

6+

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№9 (213) СЕНТЯБРЬ 2020





Определяя приоритеты...

«...Бережное отношение к врачам, медицинским работникам и привлечение власти, общественности к созданию нормальных условий их жизни и деятельности, к охране их здоровья - это не только законное проявление заботы о медике, как о любом человеке, но и, в конечном счете, это - улучшение медицинской помощи населению, это борьба за здоровье и продолжение жизни сотней и тысячами людей! Наши с вами жизни!.. - не устаю повторять эту мысль.

...Важно, чтобы в обществе возникло понимание того, что медицина - это одна из немногих профессий, которая связана с постоянным риском, напряжением, эмоциональным выгоранием. А отношение к медикам в обществе - всегда некий индикатор состояния самого общества...»

(«Здоровье алтайской семьи», №8, 2016г., «От редактора»)

Вопросы кадров в здравоохранении во всех аспектах - постоянно в зоне внимания нашего журнала. Но тема особой социальной значимости статуса медицинского работника в настоящее время стала еще более острой. COVID-19 неожиданно и настойчиво сфокусировал внимание на этой теме со стороны и власти, и общества, и профессионального сообщества. Эпидемиологическая безопасность, реализация госгарантий для установленных категорий работников медицинских учреждений, координация частных инициатив по поддержке медицинских работников и организация работы волонтеров - те направления, которые реализуются с первых дней введения карантинных мероприятий в стране. В Алтайском крае были приняты и дополнительные меры по компенсаторным выплатам из средств краевого бюджета ряду категорий работников, не попавших в федеральные списки. Отмечено деятельное участие в решении ряда задач общественного сектора, в частности активистов ОНФ.

Вместе с тем, опыт многомесячной работы в условиях пандемии более выпукло обозначил важность эффективного межсекторального взаимодействия. Именно поэтому региональное отделение ОНФ и министерство здравоохранения края такую практику координации государственного и общественного партнерства решили сделать постоянной и определили ряд первоочередных задач, требующих дополнительного внимания. Первое рабочее совещание в согласованном формате состоялось 18 сентября т.г., которое было посвящено теме реализации мер по защите медицинских работников, страхованию рисков, связанных с профессиональной деятельностью.

Общепризнанно, что медицинские учреждения, как работающие с ковидной инфекцией, так и других профилей, в частности urgentных, являются зоной с повышенной опасностью заражения. К сожалению, мировая статистика показывает, что обеспечить 100%-ную защиту от заражения медицинского персонала в условиях пандемии не удается ни одной системе здравоохранения в мире. Заболеваемость среди медицинского персонала повсеместно высокая, есть и безвозвратные потери... По информации Профсоюза работников здравоохранения РФ и ОНФ, заболеваемость коронавирусом среди сотрудников медицинских организаций в 3 раза превышает аналогичный показатель среди остального населения, а в перепрофилированных для оказания помощи больным COVID-19 организациях и подразделениях - в 10 раз! Однако, далеко не все работники получают право на страховые выплаты. Так, более 30% заболевших медиков работали в не перепрофилированных организациях и подразделениях. Такие факты заболевания расцениваются, как «бытовые» заражения. Как следствие, на начальном этапе более 50% медиков получали отказ в страховых выплатах. Изменения в распоряжение Правительства РФ от 15 мая 2020г. №1272-р и Постановление Правительства РФ от 16 мая 2020г. №695, регламентирующего порядок страховых выплат медицинским работникам, позволили несколько расширить число получателей данных выплат. Однако, в этот перечень, как предлагали эксперты ОНФ, так и не включены уборщики служебных и производственных помещений, кастелянши, медицинские психологи, судебные эксперты, фармацевтические работники, инженерно-технический, административный персонал и ряд других категорий, в частности, водители санитарных автомобилей ЦРБ (а не только водители скорой помощи). Работа по продвижению этих и ряда других предложений, по мнению экспертов, не потеряла актуальность и должна продолжаться на системной основе через все возможные каналы институтов гражданского общества.

Так как выявление «страхового случая» в медицинской организации влечет за собой соответствующие меры реагирования «надзорных структур», как правило, сопровождающиеся не только служебным расследованием, тщательной проверкой соблюдения всех регламентов, но и немалыми штрафными санкциями, весьма ощутимыми для медицинской организации (!). Эти обстоятельства зачастую могут являться и «препятствием» при вынесении решения о страховом случае, как следствие - ущемление прав медицинских работников. Применение такой жесткой практики реагирования (до принципиального решения вопросов, связанных с приведением состояния материально-технической базы медицинских организаций в соответствие с новыми требованиями), по мнению экспертов, как минимум, не целесообразно и не конструктивно.

Еще одна проблема, обозначенная на данной встрече представителями ОНФ и Профсоюза медицинских работников, - необходимость медицинской реабилитации медицинских работников, как перенесших ковидную инфекцию, так и работающих в «режимных» условиях.

Основная масса перенесших инфекцию отмечает длительные отклонения в здоровье, зачастую требующие системной реабилитации. В условиях общего дефицита медицинских кадров, сохранения непростой эпидемиологической ситуации в мире, а также прогнозируемого роста востребованности плановой медицинской помощи в дальнейшем, в том числе и «отложенной», - нагрузка на медицинских работников не уменьшится. Скорее всего, она возрастет! Именно поэтому сохранение и восстановление утраченного здоровья медицинских работников - задача сверхважная. Эта тема, по мнению экспертов ОНФ, должна активно транслироваться на федеральный уровень и решаться централизованно, и не только в вопросах методологических, но и по определению достаточных источников финансирования этого направления. Откладывать реализацию этой задачи на последующий период, после выхода из эпидемии, - не позволительно. Поэтому важно уже сейчас изыскивать любые, в том числе и региональные, возможности. Тем более Алтайский край обладает уникальными для этого условиями. Для реабилитации алтайских медиков, перенесших COVID-19, эксперты ОНФ и профсоюза медработников намерены изучить условия использования профсоюзных санаториев региона, а также курорта Белокурихи. По данной теме уже направлено обращение к губернатору Алтайского края.

Всё, что связано со здоровьем медиков, должно быть в зоне особого внимания. Они не просто работают ради нас. Они живут ради нас!

И.В. Козлова,

главный редактор,

сопредседатель регионального отделения ОНФ



4
О «своих» детях и родах «с сюрпризом»



18
Если близкий человек отказывается от лечения...



32
Близорукий мир



36
Грибные темы



42
Кто живет в холодильнике?

На обложке: Елена Евгеньевна ГАНЖА, врач-анестезиолог-реаниматолог детского отделения реанимации КГБУЗ «Алтайский краевой клинический перинатальный центр «ДАР».

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ "ЗДРАВООХРАНЕНИЕ"

В.В. Шевченко.

ВИЧ: проблема, о которой необходимо знать каждому 2-3

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ "ЗДРАВООХРАНЕНИЕ"

Е.Е. Ганжа.

О «своих» детях и родах «с сюрпризами» 4-8

Новости здравоохранения мира 9

М.П. Киприянова.

Медики - всегда на передовой! 10-13

Новости здравоохранения мира 14

ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА

Д.Н. Обложкова.

В помощь родителям недоношенных детей 15-17

СОВЕТ ПСИХОЛОГА

А.В. Лобанова.

Если близкий человек отказывается от лечения..... 18-20

В.В. Шевченко. О вакцинации 20

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

Е.Н. Тряпицына. Профилактика гельминтозов 21-24

ПОБЕДИМ СВОЙ СТРАХ

А.В. Марьин.

Оперировать нельзя ждать 25-27

Йогурт бродит с палочкой 28-30

Новости здравоохранения России 31

Близорукий мир 32-33

Как правильно кашлять 34

Лекарства из клетки 35

Грибные темы 36-39

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ "ЗДРАВООХРАНЕНИЕ"

Н.В. Хлопкова.

И сердце в порядке! 40-41

Кто живет в холодильнике? 42-43

Вопрос-ответ 44



ВИЧ: проблема, о которой необходимо знать каждому



Валерий Владимирович ШЕВЧЕНКО, главный внештатный специалист по инфекционным болезням министерства здравоохранения Алтайского края, главный врач КГБУЗ «Алтайский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями», кандидат медицинских наук, врач-инфекционист высшей квалификационной категории, доцент кафедры эпидемиологии, микробиологии и вирусологии АГМУ

ВИЧ-инфекция остается одной из важнейших глобальных проблем современности. Согласно статистике, около 30% всех ВИЧ-положительных людей даже не подозревают о том, что заражены, и нередко наличие ВИЧ в организме выявляется случайно, например, при обследовании по поводу планового оперативного лечения.

Сегодня Алтайский край еще входит в число регионов, высоко пораженных ВИЧ-инфекцией. Но на протяжении последних четырех лет **относительно ВИЧ-инфекции наблюдается стабилизация эпидемической ситуации**, характеризующейся снижением прироста вновь выявленных случаев заражения. Если в 2016 году в крае было выявлено около 2700 новых случаев ВИЧ-инфекции (на 12,4% меньше, чем в 2015 году), то в 2019 году - около 2200 случаев (на 9,3% меньше, чем в 2018 году). Но мы еще крайне далеки от уверенной победы над ВИЧ-инфекцией, которая остается большой нерешенной проблемой человечества. Но наметившаяся тенденция заболеваемости указывает на то, что мероприятия, которые мы проводим в плане противодействия распространения ВИЧ-инфекции на территории Алтайского края, начали давать результаты.

Во-первых, это *увеличение охвата населения лабораторным исследованием на ВИЧ-инфекцию*, в том числе за счет расширения состава контингента обследуемых. Очень важно обнаружить наличие ВИЧ-инфекции на ранней стадии, чтобы вовремя подобрать оптимальную схему лечения и сделать так, чтобы инфицированный человек перестал быть источником инфекции для окружающих. **Явной специфической симптоматики ВИЧ-инфекция не имеет, поэтому без тестирования определить инфицирован ли человек - невозможно.** Первые три-шесть месяцев после заражения называют «периодом окна»: инфекционный агент уже присутствует в организме, но антител в крови для его об-

наружения еще недостаточно. После этого срока у человека, конечно, могут проявиться некоторые симптомы: повышение температуры тела, ломота в суставах и мышцах, недомогание. Однако они настолько неспецифичны и похожи на симптомы обычного ОРВИ, что не вызывают никаких подозрений. Через пару недель эти симптомы проходят. И если за это время ВИЧ-инфекция не была обнаружена, то она на годы уйдет в бессимптомную стадию - человек продолжит жить, не подозревая о том, что инфицирован и уже способен заражать других.

Именно поэтому важно выявлять наличие ВИЧ-инфекции на ранних стадиях. Для этого мы стремимся сделать тестирование на ВИЧ в регионе более доступным. Необходимо, чтобы каждый человек, обратившийся за медицинской помощью, мог обследоваться на ВИЧ-инфекцию. С февраля 2020 года в нашем Центре СПИД **работает кабинет анонимного экспресс-тестирования на ВИЧ.** Эта процедура занимает не более 15-20 минут и не требует предварительной записи, пройти ее может любой желающий. Если тест-система покажет положительный результат, мы обязательно направляем человека на прохождение полного и подробного анализа в нашем СПИД-центре. Ситуация с распространением новой коронавирусной инфекции в этом году внесла свои коррективы - пришлось временно приостановить работу кабинета. Но по стабилизации ситуации мы планируем возобновить проведение экспресс-тестов как в стенах СПИД-центра, так и за его пределами в рамках выездных акций.



Вторым компонентом успешной борьбы с ВИЧ-инфекцией является *своевременное предоставление пациенту антиретровирусной терапии*, которая позволяет подавить развитие инфекции в организме и значительно продлить жизнь человека. Так, в 2017 году процент охвата антиретровирусной терапией пациентов, состоящих на диспансерном учете, составлял 36%, к концу 2018 года его удалось увеличить до 63%, а на конец 2019 года - до 70%. Добиться таких высоких показателей возможно только при максимально быстрой постановке больного ВИЧ-инфекцией на диспансерный учет. **Чрезвычайно важно вовремя назначить пациенту терапию и, главное, сохранять приверженность к длительному (по сути, пожизненному) лечению.** Таким образом мы решаем две важнейшие задачи. Первая - *снижение активности влияния ВИЧ-инфекции на иммунную систему человека*, что позволит избежать перехода заболевания в его терминальную стадию - СПИД. Вторая - это *снижение вирусной нагрузки до неопределяемого уровня*, что исключает возможность передачи вируса от инфицированного человека к его партнеру. **Но это, еще раз подчеркну, возможно лишь при качественном, добросовестном и регулярном лечении и приеме терапии.**

Еще одно из основных направлений нашей работы - *профилактическая и информационно-пропагандистская деятельность*: проведение масштабных акций, семинаров и лекций среди основных групп населения. Парадокс - несмотря на опасность ВИЧ и огромную скорость его распространения, информированность населения об особенностях передачи и способах защиты от заражения остается низкой! Дискриминация и стигматизация ВИЧ-инфицированных граждан ведет к тому, что многие не только не готовы сдавать тесты на ВИЧ, но и опасаются заходить в здания СПИД-центров, боясь осуждения или «нехороших» взглядов. Причина тому - **банальное отсутствие достоверной информации по основным вопросам ВИЧ и огромное количество предрассудков.**

В первой половине 2020 года из-за корректив, внесенных пандемией



COVID-19, специалисты Алтайского краевого центра СПИД провели лекции и семинары для школьников, студентов и педагогов в онлайн-режиме, а также онлайн-конкурс «Уроки профилактики ВИЧ-инфекции / СПИДа в информационном пространстве интернета». С 19 по 23 сентября этого года на территории Алтайского края прошла Всероссийская акция по анонимному экспресс-тестированию на ВИЧ «Тест на ВИЧ: Экспедиция». Всего анонимное и бесплатное тестирование прошли 934 человека (в Барнауле протестированы 403 человека), из них положительный результат был у 3,5% людей. Тестирование сопровождалось до- и послетестовым консультированием, специалисты помогли проанализировать наличие рискованных ситуаций к заражению и консультировали по всем интересующим вопросам.

