток достигает 20-30%, а среди недоношенных - около 50%.

### Симптомы

Период инкубации составляет 7-14 дней. Корь отличается острым началом: с лихорадкой до высоких цифр, появлением катаральных явлений (сухой кашель, насморк), конъюнктивита и светобоязни, слезоточивости, головной боли. Уже в конце инкубационного периода на внутренней поверхности щек появляется **мелкая сыпь белого цвета**, напоминающая манную крупу, - характерный признак кори (пятна Филатова-Коплика).

**Другие отличительные симптомы кори:**

- ◆ ярко-розовые пятна в полости рта на мягком и твердом нёбе;
- ◆ этапное распространение крупнопятнистой розовой сыпи на коже сверху вниз: на 3-5 день заболевания - на лице, за ушами, затем сыпь спускается на шею, потом - на туловище и конечности;
- ◆ сыпь имеет тенденцию к слиянию;
- ◆ держится сыпь 4-7 дней и исчезает, оставляя пигментацию.

Диагностируется заболевание обычно на основании характерных клинических признаков, подтверждается с помощью серологического анализа крови при исследовании парных сывороток. Четырехкратное нарастание титра специфических противокоревых антител в реакции РТГА является диагностическим.

У взрослых болезнь может вызвать **осложнения** в виде миокардита (воспалительный процесс в сердечной мышце), воспаления лёгких, среднего уха. Слабость после перенесенного заболевания может отмечаться в течение нескольких недель.

### Лечение кори

Корь при беременности необходимо лечить в стационаре. Специфических противовирусных препаратов для лечения нет. Проводится **симптоматическая терапия**. Женщине назначается постельный режим. При высокой лихорадке применяются жаропонижающие средства.

**Питание** должно быть сбалансированным по составу, легкоусвояемым. Рекомендуется обильное питье в качестве дезинтоксикационного лечения.

По назначению врача проводится **витаминотерапия**.

При развитии осложнений проводится лечение антибиотиками.

**Лечение младенца с врожденным заболеванием также проводится симптоматическое.** Его обязательно следует кормить материнским молоком: антитела, выработанные в организме матери во время болезни, будут поступать ребенку с грудным молоком и помогут ему справиться с заболеванием.

### Профилактика

**Перенесенная корь оставляет пожизненный иммунитет.** При планируемой беременности женщине, не болевшей ранее корью, или не имеющей информации о перенесенных в детстве заболеваниях и прививках, рекомендуется обследование для определения титра защитных противокоревых антител. Их обнаружение свидетельствует о наличии иммунитета у женщины - то есть опасаться ей не нужно, она не заболеет. При их отсутствии или низком титре антител после давней вакцинации рекомендуется сделать противокоревую прививку. После привив-



ки беременность не желательна минимум в течение трех месяцев.

В случае контакта непривитой беременной женщины с больным корью рекомендуется пассивная иммунизация: **однократное введение в первые 72 часа после контакта противокорьевого человеческого гаммаглобулина** (в дозе 0,25мл на 1кг веса тела). Если беременная перенесла заболевание перед родами, то младенцу также вводится гаммаглобулин.

Во время беременности вакцинация не проводится, так как вакцина готовится из ослабленных, но живых вирусов, поэтому нельзя исключить влияние их на плод. При проведении прививки женщина должна быть уверена в отсутствии беременности.

**Беременность и корь - очень опасное сочетание.** Поэтому, чтобы избежать негативного влияния на течение беременности и на плод, нужно всего лишь сделать специальное исследование крови на наличие иммунитета против корьевого вируса перед планируемой беременностью. Если антитела есть, можно спокойно беременеть и вынашивать ребенка. Если иммунитета нет, в этом случае необходимо сделать прививку, но с беременностью придется повременить не менее трех месяцев.

### Корь: защищаемся грамотно

Через 3-4 дня на фоне усиления всех симптомов болезни появляется **сыпь**: пятнисто-папулезная, очень крупная, ярко-красная - сначала на лице, за ушами, на волосистой части груди, потом - на шее и верхней части груди, на туловище, руках и ногах. Иногда в период высыпания происходит новый скачок температуры. Во время лихорадки ребенок обязательно должен лежать в постели и много пить.

**Если заболевает корью маленький ребенок, особенно ослабленный предшествующими заболеваниями или имеющий врожденную патологию, - возможен смертельный исход.**

**Корь опасна для беременных!** При заражении беременной женщины корью на ранних сроках беременности в 20% случаев происходит самопроизвольный аборт или возникают пороки развития плода.

Переболевшие корью сохраняют стойкий иммунитет на всю жизнь. Единственной эффективной мерой профилактики кори является плановая вакцинация.

