

6+

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№9 (213) СЕНТЯБРЬ 2020





Определяя приоритеты...

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

И.В. Козлова,

главный редактор,

сопредседатель регионального отделения ОНФ



4

О «своих» детях и родах «с сюрпризом»



18

Если близкий человек отказывается от лечения...



32

Близорукий мир



36

Грибные темы



42

Кто живет в холодильнике?

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

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ "ЗДРАВООХРАНЕНИЕ"

В.В. Шевченко.

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

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ "ЗДРАВООХРАНЕНИЕ"

Е.Е. Ганжа.

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

Новости здравоохранения мира 9

М.П. Киприянова.

Медики - всегда на передовой! 10-13

Новости здравоохранения мира 14

ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА

Д.Н. Обложкова.

В помощь родителям недоношенных детей 15-17

СОВЕТ ПСИХОЛОГА

А.В. Лобанова.

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

В.В. Шевченко. О вакцинации 20

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

Е.Н. Тряпицына. Профилактика гельминтозов 21-24

ПОБЕДИМ СВОЙ СТРАХ

А.В. Марьин.

Оперировать нельзя ждать 25-27

Йогурт бродит с палочкой 28-30

Новости здравоохранения России 31

Близорукий мир 32-33

Как правильно кашлять 34

Лекарства из клетки 35

Грибные темы 36-39

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ "ЗДРАВООХРАНЕНИЕ"

Н.В. Хлопкова.

И сердце в порядке! 40-41

Кто живет в холодильнике? 42-43

Вопрос-ответ 44



ВИЧ: проблема, о которой необходимо знать каждому



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

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

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

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

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

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



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

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

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



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

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

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



О «СВОИХ» детях и родах «с сюрпризами»

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



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

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

- Расскажите, как проходит ваш рабочий день.

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

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

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

- Какую помощь вы оказываете своим маленьким пациентам?

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

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

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

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



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

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

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

- В отделении реанимации все места заняты пациентами?

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



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

- Эти малыши родились в стенах центра «ДАР»?

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

- Часто приходится выезжать в районы?

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

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

- Мама вместе с ребенком тоже доставляется к вам?

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

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

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



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

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

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

- Как готовите малышей к операциям?

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

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

- Сколько времени проводят малыши в вашем отделении?

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



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

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

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

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

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



За счастливое здоровое детство!

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

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

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

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



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

- Что вас заряжает на новый рабочий день?

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

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

Как всё это можно не любить?! ☺

Надежда Здорнова

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



Оперировать нельзя ждать

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

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

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

Главный, но не единственный

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

нить причину патологического процесса.

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

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



врачи бывают вынуждены отложить операцию или отказаться от нее вовсе.

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

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

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

ХИРУРГИЧЕСКИЙ СЛОВАРЬ

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

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

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

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



Победим свой страх!

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

Одним можно, другим нельзя

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

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

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

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



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

Иноперабельность пациента по той или иной причине - это абсолютное противопоказание для проведения любого хирургического вмешательства. Чаще всего, эти факторы никак не связаны с онкологией, и нам кажется, что нас зря гоняют по врачам и кабинетам, - лишь бы время потянуть! На самом деле, медики стараются учесть все риски и избежать возможных осложнений.

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

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

Всё идет по плану

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

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

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



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

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

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

Знают, что делают

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

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

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



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

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

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

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

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

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



Общественный Редакционный совет журнала



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



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



**Вейцман
Инна Александровна**
врач-эндокринолог высшей
категории, к.м.н., доцент
кафедры госпитальной
терапии и эндокринологии
АГМУ



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



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



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



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



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



**Лазарев
Александр Федорович**
д.м.н., профессор, заведующий
кафедрой онкологии, лучевой
терапии и лучевой диагностики
с курсом ДПО АГМУ,
председатель комитета АКЗС
по здравоохранению и науке



**Миллер
Виталий Эдмундович**
к.м.н., доцент кафедры
пропедвтики детских болезней
АГМУ, заведующий детским
консультативно-диагностическим
центром КГБУЗ "Алтайский
краевой клинический центр
охраны материнства и детства"



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



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



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



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



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



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



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



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

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№9 (213) сентябрь 2020 г.



Лауреат Губернаторской премии
среди СМИ по итогам 2003 года



Почетная грамота
Союза журналистов России



Благодарность от Управления
Алтайского края
по физической культуре и спорту



Почетная грамота Правительства
Алтайского края, 2017 год

Выпуск издания (рубрика
"Национальный проект
"Здравоохранение") осуществляется
при финансовой поддержке
Федерального агентства по печати и
массовым коммуникациям.

Свидетельство о регистрации СМИ №ПИ-12-
1644 от 04.02.2003 г., выданное Сибирским
окружным межрегиональным
территориальным управлением Министерства
РФ по делам печати, телерадиовещания и
средств массовых коммуникаций.

Все товары и услуги подлежат обязательной
сертификации. Ответственность за
достоверность рекламной информации несут
рекламодатели. Мнение редакции может не
совпадать с мнением рекламодателя.

Время подписания в печать:
по графику - 14:00 30.09.2020 г.,
фактически - 14:00 30.09.2020 г.
Дата выхода: 06.10.2020 г.

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

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

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

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

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

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

29 сентября
Всемирный
день сердца

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

ОСНОВНЫЕ ПРИЗНАКИ ВНЕЗАПНОЙ ОСТАНОВКИ СЕРДЦА:

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

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

НЕМЕДЛЕННО ВЫЗЫВАЙТЕ БРИГАДУ СКОРОЙ ПОМОЩИ!

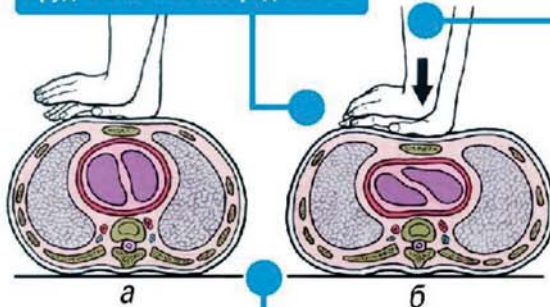
АЛГОРИТМ НЕОТЛОЖНЫХ ДЕЙСТВИЙ ОЧЕВИДЦЕВ ВНЕЗАПНОЙ ОСТАНОВКИ СЕРДЦА:

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

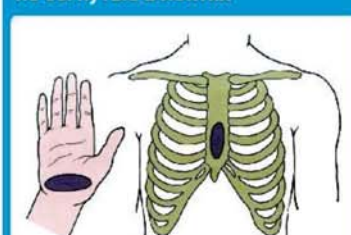


100 надавливаний на грудную клетку в минуту на глубину 5 см

Производите энергичное ритмичное сдвливание грудной клетки пострадавшего



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



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

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

ПОМНИТЕ, ЧТО:

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

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