Несмотря на трудности, **мы продолжаем работу над тем, чтобы у каждого человека сформировалась культура ответственного отношения к своему здоровью и здоровью близких, чтобы была исключена дискриминация ВИЧ-инфицированных граждан.** Уверен, что благодаря слаженной работе наших специалистов, медицинских и образовательных организаций края мы сможем добиться высоких показателей в вопросе уровня информированности граждан по вопросам ВИЧ-инфекции. 🌐

Чрезвычайно важно вовремя назначить пациенту терапию и, главное, сохранять приверженность к длительному (по сути, пожизненному) лечению.



О «СВОИХ» детях и родах «с сюрпризами»

Елена Евгеньевна ГАНЖА - врач-анестезиолог-реаниматолог детского отделения реанимации Алтайского краевого клинического перинатального центра «ДАР». Вместе со своими коллегами она спасает детей с тяжелыми патологиями, в том числе родившихся раньше срока. За ее плечами опыт в 12 лет, а самый маленький малыш, которого она держала в руках, весил всего 500 (!) граммов.



- Елена Евгеньевна, медицина не терпит несерьезного к себе отношения, но детская анестезиология и реанимация, без преувеличения, - особая область, которая требует от врача максимальной вовлеченности и безупречных знаний. Как вы решились связать свою жизнь с детской реанимацией?

- Еще в детстве говорила, что буду врачом. Поэтому поступала сразу на педиатрический факультет АГМУ - хотела работать с детьми. После третьего курса, когда уже появилось представление о реальной работе, поняла, что мне нужно быть в реанимации и именно в детской. Начинала врачом-стажером в краевом перинатальном центре (сегодня он входит в структуру Алтайского краевого центра охраны материнства и детства. - Прим.ред.). Когда открылся перинатальный центр «ДАР», пришла сюда.

- Расскажите, как проходит ваш рабочий день.

- У нас всё строго в принципе, а сейчас, в пандемию, особенно.

Утром, придя на работу, мы проводим санитарно-эпидемиологические мероприятия: на трех листах формата А4 написано всё, что необходимо сделать прежде, чем зайти на работу. Эпидемиологическая ситуация обязывает. Потом - ра-

порт с начмедом, заведующим отделением, врачами и медицинскими сестрами, на котором мы обсуждаем наших пациентов и распределяем между собой новых. Далее - обход. Но это, так сказать, - идеальный сценарий. День может закрутиться так, что, выйдя из палаты и присев, понимаешь, что уже почти конец рабочего дня и хорошо, если за это время удалось выпить стакан воды.

- Какую помощь вы оказываете своим маленьким пациентам?

- Мы с вами сейчас находимся в отделении детской реанимации: у нас находятся дети в тяжелом состоянии - малыши с патологиями, коих встречается предостаточно. Тут надо пояснить, что центр «ДАР» считается перинатальным центром третьего уровня - это значит, что самые тяжелые роды (и дети, и мамы) случаются именно в наших стенах. Беспроблемные роды в нашем центре - это, скорее, исключение из правил.

В отделении лежат недоношенные дети, в том числе рожденные с экстремально низкой массой тела от 500 до 1000 граммов; малыши, которые появились на свет с хирургической патологией; малыши с сахарным диабетом. В «ДАРе» находится единственное в Сибирском федеральном округе отделение патологии беременности, которое спе-

циализируется на ведении женщин с сахарным диабетом (возникшим как до беременности, так и во время нее, то есть гестационным). Поэтому детей, появившихся на свет с такой же патологией, у нас немало. Они рождаются крупными, но при этом «незрелыми», с высоким уровнем сахара, им требуется ИВЛ и помощь врачей. Эти крохи сразу после рождения первое время находятся под наблюдением в реанимации, куда из родзала их перевозят в специальном транспортном кувете. И только когда все страхи и тревоги за жизнь малыша будут позади, он переводится в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей (ОПНиНД), на так называемый «второй этап выхаживания».

Особого внимания требуют новорожденные с экстремально низкой массой тела. У них еще не до конца сформировались и развились органы, не в полной мере работают жизненно важные системы организма. Часто встречаются дыхательные нарушения, чуть реже - сердечно-сосудистые. Таким детям нужен особый уход. В первую оче-



редь, это место, в котором соблюдаются определенные режимы температуры и влажности - кувез. При разных весах у детей задаются разные параметры. Медицинские сестры «вьют гнезда» и укладывают ребятишек соответствующим образом, чтобы создать ощущение комфорта («как у мамы в животике») для их полноценного роста и развития. В основном такие новорожденные самостоятельно дышать не могут, поэтому мы оказываем им помощь в виде инвазивной или неинвазивной аппаратной дыхательной поддержки, вводим в лёгкие препарат, уменьшающий потребность в кислороде, смягчающий параметры ИВЛ.

Также глубоко недоношенные дети не могут самостоятельно питаться, по крайней мере, в том объеме, чтобы обеспечить свои энергозатраты. Поэтому мы либо вводим им особый питательный раствор внутривенно, либо кормим через зонд. Таким образом, стараемся обеспечить адекватную работу всех систем жизнеобеспечения маленького организма.

Доношенные дети также могут попасть в отделение реанимации. Это малыши с дыхательной патологией, с сердечно-сосудистыми нарушениями, врожденными пороками развития. Бывает, из родзала нас информируют, что в ближайшее время предстоят роды женщины с сахарным диабетом или с тяжелой преэклампсией, с привычным невынашиванием или другим патологическим состоянием. Мы обсуждаем возможные сценарии родоразрешения, берем необходимое оборудование и поднимаемся в родзал. Бывают и совершенно экстренные вмешательства, когда женщина поступает в центр, например, с отслойкой плаценты. В таких ситуациях максимально оперативно разворачивается операционная и собирается бригада - на такие случаи всё готово, даже рация есть.

- В отделении реанимации все места заняты пациентами?

- Сейчас у нас 21 малыш. Отделение реанимации рассчитано на 24 койки, то есть 24 кувеза. В них всегда лежат дети с массой тела до 1800 граммов, поскольку они не могут себе обеспечить тепловой режим. Детей покрупнее выкладываем на специальные столики, так называемые открытые ре-



анимационные системы, где тоже обустроены условия комфортного пребывания («гнездо», водяной матрас, мини-луги (мамины руки), игрушки «осьминожки»). Есть специальные кувезы-трансформеры, в которых можно выбрать режим выхаживания как для глубоко недоношенного ребенка, так и для ребенка, родившегося в срок.

- Эти малыши родились в стенах центра «ДАР»?

- У нас есть те, которые родились в «ДАРе», а есть те, кого врачи консультативно-диагностического центра (это особая структура в составе «ДАРа») с выездными бригадами транспортировали из районов и городов края.

- Вы забираете еще и «сложных» деток из районов?

- Конечно! Консультативно-диагностический центр занимается мониторингом женщин из территорий региона. Допустим, известно, что на учет в одном из районов края встала женщина с проблемной беременностью, из так называемой группы риска. Ее мы «берем на карандаш» и в случае необходимости готовы выехать для оказания ей необходимой помощи.

Например, вчера у нас был выезд в Бийск - проведено родоразрешение у женщины с тяжелой преэклампсией при сроке 29 недель. Специалисты ЦГБ оповестили нас об этом случае, уходя на операцию. Прибыв на место и оценив состояние малыша, мы приняли решение о его транспортабельности (ребенок находился на ИВЛ с венозным доступом в теплом кувезе), разъяс-

Достаточно часто, едва переступив порог отделения, не успеваешь дойти до ординаторской, как по рации экстренно вызывают в операционную - и мы командой (каждый занимается определенным делом) спешим оказать помощь.



Особого внимания заслуживают малыши, которые перенесли при рождении сильную гипоксию. Им мы проводим аппаратную гипотермию - процедуру, которую никто кроме нас в Алтайском крае не проводит.

нили маме, что ее кроха в 29 недель с весом в 1100 граммов нуждается в особом уходе, и, получив согласие, повезли в «ДАР». Всю дорогу мониторировали температуру, напряжение кислорода в крови, давление, частоту сердечных сокращений. В Барнауле ребенка переместили в стационарный кувез в отделении реанимации и назначили необходимые обследования: УЗИ внутренних органов, головного мозга, эхоКГ, энцефалографию, рентген и прочее.

Такие ситуации могут возникать, кстати, не только в районах. Из родильных домов Барнаула мы также забираем детей. Особого внимания заслуживают малыши, которые перенесли при рождении сильную гипоксию (острый недостаток кислорода). Таким детям мы проводим аппаратную гипотермию - процедуру, которую никто кроме нас в Алтайском крае не проводит (о ней мы подробно писали в №8 (212) август 2020 года. - Прим.ред.). Доказано, что ее проведение положительно сказывается на дальнейшем нервно-психическом развитии ребенка.

Суть метода терапевтической гипотермии - в воздействии низкой температуры на мозг ребенка. На малыша надевают специальный многослойный костюм либо используют систему охлаждения. В полость подается вода, которая охлаждается. В течение нескольких часов после рождения происходит охлаждение до 33,5-34°C, контроль температуры производится двумя термодатчиками. Длится сеанс 72 часа. Таким образом снижается интенсивность метаболических процессов в головном мозге, и это предотвращает гибель клеток центральной нервной системы на

фоне перенесенной гипоксии. Губительный эффект кислородного голодания в большинстве случаев нивелируется.

- Часто приходится выезжать в районы?

- Почти через день. Бывает так, что рабочий день заканчивается, всё спокойно, переоделся, а тут звонок... И поехал! Были случаи одновременного выезда двух неонатальных команд в разные отдаленные участки края. В особо тяжелых случаях приходится лететь вертолетом, помогать коллегам стабилизировать ребенка и для дальнейшего лечения забирать его себе.

Врачи отделения по очереди отправляются в районы, так что тут всё по-честному. Я вчера ездила в Бийск, сегодня мой коллега поехал в Благовещенку, до этого Топчиха была...

- Мама вместе с ребенком тоже доставляется к вам?

- Не всегда. Мы - детская реанимация и отвечаем только за ребенка. Женщина, которая только родила, находится под наблюдением взрослого врача-анестезиолога и акушера-гинеколога, которые решают, нужна ей госпитализация или нет. Представьте, если после тяжелых родов, а они все тяжелые, мы приехали и с мамой, а с ребенком что-то начнет происходить? Я обязана буду спасать малыша. А маме кто помогать будет? Поэтому женщиной занимаются другие врачи, которые решают, какая ей необходима помощь, требуется ли госпитализация и куда. При необходимости мы можем дружной бригадой в две машины ехать и за мамой, и за ребенком. Но такое бывает все-таки нечасто.

- Знаю, что у вас есть новое направление - малая плановая хирургия...

- Да, чтобы оказать необходимую помощь малышам, которые родились с врожденной хирургической патологией, мы приглашаем для вмешательства узких специалистов из других медицинских учреждений (хирурга, офтальмолога, ортопеда). Это устоявшаяся практика. Так, в «ДАРе» уже проведено несколько операций по лазерной коагуляции сетчатки глаза (когда у недоношенного малыша диагностируют ретинопатию - сосудистое нарушение сетчатки, которое приводит к безвозвратной потере зрительных функ-



ций). В центр «ДАР» для этого приглашаются оперирующие врачи-офтальмологи **Татьяна Викторовна БИЛЬЧИЧ** и **Владимир Ильич ЛЕБЕДЕВ**, главный детский офтальмолог регионального минздрава и СФО.

Частый гость в «ДАРе» и заведующий детским хирургическим отделением детской городской клинической больницы №7 Барнаула **Андрей Владимирович БОЙКО**. Его, к примеру, мы приглашали провести операцию по восстановлению целостности пищевода. Малыш появился на свет с атрезией - редкой патологией, при которой пищевод сформирован не до конца, а состоит из двух слепых отростков.

Недавно из «ДАРа» была выписана малышка, родившаяся весом всего 590 граммов! Она перенесла 4 (!) операции: три - по восстановлению проходимости кишечника и одну - по устранению ретинопатии. Настоящий боец!

- Как готовите малышей к операциям?

- Как и взрослый человек, маленький пациент перед вмешательством не должен кушать. Тут нужно учитывать, что голодный человек обессилен, а наши малыши в принципе слабые, потому что маленькие, потому что болеют и не доношены.

