

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

# ЗДОРОВЬЕ



АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№6 (150) ИЮНЬ 2015



Лучший врач края - 2014

### С Днем медицинского работника!

Медицина – это не просто профессия, это призвание!

Врач – не только обладатель особых, специальных знаний, он – аналитик, психолог и педагог. От кого, как не от врача, мы ждем помощи и слов поддержки, надежды и утешения?

И кого – мы так часто демонстративно не слышим, если решения касаются не только операции, приема лекарств, а и рекомендаций по изменению своего нездорового образа жизни?! Врача!

Сегодня в обществе, на мой взгляд, встречается не совсем адекватное и справедливое отношение к медицинскому работнику. Кто-то уповает на Интернет, рассчитывая найти в нем, и только в нем, ответы на все интересующие вопросы.

Другие – «нигилисты» по жизни, да еще и имея в современном обществе возможность получить более широкие знания по вопросам здоровья, – неожиданно становятся скептиками, игнорируют мнение специалистов или даже явно высказывают недоверие. Как правило, до поры до времени (хотя бывает уже и непоправимо поздно!). Всё это имеет место, и отчасти многое можно понять. Но...

Мне очень импонирует однажды прочитанная мысль о том, что бережное отношение общества к охране здоровья врача, уважительное отношение к представителям этой социально значимой профессии – это не только проявление заботы о враче, как и любом другом человеке, но в конечном счете – улучшение медицинской помощи населению, это борьба за здоровье и продолжение жизней сотен и тысяч людей.

Поздравляя с профессиональным праздником медицинских работников края, мне хотелось бы сказать особое спасибо врачам и медицинским сестрам - партнерам нашего журнала.

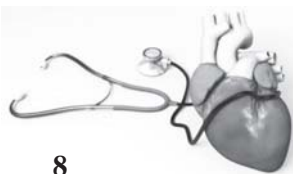
Я с трудом представляю себе врача, который, уходя с работы, мысленно «оставляет» своих пациентов. Конечно, работа продолжается и не у постели больного.

Медицина – это одна из профессий, которые стремительно развиваются, а значит, требуют постоянного совершенствования своих знаний. Следовательно, нужно систематически уделять время и учебе. Но помимо работы у медика, как и у любого человека, – есть семья, сыновние и дочерние обязанности и родительская ответственность. У них есть увлечения, которые тоже требуют времени. И если в таком напряженном жизненном ритме человек еще находит время, желание и главное, умение общаться с читателями нашего журнала, – это дорогого стоит. Считаю это не менее важным, чем основная работа: лечебная, научная, преподавательская!

Я благодарна всем авторам нашего журнала, которые уже 13 (!) лет видят свою общественную миссию и в просвещении, пропаганде (не побоюсь этого слова) здорового стиля жизни!

Число таких подвижников растет. Мы стараемся на страницах журнала не только предоставить слово медикам, но и рассказать об уникальных специалистах, работающих в нашем крае, о возможностях учреждений здравоохранения, о тех новых технологиях, которые стали доступны жителям, об общественных организациях, занимающихся вопросами здоровья, ЗОЖ.

**С профессиональным праздником, уважаемые коллеги!** Здоровья вам и вашим близким, вашим пациентам, мира и благополучия.



8

**Трехуровневая система оказания помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями в Алтайском крае**



20

**Летний лагерь: как оценить готовность ребенка**



17

**«Наши дети в начале жизни похожи на героев детективных историй»**



42

**Все в сад!**

На обложке: Надежда Александровна ДОЛГОВА, заведующая инфекционным отделением, КГБУЗ «Городская клиническая больница №11, г.Барнаул»

Фото: Ларисы Юрченко



Н.А. Долгова. На передовой борьбы с вирусами .....	2-4
Мойте чаще руки .....	5
Законотворчество. Июнь 2015 года .....	5
Е.В. Кравчинская. Инновации, продлевающие жизнь .....	6-7
А.А. Ефремушкина. Трехуровневая система оказания помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями в Алтайском крае .....	8-9
Платная и бесплатная медицинская помощь .....	9-10
<b>ДВИЖЕНИЕ - ЖИЗНЬ</b>	
Философия и особенности восточных единоборств .....	11-12
Наука побеждать .....	12-13
Спорт воспитывает характер .....	13-14
<b>КОРОНАРНЫЙ КЛУБ</b>	
О.А. Калугина. Коронарография как метод диагностики ИБС .....	15-17
<b>СЕРДЕЧНЫЙ РАЗГОВОР С КАРДИОЛОГОМ</b>	
Д.М. Рудакова. Курение и сердечно-сосудистые заболевания .....	18-19
Летний лагерь: как оценить готовность ребенка .....	20
<b>ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ</b>	
Д.В. Храменкова. Минута славы для каждого .....	21-22
Э.Д. Герман. Вам поставили диагноз «конъюнктивит» .....	23-24
<b>ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА</b>	
Ю.А. Шадеева. Преждевременные роды в XXI веке: современный взгляд на проблему .....	25-27
<b>ДВИЖЕНИЕ - ЖИЗНЬ</b>	
Упражнения для тех, кто занимается бегом .....	28-29
Зеленые коктейли .....	30
<b>ДВИЖЕНИЕ - ЖИЗНЬ</b>	
Р.И. Иванова, С.Д. Яворская.	
Фитнес для беременных по триместрам .....	31-33
Встречаем лето в лучшем виде .....	34
Как работать полезно для себя .....	35
<b>АЛТАЙСКАЯ КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ДЕТСКАЯ БОЛЬНИЦА</b>	
Ю.В. Миллер. «Наши дети в начале жизни похожи на героев детективных историй» .....	36-39
<b>ШКОЛА РЕАБИЛИТАЦИИ ДЦП. Занятие 2</b>	
Д.В. Паршин. Перинатальные поражения центральной нервной системы как причина детского церебрального паралича ....	40-41
<b>ДВИЖЕНИЕ - ЖИЗНЬ</b>	
Все в сад! .....	42-43
Качество жизни по-русски .....	44

# На передовой борьбы с вирусами

**За сообщением о победе Надежды Александровны Долговой в краевом смотре-конкурсе на звание «Лучший врач года-2014» последовало другое важное для нее событие - участие в Гепатологическом форуме.**

И если в конкурсе всех без исключения претендентов отличали профессионализм и опыт в решении вопросов, возникающих ежедневно во врачебной практике, то на Форуме профессионалы не меньшего уровня - единомышленники, коллеги - обсуждали вопросы победы над сложнейшими инфекционными заболеваниями. Восемь часов работы с небольшими кофе-паузами, со сменой адреса конференц-зала и обсуждением актуальной информации - даже для студентов это серьезное испытание.

И все же вопреки усталости в этот день **Надежда Александровна ДОЛГОВА**, заведующая инфекционным отделением КГБУЗ «Городская клиническая больница №11, г.Барнаул», согласилась на встречу.

**- Давайте начнем разговор с вопроса о победе в конкурсе. И раньше были подобные победы?**

- Удача всегда присутствовала в моей жизни. Если ставлю перед собой цель, то все получается, мечты сбываются. Хотела, например, стать заведующей инфекционным отделением - и стала. В двадцать девять лет! Вот и в конкурсе мне предложили участвовать, я согласилась - и победила, чему очень рада.

**- Вопрос почти риторический: как можно захотеть возглавить работу такого серьезного - инфекционного! - отделения?**

- В отделении такого профиля оказывается экстренная помощь. Здесь работу врача можно сравнить с передовой на фронте. И мне всегда хотелось работать именно в таком режиме.

**- Надежда Александровна, как начинался ваш путь в большую медицину?**

- Как у многих. Окончила школу, сразу поступила в медицинский институт. Потом работала 2,5 года педиатром. В начале 80-х годов педиатров направляли на дежурства в инфекционные отделения. Тогда поступали дети с тяжелой кишечной инфекцией. За год в стационаре погибли 46 ребятишек. Кто-то из педиатров откровенно боялся таких дежурств. А мне нравилось принимать оперативные решения, помогать больным детям. Привозили таких тяжелых ребят - глаза не закрываются, складка на коже стоит... Назначу лечение - и дети оживают на глазах. За смертность в отделении даже главного врача сняли с должности в тот год, хотя она не была виновата - инфекция оказалась непростой, справлялись с ней сложно. Тогда мне и предложили перейти в инфекционное отделение, говорили: «Долгова распишет лечение, и мы в стационаре уже ничего не меняем». Я переходила в стационар со слезами, поскольку мне нравилось и на участке работать. Сегодня понятно, что решила



судьба именно в тот день и час. И мне нравится работать и сегодня, спустя вот уже 35 лет.

**- Вы по-прежнему принимаете в отделение детей?**

- Отделение рассчитано на 120 коек - 100 детских и 20 взрослых. Правда, такого количества больных нет, меня, как руководителя, ругают за невыполнение плана. Я отвечаю: «Если мы, инфекционисты, будем выполнять план, тогда зачем санитарные службы?». Ведь регулярно проделывается большой объем работы по вакцинации детей и взрослых. Если не будет результата, значит, ожидаемая эффективность не достигнута. Все мы знаем, что еще несколько лет назад мы не говорили о заболеваемости корью. А теперь она вновь диагностируется. Очевидны недоработки, которые сегодня коснулись здоровья целого поколения.

**- Регулярно появляются в СМИ сообщения о новых**



**инфекциях, одно страшнее другого. Откуда они возникают?**

- Есть такое выражение: «природа не терпит пустоты». Одни инфекции нам удастся победить, другие тут же приходят на смену. Я начинала работать, когда обязательными были прививки от натуральной оспы. Добились того, что теперь таких больных нет. Когда то мы не знали о ВИЧ, теперь научились лечить этих людей, продлять им жизнь и качество их жизни. И как врач-инфекционист, считаю: такие процессы будут происходить постоянно.

**- Что является определяющим для победы над инфекцией?**

- Первостепенное значение имеют прививки. Их не надо бояться. Надо понимать, что если мы отказываемся от прививок, то тем самым признаем поражение перед инфекцией и создаем условия для появления новой, поскольку постоянно идет процесс мутации вирусов и микробов. Вероятность получения осложнения после прививок крайне низкая. А без общей вакцинации заболевают тысячи людей. Многие инфекции можно предупредить - прививки для этого есть.

