

18+



Клуб Успешных  
Врачей

# ГЕРОИ В БЕЛЫХ ХАЛАТАХ



**Лада Вагапова  
Богдан Опрышко  
Цыжидма Дашибалова  
Наталья Холодова  
Елена Веденяпина  
Анна Дегтярева  
Наталья Ермакова  
Гульмира Айтбаева  
Елена Треско  
Наталия Гульянц  
Ольга Прядухина**

**Герои в белых халатах**

*[http://www.litres.ru/pages/biblio\\_book/?art=63988708](http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=63988708)*

*ISBN 9785005324634*

**Аннотация**

«Герои в белых халатах» – это уникальный формат книги, где собраны настоящие истории спасения жизни и здоровья людей нашими российскими врачами. Эти кейсы помогут Вас вдохновить на по-настоящему значимые поступки в жизни. А также позволят по-другому смотреть на жизнь и людей в целом.

Ведь эта книга докажет Вам, что герои среди нас и многие из них в белых халатах. Составитель и президент проекта: «Клуб Успешных Врачей» Кирилл Прядухин.

# Содержание

Вспышка трихинеллеза в Сибири	6
Рецепт успеха: настойчивость, вера, желание.	21
Чего хочет женщина, когда решает корректировать вес? И что получает по итогу?	29
Конец ознакомительного фрагмента.	31

# Герои в белых халатах

Авторы: Прядухина Ольга, Дашибалова Цыжидма, Ермакова Наталья, Треско Елена, Холодова Наталья, Гульянц Наталия, Опрышко Богдан, Дегтярева Анна, Веденяпина Елена, Вагапова Лада, Айтбаева Гульмира

Кирилл Прядухин *Составитель*

© Ольга Прядухина, 2021

© Цыжидма Дашибалова, 2021

© Наталья Ермакова, 2021

© Елена Треско, 2021

© Наталья Холодова, 2021

© Наталия Гульянц, 2021

© Богдан Опрышко, 2021

© Анна Дегтярева, 2021

© Елена Веденяпина, 2021

© Лада Вагапова, 2021

© Гульмира Айтбаева, 2021

ISBN 978-5-0053-2463-4

Создано в интеллектуальной издательской системе Ridero

# Вспышка трихинеллеза в Сибири

**Цыжидма Дашибалова.**

Врач высшей категории, организатор здравоохранения, финалист проекта «ЛидерМед», врач общей практики, эндокринолог, диетолог, врач по медико-социальной экспертизе. Работала в системе Министерства здравоохранения 27 лет, в настоящее время работаю в системе Министерства труда и социального развития, провожу оценку ограниченной жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма. Каждый день вижу людей, у которых неправильный образ жизни (неправильная еда, сидячий образ жизни) приводит к инвалидизации. Поэтому, как никто я понимаю важность соблюдения основ нутрициологического обеспечения и сопровождения ключевых диетических протоколов, для того чтобы избежать развитие функциональных нарушений в организме человека. Я имею диплом эндокринолога, диетолога, а также сертификаты, и могу смело говорить, что я умею найти свою еду и своё здоровье.

: +79264973712 *WhatsApp*

sandanovath *Instagram:*

1998 год.

Я недавняя выпускница медицинского института – терапевт, после декретного отпуска по уходу за ребёнком, по приглашению главного врача, своей однокурсницы (да-

да, не удивляйтесь. Ведь помните же эти 90-е годы.. зарплату не платили, работать было некому, в таких суровых местах тем более, поэтому и звали и ставили работать туда молодых энтузиастов, оптимистов, уверенных в своих силах и знаниях, молодых выпускников. Именно энтузиастов, которых не интересовала заработная плата, которую, кстати, нам тогда 2 не платили) согласилась поехать в районную больницу на север. Муйская центральная районная больница находилась в самом северном районе республики Бурятия, в месте вечной мерзлоты, куда «только самолетом можно долететь».

В ЦРБ я надеялась набраться опыта за 3 года, а дальше планировала ехать в аспирантуру в Москву по направлению из Министерства здравоохранения республики.