Должны быть налажены сосудистые доступы, обязательно два: один - центральный (для введения растворов с большой скоростью и осмолярностью), один - периферический (для введения лекарств меньшего объема и скорости). Должна быть адекватная инфузионная терапия, чтобы во время проведения операции водный баланс был восполнен, не страдала работа сердца, давления. Надо обеспечить дыхательную поддержку, подобрать адекватные параметры искусственной вентиляции лёгких, чтобы ребенок был «управляемый», но при этом ему было комфортно. Проводится премедикация. Как и взрослому, маленькому пациенту также ставятся катетеры, ИВЛ, проводится инфузионная, антибактериальная терапия и т.д. Маме обязательно рассказываем для чего и почему, как будет проводиться операция, успокаиваем ее.

- Сколько времени проводят малыши в вашем отделении?

- Всё зависит от состояния и патологии пациента. В среднем от 5-7 дней



до 2,5 месяцев. И это только в отделении реанимации! Есть детки, рожденные весом порядка 600 граммов, когда подрастают до 1800 граммов, - ребенок выкладывается из кувеза, уже в состоянии находиться в открытой реанимационной системе, мама может на руки его брать (методика «кенгуру»), но у него сохраняется зависимость от кислорода, аппарата респираторной поддержки. Такие дети лежат у нас в отделении очень долго, до двух месяцев. Мамы навещают деток круглосуточно. Хотя бывает и обратная ситуация, когда совсем крошек переводим раньше. Например, ребенок весит всего 1000-1100 граммов, но при этом хорошо кушает, все показатели в норме.

За всё время лечения анестезиологи-реаниматологи могут получить не один седой волос. А сколько таблеток от головной боли принято - не сосчитать! Спасибо слаженной работе высококвалифицированного коллектива, что таких моментов становится всё меньше. Как только мы понимаем, что ребенок не нуждается в интенсивной терапии, переводим его в отделение патологии новорожденных, где малыши получают необходимое им лечение и условия пребывания вплоть до выписки.

- В детской медицине получишь не одного пациента, а как минимум двоих - маму и ребенка...

- Распространено мнение, что новорожденный ребенок - это, как минимум, три килограмма веса, розовые щеки и

Чтобы оказать необходимую помощь малышам, которые родились с врожденной патологией, мы приглашаем для вмешательства узких специалистов из других медицинских учреждений (хирурга, офтальмолога, ортопеда).



За счастливое здоровое детство!

◀ милая улыбка. Мама его кормит грудью, и у них всё замечательно. А если ребенок недоношенный? Он может весить граммов 700 и на руках его подержать нельзя. Мамы приходят в шок от того, насколько реальность расходится с ожиданием. Им страшно, они понимают, какая это ответственность. Некоторым даже страшно подойти, потому что малыш настолько маленький, что боятся ему навредить, не знают, что с ним вообще можно делать, сильно переживают. В таких ситуациях мне и моим коллегам приходится выступать в роли психолога, объяснять, что всё меняется - и у их малыша обязательно появятся пухлые щечки. Наши медицинские сестры учат мам, как общаться с ребенком, кормить, ухаживать. И в большинстве случаев всё налаживается!

- Привыкаете к «своим» малышам? Интересуетесь судьбой тех, кто выписался, помните «особые» случаи?

- Из нашего кабинета катанестического наблюдения за детьми с перинатальной патологией мы и получаем всю информацию о тех детях, которых выписали. Но помимо этого есть мамы, с которыми мы в принципе связь поддерживаем - они и рассказывают нам о своих растущих ребяткишках...

Но есть и те, кто особенно запал в душу. Был у меня пациент. Доношенный малыш. Родился не в нашем учреждении, но нам его передали, поскольку у него были серьезные проблемы. Провели много диагностических мероприятий. Выявили редкое врожденное заболевание. Состояние ребенка удалось стабилизировать. После чего его перевезли в узкоспециализированный центр в Москву. В дороге малыша сопровождали я и медицинская сестра - ехали сначала в спецмашине, потом летели в самолете, затем опять спецмашина. Это было очень и очень волнительно: бессонные ночи, обзор научной литературы, множество консультаций. Большим облегчением стало то, что, когда мы привезли ребенка в московский центр, его сотрудники сказали: «Вы большие молодцы, что такого тяжелого пациента доставили в таком хорошем состоянии». В тот момент я почувствовала огромную радость, что не зря были затрачены масса времени и



сил (*смеется*). И теперь, я точно знаю, этот малыш растет и развивается полностью здоровым, радует переживших трудные времена родителей!

- Что вас заряжает на новый рабочий день?

- Это сложно объяснить... Интерес! К примеру, передали в отделение реанимации тяжелого пациента. Я после смены ушла домой, а сама хожу и думаю: «Как там малыш? Быстрее бы уже завтра!..». С утра своих детей в школу проводила и тороплюсь на работу скорей-скорей - посмотреть, как там наш «новенький». На работе обсудим с коллегами, что можно вот так и вот так ему помочь, то и то еще сделать... И если после распределения поступивших детей заведующий направляет меня именно к этому малышу, такое чувство радости испытываю (*третье ладошки!*) Буквально бегу к нему, чтобы начать помогать, сделать так, чтобы он быстрее поправился.

А роды! Это всегда полная отдача и опять же интерес! Роды в 34-37 недель - самые неожиданные, «с сюрпризами». Вроде как малыш почти доношен, но в «ДАРе» простых беременных нет, поэтому идешь максимально сосредоточенным. Также всё может быть прекрасно, мама рождает легко и без всяких проблем. И ты счастлив! А бывает «полный букет» разнообразных проблем. И когда выполняешь всё от себя зависящее, это бодрит! Не бодрит только бумажная работа (*смеется*).

Как всё это можно не любить?! ☺

Надежда Зорнова

Как только ребенок перестает нуждаться в интенсивной терапии, переводим его в отделение патологии новорожденных, где малыши получают необходимое им лечение и условия пребывания вплоть до выписки.





Продолжение. Начало в №5(209) - №6(210) 2020 года

Медики - всегда на передовой!

Мы продолжаем разговор с руководителем Центра развития детского туризма КГБУ ДО «Алтайский краевой центр детского отдыха, туризма и краеведения «Алтай» Мариной Петровной КИПРИЯНОВОЙ - одним из активных исследователей организации и функционирования эвакогоспиталей в Алтайском крае в 1941-1945 годы.

- Мы уже говорили о формировании системы эвакогоспиталей в Алтайском крае, их оснащении, в том числе и кадрами, а также о трудностях, с которыми сталкивались их руководители в годы ВОВ. Марина Петровна, насколько остро стоял вопрос организации питания в эвакогоспиталях в то время?

- Да, возникала угроза недостаточного питания и голода в тыловых эвакогоспиталях, связанная с перебоями в поставках и низким качеством поступающих продуктов питания и фуража по линии НКВ СССР. Поэтому Алтайский крайисполком при эвакогоспиталях края организовал 30 подсобных хозяйств (общей площадью 531,16 га), каждое из которых получило от 8 до 12 тысяч рублей из местного бюджета, предусмотренного на содержание эвакогоспиталей (с последующим возмещением от реализации полученной продукции). Размер участка определялся потребностями госпиталя. Такие подсобные хозяйства были дополнительным продовольственным ресурсом: они компенсировали перебой в поставках продуктов питания интендантским управлением СибВО, позволяли разнообразить и расширить меню раненых бойцов свежими овощами и соленьями.

Колхозы, совхозы и предприятия Алтайского края оказывали помощь эвакогоспиталю в организации работы подсобного хозяйства и помогали продовольствием. Районы, где не были развернуты

госпитали, брали шефство над госпиталями соседних районов края.

На подсобных участках обычно засеивали зерновые культуры, высаживали овощи. Семена заготавливали с собственного урожая, а на недостающие подавали заявку в горрайисполкомы. Организовывался сбор удобрений. При эвакогоспиталях также имелись и скотные дворы, где содержали коров, свиней, овец, птицу.

- Понятно, что мы коснулись только части вопросов, которые необходимо было решать при обеспечении работы эвакогоспиталей. И эти задачи решались, даже при всех отклонениях, успешно. Но самой значимой проблемой была все-таки кадровая...

- Да, это так. Комплектование эвакогоспиталей квалифицированными врачебными кадрами, средним и младшим медперсоналом было одной из сложнейших задач. В крае ее выполнение осложнялось дефицитом медицинских специалистов и отсутствием накануне войны профильных вузов. Так, в 1939 году в Алтайском крае вместо 958 врачей по штатному расписанию было 419 специалистов. Органами НКВД по разным причинам были арестованы 23 врача. Также с началом войны значительная часть медицинских кадров была мобилизована на укомплектование военных лечебных учреждений, формирующихся дивизий, бригад и отдельных частей. Проблему с медицинскими кадрами усугубило и большее, чем запланиро-



вано изначально, количество развернутых в крае эвакогоспиталей.

Подготовка медиков в стране проводилась в 58 мединститутах и в двух военно-медицинских академиях. В СибВО врачи-специалисты выпускались Томским, Омским и Новосибирским медицинскими институтами. Повышение квалификации медспециалистов проводилось в Новосибирском институте усовершенствования врачей.

Специалисты среднего медицинского звена для лечебной сети края готовились в фельдшерско-акушерских школах НКЗ (ФАШ), расположенных в Барнауле, Бийске, Камне-на-Оби, Ойрот-Туре (Горно-Алтайске) и Рубцовске с филиалом в Алейске. В 1938 году на Алтае началась подготовка младших и средних медицинских кадров, к 1940 году она приобрела большой размах. Помимо школ были открыты массовые курсы подготовки медсестер запаса и санитарок преимущественно в системе РОКК и Красного Полумесяца. Для повышения квалификации врачей и медработников в медицинских учреждениях организовывалась научно-иссле-





довательская работа, Алтайский крайздрав часть врачей направлял на курсы повышения квалификации врачей в Новосибирск.

- Несмотря на эти предпринятые меры, к началу Великой Отечественной войны укомплектованность лечебных учреждений Алтайского края медперсоналом осталась недостаточной.

- Да, она составила чуть больше 57%. К тому же отмечался и низкий уровень профессиональной компетенции значительной части алтайских медработников и руководителей.

Для 12 эвакуогоспиталей первой очереди по мобилизационному плану МП-41 военные комиссариаты по заявкам отделов здравоохранения приписывали врачей и специалистов преимущественно из лечебных учреждений края. Эти кадры переходили в разряд военнослужащих. В июне-августе 1941 года в действующую армию была мобилизована значительная часть опытных медиков. Часть врачей направлена на укомплектование формируемых в Алтайском крае армейских полевых корпусных и подвижных госпиталей №№104, 105, 106, 107, 465, 466, 467, 468.

Развертывание эвакуогоспиталей второй очереди в сентябре 1941 года потребовало большого количества врачебных кадров, среднего и младшего медперсонала, которых в Алтайском крае уже практически не было. И чтобы укомплектовать эвакуогоспитали кадрами, была развернута система ускоренной подготовки и повышения квалификации медицинских специалистов различного профиля с практической направленностью с учетом военного времени.

Эвакогоспитали Алтайского края первой и частично второй очереди были укомплектованы квалифицированными административными кадрами. Из местных врачей комплектовался штат военнослужащих среднего управляющего звена эвакуогоспиталей: начальники медицинских отделений, заведующие лечебными кабинетами, лабораторией, аптекой и ординаторы. Средний медицинский персонал направ-



лялся в эвакуогоспитали военными комиссариатами. Младший медицинский и обслуживающий персонал эвакуогоспиталей являлся вольнонаемным и комплектовался из жен фронтовиков, выпускниц курсов сандружинниц или не имеющих образования девушек и женщин, желающих помочь Родине и фронту. Эвакогоспиталь, формируемый на базе лечебного учреждения, комплектовался в первую очередь из работников этого же учреждения.

Эвакогоспитали первой очереди в крае были готовы к приему раненых к началу августа 1941 года. Но первые раненые поступили только в сентябре, поэтому временно (до их прибытия) все врачи

и медсестры развернутых эвакуогоспиталей обязывались ежедневно по 4 часа без всякой оплаты работать в медучреждениях края по обслуживанию гражданского населения. Врачи приписывались к рабочим местам приказом органов здравоохранения и приказом начальника эвакуогоспиталей. В случае нарушения приказа виновные привлекались к ответственности.

- В сентябре 1941 года в Алтайский край были эвакуированы госпитали из прифронтовых районов...