Корь опасна своими осложнениями: ларингитами и трахеобронхитами, воспаление лёгких, воспаление среднего уха, головного мозга, сердца и судороги, развивающиеся на фоне высокой температуры тела. Кроме того, после кори у переболевшего временно формируется состояние иммунодефицита (снижение защиты от других инфекций), что способствует накоплению тяжелых бактериальных инфекций.

Установлено, что заболеваемость корью привитых в 25-60 раз ниже, чем невакцинированных, а ревакцинированных - в десятки раз ниже, чем привитых однократно.

**Не ждите, чтобы инфекция застала вас врасплох. Заранее позаботьтесь о своей защите и защитите от нее своих детей!** ☺

## В кабинете эндокринолога: АИТ, гипотиреоз

**Юлия Игоревна  
КРОВОТА,**

медицинская сестра  
эндокринолога,  
подразделение №1  
КГБУЗ

«Городская  
поликлиника №1,  
г.Барнаул»,  
член ПАСМР  
с 2014 года



**Хронический аутоиммунный тиреоидит впервые описал в 1912 году японский профессор, эндокринолог Хасимото Хакару. Тиреоидит Хасимото - это и есть настоящий гипотиреоз.**

На сегодня аутоиммунный тиреоидит (АИТ) одно из самых распространенных заболеваний щитовидной железы: после заболевания сахарным диабетом он находится на втором месте.

При аутоиммунном тиреоидите происходит снижение функции щитовидной железы (гипотиреоз). Фолликулярные клетки в ответ на внедрение в ткань щитовидной железы антигена, возможно вируса, становятся антителами. Между ними происходит борьба, антитела стараются изгнать антиген, затем они начинают губить сами себя. Здоровая фолликулярная ткань, которая должна поглощать йод, замещается лимфоидной тканью, а та в свою очередь - фиброзной, следовательно, идет уменьшение ткани и щитовидной железы.

Чаще всего на ранних стадиях клиническая картина АИТ щитовидной железы носит латентный характер. **АИТ проходит три стадии:**

▶ **в активную стадию** идет компенсаторное увеличение щитовидной железы с увеличением выхода тиреоидных гормонов;

▶ **эутиреоидная стадия** носит длительный характер и лечения, как правило, не требует;

▶ **гипотиреоидная стадия** требует пожизненного приема заместительной гормональной терапии.

Ранее АИТ диагностировался тонко-игольной пункционной биопсией, и ее результатом была лимфоидная ткань. В последние годы диагноз



## Советы медицинской сестры

▲ ставится на основании анализа АТ к ТПО (определение присутствия в крови антител к тиреоидной пероксидазе).

**Пациенты при первичном обращении жалуются на** сухость кожи, отеки, слабость, сонливость, запоры, ломкость ногтей, выпадение волос, охриплость голоса, а также отмечают дискомфорт в горле при глотании. Клинически при осмотре у пациента определяются кожные покровы сухие, бледно-желтого цвета, патозность отека, вплоть до выраженного отека, могут быть общие отеки, сиплость голоса, артериальное давление может быть повышенным, ЧСС - до брадикардии. При пальпации щитовидная железа может быть или увеличена, или уменьшена в размерах, плотная. По лабораторным данным при АИТ могут быть повышены уровни холестерина, креатинина, СОЭ, выявляется анемия.

Классическая картина выраженного гипотиреоза - **микседема** (слизистый отек).

При диагностике уровень ТТГ (тиреотропный гормон), как правило, повышен, а Т4 свободный понижен (между ними обратная связь). В анализе АТ к ТПО выявляются от незначительного увеличения до значимого повышения (более 1000мЕд/мл).

По УЗИ объем щитовидной железы увеличен, в динамике щитовидная железа начинает уменьшаться, через несколько лет щитовидная железа может уменьшиться до Зсм и менее.

Так как АИТ не излечивается, его **лечение** - это пожизненная заместительная тиреоидная терапия. Подбор дозы тироксина происходит под контролем уровней ТТГ и Т4 свободного - строго индивидуально, зависит от возраста больного, наличия сердечной патологии, колебаний артериального давления.

### Правила приема тироксина:

► принимается один раз в день, утром за 30 минут до завтрака, так как пища может нарушить его всасывание;



► если вы забыли принять таблетку, следующим утром примите тироксин в обычной дозе;

► при наступлении беременности дозу тироксина следует увеличить (профилактика врожденного гипотиреоза у новорожденного);

► при сдаче крови на анализ ТТГ, Т4 свободный сдают до приема тироксина.

При контроле за состоянием щитовидной железы при наличии узлов проводится пункционная биопсия, так как есть риск перерождения узлов в злокачественные образования.

**Хирургическое лечение при АИТ** применяется только в исключительных случаях, если например, значительно увеличивается объем щитовидной железы, при угрозе сдавления жизненно важных органов шеи.

При стабилизации гормонов до физиологических норм опасности для жизни пациента не представляется.