Считаю, что для врача важна личная позиция: он должен быть привит сам, должен привить своих детей. Иначе для всех очевиден нечестный подход к жизни.

**- Можно назвать инфекции, новые именно для Барнаула?**

- Совсем недавно регистрировались единичные случаи ВИЧ-инфицирования. Мы следили за тем, как складывается их жизнь, научились правильно назначать терапию. Теперь все чаще отмечаются случаи сочетания ВИЧ и туберкулеза - и практика лечения здесь уже иная.

**- Насколько каждому из нас гарантирована своевременная помощь, в том числе от редких инфекций?**

- Механизм оказания специализированной помощи по каждой болезни хорошо отработан. Проблема, думаю, в другом: нет укомплекто-



ванности штатов на «скорой помощи». Причем, половина работников - фельдшеры. Поэтому и возникают случаи, когда больного перевозят из одной больницы в другую. На «скорой помощи» должны работать хорошие врачи-диагносты, которые доставят больного по профилю, где его и будут лечить.

**- Отдельная ваша забота - работа с родителями детей. Всегда для них непросто оставить ребенка в боксе...**

- Да, для родителей это стресс. Я начинала практиковать, когда на врачей смотрели как на первых после Бога. Нам доверяли полностью независимо от возраста. Сейчас общество изменилось. С родителями стало очень сложно работать. Иногда они и не хотят понять, услышать то, что им объясняет врач. Иногда приходится приглашать бабушек, дедушек, показывать, в каких условиях лечится ребенок. Нахождение в боксе инфекционного отделения не означает полную изоляцию. Врач приходит в любой момент, но у больного нет возможности ходить по коридорам. Вот и вся особенность.

**Считаю, что для врача важна личная позиция: он должен быть привит сам, должен привить своих детей.**

**Иначе для всех очевиден нечестный подход к жизни.**



Сейчас разрешается родителям находиться в отделении с детьми любого возраста, если они считают это необходимым. А ведь раньше, совсем недавно, разрешалось сопровождать детей только до года, и жалоб столько не было.

Другая группа вопросов родителей касается питания в больнице. Детский организм борется с болезнью, для этого нужны силы. Соответственно, пища должна быть легкой. Детям готовятся каши, супчики, все подается свежее. Такое питание в отделении тоже помогает выздороветь.

**- А если доводы врача всё же не услышаны и родители забирают домой ребенка, рассчитывая, например, на народные средства?**

- Нельзя брать ответственность за жизнь ребенка на себя. Нельзя полагаться только на материнские знания. Надо доверять специалистам, учиться доверять. Мы говорим: пойдете домой, если это возможно. А если врачи не уверены в таком решении, стараемся уговорить родителей, чтобы ребенок наблюдался в отделении.

**- Очевидно, что все имеющиеся в отделении - создано вами за тридцать пять лет работы. Это ваше творчество, силы, годы.**

- Рада, что сегодня не стыдно пройти по отделению. В этом году завершился ремонт, продолжавшийся семь месяцев. Соблюдены все требования, везде новая кафельная плитка, линолеум, новые кровати. Заходишь и любишься. В этом заслуга главного врача больницы **Андрея Александровича КОЛОМИЙЦА**. С гордостью могу передать отделение своему преемнику.

**- Врачи отделения - это ваши ученики? Наступил период необходимости передавать знания?**

- Мне это нравится. Мне коллеги говорят: «Вы по санации как дадите консультацию, она всегда является полной, узнаешь всё о проблеме». Мне всегда нравится, чтобы врач понял всё о болезни, чтобы вопросов у него не осталось. Никогда не отказываю участковым врачам в помощи, понимаю, что их возможности, особенно в районах, отличаются от наших.

**- Кто были ваши учителя?**

- Это **Любовь Егоровна ЯКОБ**. Она вырастила не только меня как врача-инфекциониста. До сих пор она приходит в наше отделение и консультирует в сложных случаях. Спасибо ей.

**- Какие инфекции «поднимают голову» летом?**

- Это энтеровирусные и менингококковая инфекции. При острейших заболеваниях надо обращаться к врачу, а не просто надеяться на себя. Так, исход лечения менингококковой инфекции решается в первые часы - потом можно уже не вернуть больного. Кишечные инфекции можно получить при купании в случайных водоемах. Летом из других регионов может быть привезена холера. Мы всегда готовы для приема больных с такими опасными инфекциями. Но и от пациентов ждем правильных действий, своевременного обращения к врачу.

**- Насколько важно для вас участие в прошедшем Гепатологическом форуме? Часто вы учитесь?**

- Я действительно люблю учиться. Моему учителю Л.Е. Якоб 75 лет, и она по-прежнему ездит везде, где можно получить знания. Накануне семинаров обязательно поздно вечером смотрю своих больных. Затем приезжаю в отделение ранним утром - и на учебу.

**- На Форуме услышали много нового для себя?**

- Да. Состоялся обстоятельный разговор о менингитах и гепатитах. Определены новые подходы в лечении гепатитов В и С. Отдельной темой для разговора стали лекарственные гепатиты. Сейчас много доступных лекарств, которые можно покупать в аптеках без рецепта. Аптечный работник охотно посоветует, что вам лучше приобрести. Результат такой инициативы видим мы, врачи. К нам в отделение поступают ребяташки, имеющие повышенные печёночные пробы из-за того, что благодаря инициативе родителей бесконтрольно принимают лекарства. К сожалению, нет вакцин от гепатита С, но разработано современное лечение, которое позволяет добиваться хороших результатов.

**- До сих пор гепатит С неизбежно переходил в хроническую форму...**

- Да. А сейчас больного удается вылечить. Причем, разрешено новое лечение для деток с трех лет. После проведенного курса терапии их наблюдают два года - вируса нет! Раньше об этом даже не мечтали. С гепатитом В справиться труднее, потому что вирус быстро мутирует к лекарствам. От этой инфекции спасает вакцинация. В первый год моей работы мы потеряли семь детей от гепатита В - в основном это были дети в возрасте до года. А сейчас мы его почти не видим благодаря вакцинации. Если будет получена вакцина от гепатита С, то это станет величайшей победой.

**- Как должен жить человек, имеющий хроническое инфекционное заболевание?**

- Плохо, что он болеет, но хорошо, что он знает о своем заболевании. И знает правила, которые надо соблюдать. Этим он улучшит качество своей жизни и исключит инфицирование окружающих. ☺

Лариса Юрченко



# Трехуровневая система оказания помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями в Алтайском крае

**Анна Александровна  
ЕФРЕМУШКИНА,**  
главный внештатный  
кардиолог Алтайского края

**Основные направления развития здравоохранения в Алтайском крае определены указами Президента Российской Федерации. В настоящее время продолжается создание трехуровневой системы оказания медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) для её совершенствования, улучшения доступности и повышения качества.**

**Первый этап - это первичная медицинская помощь - доврачебная и первая врачебная помощь.** Первичная медико-санитарная помощь населению, проживающему в отдаленных районах и сельской местности, оказывается в ФАПах, фельдшерских пунктах, сельских амбулаториях, общих врачебных практиках. Для нашего края это очень актуально, так как более 50% населения проживает в сельской местности. В основе первого этапа лежит медицинская профилактика преимущественно здоровых людей, в том числе детей и подростков, а также лиц с хроническими ССЗ вне стадии обострения.

**Основные задачи первого этапа:** пропаганда здорового образа жизни, консультирование по всем вопросам, связанным с поддержанием и улучшением здоровья семьи и её членов. Ключевыми структурами в проведении мероприятий, обеспечивающих деятельность по обучению здоровому образу жизни населения и профилактике ССЗ, являются работающие в крае Центр медицинской профилактики неинфекционных заболеваний на базе КГБУЗ «Краевая клиническая больница», КГБУЗ «Центр медицинской профилактики, г.Бийск», Центр медицинской профилактики на базе КГБУЗ «Городская больница №2, г.Рубцовск», 7 центров здоровья для взрослых, 2 центра здоровья для детей. Вклад профилактики и коррекции факторов риска в снижение сердечно-сосудистой смертности составляет от 45 до 75 процентов.

Очень важное направление первого уровня - **проведение диспансеризации.** Так, во время диспансеризации 2014 года было выявлено 117,9 случаев ССЗ на 1000 осмотренных. Это позволило своевременно поставить этих пациентов на диспансерный учет и, в перспективе, предотвратить развитие смертельных осложнений.



Кроме того, важную роль в оказании первичной медико-санитарной помощи в Алтайском крае играет **диспансерное наблюдение за лицами, относящимися к группам риска, и хроническим больным.** Так, на каждом участке должно находиться не менее 800 диспансерных больных. Большая часть диспансерных пациентов с сердечно-сосудистой патологией - это пациенты с повышенным уровнем артериального давления (гипертонической болезнью). Цель диспансерного наблюдения - обучение пациентов здоровому образу жизни, контролю уровня артериального давления посредством приема препаратов, предотвращение развития осложнений - инсультов и инфарктов.

**Второй уровень - это специализированная кардиологическая помощь - экстренная и неотложная помощь.** Это впервые заболевшие и лица с хроническими ССЗ в стадии обострения. Оказывается эта помощь в межрайонных кардиологических отделениях (их в крае 7), первичном сосудистом центре в г.Бийске, 16 межрайонных кардиологических кабинетов. Специализированная кардиологическая помощь заключается в **активном патронаже и оказании экстренной медицинской помощи.** В частности, при развитии такого неотложного состояния, как острый коронарный синдром, могущий трансформироваться в инфаркт миокарда и привести к смерти больного при отсутствии своевременного обращения к врачу. Острый коронарный синдром характе-



ризуется выраженным болевым синдромом в области сердца, одышкой, потливостью, слабостью, снижением или повышением артериального давления. Так, в 2014 году на втором уровне было пролечено около 1990 пациентов с инфарктами миокарда.

**Специализированная кардиологическая помощь включает в себя и регулярные активные осмотры врача-кардиолога при диспансерном наблюдении,** когда имеются такие заболевания, как ишемическая болезнь сердца, нарушения ритма сердца, состояния после оперативных вмешательств на сосудах.