- Но эти прибывавшие госпитали имели сокращенный штат работников, преимущественно административный состав, что

Выполнение плана подготовки средних медицинских кадров в Барнаульской ФАШ в 1942 году

Вид подготовки	Среднее количество групп		Число учащихся		Количество нед. часов
	план	факт	план	факт	
Фельдшер	7	7	2130	2199	11250
Акушер	4	4	1078	1096	11690
Лаборант	1,3	1,3	380	365	2430
Медсестра	0,3	0,3	382	338	2660





сильно обострило ситуацию с кадрами врачебного, среднего медицинского и обслуживающего персонала. В конце сентября 1941 года местные органы власти приступили к формированию эвакуогоспиталей второй очереди. И для их укомплектования, согласно заявкам, подаваемым Алтайским крайздравом в НКЗ РСФСР и ГВСУ РККА, через военные комиссариаты приписывался начальствующий и врачебный персонал из других областей и районов Западной Сибири. Квалифицированные и опытные кадры прибывали в Алтайский край также вместе с эвакуированными с западных регионов страны госпиталями, медицинскими вузами и учреждениями, населением. Наиболее значимой была работа эвакуированных в край Украинского института экспериментальной эндокринологии и Астраханского медицинского института. Начальники ряда прибывших госпиталей не в полной мере отвечали предъявляемым требованиям, и некоторых, по ходатайствам Алтайского крайздрова, снимали с должности и заменяли более компетентными руководителями.

- Довольно высокие требования и оперативные кадровые решения! А как и чем обеспечивался персонал госпиталей?

- В связи с возросшими затратами НКО тыловые эвакуогоспитали были переведены в подчинение НКЗ (Постановление ГКО №701 от 22.09.1941г. «Об улучшении медицинского обслуживания раненых бойцов и командиров Красной Армии» и Решение СНК РСФСР от 26.09.1941г.). Поэтому весь личный состав военнослужащих эвакуогоспиталей, за исключением комиссара и начальника госпиталя, переводился в разряд вольнонаемных и считался мобилизованным для работы в данном госпитале. Таким образом медицинский персонал лишался всего продовольственного и вещевого снабжения по военному ведомству и переводился на полное самообслуживание. С 1 октября 1941 года ставки заработной платы медработникам эвакуогоспиталей

определялись по приказу НКО №255. Медсестры тарифицировались в зависимости от стажа и образования. Часть персонала была уволена и передана в распоряжение военкоматов для постановки на учет и дальнейшего использования по назначению. Местный медицинский персонал заменялся также при объединении эвакуогоспиталей местного формирования и эвакуированных, так как укомплектование происходило в первую очередь за счет прибывших работников.

Укомплектование эвакуогоспиталей врачебными кадрами и медицинским персоналом, повышение квалификации и переквалификация специалистов возлагались на отдел эвакуогоспиталей Алтайского крайздрова. И без его санкции городским и районным отделам здравоохранения запрещалось решать вопросы учета и распределения медицинских кадров в эвакуогоспиталях. Младший медицинский и обслуживающий персонал утверждался на работу начальниками эвакуогоспиталей.

Для оперативного учета начальники эвакуогоспиталей должны были не позднее пятого числа каждого месяца представлять в отдел эвакуогоспиталей отчет о движении медицинских кадров согласно установленным формам: №1 - персональный список врачей по сокращенной форме (ФИО и должность), №2 - количественные данные об укомплектовании (требуется по штату, фактически имеется). Также прилагались списки выбывших (по сокращенной форме) и списки вновь принятых (по развернутой форме) за каждый месяц. Начальники эвакуогоспиталей и заместители по политической части несли персональную ответственность за своевременность и правильность данных в отчетах.

- А что касается подготовки медперсонала?

- Задача подготовки медицинских кадров отделом эвакуогоспиталей Алтайского крайздрова выполнялась во взаимодействии с санитарным отделом СибВО, партийными комитетами ВКП(б), военкоматами, эвакуогоспиталями, медучреждениями, профсоюзными, комсомольскими организациями и ко-

митетами РОКК. После обучения средний медперсонал вставал на учет в военкоматах для последующего распределения по месту работы.

Средний медицинский персонал в Алтайском крае обучался в ФАШ с отрывом от производства и с получением стипендии. С началом войны в целях ускоренной подготовки медперсонала в ФАШ были сокращены учебная программа и сроки обучения с 4 до 2 лет. Также были введены новые предметы - по военной медицине илевой хирургии. Образовательный процесс в ФАШ осложнялся, с одной стороны, изменением учебной программы, что требовало переподготовки преподавателей, обеспечения специальной литературой и учебниками, отправкой на фронт значительного числа преподавательского состава, с другой стороны, - передачей зданий большинства школ эвакуогоспиталям. ФАШ пришлось располагаться в непригодных и часто неотапливаемых помещениях, что также затрудняло процесс обучения.

Выпускники ФАШ направлялись в эвакуогоспитали, лечебные учреждения и на фронт. Например, в 1942 году в барнаульской ФАШ обучались 338 медсестер, Бийская ФАШ за военный период подготовила 808 средних медицинских специалистов.

Младший медицинский персонал подготавливали на курсах по сокращенной программе - 2,5 и 5,5 месяцев. В Алтайском крае также были организованы курсы санитарной подготовки. Сандружины оказывали помощь по разгрузке военно-санитарных эшелонов с ранеными воинами и работали при госпиталях. Для проведения занятий привлекались специалисты-врачи, а практику обучающиеся проходили при лечебных учреждениях и госпиталях. По утвержденному плану на 1943 год Алтайский крайком РОКК обвязывался развернуть сеть курсов медсестер - 40 групп с общим количеством 1200 слушательниц. План был перевыполнен: с успеваемостью «отлично» (76%) и «хорошо» (20%) выпустились 1317 медсестер. За годы войны краевым комитетом Крас-





ного Креста и Красного Полумесяца были подготовлены 4748 медсестер и 7994 санитарных дружинниц.

- Насколько видно из архивных материалов, буквально на рабочем месте велась работа и по повышению квалификации врачей?

- На протяжении всей Великой Отечественной войны, учитывая специализацию эвакогоспиталей Алтайского края, актуальным был вопрос подготовки и повышения квалификации хирургов, способных использовать в своей работе достижения военно-полевой хирургии.

Хирурги Алтайского края проходили курсы повышения квалификации и обучались новым методам и техникам лечения при медицинских вузах Западной Сибири, преимущественно в Новосибирске. Однако в некоторых эвакогоспиталях края подготовка врачей других специальностей на хирургов военного времени отставала от требований момента. Главный хирург отдела эвакогоспиталей Алтайского крайздрава Д.Г. Александровский в октябре 1943 года отмечал неудовлетворительную работу по повышению квалификации врачей и среднего медперсонала. К тому же ряд начальников эвакогоспиталей из-за нехватки врачей-хирургов и перегруженности работой не имели возможности направить врачей на курсы повышения квалификации.

Война показала, что обучение без отрыва от производства является наиболее эффективной и менее затратной формой подготовки и повышения квалификации врачебного и медицинского персонала. Военными и гражданскими органами здравоохранения были утверждены специальные программы по основам травматологии и полевой хирургии, рассчитанные на 150 часов для медсестер и 100 часов для врачей. Помимо хирургии, изучались травматология, ЛФК, техника переливания крови, гипсовая техника, массаж, грязе- и водолечение, парафинотерапия, рентгенотерапия, витаминотерапия, механотерапия, диетическое питание и другие дисциплины. В



качестве преподавателей привлекались наиболее квалифицированные врачи - специалисты из Алтайского края и других регионов Западной Сибири.

Отделом эвакогоспиталей Алтайского крайздрава проводились краевые конференции, а санитарным управлением СибВО - окружные. С августа 1941 года по 1 июня 1942 года в крае были проведены 42 врачебные конференции, основной тематикой которых были вопросы военно-полевой хирургии с демонстрацией больных.

Применение германскими войсками новых видов оружия и специфика работы в эвакогоспитале потребовали от алтайских медиков повышения квалификации и получения знаний по военно-полевой хирургии и особенностям современных методов лечения. Они принимали участие в научно-практических конференциях, медицинских съездах и совещаниях различного уровня.

- И такая работа проводилась в условиях острого дефицита кадров и сверхчеловеческих нагрузок!

- На 1 января 1943 года в Алтайском крае числилось 4856 медработников (из них 479 - эвакуированные врачи), из которых 3756 обслуживали гражданское население. Среди эвакогоспиталей края были удовлетворительно укомплектованы №№ 1508, 3707, 1509, 2502,

1511 Барнаула, №№ 1235 и 1514 Бийска, №№ 1232 и 2499 Рубцовска. Значительно слабее состав специалистов был в эвакогоспиталях №3724 ст.Повалиха, №3721 пос. Тальменка. На протяжении двух полугодий 1942-1943 годов хирурги отсутствовали в барнаульском госпитале №3500. Сокращение количества хирургов, как и других специалистов, об этом мы говорили выше, происходило из-за откомандирования медицинских кадров в передислоцируемые на запад госпитали и в освобождаемые от оккупации районы страны.

В Алтайском крае в годы Великой Отечественной войны работало значительное количество врачей и специалистов со всего СССР: Украинской, Белорусской и Молдавской ССР, Чечено-Ингушской АССР, Москвы, Московской, Сталинградской, Ленинградской, Орловской, Воронежской, Крымской, Курской областей, Краснодарского и Ставропольского краев. В 1943 году в Западной Сибири эвакуированные врачи составляли в Кемеровской области 34% медперсонала, в Алтайском крае - 31%, в Омской области - 27% и Новосибирской области - 26%.

Продолжение следует.

*Благодарим за фотографии
Музей истории медицины Алтая
и лично его директора
И.Г. Беккера.*





В помощь родителям недоношенных детей

Вы не останетесь одни

Алтайский краевой клинический перинатальный центр «ДАР» заключил договор о сотрудничестве с Всероссийским благотворительным фондом помощи недоношенным детям «Право на чудо». Теперь сотрудники Фонда смогут оказывать информационную и психологическую помощь мамам детей, родившихся раньше срока.

С начала года в перинатальном центре «ДАР» появились на свет раньше срока 424 ребенка с весом при рождении менее 2,5 килограмма при сроке гестации не более 37 недель. Теперь мамы таких малышей станут слушательницами курса из четырех занятий, которые с сентября проводят врачи-неонатологи отделения патологии новорожденных и недоношенных детей «ДАРа». Они расскажут о таких патологиях недоношенных, как ретинопатия (заболевание глаз, которое развивается на фоне незрелой сетчатки) и бронхолегочная дисплазия (БЛД, дыхательная недостаточность, вызванная аномальным ростом слаборазвитых легких). Мама узнают, как не допустить необратимые последствия при этих состояниях, как часто после выписки проходить осмотр у специалистов. На занятиях врачи расскажут и об уходе за недоношенным ребенком: как правильно его одевать, обрабатывать пупочную ранку, безопасно очищать носовые ходы, стоит ли туго пеленать, какие специальные техники используются при кормлении малыша... На последнем занятии мамы заполняют анкеты-тестирование, по которым можно будет понять, насколько повысилась их осведомленность по этой тематике.

Родители получают и информационно-справочные буклеты по всем темам программы Школы. Это вспомогательные материалы по уходу и оказанию неотложной доврачебной помощи недоношенному ребенку: например, как действовать при повышении у него температуры тела - когда обтирание не-



обходимо, а когда оно противопоказано; какая требуется неотложная помощь при апноэ (временной задержке дыхания на более, чем 10 секунд) - как быть, если движение грудной клетки отсутствует, а кожные покровы ребенка приобрели синюшный оттенок?..

После выписки из стационара родителям предлагается удаленное сопровождение в течение двух месяцев - это средний период для адаптации семьи к новым условиям жизни. С мамами, после подписанного информационного согласия, по телефону будут общаться сотрудники Фонда, при необходимости оказывая поддержку. Также родители и сами могут обратиться за помощью.

В России работает единственная «горячая линия поддержки семей с недоношенными детьми». На вопросы ответят квалифицированный психолог и практикующий врач-неонатолог, по мере необходимости подключаются другие профильные специалисты (например, по грудному вскармливанию), а также консультирует юрист. **Звонки на «горячую линию» принимаются ежедневно с 8.00 до 23.00 по московскому времени по телефону 8-800-555-2924.**

Мама должна приложить усилия, чтобы сохранить грудное вскармливание, - один из необходимых факторов выхаживания недоношенных младенцев.



Забота и любовь - и ваш ребенок будет здоровым!

Недоношенность малышей, особенно если мама не доходила до предполагаемой даты родов 10 и более недель, сильно пугает родителей. Врач-неонатолог отделения патологии новорожденных и недоношенных детей Алтайского краевого клинического перинатального центра «ДАР» **Дарья Николаевна ОБЛОЖКОВА** прокомментировала мнения, которые слышит от мамочек во время обхода.



НЕДОНОШЕННЫЙ РЕБЕНОК БУДЕТ ЧАСТО БОЛЕТЬ

Да, действительно, у недоношенных детей не до конца сформирована иммунная система, поэтому продуцировать те же самые иммуноглобулины она почти не способна. Однако **условия, созданные для малыша** (сначала в отделении детской реанимации, позже - в палате интенсивной терапии и, наконец, в отделении патологии новорожденных и недоношенных детей), и **соблюдение санитарно-эпидемиологического режима матерью и медперсоналом сводят к минимуму возникновение возможных инфекционных заболеваний**.

Если же речь идет о внутриутробном инфицировании, недоношенный малыш получит необходимую терапию под контролем врача-инфекциониста.

