

Алтайская краевая медицинская газета | 12+

Мы и ЗДОРОВЬЕ



№ 9 (676) 11 сентября 2019 г. | Издаётся с 17 июня 1994 г.

Небогатырского телосложения

► Стр. 9-10

«Первичка» - на первый план

► Стр. 4-6

Изменения в аккредитации и НПР медработников

► Стр. 6-8

Важная помощь

В Алтайском крае начала работать детская выездная паллиативная служба. Пока специалисты оказывают медицинскую помощь на дому только тяжелобольным жителям Барнаула. В перспективе они планируют выезжать во все города и районы региона.

Ежедневно специалисты посещают 2–3 пациентов. В рамках визита они осматривают детей, дают рекомендации по лечению, при необходимости переводят детей на ИВЛ (в распоряжении службы 15 аппаратов) и, конечно, оказывают экстренную помощь.

В состав выездной бригады входят 3 человека: главный внештатный специалист по паллиативной помощи детям в Алтайском крае **Наталья Зоричева**, врач-реаниматолог **Андрей Дядигуров** и старший фельдшер детской выездной паллиативной службы **Николай Бобрешов**.

Как правило, график выездов формируется в зависимости от потребностей. Списки детей, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи, предоставляют педиатры детских поликлиник. Сегодня в Алтайском крае в паллиативной медицинской помощи нуждаются около 100 детей. В основном с неврологическими патологиями: тяжелыми формами ДЦП, гидроцефалии, энцефалопатии, последствиями черепно-мозговых травм. Не более 10% всех вызовов приходится на долю онкологических больных.

По словам главного внештатного специалиста по паллиативной помощи детям в Алтайском крае **Наталии Зоричевой**, формирование списка детей, нуждающихся в паллиативной помощи, продолжается. Телефоны для справок: (3852) 56-95-96 или (3852) 56-95-84.

Напомним, в Алтайском крае паллиативную медицинскую помощь детям оказывают с апреля 2016 года. Создано 10 коек: 5 в Барнауле (Краевой клинический центр охраны материнства и детства) и 5 в Бийске (Дом ребенка).

Пополнение автопарка



21 августа в больницы и поликлиники края были переданы 20 автомобилей для оказания неотложной медицинской помощи. Ключи вручил министр здравоохранения Дмитрий Попов. Он отметил, что это мероприятие, предусмотренное нацпроектом «Здравоохранение», позволит сделать неотложную медицинскую помощь для жителей края равнодоступной независимо от того, где проживает пациент.

Развитие неотложной медицинской помощи позволяет снимать не свойственную нагрузку на скорую медицинскую помощь и тем самым сокращать время доезда бригады до больного, который нуждается в оказании экстренной медицинской помощи.

Понимая значимость этого вопроса Правительство края решило поддержать это важное стратегическое направление медицинской помощи и оснастить отделения и кабинеты неотложной медицинской помощи транспортом для обслуживания вызовов на дому. Медицинским организациям передано в начале года 24 автомобиля «Лада Ларгус» и 20 автомобилей в конце августа, стоимостью почти 900 тыс. рублей каждый. В автомобилях раскладываются кресла и есть носилки, что делает возможным транспортировку пациентов при необходимости госпитализации.



Развитие в крае неотложной медицинской помощи началось три года назад. Сегодня в рамках соглашений со станциями скорой помощи по передаче в поликлинику неотложных вызовов работает 15 медицинских организаций первичного звена. Централизация диспетчерской службы позволит полностью завершить процесс заключения соглашений и передать всю неотложную помощь на амбулаторный этап. В этом случае без автомобилей для оказания этого вида медицинской помощи первичное звено не справится. В целом в крае объемы неотложной помощи выросли за три года с 37 тыс. до 90 тыс. А за 7 месяцев 2019-го – 59 тысяч.

Как отметил министр, в этом году обновление автопарка медицинских организаций будет продолжено. Порядка 40 машин скорой медицинской помощи приобретут в больницы края в 2019 году.

По мировым стандартам

В Алтайском крае начали выполнять новые молекулярно-генетические исследования для уточняющей диагностики рака. В краевом онкологическом диспансере внедрили исследования генов BRAF и NRAS при распространенных стадиях меланомы и колоректального рака. Это стало возможно благодаря запуску нового анализатора немецкой фирмы Roche для ПЦР в режиме реального времени.

«Новое оборудование обладает высокой специфичностью и чувствительностью и позволяет проводить полностью автоматизированную диагностику опухолевой ДНК. Тестирование проводится по назначению врачей-онкологов при установленном онкологическом диагнозе. Имея на руках заключение о наличии или отсутствии определенной генной мутации, специалисты могут подбирать эффективную таргетную терапию для лечения некоторых видов

рака», – рассказала заведующая молекулярно-генетической лабораторией Алтайского онкологического диспансера **Елена Пупкова**.

Так, применение таргетных препаратов на ранних этапах при ряде опухолей легкого позволяет полностью победить недуг и избежать появления метастазов. А при метастатических формах меланомы и колоректального рака подобное лечение остается единственным вариантом, дает возможность на время стабилизировать процесс и продлить пациентам жизнь. «На сегодняшний день мы единственная лаборатория в Алтайском крае, где проводятся молекулярные исследования злокачественных опухолей. Это мировой стандарт в онкодиагностике. Молекулярное тестирование дает дополнительную важную информацию для врачей и позволяет оптимизировать лечение пациентов», – уточнила Елена Пупкова.

Тысяча – не предел

Из перинатального центра «ДАР» выписали 1000-го ребенка, зарегистрированного с начала года отделом ЗАГС Центрального района Барнаула.

Юбилейным малышом стал Ефим Ефимов. 13 августа 2019 года он появился на свет в семье **Евгения и Кристины Ефимовых**. Вес малыша составил 3330 граммов, рост 53 сантиметра. Это первый ребенок в семье. Маленького жителя Барна-

ула торжественно зарегистрировали в присутствии родных и близких и вручили молодым родителям первый официальный документ сына – свидетельство о рождении. В свою очередь сотрудники перинатального центра вручили им «письмо в будущее». Когда Ефим подрастет, родители прочтут ему письмо с пожеланиями и научат любить город, в котором он родился.



Развить потенциал

Губернатор Алтайского края обсудил вопросы развития травматологии в регионе с руководителем Национального медицинского исследовательского центра травматологии и ортопедии.

Встреча **Виктора Томенко** с **Николаем Загородним** состоялась в преддверии V Съезда травматологов-ортопедов Сибирского федерального округа. Николай Загородний положительно оценил уровень развития травматологии в регионах Сибири, в том числе в Алтайском крае. В частности, гость оценил уровень подготовки травматологов Краевой клинической больницы скорой медицинской помощи, наличие у них научных степеней, а также полное оснащение медучреждения современным оборудованием.

Виктор Томенко обратил внимание на необходимость дальнейших усилий по развитию службы травматологии в Алтайском крае. «Мы понимаем, что проведение таких авторитетных научных форумов, как Съезд травматологов-ортопедов, даст мощный положительный эффект. Выражаю признательность организаторам форума за то, что пригласили зарубежных ученых, это позволит изучить опыт работы не только травматологов Сибири, но и специалистов других стран», – подчеркнул губернатор.

Напомним, в конце августа в Барнауле состоялся V Съезд травматологов-ортопедов СФО, а также несколько межрегиональных научно-практических конференций травматолого-ортопедического профиля. В их рамках обсудили вопросы организации данной службы в России и СФО, современные технологии и перспективы развития вертебрологии, актуальные вопросы ревмоортопедии и другие темы.

В конференциях приняли участие более 400 специалистов из всех регионов России, ближнего и дальнего зарубежья (Казахстан, Литва, Австрия, Германия, Польша, Турция, Финляндия, Чехия).

«Первичка» – на первый план



В Минздраве России провели глубокий анализ ситуации, которая сложилась в первичном звене. Результаты оценки и предложения, что и как необходимо изменить, были представлены Президенту Владимиру Путину на совещании в Кремле 20 августа.

Устранить недоработки

«В рамках национального проекта «Здравоохранение» многое запланировано и уже делается. Напомню, мы предусмотрели для нацпроекта значительные ресурсы – 1 трлн 367 млрд рублей. Из них по программам на первичное звено здравоохранения – 237,5 млрд. Это существенные ресурсы, которые должны быть истрачены с умом и дать хороший результат. Нам, безусловно, нужно принять дополнительные меры по укреплению пер-

вичного звена. Напомню, мы дважды это делали из федерального центра в расчете на то, что нашу инициативу подхватят на местах, в регионах, но этого не происходит. Что-то там, видимо, до конца эффективно не работает», – обозначил проблему **Владимир Путин**.

Ресурсы и резервы

По информации Минздрава России, инфраструктура первичной помощи превышает 60 тыс. подразделений. Здесь работают более 305 тыс. врачей и более 545 тыс. единиц сред-

него медицинского персонала. Дефицит кадров в «первичке» существенный – более 25 тыс. врачей и 130 тыс. медсестер, акушеров, фельдшеров, лаборантов. Если число специалистов с высшим медицинским образованием в первичном звене выросло за последние четыре года на 4 тысячи, то прироста сотрудников со средним медобразованием не произошло.

Анализ показал: сегодня число выпускников медколледжей в целом по стране на 16,5 тыс. меньше, чем 20 лет назад. «Мы просим дать поручения субъектам страны увеличить при-

ем в средние специальные учебные заведения медицинского профиля до уровня не ниже 1990 года. Это позволит нам обеспечить приход в отрасль 6870 тыс. сотрудников ежегодно. Так мы полностью в течение 3–4 лет закроем дефицит среднего медперсонала», – обратилась **Вероника Скворцова** к главе государства.

Хорошей новостью является тот факт, что за последнее время стала меняться структура посещений пациентами учреждений первичного звена. А именно – увеличилась доля профилактических визитов. Если в 2012 году с профилактическими целями, включая диспансеризацию, в ФАПы и в поликлиники обратились 38,6 млн россиян, то в 2018 году – уже 62 млн.

Министр подчеркнула, что изменились правила обязательного медицинского страхования, согласно которым первичная помощь более не финансируется по остаточному принципу после специализированной и высокотехнологичной, а является приоритетным направлением. И это – очень важная перемена. Кроме того, с этого года из подушевого норматива выделен самостоятельный тариф на профосмотр и диспансеризацию, что позволяет обеспечивать профилактические мероприятия полным рублем.

С 2020 года самостоятельный тариф выделяется на сложные методы диагностики, такие как томография, ангиография и др., а также будет обеспечено полное финансирование ФАПов и фельдшерских пунктов на основе необходимого уровня заработной платы, который в данном случае занимает 90% от тарифа.

Дополнительным ресурсом самого министерства стала геоинформационная система. Разрабатывать стратегию развития отрасли невозможно, не имея представления о том, каких именно уровней и профилей медицинской помощи недостаточно в каждом населенном пункте страны. Чтобы составить такую «карту локализации» лечебных учреждений, Минздрав России в 2015 году инициировал создание геоинформационной системы. Сегодня этот механизм позволяет автоматизированно

определять доступность медицинской помощи с учетом транспортной досягаемости и определением времени доставки пациента в медицинское учреждение любого уровня. Та же геоинформационная система позволила выявить территории с низкой плотностью населения, где в населенном пункте проживают менее 100 человек. Специально для этих направлений сформированы мобильные бригады и закуплены передвижные медицинские комплексы. Сейчас их количество доведено до 3800.

Наставник для резидента

Одно из направлений кадровой политики Министерства здравоохранения России – привлечение в отрасль молодых специалистов и создание оптимальных условий для их работы. Предлагается, в частности, использовать международную практику резидентуры. Речь идет о том периоде, когда молодой специалист, не имеющий пока опыта работы по специальности, трудится под контролем опытных наставников, кураторов. При этом ответственность за решения, принятые молодыми специалистами, разделяют их наставники.

Резидентура по терапевтическому профилю во всех странах Европы, Канаде, США длится 2–3 года, по хирургическим базовым профилям – 4–5 лет, по узким специальностям – до 7 лет. «Необходимо ввести на законодательном уровне статус молодого специалиста и статус врача-наставника. Им может быть специалист с первой или высшей квалификационной категорией и стажем не менее 5 лет. Таким образом, можно будет обеспечить работу выпускников медицинских вузов и ординатуры в государственной системе здравоохранения под контролем квалифицированных специалистов на протяжении не менее 3 лет, – пояснила Вероника Скворцова. По расчетам министерства, наличие института резидентуры гарантированно приведет в первичное звено дополнительно более 11 тыс. молодых специалистов.

Зарплатные хитрости

Несмотря на то, что власти субъектов страны старались следить за выполнением майского указа Президента России в отношении заработной платы медицинских работников, в 24 регионах средняя зарплата врачей так и не стала вдвое выше средней по региону. В 14 регионах зарплата среднего медперсонала не смогла сравниться со средней по региону. А с повышением зарплат младшего медперсонала не справились в 46 регионах.

Кстати, депутаты Комитета Госдумы по охране здоровья и Счетная палата еще несколько лет назад высказывали предположение, что повышение зарплат медицинских работников произошло в том числе формально за счет сокращения младшего медперсонала и перевода санитарок в уборщицы помещений. Такой оригинальный подход к решению поставленной задачи продемонстрировали наиболее «сообразительные» руководители лечебных учреждений.

Чтобы впредь исключить такую возможность, министр здравоохранения обратилась к Президенту с просьбой дать поручение закрепить долю оклада медработников в структуре заработной платы на уровне не ниже 55%. Это гарантированная часть зарплаты, никакими хитростями урезать ее уже не удастся. Данное предложение Минздрава, бесспорно, одобрит каждый российский медик.

«Кроме того, мы предлагаем закрепить минимальный уровень соотношения средней заработной платы в здравоохранении к средней по экономике региона при внутреннем совместительстве 1,2 ставки. При этом, что средний уровень зарплаты у врачей 200%, хотелось бы, чтобы минимальный уровень составлял 170% для врачей первичного звена, участковых, врачей общей практики и узких специалистов. Для врачей скорой помощи не был ниже 200%. Если говорить о среднем медперсонале, то для медсестер первичного звена минимальный уровень должен быть не ниже 70%. Для фельдшеров, которые

Продолжение на стр. 6 >>

«Продолжение. Начало на стр. 4-5

выполняют ряд врачебных функций, соответственно, не менее 120%. Для этого не требуется дополнительного финансирования. Это чисто организационные меры, которые позволяют существенно стабилизировать ситуацию в отрасли, обеспечить гарантированную часть зарплаты медработников», – продолжила министр.