**Третий уровень - специализированная, в том числе и высокотехнологичная кардиологическая помощь в краевых учреждениях** г. Барнаула: кардиологическом диспансере и краевой клинической больнице. Это оснащенные современным оборудованием высокоспециализированные структуры, которые осуществляют и высокотехнологичную помощь.

Головные кардиологические учреждения края в 2014 году для улучшения доступности кардиологической помощи жителям края увеличили количество талонов для дистанционной записи пациентов из районов, в рамках свободной записи на прием к кардиологам по многоканальному телефону в неделю выставлялось 1400 квот. В итоге кардиологами специализированных учреждений было принято более 180 тысяч человек, краевых пациентов было более 30 процентов.

В 2014 году в специализированных стационарах были пролечены 13009 больных, что на 8% больше, чем в 2013 году. Внедренное оперативное вмешательство аортокоронарного шунтирования *на работающем сердце* - 20 вмешательств в 2014 году - было проведено без смертельных исходов.

В результате выездной работы краевыми специалистами в районы края было осмотрено 13 тысяч пациентов, из них 830 человек госпитализированы для оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Как показатель улучшения качества кардиологической помощи, значимо изменился **первичный выход на инвалидность**. В 2014 году пациенты, перенесшие крупноочаговый инфаркт миокарда, возвращались к труду в 95%; перенесшие аорто-коронарное шунтирование - в 94% случаев.

С целью повышения обеспеченности специализированными кадрами в 2014 году в рамках профессиональной переподготовки врачей на базе ГБОУ ВПО «АГМУ» были проучены 24 специалиста. Было продолжено обучение врачей тактическим лечебным, диагностическим мероприятиям, обеспечивающим выполнение стандартов медицинской помощи, и актуальным вопросам кардиологии в рамках краевых конференций и общества кардиологов Алтайского края.

Итогом внедрения трехуровневой системы стало снижение смертности от болезней системы кровообращения в Алтайском крае по итогам 12 месяцев 2014г.: 626 на 100 тысяч населения, что на 13% лучше индикатора, предусмотренного в «дорожной карте» на 2014 год (718,8). ☺

## Имеете право

# Платная и бесплатная медицинская помощь

**Бесплатная медицинская помощь по обязательному медицинскому страхованию на территории России оказывается в соответствии с программами обязательного медицинского страхования (ОМС): базовой и территориальной.**

**ОМС - это государственная система социальной защиты интересов граждан в охране здоровья.** Она обеспечивает всем гражданам РФ, независимо от пола, возраста, места проживания и социального статуса равные возможности в получении медицинской помощи, предоставляемой за счет финансовых средств ОМС в объеме и на условиях, соответствующих программам обязательного медицинского страхования.



Базовую программу ОМС разрабатывает и утверждает Правительство Российской Федерации. В 2015 году бесплатная медицинская помощь в России предоставляется в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 28.11.2014 №1273 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов». Территориальную программу разрабатывает и утверждает администрация субъекта Российской Федерации. На территории Алтайского края действует постановление Администрации Алтайского края от 24.12.2014 №578 «Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов».

**Базовая программа ОМС включает минимальный перечень требований к бесплатной медицинской помощи, оказываемой за счет средств ОМС, который обязателен для исполнения на всей территории России.** Территориальная программа ОМС - перечень требований, обязательный для всей территории субъекта Российской Федерации. При этом виды, объемы и условия предоставления медицинских услуг в рамках Территориальной программы ОМС могут отличаться в каждом субъекте, но они не могут быть ниже уровня Базовой программы.

**Полис ОМС - это документ, который удостоверяет заключение договора обязательного медицинского страхования в пользу гражданина.** В страховом полисе указываются сведения о владельце полиса, номер и сроки действия договора страхования, отметка о прикреплении застрахованного к выбранной им поликлинике. ►





# Коронарография как метод диагностики ИБС

**Центральным органом кровообращения является сердце. Его основная функция - это проталкивание крови в сосуды и обеспечение бесперебойной циркуляции крови по организму. Этот процесс обеспечивается сокращением стенок сердца, содержащих мышечную ткань (миокард).**

Как каждый орган в организме, сердце нуждается в собственной системе доставки крови для обеспечения своей нормальной работы. Сосуды, подающие обогащенную кислородом кровь к сердцу, называются *коронарными артериями*.

Со временем, ввиду различных неблагоприятных факторов жизни современного человека (курение, жирная пища, стресс), в коронарных артериях появляются жировые отложения - *атеросклеротические бляшки*, которые становятся причиной сужения просвета коронарных артерий. Бляшки постепенно растут, все больше и больше сужая просвет сосудов и делая стенку артерии более жесткой. Этот процесс называется **атеросклерозом**. Увеличение бляшки снижает приток крови к сердечной мышце, в результате чего сердечная мышца не получает необходимой ей обогащенной кислородом крови. Это вызывает появление характерных симптомов боли в груди (называемой **стенокардией**) различной интенсивности и продолжительности. Полное перекрытие просвета артерии приводит к катастрофе - **инфаркту миокарда**: омертвлению клеток сердечной мышцы из-за нарушения процесса доставки кислорода к сердечной мышце.

**Ишемическая болезнь сердца (ИБС)** является ведущей причиной смерти, как для мужчин, так и для женщин во всем мире.

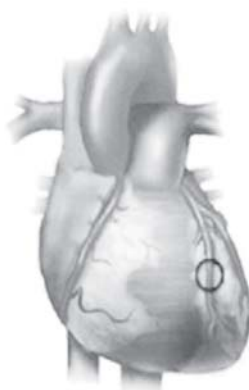
Для точного установления диагноза ИБС проводится полное обследование, которое включает в себя анализы крови, электрокардиографию (ЭКГ), нагрузочные тесты, ультразвуковое исследование сердца

(ЭХОКГ), а также **коронарную ангиографию**. Решение об исследовании сосудов сердца принимает врач-кардиолог на основании клинических данных.

В 1959 году американцы Корнан и Ричардс получили Нобелевскую премию за разработку методики катетеризации сердца. И сегодня коронарография является наиболее точным методом диагностики состояния коронарных сосудов. Процедура выполняется на специальном дорогостоящем оборудовании (*ангиографический комплекс*). Врачи, выполняющие эти исследования, проходят обучение в ведущих российских клиниках и в своей работе руководствуются мировыми стандартами диагностики и лечения.

**Коронарная ангиография** выполняется под местным обезболиванием, является непродолжительной, достаточно безопасной и малотравматичной процедурой. Во время коронарографии артерии сердца исследуют с помощью рентгеновских лучей, в результате чего выявляются точная локализация и степень сужения сосудов.

**Ольга Александровна КАЛУГИНА**,  
заведующая кабинетом  
клинической  
фармакологии, врач-  
кардиолог, первая  
квалификационная  
категория, отделение  
рентгенохирургических  
методов диагностики и  
лечения, КГБУЗ  
«Алтайский краевой  
кардиологический  
диспансер»



Здоровая коронарная артерия



Артерия, пораженная атеросклерозом



Атеросклероз с образованием кровяной «бляшки»



**Операция ангиопластики проводится в ангиографической операционной под местной анестезией. Под контролем рентгеновского изображения врач проводит специальный баллон к месту сужения и расширяет его, вдавливая атеросклеротические бляшки в стенки артерии.**

Специальный катетер (длинная тонкая трубочка) проводят через бедренную артерию или артерии предплечья в просвет коронарных артерий. Через катетер в просвет артерии, кровоснабжающей сердце, вводится специальное рентгенконтрастное вещество, - и просвет сосуда становится видимым под рентгеном.

Полученная информация является очень значимой, так как позволяет врачу определить наилучший способ лечения, оценив риски и преимущества возможных методов.

Коронарография не является сложной хирургической операцией. Осложнения при ней возможны, такие, как, например, нарушения ритма сердца, аллергия на контраст, тромбоз артерии и другие, но случаются они крайне редко и поддаются экстренной помощи.

После постановки диагноза команда врачей назначает необходимый метод лечения. В настоящее время используются два основных метода лечения больных ИБС: терапевтический (на основе медикаментозной терапии) и хирургический (с применением восстанавливающих кровотоков, или реваскуляризирующих, операций).

## Реваскуляризация миокарда

Хирургические операции предусматривают два подхода: операции аортокоронарного шунтирования, которые выполняются на открытом сердце, и эндоваскулярные (внутрисосудистые) методы: баллонная анги-

опластика и стентирование. Это технологии восстановления нормального кровотока по коронарным артериям путем механических воздействий на пораженный участок артерии изнутри с помощью раздувания специального баллона или установки стента. Эти два метода реваскуляризации миокарда стали выдающимися достижениями сердечно-сосудистой хирургии.

Эндоваскулярные вмешательства (коронарная ангиопластика и стентирование) в большинстве случаев позволяют устранить самый распространенный вид атеросклероза - локальные стенозы (сужения) и окклюзии (закупорки). Причем осуществляется это малоинвазивным способом и не сопровождается, как правило, серьезными осложнениями.

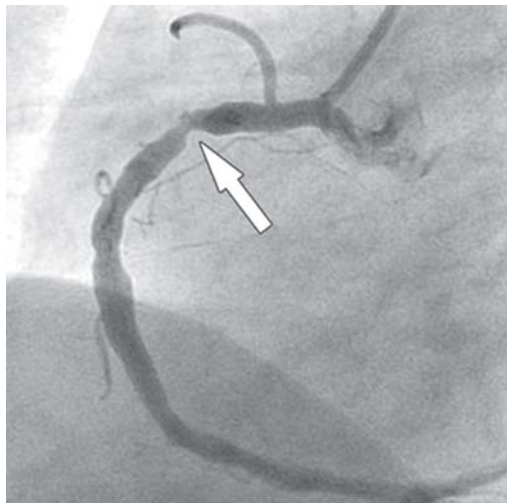
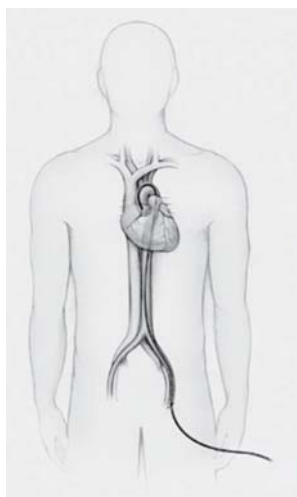
50 лет назад радиолог из Орегонского университета Чарльз Доттер предложил невиданный ранее способ помощи больным, страдающим закупоркой артерий ног. С помощью нескольких катетеров без вскрытия сосуда ему удалось расширить просвет заблокированной артерии. В 1977 году в Швейцарии Андреас Грюнциг впервые произвел баллонную ангиопластику коронарной артерии.