Кроме того, в сознании родителей нередко сидит установка: слабого ребенка нужно оберегать сильнее доношенного, ему нужен особый охранительный режим. Мои коллеги часто наблюдают, как мама кутает даже находящегося в кувезе малыша! При этом на ощупь он горячий и покрыт испариной. Мы объясняем, что в кувезе созданы оптимальные для малыша условия по температуре и влажности. **Важно, чтобы дети были одеты «по погоде».**



Малышу достаточно одного слоя одежды. При этом на голове должна быть надета шапочка. Когда покрыта голова, он чувствует себя комфортно и защищено. Это ощущение замкнутого пространства сравнимо с тем, когда ребенок находится в матке, которая слегка «поддавливает». Этой же цели служит **кокон**. Легкие прикосновения будоражат нервную систему; сильные, но мягкие - успокаивают. По-научному эта методика называется воздействием на тело глубоким давлением.

У НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА ОБЯЗАТЕЛЬНО БУДЕТ ДЦП

ДЦП - это диагноз-симптом, это следствие более глубоких проблем в организме. Причиной поражения головного мозга может быть не только гипоксия. Факторами риска являются инфекционные поражения мозга, повреждения головного мозга из-за травмы или кровоизлияние, вирусные и инфекционные заболевания матери и плода во время беременности.

Недоношенность, действительно, является фактором риска развития неврологических нарушений и задержек развития. ДЦП среди глубоко недоношенных детей с весом менее 1500г диагностируется у 5-10%. Поэтому заранее говорить о том, будет ли у ребенка нарушение нервно-психического развития (даже если есть изменения на нейросонографии: кисты, признаки ишемии - кислородного голодания головного мозга), - нельзя. **Это становится очевидным ближе к одному году.** В центре «ДАР» всех малышей, рожденных раньше срока, наблюдает врач-невролог кабинета катамнеза.

Добавлю, что в кабинете катамнеза недоношенных малышей наблюдает и офтальмолог. Поражение головного мозга сказывается на сосудах глаза: они бывают расширены или, напротив, сужены, могут присутствовать кровоизлияния глазного дна.

НЕДОНОШЕННЫМ ДЕТЯМ РОДИТЕЛИ НЕ НУЖНЫ ПРИ ВЫХАЖИВАНИИ

Миф о том, что недоношенные дети вполне обойдутся без родителей, возник в отделениях с «закрытой» реанимацией, когда к новорожденному нельзя было ни пройти, ни покормить его, ни взять на руки. **Сейчас считается очень важным, чтобы ребенок получал заботу матери с первых дней жизни.** Да и федеральный закон на стороне родителей - они могут находиться со своим ребенком в реанимации столько, сколько необходимо.

Мама должна научиться ухаживать за недоношенным ребенком: ее учат аккуратно и правильно менять подгузник, купать, проводить прочие гигиенические процедуры. Не менее важно, что мама учится понимать реакции своего малыша, что означают гримасы, потягивания, что делать, если он посинел или побледнел. Таких мам - «медсестер без образования» - не страшно отправлять из стационара домой.



НЕДОНОШЕННЫЕ ДЕТИ НЕ ЧУВСТВУЮТ БОЛЬ

Это не так. Рожденным раньше срока проводилось сканирование головного мозга до, вовремя и после забора крови. Исследования показали, что эти дети чувствуют боль сильнее доношенных. Да и вообще они более чувствительны к любой другой сенсорной стимуляции. По этой причине в отделении патологии новорожденных и недоношенных детей для них ограничено количество болевых процедур. Так, ультразвуковое обследование проводится одновременно с плановым обходом. **Важно ограничить количество прикосновений к ребенку, не стоит лишний раз открывать кувез или брать кровь** (она берется исключительно по показаниям, а не «на всякий случай»!).

Для оценки боли у новорожденных мы используем специальные шкалы, в которых учитываются гримаса, частота сердечных сокращений, насыщение крови кислородом. Если доношенный малыш может сообщить о боли криком или увеличившейся двигательной активностью, рожденному раньше срока это не дано - его нервная система находится в угнетенном состоянии.

НЕДОНОШЕННЫМ ДЕТЯМ НЕ НУЖНО ГРУДНОЕ МОЛОКО

Грудное молоко отвечает всем нутритивным потребностям ребенка. При грудном вскармливании малыш получает многоуровневую систему защиты от инфекций. Да, порой есть абсолютные противопоказания: со стороны мамы это может быть открытая форма туберкулеза или ВИЧ, со стороны малыша - врожденные нарушения метаболизма, например, галактоземия. **Сама недоношенность может стать только временным противопоказанием.** Как правило, сосательный и глотательный рефлекс формируются к 32-34 неделе развития. Если роды произошли значительно раньше срока, новорожденного кормят через зонд. Но мама сцеживает молоко каждые три часа.

По мере созревания рефлексов ребенка переводят на грудное вскармливание из соски или непосредственно из груди.



редственно из груди. **Важно сохранять лактацию даже если мама находится далеко от ребенка.** Приведу пример: женщина родила не в нашем центре, и после родов она некоторое время остается в стационаре больницы, а малыша переводят в «ДАР». При этом наши врачи-гинекологи обязательно звонят и интересуются, сцеживает ли женщина молоко? Да, его приходится утилизировать, но лактация у мамы будет сохранена, и когда она воссоединится с малышом, то сможет дать ему самое ценное - свое молоко.

НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В ПЕРВЫЕ МЕСЯЦЫ ЖИЗНИ НЕЛЬЗЯ ПЕРЕВОЗИТЬ В АВТОКРЕСЛЕ

Мнение верно отчасти. Поза ребенка в автокресле физиологична, не создает дополнительную нагрузку на его позвоночник и не опасна для детей раннего возраста (ребенок находится в положении полулежачи и нагрузка на спину распределяется равномерно).

Однако у недоношенных детей недостаточно мышечной массы, чтобы держать длительное время голову, поэтому **поездки в полувертикальном положении могут быть небезопасными для детей с респираторными нарушениями** (например, апноэ). **В таком случае ребенка рекомендовано перевозить в автолюльке в положении «на спине».** Она устанавливается перпендикулярно движению, ребенок пристегнут, люлька фиксируется ремнями автомобиля.

Отмечу, что обычно конверты на выписку не закрепляются в автокресле. Мама вынуждена держать ребенка на руках, рискуя при этом даже при незначительном торможении придавить его своим весом.

Этим летом наш центр «ДАР» присоединился к федеральной программе под эгидой ГИБДД «Детство безопасности». Для пациенток стационарных отделений мы начали проводить тренинги по профилактике детского дорожно-транспортного травматизма. Во время учебы мамы учатся правильно выбирать детские удерживающие устройства, узнают, как правильно подготовить малыша к поездке (какую одежду выбрать, как обустроить его место в машине), как спланировать сам маршрут и как по минимуму отвлекаться на малыша во время движения. ☺



Если близкий человек отказывается от лечения...



Алла Владимировна ЛОБАНОВА, клинический, семейный, перинатальный психолог, психоонколог, КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер»

«У знакомой операция прошла неудачно, вдруг и у меня так же будет», «У меня уже возраст, сколько проживу, столько проживу», «Не хочу, чтобы у меня отрезали (грудь, ногу, матку...)», «Лучше умереть, чем жить калекой», «Это наказание за грехи, вот и буду их отмаливать», «Мой папа умер от лечения, и я могу умереть»... Как часто приходится слышать эти фразы не только медицинскому персоналу, но и близким людям! И, конечно, они больно бьют, ведь мы хотим, чтобы наши родные и близкие жили долго и счастливо, и верим, что лечение может продлить жизнь любимому человеку.

Давайте рассмотрим «причины», по которым пациенты иногда отказываются от лечения.

СТРАХ ПЕРЕД ПРОТИВООПУХОЛЕВЫМИ МЕТОДИКАМИ ТЕРАПИИ

Процесс лечения довольно тяжело перенести - как физически, так и эмоционально. Многие побочных эффектов боятся больше, чем самой болезни. Однажды в коридоре я встретила пациентку, которая горько рыдала, так как ей назначили химию, от которой у нее *«выпадут волосы»*. Именно внешний облик оказался ключевым фактором в тот момент, и пациентка готова была отказаться от лечения.

Часто сил на борьбу с каждым днем остается всё меньше. Жизнь уже не приносит человеку радости и счастья. Он может чувствовать бессилие (*«всё бесполезно!»*) и одиночество (*«я никому не нужен!»*). В таком состоянии невыносимо находиться долго, но и «света в конце туннеля» может быть не видно: врачи не всегда могут предсказать ход лечения. Иногда длительное время приходится находиться в неведении и порой сталкиваться с тем, что лечение работает хуже, чем прогнозировалось. Поэтому наступает разочарование, появляются мысли о том, *«зачем такая жизнь, полная страданий, может, она и не нужна?»*.

НЕГОТОВНОСТЬ К ВЫХОДУ ИЗ ЗОНЫ КОМФОРТА И ИЗМЕНЕНИЯМ

Зачастую многие не готовы выйти из жизненного пространства, в котором чувствуют себя уверенно и безопасно, из состояния психологической защищенности. Жизнь человека в момент изменяется до неузнаваемости. Представьте, что в этот момент творится в его голове и душе: *«Еще вчера я был здоров - сегодня болен, вчера я был успешным - сегодня инвалид с пособием, вчера я был душой компании - сегодня все отвернулись, вчера я был главой семьи - сегодня я немогущ»*... Он ничего не хочет менять в своей жизни. И мифическое спокойствие для многих больных становится лучше всякого лечения.

МНЕНИЕ ОБЩЕСТВА

Еще 20-30 лет назад онкология, действительно, считалась неизлечимой болезнью, и этот факт выработал определенный стереотип в обществе: если заболел раком, то лечись или не лечись - итог будет один. Но новые технологии внедряются в нашу жизнь, и для лечения онкологических заболеваний создается всё больше и больше методик и высокоточных аппаратов. Врачи научились продлять жизнь. Но стереотипы и автоматизмы составляют 95% жизни человека, и если в исто-



рии семьи был сформирован неудачный сценарий со смертельным исходом, то сломать такой стереотип довольно сложно.

НЕЖЕЛАНИЕ ПРИЗНАВАТЬ НАЛИЧИЕ РАКА

Возникает психологическая защита при неспособности принять диагноз («нет у меня рака, всё это выдумки»). Один из вариантов спрятаться от действительности - это возвести барьер в сознании, отгородившись от мрачной реальности. Это типичная психологическая реакция на острый стресс, которая возникает практически у всех людей. Некоторые больные позже все-таки готовы принять болезнь и начать лечение, но есть и такие, кто так и остается пытаться жить в иллюзии: ведь так легче и спокойнее, когда ты что-то отрицаешь, - вроде бы и делать в итоге ничего не нужно. А если и сам больной убеждает себя, то и его родственникам приходится мириться с этой точкой зрения.

К тому же часто такие пациенты могут играть на чувстве вины («Ты, наверное, действительно хочешь, чтобы я побыстрее отправился на тот свет, раз навязываешь мне эту болезнь»).

И в одном, и в другом, и в третьем случае аргументы пациентов настолько сильны и обоснованы, что родственники перестают их убеждать в необходимости лечения. Ведь брать на себя ответственность за жизнь и здоровье другого человека - это очень трудное и тяжелое бремя.

УЖАС ОТ ТОГО, ЧТО ПРИДЕТСЯ УДАЛИТЬ ОРГАН ИЛИ ЧАСТЬ ТЕЛА

Чаще всего пациенты, которым удалили какой-то орган, считают себя неполноценными, ущемленными. Легко ли это принять? Если есть проблемы с самооценкой, если взаимоотношения неустойчивы и нет уверенности в своем партнере, то это действительно очень трудно. «Как меня можно будет любить другим, если я даже сама



себя такой полюбить не могу?!» - восклицают некоторые женщины, у кого намечена операция по удалению груди (мастэктомия). Поэтому люди с личными проблемами, сталкиваясь с онкологией, полностью разочаровываются в жизни и не видят смысла бороться с болезнью, - и отказываются от лечения и операций.

Они не понимают, что ни отсутствие волос, ни следы после операции на теле не помешают женщине быть красивой и стильной, а мужчине - любимым и нужным. И что после болезни ваша жизнь продолжится!

Что можно сделать?

Если близкий человек отказывается от лечения, его родственники могут действовать по определенному алгоритму.

◆ Сначала просто примите это (нежелание больного лечиться) и не паникуйте.

◆ Далее попытайтесь **выяснить**, с чем связаны страхи больного.

◆ Если родственник готов слушать, **можно поделиться своими чувствами и переживаниями**. Если вы искренне верите, что исцеление возможно, скажите об этом вслух. Если вам дорог ваш близкий, страшно потерять его, если вы готовы сделать всё, что угод-

но, лишь бы он был жив и здоров, - так и скажите. Но говорите только про себя - не про него. Фраза «Ты должен лечиться!» отталкивает больше, чем «Я так тебя люблю, и я в ужасе от того, что ты можешь отказаться от лечения, и я потеряю тебя!».

◆ Потом можно **пытаться подбодрить** близкого: например, рассказать успешные истории выздоровления.

◆ Далее можно **попытаться «перекрыть» аргументы пациента своими аргументами**: словами врача, результатами исследований, известной статистикой выздоровлений и т.д.