Три года прошли как один день, своих пациентов уже мне было жаль оставлять, кто ж их будет лечить. Я ж врач. Так незаметно прошли девять лет работы врачом терапевтом, я получила вторую специальность по эндокринологии, которую полюбила и предана ей до сих пор.

Работала я в поликлинике при ЦРБ одну смену с утра до обеда на приеме врачом терапевтом, вторую смену с обеда до вечера врачом эндокринологом, по вызовам на дом ездила каждый день, не раз по ночам выводила из диабетических ком в реанимации пациентов с сахарным диабетом.

Сама сейчас удивляюсь как все успевала.. Не забывайте, у врачей есть и семья, и быт, и огород (за короткое жаркое лето надо успеть вырастить овощи-запасы на долгую и холод-

ную зиму), и общественно – культурная жизнь. Семья – это муж и дочь, маленькая. Сначала садик, затем школа. Все знают как сложно с детьми без любящих бабушек, дедушек. Они далеко. И жизнь наша без добрых, отзывчивых, безотказных соседей, наверное, не сложилась бы так как сложилась. Так появились у нашей дочери «третья бабушка» и «третий дедушка», как назвала она их. Огромная благодарность им, помню каждый наш прожитый рядом день и люблю.

Да, опыта набралась я за период работы на севере в ЦРБ столько, что когда я приехала в Москву в 2006 году, через год работы в городской поликлинике в ЦАО (центральный административный округ) участковым терапевтом, эндокринологом мне, молодому врачу, предложили стать заместителем главного врача по клинико- экспертной работе. Работа другая, административная работа руководителя, приём пациентов я вела уже лишь на четверть ставки, так как работу без пациентов я не представляла, а основная моя работа заключалась в контроле качества проводимого лечения пациентов врачами, приходилось проводить и обучение врачей, не только молодых.

Так время незаметно дошло до 2013 года. А дальше случилась Реформа в Департаменте здравоохранения города Москвы. А это уже совсем другая история. Может когда-нибудь и про это решусь рассказать.

Сейчас те свои девять лет в центральной районной больнице вспоминаю с удовольствием и радостью. Много что есть

вспомнить, но особенно запомнился мне один случай, потому что он редкий, мало кто из врачей встречался с этой болезнью, ну а кто встречался- вряд ли забудет.

Дело было в первый месяц лета, в июне 2002 года. День был солнечный, было жарко, все начиналось как обычно. Прием пациентов, помощница медсестра, глубоко мною уважаемая, опытная, пациенты- каждый особенный, разный и все одинаково желающие, поскорее стать здоровым, ведь так некогда болеть.

Наша поликлиника находилась при центральной районной больнице и обслуживала не только наше местное население, но и вахтовых рабочих разных артелей, в том числе золотодобывающих. Эти артели находились в разных сторонах на отдаленных труднодоступных расстояниях и в этих артелях, надо сказать, случались разные несчастные случаи. Поэтому скоропомощная работа была построена на высоком уровне, фельдшеры могли и умели работать без врачей, врачи вызывались на самые сложные, тяжелые или нестандартные случаи.

Так вот сижу я на приеме, в дверь моего кабинета вбегает фельдшер и срочно зовёт меня в отделение скорой помощи. Я понимаю- кому то плохо. Расспрашивать некогда, здесь все делается быстро, без лишних слов. Предупредив пациентов, которые остались в очереди, о том, что приём прерывается по экстренному случаю, я бегу, прихватив с собой свои инструменты- фонендоскоп и аппарат, измеряющий артериаль-

ное давление. Пациенты, тихо вздохнув, остаются, что ж тут поделаешь, все понимают, врач сейчас нужней там, на «скорой помощи».

Войдя в кабинет в отделении скорой помощи я увидела молодого, лет 30, крепкого мужчину, лежащего на кушетке. Первая моя мысль: «Уф, хоть не пожилой человек!», ведь у пожилых людей течение болезни проходит сложнее, если у него есть ещё и хроническое заболевание.