При эффективной работе врача-эндокринолога, медицинской сестры и, конечно, самого пациента, от которого требуется четкое выполнение всех рекомендаций (своевременной явки на прием, сдачи всех необходимых лабора-

торных и инструментальных исследований, прием каждое утро назначенной дозы тироксина), позволяет обеспечить достойную адаптацию к этому заболеванию.

**Нелечение АИТ** может привести к таким осложнениям, как прогрессирование атеросклероза, деменции, бесплодию, врожденному гипотиреозу у новорожденных детей, преждевременному прерыванию беременности, глубоким затяжным депрессиям. Самое серьезное осложнение гипотиреоза является гипотиреоидная кома.

Щитовидная железа играет огромную роль в организме человека, по значимости она стоит на втором месте после мозга. Гормоны щитовидной железы руководят процессами в каждой клетке организма. Очень часто на практике пациенты на протяжении десятилетий ни разу не посещают врача-эндокринолога, не обследуют щитовидную железу. Поэтому очень важно со стороны ЛПУ вести профилактическую работу: например, терапевтической службе направлять на консультацию к врачу-эндокринологу пациентов для обследования или коррекции уже назначенного лечения.

Берегите свое здоровье! ☺



### КОНТАКТНЫЙ ТЕЛЕФОН

Алтайской региональной Профессиональной ассоциации средних медицинских работников:  
(8-3852) 34-80-04

E-mail: [pasmr@mail.ru](mailto:pasmr@mail.ru) сайт: [www.pasmr.ru](http://www.pasmr.ru)





# Рак почек и мочевого пузыря



**Сергей Александрович  
ВАРЛАМОВ,**  
доктор медицинских наук,  
Заслуженный врач РФ,  
Отличник  
здравоохранения,  
врач-онколог, высшая  
квалификационная  
категория, заведующий  
онкоурологическим  
отделением,  
КГБУЗ «Алтайский  
краевой онкологический  
диспансер»

**Рак почек  
занимает  
четвертое место в  
структуре  
онкозаболеваемости  
у мужчин  
Алтайского края  
после рака  
лёгкого,  
злокачественных  
новообразований  
кожи и опухолей  
простаты. За  
последние 10 лет  
этот показатель  
вырос более чем в  
два раза.**

Опухоли почек, даже достигая размеров 5-8 сантиметров, часто никак себя не проявляют. Это обусловлено анатомическими особенностями забрюшинного пространства, где они расположены. Места для роста опухоли там предостаточно, а вот нервных структур, которые бы вовремя сигнализировали о развитии новообразования, наоборот, не так много в отличие от других анатомических зон у людей.

В результате, как правило, первые симптомы появляются лишь тогда, когда опухоль достигает больших размеров, прорастает в соседние органы и ткани. В таких случаях **человек начинает периодически или постоянно ощущать боль и сдавливание в области поясницы, появляются отеки ног, регулярно повышается температура тела без видимых причин, происходит значительная потеря веса.**

В основном (в 60-70% случаев) выявляются новообразования, не превышающие 5-7 сантиметров. И обнаруживаются они, как правило, случайно, при обследовании органов брюшной полости по каким-то другим поводам. Опухоли почки, имеющие распространение в другие органы (метастазы), диагностируются примерно в 25% случаев.

На сегодня тотального скрининга населения по раку почки не существует ни в одной стране мира по причине высокой стоимости и низкой эффективности проекта. Поэтому всем нужно внимательно относиться к своему здоровью! Однозначные причины возникновения рака не установлены до сих пор, а это значит, что от болезни на 100% никто не застрахован. Поэтому **с профилактической целью проводить УЗИ внутренних органов нужно 1 раз в три года каждому**

**человеку после 50 лет. Однако есть пациенты группы повышенного риска, у которых вероятность развития злокачественного новообразования в два раза выше, чем у остального населения, поэтому им необходимо проходить такое обследование ежегодно, начиная с любого возраста. К этой группе относятся:**

- *кровные родственники* пациентов с раком почки и те, у кого в органе была диагностирована киста;

- *заядлые курильщики.* Почки - это естественный биологический фильтр человека. Стоит ли говорить, какое количество канцерогенов, возникающих в результате горения ядовитых табачных смол, ежедневно аккумулируется в почках курильщиков?! Во время курения нагрузка на этот орган увеличивается в десятки раз, возникает преждевременный износ тканей, критически снижается местный иммунитет, отвечающий за блокировку раковых мутаций;

- *больные артериальной гипертензией,* использующие лекарства для лечения гипертонии более 20 лет;

- *люди с избыточной массой тела;*

- *люди, чья работа связана с нефтепродуктами или продуктами газовой химии.*

При своевременной диагностике и адекватном лечении врачи дают уверенный прогноз полного излечения от рака почки. Сегодня появились лекарственные препараты нового поколения, дающие шанс пережить пятилетний рубеж даже пациентам с раком почки четвертой стадией.