◆ Можно **попробовать пригласить для разговора авторитетного для пациента человека**: лучшего друга, родителя, врача, священника. Главное, чтобы разговор между ними сложился честный, а не был «подстроеным», так как, заметив сговор, пациент может потерять доверие к вам и вновь закрыться.

Чтобы не было ощущения сговора, не спрашивайте приглашенного собеседника заранее, о чем он будет говорить с близким вам человеком, не вдавайтесь в детали будущего разговора и не пытайтесь контролировать вашего «помощника». Достаточно того, что вы оба находитесь на стороне пациента, вы оба желаете ему луч-



шего и ваше совместное понимание ситуации совпадает. **Просто вкратце опишите сложившуюся ситуацию и попросите побеседовать с больным так, как человек сам считает нужным.**

◆ **Не спешите. Дайте родному человеку время.** Не делайте из каждого разговора «беседу о необходимости лечения». Если больной не согласен с вами, если он отгораживается, - **не упорствуйте.** Но при этом и не бросайте его, **всегда оставляйте возможность обратиться к вам.** Важно, чтобы человек знал, что вы рядом, готовы оказать ему поддержку и помощь, как только он этого захочет. Чтобы он знал, что вы любите и цените его, даже когда ссоритесь.

◆ Иногда человек очень устойчив в своем решении и ни в какую не соглашается лечиться, не слышит ничьих аргументов. Согласитесь, он имеет на это право - ведь это его жизнь. Иногда, заставляя родного человека лечиться, мы думаем о собственном комфорте, о том, чтобы потом не винить себя и чтобы обязательно иметь возможность сказать: *«Мы сделали всё, что могли, но, увы, что поделаешь!..»*. А думать нужно не о своем, а о комфорте близкого человека. Если, к примеру, человек в здравом уме и сознательно решает отказаться от врачей, и вы знаете, что оставшееся ему время (сколько бы его было!) он проведет в относительно комфортных условиях, то лучше не спорить. Если же отказ от врачей приведет к тому, что больной будет страдать всё оставшееся ему время, то нужно искать аргументы и уговаривать его лечиться.

◆ Фразы типа «ты держись», «всё будет хорошо» не имеют под собой никакой реальной основы. Как «держись»? За что держаться? И что значит «хорошо» и когда оно будет? **Не нужно преуменьшать глубину страданий человека.** Ведь даже болевой порог у всех разный, и мы не можем знать насколько человеку действительно больно, страшно или плохо. Лучше в этот момент просто спросить: *«Чем конкретно я тебе могу помочь?»*. Порой бывает достаточно произнести самые простые слова: *«Я с тобой»*, *«Я буду рядом»* и самых несложных действий - попить вместе чай, помочь приготовить завтрак или ужин, обсудить последние новости, помечтать вместе, построить планы. Не нужно читать морали, предлагать рецепты самолечения, подслушанные у кого-то или вычитанные в интернете. Необходимо просто человеческое общение - пригласить на чашку кофе в кафе, сделать подарок, можно попробовать чем-то увлечь, когда человек чем-то увлечен, он хочет жить и каждый день ждет с радостью и нетерпением. Хорошей поддержкой и мотивацией будут книги о людях, перенесших тяжелые заболевания и справившихся с болезнью.

Когда родственники справиться с ложными убеждениями пациента не могут, потому что не имеют должного авторитета, тогда нужно обратиться за помощью к врачам-онкологам и онкопсихологам. ☺

О вакцинации

Валерий Владимирович ШЕВЧЕНКО,
главный внештатный специалист
по инфекционным болезням
регионального министерства
здравоохранения, рассказал
о ходе прививочной кампании
от гриппа в Алтайском крае.

- В этом году в Алтайском крае вакцинация против гриппа началась 21 августа. В ближайшие два месяца она должна быть проведена.

Вакцина ежегодно обновляется, в нее вводятся компоненты тех вирусов гриппа, циркуляция которых предполагается в эпидемическом сезоне 2020-2021 годов на территории Российской Федерации.

Вакцина формирует у человека специфический иммунитет против гриппа, который стимулируется теми компонентами вируса, которые введены в актуальный вид вакцины. **На сегодняшний день вакцина является единственным способом специфической профилактики возникновения гриппа, который человечество способно противопоставить вирусу.**

В этом году возможен вариант смешанной инфекции, ведь предполагаемый подъем заболеваемости гриппом выпадет на то время, когда еще сохранится заболеваемость новой коронавирусной инфекцией (COVID-19). И не исключено, что одна инфекционная болезнь по своему течению у человека будет усугублять другую. Поэтому **мы рекомендуем прививаться от гриппа, особенно в этот непростой период.**

Обязательно должны быть привиты люди из группы риска! Это: дети, начиная с полугодовалого возраста, дети организованных коллективов; студенты; люди старшего возраста, имеющие хронические заболевания; люди старше 65 лет; беременные женщины; призывники; лица, работающие в сфере обслуживания, медицинские работники. *Остальные могут привиться по желанию.*

Подход к вакцинации - индивидуальный. Перед тем, как ставить прививку, необходимо прийти на прием к медработнику, который определит возможные риски. В инструкции к вакцине четко определен контингент, которому необходимо соблюдать осторожность или воздержаться от вакцинации. Например, одним из противопоказаний является наличие у человека на момент осмотра клинических симптомов острого инфекционного заболевания. В этом случае вакцинация будет отложена до момента выздоровления.

Таким образом, до середины октября - это оптимальное время для проведения плановой вакцинации против гриппа, что позволит предупредить высокие риски нарушения здоровья в предстоящий осенне-зимний период. ☺



Профилактика гельминтозов

Гельминты - общее название паразитических червей, обитающих в организме человека и животных, вызывающих гельминтозы, которые, в свою очередь, наносят существенный вред здоровью хозяина.

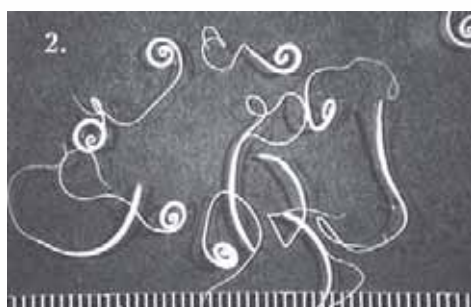
К гельминтам относят представителей плоских червей:

- ▶ ленточных червей (цестод),
- ▶ сосальщиков (трематод),
- ▶ круглых червей (нематод).

Чаще всего в организме человека паразитируют представители круглых червей.



Острицы (рис.1) - мелкие круглые черви белого цвета до 1 сантиметра длиной.



Власоглав (рис.2) имеет длину от 2 до 5 сантиметров с характерной нитевидной головной частью и



утолщенной задней частью. Власоглав вызывает такое заболевание, как *трихоцефалез*, поражающий ЖКТ и нервную систему.

Самыми же крупными являются **аскариды (рис.3)**, имеющие длину от 20 до 40 сантиметров и веретенообразную форму. Эти гельминты паразитируют в кишечнике человека, причем, продолжительность жизненного цикла аскарид составляет около одного года. Самец несколько меньше самки и отличается от нее характерным загнутым в виде крючка задним концом тела. Заболевание, вызываемое аскаридами, называется *аскаридоз*.

Чем опасны гельминты для человека

Безусловно, гельминты наносят существенный вред здоровью человека, который проявляется следующими моментами:

- ◆ в организме хозяина (человека) возникает дефицит жизненно необходимых витаминов и микроэлементов;
- ◆ у человека также снижается иммунитет, удлиняются сроки лечения инфекционных и неинфекционных заболеваний;
- ◆ появляются различные аллергические проявления;
- ◆ у ребенка появляются беспокойство, капризность, раздражительность, нарушения сна, отмечается отставание в умственном и физическом развитии.

Встречается более десяти опасных для человека видов гельминтов. Но наиболее широкое и массовое распространение, особенно среди детей, имеют три из них, о которых мы говорили выше.

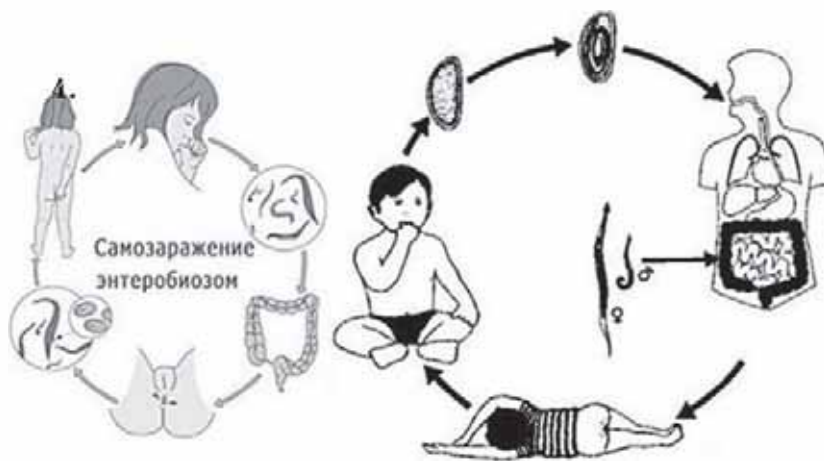


Елена Николаевна ТРЯПИЦЫНА,

заведующая учебно-методическим кабинетом, врач-методист, высшая квалификационная категория, КГБУЗ «Краевая клиническая больница», член ПАСМР с 2008 года

По официальным данным Всемирной организации здравоохранения, примерно каждый второй человек в мире ежегодно заражается одним из трех основных видов гельминтов, что приводит к развитию таких заболеваний, как энтеробиоз, анкилостомоз и трихоцефалез.

В России ежегодно выявляются более 4,5 миллиона зараженных гельминтами людей, из которых более 80% - это дети. Так как к глистным заболеваниям наиболее восприимчивы дети, именно им необходимо уделять особое внимание:



ведь проявления заболевания гельминтозами зачастую не так очевидны, поэтому может казаться, что зараженный гельминтами ребенок вполне здоров, однако это совсем не так.



Особенности гельминтных заболеваний

Среди всех гельминтозов энтеробиоз занимает первое место (до 85%), остальные 15% приходятся на долю аскаридоза, трихоцефалеза и токсокароза.

Энтеробиоз вызывают острицы, которые обитают в слепой кишке и аппендиксе человека и не вызывают каких-либо болезненных симптомов. Черви питаются содержимым кишечника. Важным признаком наличия в организме остриц является зуд в области ануса, возникающий чаще всего в вечернее и ночное время. Это вызвано тем, что во время сна хозяйина самки остриц активно выползают из анального отверстия, затем откладывают яйца и умирают.

В заражении человека острицами главную роль выполняют грязные руки (рис.4). Человек во время зуда расчесывает кожу, вместе с тем яйца остриц попадают на руки и под ногти хозяина. Затем яйца остриц очень легко переносятся на дверные ручки, личные вещи, в том числе и на игрушки, а также попадают в рот человека через немытые руки.

Очень часто энтеробиозом болеют дети младшего возраста, посещающие дошкольные организации. Заражению здоровых детей, находящихся в одном помещении с больным ребенком, **содействуют несформированные гигиенические навыки и вредные привычки:** грызть ногти, держать пальцы во рту, сосать игрушки и т.п.

У детей заболевание энтеробиозом сопровождается следующими симптомами: зуд в области заднего прохода в вечернее или ночное время; нарушение сна; раздражительность; повышенная утомляемость; ночное недержание мочи; метеоризм; снижение активности и появление усталости; снижение веса; могут быть болезненные ощущения в животе. На фоне энтеробиоза у детей часто развиваются инфекции мочевыводящих путей,



Советы медицинской сестры

особенно у девочек. Наличие энтеробиоза приводит к снижению эффективности профилактических прививок. Причем, у детей с аллергическими заболеваниями этот гельминтоз развивается существенно чаще.

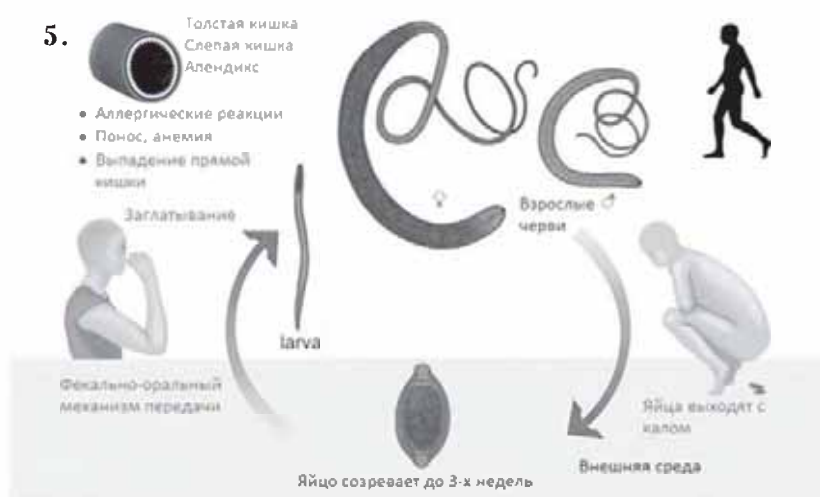
Трихоцефалез широко распространен в тропиках и субтропиках и чаще поражает детей из низшего социального класса. Особенностью этого заболевания является не только *отсутствие ярко выраженных клинических признаков и длительный период течения заболевания*, но и *сложность диагностики и лечения*.

