

НА ЗДОРОВЬЕ

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА

ГОРОДСКОЙ ЦЕНТР МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

- ☞ «СКОРАЯ», ПРИЕЗЖАЙ СКОРЕЕ!
- ☞ СПОКОЙНОЙ НОЧИ
- ☞ НОВЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ МИОПИИ И СПАЗМА АККОМОДАЦИИ

ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ ПОД УГРОЗОЙ

Статистика по заболеваниям молочной железы по-прежнему неутешительна. Около 40 процентов женщин в нашей стране имеют доброкачественные заболевания молочных желез. Растет количество злокачественных новообразований. В большинстве случаев они диагностируются с опозданием, что значительно ухудшает прогноз.



Об этой проблеме мы беседуем с заведующим онкологическим отделением поликлиники № 1 ГKB № 8, врачом-онкологом Ильясом Назиповичем ГАЛЕЕВЫМ.

— Ильяс Назипович, что говорит статистика?

— Статистика показывает, что с каждым годом увеличивается количество больных с онкологией молочной железы. Так, в 2008 году в нашем отделении на диспансерный учет было взято 56 женщин, в 2009 году — 69, в 2010 — 58.

На сегодняшний день на диспансерном учете в онкологическом отделении МУЗ ГKB № 8 состоит 669 женщин, которым поставлен диагноз «рак молочной железы». Опухоли молочных желез выявляются у женщин самого разного возраста — от 25 до 89 лет. Но наиболее часто опухоли регистрируются у женщин старше 50 лет.

На протяжении трех лет рак молочной железы занимает первое место среди злокачественных опухолей женской части населения и 2 — 3 место среди всех злокачественных новообразований. В 65 процентах случаев рак молочной железы регистрируется в 1 — 2 стадии, в 25 процентах — на третьей стадии и в 10 процентах случаев в 4 стадии. Запущенность составляет 35 процентов, с учетом визуальной локализации это достаточно высокая цифра.

— Какую роль в возникновении онкологических заболеваний молочной железы играет наследственность?

— Причин возникновения опухолей молочной железы много. Но особенно должны быть внимательны к своему здоровью женщины, у которых раком молочной железы болели кровные родственники: бабушки, мамы, сестры. В этом случае риск заболеть раком выше, чем в общей популяции.

— Застрахованы ли от рака многодетные матери?

— В литературных данных говорится о том, что у женщин, постоянно кормящих грудью, рак молочной железы выявляется намного реже. Это особенно характерно для азиатских стран. Но в нашей стране даже многодетные матери находятся в группе риска. Среди моих пациентов были женщины, имеющие по 5 — 6 детей, однако это не уберегло их от рака.

— Могут ли доброкачественные опухоли переродиться в злокачественные?

— В молочных железах могут происходить дисгормональные изменения, к ним относятся диффузные и локализованные формы фиброзно-кистозной мастопатии, доброкачественные образования (киста, фиброаденома).

Фиброзно-кистозная мастопатия на сегодняшний день является самым рас-

пространенным заболеванием молочной железы. Она встречается у 60 — 70 процентов женщин в возрасте от 30 до 50 лет. Мастопатия длительное время может протекать бессимптомно и никак не беспокоит женщину, но со временем может прогрессировать. В этом случае уже требуется консервативное лечение.

Кисты молочной железы разных размеров могут быть как одиночные, так и множественные. Обычно кисты выявляются при проведении УЗИ. Если размер более 2 см, требуется удаление содержимого при помощи пункции.

Фиброаденома — это доброкачественная опухоль, которая встречается у молодых женщин. Опасность в том, что со временем она может переродиться в злокачественную опухоль — саркому молочной железы. Второй отрицательный момент — вокруг доброкачественной опухоли происходит сдавление здоровых клеток молочной железы с нарушением кровоснабжения, что может способствовать развитию злокачественной опухоли.

— Удалять или нет доброкачественную опухоль?

— Если это молодая, нерожавшая женщина, то ответ очевиден — необходимо удалить. Если доброкачественная опухоль выявилась впервые в более зрелом возрасте и не превышает в размере 1 см, отсутствуют микрокальцинаты, женщина должна находиться под наблюдением онколога, однако при росте образования требуется хирургическое вмешательство.

— В чем заключается лечение онкологических заболеваний молочной железы?

— Лечение всегда комплексное. Оно включает химио-, гормональную, лучевую терапию и хирургическое вмешательство. Прогноз во многом зависит от

стадии заболевания. Пациентки после курса лечения должны и дальше внимательно относиться к своему здоровью и посещать врача-онколога. У нас были случаи, когда после качественного лечения через много лет наступал рецидив.

В плане прогноза наиболее худший вариант — диффузные формы опухоли молочной железы. Чаще всего они выявляются уже в 4 стадии болезни, когда помочь женщине практически невозможно. Коварство диффузной опухоли в том, что она клинически никак себя не проявляет. И только когда у женщины неожиданно поднимается температура тела, молочная железа краснеет и увеличивается в размерах, пациентка обращается к врачу.