Вероника Скворцова говорит о необходимости субъектам России в обязательном порядке предусмотреть социальный пакет для медицинских работников первичного звена и скорой помощи. В частности, закрепить обязательства регионов по обеспечению медиков служебным жильем с последующей передачей его в собственность медиков через несколько лет работы. Этот опыт прекрасно реализован на Сахалине. На Южных Курилах достаточно 3 лет отработки, чтобы служебное жилье приватизировать, в Южно-Сахалинске – 7 лет. К сожалению, противоположных примеров существенно больше.

«Пилот» в действии

Направление, которое Минздрав России считает необходимым развивать, – внедрение новой модели медицинской организации на основе «бережливых технологий». В 2016 году этот проект был запущен как пилотный, а теперь стал федеральным. Сегодня в нем участвуют более 2200 поликлиник в 52 субъектах страны при изначальном плане не более 500. «Массовая попытка регионов войти в этот проект связана с тем, что уже первый опыт показал существенное снижение времени ожидания пациентов в очередях: в регистратуру – почти в 4 раза, у кабинета врача – в 8 раз. Срок прохождения диспансеризации сократился в 8 раз – с 12 дней до 1,5, а в ряде случаев до одного дня. При этом непосредственное время работы врача с пациентом увеличилось в 1,5 раза», – констатирует Вероника Скворцова.

В то же время министерство опасается, что такая массовость внедрения новой модели может привести к каким-либо искажениям изначальных условий, что повлечет снижение

качества результата. Поэтому глава ведомства считает необходимым нормативно закрепить статус новой модели медицинской организации, оказывающей первичную помощь, по международному варианту 180. Присваивать поликлиникам такой статус должен будет Росздравнадзор.

Ломать и строить

Согласно данным Минздрава России, в настоящее время почти 8 тыс. из более чем 72 тыс. зданий, которые занимают учреждения первичного звена, находятся в аварийном состоянии, требуют сноса, реконструкции или капитального ремонта. Но отремонтировать можно далеко не все. Да и смысла тратиться на ремонт нет, когда речь идет о зданиях, построенных 100 и более лет назад. По предварительному анализу федерального Министерства здравоохранения, из 3255 районных больниц и поликлиник не менее 370 требуют сноса и нового строительства.

Вероника Скворцова обратилась к Президенту с просьбой поручить Министерству строительства совместно с Минздравом разработать на основе уже созданной модели типовые проекты районных больниц для разных климатикогеографических условий и разных численностей прикрепленного населения. Такой дифференцированный подход позволит существенно удешевить реализацию данного проекта и в течение короткого времени серьезно изменить облик первичного звена, построив лечебные учреждения нового типа.

Кроме того, министр сообщила, что износ оборудования увеличился до 40% и сейчас уже более 20 тыс. единиц техники требуют замены.

Не обошли вниманием и повышение транспортной доступности медицинских учреждений. В рамках проекта «Старшее поколение» уже заложено приобретение 1100 санитарных машин для транспортировки людей старших возрастных групп из сельской местности в районные и центральные районные больницы. Однако этого количества недостаточно. По словам главы министерства, действует Приказ, согласно которому

при каждой центральной районной и районной больнице должно быть минимум две санитарных машины класса А, а при каждой участковой больнице – не меньше одной. «Сегодня есть автомобили отечественного производства высокого качества, достаточно дешевые. Если бы мы могли приобрести такие машины, в том числе шаттлы для транспортировки больных в лечебные учреждения, то существенно упростили бы решение задачи доступности медпомощи», – уверена Вероника Скворцова.

Интернет в помощь медикам

Называть систему здравоохранения современной невозможно, если она не использует цифровые технологии на всех уровнях оказания медицинской помощи. В этом году первые 5,5 тыс. ФАПов присоединят к защищенной сети интернет-связи. А к 2021 году Минкомсвязи полностью завершит присоединение ФАПов к цифровому контуру здравоохранения. Это позволит фельдшерам в сложных случаях очень быстро получать квалифицированную консультацию в ЦРБ. Затраты для государства в этом случае невелики, а результат будет весомым – позволит снизить смертность россиян от острого коронарного синдрома.

Большинство предложений, которые федеральный Минздрав представил Президенту страны, не требуют дополнительного финансирования. При этом и социальный, и экономический эффект от их реализации ожидается очень высокий. В выигрыше будут все: страна, система здравоохранения, пациенты.

Президент уже дал поручение Правительству к 1 октября текущего года подготовить принципы модернизации первичного звена здравоохранения в целом по стране, а также организовать подготовку региональных программ. Они должны быть защищены не позднее 1 июля следующего года.

Александр ЯКОВЛЕВ.

Полную версию статьи можно прочитать в «РГ» № 33 (7900) от 28.01.2019 г.

Фото с сайта kremlin.ru

Изменения в аккредитации и НПР медработников

Минздрав продолжает менять порядок повышения квалификации медицинских и фармацевтов*. Главные изменения вступят в силу 1 января 2020 года, но подключаться к portalu непрерывного профессионального развития (НПР) требуют уже сейчас. Каких врачей срочно направить на обучение и как начмеду аккредитоваться без опозданий, объяснили эксперты НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко (провайдер портала) – Евгения Берсенева, руководитель, д. м. н., и Ольга Степура, ведущий научный сотрудник, д. м. н., профессор.

Что поменять в работе до конца 2019 года

Обновили сроки аккредитации – отправьте сотрудников на профпереподготовку. Сроки первичной специализированной аккредитации для ординаторов и профпереподготовки для специалистов с высшим и средним образованием с этого года изменили. Ее проходят врачи шести специальностей с 01.01.2019. Доктора остальных специальностей – с 2020 года (приказ Минздрава от 21.12.2018 № 898н «О внесении изменений в сроки и этапы аккредитации специалистов...», далее – приказ № 898н). Сроки периодической аккредитации не меняли – с 01.01.2021, а правила будут уточнять.



Отправьте сотрудников на профпереподготовку по шести специальностям уже в этом году, остальных проинформируйте об обязательной профпереподготовке с 2020 года.

Напомним, что ежегодную первичную аккредитацию фармакологи и фармацевты начали проходить с 2016 года, остальные выпускники медвузов – с 2017-го.

Модернизировали ресурс для обучения – надо зарегистрироваться на двух порталах. Портала для обучения два – edu.rosminzdrav.ru и sovetnmo.ru. Аккредитованные учебные модули есть на обоих, но на sovetnmo.ru добавили образовательные мероприятия. За участие в научно-практических конференциях, семинарах, мастер-классах также начисляют единицы.

На edu.rosminzdrav.ru появилось психологическое тестирование. Результаты помогут врачам более точно

Важно

Термин «непрерывное профессиональное развитие» разработчики проекта закона ввели вместо понятия «непрерывное медицинское образование». В статье мы используем новый вариант.

сформировать план обучения. Поэтому регистрация рекомендуется на обоих порталах.

Поручите подчиненным зарегистрироваться на порталах и синхронизировать личные кабинеты. Инструкция есть в разделе «Личные сведения» на edu.rosminzdrav.ru. В личном кабинете медработник формирует индивидуальную траекторию образовательной активности – свой

Продолжение на стр. 8-9 >>

«Продолжение. Начало на стр. 7

план обучения. Он включает программы повышения квалификации, стажировки, образовательные мероприятия, интерактивные модули. Поручите врачу выбрать, как и какое ему проходить обучение, определить, какие этапы нужны для работы.

Учет в баллах поменяли на ЗЕТ – поручите отчитываться о наборе единиц за год. В предыдущих редакциях проект приказа предлагал оценивать непрерывное медицинское образование по баллам и академическим часам.

Сейчас в личных кабинетах специалистов учет ведут в ЗЕТ – зачетных единицах трудоемкости. Баллы, кредиты, часы – все это заменили на ЗЕТ. Одна ЗЕТ равна одному академическому часу. Ранее набранные баллы и кредиты не пропадут, их добавят в ЗЕТ.

Контролируйте количество набранных ЗЕТ за год. Следите, чтобы в обучении сотрудников не было перерывов длиннее одного года. Такой ритм позволит каждому набрать необходимую сумму ЗЕТ.

Объясните подчиненным, что в личном кабинете нужно заносить в графу код, полученный по результатам участия в мероприятии. Тогда набранные ЗЕТ учтут.

Портал интегрировали с федеральными регистрами медработников и клиник – внесите данные новичков. Это сделали, чтобы внедрить медорганизации любой формы собственности в НПР. Пользоваться порталом могут только специалисты, которые числятся в федеральном регистре.

Проверьте, что отдел кадров внес в регистр врачей, которые пришли работать в клинику после окончания ординатуры.

Заработают личные кабинеты руководителей на портале – оформите учетную запись. Разработчики обещают, что главврачи и начмеды уже в 2019 году смогут следить за образовательной активностью подчиненных в личных кабинетах на порталах НПР. Это поможет допускать к работе только тех сотрудников, которые прошли аккредитацию и вступили в систему НПР (ч. 2 ст. 100 Закона № 323-ФЗ). Например, начмед сможет отследить,

как сотрудник обучается, проверить подлинность сертификатов с мероприятий. Отчет с портала, в отличие от бумажного сертификата, подделать нельзя. До конца года оформите себе кабинет руководителя.

Попросите отдел кадров проверить реестр медработников и сформировать отчет – список сотрудников, у которых сертификат заканчивается в 2021 году. Изучите список и поручите таким врачам подобрать образовательную организацию. Проверьте, что она сможет аккредитовать работника. Информация указана на сайте образовательной организации. Если у учреждения нет полномочий, работника придется направлять в другую для аккредитации и дополнительно оплачивать процедуру.

Поясните сотрудникам, что учебные мероприятия и электронные учебные модули, которых нет на sovetpmo.ru, не обеспечиваются ЗЕТ. Нужно проверять информацию о каждом мероприятии и образовательной организации.

Какие изменения внедрить с 2020 года

Заработают новые правила первичной специализированной аккредитации и переподготовки – не допускайте к работе без подтвержденной квалификации.

Чтобы подтвердить квалификацию после получения новой специальности, с 1 января 2020 года первичную специализированную аккредитацию будут проходить врачи всех специальностей после окончания ординатуры и циклов профессиональной переподготовки (п. 2 приказа № 898н).

Специалисты, которые не работали более пяти лет, смогут продолжить медицинскую карьеру, если пройдут профпереподготовку и первичную специализированную аккредитацию. Раньше было достаточно пройти профпереподготовку.

Поручите кадровикам проверять сроки – как долго специалист не работал. Не допускать к работе без прохождения профпереподготовки и аккредитации. Например, сотрудник находился в двух декретах подряд. Еще пример: имел два сертификата

К сведению

На порталах 700 провайдеров предлагают более 21 тыс. образовательных программ. Это симуляционные курсы, дистанционные образовательные технологии, стажировки. Более 2 тыс. образовательных модулей, которые разрабатывали с учетом принципов доказательной медицины, стандартов и порядков медпомощи и федеральных клинических рекомендаций. Представлено 3 тыс. образовательных мероприятий – семинары, конференции, вебинары, мастер-классы.

та – терапевт и УЗИ, но работал терапевтом. А сейчас решил на полставки работать узистом. По специальности «УЗИ-диагностика» ему нужно пройти переподготовку и аккредитацию.

Порядок обучения в ординатуре поменяют – проверьте, какие этапы ординатуры проходил врач. Перед первичной специализированной аккредитацией и вступлением в систему НПР специалист проходит ординатуру. Порядок обучения в ординатуре изменится с 1 января 2020 года. Он будет индивидуальным для каждой специальности, а обучение – длиться от года до пяти лет. В связи с этим Минздрав в проекте закона предлагает ввести понятия «этап ординатуры» и «этап программы ординатуры».

Структура ординатур станет модульной. Модуль не равен этапу, модуль – часть образовательной программы. Этап включает несколько модулей, а аккредитовываться нужно после каждого этапа.

Например, после трех лет в ординатуре по нейрохирургии специалист сможет выполнять вмешательства средней сложности. При этом он продолжит обучение в ординатуре и через два года будет заниматься нейроонкологией, нейрососудистыми операциями. После каждого модуля – этапа ординатуры – будет первичная специализированная аккредитация. Далее специалист вступит в НПР.

Когда принимаете на работу молодых специалистов, проверьте, какие

этапы ординатуры проходил врач. Например, после первого этапа его можно взять на амбулаторный прием, после второго – уже в стационар.

Доработают обучающие порталы – своевременно информируйте врачей об изменениях. **Татьяна Семенова**, заместитель министра здравоохранения, на V Международном саммите медицинских сестер отметила, что Минздрав планирует внедрить интерактивы – виртуальный пациент, симуляторы. Расширить виды образовательной активности, которую будут учитывать – экспертную деятельность, публикации специалистов, освоение информационных ресурсов. Автоматизируют оценку качества образовательных элементов и их рейтингование. Внедрят таргетированное обучение – индивидуализируют его в зависимости от нужд системы здравоохранения, профессиональных потребностей и личностных свойств медработника.

Доводите до сведения работников всю новую информацию о НПР. Это поможет им составить эффективный индивидуальный план обучения.

Важно

Ежегодно будут утверждать список организаций, которые вправе проводить образовательные мероприятия и курсы повышения квалификации медицинских и фармацевтических работников

Что потребуют с 2021 года

Вступление в НПР станет обязательным – проконтролируйте, что врачи работают на порталах. Всех специалистов обяжут вступить в НПР с 2021 года (приказ Минздрава от 02.06.2016 № 334н «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов», далее – приказ № 334н). Потребуется регистрация всех медработников в системе НПР, наличие личного кабинета, накопление ЗЕТ и портфолио.

При приеме на работу придется проверять регистрацию в системе НПР и в личном кабинете просма-

Комментарий Минздрава

Порталы НПР сопровождает университет РНИМУ им. Н.И. Пирогова. На сайтах работник может составить план и удобный график обучения, выбрать программы повышения квалификации, сформировать заявки на образовательные мероприятия. Есть бюджетные и платные программы. Через портал можно подтвердить участие в мероприятиях, освоить интерактивные модули. Для удобства поль-

зователей есть видеоинструкция, как зарегистрироваться и начать работу, как оплатить обучение за счет ТФОМС. Портал дает медработнику для траектории персональные рекомендации с учетом профиля специалиста, его знаний и умений. Чтобы облегчить выбор, приводит рейтинг мероприятий, основанный на оценках других обучающихся. О новых курсах специалисты получают уведомления на электронную почту.

Пресс-служба

тривать образовательную активность специалистов.

Портфолио нужно предоставить к аккредитации – требуйте у врачей отчеты с портала. Портфолио понадобится для периодической аккредитации с 2021 года. На основе образовательной траектории работник должен составить на портале портфолио. Это отчет за пять лет профдеятельности. Включайте сведения об индивидуальных профессиональных достижениях, дипломы программ повышения квалификации, свидетельства о стажировках, сертификаты участника в научно-практических мероприятиях.