Операция ангиопластики проводится в ангиографической операционной под местной анестезией. Под контролем рентгеновского изображения врач проводит специальный баллон к месту сужения и расширяет его, вдавливая атеросклеротические бляшки в стенки артерии. Таким образом восстанавливаются просвет сосуда и нормальный кровоток по нему.

Чтобы уменьшить вероятность повторного возникновения сужения на месте «раздавленной» бляшки и надежно удержать просвет сосуда в «открытом» состоянии в коронарную артерию имплантируется **стент**.

Само слово «стент» - это калька с фамилии английского дантиста Чарльза Стента, который в конце XIX века предложил устройство, поддерживающее зубные протезы. Со временем термин стал применяться более широко и сегодня обозначает любое устройство, предназначенное для механической поддержки живой ткани.

Стент представляет собой металлический каркас, который после введе-

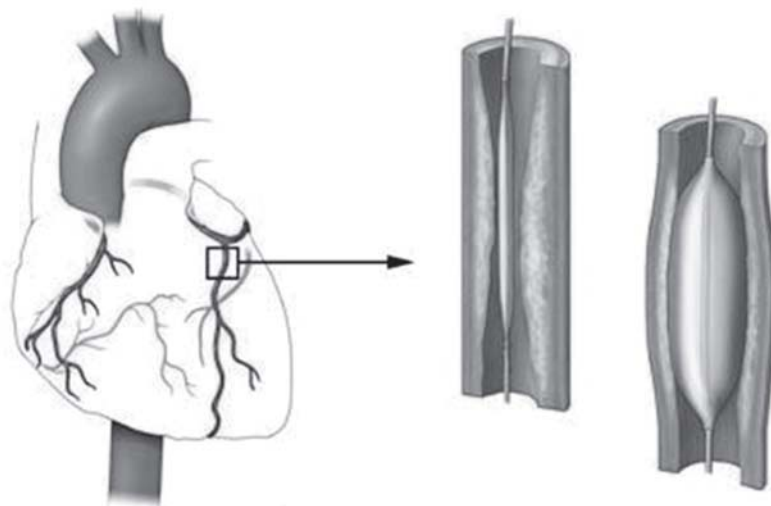


ния в артерию расширяется изнутри до ее нормального диаметра и, сохраняя это неизменяемое состояние, удерживает просвет сосуда полностью открытым. Эта операция называется стентированием. Ежегодно в мире выполняются миллионы таких операций.

После сдувания и удаления баллона стент навсегда остается в коронарной артерии. При этом стент обрастает внутренним слоем артерии, становясь ее частью.

Ввиду того, что при раздавливании бляшки образуются вещества, способствующие свертыванию крови, существует вероятность образования тромба в месте имплантации стента (инородного для организма элемента). Для предотвращения формирования тромбов до и в течение нескольких недель или месяцев после имплантации стента кардиологи назначают препараты: аспирин и клопидогрель. Оба препарата угнетают функцию тромбоцитов, клеток крови, которые инициируют процесс, приводящий к формированию тромбов. Обычно пациенты принимают аспирин в течение всей своей жизни после стентирования. Клопидогрель принимают в течение, по крайней мере, одного месяца после имплантации не покрытого металлического стента и в течение 3-12 месяцев или дольше после имплантации стента с лекарственным покрытием.

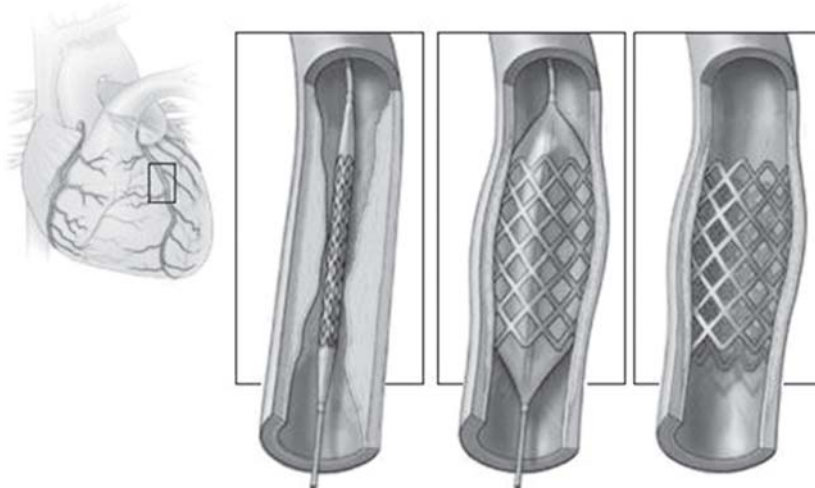
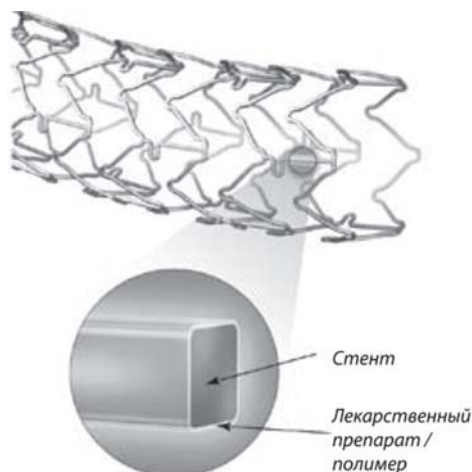
К сожалению, примерно у трети пациентов после выполнения стентирования возникает повторное сужение пролеченного участка артерии - **рестеноз**. Это происходит из-за множества факторов, включая избыточный рост ткани в месте лечения (ответная реак-



ция организма на инородное тело). Уменьшить число рецидивов позволило использование современных стентов с лекарственным покрытием. Такие стенты представляют собой коронарный каркас, покрытый полимером с лекарственным препаратом для доставки его к пораженному участку артерии. Лекарственное вещество предназначено для подавления избыточного роста клеток в месте установки стента. Такая конструкция позволяет значительно снизить вероятность образования тромбов и повторной закупорки просвета после проведения операции.

**Тем не менее, стентирование, как и любое достижение современной медицины, не является панацеей. После выполнения процедуры ангиопластики симптомы стенокардии могут возобновиться, ведь стент не устраняет причину болезни, а только помогает справиться с ее последствиями.** Ⓜ

**Для предотвращения формирования тромбов до и в течение нескольких недель после имплантации стента кардиологи назначают аспирин и клопидогрель.**



# Курение и сердечно-сосудистые заболевания



**Диана Михайловна  
РУДАКОВА,**  
заместитель главного  
врача по медицинской  
части, КГБУЗ «Краевая  
клиническая больница»

**Я убеждена,  
что тема о вреде  
курения всё еще  
остается  
актуальной для  
миллионов людей,  
которые страдают  
от этой  
зависимости.**

Курение - это не безобидное занятие, которое можно бросить без усилий. Это настоящая наркомания, и тем более опасная, что многие не принимают её всерьез. О вреде курения написано много книг, об этом гласит надпись на каждой пачке сигарет: «Минздрав предупреждает...». Но почему-то люди, беспечно полагая, что при отсутствии негативных симптомов беда не придёт к ним. Некоторые курильщики заявляют, что стаж их курения в 10 и 20 лет не принёс вреда их здоровью.

Никотин коварен тем, что многие годы отравляя организм, он не оставляет ощущения нездоровья. **У человека, который долгие годы курит, ничего не болит, он силен и полон жизни... До поры до времени.**

Наш организм имеет высокую способность защищаться от всякого рода инфекций и токсинов, получаемых извне. Долгие годы, борясь с последствием регулярного отравления ядовитыми смолами, организм изо всех сил, применяя все резервы, работает на износ.

А потом случается «вдруг». Однажды у человека обнаруживают рак лёгких, гортани, молочных желёз, опухоль предстательной железы, происходит инсульт, инфаркт... Больные с тяжёлыми заболеваниями, полученными в результате многолетнего курения, в один голос просят тех, кто ещё не дошёл до их грани: «Не курите!». А слышим ли мы их?

Почему сейчас стало больше курящих, в том числе женщин и девушек? Потому что в настоящее время у молодых людей сложился стереотип, связанный с тем, что «настоящий мужчина должен курить», «курение даёт ощущение силы», «курение успокаивает и снимает стресс», «курить - это модно». Каждый год, следуя этой ложной традиции, от болезней, вызванных хроническим курением, в стране умирают три миллиона человек. **Две сигареты, выкуриваемые в день, сокращают жизнь на 1 год, 4 сигареты - на 2 года, 20 сигарет, или полная пачка, выкуриваемая в день, ведёт к уменьшению продолжительности жизни человека на 10 лет.**

Из каких веществ состоит дым от табака? Большая часть курильщиков не могут назвать хотя бы одно химическое вещество табачного дыма, кроме никоти-

на и смолы, упомянутых на пачках сигарет. Однако химический состав табака очень сложен. **Табачный дым - это мелкодисперсная пыль, которая попадает в лёгкие и оседает в них.** Конечно, большую часть этого дыма курильщик выдыхает обратно, но часть его оседает в лёгких, которые пытаются фильтровать этот осадок. Это совсем не малая часть дыма, ведь за год через лёгкие в общем количестве проходит около литра дёгтя.

В табачном дыме содержатся никотин, формальдегид, угарный газ, мышьяк, цианид, пиридин, анилин, свинец, полоний, висмут, акролеин, сажа, эфирные масла, канцерогены, синильная и муравьиная кислоты. Многие из этих веществ сами по себе являются ядовитыми, а в сочетании друг с другом они образуют комплексный яд замедленного, но неотвратимого токсического действия.