Подойдя к пациенту быстро оцениваю состояние больного, к счастью- в сознании, состояние удовлетворительное, измеряю пульс, артериальное давление, сразу же измеряю ему уровень сахара крови экспресс-тестом, все в пределах допустимого, а фельдшер в это время докладывает про пациента. Привезли его с золотодобывающей артели, значит не местный, родных рядом нет. Температура у пациента 40 градусов по Цельсию. Значит- тяжелая интоксикация. Пульс частый, ровный, артериальное давление нормальное. На мои вопросы пациент отвечает тихо и вяло. В месте ориентирован, это уже хорошо, значит со стороны центральной нервной системы все хорошо. Память сохранена. Речь внятная (это я одновременно быстро в голове

провожу дифференциальную диагностику- инсульт и менингит сразу исключаю. Инфарктом здесь вообще не пахнет). Собираю быстро анамнез- историю болезни и жизни- это стандартная процедура, для определения состояния больного и дальнейшей тактики лечения. Со слов пациен-

та: заболел остро, несколько дней назад, когда поднялась высокая температура, стало знобить, появилась сильная головная боль и боли в теле, стали беспокоить выраженная слабость, усиливающаяся с каждым днём. Общая слабость быстро прогрессировала так, что стало тяжело ходить. При приёме жаропонижающих препаратов температура тела так и не падала. Не справившись самостоятельно, был вынужден вызвать скорую помощь. Антибиотики и другие лекарственные препараты не принимал, алкоголь и другие токсические вещества не употреблял. Курит сигареты по полпачки в день лет 13. Аллергии на что-либо до настоящего времени не отмечал. Наследственность по сахарному диабету, раку, инсульту отрицал. Травм, падений, отравлений не было.

По общему состоянию, на первый взгляд я подумала, что у него ангина или пневмония. Тем временем пришла врач из лаборатории. Взяли кровь на исследование, благо у нас недавно была открыта новая ИФА-Лаборатория, для нас врачей – большая радость, потому что возможности точного обследования пациентов расширились. Кровь по «Cito!» готовится быстро. Это помогает начать лечение более точнее и целенаправленнее.

В это время чтобы посмотреть горло пациенту мне пришлось долго приспособляться. Дело в том, что он не мог открыть широко рот, причём сидеть не мог, валился на кушетку. Посмотреть все же мне удалось, ангину я исключила, значит у него пневмония, решила я. В легких при про-

слушивании хрипов не было, поэтому надо было срочно пациента проводить в рентген кабинет. Так как он самостоятельно не мог ходить, с посторонней помощью его проводили в рентгенабинет. А исследовать легкие оказалось невозможно, так как он на ногах самостоятельно не стоял. Привязали его к аппарату, сделали рентген снимок, пневмонии у него не оказалось.

В это время пришла врач- лаборант и сказала мне, что у него очень большое количество эозинофилов в крови, а это значит, что у него могла быть либо аллергическая реакция, либо паразитарная инвазия, а также эозинофилия могло свидетельствовать о тяжелом заболевании легких или онкологических гематологических патологий. Срочно требовалось поставить правильный диагноз, чтобы начать специфическое правильное лечение пациента. Ведь при разных болезнях лечение может быть абсолютно разным, при том получить положительный эффект нужно получить как можно быстрее, не допуская побочных нежелательных осложнений от неправильного лечения, потому что риск внезапной смерти высок в случае неверной тактики и подбора лечения.

Такая вот ответственная работа была у нас, молодых врачей в 27 лет. И спросить или отправить к более опытным врачам некуда. Каждая минута на счету. Надо быстро принимать решение, правильное решение и лечить. Быстро думаю, вспоминаю, и принимаю решение. Учитывая то, что мы живем на севере, в тайге и где много речек и что район яв-

ляется эндемичным районом по гельминтозам, я решаю, что у пациента, скорее всего паразитарная инвазия.

Спрашиваю у пациента: «Ел ли он в ближайшие дни сырую рыбу или мясо диких животных?»

Он отвечает: «Да, ел шашлык из медвежатины». Ох, медвежати́на, шашлык, а это полусырое мясо дикого животного весной в дикой природе – оно однозначно поражено

личинками паразита Трихинеллы, способны если не привести к смерти, то однозначно послужить причиной инвалидности человека.