Возбудителем трихоцефалеза является **самка власоглав** (рис. 5), которая ежедневно откладывает тысячи яиц. Они выходят с калом хозяина наружу и дозревают в почве. Так как заражение происходит не от больного человека, бороться с этим заболеванием сложнее, потому что яйца власоглав во внешней среде выживают годами - и всё это время несут опасность для человека. После проглатывания человеком яиц в двенадцатиперстной кишке образуются личинки, которые после полного созревания перемещаются в толстую кишку. Цикл развития власоглава составляет порядка трех месяцев, а срок жизни взрослых особей - от 3 до 5 лет.

Отличительная черта заболевания трихоцефалезом в том, что *своим передним волосовидным концом паразит нарушает целостность стенки кишечника, питаясь в основном кровью хозяина* (у которого развивается анемия). Поскольку власоглав заселяет толстый кишечник, то в месте повреждения, как правило, присоединяется вторичная инфекция, провоцирующая развитие аппендицита.

Аскарида является самым агрессивным по сравнению с вышеперечисленными паразитами.

Личинки и яйца аскарид попадают в организм человека с грязными овощами и фруктами. Яйца аскариды развиваются в кишечнике хозяина, затем попадают в лимфатические и кровеносные



сосуды, затем с потоком крови перемещаются в печень, правый желудочек сердца и лёгкие, где по мере созревания разрывают капилляры и далее мигрируют в бронхи, трахею, глотку и полость рта. И только после повторного их заглатывания в организм, развиваются взрослые особи. **Весь цикл миграции аскариды составляет около трех месяцев, который сопровождается у человека интоксикацией, лихорадкой, потливостью, кашлем, аллергическим зудом, сыпью, астматическим бронхитом.** В период зрелости паразита у хозяина **снижается аппетит** (соответственно, он теряет в весе), появляются **общая слабость и боли в животе**.



Профилактика гельминтозов

Уважаемые родители, помните, что наши дети наиболее уязвимы и восприимчивы к глистным заражениям! Именно в детских коллективах фиксируется и сохраняется са-

Заражению здоровых детей, находящихся в одном помещении с больным ребенком, содействуют несформированные у них гигиенические навыки и вредные привычки.



Советы медицинской сестры

► мый высокий уровень зараженности гельминтозами, именно дети являются основными источниками загрязнения окружающей внешней среды.

Существуют основные меры по пресечению распространения заболевания. К ним относятся:

- предупреждение загрязнения внешней среды яйцами гельминтов;

- воспитание у детей на своем примере устойчивых гигиенических знаний и навыков;

- борьба с вредными детскими привычками (грызть ногти, сосать пальцы, игрушки, другие предметы и т.д.);

- своевременное обращение за медицинской помощью при подозрении на заболевание гельминтозами;

- проведение ежегодных плановых оздоровительных мероприятий среди организованных детских коллективов.

Профилактические мероприятия по заражению гельминтами - это:

- ◆ необходимо покупать мясо, мясные продукты, рыбу, морепродукты исключительно в установленных местах, где гарантируется их качество и безопасность;

- ◆ следует подвергать продукты достаточной термической обработке, соблюдать правила посола и консервирования;



- ◆ требуется тщательное мытье овощей, фруктов, зелени. Зелень можно промыть в мыльной воде с последующим ополаскиванием проточной водой. Для ягод (клубники, земляники, малины) применяется промывание 1,0% раствором соды, а затем чистой водой. Для обеззараживания овощей применяется слабый раствор йода (0,2-0,5%);



- ◆ обязательное мытье рук с мылом после посещения туалета, улицы, общественных мест, после работы с землей, контакта с домашними животными;

- ◆ исключение приема сырой рыбы, мяса, необработанной икры;

- ◆ своевременное лечение домашних животных от гельминтозов и соблюдение правил содержания животных, обеспечивающих их защиту от заражения гельминтозами.

- ◆ соблюдение чистоты в помещениях;

- ◆ исключение использования на приусадебных участках в качестве удобрения свежих фекалий, необходимость обеспечения компостирования навоза, фекалий, бытовых отходов.

- ◆ при наличии факторов риска необходимо регулярно проходить обследование на гельминтозы (не реже 1 раза в год).

Знание причин возникновения гельминтозных заболеваний и соблюдение элементарных правил позволит эффективно снизить заболеваемость и уберечь от заражения себя и детей! Здоровья вам и вашим близким! ☺

При наличии факторов риска необходимо регулярно проходить обследование на гельминтозы (не реже 1 раза в год).



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

На правах рекламы

ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ



Оперировать нельзя ждать

«Доктор, почему меня не оперируют? У меня же рак, а вы гоняете меня по разным обследованиям, тянете время! Чего вы добиваетесь?!» - подобные обвинения нередко слышат врачи-онкологи от своих пациентов.

Однако, несмотря на то, что именно хирургическое удаление является основным методом радикального лечения злокачественных опухолей, на деле не всегда спасительную операцию возможно провести.

Кого нельзя оперировать, а кому, напротив, невозможно ждать - разбираемся с заместителем главного врача по хирургической помощи КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер», кандидатом медицинских наук **Алексеем Владимировичем МАРЬИНЫМ**.

Главный, но не единственный

Хирургия во всем мире признана основным радикальным методом лечения злокачественных опухолей. Радикальным - то есть позволяющим полностью устрани-

нить причину патологического процесса.

- *Операция нужна почти всегда*, - говорит Алексей Владимирович. - *Всё, чего в организме быть не должно, всё, что несет потенциальную угрозу для жизни человека, - всё это должно быть физически удалено. И как можно быстрее. Это одна из аксиом онкологии.*

Но, как и любой другой вид лечения, **хирургическое вмешательство имеет свои противопоказания**. Одни зависят от характеристик самой опухоли, другие - от состояния здоровья пациента в целом. Поэтому в ряде ситуаций



врачи бывают вынуждены отложить операцию или отказаться от нее вовсе.

Последнее происходит, когда все данные говорят о том, что от операции больной погибнет быстрее, чем от своего заболевания. Это - все запущенные процессы, так называемая четвертая стадия рака. Например, когда опухоль настолько велика, что проросла в соседние органы и структуры и не может быть удалена чисто технически. Или если пациент имеет множественные метастазы в жизненно-важные органы: печень, кости, головной мозг и т.п.

Однако отсрочка или отказ от операции вовсе не означает, что больной останется без необходимого лечения.

- *Например, при ряде локализаций злокачественных опухолей, согласно утвержденным стандартам, операция является основным методом, но не первым хронологически*, - говорит Алексей Марьин. - *Это, в частности, большинство случаев рака желудка, большая часть опухолей молочной железы, почти все пациенты со злокачественными новообразованиями носоглотки.*

ХИРУРГИЧЕСКИЙ СЛОВАРЬ

Диагностическая операция - хирургическое вмешательство, направленное на уточнение диагноза, определение стадии процесса. Проводится в тех случаях, когда все использованные ранее методы обследования не позволяют поставить точный диагноз, а это необходимо для выбора тактики лечения.

Радикальная операция - хирургическое вмешательство, направленное на удаление всех опухолевых тканей, которые только есть в организме. После выполнения радикальной операции у пациента не остается опухолевых очагов - ни клеток первичной опухоли, ни ее метастазов.

Условно радикальная операция - хирургическое вмешательство, при котором все условия радикальности удаления опухоли выполнить невозможно.

Паллиативная операция - хирургическое вмешательство, после которого в организме больного ожидаемо остаются неликвидированные очаги опухоли. Цель таких операций - предотвращение тяжелых осложнений опухолевого процесса, восстановление работы пораженного органа, максимально возможное продление жизни пациента и улучшение ее качества (установка обходных анастомозов, стентов, стом и т.п.).



Победим свой страх!

Для уменьшения размеров первичного очага или сокращения количества и размеров метастазов первыми назначаются химиотерапия, лучевое или комбинированное лечение. В неоперабельных случаях, когда пациент не может быть прооперирован в принципе, лекарственное лечение используется в паллиативном режиме для того, чтобы замедлить рост опухоли, максимально продлить жизнь и сохранить ее достойное качество, а также избавить его от боли.

Одним можно, другим нельзя

Другое дело, если по стандарту операция должна быть проведена в первую очередь, но не проводится. И здесь возникает одно из ключевых понятий для хирургической практики - **понятие операбельности**. Это общая характеристика внутренних резервов здоровья пациента, его способность или неспособность перенести хирургическое вмешательство.

- Почему это важно? - объясняет доктор. - *Потому что любая операция, даже диагностическая, - это большая травма для организма, с последствиями которой ему предстоит справиться, а на это у него должно быть достаточно внутренних резервов.*

На операбельность пациента влияют не только характеристики самого опухолевого процесса (распространенность, наличие метастазов и их локализация и т.п.), но и общее состояние здоровья, а также наличие сопутствующих заболеваний. Даже в одном возрасте люди одного пола могут находиться в принципиально разном физическом состоянии. У кого-то организм, что называется, полон сил, а у кого-то он представляет собой «руины», едва сохраняющие свою жизнеспособность.

Вот почему в, казалось бы, идентичных ситуациях, когда у пациентов одинаковые диагнозы, одним проводят операцию, а другим - нет. **Оценить способность человека перенести оперативное вмешательство может только врач с помощью специальных исследований и заключений других узких специа-**

листов. Перед любой операцией пациенту всегда выдается перечень обследований, которые необходимо пройти (кровь, ЭКГ, при наличии хронических заболеваний - ряд специальных методик и обязательные консультации узких экспертов - эндокринолога, кардиолога, невролога и т.п.).

Инооперабельность пациента по той или иной причине - это абсолютное противопоказание для проведения любого хирургического вмешательства.

Чаще всего, эти факторы никак не связаны с онкологией, и нам кажется, что нас зря гоняют по врачам и кабинетам, - лишь бы время потянуть! На самом деле, медики стараются учесть все риски и избежать возможных осложнений.

Кстати, само по себе хирургическое вмешательство может даже ухудшить течение злокачественного процесса. Если операция была проведена нерадикально, и часть опухолевой ткани или метастатические очаги остались, то рост опухоли может ускориться. В таких случаях пациенты часто говорят: «Рак увидел свет, глотнул воздуха и начал расти активнее». На самом деле, это адекватная реакция организма на полученную травму. В клетках начинают происходить комплексные процессы, которые способствуют быстрому заживлению послеоперационной раны, но одновременно с этим могут подхлестнуть и рост опухоли.

И это тоже должны учитывать онкологи перед проведением операции, чтобы грамотно спланировать и начать в нужные сроки послеоперационную лучевую или химиотерапию. С помощью этих методик удастся избавиться от потенциально оставшихся единичных злокачественных клеток или мелких скоплений, которые во время операции визуально определить нельзя.

Всё идет по плану

Еще один фактор, важный для понимания принципов оперативного лечения, - это **плановость и экстренность хирургической помощи**.

Экстренные операции проводятся по жизненным показаниям. Их нельзя отложить ни на минуту, потому что промедление «смерти подобно», причем в буквальном смысле слова. Экстренные операции проводят, невзирая на состояние пациента, необходимая коррекция проводится уже в процессе, параллельно основным хирургическим манипуляциям.

Экстренные операции - абсолютно нетипичная история для онкологии, их количество можно пересчитать по пальцам. Как правило, такие вмешательства связаны с осложнениями патологического процесса. Например, при непроходимости кишечника. Экстренная операция необходима, чтобы устранить угрожающую жизни проблему, но при этом к радикальности она не имеет никакого отношения. То есть первоисточник - опухоль, вызвавшую осложнение, - не трогают вообще.



Любая экстренная операция, то есть вмешательство на неподготовленном организме, резко повышает риск послеоперационных осложнений и летального исхода. Это крайне нежелательно в любой ситуации, и уж тем более для онкологических пациентов.

Поэтому подавляющее большинство операций в онкологии - *плановые*. Пациентов к ним тщательно готовят, внимательно и всесторонне изучают особенности основного заболевания и сопутствующих состояний - делают всё, чтобы добиться максимального результата с минимальными рисками и осложнениями. И если на подготовительном этапе врачам что-то непонятно, их что-то смущает, операция может быть совершенно спокойно отложена на некоторое время без ущерба для здоровья пациента.

- *Ни одна опухоль не развивается стремительно*, - уверен Алексей Марьин. - *Ситуация не может существенно ухудшиться за две, три недели, а при благоприятном течении и за месяцы. И наоборот: корректная диагностика, точный диагноз и верно выбранная тактика лечения способны разительно изменить результат в лучшую сторону. Пословица про «семь раз отмерь, один - отрежь» очень точно характеризует тактику хирургов-онкологов.*

Знают, что делают

«Нужно ли оперировать злокачественную опухоль в специализированном онкологическом диспансере, ведь сегодня многие клиники общего профиля, в том числе и частные медицинские центры, имеют лицензии на осуществление онкологической помощи? А там и условия могут быть получше, и к дому поближе - ну, и вообще...» Это еще один важный вопрос, который нередко задают пациенты с онкопатологией себе и врачам.