Какое же влияние оказывает табак на организм человека? Уже давно доказано, что *табак является причиной смерти от рака лёгкого в 90% всех случаев, от бронхита и эмфиземы лёгких - в 75% и от болезни сердца - примерно 25% всех случаев.* Примерно 25% регулярных курильщиков сигарет умрёт преждевременно по причине курения. Многие из этого числа смогли бы прожить на 10, 20 или 30 лет дольше. Умершие вследствие курения в среднем потеряют 15 лет своей жизни.

**Действие никотина на сердце.** Болезни сердца и инсульты более распространены среди курильщиков, чем среди некурящих. *Курение сигарет является главным фактором коронарной болезни сердца.* Никотин в табачном дыме вызывает существенное увеличение частоты сердечных сокращений и кровяного давления. В результате курения сердце вынуждено работать с большей нагрузкой и ему нужно больше кислорода. При этом монооксид углерода из табачного дыма снижает количество кислорода, которое переносится кровью к сердцу. Никотин и монооксид углерода повреждают стенки, имеющие нормальный просвет артерий, жироподобные вещества, циркулирующие в крови, просачиваются в эти стенки. В результате стенки артерий покрываются рубцами и утолщаются, их просвет суживается и почти перекрывается.



## Сердечный разговор с кардиологом

Сердечная мышца остается здоровой, только если имеется хороший ток крови к ней через коронарные артерии. С течением лет, как часть нормального процесса старения, эти сосуды постепенно сужаются из-за дегенеративных процессов в их стенках. У курильщиков этот процесс происходит быстрее обычного. Часто кровь, протекающая через такие суженные сосуды, внезапно сворачивается с образованием тромбов (коронарный тромбоз), вызывая серьезные повреждения сердечной мышцы. Коронарный тромбоз является распространенной причиной смерти мужчин и женщин в возрасте от 35 до 65 лет. **Развитие и течение коронарной болезни сердца зависит от количества выкуренных сигарет, степени вдыхания и возраста начала курения.**

Повышенный риск коронарной болезни сердца среди курильщиков резко снижается, как только привычка к табаку оставлена. После примерно трех лет некурения риск умереть от этой болезни становится примерно таким же, как и у некурящих. **Продолжая курить после инфаркта, курильщик увеличивает свои шансы на второй инфаркт.** Все курильщики имеют повышенный риск развития инсульта, однако курящие женщины, которые используют оральные контрацептивы, имеют в 20 раз больший риск инфаркта и в 20 раз больший риск инсульта по сравнению с некурящими женщинами, которые не используют оральные контрацептивы.

Помимо инсульта, внезапного сердечного приступа и коронарной болезни сердца, курение может иметь другие серьезные медицинские последствия. Симптомами периферической сосудистой болезни являются холодные кисти и стопы, что обусловлено сужением сосудов, несущих кровь к рукам и ногам. Если сгусток крови блокирует уже суженную артерию, это может привести к гангрене, которая часто требует ампутации пальцев, рук или ног. Большинство людей, страдающих периферической сосудистой болезнью, являются курильщиками.

**Что происходит, когда мы не курим или бросаем курить:**

**...через 20 минут:** после последней сигареты артериальное давление снижается до нормального, восстанавливается работа сердца, улучшится кровоснабжение ладоней и ступней;

**...через 8 часов:** нормализуется содержание кислорода в крови;

**...через 2 суток:** усилятся способность ощущать вкус и запах;

**...через неделю:** улучшится цвет лица, исчезнет неприятный запах от кожи, волос, при выдохе;



**...через месяц:** явно станет легче дышать, покинут утомление, головная боль, особенно по утрам, перестанет беспокоить кашель;

**...через полгода:** пульс станет реже, улучшатся спортивные результаты - начнете быстрее бегать, плавать, почувствуете желание физических нагрузок;

**...через 1 год:** риск развития коронарной болезни сердца по сравнению с курильщиками снизится наполовину;

**...через 5 лет:** резко уменьшится вероятность умереть от рака легких по сравнению с теми, кто выкуривает пачку в день.

### Профилактика и новые методы лечения никотиновой зависимости

Профилактика табакокурения должна начинаться ещё в среде детей и подростков. Для этих целей должна быть организована и санитарно-просветительная работа, и работа семьи, школы.

Решившим избавиться от сигареты надо набраться терпения и выдержки - болезнь время от времени будет требовать для организма новый допинг, но со временем эти позывы ослабнут. Главное - выдержать первое время воздержания от сигареты.

Помочь справиться с никотиновой зависимостью помогут современные клиники, в которых организованы сеансы медикаментозной терапии, а также психотерапии для курящих. Среди новых средств борьбы с табакокурением особенно популярны электронная сигарета, никотиновый пластырь, специальные пастилки и жевательная резинка, препараты против интоксикации организма, биодобавки и витамины, помогающие бывшему курильщику избавиться от токсинов. ☺

**Влияние курения на здоровье человека - только негативное. Это признают и курильщики с многолетним стажем, которые, однако, не могут набраться силы воли и прекратить самоотравление. Самая лучшая профилактика курения - никогда не брать в руки сигарету, а самое лучшее лекарство - огромное желание долго жить.**



# Минута славы для каждого

**12 мая в рамках празднования Дня медицинской сестры и в связи с 65-летием Краевой клинической больницы было проведено большое мероприятие.**

В холле гостей встречали две выставки: «Революция расходного материала», представляющая старинный расходный материал и предметы ухода, и выставка детских рисунков «Моя мама - медсестра».

На празднике присутствовали гости: **И.Н. ДОНСКИХ**, главный штатный специалист по сестринскому делу Главного управления, **Л.А. ПЛИГИНА**, президент ПАСМР, **В.М. САВЕЛЬЕВ**, директор ББМК, **А.И. ГУСЬКОВ**, заместитель директора по дополнительному образованию ББМК, **Г.М. МАЛИНОВСКАЯ**, заместитель директора ББМК, **Л.Н. СМОЛИНА**, заведующая методическим отделом по аттестации ББМК.

В ходе торжественной части лучшие специалисты со средним профессиональным образованием были отмечены наградами и грамотами. Главный врач краевой клинической больницы **Валерий Анатольевич ЕЛЫКОМОВ** торжественно вручил Грамоту АКЗС **Валентине Андреевне САНАРОВОЙ**, медицинской сестре отделения гнойной хирургии, и **Ольге Владимировне СИДОРОВОЙ**, старшей медицинской сестре централизованного стерилизационного отделения. Грамоты Администрации Алтайского края были вручены **Елене Ивановне ДРОЗДОВОЙ**, акушерке отделения патологии беременности, и **Марине Николаевне ШЕШИНОЙ**, старшей медицинской сестре отделения острых нарушений мозгового кровообращения.

Ирина Николаевна Донских вручила грамоты Главного управления: **Татьяне Владимировне АКСЁНОВОЙ**, медицинской сестре централизованного стерилизационного отделения, **Оксане Викторовне БУГАЙ**, медицинской сестре сосудистой хирургии, **Оксане Николаевне ДОРОНИНОЙ**, медицинской сестре нефроло-

гического отделения, **Наталье Павловне ЖЕЛЕЗНОВОЙ**, медицинской сестре эндокринологического отделения, **Татьяне Александровне ЗАХАРЦОВОЙ**, медицинской сестре отдела ведения наркотических средств, **Светлане Викторовне КАРАБАНЬ** и **Ольге Владимировне ЧИСТЯКОВОЙ**, медицинским сестрам-анестезистам отделения анестезиологии-реанимации, **Елене Ивановне КРАХТИНОВОЙ**, медицинской сестре отделения пересадки органов, **Ирине Павловне КРОТОВОЙ**, старшей медицинской сестре отделения сосудистой хирургии, **Татьяне Ивановне МЯДЕЛЕЦ**, медицинской сестре отоларингологического отделения, **Оксане Васильевне ОСТАНИНОЙ**, старшей медицинской сестре урологического отделения, **Алесе Владимировне ПОПКОВОЙ**, медицинской сестре патологоанатомического отделения, **Инне Георгиевне СЕМЁНОВОЙ**, медицинской сестре кардиохирургического отделения, **Оксане Геннадьев-**

**Дина Владимировна ХРАМЕНКОВА**, старшая медицинская сестра, высшая квалификационная категория, отделение анестезиологии и реанимации, КГБУЗ «Краевая клиническая больница», член Ассоциации с 2002 года



▲ не **ФИРСОВОЙ**, медицинской сестре травматолого-ортопедического отделения №2.

Лариса Алексеевна Плигина от Ассоциации в честь юбилея вручила сестринскому коллективу ноутбук и награды самым активным членам Ассоциации. Почетный знак РАМС «За верность профессии» получила **Татьяна Владимировна АНУФРИЕВА**, старшая медсестра отделения рентген-операционных методов диагностики и лечения №1; Почетный знак АРОО «ПАСМР» «За особый вклад в развитие сестринской профессии» - **Эмма Давыдовна ГЕРМАН**, старшая медсестра офтальмологического отделения, **Нина Николаевна КРАПИВИНА**, старшая медсестра нейрохирургического отделения; почетные грамоты АРОО «ПАСМР» получили **Ирина Васильевна ЛУШПА**, старшая медсестра отделения реанимации и интенсивной терапии Центра острых отравлений, **Татьяна Геннадьевна МИНАКОВА**, старший фельдшер-лаборант кли-



нико-диагностической лаборатории, **Зульфия Агмалетдиновна ГАРИПОВА**, старшая медсестра гематологического отделения.

Студенты Барнаульского базового медицинского колледжа сделали музыкальный подарок медицинским сестрам Краевой клинической больницы.

Шквал оваций и множество положительных эмоций вызвало исполнение Софьей и Лизой Осиными стихотворения о медицинских сестрах.

Во второй части праздничной программы был проведен **творческий конкурс «Минута славы»**, в котором приняли участие пять команд медицинских сестер: хирургической, терапевтической, поликлинической, реанимационной служб и команда старших сестер.