Важно

Направить сотрудников на повышение квалификации за счет ТФОМС можно только через портал непрерывного образования (приказ Минздрава от 04.08.2016 № 575н «Об утверждении Порядка выбора медицинским работником программы повышения квалификации»).

По портфолио аккредитационная комиссия будет определять, насколько уровень квалификации и дополнительного профобразования соответствует требованиям к профессиональной деятельности по специальности (приказ № 334н). Если порт-

фолио примут, специалиста допустят до тестирования.

Просматривайте портфолио сотрудников, чтобы оценить активность и эффективность обучения в системе НПР.

Начнется первичная специализированная аккредитация врачей с зарубежным образованием – потребуйте пройти аккредитацию в РФ. Медработники, которые получили образование в иностранных государствах, к первичной специализированной аккредитации приступят с января 2021 года. Об этом заявила **Вероника Скворцова** на Российском инвестиционном форуме – 2019. Раньше Росздравнадзор подтверждал документ об образовании, и специалист сдавал сертификационный экзамен. Разрешение на работу иностранных специалистов давал Росздравнадзор.

Проверьте, чтобы коллеги с 2021 года прошли аккредитацию. А при приеме на работу отдел кадров должен требовать подтверждение прохождения аккредитации в России.

** Проект Федерального закона «О внесении изменений в Федеральный закон “Об охране здоровья граждан в Российской Федерации” и в Федеральный закон “Об образовании в Российской Федерации”» (далее – проект закона) и проект приказа Минздрава «О внесении изменений в приказ Минздрава Российской Федерации от 20.09.2017 № 66н...» (далее – проект приказа)*

Полную версию статьи смотрите: «Заместитель главного врача» № 9, сентябрь 2019 года

«Я люблю свою работу!»

Одной из задач по ликвидации кадрового дефицита в медицинских организациях является снижение оттока из сферы здравоохранения людей старшего поколения. Эта задача успешно решается в Петропавловской центральной районной больнице.

Вера Николаевна Свиридова

Замечательным примером преданности своей профессии можно назвать **Веру Николаевну Свиридову**, заведующую рентгенологическим отделением. Ей 67 лет.

Так случилось, что девять месяцев назад Вера Николаевна получила сложную травму и была прикована к постели. Впереди ждала инвалидность и мысли об уходе с работы. Но спустя некоторое время врач поняла, что жить без профессии она не может. Расшифровывать рентгенологические снимки ей привозили домой, а как только Вера Николаевна смогла передвигаться на костылях, муж стал привозить ее в больницу на рабочее место. «Наверное, это вторая натура... я люблю свою работу, я искренне говорю. По первой специальности я хирург и долгое время хирургом работала. А когда стала рентгенологом, рентгенологию зауважала не меньше хирургии. Потому что рентгенолог



должен знать хирургическую, травматологическую, терапевтическую и педиатрическую патологии. А опыт, как известно, приходит с годами. И тот запас знаний, который у меня за плечами, мне просто жалко тратить на домашние дела», – делится своими мыслями Вера Николаевна.

Год назад в Петропавловскую ЦРБ приняли двух лаборантов и был приобретен новый рентген-аппарат. Теперь мыслей покинуть рабочее место нет, есть только желание передать свои знания молодому врачу, который, возможно, в скором времени здесь появится.

Ольга Александровна Колесникова

Еще один образец профессии – **Ольга Александровна Колесникова**, заместитель главного врача по медицинскому обслуживанию населения Петропавловского района. Ей 70 лет.

На своей должности Ольга Александровна работает с 1982 года, а всего врачом – 46 лет.

Ольга Александровна занимается организацией профилактических осмотров, диспансеризации, работы неотложной помощи, структурных



подразделений, ФАПов и врачебных амбулаторий. Она проводит анализ качества работы больницы: насколько показатели соответствуют нормативным и как их можно улучшить.

Неотъемлемой частью работы является работа с пациентами – со всеми проблемами и горестями обращаются непосредственно к Ольге

Александровне, и она старается помочь каждому, чтобы человек ушел из больницы удовлетворенный. Много внимания уделяет молодым специалистам, у которых зачастую нет опыта работы с документами. Помогает им влиться в коллектив, легче пройти период адаптации.

Когда у Ольги Александровны появились проблемы со здоровьем, она

хотела покинуть свой пост, но многие врачи и медсестры просили ее остаться. И она осталась. «Я трудоголик по жизни, не могу без работы жить. Адома я не буду знать, чем себя занять. Мне нравится работать в нашем коллективе. Я люблю помогать, подсказывать, люблю учить, и мне нравится это делать. Я люблю свою работу!» – сказала Ольга Александровна.

Владимир Васильевич Заздравных

Заздравных Владимиру Васильевичу 63 года, 40 лет из них он проработал хирургом. После окончания вуза и распределения попал сначала в Тюменцевскую ЦРБ, а в 1987 году вернулся в с. Петропавловское, где родился и вырос. Долгие годы был заведующим хирургическим отделением, сейчас ведет прием в поликлинике, поскольку стоять по несколько часов за операционным столом уже сложно. Но все равно иногда приходится подменять коллегу.

Мысли об уходе на заслуженный отдых есть. Весь вопрос в том, на кого оставить своих пациентов. «Молодое поколение за два дня не научишь, к тому же не у всех получается стать хирургом. Тем более в сельской больнице, где хирургическая помощь в основном экстренная. Бывает, придет молодой специалист и чувствует, что он не тянет. И я его решение уйти уважаю – это лучше, чем когда не получается, но человек продолжает работать», – рассказал Владимир Васильевич. – В следу-



ющем году ординатуру заканчивает будущий хирург – наш потенциальный коллега. Все надежды на него. Передав

свой опыт и убедившись, что оставляешь достойного ученика, можно пойти на пенсию со спокойным сердцем».

Дорогу молодым кадрам!

Большое внимание в больнице уделяют работе с молодыми кадрами. Помимо врача-хирурга в следующем году заканчивает ординатуру врач – акушер-гинеколог. В поликлинику на должность врача-педиатра участкового придет выпускница 6-го курса. В этом году по заявке от больницы в орди-

натуру по целевому набору поступил врач-анестезиолог, его ждут через два года. В 2020 году еще одного выпускника планируют направить на обучение в ординатуру по профилю рентгенология. В следующем же году из декрета вернутся терапевт и офтальмолог.

Тем не менее в Петропавловской ЦРБ остаются незакрытыми вакансии врача-педиатра участкового, заведующего детским отделением в стацио-

наре и терапевта в стационаре. Стоит отметить, что в больнице реализуются все меры социальной поддержки – выделяется служебное жилье, помогают с устройством детей в садик, который находится рядом с больницей, помогают трудоустроиться супругу/супруге.

Подготовлено пресс-службой
Министерства здравоохранения
Алтайского края

«Взрывные» дети

Жизнь с таким ребенком в чем-то похожа на прогулку по минному полю: никогда не знаешь, когда взорвется очередная «бомба», «оторвет» ли тебе обе ноги сразу или только «посечет» осколками. О том, что вызовет очередной «взрыв», можно только догадываться.

«Сдетонировать» может любая мелочь: морщинка на носке, просьба почистить зубы, нежелание идти спать, отказ мамы зайти в магазин. Гаджеты делают только хуже. Казалось бы, что проще – дать детке телефон и получить полчаса заслуженной тишины. Но нет, попытка забрать смартфон закончится еще более бурным взрывом.

Когда ребенок вспыхивает, как порох, от любого слова и это продолжается в течение длительного времени, родители, понимая, что никакие воспитательные меры, слова и действия не помогают, начинают эмоционально отстраняться и жить по принципу «не буди лихо, пока оно тихо».

Когда наступают дни затишья на этом «фронте», кажется: ну наконец-то! Ребенок растет, начинает кое-что понимать, «минное поле» мы прошли, и теперь так будет всегда... Скорее всего, не будет. «Ударные волны» будут повторяться. Специалисты говорят, что «взрывоопасность» по мере взросления может смениться другими проблемами, которые будут проявляться не так бурно, но в подростковом возрасте могут привести к более серьезным последствиям. И что же делать?

Детский гнев: в чем причины?

Детская «взрывоопасность» может быть проявлением синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) – одного из самых распространенных неврологических нарушений у детей. Среди симптомов СДВГ – импульсивность, которая может проявляться раздражительностью, бурным отказом выполнять какие-либо просьбы и задания, громким выражением недовольства и даже протеста. К этому могут добавляться неусидчивость, чрезмерная двигательная активность, неспособность удерживать внимание, назойливые повторяющиеся движе-

ния (перебирает пальцы, трясет ногой, ерзает на стуле, подскакивает и т. д.), болтливость, «вклинивание» в разговоры взрослых.

Первые симптомы СДВГ могут быть замечены в дошкольном возрасте, начиная с трех-четырех лет. Причины возникновения СДВГ – пока на уровне предположений: любая наследственность по части неврологии, вредные

факторы на этапе внутриутробного развития (алкоголь, курение, плохая экология и т. д.), психологический климат в семье.

При вступлении в школьный возраст могут обнаруживаться такие проблемы, как неспособность слушать объяснения, соблюдать очеред-

ность, следовать инструкциям, сидеть на одном месте во время урока. Дома ребенок может отказываться от выполнения домашних заданий, если они кажутся ему слишком сложными, требующими дополнительных умственных усилий, постоянно отвлекаться. Все это может привести к сложностям в усвоении школьной программы, низкой успеваемости, замечаниям «за поведение», конфликтам с учителями и одноклассниками. Как следствие, ребенок будет себя чувствовать все менее уверенно и вышеперечисленные проблемы будут только усугубляться. У детей с СДВГ нередко наблюдается неспособность читать, писать и считать (дислексия, дисграфия и дискалькулия).

По-настоящему усидчивым ребенок может быть только во время тех занятий, которые действительно его увлекают или хорошо у него получаются. Но в этом состоянии поглощенности он может не слышать обращенных к нему слов и просьб.

Еще одна особенность СДВГ заключается в том, что дети с таким синдромом не способны думать о последствиях своих действий: гулять там, где опасно, не испытывать страха в угрожающих ситуациях, вести себя безрассудно, в результате получать травмы, вредить себе.

Родителям может казаться, что их ребенок ведет себя так, словно ему на несколько лет меньше: семилетний капризничает, как трехлетка. При СДВГ это действительно так – между физическим возрастом и уровнем психического развития ребенка существует несоответствие, поведение не укладывается в возрастную норму.

В подростковом возрасте излишняя двигательная активность может уйти на второй план. Однако внутренние «сбои», вызвавшие СДВГ, никуда не денутся и синдром приобретет другие проявления. Среди них могут быть опасные игры и деструктивное поведение, кражи, вранье, жестокие поступки по отношению к друзьям и близким, ранняя сексуальная жизнь, которые происходят опять же из-за неумения предвидеть последствия своих действий.

Управление гневом

В каждом случае при подозрении на СДВГ нужно разбираться индивидуально с помощью специалистов-психологов и врачей. Общие рекомендации сводятся к тому, что родители гиперактивного, или «взрывного» ребенка должны быть терпеливыми, последовательными и настойчивыми.

Чтобы «взрывоопасная» ситуация изменилась, предстоит нормализовать обстановку в семье, научиться договариваться, соблюдать режим дня, учить ребенка планировать свою деятельность и рассказывать о возможных последствиях его слов или поступков, о правилах поведения дома, в школе, других общественных местах. Также придется рассказывать о правилах общения со взрослыми и вообще с окружающими, взаимоуважении и соблюдении прав других людей.

Чтобы поддержать ребенка, мотивировать его на совершение каких-либо действий, повысить его самооценку, нужно отмечать его успехи в учебе и повседневной жизни, в усвоении новых навыков, преодолении сложных ситуаций, доведении начатых дел до конца.

Коррекции поведения при гиперактивности помогает спорт: регулярные тренировки дисциплинируют, способствуют координации движений. Выбирать можно любые виды (желательно плавание и лыжи), кроме потенциально травмоопасных, применяющих ударные техники (бокс, борьба).

При воспитании ребенка с признаками СДВГ родители и педагоги должны стать буквально единомышленниками: придерживаться одной линии воспитания, выставлять примерно одинаковые требования.

Родители могут делать вид, что проблемы никакой не существует, просто ребенок «валяет дурака», «плохо воспитан», «ну вот он такой уродился». Учителю же нежелательно занимать

Важно!

Гиперактивному ребенку сложно выполнять набор последовательных действий, поэтому одна родительская просьба должна содержать только одно поручение. «Пожалуйста, собери игрушки на полу», затем, после выполнения: «А теперь собери карандаши на столе». В завершение нужно похвалить: «Спасибо, ты мне очень помог навести порядок».

позицию «все равно из него не выйдет никакого толка», «с такими надо строже». Гиперактивного ученика стоит хвалить даже за небольшие успехи, а на вызывающем поведении акцентировать внимание не следует.

При воспитании гиперактивного ребенка родители могут впадать в две крайности: чрезмерную мягкость, попустительство, вседозволенность и высокую требовательность, строгость и даже жестокость. А если родитель сегодня «добрый полицейский», а завтра – «злой», то это еще больше «расшатывает» состояние ребенка, который теряет последние ориентиры.

Сильные впечатления детям с признаками гиперактивности тоже только вредят, поэтому стоит избегать шумных, «взрослых», экстремальных развлечений, большого скопления людей и дальних утомительных поездок на отдых, особенно в раннем возрасте.

Развивать навыки самоорганизации у ребенка помогают соблюдение режима дня, когда одни и те же действия выполняются в одинаковое время, составление и выполнение списков дел, развешивание картинок и записок-напоминалок. В комнате ребенка должно быть как можно меньше факторов, отвлекающих от вдумчивого выполнения домашних заданий. Желательно, чтобы в ней не было телефона, телевизора, компьютера. Интерьер комнаты должен быть оформлен в спокойных тонах, а во время выполнения домашних занятий, отхода ко сну ребенку не должны ме-

Продолжение на стр. 14 >>



«Продолжение. Начало на стр. 12-13

шать громкая музыка, звук работающего телевизора или звуки компьютерных игр. Комната ребенка не должна быть проходной. Во время работы над «домашкой» через каждые 20 минут нужно напоминать ему о необходимости сделать перерыв – встать и подвигаться.

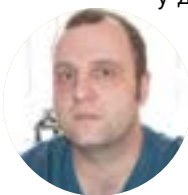
В целом обстановка в семье должна быть доброжелательной и спокойной. Устанавливая правила поведения, родители не должны налагать запрет на каждый шаг ребенка. Но при этом взрослым следует оставаться непреклонными в вопросах соблюдения безопасности окружающих и самого

ребенка и прав других людей. По поводу того, что брать чужие вещи без спроса, мешать другим разговаривать по телефону или между собой, драться и называть плохими словами, позиция взрослых должна быть однозначной: это нехорошо.