Лекарственная терапия является одной из ключевых методик, применяемых в онкоурологическом отделении Алтайского краевого онко-



логического диспансера. При наличии распространенной формы рака или сопутствующих заболеваний, при которых другие виды лечения сопряжены с высокими рисками, лекарственная терапия позволяет переводить болезнь в неактивное хроническое состояние, в котором ее можно удерживать длительное время - 5-7 лет и более.

В отделении успешно проводится лечение больных раком почки с венозным опухолевым тромбозом, открытые органосохраняющие операции при раке почки, в том числе синхронном раке почек и раке единственной почки. Мы выполняем резекцию почки с интраоперационной радиочастотной термоабляцией: в отличие от классического хирургического вмешательства этот метод более щадящий, он дает больше шансов, что болезнь себя уже не проявит.

Освоены и активно внедряются при раке почки лапароскопические операции.

**Рак мочевого пузыря** завершает пятерку мужских «онколидеров» региона. Десятилетний рост заболеваемости этой патологией составил более 20%.

**Основные факторы риска развития рака мочевого пузыря** во многом сходны с таковыми для рака почек. Дополнительно стоит отметить злоупотребление жирной пищей и наличие сахарного диабета.

Рак мочевого пузыря у мужчин долгое время может и не проявляться. **К наиболее распространенным признакам**, которые указывают на формирование раковых клеток в мочевом пузыре, **относятся:**

- ▶ кровь в моче,
- ▶ болезненное мочеиспускание: боль может быть как в животе, спине, так и во время самого процесса,
- ▶ частое мочеиспускание, при котором моча выделяется в небольших количествах,
- ▶ боли в области почек или в боку,
- ▶ отеки голеней, припухлости мочевого пузыря, почек,
- ▶ снижение веса, отсутствие аппетита,



- ▶ слабость, изнеможение, анемия,
- ▶ отеки мошонки,
- ▶ образование свищей,
- ▶ боли в паху, промежности, анусе.

Все перечисленные симптомы не всегда являются признаком злокачественного образования. Они могут говорить и о других болезнях, которые в любом случае немаловажно пролечить вовремя.

Чаще всего лечение мочевого пузыря происходит по комбинированным схемам с использованием хирургического вмешательства, химио- и лучевой терапии. Уже много лет в нашем отделении успешно проводятся эндоскопические органосберегающие операции на мочевом пузыре. Освоены и сложные многочасовые операции при распространенных раках мочевого пузыря, когда требуется полное удаление органа с одномоментной пластикой из разных сегментов кишечника. Два года назад онкоурологи региона стали дополнительно применять во время операции фотодинамическую терапию - для уничтожения возможно оставшихся злокачественных клеток после удаления опухоли.

**Помните, что вовремя обнаруженная и пролеченная опухоль дает шанс на выздоровление практически 95% пациентов!** ☺

**При своевременной диагностике и адекватном лечении врачи дают уверенный прогноз полного излечения от рака почки. Сегодня появились лекарственные препараты нового поколения, дающие шанс пережить пятилетний рубеж даже пациентам с раком почки четвертой стадией.**



# Хочешь знать будущее? Спроси у генетика

*Что может быть утешительнее,  
чем обнаружить у своего отпрыска свои же дурные черты?  
Это почти отпущение твоих грехов.*  
**Ван Вик Брукс**

**В древности люди обращались к звездам,  
чтобы прочесть по ним свое будущее.  
Современная наука шагнула так далеко,  
что фактически судьбу человека можно определить  
еще до его рождения. Никакой магии для этого  
не требуется. Всё исключительно благодаря  
генетическим методам исследования.**

Генетика (от греч. genesis - происхождение), наука, изучающая закономерности наследственности и изменчивости организмов.

**Медико-генетическая консультация (МГК) Алтайского края** свое начало берет с 1 сентября 1980 года - с того момента, когда **Александр Михайлович НИКОНОВ** открыл кабинет медицинской генетики. В 1985 году Министерством здравоохранения СССР было начато создание медико-генетической службы страны: в республиках, краях и областях как функциональные подразделения этой службы организовывались медико-генетические консультации. Работа в этом направлении была продолжена Минздравом России. В настоящее время в медико-генетическую службу страны входят более 70 медико-генетических консультаций и центров. Одной из них и является медико-генетическая консультация Алтайского края. В 1987 году кабинет медицинской генетики был переведен в Алтайскую краевую клиническую детскую больницу уже в статусе межрегиональной медико-генетической консультации. В 2011 году медико-генетическая консультация (МГК) была переведена в подчинение Диагностического центра Алтайского края.