Вначале участницы представили свои визитные карточки - это название, эмблема, девиз команды. Все задания оценивались по пятибалльной шкале. Сле-



дующим этапом конкурса было задание «Игрушка»: от каждой команды участница за пять минут должна угадать предмет с завязанными глазами. С этим заданием все конкурсантки справились без проблем. Третьим этапом стало музыкальное задание: команды должны были исполнить несколько строк из песен, где упоминаются названия цветов. Самым ответственным оказалось домашнее задание «Интересный случай», в ходе которого жюри оценило умение девушек работать сообща. Далее прошел конкурс капитанов, которым было предложено за три минуты с завязанными глазами и под музыку нарисовать мужчину своей мечты. Самым решающим стало заключительное задание «Угадай мелодию».



А как отделения поддерживали своих сестер: были подготовлены выступления, плакаты, отрепетированы девизы и «кричалки»!

Нелегко жюри было выбрать лучшую команду. **Победительницей стала команда старших медицинских сестер. Команда хирургической службы победила в номинации «Самые находчивые», команда реанимационной службы одержала победу в номинации «Самые весёлые», команда терапевтической службы - в номинации «Самые обаятельные», а команда поликлинической службы стала «Самой шустрой».** Все команды получили ценные призы и подарки. Руководством больницы было принято решение премировать всех участниц конкурса. А уже по традиции участницы-команды исполнили финальную песню. ☺



# Вам поставили диагноз «КОНЪЮНКТИВИТ»

**Среди заболеваний глаз конъюнктивит по распространенности занимает первое место. Это связано с его высокой контагиозностью и с доступностью конъюнктивы для инфекций в силу анатомических особенностей.**

### Что такое конъюнктивит?

Задняя поверхность век и передняя часть глаза покрыты тонкой прозрачной тканью - конъюнктивой, которая секретирует важные компоненты слезной жидкости и создает защитный барьер от микроорганизмов и мелких инородных тел.

**Конъюнктивит - это общее название воспалительных заболеваний конъюнктивы.** Он очень распространен и составляет 30% всей глазной патологии. В большинстве случаев встречаются конъюнктивиты экзогенного происхождения: инфекционные, аллергические и обусловленные термическим или химическим раздражителем. **Инфекционные конъюнктивиты** бывают бактериальными, вирусными, хламидийными, грибковыми. Из-за высокой контагиозности (заразности) заболевание может поражать большие коллективы, особенно детские. Чаще всего они передаются контактно, но некоторые виды могут переноситься и воздушно-капельным путем. **К конъюнктивитам, вызываемым физическими и химическими вредностями,** относятся профессиональные хронические заболевания конъюнктивы.

Симптомы этого заболевания зависят от его причины, но **все формы характеризуются рядом общих признаков:**

- ◆ отек и покраснение конъюнктивы;
- ◆ наличие гнойного или слизистого отделяемого;
- ◆ жжение, зуд;
- ◆ ощущение инородного тела в глазу;
- ◆ повышенная чувствительность к свету;
- ◆ склеивание век отделяемым и невозможность их разомкнуть по утрам.

По характеру течения различают острую, подострую и хроническую формы заболевания. **Острый конъюнктивит** начинается внезапно с рези и боли, ярко выражены гиперемия и отек. Отек конъюнктивы может достигать значительных размеров, в результате чего она ущемляется в глазной щели (хемоз конъюнктивы). Иногда острая форма сопровождается общим недомоганием, повышением температуры и головной болью. Длительность ост-

рого конъюнктивита колеблется от 5-6 дней до 2-3 недель. **Хронический конъюнктивит** развивается медленно, течение - вялое и длительное. Появляются неприятные ощущения, чувство «песка в глазах», небольшое покраснение век. Зачастую хроническая форма связана с длительно воздействующими раздражителями: дымом, пылью, химическими примесями, но может возникать и при авитаминозе, нарушениях обмена веществ, хронических заболеваниях носа и слезных каналов.

### Виды конъюнктивита

**Причиной бактериального конъюнктивита чаще всего становятся стафилококки и стрептококки.** Для заболевания характерны обильные гнойные выделения. Часто поражается один глаз, но воспаление может перейти на другой. В некоторых случаях на слизистой оболочке глаза образуются пленки, которые можно снять ватным тампоном.

Стафилококки и стрептококки вызывают **острый банальный конъюнктивит.** Причины возникновения - попадание в глаза пыли, соринки, купание в загрязненных водоемах. Также способствуют развитию воспаления конъюнктивы переохлаждение или перегревание, острые респираторные вирусные инфекции, обострение хронических заболеваний. У ослабленных пациентов при отсутствии лечения могут возникнуть осложнения: блефарит или краевой кератит, - но обычно банальные конъюнктивиты легко лечатся.

**При гонококковом конъюнктивите** (гонобленнорея) у взрослых обычно имеется урогенитальная гонококковая инфекция, заражение происходит при заносе инфекции из половых органов. Новорожденные могут заразиться при прохождении через родовые пути.

**Дифтерийный конъюнктивит** вызывается коринебактерией дифтерии. Заболевание обычно развивается в сочетании с дифтерией зева, носа, гортани, но возможны и первичные поражения глаз. В настоящее время болезнь возникает редко и, как



**Эмма Давыдовна  
GERMAN,**

старшая медицинская сестра, высшая квалификационная категория, офтальмологическое отделение, КГБУЗ «Краевая клиническая больница», член Ассоциации с 2000 года

**Реже встречаются эндогенные конъюнктивиты, связанные с общими заболеваниями организма - инфекционными (туберкулез, сифилис, грипп, герпес, корь, краснуха, ветряная оспа).**





## Советы медицинской сестры

правило, у не привитых против дифтерии детей и взрослых.

**Вирусный конъюнктивит** вызывает большое количество различных вирусов. Для него характерны скудные слизистые или серозные выделения.

Причиной **герпетического конъюнктивита** является вирус простого герпеса. Обычно поражается один глаз. Процесс сопровождается высыпанием герпетических пузырьков на коже век.

**Грибковые конъюнктивиты** вызываются различными видами грибков (актиномицеты, плесневые, дрожжеподобные и др.). Источником возбудителей инфекции являются почва, некоторые травы, овощи, фрукты, а также больной человек и животные. Особенности клинических проявлений определяются видом грибка.

Одной из причин хронического конъюнктивита является хламидийная инфекция. **Хламидийным конъюнктивитом** (конъюнктивит с включениями, банный или бассейновый конъюнктивит, паратрахома) новорожденные заражаются во время родов от больной матери, взрослые - при контакте с выделениями из мочеполовых путей. У детей обычно поражаются оба глаза, у взрослых чаще встречается одностороннее поражение. Инкубационный период у новорожденных составляет 6-10 дней, у взрослых - 5-14 дней.

**Аллергический конъюнктивит** может быть сезонным, возникающим в период активного цветения растений, или круглогодичным. Этот вид заболевания не заразен. Существует множество различных аллергенов, которые могут его вызывать: домашняя или библиотечная пыль; клещи, обитающие в домашней пыли; аллергены насекомых; аллергены плесневых и дрожжевых грибов; некоторые продукты питания; лекарства. Иногда причиной аллергического конъюнктивита могут стать глазные капли или контактные линзы. Этот вид конъюнктивита чаще всего проявляется зудом, легким жжением, покраснением глаз, вызванным раздражением и расширением мелких сосудов, слезотечением. Симптомы возникают на обоих глазах, обычно сразу после контакта с аллергеном.

### Лечение конъюнктивита

Для каждого вида конъюнктивита нужно свое специфическое лечение. Поэтому при обнаружении симптомов необходимо обратиться к офтальмологу, который поставит диагноз на основании анамнестических данных, типичной клинической картины, исследования остроты зрения, наружного осмотра.



Лечение конъюнктивита обычно медикаментозное, направленное преимущественно на подавление инфекции, улучшение эвакуации отделяемого мешка, профилактику осложнений со стороны роговицы. Следует начинать лечение как можно раньше - уже в первые часы после выявления конъюнктивальной инфекции и отделяемого в конъюнктивальном мешке.



### Профилактика

Необходимо правильно питаться, принимать витамины: на фоне ослабленного иммунитета вероятность развития инфекции гораздо выше. Не трогать лицо, и в особенности глаза, грязными руками. Ни в коем случае не использовать косметику с истекшим сроком годности.

Носить контактные линзы дольше, чем рекомендовано производителем, нельзя. Тщательно мойте руки перед тем, как снимать или надевать линзы. Всегда кладите линзы только в свежий раствор.

**Чтобы не допустить распространения инфекции и уберечь ваших близких, нужно соблюдать простые правила:**

- ◆ пользоваться только своими полотенцем, наволочкой, меняя их каждый день;
- ◆ систематически мыть руки;
- ◆ стараться не касаться глаз;
- ◆ по возможности не ходить в общественные места;
- ◆ не посещать общественные бассейны и не умываться хлорированной водой: хлорка усугубит ваше состояние;
- ◆ использовать одноразовые платки, для каждого глаза - свой;
- ◆ избегать рукопожатий. ☹

**Во время лечения острого конъюнктивита нельзя накладывать повязки на глаза, под ними глаза не могут моргать (моргание способствует удалению отделяемого). Это создает благоприятные условия для развития микробной флоры и может привести к осложнениям роговой оболочки. Также на время лечения нужно отказаться от косметики и ношения контактных линз.**



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





# Преждевременные роды в XXI веке: современный взгляд на проблему

**Преждевременные роды - это роды в срок с 22 до 37 недель беременности, плодами массой от 500 до 2500 граммов. Сегодня уровень современной медицины достаточно высок, повсеместно наблюдается положительная динамика по благоприятному прогнозу для выхаживания детей, вес которых при рождении составил 800, 700 и даже 500 граммов!**

Для жизни и здоровья, безусловно, значение имеют не только антропометрические данные (вес, рост) новорожденного, но и его общее состояние при рождении, степень его готовности ко внеутробной жизни, соответствие развития плода сроку беременности, а также конкретные причины, вызвавшие столь ранние роды. И надо понимать, что жизнь и здоровье - это разные понятия. К сожалению, половина выживших глубоко недоношенных детей в последующем являются инвалидами с детства.