Подготовила Елена Клишина

Мнение эксперта

Виктор Ведяшкин,
врач-психиатр,
заместитель главного
врача по медицинской
части Алтайского краевого
психоневрологического
диспансера для детей:



– Ребенок должен быть подвижным. Само по себе развитие ребенка подразумевает активность незрелой психики, формирующейся психической функции. Психическая активность у ребенка должна быть высокой. Но она должна быть относительно управляемой. Если у ребенка существуют трудности с саморегулированием эмоций, поведения, если взрослые не справляются с управлением этой активностью извне, тогда это действительно проблема и нужно обращаться к специалистам здравоохранения, психологам в образовательных организациях.

В последние 10–15 лет детей с синдромом СДВГ становится все больше, это мы видим и по статистике обращений в наше учреждение. На рост заболеваемости влияет много разных факторов. Во-первых, это биологические проблемы: происходит накопление органической патологии в популяции – перинатальные поражения центральной нервной системы, ранняя детская психоневрология. Сберегающие технологии доношения, выхаживания недоношенных детей тоже потом накладывают свой определенный отпечаток. Это и экологические проблемы, информационное загрязнение, воздействие различными микроволнами. Очень много

психологических проблем не только у детей, но и у их родителей, которые испытывают на себе негативное воздействие внешней среды. Они могут быть выгоревшими, загнанными в попытках обеспечить свою семью всем необходимым и из-за этого неадекватно реагировать на поведение своих детей – срывать, ругать, наказывать.

Многие психоневрологические проблемы поддаются коррекции. Начинать нужно с консультации и обследования у врача, который поставит диагноз и сформирует маршрут реабилитации. При необходимости это может быть медикаментозная помощь. Как правило, ее начинают с ноотропных, сосудистых препаратов, антиоксидантов и витаминов, которые улучшают память, внимание, работоспособность, помогают созреть центральной нервной системе. Если эти препараты не помогают, то прибегают к коррекциям поведения, чтобы помочь контролировать поведение самому ребенку и его близкому окружению.

Нередко большую часть проблем можно убрать, если проводить правильные психотерапевтические процедуры с родителями, помочь им разобраться с тем, что не так с их ребенком. Помогают и психокоррекционные мероприятия эмоционально-волевой сферы ребенка, усидчивости, внимательности, планирования своей деятельности.

Три года, семь лет, подростковый возраст – критические периоды. В это время психика «переходит» на следующий этап, происходит переоценка ценностей, человек взросле-

ет. Именно в это время обнаруживаются разные психоневрологические проблемы, чаще – невротические тики, заикания, энурез, но иногда могут возникнуть и более серьезные нарушения эмоционально-волевой сферы.

В воспитательном, психологическом плане – это достаточно протестные возрасты. Ругать такого ребенка – это все равно, что ругать человека с насморком за то, что он болеет. Человек, который не может регулировать свое поведение самостоятельно, по сути, не является здоровым. Больным – тоже сказать не могу. Каждый случай нужно рассматривать индивидуально, ведь гиперактивность бывает разной. Есть просто непослушные дети, немного неусидчивые. А есть дети с серьезным заболеванием, с проблемами интеллектуального развития, у которых в силу фатальной задержки психического развития идет задержка формирования эмоционально-волевой сферы. За помощью в такой ситуации нужно обращаться как можно раньше.

У «взрывных» детей в дошкольном возрасте на первом плане выступают проявления гиперактивности, расторможенности и раздражительности. В 10 лет внешние проявления активности уходят. Зачастую к 12 годам такие дети становятся менее двигательно гиперактивными, но проблемы саморегуляции, неумение анализировать и прогнозировать свои действия остаются. Могут начаться иные проблемы с поведением: зависимости, наркомания, деструктивность, криминальное поведение, ранние беременности.

Небогатырского телосложения

При поступлении в школу насчитывается 30% здоровых детей – первоклассников, не имеющих хронических заболеваний. По окончании школы только 5–6% одиннадцатиклассников могут похвастаться отменным здоровьем.

Такие примерные данные приводит Лилия Анатольевна Лбова, врач-педиатр, заведующая отделением медицинской помощи детям в образовательных учреждениях поликлинического отделения № 1 детской городской больницы № 1 г. Барнаула.



Большая часть первоклассников, считает педиатр, уже имеет какую-либо патологию органов зрения, дыхания, пищеварения, опорно-двигательного аппарата. Проблемы со зрением, как правило, вызваны увлечением гаджетами, играми и Интернетом, а проблемы с осанкой – недостаточной физической активностью.

По наблюдениям специалистов поликлинического отделения № 1 ДГБ № 1, примерно у половины школьников уже имеются хронические заболевания органов желудочно-кишечного тракта, костно-мышечной системы, органов зрения, дыхания, мочеполовой системы, эндокринные. В их числе – миопия (близорукость), тонзиллит, кариес, гастрит, сколиоз, плоскостопие, бронхиальная астма, пиелонефрит и другие заболевания различной степени тяжести.

Детей, которые отличаются отменным здоровьем, мало, и с каждым годом в школу их приходит все меньше и меньше. За годы обучения в школе процент здоровых детей от класса к классу уменьшается.

Мальчики и девочки

– В школьные годы у детей формируются две крайности, обусловленные нерациональным питанием: ожирение (как правило, у мальчиков) и гипотрофия (низкий вес) у девочек из-за желания иметь модельную внешность. Недостаточное питание может вызывать в организме девушки такие изменения, как отсутствие регулярного менструального цикла, заболевания эндо-

кринной системы, вплоть до нарушения гормонального обмена всего организма. В дальнейшем это может стать причиной проблем с деторождением. Склонность к худобе, недостатку веса у части девочек выявляется в школах в рамках ежегодных профилактических осмотров.

У мальчиков школьного возраста часто наблюдаются повышенная нагрузка на зрение и избыток веса. Обе проблемы вызваны малоподвижным образом жизни, неправильным положением тела в течение длительного времени, проводимого за компьютерными играми или в Интернете. На вес влияет и любовь к вредной пище.

Другие проблемы у мальчиков начинают появляться в период активного роста: у них страдает сердечно-сосудистая, костно-мышечная системы, присоединяются неврологические расстройства. У каждого третьего-четвертого ребенка есть извитость сосудов шеи. При динамическом росте костей мышцы не успевают расти, происходит их перенапряжение, вызывающее сжатие сосудов, в том числе питающих головной мозг. Это может быть причиной головных болей, недомогания, недосыпания, повышенного давления и других характерных проблем подросткового возраста.

При этом Лилия Анатольевна отмечает, что у занимающихся спортом мальчиков такие проблемы наблюдаются гораздо реже, а доля спортивных детей с каждым годом растет –



Продолжение на стр. 16 >>

«Продолжение. Начало на стр. 15

возможно, благодаря существующему в обществе тренду на здоровый образ жизни. Все меньше курящих подростков, все больше школьников, считающих, что курить – уже не модно.

Все большие опасения у врачей вызывает употребление подростками энергетических напитков, которые за счет кофеина влияют на работу сердечно-сосудистой системы, оказывают возбуждающее действие на центральную нервную систему: нарушается сон, память, внимание, сам подросток становится возбужденным.

Государственные экзамены и длительная подготовка к ним также влияют на состояние здоровья школьников: они сильно нервничают, перенапрягаются, переживают за свое будущее поступление в вузы.

Цифры и факты

Наблюдения барнаульских педиатров подтверждают результаты исследования, проведенного специалистами Научного медицинского исследовательского центра здоровья детей при Минздраве РФ.

В 2005–2015 годах они обследовали более **400** учащихся в четырех школах Москвы. Из них в первом классе абсолютно здоровыми были **4,3%** школьников, к 11-му классу таких уже не было.

Среди мальчиков и юношей были наиболее распространены язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, плоскостопие, ожирение, астма и гипертония. В психологическом плане самыми напряженными для них были первые три и последний год учебы. У девочек и девушек чаще всего отмечались дефицит массы тела, головные боли, неврозы, близорукость, а самыми психологически сложными были 9–11-е классы.

Инфекционные заболевания

На первом месте среди характерных для школьного возраста инфекций – вирусные заболевания, особенно в периоды эпидемиологического подъема. Это ОРВИ, которые могут приводить к серьезным осложнениям, например пневмонии. На втором месте – бактериально обусловленные заболевания. На третьем – вирусные диареи, которые передаются в школьной среде, – к счастью, наблюдались в основном единичные случаи.

Среди заболеваний, которые могут возникать в среде школьников из-за отказа родителей ставить прививки детям, Лилия Лбова назвала корь, которая в прошлом году пришла в Алтайский край из соседних регионов, коклюш и грипп. Многие родители отказываются от вакцинации против дифтерии, столбняка, коклюша (вакцина АКДС, Пентаксим, Инфанрикс), а также против кори, эпидемического паротита и краснухи, и в скором времени, возможно, стоит ожидать появление новых случаев этих опасных заболеваний. При этом врач отметила, что от вакцинации отказываются в том числе и родители, которые сами были привиты в детстве. При этом часть родителей не знает о необходимости ставить прививки от гриппа каждый год, так как штаммы вируса постоянно мутируют.

Просвещение и оздоровление

Традиционно летом в крае проводится оздоровительная кампания, создаются пришкольные оздоровительные площадки (лагеря) и открывают свои двери загородные лагеря. По итогам оздоровительного сезона врачи вычисляют такой показатель, как оздоровительный эффект, соотнося состояние здоровья детей при приеме на смену и по ее окончании. В лагерях, которые курируют специалисты поликлинического отделения № 1 ДГБ № 1, оздоровительный эффект составил более 97%. Другими словами, у большинства отдохнувших детей состояние здоровья улучшилось.

Подготовила Елена Клишина

О том, почему в лечении мужских заболеваний важна реабилитация, и о том, как сохранить здоровье, изменив образ жизни, рассказал Александр Газаматов, врач-уролог, андролог-репродуктолог.



Вода и движение

Заболевания репродуктивной сферы у мужчин во многом обусловлены образом жизни. Если говорить о выявляемых заболеваниях у подростков, то в числе основных причин – отсутствие знаний в вопросах гигиены. Если говорить о более раннем возрасте, то это отсутствие знаний о мужской физиологии у родителей мальчиков. Ребенка нужно показать андрологу, даже если ничего не беспокоит. Такие проблемы, как крипторхизм, надо разрешить на ранних стадиях, в раннем возрасте.

На мой взгляд, не хватает профессиональной информации о мужском здоровье. Если в гинекологии просветительская и информационная работа поставлена уже давно, то андрология стала делать первые шаги в этом направлении только в начале 2000-х. По данным опросов, подростки в плане получения информации, связанной с мужским здоровьем, больше всего доверяют врачу, а не родителям, друзьям и Интернету. Поэтому нужно проводить встречи, школы, посвященные мужскому здоровью. Предоставление профессиональной информа-

Внутренний резерв



30
мл

на кг веса – такова суточная норма потребления воды. В среднем мужчина должен выпивать в сутки 2-2,5 литра.

Мужчине, как и любому человеку в любом возрасте, нужен прием витаминов и минералов дополнительно к пище. Комплексные витаминно-минеральные препараты нужны особенно мальчикам и подросткам в период активного роста и полового созревания. Если организм не получает необходимого количества витаминов и минералов, то он слабеет, человек теряет силы, недоумогает, чувствует себя уставшим, подвержен вирусным и другим заболеваниям.

Большинство подростков, занимаясь фитнесом, употребляет препараты, предназначенные для спортсменов-профессионалов. Их суточные дозы рассчитаны на тех, кто занимается спортом с большими нагрузками. Обычным подросткам я бы их не рекомендовал во избежание проблем со здоровьем. Всегда при употреблении различных препаратов, предназначенных для спорта и повышения выносливости, необходимо консультироваться с врачами и специалистами в этой области, потому что избыток витаминов, казалось бы, безобидных, тоже может отрицательно влиять на здоровье.

Среди мужчин бытует миф о том, что алкоголь улучшает репродуктивные способности. Отчасти это верно, так как качественный алкоголь (хорошее вино, например) в небольших количествах действительно может приносить пользу организму, улучшая микроциркуляцию органов и положительно влияя на настроение. Но употребление в больших количествах вредит организму, в том числе

ции пациенту – важный этап и лечения, и реабилитации любых заболеваний.

Анализируя в клинике ситуацию с бесплодием мужчин, мы отмечаем тенденцию к ухудшению репродуктивного мужского здоровья. **Наиболее частая причина – образ жизни наших пациентов**, а не только заболевания, передающиеся половым путем, как это было еще совсем недавно. Во-первых, это снижение двигательной активности. Малоактивный образ жизни приводит к застою в органах таза. У большого количества пациентов, которые к нам обращаются, мы наблюдаем расширение вен вокруг предстательной железы у мужчин и у подростков мальчиков – в мошонке. Это ведет к снижению репродуктивного потенциала.

Вторая причина – это питание и недостаточное употребление воды, что приводит к повышению вязкости спермы и снижению подвижности сперматозоидов. Думаю, мы стали пить меньше из-за того, что мало двигаемся, в основном ведем сидячий образ жизни, большую часть времени проводим за компьютером. В нашей клинике мы проводили опрос по количеству употребления воды. Выяснилось, что боль-

шинство мужчин употребляют воду практически наполовину меньше, чем это необходимо для нормальной жизнедеятельности организма. Конечно, это проблема нашего века и необходимо говорить о нормальном питании, о двигательной активности и о нормах употребления жидкости.

Третья причина – это постоянная ситуация стресса, в которой мы все сегодня живем. Стресс приводит к спазмам, которые ухудшают микроциркуляцию крови, и как следствие – начало заболеваний практически всех органов нашего организма, особенно эндокринной и репродуктивной системы. Поэтому, чтобы сохранить физическое здоровье, важно соблюдать ментальное спокойствие – с помощью различных упражнений, медитации, регулярного приема биологически активных добавок-адаптогенов, которые помогают организму адаптироваться к неблагоприятным внешним условиям среды проживания и различным стресс-факторам. Это регулярный прием фиточаев, бальзамов, обладающих успокоительным свойством, помогающих гармонизировать свой внутренний мир.

Продолжение на стр. 18 >>

«Продолжение. Начало на стр. 16-17»

сперматогенезу, который вообще очень чувствителен к внешним воздействиям.