Профилактика на сегодняшний день была и остается самым эффективным средством в борьбе с онкологическими заболеваниями. Единственный надежный метод первичной профилактики — это медицинский осмотр и самообследование, которые позволяют выявить опухоль на ранней стадии. С целью более широкого охвата населения выявление онкопатологии проводят гинекологи и смотровые кабинеты поликлиник.

— Какие методы могут помочь в диагностике?

— В диагностике помогает ультразвуковое исследование молочной железы и маммография. УЗИ чаще назначается женщинам до 35 лет, в более зрелом возрасте — маммография. Иногда применяется сочетание этих двух методов, так как они прекрасно дополняют друг друга. УЗИ можно проходить два раза в год, а маммографию делать один раз в два года.

Каждая женщина независимо от возраста и наличия жалоб должна систематически проходить профилактические осмотры.

Ж. КИСЕЛОВА.

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ ГОРОДА

В Челябинске награждение лучших специалистов здравоохранения стало традиционным. Ежегодно врачи лечебно-профилактических учреждений принимают участие в подобных конкурсах. Один из них — заведующий отделением эндоскопии и ультразвуковой диагностики ГKB № 1 Андрей Кузьмич ДЕМИДОВ.

25 февраля в Челябинской государственной медицинской академии ему был вручен диплом лауреата областного конкурса «Лучший врач 2010 года».

Этой наградой была отмечена лечебная и исследовательская деятельность Андрея Кузьмича, который руководит одним из крупнейших отделений города, объединяющим эндоскопическую и ультразвуковую службу.

В последние годы эндоскопические методы исследования и лечения прочно вошли во врачебную практику, стали незаменимы в хирургии, гастроэнтерологии, пульмонологии, урологии, гинекологии и других областях медицины. С помощью эндоскопии можно брать материал для гистологического исследования (биопсия), удалять инородные тела или полипы, прижигать язвы, останавливать кровотечения и т. д. При некоторых заболеваниях эндоскопические операции дают более высокий лечебный эффект, чем хирургическое вмешательство при полостной операции. Малоинвазивные операции, проводимые с помощью эндоскопии, менее травматичны, так как проводятся не через разрез, а через прокол.



Андрей Кузьмич в совершенстве владеет всеми видами эндоскопических манипуляций и ультразвуковой диагностики, принимает активное участие в проведении лапароскопических хирургических операций. Под его руководством врачи отделения применяют на практике новаторские разработки кафедры общей хирургии Челябинской государственной медицинской академии в лечении опухолей желудочно-кишечного тракта — фитодинамическую терапию, позволяющую улучшить качество жизни неоперабельных больных и излечивать рак желудка на начальной стадии. Кроме того, специалисты отделения используют лечение лазером для остановки желудочно-кишечных кровотечений, применяют малоинвазивные технологии при лечении заболеваний щитовидной железы.

В отделение эндоскопии и ультразвуковой диагностики ГKB № 1 ежедневно поступают экстренные больные, которым без промедления оказывается медицинская помощь, в том числе виртуозно удаляются инородные тела детям.

Ежегодно увеличивается количество и разнообразие ультразвуковых исследований. В настоящее время осваиваются цифровые технологии, активно применяются на практике разработанные алгоритмы лечебно-диагностического процесса при обострении желчнокаменной болезни, остром аппендиците, инвагинации кишечника, позволяющие в короткий срок поставить правильный диагноз.

Андрей Кузьмич Демидов — автор 29 печатных работ, опубликованных в сборниках различных конференций и симпозиумов, является соавтором многочисленных публикаций по совершенствованию лечебно-диагностического процесса, по проблемам лечения щитовидной железы.

Ж. КИСЕЛОВА.



«СКОРАЯ», ПРИЕЗЖАЙ

Е.В. ЕРШОВА,
главный врач МУЗ
Станция скорой
медицинской помощи.

Согласно приказу Минздравсоцразвития от 01.11.2004 г. № 179 «Об утверждении порядка оказания скорой медицинской помощи» основной задачей является круглосуточное оказание своевременной и качественной медицинской помощи заболевшим и пострадавшим, находящимся вне лечебно-профилактических учреждений при состояниях, угрожающих здоровью или жизни граждан. Скорая медицинская помощь (СМП) на территории г. Челябинска предоставляется круглосуточно и бесплатно любому физическому лицу независимо от возраста, пола, национальности, языка, гражданства, места жительства, происхождения, отношения к религии, состояния здоровья, социального, имущественного и должностного положения, наличия судимости и иных обстоятельств. При этом страховой полис или удостоверение личности для «скорой» не требуются.