Помня это, я уже целенаправленно спрашиваю у пациента клинику, для уточнения диагноза. На вопросы пациент отвечает четко по клинике трихинеллеза- чрезвычайно опасного паразитарного заболевания, при неблагоприятном течении способного привести к скоропостижной смерти.

Быстро госпитализирую пациента в инфекционную больницу, которая находится здесь же, у нас, при ЦРБ. Больному проводится срочная противointоксикационная терапия, назначается специфическая противопаразитарная терапия. Берём повторно анализы на Антитела к трихенеллам, благо радуюсь, ИФА – лаборатория есть у нас в больнице. И это даёт подтверждение диагноза на 100%. По результатам ИФА-лаборатории мой диагноз подтверждается! Радости моей нет предела!

Если бы я своевременно не поставила правильный диагноз, пациента можно было потерять, так как этот паразит –

Трихинелла – беспощадный убийца.

## **ЧЕМ ОПАСНЫ ТРИХИНЕЛЛЫ?**

Трихинеллы – род паразитических нематод, включающий на сегодняшний день 8 видов червей. Наиболее часто человек заражается трихинеллами вида *Trichinella spiralis*, которые выглядят как крохотные черви длиной от 1,2—2 мм (самцы) до 1,5—1,8 мм (самки).

Трихинелла после инвазии начинает производить личинок, которые через ткани слизистой оболочки кишки проникают в кровеносные и лимфатические сосуды и разносятся по всему организму, оседая в поперечнополосатой мускулатуре.

Юная личинка через сарколемму проникает в мышечное волокно, частично его разрушая. Вокруг личинки развивается клеточный инфильтрат, а через 3—4 недели после инвазии формируется фиброзная капсула с сетью кровеносных сосудов. Личинки обосновываются в мышечном волокне заражённого человека и частично его разрушают. Спустя примерно месяц вокруг каждой личинки (а их количество может достигать 15 000 на 1 кг мышц) образуется плотная фиброзная капсула, со временем утолщающаяся за счёт солей кальция.

Уже через день-два после инвазии у человека проявляются следующие симптомы: диарея, изжога, тошнота, диспепсия. Симптомы следующей группы проявляются несколько позднее и зависят от места локализации паразитов: зуд,

боль в мышцах/суставах, отёки, повышение температуры тела до 39—40 градусов Цельсия, озноб, мигрени, может быть кашель.

При самом неблагоприятном развитии заболевания трихинеллы проникают в головной мозг, что становится причиной паралича или атаксии дыхательных путей и последующей смерти. Также летальный исход возможен вследствие развивающегося энцефалита, аллергического миокардита и пневмонии. Смерть при этом может наступить всего через 4—6 недель после заражения – быстрее, чем при любом другом гельминтозе, поэтому крайне важно при появлении схожих симптомов после поедания мяса безотлагательно сдать анализ крови на трихинеллёз.

Трихинеллёзное поражение глаз сопровождается экзофтальмом, отеком лица, односторонним птозом; наблюдаются диплопия, слабость конвергенции, боли при движениях глаз, внутриглазные кровоизлияния и др.

После этого трихинеллы внедряются в мышцы, наблюдается сильная боль в мышцах.

Половозрелые трихинеллы обитают в тонкой кишке своих хозяев, а их личинки – в поперечнополосатой мускулатуре.

Если кабан или медведь способны ранить лишь охотника, то обитающие в их мышцах опасные гельминты – трихинеллы – могут заразить каждого, кто отведал добычи. При этом вызываемый этими гельминтами трихинеллёз способен привести к смерти уже через 4—6 недель после заражения – аб-

солютный рекорд в мире паразитов.

## **Как же не заболеть таким коварным заболеванием?**

Надо именно при готовке дикого мяса следует уделять особенное внимание тщательной прожарке/проварке, поскольку гибель трихинелл гарантирована только при температуре от 50° С (время приготовления 570 минут). Однако по действующим нормативам («Правила ветеринарного осмотра убойных животных и ветеринарно-санитарной экспертизы мяса и мясных продуктов») мясо, зараженное трихинеллами (при обнаружении даже 1 личинки на 24 среза), подлежит уничтожению, на заводах его запрещено пускать даже на тушенку. Однако в теории, чтобы обеспечить безопасность заражённого мяса, температурный режим следует соблюдать определённое время: при температуре 50° С мясо должно обрабатываться 570 минут;

51,1° С – 270 минут;

52,2° С – 120 минут;

60,0° С – 1 минута;

62,2° С – мгновенное уничтожение личинок.