Сила науки, традиций и природы

– Лечение заболеваний мужской сферы может включать разные методы, каждый из которых применяется на определенном этапе. Первый этап – это прием у врача, оперативное и/или медикаментозное лечение. Второй этап – методы традиционной медицины, включающие комплексный подход к здоровью человека. Он повышает внутренние резервы организма. Третий этап – методы народной медицины и оздоровительные практики. Они являются гармонизирующими: стабилизация здоровья и поддержка того уровня здоровья, которого человек достиг. Последний этап – постоянный, его нужно придерживаться в течение всей жизни. Человек не должен заниматься здоровьем эпизодически, иначе он все равно заболеет.

Очень важна и система медицинской реабилитации. Она направлена на повышение внутренних резервов организма, на восстановление здоровья больного при помощи комплексного использования различных средств, таких как лечебное питание, климато- и бальнеотерапия, лечебная физкультура, физиотерапия и другие методы, которые используют стационарно и (или) амбулаторно.

Реабилитацию нужно проводить и в предоперационном, и в послеоперационном периоде, при травмах, любых воспалительных процессах и с целью улучшения функции сперматогенного эпителия, для улучшения гормональ-

ного фона и качества жизни в целом.

С целью медицинской реабилитации в андрологии и репродуктологии применяются наряду с медикаментозной терапией различные методы: магнито-лазерная, вакуумная терапия, массаж, гидромассажные техники, а также методы натуропатии – гирудотерапия, апитоксинотерапия (пчелужаление), скипидарные ванны, контрастный душ и другие техники.

Задачи реабилитации – улучшить микроциркуляцию, усилить ответные реакции иммунной системы и восстановить функцию органа. К примеру, пациенту-подростку предстоит хирургическая операция по поводу варикоцеле (расширения вен семенного канатика). Если перед операцией провести комплексную реабилитацию, включающую медикаментозную терапию и физиотерапию реабилитационного характера, то операция переносится проще, орган быстрее восстанавливается. И, как показывают наши исследования, гораздо быстрее и активнее восстанавливается функция репродуктивной системы, в частности улучшаются показатели сперматогенеза.

Не лечит, но помогает

Натуропатия (применение натуральных методов) может быть оздоровительной и сопроводительной. В первом случае она используется для сохранения здоровья здорового человека, во втором – является частью комплексного лечения и дополняет методы академической медицины. Но, подчеркиваю, натуропатия – это вспомогательный метод, который не должен заменять лечение, назначенное врачом. При его применении важен профессиональный подход.

Натуропатия не лечит. Натуральные методы помогают поднять внутренние резервы организма, улучшить сопротивляемость, помогают продлить период ремиссии и не дают заболеванию перейти в стадию обострения. Они воздействуют на систему адаптации, помогают наладить систему саморегуляции, которая отвечает в организме за уникальное свойство – самовыздоровление. Этому способ-

Исследования

– В 2002 году благодаря **Вере Михайловне Ушановой**, в то время заместителю председателя комитета по здравоохранению администрации Барнаула, мы обследовали около полутора тысяч мальчиков и подростков. По нашей статистике, каждый третий имел репродуктивно угрожаемые состояния и заболевания. Нам тогда казалось, что это очень много: каждый третий мальчик мог оказаться бесплодным. Впоследствии мы поняли, что это не максимальная цифра. Мы выявляли в некоторых группах до 70% мальчиков с определенными состояниями и заболеваниями репродуктивной системы. Это проблема не только нашего региона – в целом в стране картина примерно та же.

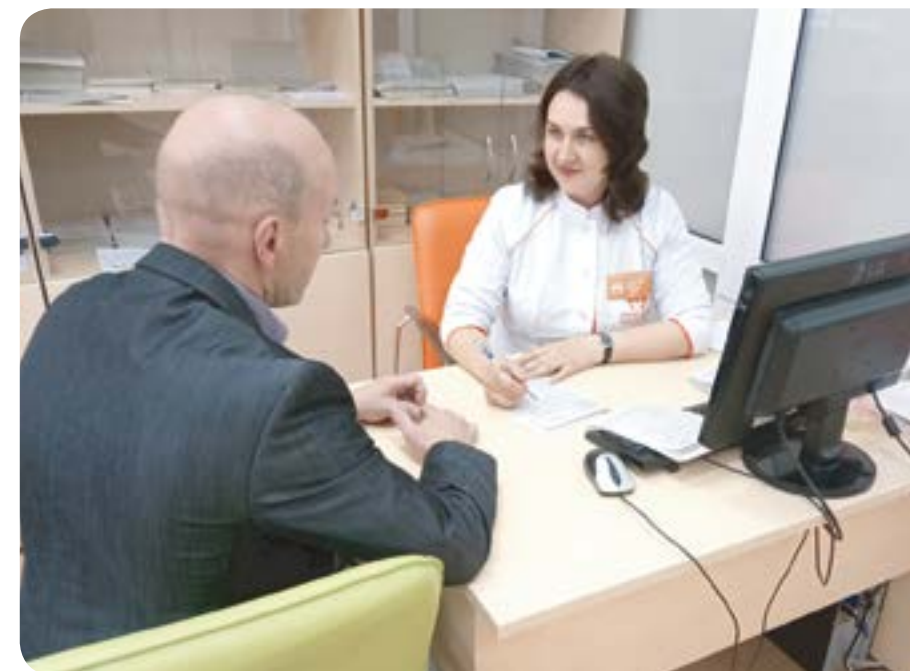
Примерно у 73% подростков некоторых групп выявляются кисты придатков яичек. При этом совершенно непонятно, почему они возникают и что с ними делать. В 2006–2008 годах мы обследовали 11 тысяч мальчиков в возрасте 14 лет по всему краю и впервые столкнулись с этой проблемой. Проблема была выявлена благодаря ультразвуковому методу, который введен в процедуру обследования. Это дало импульс к тому, что к подобным, впервые выявленным, заболеваниям нужно было разрабатывать новые научные подходы в тактике диагностики, лечения и реабилитации.

ствует употребление травяных сборов, меда и другой пчелопродукции, оздоровительной продукции пантового оленеводства, закаливания, прогулки по терренкурам и другие натуральные методы оздоровления.

Когда специалист назначает натуропатические средства оздоровления, не нужно относиться к этому пренебрежительно. Они не обладают прямым лечебным действием, но улучшают общее состояние человека, поднимают внутренние резервы, придают силы организму и помогают выздоровлению.

Подготовила Елена Клишина

Результаты – сразу



Жители Барнаула и гости из других городов и районов Алтайского края могут пройти обследование в центре здоровья Краевого центра медицинской профилактики.

Где это?

Краевой центр медицинской профилактики расположен по адресу: г. Барнаул, ул. Ползунова, 23. Телефон для справок 63-18-43.

Почему не в поликлинике?

КЦМП хотя и является краевым государственным бюджетным учреждением здравоохранения, но не стоит путать его с поликлиникой. В поликлинику пациенты обращаются с возникшими проблемами со здоровьем и уже известными, давно выявленными хроническими заболеваниями.

Обследования в центре здоровья КЦМП направлены на выявление факторов риска ряда хронических неинфекционных заболеваний: сердечно-сосудистых, бронхолегочных, онкологических, сахарного диабета, глаукомы.

Для посещения центра здоровья не нужны предварительная запись и

направление врача. Обследование проводится бесплатно, при наличии паспорта, полиса медицинского страхования и СНИЛС.

Кому подходит?

По большому счету всем: от детей и студентов до пенсионеров.

Один из методов, биоимпедансометрия, может быть особенно интересен людям, контролирующим свой вес, желающим похудеть.

В КЦМП могут обратиться самозанятые, фрилансеры, удаленные работники, которые сами планируют свое рабочее время. Обследование не займет много времени, за результатами не придется ехать во второй раз – их выдадут сразу на руки. А врач-терапевт даст разъяснения и рекомендации. При необходимости он порекомендует обратиться к терапевту или узкому специалисту или сам назначит лекарственную терапию для коррекции выявленных факторов риска.

Что входит?

В программу обследования включены:

- измерение роста, веса, объема талии и бедер, вычисление индекса массы тела;
- динамометрия – измерение мышечной силы;
- аппаратная проверка остроты зрения;
- измерение внутриглазного давления;
- измерение артериального давления;
- пульсоксиметрия;
- спирография – проверка объема легких;
- проверка курильщиков на смолкайзере;
- проверка состояния сердца с помощью кардиовизора;
- биоимпедансометрия;
- экспресс-анализ крови на сахар и холестерин;
- проверка состояния зубов и полости рта стоматологом-гигиенистом.

Как часто?

Проходить такое обследование нужно один раз в год. Но если у посетителя есть желание проверять состояние здоровья чаще, то раз в полгода.

Преимущества

Обследование в центре здоровья КЦМП:

- без записи и направления;
- обследование по целому ряду параметров с помощью современной аппаратуры;
- результаты сразу;
- консультация терапевта сразу;
- бесплатно;
- квалифицированно;
- быстро.

Продолжение на стр. 20-21 ➤➤

На заметку

Витамины для мужского здоровья

Микроэлемент цинк, витамины А и Е важны для мужского репродуктивного здоровья, в частности для нормального сперматогенеза.

Суточная норма цинка для мужчины – 15–20 мг, для подростка – 11 мг, для детей – 5–10 мг.

«Продолжение. Начало на стр. 19»

А можно обо всем подробнее?**Индекс массы тела**

Показывает соотношение между массой тела и ростом человека и позволяет определить, является ли масса недостаточной, нормальной или избыточной. Избыток или недостаток массы, резкий набор веса или его потеря могут быть признаками ряда заболеваний. Согласно рекомендациям ВОЗ, нормой считается ИМТ в пределах 18,5–25. Показатели ниже 18,5 – дефицит массы, показатели выше 25 – предожирение и ожирение.

Для чего измерять объем талии?

Наличие жировых отложений в области живота может указывать на развитие ожирения по абдоминальному типу, при котором жир обкладывает и внутренние органы. Абдоминальное ожирение – фактор риска возникновения гипертонии, ишемической болезни сердца, сахарного диабета и других заболеваний. Нормой считается объем талии 80 см у женщин и 94 см у мужчин.

Для чего измерять объем бедер?

Соотношение объема талии и бедер в фитнесе называют коэффициентом стройности, в медицине – коэффициентом эндокринного равновесия. Он вычисляется путем деления объема талии на объем бедер. Его величина не должна быть больше 0,85.

Динамометрия

В КЦМП используют кистевой электронный и механический динамометр. Измерение мышечной силы позволяет узнать не только уровень физической подготовки человека, но и мышечную функциональность, степень развития мускулатуры. Сниженные показатели могут быть обусловлены болезнью, стрессом, депрессией, недостаточным питанием, низкой физической активностью. Показатели динамометрии у пожилых людей, как правило, в силу возраста будут ниже.

Аппаратная проверка остроты зрения

Для этого в центре здоровья КЦМП используют современный ап-

парат рефрактометр. Рефракция – это способность глаза преломлять свет и давать человеку возможность видеть детали этого мира четкими и яркими. Ухудшение этой способности – нечеткость и размытость нашего зрения. Самые известные нарушения рефракции: миопия (близорукость), гиперметропия (дальнозоркость), астигматизм (снижение четкости видения из-за нарушения формы хрусталика, роговицы или глаза).

Измерение внутриглазного давления

У людей старше 40 лет часто отмечается повышенное внутриглазное давление (ВГД). Поэтому после 40 лет такое обследование желательно проходить раз в год. Повышенное давление внутри глаза означает, что в органе нарушен нормальный отток жидкости. Это может привести к деформации мелких сосудов, поставляющих питательные вещества, и вызывать различные нарушения: снижение остроты зрения, атрофию зрительного нерва то есть свидетельствовать о развитии глаукомы, и в итоге привести к слепоте.

Для измерения ВГД используется специальный аппарат – тонометр. Показатели получают при помощи давления воздуха на роговицу.

Повышенное ВГД называют глазной гипертензией, пониженное (нарушение нормального притока жидкости) – глазной гипотензией. Гипотензия может возникнуть из-за травмы, занесения инфекции, снижения артериального давления, обезвоживания, после хирургического вмешательства.

Измерение артериального давления

Артериальное давление – это давление крови на стенки сосудов во время сокращения (систолическое) и расслабления (диастолическое) сердечной мышцы. Рост АД может происходить из-за повышенного тонуса сосудов, болезней почек, гормональных нарушений, проблем с позвоночником, других проблем. Гипертония (артериальная гипертензия) является

одним из самых распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы, которое может возникнуть в любом возрасте: ею страдают до 30% в среднем возрасте и около 50 процентов в возрасте 65 лет и старше.

Пульсоксиметрия

Экспресс-оценка насыщения гемоглобина артериальной крови кислородом (сатурация), а также измерения частоты пульса и регулярности сердечного ритма. Низкие показатели пульсоксиметрии могут свидетельствовать о гипоксии, заболеваниях органов дыхания.

Кардиовизор

Экспресс-оценка состояния сердца по ЭКГ-сигналам от конечностей с помощью кардиовизора. Результаты выводятся на экран компьютера, при этом «портрет» сердца появляется в цвете, и здоровые, и проблемные участки будут окрашены по-разному. Зеленый цвет – норма, желтый – незначительное ухудшение, красный – уже есть серьезные проблемы. При помощи кардиовизора можно выявить на начальных стадиях гипертонию, кардиопатию, врожденные или приобретенные пороки сердца, другие заболевания сердечно-сосудистой системы.

**Спирометрия**

Аппаратный метод проверки объема легких и скоростных показателей дыхания. Он помогает выявить хроническую обструктивную болезнь легких, другие заболевания органов дыхания. Для этого нужно всего лишь дважды «дунуть в трубочку»: сделать продолжительный и резкий выдох.

Важно!

Приборы для проверки состояния органов дыхания также определяют такой параметр, как фактический возраст легких. У людей некурящих, ведущих здоровый и активный образ жизни, не страдающих хроническими болезнями органов дыхания, легкие будут моложе своего биологического возраста. Если легкие – как у бабушки, это повод задуматься о своем здоровье и образе жизни.

Смокелайзер

Или индикатор монооксида углерода в выдыхаемом воздухе. Такую процедуру предлагают пройти курильщикам. Проверка покажет процентное содержание угарного газа в легких. У пассивных курильщиков он может показывать 1–2 процента CO, у курящих – от 4 до 30 и более процентов. Эти цифры означают то количество кислорода, которые недополучают мозг, другие органы для своей нормальной работы.

Биоимпедансометрия

Метод диагностики состава тела человека посредством измерения импеданса – электрического сопротивления участков тела в разных частях организма. Во время биоимпедансометрии проводится оценка процентного содержания в организме жировой, мышечной ткани, воды. Метод позволяет выявить скрытые отеки (признаки сахарного диабета, проблем с почками, заболеваний сердечно-сосудистой системы), ожи-

Отзыв**Елена Коршунова, 44 года:**

– Конечно, меня заинтересовала возможность проверить состояние здоровья в целом. Я много работаю, у меня маленькие дети, они болеют. На свое здоровье совсем не остается времени – я и так часто беру «детские» больничные. Особенно меня заинтересовала проверка



зрения. Я работаю на компьютере, ношу очки. Чтобы проверить остроту зрения и внутриглазное давление, мне пришлось бы оплачивать процедуру в какой-нибудь частной клинике или оптике либо брать талон к офтальмологу в поликлинике. Здесь проверка прошла быстро, новых проблем не обнаружилось, идти к офтальмологу пока нет необходимости.