О «скорой» люди вспоминают, когда им срочно необходима медицинская помощь. Если перефразировать выражение К.С. Станиславского «театр начинается с вешалки», то с уверенностью можно утверждать, что скорая помощь начинается с диспетчерской службы, которая уже более десятилетия имеет статус оперативного отдела. Именно сюда попадают все, кто набрал бесплатный номер 03. Кстати, этот единый телефон сокращенной нумерации для вызывающих «скорую» был установлен в 1937 году. А в настоящее время и абоненты сотовой связи могут осуществить вызов «скорой» со своих мобильных телефонов: «ЮТЕЛ», «МЕГАФОН» — 030; «МТС» — 030, 031; «ТЕЛЕ-2» — 031, «БИЛАЙН» — 003. Кроме этого можно воспользоваться номером для экстренных вызовов — 112. Он работает при отрицательном балансе счета и даже без sim-карты.

Как правило, соединение с фельдшером по приему вызовов (ППВ) происходит в течение нескольких секунд. Однако, позвонив по телефону 03 в вечерние часы — период массового поступления звонков, вы можете услышать информацию автоответчика с просьбой дождаться подключения освободившегося диспетчера. В таком случае необходимо дождаться ответа оператора. Если в ходе разговора телефонная связь по какой-либо причине прервалась, перезвоните на 03 повторно. Скорее всего вы попадете к другому диспетчеру, поэтому возникнет необходимость вновь повторить суть обращения. Все разговоры записываются на цифровые носители и при необходимости уточнения места вызова могут быть прослушаны в текущем режиме. Ежедневно на станцию скорой медицинской помощи поступает более 2 — 2,5 тысячи звонков со всех районов города. Как минимум половина из



них носит справочный, консультативный, информационный характер. Отвлекаясь на них, фельдшер сектора приема вызовов вынужден держать в режиме «ожидания дозвона» людей, остро нуждающихся в экстренном вызове.

Даже если вы очень взволнованы происходящим, постарайтесь максимально четко отвечать на все вопросы фельдшера по приему вызовов. Если есть выбор, поручите вызов «скорой» адекватному человеку. Сообщите полные и достоверные сведения о местонахождении больного или пострадавшего: подробный адрес, особенности подъездных путей, порядковый номер подъезда, этажа, кодового замка

или приметный ориентир, если вызов осуществляется на улицу или в общественное место. Отвечьте на вопрос, кому вызывается «скорая». Назовите (если вам известно) фамилию, имя, отчество, пол и возраст заболевшего. Четко опишите его состояние: чем болен, давно ли ухудшилось состояние; что побудило к вызову «скорой» именно сейчас. Вопросы диспетчера могут показаться вам ненужными и отнимающими драгоценное время («что вы допрашиваете, приезжайте скорее, сами увидите!»). Но это не праздное любопытство, а возможность получить информацию для выбора профильной бригады и оперативного прибы-

тия к месту вызова. Диспетчер ведет диалог строго формализованно, по утвержденным алгоритмам, его следующий вопрос зависит от вашего предыдущего ответа. Если речь идет о пострадавших в ДТП или ином массовом происшествии (пожар, драка и т. п.), по возможности точно укажите количество человек, нуждающихся в медпомощи. Сообщите диспетчеру, кто делает вызов — родственник, сослуживец, прохожий. Назовите номер контактного телефона: в случае необходимости с вами свяжутся для уточнения ситуации. Приветствуется, если кто-либо сможет встретить «скорую»: оговорите с диспетчером, где именно это произойдет, а по прибытии машины подайте знак, что вы не просто прохожий, поднимите руку или мигните фонариком, если вызов делается в темное время суток.

Если через какое-то время необходимость в «скорой» отпадет, сделайте отмену вызова. Помните, что время, затраченное «скорой» на бессмысленный приезд, кому-то может стоить жизни!

Состояния, угрожающие жизни и здоровью человека, при которых необходимо срочно вызвать бригаду СМП:

- внезапная потеря сознания, пульса, дыхания;
- внезапная сильная одышка в состоянии покоя;
- асфиксия всех видов (утопление, попадание инородных тел в дыхательные пути, удушье);
- учащенное сердцебиение или внезапное замедление пульса, которые сопровождаются головокружением, одышкой, болями в груди (за грудиной), потерей сознания;
- внезапная сильная боль в груди или за грудиной, длящаяся более 20 минут; с иррадиацией в левую руку, под левую лопатку, челюсть, желудок, шею; сопровождающаяся холодным потом, сердцебиением, страхом смерти; отсутствием эффекта от приема нитроглицерина;

- внезапное онемение или слабость мышц лица, конечностей, особенно на одной стороне тела; внезапная выраженная необъяснимая головная боль; нарушение речи; внезапное резкое ухудшение или потеря зрения; внезапное поперхивание во время приема пищи или жидкости; внезапное головокружение, нарушение равновесия, шаткость походки;

- многократная рвота и признаки всех видов отравления;

- резкая боль в животе, сопровождающаяся повышением температуры тела, рвотой, холодным липким потом, задержкой стула, желтухой;

- подозрение на желудочное, кишечное, легочное кровотечение: рвота алой кровью или «кофейной гущей», стул черного цвета в сочетании со слабостью, головокружением, обмороком;