В отличие от мяса диких животных (медведей, кабанов, барсуков, бобров и т.д.), свинину специалисты рекомендуют готовить дольше, чем в указанных выше стандартах. Мясо желательно нарезать небольшими кусками – только так обеспечивается равномерная термическая обработка, и личинки непременно погибнут.

Важно помнить про крайне плохую теплопроводность

мяса (температура внутри куска не поднимается выше  $+80^{\circ}\text{C}$ ) – варить желательно до развала мяса на волокна. При этом единственными способами убить трихинелл являются варка и жарка. Ни засолка, ни сушка, ни копчение не уничтожают личинок гельминтов. Беспольна в этом случае и заморозка – инкапсулированные личинки выдерживают холод до  $-40^{\circ}\text{C}$ . Зная все это, считаю целесообразным чаще напоминать любителям охотничьих деликатесов, что риск для здоровья остается слишком значимым.

Диагностика в клиниках проводится методом ИФА – лаборатории. Анализ крови или мышечная биопсия выявляет трихинеллёз.

Лечение больных со стёртыми и лёгкими формами трихинеллёза, а также больных, под наблюдение в периоде реконвалесценции после заболевания средней тяжести, проводят противовоспалительными нестероидными средствами. Специфическое лечение – мебендазолом проводят больным трихинеллёзом средней тяжести и тяжелобольным.

Лечение трихинеллеза проводят в стационаре, поскольку возможны прогрессирование болезни, а также могут возникнуть тяжелые побочные реакции на специфическое лечение.

Лечение пациент перенёс легко и после проведённых всех карантинных мероприятий был благополучно выписан домой живой и здоровый.

А так как мясо дикого медведя ел больной не один, в соответствии с приказами Минздрава и Роспотребнадзора, вра-

чами и специалистами санитарно-эпидемиологической и ветеринарной службы было проведено эпидемиологическое расследование очага источника инвазии, так как это заболевание опасно для жизни. А

это огромная работа. Нужно было срочно в максимально короткое время по цепочке выявить всех лиц, кто ел это мясо, так как это заболевание быстро прогрессирует.

Так, в течение 1—2 дней нами в итоге были выявлены по контакту круг лиц, употреблявших это пораженное мясо в 61 человек!!! Каждый был обследован и каждому было назначено специфическое лечение, все пациенты были госпитализированы и своевременно адекватно пролечены. Кстати, этого специфического препарата в нашем районе не хватило, поэтому собирали это лекарство по всей Республике. И все же мы справились. Выявили мы всех своевременно и у нас не было ни одного случая смерти пациента.

По итогам нашей работы Правительство республики Бурятия приняло Постановление от 27.01.2003 года «О мерах профилактики паразитарных болезней в республике Бурятия» для усиления контроля и принятия своевременных мер по выявлению и адекватному лечению паразитарных болезней, усилению мер санитарно-просветительной работы по предупреждению возникновения заболевания при употреблении в пищу браконьерски добытого мяса медведя.

В Постановлении указывалось, что в Муйском районе была зарегистрирована вспышка трихинеллеза с числом по-

страдавших людей в 61 человек.

В связи с неблагоприятным прогнозом по заболеванию трихинеллезом в республике, во избежание летальных исходов в данном Постановлении были даны рекомендации о тактике ведения и алгоритме своевременного лечения таких пациентов.

Также в главной газете республики Бурятия наш случай был отражён, где отмечалось, что врачи Муйского ЦРБ справились со вспышкой, не допустив летальных исходов и благодарили за самоотверженный труд по выявлению и нераспространению опасной вспышки заболевания.

Сейчас, вспоминая тот случай, я довольно улыбаюсь. А тогда, я – молодой врач, ответственно взяв на себя обязанности, справилась с болезнью и не считала себя героем.