рение, рассчитать обмен веществ в килокалориях. Результаты содержат около десятка показателей, однако представлены в удобной форме: в распечатке сразу видно, где норма, а где недостаток или превышение.

Экспресс-анализ крови на сахар и холестерин

В центре здоровья используется экспресс-анализатор. Этот прибор подходит и для работы во время выездных мероприятий центра здоровья на рынках, массовых мероприятиях, в торговых центрах.

Экспресс-анализ на сахар и холестерин может быть проведен как натощак, так и после приема пищи. Для этих случаев существуют разные показатели нормы содержания глюкозы и холестерина в крови.

Иногда экспресс-анализ путают с общим анализом крови. ОАК назначают, как правило, в тех случаях, когда человек уже болен и обратился за специализированной медицинской помощью, для контроля за ходом на-

значенного лечения, для оценки состояния организма перед плановым хирургическим вмешательством.

Результаты анализа крови на сахар и холестерин либо покажут норму, либо станут поводом для обращения к эндокринологу, кардиологу, терапевту.

Обследование полости рта

Стоматолог-гигиенист центра здоровья проведет диагностику кариеса, болезней пародонта, некариозных поражений, болезней слизистой оболочки полости рта и даст соответствующее заключение.

Подготовила Елена Клишина.
Фото Натальи Камышевой

Антирейтинг

У посетителей, прошедших обследование в центре здоровья КЦМП, наиболее часто врачи выявляли следующие проблемы:

- ожирение;
- повышенное артериальное давление;
- повышенный уровень холестерина.

Это основные факторы развития риска сердечно-сосудистых заболеваний, которые к тому же свидетельствуют о недостаточной культуре питания населения.

Среди довольно часто выявляемых проблем – повышенное внутриглазное давление, которое может быть признаком развития глаукомы.

Комментарий

Ольга Егель, врач Краевого центра медицинской профилактики:

– Сегодня у меня на приеме было несколько женщин пожилого возраста. Они увлекаются сканди-



навской ходьбой. И у них были отличные показатели для их возраста! Особенно так называемый возраст легких – он был ниже биологического, и показатели биоимпедансометрии – соотношение жировой, мышечной тканей и жидкости в организме.

Сердцу не прикажешь

Сердечно-сосудистые заболевания по-прежнему остаются первой причиной смертей в России.

Около 25 млн жителей мира страдают сердечной недостаточностью. Что может нарушить работу человеческого «мотора» и возможно ли это предотвратить – рассказывает главный кардиолог Алтайского края Анна Ефремушкина.



– Анна Александровна, что такое сердечная недостаточность и в чем причина ее возникновения?

– Сердечная недостаточность (СН), иногда известная как застойная сердечная недостаточность, возникает, когда мышца сердца не качает кровь так хорошо, как должна. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) – наиболее распространенная форма заболевания сердца и наиболее частая причина СН. Она возникает в результате накопления жировых отложений (бляшек) в артериях, которые снижают кровоток и могут привести к сердечному приступу.

При гипертонии – повышенном артериальном давлении (АД) сердцу приходится работать интенсивнее, чтобы обеспечить циркуляцию крови по всему телу. Со временем эта до-



полнительная нагрузка может сделать сердечную мышцу слишком жесткой или слишком слабой, чтобы эффективно перекачивать кровь.

Клапаны сердца поддерживают поток крови в правильном направлении через него. Неисправные клапаны, например, вследствие порока сердца, ИБС или же сердечной инфекции, заставляют орган работать сильнее, что может ослабить его с течением времени.

Причиной развития СН может стать **кардиомиопатия** – повреждение сердечной мышцы. Она возникает вследствие ряда заболеваний, инфекций, злоупотребления алкоголем и токсического действия некоторых лекарств. Свою роль могут сыграть и генетические факторы.

Еще одна причина возникновения СН – **миокардит**. Это воспаление сердечной мышцы, которое чаще всего вызвано вирусом и может привести к лево-сторонней сердечной недостаточности.

Если сердце и его камеры или клапаны не сформированы правильно

Факт

Стресс, тревога, депрессивные состояния значительно повышают риск развития ИБС как самой частой причины СН. По данным российских исследователей, у пациентов с СН данные расстройства встречаются в **38%** случаев.

(есть врожденные пороки сердца), здоровые части органа должны работать больше, чтобы прокачивать кровь через него. Это, в свою очередь, может привести к сердечной недостаточности.

Аномальные сердечные ритмы (аритмии) способны заставить сердце биться слишком быстро, создавая дополнительную работу для него. Медленное сердцебиение также может привести к СН.

Повлиять на развитие сердечной недостаточности могут такие хронические заболевания, как диабет, ВИЧ,

Справка

Факторы риска развития сердечной недостаточности:

- высокое артериальное давление; заболевание коронарной артерии;
- сердечный приступ;
- наличие диабета;
- прием ряда лекарственных препаратов. В их числе: нестероидные противовоспалительные препараты; некоторые анестезиологические и антиаритмические препараты; некоторые лекарства, используемые для лечения высокого АД, рака, неврологических и психиатрических состояний, состояний легких, урологических состояний, воспалительных процессов и инфекций;
- апноэ. Невозможность правильно дышать во время ночного сна приводит к снижению уровня кислорода в крови и повышенному риску нарушения сердечного ритма. Обе эти проблемы могут ослабить сердце;
- врожденный порок сердца;
- клапанная болезнь сердца;
- вирусная инфекция может повредить сердечную мышцу;
- злоупотребление алкоголем;
- употребление табака;
- полнота;
- нерегулярное сердцебиение.

гипертиреоз, гипотиреоз, гемохроматоз (накопление железа) или амилоидоз (накопление белка).

Причиной острой сердечной недостаточности могут стать вирусы, которые атакуют сердечную мышцу, тяжелые инфекции, аллергические реакции, сгустки крови (тромбы) в легких, использование определенных лекарств или же любая болезнь, которая влияет на весь организм в целом.

– **Что нужно делать человеку, обнаружившему у себя тревожные признаки?**

– Первым делом – обратиться к лечащему врачу. Чтобы диагностировать сердечную недостаточность, специалист тщательно изучит историю бо-

лезни и симптомы, проведет физическое обследование, а также проверит наличие факторов риска. С помощью стетоскопа врач определит – есть ли признаки застоя в легких и присутствую ли аномальные звуки сердца, которые могут предполагать наличие СН. Также специалист может исследовать вены на шее и проверить накопление жидкости в животе и ногах. После медицинского осмотра он назначит дополнительные тесты. В их числе – анализы крови, рентген грудной клетки, электрокардиограмма (ЭКГ), эхокардиограмма, компьютерная томография сердца (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), коронароангиограмма, биопсия миокарда, а также нагрузочные стресс-тесты.

– **Чем опасно данное заболевание?**

– Если есть сердечная недостаточность, последствия зависят от причины и степени тяжести, общего состояния здоровья и других факторов, таких как возраст. Осложнения могут включать в себя: повреждения или отказ почек, возникновение проблем с сердечными клапанами и сердечным ритмом, а также повреждение печени.

– **Сердечная недостаточность – это пожизненный диагноз или же болезнь можно вылечить?**

– Не все состояния, которые приводят к сердечной недостаточности, могут быть вылечены, но терапия может компенсировать ее проявления и помочь жить дольше. Изменения образа жизни – занятия физическими упражнениями, снижение содержания натрия (соли) в рационе, управление стрессом и потеря веса способны улучшить качество жизни.

– **Какой образ жизни нужно вести при установленном диагнозе?**

– Пациент должен совместно работать с врачом. Шаги, которые могут помочь управлять сердечной недостаточностью, включают в себя:

- **соблюдение диеты:** дробное питание небольшими порциями. Пища должна быть легкоусвояемой, включать белок (рыбу, мясо птицы, говядину), овощи и фрукты. В некоторых случаях врач порекомендует ограничить соль и жидкость (это зависит от тяжести сердечной недостаточности);

На заметку

Признаки сердечной недостаточности:

- одышка при физической нагрузке, в положении лежа, при наклоне вперед (при надевании обуви);
- усталость и слабость;
- припухлость (отеки) на ногах, лодыжках и ступнях;
- учащенное или нерегулярное сердцебиение;
- снижение способности к физической нагрузке;
- постоянный кашель или хрипы с белой или розовой кровянистой мокротой;
- повышенная потребность в мочеиспускании в ночное время;
- отек живота (асцит);
- очень быстрое увеличение веса вследствие задержки жидкости;
- отсутствие аппетита и тошнота;
- трудность концентрации внимания или снижение бдительности;
- внезапная сильная одышка и кашель до розовой пенистой слизи;
- боль в груди, если сердечная недостаточность вызвана сердечным приступом.

• **физическая нагрузка в большинстве случаев необходима.** Прежде всего ходьба (по переносимости). Если она противопоказана – врачом это оговаривается. Постоянное сидение или лежание может привести к развитию осложнений;

• **следить за принимаемыми лекарствами.** Не прекращать прием какого-либо препарата, не поговорив с врачом. Если появились побочные эффекты, нужно обсудить этот момент с доктором;

• **избегать некоторых безрецептурных лекарств:** таких как ибупрофен, таблетки для похудения – они могут усугубить сердечную недостаточность и привести к накоплению жидкости;

• **быть осторожными с пищевыми добавками,** некоторые компоненты которых способны снизить эффективность лекарств от сердечной недо-

Продолжение на стр. 24 ➤➤

«Продолжение. Начало на стр. 22-23

статочности или ухудшить состояние. Врач должен знать, что принимает пациент из добавок;

- **следить за своим весом и приносить дневник на контроль к врачу.** Увеличение веса может быть признаком того, что накапливается жидкость. Возможно, врач порекомендует дополнительно принимать мочегонные и другие препараты;

- **следить за своим кровяным давлением** между назначениями врача и приносить запись о нем на приемы;

- **записать свои вопросы для врача.** Перед приемом врача подготовить список любых вопросов или опасений. Например, безопасно ли вам и вашему партнеру заниматься сексом? Большинство людей с сердечной недостаточностью могут продолжать сексуальную активность, как только симптомы находятся под контролем. Попросите разъяснений, если это необходимо. Убедитесь, что вы понимаете все, что ваш врач хочет, чтобы вы сделали;

- **знать контакты лечащего врача.** Держите номер телефона вашего врача, номер телефона больницы и маршрут движения до больницы или клиники под рукой.

– **Если у человека случился приступ – какую первую помощь могут ему оказать окружающие?**

– При обморочном состоянии необходимо приподнять ноги; при боли в груди и повышенном артериальном давлении – дать нитроглицерин и расстегнуть верхние пуговицы на одежде. При наличии одышки – сесть со спущенными ногами, по возможности опустить ноги в таз с водой. Но самое главное – вызвать скорую помощь.

Врачи скорой помощи будут пытаться стабилизировать состояние и определять, вызваны эти симптомы сердечной недостаточностью или чем-то еще.

Если у человека есть диагноз «сердечная недостаточность» и один из симптомов внезапно проявляется ярче или же развивается новый признак или симптом, это может означать, что существующая болезнь усугубляется и не отвечает на лечение. Таким же тревожным сигналом может быть прибавка пациента в весе более чем на 2 кг в

Это важно!

Обратитесь за экстренной помощью, если у вас:

- боль в груди;
- обморок или сильная слабость;
- учащенное или нерегулярное сердцебиение, связанное с одышкой, болью в груди или обмороком;
- внезапная сильная одышка и кашель до розовой пенистой слизи.

течение нескольких дней. Необходимо немедленно обратиться к врачу!

– **Анна Александровна, зачастую болезнь сопровождается отеками – о чем они свидетельствуют?**

– Зачастую отеки – первое проявление сердечной недостаточности, на которое обращает внимание пациент. Как правило, они отражают снижение сократительной способности мышцы сердца или повышенную жесткость миокарда при расслаблении, что приводит к задержке жидкости. Справляться с отеками возможно ограничением жидкости и соли, а также приемом определенных групп препаратов, назначаемых врачом в этом случае.

– **Чем сердечные отеки отличаются от почечных?**

– Почечные отеки появляются обычно на лице, а сердечные – на ногах. При СН отеки на ногах обычно появляются или усиливаются к вечеру, а за ночь сходят или уменьшаются. Отеки при определенных заболеваниях почек, наоборот, более выражены после сна, а днем сходят или уменьшаются: ночью отечная жидкость застаивается в подкожной клетчатке век вследствие отсутствия мигания, днем же мышечные сокращения при мигании способствуют лучшему оттоку ее через лимфатические пути. Кожа над сердечными отеками синюшна, холодна, с бурым оттенком. Кожа у почечных больных над отеками бледная. Почечные отеки мягкие, подвижные (особенно нефротические), а сердечные – плотные. Грань между отеками сердечными и почечными очень тонкая, ее может определить только опытный врач при проведении тестов.

Записала Ирина Савина

Национальный проект «Здравоохранение» меняет работу страховых медицинских организаций. Страховые медицинские организации начинают более активно взаимодействовать и сотрудничать как с медицинскими организациями, так и с пациентами.

Все изменения Правил обязательного медицинского страхования, которые вступили в силу с 28 мая 2019 года, ориентированы на обеспечение преемственности медицинской помощи, контроль за всеми этапами ее оказания и полное информационное сопровождение застрахованных лиц со стороны страховых медицинских организаций. При этом информационное сопровождение включает в себя информирование о медицинских организациях, осуществляющих деятельность в системе ОМС; праве выбора и замены страховой медицинской организации, медицинской организации и врача; порядке получения полиса; виде, качестве и условиях предоставления медицинской помощи в рамках базовой и территориальной программ; прохождении профилактических осмотров и диспансеризации, в том числе в вечерние часы и в субботу; прохождении диспансерного наблюдения лицами, поставленными на диспансерный учет.

В соответствии с новыми правилами медицинские организации обязаны предоставить страховым организациям информацию о застрахованных, чтобы они со своей стороны смогли в полной мере исполнять полномочия по индивидуальному информированию и контрольные функции. В первую очередь это касается диспансеризации и профилактических осмотров, сопровождения пациентов с хроническими и онкологическими заболе-

Тесное сотрудничество



ваниями. На основе информации, переданной медицинскими организациями, страховые представители напоминают о прохождении диспансеризации, выясняют причины, по которым она не пройдена, повторно информируют застрахованных лиц о необходимости прохождения профилактических мероприятий – причем теперь не ежеквартально, а ежемесячно. Помимо этого, СМО контролируют оказание медицинской помощи и информируют о необходимости постановки на диспансерный учет в случае наличия онкологических, сердечно-сосудистых и других хронических заболеваний.