- обезвоживание, вызванное частым поносом или неукротимой рвотой, сопровождающееся выраженной слабостью, бледностью, сухостью кожных покровов, частым слабым пульсом;

- бытовая, производственная, транспортная, высотная травмы с потерей сознания; травмы головы, спины, грудной клетки, конечностей, сопровождающиеся открытыми ранами, сильной болью, выраженной деформацией в месте травмы;

- поражения электротоком; глубокие или обширные термические и химические ожоги кожи и слизистых;

- кровотечение в результате ножевого, огнестрельного или иного ранения, которое не удается остановить;

- роды и любые нарушения течения беременности;

- психические расстройства, опасные для окружающих и больного;

- подъем артериального давления выше 220/140 при отсутствии жалоб или выше 180/120, сопровождающийся головной болью, мельканием «мушек» перед глазами и др.;





СКОРЕЕ!

■ высокая температура тела (более 39 ° C), особенно если она сопровождается судорогами.

Во всех перечисленных случаях в любое время суток, 7 дней в неделю без выходных и праздников бригада СМП прибудет к больному или пострадавшему где бы он ни находился: дома, на улице, в магазине, на работе или любом общественном месте. Случается, что люди, действительно нуждающиеся в «скорой», остаются без своевременной помощи, потому что они сами или их близкие неправильно оценили ситуацию, не решились беспокоить медиков в неуточное время или оттягивали вызов бригады, надеясь, что положение не столь серьезное. В перечисленных выше случаях медлить нельзя.

Дистанционным лечением фельдшера ППВ не занимаются, но в некоторых случаях, когда это жизненно важно, вам подскажут, куда, например, наложить жгут

время на сборы: документы, страховой полис, тапочки, сменную одежду, средства личной гигиены, мобильный телефон и зарядное устройство, индивидуальные лекарства больного, которых может не оказаться в отделении, а также деньги, как минимум, на обратную дорогу, ведь «скорая» обратно никого не возит.

6. Заранее продумать, кто поможет врачам нести носилки (родственники, соседи).

7. Встретить бригаду, особенно это касается вызовов в частном секторе, садах, лесопарковых или производственных зонах и т. п.

В праздники, выходные, вечернее время с 18.00 до 24.00 количество обращений в «скорую» традиционно увеличивается, и число вызовов превышает число свободных бригад. При таком потоке одновременно поступающих обращений оперативный отдел вынужден заниматься медицинской сортировкой принятых вызо-

во «скорая» не госпитализирует пациентов, диагноз которых ясен, а дальнейший прогноз не вызывает опасений, т. е. тех, кому требуется амбулаторное лечение или плановая госпитализация.

Особую сложность представляет оказание медицинской помощи в общественных местах и на улице, в условиях суеты и нервозности любопытствующих толпы. По возможности необходимо выделить изолированное помещение для осмотра больного в общественном месте; воздержаться от неуместных советов, критики, не переходить на грубость в адрес медработников.

Одним из главных показателей работы «скорой» является оперативность: время ожидания бригады СМП и время доезда бригады до места вызова. Подстанции скорой помощи распределены по районам города в пределах 20-минутной транспортной доступности. В интересах пациентов работает принцип условности границ зон обслуживания районных подстанций СМП. При необходимости для выполнения вызова бригады направляются на территориальную зону обслуживания других подстанций. В 2010 г. среднее время ожидания обслуживания на все вызовы в целом составило 15,5 мин., а на экстренные случаи — 12,4 мин. В 20-минутном интервале ожидания было выполнено около 84 процентов всех вызовов.

■ Перекрытые личными автомобилями, самодельными шлагбаумами и плитами въезды во дворы.

■ Стабильно высокий процент принимаемых вызовов, которые по итогам выезда бригад СМП оказываются «безрезультатными»: «СМП не вызывали», «больного нет на месте», «адрес не найден», «отказ от осмотра».

■ Необоснованные вызовы. Для выполнения поступивших экстренных вызовов может не оказаться свободных бригад СМП, потому что они в это время будут обслуживать непрофильные вызовы, выполняя несвойственные им функции и вынужденно подменяя собой амбулаторно-поликлинические службы.

Зачастую в силу своей медицинской неграмотности и неосведомленности пациенты не могут (а часто и не хотят) дифференцировать, в какое конкретно медицинское учреждение им необходимо обратиться с той или иной проблемой. «Скорая» — служба экстренная: больничных и справок не выдает, рецептов не выписывает, плановое лечение не назначает и не выполняет назначения участкового врача. Задумайтесь, действительно ли ваш случай требует вмешательства скорой помощи, ведь, вызвав бригаду без каких-либо веских оснований, вы, возможно, задерживаете оказание экстренной помощи действитель-

Он не может четко назвать адрес вызова, не может достоверно описать жалобы и состояние больного. Пьяный вызывающий невольно или сознательно может оформить ложный вызов скорой помощи. Медработники бригад СМП при осмотре больных, находящихся в состоянии алкогольного опьянения, сталкиваются с целым рядом трудностей. Есть пациенты, которых фельдшера ППВ узнают по голосам: они вызывают скорую помощь каждый день и даже по несколько раз на день. Очень часто в «03» обращаются одинокие старики, которым просто не с кем поговорить. Наверное, таких людей должно опекать социальные службы или службы милосердия. Но фактически одинокая старость становится проблемой скорой помощи.