**Почему роды возникают преждевременно?** Чаще всего этому предшествуют состояния и заболевания будущей мамы, своевременное лечение или устранение которых могло позволить избежать беды. Рассмотрим наиболее значимые из них.

В первую очередь - **инфекция**. В норме полость матки стерильна. Любой воспалительный процесс делает стенку матки неполноценной, поэтому беременность может прерваться раньше положенного срока. Каждая женщина, в идеале - еще до беременности, должна обследоваться на наличие инфекционных заболеваний, особенно тех из них, которые нередко протекают бессимптомно (носительство хламидийной, уреаплазменной, микоплазменной, токсоплазменной инфекций, вируса простого герпеса, цитомегаловируса). Особого внимания должны заслуживать женщины, имеющие в анамнезе хронические и острые воспаления придатков матки и эндометрия (слизистой оболочки тела матки), внутриматочные вмешательства (аборты, диагностические выскабливания), а также случаи самопроизвольного прерывания беременно-

сти. При наличии воспалительного процесса его, естественно, нужно вылечить. Подобранные врачом препараты и процедуры помогут изгнать инфекцию из организма еще до зачатия. Чем раньше будет выявлено присутствие в организме женщины микробов, способных вызвать преждевременные роды или потенциально опасных для плода, - тем лучше.

Вторая распространенная причина преждевременных родов - **истмико-цервикальная недостаточность, ИЦН** (isthmus - «перешеек», место перехода тела матки в шейку матки, cervix - «шейка матки»), то есть неполноценность мышечного слоя шейки матки, который при нормально протекающей беременности играет роль своеобразного сфинктера (удерживающего кольца), не позволяющего плоду «покинуть» полость матки. ИЦН бывает врожденной (очень редко) и приобретенной.

**Что может вызвать развитие ИЦН?** Причины довольно банальны. Это - травмы перешейка и шейки матки при абортах, особенно при прерывании первой беременности; глубокие разрывы шейки матки в предыдущих родах (это может случиться, например, при родах крупным плодом, наложении акушерских щипцов); грубое насильственное расширение цервикального канала при диагностических манипуляциях в полости матки (гистероскопии, то есть осмотра полости матки при помощи специального прибора - гистероскопа, выскабливания эндометрия), - то есть любые травмы мышечного слоя шейки матки.

Инфекции и истмико-цервикальная недостаточность - главные, но не един-



**Юлия Александровна ШАДЗЕВА,**

врач акушер-гинеколог, высшая квалификационная категория, ассистент кафедры акушерства и гинекологии ФПК и ППС АГМУ

**Если по каким-то причинам необходимые анализы до зачатия сделаны не были, то при диагностировании беременности следует непременно пройти соответствующее медицинское обследование и в дальнейшем не пренебрегать регулярными обследованиями.**



Тяжелая физическая работа, хроническая стрессовая ситуация на работе или дома, любое острое инфекционное заболевание (грипп, ОРЗ, ангина, пиелонефрит, особенно с повышением температуры тела, и другие) также могут спровоцировать преждевременные роды.

▼

ственные факторы, способствующие досрочному прерыванию беременности. Нередко к преждевременным родам приводят **эндокринопатии** - неглубокие нарушения функции желез внутренней секреции: щитовидной железы, надпочечников, яичников, гипофиза (при грубых нарушениях женщины, как правило, вообще не могут забеременеть самостоятельно). Также **преждевременные роды могут возникать при перерастяжении матки, вызванном многоплодной беременностью, многоводием, крупным плодом.**

**Какими бывают преждевременные роды?** Они классифицируются по сроку их возникновения и прогнозу для ребенка. Прогноз для детей, рожденных в сроках 22-28 недель (ранние преждевременные роды) и 29-36,6 недель, далеко не одинаков. **Чем больше срок беременности, тем благоприятнее прогноз для малыша,** ведь он с каждым днем все больше и больше готов к выходу в большой мир.

Также преждевременные роды подразделяют на: угрожающие, начинающиеся и начавшиеся. **Для угрожающих преждевременных родов** характерно появление ноющих болей внизу живота, повышение тонуса матки. Но при осмотре врач акушер-гинеколог констатирует то, что шейка матки закрыта. В случае **начинающихся преждевременных родов** на фоне регулярных схваток появляется довольно интенсивная боль внизу живота. Происходит размягчение и укорочение

шейки матки, открытие зева. **Начавшиеся преждевременные роды** выглядят как роды в срок. То есть имеются схватки, боли внизу живота и готовые к родам «зрелые» родовые пути. Медицинская тактика будет зависеть от срока беременности, состояния матери и плода. При угрожающих и начинающихся преждевременных родах проводится лечение, направленное на сохранение беременности. Для снижения тонуса матки назначаются препараты, снимающие спазмы гладкой мускулатуры (токолитики). Для профилактики дыхательной недостаточности у ребенка при сроке беременности до 34 недель женщине назначают курс глюкокортикоидной терапии (бетаметазон, дексаметазон).

**Для преждевременных родов характерно несвоевременное излитие околоплодных вод.** На сроке беременности до 34 недель, если состояние женщины и плода нормальное, нет повышения температуры тела, нет воспалительных изменений в крови, возможно сохранение и пролонгирование беременности с обязательным назначением антибактериальных препаратов для профилактики инфекционных осложнений. Отхождение вод свидетельствует о нарушении целостности плодного пузыря, что приводит к прямому сообщению между нестерильным влагалищем и полостью матки, путь инфекции открыт, и принятие антибактериальных препаратов - жизненно необходимая мера. Зачем ждать и подвергать женщину риску инфицирования? Во имя жизни и здоровья плода. Доказано, что каждый проведенный в утробе матери день повышает шансы ребенка на выживание. При сроке беременности более 34 недель это уже не имеет смысла, тактика уже более активная - родоразрешение.

**Для преждевременных родов характерно нарушение течения родового процесса.** Причем, как в сторону усиления, так и в сторону его ослабления. В случае развития быстрых и стремительных родов лечебные меры направлены на снижение интенсивности родовой деятельности, то есть уменьшение и урежение схваток, так как бурная родовая деятельность может навредить плоду. Роженицу на каталке доставляют в родильное отделение и перекладывают на кровать, располагая ее на боку, противоположном



положению спинки малыша. Такая позиция женщины максимально удлиняет время родов. Очень часто при преждевременных родах **встречаются проблемы с плацентой**. Возможны преждевременная отслойка и кровотечение, угрожающие жизни, как мамы, так и малыша. Также может развиваться послеродовое кровотечение из-за задержки частей плаценты в полости матки. Нередким спутником преждевременных родов является **гнойно-септическая инфекция** в послеродовом периоде.

**Что же делать при появлении симптомов, характерных для преждевременных родов?** Самое главное в любой ситуации - как можно быстрее оказаться в стационаре, где вам смогут оказать полноценную, современную медицинскую помощь.

В Алтайском крае, согласно регламентирующим приказам Минздрава РФ, разработан порядок оказания помощи при угрожающих и начавшихся преждевременных родах в зависимости от срока беременности - в различные родовспомогательные учреждения края: межрайонные и краевой перинатальный центры. В чем особенность этих центров? Недоношенные дети нередко нуждаются в особых мерах помощи, например, искусственном дыхании, питании и специальной терапии. В перинатальных центрах, в отличие от родильных домов первого (ЦРБ) и второго (городские родильные дома) уровней, развернуты и функционируют отделения реанимации и интенсивной терапии, оснащенные самой современной аппаратурой, работают специалисты, которые специально обучены экстренной помощи недоношенным детям. Также в этих стационарах всегда есть необходимые, часто очень дорогостоящие, медицинские препараты для оказания первичной полноценной помощи и дальнейшего выхаживания маловесных, незрелых и ослабленных младенцев.

**Каков же прогноз для малышей, родившихся раньше срока?** Прогноз складывается из нескольких составляющих: зрелости плода, уровня ухода, наличия специального оборудования, наследственности и квалификации специалиста, принимающего роды. В настоящее время возможно выхаживание детей, масса тела которых при рождении - 500-1000 грам-



мов, но, к сожалению, такие маловесные детишки выживают лишь в 50% случаев. Детей, рожденных с весом более 1500 граммов, педиатрам выхаживать легче, поскольку все органы у них более «зрелые». Все недоношенные дети требуют длительного стационарного этапа выхаживания и из родильного дома их переводят в детские больницы. В Краевом перинатальном центре есть отделение для выхаживания таких малышей вплоть до 1 месяца жизни.

**Можно ли избежать преждевременных родов?** В большинстве случаев досрочная родовая деятельность развивается у женщин с наличием экстрагенитальных заболеваний и отягощенного акушерского анамнеза. Сегодня беременность - это лишь миг, но очень важный для матери и ее ребенка. Все врачи мира считают, что самой эффективной мерой по снижению любых осложнений беременности, в том числе и преждевременных родов, является правильная, с учетом всех индивидуальных факторов риска, подготовка женщины к беременности (предгравидарная подготовка).

**Вы хотите иметь малыша, позаботьтесь о его здоровье заранее: за 6-3 месяца до зачатия придите к врачу акушеру-гинекологу, который составит программу подготовки к желанной беременности. Успехов вам, здоровья матери и ребенку!** ☺

**Чем раньше будущая мама окажется в роддоме, тем больше шансов предотвратить несвоевременное начало родов, даже если остановить преждевременные роды не удастся, врачи смогут принять меры профилактики осложнений родов «с опережением» для мамы и малыша.**



# Фитнес для беременных по триместрам

**Беременность и роды являются важным событием в жизни каждой женщины. И к ним, как к любому знаменательному событию, необходима хорошая подготовка.**

Уже давно доказано, что у физически подготовленных женщин беременность, роды и послеродовый период протекают благополучнее и легче, чем у тех, кто пренебрегает физическими нагрузками.

**Фитнес для беременных является отличным способом для укрепления мышц, суставов и связочного аппарата.** Он поможет находиться в гармонии с самой собой и, тем самым, подготовиться к главному событию - к родам.

Прежде чем начать выполнять упражнения, **каждая беременная женщина должна обязательно проконсультироваться со своим лечащим врачом и выяснить, какие нагрузки ей разрешены и в каком объеме.** Комплекс упражнений должен быть подобран в соответствии со сроком беременности и теми заболеваниями, которые наблюдаются у беременной.