В наше время, в 2020 году все врачи во всем мире самоотверженно работая с невидимым и смертельно опасным вирусным заболеванием, Covid-19, уверена, тоже не считают себя героями, однако, их труд, спасает жизни людей. А важнее жизни людей ничего нет. Берегите врачей, уважайте врачей, которые, забывая про себя днём и ночью готовы бороться за здоровье человека. Это их выбор. Это их работа. Это их жизнь.



# Рецепт успеха: настойчивость, вера, желание.

**Наталья Ермакова.**

Врач невролог, реабилитолог, рефлексотерапевт.

[https://www.instagram.com/doctor\\_nataliaermakova/](https://www.instagram.com/doctor_nataliaermakova/)

**Instagram:**

[www.massagegulkevichi.ru](http://www.massagegulkevichi.ru) **Вконтакте:**

[https://vk.com/doctor\\_nataliaermakova](https://vk.com/doctor_nataliaermakova) **Сайт:**

Эта история произошла с пациенткой в 2016 году. Зовут пациентку Анастасия, ей тогда было 45 лет.

Однажды, Анастасия стала отмечать, что стало беспокоить ее головокружение, шаткость походки. Она обращалась к терапевту, к неврологу, изначально её лечили от артериальной гипертонии и сосудистых осложнений на фоне гипертонии, но лучше не становилось. С каждым месяцем становилось всё только хуже. Пациентка перестала выходить из дома, не могла позволить выйти себе на улицу, дойти до магазина. После консультации у врача невролога ей было назначено проведение магнито-резонансной томографии (МРТ) головного мозга. А когда Анастасия прошла исследование, то у нее обнаружилась патология головного мозга под название аномалия Киари.

аномалия Киари, это смещение структур мозжечка через

большое затылочное отверстие в верхне-шейный отдел. В результате происходит сдавливание жизненно важных структур головного мозга, шейного отдела позвоночника, могут появиться головокружение, асимметрии лица, нарушение глотания. *Для справки:*

В связи с такой серьезной патологией пациентка была направлена в нейрохирургический центр для проведения операции по устранению данной патологии. Был назначен день операции.

После операции, на 2 сутки пациентка отметила, что у нее появилось нарушение речи, трудности при глотании пищи. Анастасия сообщала о своих жалобах доктору. Было сказано, что это проявления постоперационного отека в месте операции, и данная проблема пройдет через несколько дней.

Однако, через несколько дней проблема не ушла, усугубилось нарушение глотания. Пациентка перестала глотать вообще. Усилилось нарушение речи. Более того, пациентка стала настолько плохо ходить, что требовалась постоянное сопровождение пациентки родственниками, иначе пациентка могла упасть. Самостоятельно она не могла пройти и 2 метров. Для питания был установлен зонд (специальная трубка, которую заводят через носовой ход, а потом спускают её в желудок, чтобы пациент мог питаться и употреблять воду).

Пациентку перевели в больницу по месту жительства в отделение неврологии, там она прошла курс лечения, кото-

рые не изменил её состояния никаким образом. Далее Анастасия была выписана домой. Были даны рекомендации по приему лекарственных препаратов, которые воздействовали на мозговое кровообращение.

Анастасию волновали вопросы о том, сможет ли она нормально питаться, а не через трубку и когда, как скоро уменьшится её шаткость походки. Однако, ни в отделении нейрохирургии, ни в отделении неврологии никто не давал каких-либо прогнозов.

Шло время. Пациентка на протяжении 2 месяцев исправно принимала назначенные ей лекарства, однако улучшения не было совсем. За эти два месяца пациентка дважды произвела смену зонда (для профилактики пролежней рекомендуется менять зонд каждые 2—3 недели). И тут возникло еще несколько проблем: у пациентки катастрофически стал снижаться вес. С 80 кг пациентка потеряла за 2 месяца 20 кг, и весила около 60 кг. Также, на фоне длительного стояния зонда для питания стали возникать хронические воспалительные процессы в носу, было практически постоянное течение из носа.

На тот момент времени я работала реабилитологом, неврологом в отделении по лечению пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения. В нашем отделении проходили лечение пациенты с инсультом.