Работа врача «скорой» по праву причисляется к категории самых экстремальных специальностей: ночной труд, постоянный стресс, высокая ответственность. Неадекватность некоторых пациентов усугубляет и без того напряженный режим работы врачей. Каждый раз, выезжая по вызову, медики не знают, что ждет их за дверью: нередко приходится иметь дело с алкоголиками, наркоманами, психически больными людьми. Пьяные драки с применением холодного и огнестрельного оружия ведут к тому, что на вызове обнаруживается несколько пострадавших с тяжелыми травмами, а медработники скорой помощи зачастую оказываются в эпицентре еще не завершившейся криминальной ситуации. Сотрудники выездных бригад неоднократно подвергались хулиганским действиям и нападениям со стороны агрессивно настроенных лиц. Так, в 2005 г. по факту нападения на сотрудников СМП и хищения сильнодействующих препаратов виновный впервые был привлечен к уголовной ответственности. В 2010 г. сотрудники МУЗ ССМП 55 раз подвергались хулиганским действиям и нападениям, в которых пострадало 12 медработников.

Осложнившаяся в последние годы ситуация на дорожно-транспортных магистралях города повлияла на рост ДТП с участием машин и бригад скорой помощи. В 2009 и 2010 г. произошло по 62 случая ДТП, в которых пострадало 8 медработников станции. За последние пять лет всего было зарегистрировано 256 подобных случаев с 23 пострадавшими сотрудниками и водителями.

Скорая помощь остается, пожалуй, единственной полностью бесплатной медицинской службой, но, возможно, именно это является основой потребительского отношения населения к 03. Необходимо менять это ошибочное общественное мнение. Скорая помощь — очень дорогой вид оказания медицинских услуг. В среднем один выезд линейной бригады обходится муниципальному бюджету в 1000 рублей, а специализированной еще дороже.

Важно отметить, что «скорая» — это не бесплатная такси, не служба психологической помощи. Скорая помощь — это служба спасения жизни. Ее сотрудники помогают стабилизировать критическое состояние, угрожающее жизни и здоровью человека, а непрофильные и необоснованные вызовы могут лишить других людей помощи, которая была им крайне необходима в тот момент. Этими «другими» в определенной жизненной ситуации могут оказаться ваши родственники или вы сами. Вовремя оказанная медицинская помощь может спасти жизнь и сохранить здоровье человека.



при кровотечении или как начать оказание доврачебной помощи при химических ожогах глаз. Поэтому, если уж вам сказали срочно повернуть на бок пациента, находящего без сознания, а не оставлять его на спине, необходимо выполнить эти рекомендации.

В ожидании бригады «скорой» желательно:

1. Найти амбулаторную карту больного, результаты медицинских обследований, аптечку с назначенными ему препаратами.

2. Подготовить место и условия для работы бригады: стулья; место для медицинской укладки, чистое полотенце и тарелку для ампул; освободить стол, чтобы была возможность разложить медикаменты и аппаратуру, необходимые для манипуляций.

3. Изолировать домашних животных, которые могут невольно нанести ущерб членам бригады и медицинскому оборудованию.

4. Если есть необходимость, заранее застелите газетами паркет или ковровое покрытие — разуваться сотрудники «скорой» не обязаны.

5. Подготовить вещи, необходимые для возможной госпитализации, чтобы потом не терять

вов, выбирая те, куда бригады скорой помощи обязаны выехать в первую очередь. При этом у другой группы вызовов увеличивается время ожидания. Обвинять приехавшую к вам от другого пациента бригаду СМП в задержке несправедливо — это не их вина, а объективная реальность.

Во время осмотра больного не должны присутствовать все находящиеся в квартире члены семьи. Это создает неудобства как для самого больного, так и для медработников СМП. Достаточно 1 — 2 доверенных лиц, находящихся в соседней комнате, которые при необходимости смогут выполнить указания врача. Если пациент совершеннолетний и дееспособный, лучше оставить его наедине с медработниками. В присутствии свидетелей (даже близких родственников) больные зачастую скрывают факты, имеющие, по их мнению, излишне интимные или физиологические подробности.

Госпитализация пациента проводится в силу необходимости — решение принимает врач, находящийся у постели больного. Выбор стационара определяется профилем заболевания. Важно знать,

Однако есть ряд проблем, решение которых значительно улучшило бы оперативные показатели работы Челябинской станции СМП:

■ Недостаточное количество бригад СМП — в настоящее время согласно утвержденному штатному расписанию их 85 на весь город.