Наш разговор с врачом-генетиком второй квалификационной категории медико-генетической консультации КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края» **Татьяной Михайловной МАРЯШИНОЙ**:

**- Какие исследования проводятся в медико-генетической консультации?**

- Специалисты МГК на базе Диагностического центра Алтайского края проводят генетическое консультирование семей, а именно оценку генетического прогноза потомства в наследственно-отягощенных семьях. Специалисты-генетики владеют всеми методами клинической и лабораторной диагностики наследственных и врожденных заболеваний, что позволяет с высокой точностью рассчитать риск развития той или иной патологии у будущих детей.

Кроме того, медико-генетическая консультация занимается уточнением диагноза наследственного заболевания, ведением регистра семей и больных с наследственными болезнями, контролирует лица с наследственными и врожденными заболеваниями и семьи, имеющие больных с мультифакториальными заболеваниями, анализирует распространенность и структуру



ру наследственных болезней и врожденных пороков развития на территории Алтайского края.

Последние 25 лет врачи-генетики Диагностического центра Алтайского края выполняют обследование всех новорожденных нашего региона. Еще в родильных домах и перинатальных центрах малышам проводят так называемый «пяточный тест»: у малышек, едва появившихся на свет, берется капля крови из пяточки, после чего анализ передается в Диагностический центр Алтайского края, где генетики изучают полученный биоматериал. Данное исследование выполняется с целью диагностики сразу пяти наследственных заболеваний: фенилкетонурии (нарушение обмена аминокислот), адреногенитального синдрома (нарушение репродуктивной функции), галактоземии (нарушение углеводного обмена), муковисцидоза (тяжелая наследственная болезнь с поражением внутренних органов организма), врожденного гипотиреоза (заболевание щито-





видной железы, характеризующееся полным или частичным выпадением ее функции).

Также генетики определяют уровень сывороточных гормонов беременности первого триместра, что является обязательным исследованием, позволяющее выявить риск рождения ребенка с хромосомными аномалиями. Пациенток с отягощенной наследственностью и риском развития генетических заболеваний направляют в Диагностический центр Алтайского края из женский консультации, в которых они наблюдаются. Также беременные женщины могут обратиться к генетикам для консультации и самостоятельно.

### **- В каких случаях необходима консультация генетика?**

- Показания для консультации у врача-генетика определяет узкий специалист (оториноларинголог, пульмонолог, эндокринолог и т.д.).

Приветствуется и профилактическое медико-генетическое консультирование (например, при подготовке супругов к деторождению). Врачи-генетики помогут понять, почему не наступает беременность, с чем связаны проблемы со здоровьем, как предотвратить рождение больного ребенка, что сделать для предупреждения развития патологии.

Медико-генетическая консультация показана и при отягощении семейного анамнеза наследственной патологией, когда в ряду поколений наблюдается передача одного и того же заболевания, например, онкологии.

**Записаться на прием к врачам-генетикам Диагностического центра Алтайского края можно по телефонам 250-400, 667-658 (регистратура).** ☎

**КОНТАКТНЫЕ ТЕЛЕФОНЫ  
КГБУЗ «Диагностический центр  
Алтайского края»:  
(3852) 250-400 - единый номер  
регистратуры.**

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

## Хирургия XXI века

**8-9 августа на базе КГБУЗ «Городская больница №5, г.Барнаул» прошла I Сибирская межрегиональная научно-практическая конференция «Оперативная эндоскопия».**

Современная эндоскопия играет особую роль в диагностике многих заболеваний на ранней стадии, особенно - онкологических заболеваний пищеварительной системы. Развитие эндоскопической хирургии, как самого перспективного и малотравматичного метода лечения, дающего минимальный процент осложнений в послеоперационном периоде, позволяет проводить сложнейшие операции даже у самых уязвимых пациентов: детей и представителей старшего поколения.

О задачах, которые успешно решались в течение двух дней работы конференции, рассказывает **Виталий Анатольевич КУРТУКОВ**, кандидат медицинских наук, заведующий эндоскопическим отделением КГБУЗ «Городская больница №5, г.Барнаул»:

- Идея проведения конференции родилась еще два года назад и заключалась в том, чтобы на нашей площадке собрать ведущих врачей эндоскопической службы России, и таким образом создать условия для обмена опытом, свободной дискуссии специалистов, обсуждения современного видения развития новой оперативной методики вмешательств. Мировая тенденция такова, что приоритет сегодня отдается именно малоинвазивным органосберегающим операциям - они задают федеральный и мировой уровень хирургии. Но к освоению новых методик стремятся и хирурги, работающие в регионах, - помочь им и должна данная конференция.

Задача прошедшей конференции - дать возможность обменяться опытом, наработками, на мастер-классах научить врачей местного уровня оперативным навыкам, применяемым в современной медицине. Причем, для запланированных мастер-классов пациенты не отбирались специально в ходе подготовки к конференции. Эндоскопическое отделение больницы работает «с колес» скорой помощи. Также оперативно была выбрана тематика показанных операций и исследований. На второй день прошел запланированный образовательный тренинг, где эксперты показали на свиных желудках приемы оперативных вмешательств.