Как-то дочь Анастасии позвонила мне и рассказала о проблеме со здоровьем её мамы. Дочь звали Ольга. Ольга ска-

зала, что она слышала хорошие рекомендации обо мне, как о реабилитологе и просила помочь им. Я сообщила, что никогда ранее не работала с подобными случаями. Предложила осмотреть пациентку и далее понять, чем я смогу быть полезной для Анастасии.

Первая наша встреча состоялась у пациентки дома. Это оказалась очень позитивная, добрая женщина, которая заряжала своим оптимизмом. Несмотря на те трудности с которыми пациентка столкнулась, она улыбалась, шутила и твердо верила, что скоро ее проблемы закончатся. Анастасия рассказала мне, чем она лечится, какие упражнения выполняет самостоятельно главным образом для того, чтобы хоть немного самостоятельно передвигаться по дому. Но она совершенно не знала как ей быть с нарушением глотание, и течением из носа.

Итак, перед нами стояло много задач. Первая задача, это научиться самостоятельно передвигаться по дому. Второй задачей было научиться самостоятельно приготовить и разогреть себе еды. Третьей задачей стояла – научиться глотать и убрать назогастральный зонд. Четвертой задачей перед нами было расширить двигательный режим пациентки, чтобы она смогла самостоятельно сходить в магазин, на почту.

Наши занятия проводились ежедневно. Свои занятия мы начинали со специальных упражнений, направленных на восстановление глотания. Также мы определили список упражнений, которые нужно делать, чтобы научиться хо-

дить. Обязательно проводилась глазодвигательная гимнастика, поскольку при ее проведении, также стимулировались те зоны головного мозга которые пострадали после операции. И еще мы подключили иглоукалывание: потребовалось перебрать массу литературы, чтобы разработать необходимые методики иглоукалывания при нарушении глотания. Информации было крайне мало, и она собиралась буквально по мелким частям.

В таком режиме мы работали около 1 месяца. Пациентка отметила положительное только лишь то, что смогла с опорой о стену передвигаться в пределах дома, поскольку она и этого не могла сделать ранее. Вес продолжал теряться. Пациентке в дополнение к основному питанию было назначено специальное лечебное питание для зондовых пациентов, но вес продолжал снижаться. К концу 3 месяца заболевания Анастасия весила 53 кг. Вставал вопрос об установке гастростомы, специальной операции, с помощью которой устанавливают трубочку в живот, и пациент кормится через эту трубку. Дело в том, что если глотание не восстанавливается больше 2—3 месяцев, то обязательно делают данную операцию для того, чтобы не допустить развития пролежней в носу и дальнейшего усугубления воспалительных процессов в носу. Анастасия была категорически не согласна с этим.

Мы в третий раз сменили ей зонд через нос и продолжили наши занятия. Мы продолжали упорно, ежедневно заниматься, никто из нас не планировал сдаваться. Очень силь-

ная поддержка у Анастасии была со стороны дочери и мужа. Они окружили Анастасию такой заботой, постоянно ей говорили, что все получится. Очень сильно переживал муж из-за потери веса Анастасии. Каждые 2 часа он пытался накормить её через зонд. Однако, проблема состояла в том, что у пациентки практически всегда отсутствовал аппетит и было ощущение сытости.

К концу 4 месяца от заболевания у Анастасии при осмотре мы впервые увидели глотательные движения. На тот момент она уже самостоятельно передвигалась по дому без посторонней помощи, а это значит, что положительная динамика наблюдалась. И практически сразу же принялись пробовать проглотить хоть маленькую ложечку еды. Сначала это было желе. Дело в том, что если у пациента имеется нарушение глотания, то ему нельзя начинать тренировочное глотание с жидкой пищи. Всегда начинают пробовать глотание с еды по консистенции напоминающей желе. И тут, как вы думаете, случилось чудо??! Нет, Настя не смогла проглотить ни одной ложечки. Она очень долго пыталась проглотить, но ничего не вышло. И вот тут, впервые в моей голове возникло сомнение что наверное, у нас ничего не получится. Но я осознавала, что я тот человек, который на протяжении нескольких месяцев давала надежду человеку не могу подвести Настю. И это давало стимул к дальнейшей работе. Спустя еще неделю Настя впервые смогла проглотить половинку ложки желе! Это было настоящим событием! Трудно себе предста-

вить, что ощущает человек, который после 4 месяцев кормления через трубку впервые смог самостоятельно проглотить еду! Наверное, такое можно сравнить только с первым шагом маленького ребенка, который только учится ходить.