■ Пробки и низкая культура автомобилистов, в частности, владельцев личного автотранспорта, затрудняющих выполнение 20-минутного норматива. Согласно ПДД, не говоря уже о жизненных принципах, участники дорожного движения обязаны уступить дорогу автомобилю скорой помощи с включенными звуковыми и световыми спецсигналами. Жизнь и здоровье пациента напрямую зависит от нескольких автомобилей, стоящих на светофоре и не пропускающих бригаду СМП. Обратите внимание: если на пассажирском сиденье рядом с водителем нет медработника — это тревожный знак. Значит, в салоне находится тяжелый больной или пострадавший, которому оказывается экстренная помощь во время транспортировки в стационар.

но нуждающимся в ней пациентам! Таким образом, утрачивается суть и смысл существования станции скорой медицинской помощи.

Основная масса населения, широко пользуясь правами по экстренному вызову скорой медицинской помощи, так и не усвоила ряда обязательств по отношению к ее сотрудникам. В адрес фельдшеров по приему вызовов нередко звучат угрозы и пьяная нецензурная брань. Серьезную проблему для фельдшеров по приему вызовов создают лица, пытающиеся оформить заведомо ложный вызов и звонящие в оперативный отдел из хулиганских побуждений, блокируя тем самым телефонную линию «03».

Станция скорой медицинской помощи, являясь одной из основных экстренных служб города, ежедневно сталкивается с социальными проблемами общества, в частности, с последствиями злоупотребления населением алкоголем. Сложности возникают уже на этапе приема и оформления вызова скорой помощи. С человеком, который звонит на 03 в состоянии алкогольного опьянения, трудно, а порой просто невозможно вести продуктивный диалог.



НОВЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ МИОПИИ И СПАЗМА АККОМОДАЦИИ

В настоящее время на фоне повышенной заболеваемости детского населения патология органов зрения занимает одно из ведущих мест. Среди болезней глаз, по данным ряда исследователей, миопия со спазмом аккомодации составляет 20 — 25 процентов. Каждый шестой школьник страдает подобным нарушением. Раннее развитие этого заболевания (патология определяется уже у детей 8 — 10 лет) связано со многими факторами:

- зрительным перенапряжением при работе на близком расстоянии (чтение, работа на компьютере, частый и длительный просмотр телепередач);

- увлечением компьютерными играми при отсутствии контроля со стороны родителей;

- несоответствием мебели росту ребенка;

- плохим освещением рабочего места;

- слабостью шейных и спинных мышц;

- отсутствием правильного распорядка дня (поздний отход ко сну, недостаточное пребывание на свежем воздухе);

- несбалансированным питанием;

- недостаточной физической активностью (пренебрежение утренней зарядкой, уроками физкультуры).

Миопия (от греч. $\mu\epsilon\omicron\pi\omicron\varsigma$ — прищуриваю, $\omicron\upsilon\varsigma$ — глаз, зрение) — близорукость, нарушение остроты зрения, при котором рассматриваемый предмет хорошо виден только на близком расстоянии. Близорукие люди прищуривают глаза, чтобы лучше рассмотреть удаленный предмет. При миопии параллельные лучи, идущие от удаленных предметов, после преломления их в глазу собираются в фокус не на сетчатке, как это бывает при нормальной рефракции, а впереди нее, вследствие чего на сетчатке не получается ясного изображения рассматриваемого предмета и больной плохо видит вдаль. Различают 3 степени миопии: слабую — до 3 дптр, среднюю — от 3 до 6 дптр и сильную, или высокую, — от 6 дптр и выше.

Спазм аккомодации (ложная близорукость) — это длительное устойчивое спастическое сокращение цилиарной мышцы, продолжающееся после того, как глаз перестал фиксировать близкий предмет в условиях зрительного утомления. Состояние является результатом зрительного утомления при работе на близком расстоянии, при этом снижается способность глаза поддерживать четкое видение предметов, находящихся на разных удалениях. Спазм аккомодации является частой причиной синдрома усталых глаз. Миопия и спазм аккомодации выявляются чаще врачом-офтальмологом при профилактических осмотрах в школах. Дальнейшее обследование включает: визометрию, определение рефракции и записей аккомодации, консультацию ЛОР-врача, невро-



лога, ортопеда, педиатра.