Особенно пристальное внимание уделено сопровождению пациентов с онкологическими заболеваниями. С этой целью страховые медицинские организации на информационном портале ТФОМС формируют истории страховых случаев пациентов с подозрением на злокачественное новообразование или с подтвержденными ЗНО. Таким образом создается интегрированная база информационных данных для быстрой оценки места и времени нахождения пациента на этапах диагностики и лечения. Это даст возможность СМО оперативно контролировать ход лечения, а также в случае необходимости восстанавливать нарушенные права пациентов. Напомним, что страховые представители III уров-

ня осуществляют контроль качества медицинской помощи, предоставляемой пациентам со злокачественными новообразованиями, с 1 января 2019 года. В их функции входят контроль своевременности оказания медицинской помощи с момента подозрения и диагностики ЗНО до момента предоставления специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, а также при проведении диспансерного наблюдения и в случаях обострения онкологического заболевания; контроль соответствия стадии онкологического заболевания выбранному медицинской организацией методу лечения; контроль степени достижения запланированного результата при проведении химиотерапии (в том числе дорогостоящими таргетными препаратами); индивидуальное информационное сопровождение застрахованных лиц с онкологическими заболеваниями. Кроме того, страховые представители отслеживают сроки установления диагноза онкологического заболевания. С этой целью в апреле 2019 года внесены изменения в Программу госгарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, где определены сроки установления диагноза онкологического заболевания – не более 14 календарных дней со дня назначения исследований. Также установлен срок постановки на учет для диспан-

серного наблюдения такого пациента – не более трех рабочих дней с момента постановки диагноза. Помимо контроля сроков и качества оказания медицинской помощи, страховые представители формируют данные о диспансерном наблюдении за пациентами со стороны медицинских организаций. Таким образом, страховые представители тесно взаимодействуют с пациентами, находящимися на диспансерном учете, формируя у них приверженность к лечению. Основная задача страховых представителей в области контроля диспансерного наблюдения – снизить риск осложнений, воздействуя на пациента.

Новыми правилами также регламентируется порядок контроля телемедицинских консультаций. В целях внедрения в повседневную медицинскую практику новых телемедицинских технологий предусмотрено предоставление медицинскими организациями сведений о случаях оказания медицинской помощи с применением рекомендаций национальных медицинских исследовательских центров. После получения сведений, содержащих такие рекомендации, медицинская организация не позднее одного рабочего дня с даты получения сведений размещает на информационном ресурсе информацию о застрахованных лицах, в отношении которых получены указанные рекомендации. В свою очередь страховой представитель в течение двух рабочих дней после размещения данных сведений обеспечивает проведение экспертизы в соответствии с порядком организации и проведения контроля. Кроме того, страховые медицинские организации продолжают работу по контролю плановых госпитализаций. Соответственно, если по каким-то причинам пациент не явился, то страховые представители будут связываться с пациентом, выяснять причины и помогать пациентам с плановым лечением в стационарах.

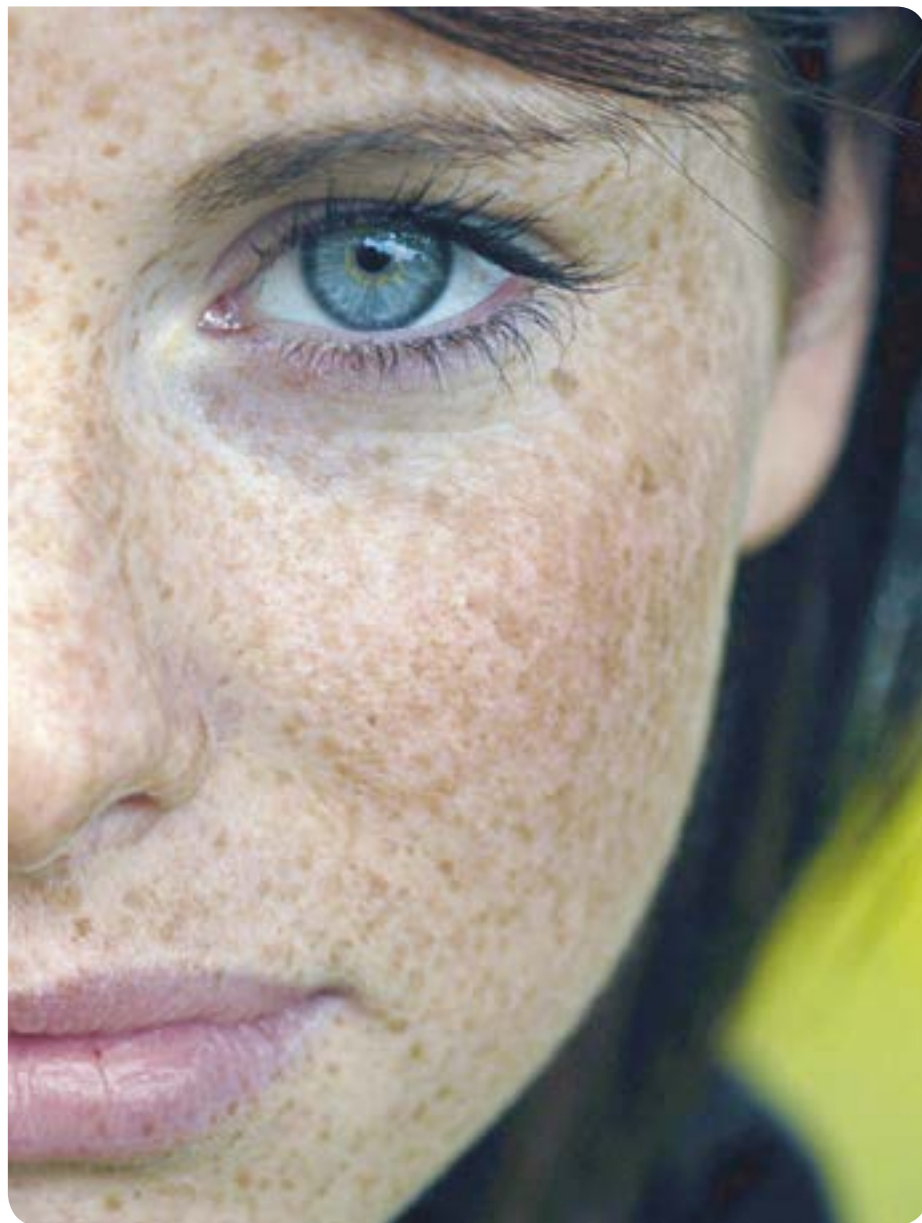
Материалы предоставлены
пресс-службой ТФОМС
Алтайского края

Солнечные подарки

И на солнце бывают пятна.

Желая стать ближе к небесному светилу, жители планеты с удовольствием подставляют себя под его лучи. Дерматологи и косметологи предупреждают – солнечные ванны могут быть опасными.

С началом осени у них увеличивается количество пациентов, желающих избавиться от гиперпигментации. Почему возникают потемнения на коже и что с ними делать – узнаем у врача-косметолога, дерматолога Елены Скрипкиной.



Все оттенки темного

Сегодня гиперпигментация является большой проблемой как для обывателей, так и для специалистов, поскольку полностью она еще не изучена и не решена, отмечает эксперт. Под гиперпигментацией дерматологи и косметологи подразумевают неравномерную избыточную окраску отдельных участков кожи. По глубине ее разделяют на эпидермальную и дермальную. Первая включает

разновидности гиперпигментации, где затронуты поверхностные слои кожи – эпидермис. В их число входят веснушки, хлоазма, лентиго. Такие пятна обладают светлыми оттенками – от желтоватого до неинтенсивного коричневого.

Второй вид усиленной пигментации представляет собой более серьезную проблему. Сбой выработки меланина в дермальном (глубоком) слое кожи характеризуется появле-

нием темно-коричневых, сероватых или синих пятнышек.

«Виновник появления темных пятен на коже – пигмент меланин, который вырабатывают клетки-меланоциты. Они представляют собой некий барьер между наружным слоем кожи эпидермисом и более глубоким – дермой, – поясняет Елена Скрипкина. – Одна из функций меланина – придание индивидуальной окраски каждому человеку. Цвет кожи напрямую зависит от количества выра-

На заметку

➤ **Веснушки** – пигментные пятна желтоватого цвета, как правило, небольшого диаметра, правильной или неправильной формы. Чаще всего имеют наследственный характер. Зимой и осенью почти незаметны. Под воздействием солнечных лучей окраска пятен усиливается, они начинают темнеть. Зачастую это молодежная проблема – с возрастом количество веснушек снижается или же они видоизменяются.

➤ **Хлоазма** – ограниченная гиперпигментация кожи, которая возникает чаще всего у женщин на фоне беременности, а также вследствие гормональных изменений или же заболеваний мочеполовой сферы. Также появление пятен могут вызвать нарушения функции печени.

➤ **Лентиго** – возрастные, старческие пятна неправильной формы на коже коричневого цвета. Чаще всего возникают на лице, в области декольте, на плечах и кистях. Этот вид гиперпигментации характерен для людей 40–45 и старше. Пятна возникают под действием солнечных лучей вследствие снижения активности ферментных систем в организме и снижения его защитных ресурсов.

➤ **Мелазма** – изменения на коже, которые возникают под воздействием хронического УФ-облучения.

➤ **Поствоспалительная или посттравматическая гиперпигментация** – следы после глубокого поражения – ожогов, травм, постакне.

батываемого меланина. Но самая главная функция этого пигмента – защитная. Она реализуется под воздействием солнечных лучей. Меланин чувствительно реагирует на ультрафиолетовое излучение. Он регулирует его воздействие на организм при условии, что наша кожа, ее эпидермис здоров. Давно известно, что солнце представляет наибольшую опасность для здоровья кожи. Избыточная инсоляция способствует гиперпигментации».

Пигмент-защитник

Чаще всего с жалобами на гиперпигментацию к специалистам обращаются в конце августа – начале сентября. «К этому времени ультрафиолетовое излучение попадает в глубокие слои кожи, и, если существуют какие-либо поломки в кожном барьере, возникает гиперпигментация. Осложнить ситуацию может наследственная предрасположенность, – поясняет косметолог. – В нашем обществе принято считать, что загорелая кожа – признак здоровья. Но во всем важна мера. Зачастую люди бездумно проводят время на пляже в часы прямого солнечного сияния, когда ничего полезного его лучи не принесут. На Западе уже давно совершенно иной тренд, ориентированный на безопасность. У нас до сих пор стремятся получить загар, граничащий с состоянием запеченности».

Врач делает акцент на том, что лето – сезон повышенной опасности для кожи. В это время года усиливается обезвоженность тканей. Сухость кожи возникает вследствие повышения уличной температуры. «Эффект обезвоженности дает и купание в соленой морской воде. Нарушаются все эпидермальные процессы, особенно если уход за кожей неправильный или же есть проблемы с внутренним состоянием организма», – продолжает Елена Скрипкина.

Убрать нельзя оставить

Для многих людей излишняя пигментация становится серьезной проблемой, от которой хочется поскорее избавиться. В таком случае очень важно не поддаваться порыву и избегать салонов, где обещают убрать темное пятно за один сеанс, предупреждают специалисты.

«Необходимо провести минимальное обследование, чтобы понять точную причину возникновения избыточной пигментации. Так, например, одна из весомых проблем сегодня – дефицит в рационе такого микроэлемента, как железо. Он наблюдается у 50% наших девушек и женщин. Скорректировав состояние организма по этому показателю, мы видим, как пигментные

1000

примерно столько
клеток-меланоцитов,
связанных с наружными
клетками-кератиноцитами
приходится
на 1 кв. см кожи

пятна тают буквально на глазах, – говорит косметолог. – Также способствовать нарушению пигментации может дефицит меди и витамина D, антиоксидантные поломки, инсулинорезистентность. На самом деле причин много, и важно правильно установить их. От этого будет зависеть терапия, которая может быть короткой – 1–2 процедуры. Если же пигментация глубокая, мы не имеем права агрессивно работать с кожей. Важно помнить, что выработка пигмента меланина – ее защитная реакция. Она может включаться как под действием солнечных лучей, так и при агрессивном воздействии на кожу, включая глубокие лазерные шлифовки, когда за один сеанс снимают весь пигмент».

По словам эксперта, при правильном подходе к проблеме ее можно устранить полностью. Но важно понимать, что в некоторых случаях потребуются время – вплоть до двух лет. «Если пациент соблюдает рекомендации по внутренней и внешней терапии, то успех будет длительный, пигмент не вернется даже после отшелушивания кожи, – подчеркивает врач. – Современная косметология располагает огромным арсеналом процедур для борьбы с гиперпигментацией – от самого простого в виде химических пилингов до введения аутоплазмы и применения IPL-систем (IPL – сокращение от IntensivePulseLight). Одна из передовых технологий, имеющих доказательную научную базу, – аппаратная методика M-22. С ее помощью

Продолжение на стр. 28 ➤

«Продолжение. Начало на стр. 26-27»

косметологи во всем мире борются с гиперпигментацией и имеют стойкий результат».

Витамин D и антиоксиданты в помощь

Чтобы присоединиться к мировой тенденции, направленной на здоровье кожи, каждому человеку стоит соблюдать ряд простых рекомендаций:

- в начале осени сдавать кровь на анализ для определения уровня витамина D. В случае дефицита – начинать его профилактику. Витамин D – вещество, которое играет огромную роль в функционировании нашей кожи;

- принимать антиоксиданты. В первую очередь это витамин C. Лучше перед этим проконсультироваться с врачом;

- сбалансировать питание по микроэлементам. Один из главных – железо;

- гормональные препараты принимать исключительно по назначению врача и под его контролем. «Дело в том, что есть группы медикаментов, которые являются фотосенсибилизаторами, то есть провоцируют возникновение гиперпигментации. Это происходит чаще всего под действием солнечных лучей. Это не говорит о том, что нужно бросать прием препарата, важно изучить аннотацию и быть подготовленными к солнечным ваннам, – поясняет Елена Скрипкина. – Так, загорать следует с 9.00 до 11.00 и после 16.00, когда нет прямого солнцестояния, а значит, ультрафиолетовое излучение принесет больше пользы, чем вреда»;

- обязательно использовать солнцезащитные средства с фактором защиты 50+, не забывать обновлять их каждые 2–3 часа при нахождении на открытом солнце.