Дальше работа шла с переменным успехом. Мы продолжали лечебную гимнастику для восстановления нарушенной координации, выполняли упражнения направленные на восстановление глотания, проводили курсы иглоукалывания, принимали медикаментозные препараты для улучшения питания клеток головного мозга. Были дни, когда Настя могла проглотить до 4—5 ложек желе, а бывали дни, когда ни одной. Это для меня осталось загадкой. Со временем, с консистенции желе мы перешли на консистенцию густой сметаны. Но тут восстановление шло быстрее. Через 1.5 месяца после появления первых глотательных движений мы убрали зонд. И Настя перешла полностью на самостоятельное питание. Это было самым важным для нас событием. Мы работали над этим почти 4 месяца! И вот, наконец, победа.

После того, как пациентка научилась глотать, и мы убрали зонд, пациентка 1 раз в месяц приходила на прием в поликлинику для коррекции лечения. Теперь Настя могла ходить уже на дальние расстояния, но всегда был рядом муж или дочка.

Настя еще около 4 месяцев не набирала вес. Он упорно держался в пределах 50 кг. Потом, все-таки вес стал прибывать. Через 6 месяцев я переехала в другой регион. На празд-

ники Настя постоянно меня поздравляет. Я наблюдаю за пациенткой в соцсетях. Видела, что в 2018 году она была на море, ездила к родственникам в центральную Россию, посетила Москву. На фото уже была довольно здоровая, красивая женщина.

Очень часто принимая под свою заботу пациента, мы не можем до конца быть уверенными в успехе. Однако, каждый раз хочется надеяться на хороший результат, а для чего тогда мы занимаемся

врачеванием?! В данной истории и у меня был период, что ничего не получится. Но вера пациента в мои умения и навыки, не давали мне возможности сдать.

# Чего хочет женщина, когда решает корректировать вес? И что получает по итогу?

**Елена Треско.**

Врач-терапевт, Москва.

8 (964) 626-41-23 *WhatsApp:*

<https://www.instagram.com/p/CHfdMV7JDcM/>

igshid=ghhpyk96kbfг *Instagram:*

Похудение?

Похудание?

Снижение веса?

Как же все-таки правильнее назвать преобразование внешности, если женщина задумалась о коррекции веса и пришла ко мне в терапию? И вообще – так ли важен сам вес? Чего мы добиваемся в конечном итоге?

Чтобы объяснить мою точку зрения на процесс преобразования женщины при коррекции веса, давайте рассмотрим историю моей пациентки, которая обратилась ко мне с целью снижения веса после 2 беременностей.

Исходные данные.

Женщина 33 года, далее Д, обратилась ко мне 6 месяцев назад с целью «прийти в форму после первой беременности». Первому ребенку 4 года, второму 7 месяцев, грудное

вскармливание, рост 173 см, вес 78 кг, ИМТ 26,4.

При казалось бы небольшом весе и небольшом ИМТ (норма 18—25), был лишний вес по медицинским показателям и настораживало, что Д отмечала нарастание веса за последние 6 месяцев- с 70 кг после родов до 78 кг на момент обращения.

Также было 2 попытки снижения веса – одна самостоятельная – безрезультатно, вторая – с участием в 1 месячном марафоне онлайн – безрезультатно.

Также пробовала добавлять физические нагрузки – тренировки 2—3 раза в неделю, но изменений не отмечала. В связи с безрезультатными попытками снижения веса за рационом не следила, физические нагрузки забросила.

Моя позиция в терапии по коррекции веса заключается в соблюдении 4 правил, которые в совокупности приведут к успеху и достижению цели:

1 – выбор рациона, максимально физиологичного для организма, направленного не столько на снижение веса, сколько на поддержание здоровья;

# Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «Литрес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на Литрес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.