Лечением заболевания занимаются врачи многих специальностей. Офтальмологи проводят комбинированную терапию, направленную на тренировку мышц хрусталика на специальных аппаратах, и назначают лекарственные препараты. Рефлексотерапевты назначают классическое иглоукалывание, цуботерапию, точечный массаж — шиатцу, микроиглотерапию. Физиотерапевты осуществляют электрофорез, лазеропунктуру, фотохромотерапию, магнитотерапию, массаж. Важное место в лечении занимает лечебная гимнастика. В нашей поликлинике для лечения миопии и спазма аккомодации мы используем комбинированную последовательную форму воздействия двумя физиотерапевтическими факторами: эндоназальным электрофорезом и фотохромотерапией. Курс лечения состоит из 10 процедур, которые проводятся ежедневно. Параллельно дети получают медикаментозное лечение по назначению врача-офтальмолога. Электрофорез дает возможность получить более продолжительное фармакологическое действие при малой дозе и значительно меньшей концентрации лекарственного вещества, чем при приеме внутрь или других способах его введения. В офтальмологии электрофорез более ценен, чем в других областях медицины, это связано с физиологическими особенностями глаза, позволяющими осуществлять непосредственный контакт лекарственного средства с патологически измененным органом. Эндоназальный электрофорез кратчайшим путем доводит нужное лекарство к заднему полюсу глаза. Топографическая близость места введения препарата от патологического очага, а также его назорефлекторное воздействие составляют преимущество этого метода лечения. Мы применяем методику эндоназального электрофореза с 0,5-процентным раствором никотиновой кислоты, при аллергии на никотиновую кислоту используем 1 — 2-процентный раствор ношпы. Параллельно проводим фотохромотерапию зеленым

светом. Цветовое воздействие приводит к изменениям тонуса вегетативной нервной системы, вызывает определенные изменения физиологических параметров человека: изменение АД, урежение пульса, снижение мускульной силы и скорости реакции. Усиливаются обменные процессы облучаемых тканей. Воздействие конкретным цветом активизирует определенные фоточувствительные рецепторы, вызывает в тканях предсказуемые фотохимические реакции, производит лечебный эффект.

Зеленый цвет нормализует мозговое кровообращение, улучшает тонус сосудов глаз, способствует восстановлению остроты зрения, повышает артериальное и внутриглазное давление, уменьшает частоту пульса и дыхания, увеличивает длительность выдоха, что способствует релаксации, благоприятствует концентрации внимания, оказывает болеутоляющее и гипнотизирующее действие, повышает работоспособность, «оживляет» эмоции, повышает концентрацию внимания и память, влияет на свертываемость крови, оказывает противосудорожное и противосудорожное действие.

По нашим наблюдениям, такое лечение повышает остроту зрения в среднем на 0,15 дптр и стабилизирует показатели остроты зрения через 1 мес. в среднем на 0,2. Отмечаются субъективные ощущения улучшения четкости и цветовой «сочности» изображения. Мы рекомендуем для закрепления эффекта повторить этот курс лечения через 1-2 месяца. Но все-таки заболевание легче предупредить, чем лечить. Поэтому важно устранить predisposing факторы. Для этого необходимо соблюдение правил зрительной гигиены, проведение гимнастики для глаз. Достаточная физическая активность, полноценный отдых на свежем воздухе, здоровое питание, соблюдение режима дня, крепкий сон укрепят организм и уменьшат риск развития глазной патологии.

Л.В. НАУМОВА,
заведующая отделением
восстановительного лечения
МУЗ ДГП № 1.

СПОКОЙНОЙ НОЧИ

Кто из нас хотя бы несколько раз в жизни не проводил бессонной ночи, испытывая весь следующий день дискомфорт. По данным специалистов, около 15 процентов взрослых людей страдает хроническими нарушениями сна, проводя месяцы и годы в изматывающей борьбе с отсутствием сна ночью и сонливостью днем. Многие, сталкиваясь с этой проблемой, вначале старательно пытаются не обращать на нее внимания, затем по совету друзей начинают принимать чудо-таблетки. И, не добившись результата, обращаются к врачу.

Вообще бессонница — это не совсем правильный термин, поскольку он подразумевает полное отсутствие сна. А без сна человек может прожить очень мало — максимум неделю. Уже на 4 — 5 день начинается влечение сна в реальность. То, что все привыкли называть бессонницей, врачи определяют как инсомнию — нарушение продолжительности или качества сна. Она проявляется в сложностях с засыпанием и частых ночных пробуждениях. Такой сон не только не восстанавливает силы, но и приводит на следующий день к повышенной раздражительности, утомляемости. Человек чувствует себя разбитым, усталым, не может активно работать. Сегодня инсомния — это достаточно распространенная проблема. По некоторым данным, расстройств сна распространены во всех высокоразвитых странах мира. Сомнологи — специалисты по нарушению сна города Челябинска — уверяют, что инсомнии подвержены люди любых возрастов, в т. ч. и маленькие дети, с возрастом это состояние усугубляется. От бессонницы страдает 29 процентов мужчин и 37 процентов женщин старше 65 лет.