Планируем проводить конференции такого представительного уровня ежегодно, в перспективе - включить в программу работу секции старших медицинских сестер. Работа будет подчинена главной цели - обеспечению каче- ▶



## Движение к цели 78+

«... ответственного квалифицированного лечения населения Сибири.

**- Выступить с инициативой проведения такой представительной конференции - значит быть уверенным в оснащении отделения и профессионализме работающих в нем коллектива. Расскажите об этом.**

- Первокласное оборудование согласно всем последним тенденциям и решениям регулярно закупается и поступает в отделения не только нашей больницы. Но приобрести - мало, необходимо, чтобы кто-то умел работать на данном оборудовании.

**- В вашем отделении умеют работать именно так - по новым методикам?**

- Да. У нас успешно выполняются эндоскопические операции и исследования. В ежедневной практике мы исходим из того, что невозможно всех пациентов посылать в федеральные центры Москвы и Санкт-Петербурга. Поэтому надо обучать врачей на местах тому, что можно сделать в любом российском регионе, готовить молодежь. В этом главная цель всех

конференций, проходящих в регионе.

**- Какова квалификация ваших коллег?**

- В отделении работают хирурги с высшей категорией, кандидаты медицинских наук, стаж работы коллег колеблется от 23 до 35 лет. Много оперируем

- ежедневно проходит до трех операций. Нагрузка, конечно, большая на каждого хирурга, но нам интересно развиваться, осваивать новое, возвращать пациентам здоровье и достойное качество жизни. В отделении сложилась хорошая команда специалистов - эндоскопистов, анестезиологов, хирургов, реаниматологов. Единение, видение и понимание общих задач и целей помогает их достичь.

Мастер-класс на конференции показали **Олег Юрьевич ОРЛОВ**, заведующий отделением эндоскопии СПб ГБУЗ «Городская больница святой преподобной мученицы Елизаветы» (Санкт-Петербург), **Александр Александрович СМЕРНОВ**,



кандидат медицинских наук, заведующий отделом эндоскопии НИИ хирургии и неотложной медицины ПСПбГМУ им. академика И.П. Павлова (Санкт-Петербург).

Предыстория пациента такова: новообразование в верхней части кишечника обнаружено случайно, предстояло уточнить диагноз, характер опухоли и принять решение о способе ее удаления. В ходе исследования было решено провести операцию классическим способом, поскольку выявлено распространение опухоли в близлежащей зоне.

О преимуществах эндоскопической хирургии рассказал Олег Юрьевич Орлов:

*- Зона локализации опухоли будет сложной для хирургов, поскольку задействовано много структур, потребуются проведение резекции вплоть до поджелудочной железы. При эндоскопическом вмешательстве вероятность рецидива меньше - мы работаем с оптикой, с увеличением, и возможности хирурга больше. В классической операции радикализм выше, соответственно возрастает летальность, осложнения отмечаются в каждом втором случае. Такие операции делаются строго по показаниям, на всякий случай их делать недопустимо. Эндоскопическая операция проводится более щадяще, но нужна уверенность, что этого будет достаточно. В нашем случае такой уверенности нет. ☺*



# Сохрани слух смолоду



**Варвара Борисовна  
ТИХОМИРОВА,**

главный внештатный специалист - профпатолог министерства здравоохранения Алтайского края, врач-профпатолог, врач-невролог, высшая квалификационная категория, заведующая профпатологическим центром, КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

**Проблема снижения слуха человека вследствие его профессиональной деятельности является достаточно серьезной. По приблизительной оценке в Алтайском крае в условиях шума, превышающего предельно допустимый уровень, работают более 47 тысяч человек. Раннему выявлению проблемы способствуют обязательные периодические медицинские осмотры работников.**

Надо понимать, что не каждый человек, работающий на шумном производстве, в перспективе получит снижение или потерю слуха. Согласно законодательству, **предельно допустимый уровень шума составляет 80 децибелов (дБ)**. Если этот порог не превышен, тугоухость у человека не развивается. Если же уровень шума достигает, например, уже 81дБ, у работающего в таких условиях со временем может возникнуть серьезная проблема.

**В группу риска по слуху попадают работники всех профессий, связанных с воздействием шума:** в цехах литейного и машиностроительного производств, а также электросварщики, штамповщики, трактористы, пилоты, машинисты тепловозов и другие. Для этих людей в российском законодательстве предусмотрены специальные правила приема на работу и прохождения периодических медицинских осмотров. Эти лица при поступлении на работу обязательно прохо-

дят предварительный медицинский осмотр согласно Приказу Минздравсоцразвития России №302н (приказ от 12.04.2011 в ред. от 06.02.2018г.) «Об утверждении перечня вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда». Данная директива регламентирует объем проводимого обследования.