«Сегодня во всем мире отмечают повышенную опасность возникновения меланомы – злокачественной опухоли, которая появляется и прогрессирует под действием солнечного излучения. Поэтому к загару подходить нужно предельно серьезно», – заключает эксперт.

Беседовала Ирина Савина

Прививка от «Брисбена» и «Колорадо»



«Брисбен», «Канзас», «Колорадо» – это не маршрут путешествия, а названия штаммов вирусов гриппа H3N2, H1N1 и B, которые, по прогнозам специалистов, могут прийти в край в этом году. К их встрече медики уже готовились: закуплено за счет средств федерального бюджета 1 млн 235 тысяч доз отечественной вакцины «Совигрипп».

Один из главных аргументов в пользу вакцинации: в прошлом году в крае из более миллиона привитых человек гриппом заболели только двое, они перенесли опасное заболевание в легкой форме.

Лучше всего сейчас

Первые партии обновленной с учетом мутации вирусов гриппа вакцины поступили в медицинские учреждения региона 14 августа. Официально прививочная кампания продлится до 31 октября. Однако, как отмечает **Ирина Бахарева**, главный специалист – терапевт-пульмонолог Министерства здравоохранения Алтайского края, прививку можно сделать и позже, даже в разгар эпидемиологического сезона.

Оптимальный срок для прививания – до начала подъема заболеваемости, как раз в сентябре-октябре. Грипп, говорят медики, и сроки его вторжения непредсказуемы. В предыдущие годы эпидемия гриппа на территории края начиналась в разное время: в 2009 году, когда в мире возникла эпидемия свиного гриппа, в крае первые заболевания были зарегистрированы в ноябре. В 2018 году грипп пошел в атаку во второй неделе января. Специалисты Роспотребнадзора охарактеризовали прошлый сезон как «обычной интенсивности, с ранним началом», который длился восемь недель. В прошлом году гриппом в крае переболело 7% населения.

Привитых стало больше

Количество жителей края, поставивших прививку от гриппа, в послед-

Важно!

Вакцину «Совигрипп» могут поставить все желающие в поликлинике по месту жительства бесплатно.

2-4
недели требуется организму для выработки специфических антител (иммунитета) после прививки

ние годы только растет. Христина Манохина, специалист отдела надзора и санитарной охраны территории Роспотребнадзора по Алтайскому краю, привела следующие цифры: с 2008 по 2018 год количество привитых увеличилось с 18,4 до 45,4%. В этом году медики планируют привить больше – 51,4% жителей региона. Рост числа привитых помог снизить заболеваемость гриппом на территории края в семь раз.

К наиболее уязвимым группам специалисты относят детей в возрасте от шести месяцев, дошкольников, школьников и студентов, работников образовательных и медицинских организаций, лиц старше 60 лет, призывников, лиц, страдающих хроническими заболеваниями, работников сферы ЖКХ. В каждой из этих групп риска медики достигли охвата в рамках прививочной кампании в

На заметку

Симптомы гриппа:

высокая температура, головная боль, интоксикация, ломота в теле, сухость слизистых.

среднем 75%. С остальными ведут разъяснительную работу: участковые педиатры – в поликлиниках, специалисты Роспотребнадзора – на родительских собраниях в школах и детских садах.

Таких случаев, чтобы вакцина закончилась, а желающие привиться остались, в крае не было. Недостающие дозы приобретают за счет регионального бюджета.

Вакцина «Совигрипп» используется в крае уже третий год. Осложнений после вакцинации не было зарегистрировано.

Среди противопоказаний к ее применению – в основном индивидуальная непереносимость компонентов препарата.

H1N1 может вызывать тяжелые поражения дыхательных путей, кровоизлияния во все слизистые, очень быстрое наступление дыхательной недостаточности.

Елена Клишина

Грипп и пневмония очень схожи своими клиническими проявлениями. При подозрении на грипп нужно обязательно обращаться к врачу, самолечение недопустимо.

Мнение эксперта

Ирина Бахарева, главный специалист – терапевт-пульмонолог Министерства здравоохранения Алтайского края:

– В прошлом году, в связи с тем что был высокий уровень иммунизации, у нас практически не было тяжелых пневмоний – таких, какие



были в 2009 году, когда только появился H1N1, так называемый свиной грипп. Но тогда и вакцины от него еще не было. Она была разработана, и в предыдущие годы болезни протекали гораздо легче, так как была иммунная прослойка, и слабый контингент тоже не переболел гриппом и не получил осложнения в виде пневмонии.



ДЖАНЕЛИДЗЕ Юстин Юлианович (1883-1950)

ДЖАНЕЛИДЗЕ Юстин Юлианович – советский хирург, академик АМН СССР (1944), член президиума АМН СССР (1944–1946), заслуженный деятель науки РСФСР (1936), Герой Социалистического Труда (1945), лауреат Государственной премии СССР (1949), генерал-лейтенант медицинской службы, главный хирург Военно-Морского Флота СССР.

Он является автором 100 научных трудов по вопросам общей и восстановительной хирургии, травматологии и кардиохирургии, среди них: «Раны сердца и их хирургическое лечение» (1927), «Свободная пересадка кожи в России и Советском Союзе» (1946), «Бронхиальные свищи огнестрельного происхождения» (1948, в 1949 г. за нее Ю.Ю. Джанелидзе была присуждена Государственная премия СССР).

Юстин Юлианович внес большой вклад в развитие клинической хирургии. В сентябре 1911 года он провел успешную операцию по поводу ранения правого желудочка сердца. Впервые в мире в 1913 году Ю.Ю. Джанелидзе зашил рану восходящего отдела аорты.

В своей статье «Повреждение венечных сосудов при ранениях сердца» он отверг возможность получения по-

ложительных результатов при перевязке сосудов сердца, поскольку развитые анастомозы между коронарными сосудами не способны полностью компенсировать кровоснабжение обескровленного участка сердечной мышцы.

Большую практическую значимость имели исследования ученого, посвященные поражениям сердечной сорочки, в частности проблеме сдавливающего перикардита.

В период Великой Отечественной войны Ю.Ю. Джанелидзе разрабатывал методы хирургического лечения артериальных и артериовенозных аневризм сонной, подключичной и бедренной артерий. С этой целью он создал специальный сосудистый компрессор, позволявший производить перевязку крупных артерий у раненых с аневризмами, избегая развития послеоперационных осложнений – параличей и гангренов.

Большое внимание в научных трудах Ю.Ю. Джанелидзе было уделено вопросам пластической, неотложной хирургии, травматологии, лечения ожогов, хирургического лечения стенокардии, лечения ранений и заболеваний органов грудной клетки. В 1920 году он предложил оригинальный метод вправления вывиха в тазобедренном суставе при положении больного на животе. В том же году им опубликован способ вправления вывиха плеча, который сразу получил большую популярность и стал известен всем хирургам страны как способ Джанелидзе.

Ю.Ю. Джанелидзе был не только прекрасным клиницистом, но и крупным организатором. На посту главного хирурга Военно-Морского Флота СССР он разработал систему хирургической помощи, отвечающую особым и сложным условиям флотской службы.

Заслуги ученого получили высокую оценку Родины. Он был награжден двумя орденами Ленина, Золотой медалью «Серп и Молот», орденом Красного Знамени и многими медалями. Были учреждены две студенческие стипендии имени Ю.Ю. Джанелидзе, а его имя присвоено Ленинградскому институту скорой помощи.

Информация с сайта www.mediasphera.ru, фото с сайта www.warheroes.ru

Личное отношение врачей к лечению и реабилитации больных трудно переоценить. И болезнь отступает, и восстановление происходит быстрее. Это всегда находит отклик в сердцах благодарных пациентов. Об этом наша рубрика «Спасибо, доктор».

В нашей семье случилось несчастье: дочь попала в автокатастрофу на Чуйском тракте. В тяжелом состоянии была доставлена в ЦГБ г. Бийска. Потребовалась срочная операция, которую блестяще провел хирург **Сергей Михайлович Морозов**. Послеоперационный период протекал без малейших осложнений. Спасибо вам за ваши золотые руки! Благодарим заведующего хирургическим отделением **Сергея Александровича Подковырова** за его терпение и чуткость. После беседы с ним появлялась уверенность, что все будет замечательно! Большое спасибо заведующему отделением анестезиологии и реанимации **Андрею Михайловичу Хвостову** за профессионализм и четкие действия. И конечно же, огромное спасибо нашему ангелу-хранителю, красивой женщине и замечательному реаниматологу **Дарье Александровне Шнайдер**! Она искренне сочувствовала нам, делала все возможное, спасая нашу дочь. Любую информацию мы могли получить в любое время. Сегодня наша дочка выписана домой! Она здорова! Низкий поклон вам, добрые люди! Здоровья и счастья вам и вашим близким!

С уважением **Березовы, Михеевы**

Выражаю огромную благодарность всему медперсоналу отделения патологии новорожденных перинатального центра **АККЦОМД**. При поступлении в отделение тебя встречают радушно с первых минут, добрые, спокойные медсестры все объясняют, младший медперсонал вежливый, уборка производится регулярно, сотрудники, ответственные за кормление мам, опрятные, если мама занята малышом, приносят пищу на тумбочку, кормят вкусно, порции большие, через два дня пребывания здесь прибыло молоко. Врачи сосредоточены, все четко по делу, всегда готовы к диалогу с мамой. Хочется, чтобы все учреждения здравоохранения работали по совести, с любовью и самоотдачей, как сотрудники данного отделения.

Елена Александровна Павличенко

Выражаю благодарность заведующей терапевтическим отделением Новоалтайской городской больницы **Ольге Рафаиловне Штейн**, моему лечащему врачу **Юлии Александровне**, всем нянюшкам, медицинскому персоналу. Попала в больницу в тяжелом состоянии. За весь период лечения ни разу не услышала грубого слова, всегда получала профессиональную помощь, теплоту, своевременность процедур. В палатах ежедневно убирают, кварцуют, всех, кому тяжело, на процедуры возят. Давно болею, не первая это у меня больница. Да и время сегодня тяжелое для людей. Всякое можно увидеть и услышать: и грубость, и равнодушие, а здесь как-то душевно все, по-человечески. Низкий вам всем поклон и моя благодарность. Здравия вам и благополучия, всему медицинскому работающему составу терапевтического отделения!

Лариса Васильевна Еремченко

На базе Михайловской ЦРБ есть отделение дневного стационара, где мы, пациенты, неоднократно проходим лечение под наблюдением врачей и медицинского персонала. И хотелось бы выразить благодарность врачам **Т. Н. Капелькиной** и **К. В. Митькину** за их высокий профессионализм и индивидуальный подход к каждому пациенту, за чуткое и внимательное отношение, за теплую атмосферу, которая царит в отделении.

И конечно же, хочется отдельно отметить профессионализм медицинских сестер: **Ольги Валерьевны Инюшиной**, **Саулы Мейрамовны Жунусовой**, которые осуществляют назначенные процедуры и поддерживают пациентов своей улыбкой, вниманием, добрым словом. Спасибо всем большое! Желаем вам дальнейших профессиональных успехов и достойного вознаграждения за ваш нелегкий труд.

С уважением, **С. В. Ульянов, Л. С. Шкарлат, О. А. Гадзаман, Г. П. Горбунова, П. П. Кудряшев, А. Г. Кокорев, В. Н. Автушенко, О. Г. Ситник, Л. Н. Мильтеницева, И. Н. Зикратова.**

В последнее время только ленивый не ругает врачей. А мне хочется поделиться своими впечатлениями от общения с онкологами в «Надежде». Волею судьбы мне пришлось сопровождать свою маму на лечение в дневной стационар № 3. Сказать, что мы боялись, волновались и переживали, значит, ничего не сказать. Мы обе были как оголенный нерв. Тот, кому приходилось сталкиваться с онкологией, меня поймет. От страха не только мама, но и я, как будто стала хуже видеть, слышать и понимать. Но на удивление нас встретили очень спокойно, терпеливо и доброжелательно. Сначала заведующая дневным стационаром **Елена Ивановна Россоха**, затем лечащий врач **Мария Васильевна Галанова** и медицинская сестра **Лидия Николаевна**. Мы были приятно удивлены. Для медсестры процедурного кабинета **Олежки** оказалось вообще не существует понятия «плохие вены». Та забота и внимание, каким окружили медики мою маму, помогли нам пережить и первый, и второй, и уже третий курс химиотерапии. И все уже не так страшно! Хочется от всей души пожелать всему коллективу дневного стационара крепкого здоровья, счастья и оставаться такими же чуткими и добрыми!

С уважением к вашему нелегкому труду, дочь вашей пациентки **Светлана**



Будущее алтайской медицины начинается в АГМУ

2 сентября на торжественной линейке в Алтайском медицинском университете лучшие первокурсники и студенты вуза вместе с ректором И. П. Салдан, деканами и почетными гостями – министром здравоохранения региона Д. В. Поповым, депутатами Госдумы РФ В. А. Елыковым и Д. В. Бессарабовым, президентом краевой Медицинской палаты Я. Н. Шойхетом – высадили голубые ели в честь каждого факультета. Участниками мероприятия стали более 1000 первокурсников.

Пресс-служба АГМУ



В выпуске использованы фотографии с сайтов zdravalt.ru, asmu.ru, kremlin.ru, из архива редакции и открытых источников сети Интернет: koltushi24.ru, pbs.twimg.com, navigato.ru, izhmama.ru, juvenon.ru, warheroes.ru, wh-lady.ru, wdb.space, hartvannederland.nl, akamaized.net, jpgazeta.ru

Мы ЗДОРОВЬЕ

Краевая медицинская газета. Издаётся с 17.06.1994 г.

Учредитель: КГБУЗ «Краевой центр медицинской профилактики».

Газета зарегистрирована Управлением Роскомнадзора по Алтайскому краю и Республике Алтай. Свидетельство ПИ №ТУ 22-00617 от 21.10.2016 г.

Редакция может публиковать материалы в порядке обсуждения, не разделяя точку зрения автора. Полную ответственность за точность приведенных фактов, цитат, статистических данных, собственных имен и прочих сведений несут лица, являющиеся источником информации.

Главный редактор – Н. С. Камышева, редактор – И. А. Савина

Издатель: КГБУЗ «Краевой центр медицинской профилактики».

Адрес: Алтайский край, г. Барнаул, ул. Ползунова, 23.

Адрес редакции: 656056, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Ползунова, 23. E-mail: medprof_miz@mail.ru.

Отпечатано в типографии ООО «А1»:

656049, г. Барнаул, ул. Папанинцев, 106А. Тел./факс: 245-936, тел. 69-52-00. E-mail: europrint@list.ru. ОГРН 1062221060670, ИНН 2221121656. Подписано в печать 5.09.19.

По графику 18.00. Фактически 18.00. Тираж 1000 экз. Цена в розницу свободная.