- *Ответ на него однозначен и прост*, - утверждает доктор Марьин. - *Если вы выбираете между специализированным онкологическим центром и клиникой общей практики, пусть даже очень известной, солидной и весьма уважаемой, выбирайте первое.*

Дело в том, что **онкологическая хирургия имеет две существенные особенности, отличающие ее от неонкологических операций**. При наличии злокачественного процесса необходимо удалить не только саму опухоль, но и сделать значительный отступ на здоровые ткани, причем по всем трем осям - в ширину, высоту и глубину. Кроме того, в подавляющем большинстве случаев требуется также удаление зоны лимфооттока, примыкающей к пораженному органу, вместе с лимфатическими узлами, которые в нее входят. Это делается потому, что процесс метастазирования проходит в том числе и по лимфатическим путям, и раковые клетки по лимфатическим сосудам «уплывают» и оседают в лимфатических узлах, которые выполняют функцию своеобразного ракового фильтра. При доброкачественных новообразованиях ничего подобного делать не нужно.



Мировая статистика также говорит в пользу операций в специализированных онкологических учреждениях: выживаемость и безрецидивность у таких пациентов значительно выше.

- *Почему это происходит, сказать сложно*, - рассуждает Алексей Марьин. - *Возможно, дело в том, что задачи у общих хирургов и хирургов онкологов в плане объемов операций принципиально разные: первым нужно отрезать как можно меньше, вторым, напротив, как можно больше. Возможно, общие хирурги на автомате работают в привычном режиме и невольно оставляют некоторую долю патологической ткани. Ответа на этот вопрос у медиков нет, тем не менее - факт остается фактом.*

По этой же причине региональные онкологические диспансеры отправляют пациентов с редкими опухолями оперироваться в федеральные центры. Там подобные больные концентрируются со всей России, соответственно, практический опыт хирургов-онкологов значительно выше, а необходимые навыки отработаны несопоставимо лучше, нежели у региональных коллег.

В Алтайском крае, например, так обстоит дело с остеосаркомами. В региональном онкологическом диспансере есть хирурги, владеющие определенными техниками хирургической работы на костях, однако современные операции с установкой эндопротезов и т.д. пациентам из Алтайского края выполняются в ведущих федеральных центрах по квотам.

- *Главный принцип медицины - «Не навреди!»*, - уверен Алексей Марьин. - *Каждый врач заинтересован в максимально эффективном и безопасном результате. Ведь, в конечном итоге, это и есть показатель его личного профессионализма и мастерства.* ☺

**Юлия Корчагина,
пресс-секретарь КГБУЗ
«Алтайский краевой
онкологический диспансер»**



дуют за или предшествуют дискомфорту, болям в грудной клетке.

Алгоритм неотложных действий при инфаркте миокарда

1) Сесть (лучше в кресло с подлокотниками) или лечь в постель с приподнятым изголовьем. Принять 0,25г ацетилсалициловой кислоты (аспирина) - таблетку разжевать, проглотить, и 0,5мг нитроглицерина (нитроспрей, таблетку или капсулу (предварительно раскусить, не глотать) положить под язык).

2) Освободить шею и обеспечить поступление свежего воздуха (открыть форточки).

3) Если через 5-7 минут после приема аспирина и нитроглицерина боли сохраняются, необходимо второй раз принять нитроглицерин.

4) Если через 10 минут после приема второй дозы нитроглицерина боли сохраняются, необходимо в третий раз принять нитроглицерин. В случае неэффективности вызвать скорую помощь. **Не выжидайте более 10 минут - в такой ситуации это опасно для жизни!**

5) Если после первого или последующих приемов нитроглицерина появились резкая слабость, потливость, одышка, - необходимо лечь, поднять ноги (на валик и т.п.), выпить 1 стакан воды и нитроглицерин не принимать!

6) Если больной ранее принимал лекарственные препараты, снижающие уровень холестерина - статины (симвастатин, ловастатин, флувастатин, правастатин, аторвастатин, розувастатин), необходимо дать ему обычную дневную дозу.

К основным потенциально модифицируемым факторам риска, которые влияют на развитие инфаркта миокарда и на которые можно влиять, относятся: курение; повышенный уровень холестерина; повышенное АД; повышенный уровень сахара; абдоминальное ожирение; психосоциальное напряжение; стресс. **Рекомендуется** ежедневно употреблять фрукты и

овощи, умеренно - алкоголь, регулярно и достаточно заниматься физической активностью.

Острое нарушение мозгового кровообращения

ОНМК - это острое заболевание, возникающее из-за резкого нарушения кровотока в сосудах головного мозга. К нему относят инсульты и преходящие нарушения мозгового кровообращения.

Основные признаки ОНМК:

● онемение, слабость «неподлушность» или обездвиживание руки, ноги, половины тела, перекашивание лица и слюнотечение на одной стороне;

● речевые нарушения (затруднения в подборе нужных слов, понимания речи и чтения, невнятная и нечеткая речь или ее потеря);

● нарушения или потеря зрения, «двоение» в глазах, затруднена фокусировка зрения;

● нарушение равновесия и координации движений (ощущения «покачивания», вращения тела, головокружения», неустойчивая походка вплоть до падения);

● необычная сильная головная боль (нередко после стресса или физического напряжения);

● спутанность сознания или его утрата, неконтролируемое мочеиспускание или дефекация.

Алгоритм неотложных действий при ОНМК

Если больной без сознания: необходимо положить его на бок; удалить изо рта съемные протезы, остатки пищи, рвотные массы, убедиться, что больной дышит.

Если пострадавший в сознании:

▶ помогите ему принять удобное полусидячее положение, подложив под спину подушки; обеспечьте приток свежего воздуха;

▶ расстегните воротничок рубашки, ремень или пояс, снимите стесняющую одежду;

▶ положите под язык больному две таблетки глицина;

▶ если температура тела 38°C, дайте парацетамол (2 таблетки по

0,5г, разжевать, проглотить), при его отсутствии - других жаропонижающих препаратов не давать!

▶ положите на лоб и голову лёд;

▶ если больной принимал препараты, снижающие холестерин (статины), дайте его обычную дневную дозу;

▶ если систолическое АД более 220мм.рт.ст., дайте больному антигипертензивный препарат, который он принимал раньше. До прибытия скорой помощи больному необходимо класть под язык по 1-2 таблетки глицина с интервалом 5-10 минут (всего не более 10 таблеток).

Внезапная смерть

К основным ее признакам относятся внезапная потеря сознания и полное прекращение дыхания.

Техника оказания помощи

◆ Встряхните человека за плечо, громко спросив «Что с вами?». При отсутствии ответа активно хлопайте его по щекам. **При отсутствии реакции сразу приступайте к закрытому массажу сердца!**

◆ Больного уложите на жесткую ровную поверхность. Освободите от одежды переднюю часть грудной клетки. Определите на ней местоположение рук. Не согнутыми в локтях руками производите энергичное ритмичное сдавливание грудной клетки пострадавшего на глубину 5см с частотой 100 надавливаний в минуту.

◆ **При появлении признаков жизни** (любые реакции, мимика, движения или звуки) **массаж сердца необходимо прекратить.**

◆ При исчезновении указанных признаков жизни массаж сердца необходимо возобновить. Остановки массажа сердца должны быть минимальными - не более 5-10 секунд.

◆ При возобновлении признаков жизни массаж сердца прекращается, больному обеспечивается тепло и покой. При отсутствии признаков жизни массаж сердца продолжается до прибытия бригады скорой помощи. ☹



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



**Вихлянов
Игорь Владиславович**
д.м.н., профессор,
главный внештатный
онколог министерства
здравоохранения Алтайского
края, главный врач
КГБУЗ "Алтайский краевой
онкологический диспансер"



**Ефремушкина
Анна Александровна**
д.м.н., профессор, главный
внештатный кардиолог
министерства здравоохранения
Алтайского края, профессор
кафедры терапии и общей
врачебной практики
с курсом ДПО АГМУ



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



**Костромичка
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
с курсом ДПО АГМУ,
председатель комитета АКЗС
по здравоохранению и науке



**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**
Заслуженный работник
здравоохранения РФ,
почетный член
Профессиональной сестринской
ассоциации Алтайского края



**Ремнева
Надежда Степановна**
к.с.н., председатель Алтайского
краевого Совета женщин -
отделения Союза женщин России,
председатель Общественной
женской палаты при губернаторе
Алтайского края



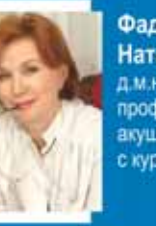
**Ремнева
Ольга Васильевна**
д.м.н., доцент,
заведующая кафедрой
акушерства и гинекологии с курсом
ДПО АГМУ



**Реуцкая
Елена Михайловна**
заместитель главного врача
по медицинской части КГБУЗ
«Краевая клиническая больница»



**Салдан
Игорь Петрович**
д.м.н., профессор



**Фадеева
Наталья Ильинична**
д.м.н., профессор,
профессор кафедры
акушерства и гинекологии
с курсом ДПО АГМУ



**Яворская
Светлана Дмитриевна**
д.м.н., доцент, профессор кафедры
акушерства и гинекологии с курсом
ДПО АГМУ,
президент «Ассоциации
акушеров-гинекологов»
Алтайского края

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№9 (213) сентябрь 2020 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
"Национальный проект
"Здравоохранение") 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
оружным 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 30.09.2020 г.,
фактически - 14:00 30.09.2020 г.
Дата выхода: 06.10.2020 г.

Главный редактор - Ирина Валентиновна Козлова
(тел. 8-960-939-6899).

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

Учредитель-Издатель ООО «Издательство «Вечерний Новоалтайск - Добрый
день»: 658080, Алтайский край, г. Новоалтайск, ул. Обская, 3.
Тел. 8(385-32) 2-11-19. Адрес редакции: 658080, Алтайский край,
г. Новоалтайск, ул. Обская, 3. Тел. 8(385-32) 2-11-19.

Адрес работы с общественными представителями:
656038, Алтайский край, г. Барнаул, пр. Ленина, 56, тел. 8-902-141-79-83.
E-mail: nebolen@mail.ru. Группа ВКонтакте: <https://vk.com/nebolen>

Отпечатано в типографии ИП Назаров А.В.:
656049, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Чкалова, 228. Тел. (3852) 38-33-59. Печать
офсетная. Тираж - 4120 экз. Цена свободная.

Подписной индекс в каталоге АП "Алтай" - 73618
Подписной индекс в каталоге "Почта России" - ПР893

29 сентября
Всемирный
день сердца

ПАМЯТКА ПО ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ВНЕЗАПНОЙ ОСТАНОВКЕ СЕРДЦА (КОРОНАРНОЙ СМЕРТИ)

ОСНОВНЫЕ ПРИЗНАКИ ВНЕЗАПНОЙ ОСТАНОВКИ СЕРДЦА:

Внезапная потеря сознания: когда стоящий или сидящий человек падает, при этом также нередко наблюдается судорожное напряжение мышц.

Внезапное полное прекращение дыхания: часто предваряется хрипящими и/или булькающими звуками, похожими на попытку что-то сказать.

НЕМЕДЛЕННО ВЫЗЫВАЙТЕ БРИГАДУ СКОРОЙ ПОМОЩИ!

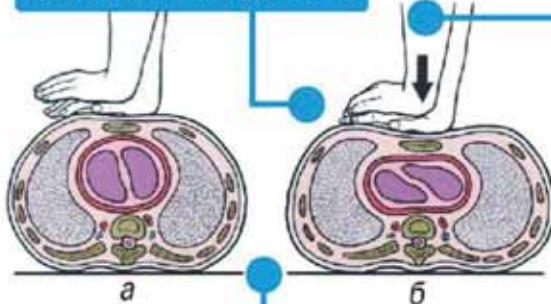
АЛГОРИТМ НЕОТЛОЖНЫХ ДЕЙСТВИЙ ОЧЕВИДЦЕВ ВНЕЗАПНОЙ ОСТАНОВКИ СЕРДЦА:

Встряхните пациента за плечо и громко спросите: «Что с вами?» Проверьте пульсацию на сонных артериях. При отсутствии пульсации начинайте непрямой массаж сердца.



100 надавливаний на грудную клетку в минуту на глубину 5 см

Производите энергичное ритмичное сдвигание грудной клетки пострадавшего



Местоположение рук на грудной клетке больного. Руки прямые, не согнутые в локтях



Уложите больного на ровную жесткую поверхность (пол, земля, твердая площадка)

Перерывы при проведении массажа сердца должны быть минимальными – 5–10 секунд. При появлении признаков жизни массаж сердца прекращается, больному обеспечиваются тепло и покой. При отсутствии признаков жизни массаж сердца продолжается до прибытия бригады скорой помощи.

ПОМНИТЕ, ЧТО:

АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВАЯ КИСЛОТА (АСПИРИН) и НИТРОГЛИЦЕРИН, принятые **в первые минуты**, могут предотвратить риск развития инфаркта миокарда и значительно уменьшают риск смерти от него.

Закрытый массаж сердца, проведенный **в первые 60–120 секунд** после внезапной остановки сердца, позволяет вернуть к жизни до 50% больных.