**Те, кто устраивается на работу в условия с превышением допустимого уровня шума, обязательно проходят консультацию врача-оториноларинголога с исследованием восприятия шепотной речи, а также аудиометрию.** В этом приказе также указаны состояния, которые являются противопоказаниями для допуска к работе с повышенным уровнем шума. Например, противопоказанием для устройства на работу в контакте с шумом является предшествующее длительное снижение слуха (более трех месяцев) любой этиологии хотя бы на одно ухо.

**После трудоустройства обязательно прохождения медицинского осмотра раз в год, но не реже одного раза в два года, то есть за состоянием слуха таких работников постоянно наблюдают врачи.** Если на аудиограмме обследуемых выявляются отрицательные симптомы, доказывающие вредное воздействие шума на орган слуха, эти лица вносятся в группу риска. Им назначается профилактическое лечение. Если через год ситуация продол-





жает ухудшаться, данных работников направляют на консультацию сурдолога и профпатолога для выявления возможной тугоухости, а также установления причины её возникновения.

**На фоне тугоухости у человека могут усугубиться и другие имеющиеся у него хронические болезни:** гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки с частыми обострениями, ишемическая болезнь сердца и т.д. Это также является показанием для смены места работы больного.

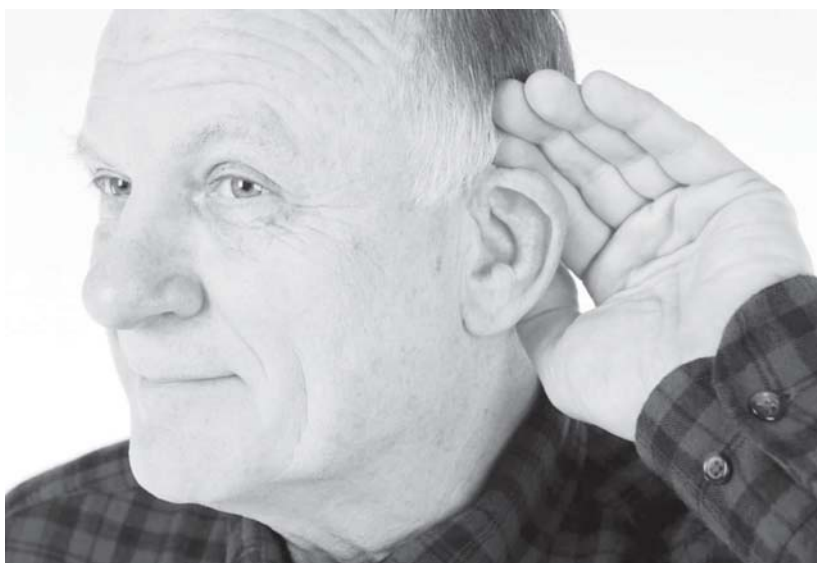
**Если возникло подозрение на профзаболевание, обязательно запрашиваются следующие документы:**

- ◆ копия трудовой книжки;
- ◆ санитарно-гигиеническая характеристика условий труда. Для этого на рабочем месте приглашается представитель Роспотребнадзора для замера уровня шума с использованием специального оборудования;
- ◆ выписка из амбулаторной карты с данными медосмотров (предварительного (при устройстве на работу) и периодических по годам) и архивом аудиограмм.

**Профзаболевание устанавливается только в профпатологическом центре КГБУЗ «Краевая клиническая больница».** После проведения здесь обследования комиссия выставляет пациенту диагноз, далее оформляются необходимые документы.

Клинический диагноз всегда установить непросто, а в случае профзаболевания ответственность значительно вырастает, так как, имея диагноз профессионального заболевания, пациенты получают денежные пособия от Фонда социального страхования. Для этого в профпатологическом центре оформляется извещение о факте установления профзаболевания, которое заверяется пятью специалистами и отправляется в четыре инстанции: в Роспотребнадзор, ФСС, работодателю и в лечебное учреждение, где будет в дальнейшем наблюдаться пациент.

Работодатель в соответствии с нормативной базой (*приказ Министерства здравоохранения №176 от 28.05.2001г. «О совершенствовании системы расследования и учета профессиональных заболеваний в РФ», Постановление Правительства №967 от 15.12.2000г. (ред. от 24.12. 2014г.) «Об утверждении Положения о расследовании и уче-*



*те профессиональных заболеваний») создает комиссию по расследованию данного случая профзаболевания. По его итогам составляется акт расследования случая профзаболевания, который отправляется в ФСС, краевой профпатологический центр, Роспотребнадзор. Один экземпляр обязательно остается у пациента. Как только этот акт составлен, врач, наблюдающий пациента по месту регистрации, заполняет документы для освидетельствования в бюро МСЭ, где определяется процент утраты профессиональной трудоспособности по слуху.*

У нас есть приказ Минздравсоцразвития России №417 (*«Об утверждении перечня профессиональных заболеваний» от 27.04.2012г.*), где перечислены болезни, которые могут быть связаны с профессией. В этот перечень из заболеваний лор-органов внесена только тугоухость.