Всех людей, страдающих нарушениями сна, можно разделить на две большие группы. К первой относятся люди, прекратившие трудовую деятельность с выходом на пенсию. Раньше они знали, что им нужно рано вставать и идти на работу, а теперь за неимением каких-либо важных дел им приходится ложиться спать пораньше и вставать попозже. В итоге они спят столько же, что и раньше, а остальное ночное время проводят без сна. Вторая группа — это молодые, активные люди, которые заняты напряженным умственным трудом. Ложась в постель, они продолжают осмысливать прошедший день, анализировать полученную за день информацию и события, это мешает им расслабиться и настроиться на сон. Сколько часов человек должен спать? Некоторые относят к нарушению сон продолжительностью менее 7 — 8 часов в сутки. Учеными давно доказано, что норма сна индивидуальна и колеблется в пределах от 4 до 12 часов. Потребность во сне заложена в нас генетически, как, например, цвет глаз, форма носа или размер ноги. Каждому человеку необходимо определить свою норму сна. Сделать это можно, например, во время отпуска. Для этого нужно лечь спать в одно и то же время и забыть о будильнике. Средняя продолжительность сна за этот период и будет вашей индивидуальной нормой сна. И только существенное, продолжающееся долгое время отклонение от нее можно расценивать как бессонницу. Каковы причины нарушения сна? Специалисты считают, что инсомнии могут вызвать психологические факторы, соматические недуги и гигиенические нарушения. В первом случае речь идет о нарушении сна, вызванном различными психологическими стрессами, во втором — о сбое в работе внутренних органов и систем, который отражается на качестве сна. В этом случае бессонница является не самостоятельным заболеванием, а следствием другого недуга. Часто инсомнии мы провоцируем сами, не соблюдая элементарные гигиенические правила. Лучший способ обеспечить хороший ночной сон — ограничить

потребление кофеинсодержащих напитков. Действие кофеина индивидуально. Не стоит удивляться тому, что, например, ваш сосед может весь вечер пить кофе и при этом отлично спать ночью, а вам достаточно выпить лишь маленькую чашечку этого напитка — и ночь без сна гарантирована. Употребление зеленого чая во второй половине дня желательно исключить. Это очень хороший и полезный напиток, но он обладает тонизирующим, а не успокаивающим и расслабляющим действием. Пик действия кофеина у зеленого чая отсрочен, поэтому можно выпить чашку чая в 6 часов вечера, а в 12 ночи не сомкнуть глаз. Многие забывают, что спальня — это место только для сна. Там не должно быть телевизора, компьютера и другой техники. Желательно формировать позитивное отношение к своей постели. Недопустимо принимать пищу, читать или смотреть телевизор, лежа в кровати. Делами заниматься нужно в другой комнате, если же комната одна, то сидя в кресле или за столом. Важно помнить, что нельзя ложиться спать как голодным, так и с переполненным желудком. Жирная, высококалорийная пища приводит к усилению работы



желудочно-кишечного тракта и нарушает засыпание. Последний прием пищи должен быть за 2 — 3 часа до сна. Но и ложиться спать голодным тоже не стоит. Это относится к тем, кто отказывается принимать пищу после 6 часов. Одна наша пациентка рассказывала, что ей постоянно снится стол с курицей, к которому она пытается дотянуться, но он все время от нее отодвигается. При появлении чувства голода перед сном утолить его лучше какими-то легкими продуктами или фруктами.

Залогом хорошего сна является соблюдение различных ритуалов, таких, как прием душа или ванны для уменьшения физического напряжения, прослушивание любимой музыки для психического расслабления. Очень важно и соблюдение режима сна. Ложиться спать и просыпаться нужно всегда в одно и то же время и в будни, и в выходные. Чем хуже у человека сон, тем строже должен быть режим. К нам часто обращаются пациенты из семей, в которых один из супругов храпит, а у другого бессонница. Это очень серьезная проблема: ночь, проведенная в одной комнате с храпящим человеком, становится мучительной. В этом случае нужно лечить не нарушенный сон, а партнера от храпа. К сожалению, многие люди не хотят следовать этим простым советам, считая, что гораздо проще выпить какую-нибудь таблетку и забыть о проблеме. На сегодняшний день не изобретено снотворного, которое бы не обладало побочным эффектом, т. е. не вызвало привыкания. В течение месяца при приеме любого препарата формируется психическая, а через 4 месяца — физическая зависимость. Заниматься самолечением нельзя! Если вы самостоятельно естественным образом не можете вернуть себе здоровый сон, обратитесь к специалистам, которые точно установят причины инсомнии и назначат грамотное лечение. Берегите свой сон — залог крепкого здоровья и активного долголетия!

Н. БЕЛИНСКАЯ,
врач-кардиолог, специалист
по нарушениям сна.



ГОРОДСКАЯ БЕСПЛАТНАЯ ГАЗЕТА

НА ЗДОРОВЬЕ

Учредитель — городской Центр медицинской профилактики. Газета зарегистрирована в Управлении Федеральной службы по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций по Челябинской области. Рег. № ПИ № 74-00356 от 05.03.2010 г.

Главный редактор И.В. СМОЛЕНЦЕВА.

АДРЕС РЕДАКЦИИ: Челябинск, ул. С. Кривой, 30. Тел./Факс (351) 263-09-12. Отпечатано с оригинал-макета заказчика в ОАО «Челябинский Дом печати», Свердловский пр., 60.

Подписано в печать по графику в 22.00. Дата выхода 13.05.11. Заказ № 821. Тираж 20000 экз.

Электронную версию газеты читайте на медицинском портале www.med74.ru