В заключение посоветую всем, кто работает в условиях повышенного шума, пользоваться специальными средствами индивидуальной защиты (СИЗ). Обязательно должны использоваться беруши - это непривычно, но необходимо для сохранения слуха.

***Помните, что тугоухость плохо поддается лечению. В лучшем случае удаётся приостановить ее развитие. Если тугоухость возникла, с большой вероятностью она будет сопровождать человека всю жизнь. И задача врачей - выявить это заболевание в самой ранней стадии, чтобы вовремя начать лечение.*** ☺

**В группу риска по слуху попадают работники всех профессий, связанных с воздействием шума. Для этих людей в российском законодательстве предусмотрены специальные правила приема на работу и прохождения периодических медицинских осмотров.**





2

**Важно научиться  
отвечать за свое  
здоровье**



16

**Грудное  
вскармливание -  
до двух лет!**



29

**Хирургия XXI века**



36

**Ну и гаджеты!**



38

**Сохрани слух смолоду**

**На обложке:** Андрей Петрович КОСОУХОВ, главный врач Алтайского краевого кардиологического диспансера, врач-кардиолог высшей квалификационной категории.

**Фото:** Лариса Юрченко.

### ДВИЖЕНИЕ К ЦЕЛИ 78+

А.П. Косоухов. Важно научиться отвечать за свое здоровье ..... 2-7

### Алтайский государственный медицинский университет

Первые итоги пилотного проекта ..... 8-9

Поколение без амбиций? ..... 10-11

### ЗА СЧАСТЛИВОЕ ЗДОРОВОЕ ДЕТСТВО!

М.В. Доронина, А.А. Румянцев.

Анемии у детей ..... 12-14

Новости здравоохранения России ..... 15

### ЗА СЧАСТЛИВОЕ ЗДОРОВОЕ ДЕТСТВО!

Ю.В. Миллер.

Грудное вскармливание - до двух лет! ..... 16-17

### ДВИЖЕНИЕ К ЦЕЛИ 78+

Л.И. Морозова. Дом, согревающий счастьем ..... 18-19

Новости здравоохранения России ..... 20

### ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

М.Ф. Чаплева.

Как во время беременности уберечься от кори ..... 21-23

Ю.И. Кротова.

В кабинете эндокринолога: АИТ, гипотиреоз ..... 23-24

Железные правила ..... 25

### ДВИЖЕНИЕ К ЦЕЛИ 78+

С.А. Варламов. Рак почек и мочевого пузыря ..... 26-27

Т.М. Маряшина. Хочешь знать будущее? Спроси у генетика ..... 28-29

### ДВИЖЕНИЕ К ЦЕЛИ 78+

Хирургия XXI века ..... 29-30

Враги без границ ..... 31-33

Новости здравоохранения мира ..... 34

Курение - не модно! ..... 35

К врачу через Интернет ..... 35

Ну и гаджеты! ..... 36-37

### ДВИЖЕНИЕ К ЦЕЛИ 78+

В.Б. Тихомирова. Сохрани слух смолоду ..... 38-39

Как собрать ребенка в школу ..... 40-41

### ДВИЖЕНИЕ К ЦЕЛИ 78+

Уберечься от падений ..... 42-43





# Общественный Редакционный совет журнала



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



**Асанова  
Татьяна Алексеевна**  
к.м.н., заместитель главного  
врача по организационно-  
методической работе,  
КГБУЗ "Алтайский краевой  
клинический центр охраны  
материнства и детства"



**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 профессионального  
образования АГМУ



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



**Костромичья  
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  
пропедевтики детских болезней  
АГМУ, заведующий детским  
консультативно-диагностическим  
центром КГБУЗ "Алтайский  
краевой клинический центр  
охраны материнства и детства"



**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



**Реуцкая  
Елена Михайловна**  
Отличник здравоохранения РФ,  
врач-пульмонолог высшей  
квалификационной категории,  
и.о. заместителя главного врача  
по медицинской части, КГБУЗ  
"Краевая клиническая больница"



**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  
Алтайского края



**Яворская  
Светлана Дмитриевна**  
д.м.н., доцент кафедры  
акушерства и гинекологии  
АГМУ, президент  
"Ассоциации  
акушеров-гинекологов"  
Алтайского края

## ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№8 (200) август 2019 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 "Движение к цели 78+") 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 29.08.2019 г.,  
фактически - 14:00 29.08.2019 г.  
Дата выхода: 02.09.2019 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 - 73618



# СЛУЖБА КРОВИ АЛТАЙСКОГО КРАЯ 85 ЛЕТ