Выполнять упражнения необходимо в умеренном темпе (пульс не должен превышать 125 ударов в минуту) и регулярно. И, конечно же, необходимо исключить резкие движения, сильную растяжку, прыжки, приседания и махи ногами.

**Каждое занятие должно включать разминку, основную и завершающую часть на расслабление.**

**Вот примерный комплекс упражнений, разбитый по триместрам.**

## Первый триместр

### Разминка.

*Наклоны головы.*

И.п.: стоя, ноги на ширине плеч, руки вдоль туловища.

На выдохе - наклон головы в сторону, растягивая мышцы шеи. На вдохе - исходное положение.

Делаем 4-6 наклонов в каждую сторону.

*Растяжение в стороны.*

И.п.: стоя, ноги на ширине плеч, руки вдоль туловища.

Развести руки и тянуться в разные стороны.

Задержаться в этом положении на 4-6 счетов.

### Основная часть.

*Упражнение «Плавание».*

И.п.: встать, опираясь на колени и ладони. Колени поставить на ширину плеч, ладони - под плечевыми суставами. Спина ровная. Стопы свободно лежат на полу. Живот подтянут.

На выдохе поднять и вытянуть вперед правую руку, на вдохе - в исходное положение. Затем то же упражнение с левой рукой.

Переходим к ногам: вытянуть назад сначала правую, затем левую.

Вершиной мастерства будет синхронизация движений (левая рука плюс правая нога и наоборот).

Делаем 6-8 повторений для каждой руки и ноги.

*Упражнение «Кошка».*

И.п.: встать, опираясь на колени и ладони. Спина ровная.

Не поднимая голову (макушка смотрит в пол), на выдохе выгнуть спину вверх. А на вдохе тянуться грудью вниз.

Повторяем 4-8 раз.

*Упражнение «Пила».*

И.п.: сидя на полу. Прямые ноги разведены врозь, ягодицы плотно прижаты к полу, носки тянутся на себя.



**Росита Имрановна  
ИВАНОВА,**

студентка 4-го курса  
лечебного факультета  
АГМУ,



**Светлана Дмитриевна  
ЯВОРСКАЯ,**

доктор медицинских наук,  
врач акушер-гинеколог,  
высшая квалификационная  
категория, доцент  
кафедры акушерства и  
гинекологии АГМУ





**Каждая беременная женщина должна обязательно проконсультироваться со своим лечащим врачом и выяснить, какие нагрузки ей разрешены и в каком объеме.**

Руки развести в стороны параллельно полу. Начать закручиваться: на выдохе - в одну сторону, на вдохе - в исходное положение, затем в другую сторону.

Повторяем 4-6 раз в каждую сторону.

### **Завершающая часть.**

*Упражнение «Поза ребенка»*

И.п.: сесть так, чтобы ягодицы касались пяток, руки вытянуты вперед, лоб касается пола.

Полное расслабление всех мышц.

Эта поза универсальна: в ней можно отдыхать в перерывах между упражнениями необходимое количество раз.

### **Второй триместр**

Начиная с 20-й недели беременности рекомендуется заниматься в бандаже. Кроме того, **нужно избегать делать следующие упражнения:**

- в положении лежа на спине (матка в этом положении тела давит на крупные кровеносные сосуды, что может стать причиной нарушения кровообращения);

- в положении стоя (чтобы не спровоцировать варикозное расширение вен).

Также **необходимо исключить упражнения, предполагающие опору**



**ру только на одну ногу** (можно неожиданно для себя потерять равновесие и упасть).

### **Разминка.**

*Повороты головы в положении сидя.*

И.п.: сидя на подушке, ноги скрещены перед собой, руки лежат на коленях. Спина и шея прямые, плечи опущены, макушка тянется вверх.

На выдохе поворачиваем голову вправо, на вдохе - возвращаемся в исходное положение. Затем выполняем такие же повороты влево.

Выполняем 5-6 поворотов в каждую сторону.

*Скручивания.*

И.п.: сидя на подушке, ноги скрещены перед собой. Спина и шея прямые. Руки вытянуты в стороны.

На выдохе поворачиваем корпус вправо, на вдохе возвращаемся в исходное положение. Затем на выдохе поворачиваемся влево, и снова - в исходное положение.

Делаем 6-8 скручиваний в каждую сторону.

### **Основная часть.**

*Упражнение «Русалочка».*

И.п.: сидя на правом бедре, ноги согнуты в коленях и располагаются одна над другой. Левая рука лежит на лодыжке, а правая вытянута вверх.

Тянемся макушкой и правой рукой к потолку на вдохе, на выдохе - тянемся влево. На вдохе возвращаемся в исходное положение и меняем бедро, на котором сидим.



## Движение - жизнь

Выполняем 5-6 раз на каждом бедре.

*Упражнение для косых мышц.*

И.п.: лежа на правом боку. Ноги полусогнуты, обе руки вытянуты вперед.

На выдохе левая рука описывает полукруг: поднимается вверх, а затем ложится на пол за спиной. Смотрим на свою руку и на вдохе возвращаем ее в исходное положение.

Делаем 6-8 повторов на каждом боку.

*Упражнение для рук.*

И.п.: лежа на правом боку. Правой рукой обнимаем себя, а левой - упираемся в пол перед собой на уровне плеча.

Делаем вдох, а на выдохе стараемся как бы оторваться от пола.

Выполняем 6-8 повторов для каждой руки.

### Завершающая часть.

Упражнение «Поза ребенка» (см. выше).

## Третий триместр

Для снижения нагрузки на ноги и спину можно выполнять упражнения с фитболом.

### Разминка.

*Повороты головы на фитболе.*

И.п.: сидя на фитболе, стопы на ширине плеч, колени параллельно друг другу. Спина прямая, лопатки «смотрят» вниз, руки вытянуты прямо по бокам, макушка тянется вверх.

Выполняем повороты головы: на выдохе - вправо, на вдохе возвращаемся в исходное положение. Затем так же - в левую сторону.

Делаем 5-6 поворотов в каждую сторону.

*Скручивания на фитболе.*

И.п.: сидя на фитболе, стопы на ширине плеч, колени параллельно друг другу. Спина прямая, лопатки «смотрят» вниз, руки вытянуты в стороны.

На выдохе поворачиваемся корпусом вправо, на вдохе - возвращаемся в исходное положение, на следующем выдохе - влево.

Выполняем 6-8 раз в каждую сторону.



### Основная часть.

*Упражнение «Пяточки-носочки».*

И.п.: сидя на фитболе, стопы на ширине плеч, колени параллельно друг другу, спина прямая. Обеими руками держимся за мяч по бокам.

На выдохе поднимаем стопы на носочки, на вдохе - возвращаемся в исходное положение. На следующем выдохе ставим стопы на пятки.

Повторяем 6-8 раз.

*Упражнение «Круги руками».*

И.п.: сидя на мяче, вытягиваем руки в стороны.

На выдохе делаем круг руками, на вдохе - возвращаемся в исходное положение.

Выполняем 5 кругов вперед и 5 - назад.

*Упражнение «Бабочка».*

И.п.: сидя на подушке, руками подтянуть к себе обе ступни, соединить их стопа к стопе. Ладони - на полу за спиной.

Делаем пружинящие движения коленями. Можно «усилить» эффект, нажимая на колени ладонями.

Выполняем 8-10 раз.

### Завершающая часть.

*Упражнение «Поза ребенка»* (см. выше).

**Занимайтесь с удовольствием и не забывайте: «Движение - это жизнь, а жизнь - это есть движение».** ☺

**Фитнес для беременных является отличным способом для укрепления мышц, суставов и связочного аппарата.**





## «Наши дети в начале жизни похожи на героев детективных историй»

**Интервью с заведующей отделением патологии новорожденных и недоношенных детей №1 КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница» Ю.В. МИЛЛЕР.**

**- Юлия Владимировна, кто становится пациентом вашего отделения?**

- Отделение патологии новорожденных и недоношенных детей №1 КГБУЗ «АККДБ» специализируется на выхаживании детей, рожденных преждевременно, при сроке гестации от 22 недель и весом до 1,8кг. Дети переводятся к нам из родильных домов всего Алтайского края. Доставка малышей осуществляется транспортом МЧС на специализированном реанимобиле, оснащенный инкубатором, мониторами и аппаратом искусственной вентиляции легких. При острой необходимости или возникновении сложной ситуации ребенок может быть переведен для оказания специализированной помощи в любое время суток.

**- Верно ли утверждать, что часть функций у малышей, рожденных преждевременно, еще не сформировалась?**

- Это так. Они являются не только недоношенными, но и незрелыми. И работа врачей отделения направлена на стабилизацию работы всех органов и систем в непривычных для маленького и незрелого организма условиях внеутробной жизни. Прежде всего, - это функция дыхания, ведь лёгкие незрелы, функционируют не в полном объеме, наши дети долго нуждаются в дополнительной подаче кислорода. На этом фоне могут формироваться различные заболевания (пневмония, бронхолегочная дисплазия), поэтому задача врача - профилактить их развитие, а при их возникновении вовремя начать лечение.

Главное в выхаживании маловесных детей - это рациональное вскармливание с первых дней жизни. Основным продуктом питания, конечно же, является грудное молоко матери. И качественный, и количественный состав его поистине бесценен для каждого маленького пациента. Но некоторым мамам подолгу приходится ожидать первого прикладывания к груди в силу тяжести состояния ребенка и отсутствия сосательного и глотательного рефлексов у недоношенных детей. И в это время на первый план выступает поддержка матери в ее желании кормить ребенка своим молоком, обучение технике сцеживания и сохранения молока, кормления малыша через зонд. Когда становится возможным ребенку некоторое время обходиться без специального обогрева, начинается прикладывание к груди. И это незабываемые минуты как для матерей, так и для персонала.

В некоторых случаях грудное вскармливание невозможно по состоянию матери или ребенка. Тогда мы используем специализированные смеси для недоношенных детей. Практически все дети, рожденные преждевременно с весом менее 1,5кг, нуждаются в более калорийном питании для более быстрого набора веса. Для этого в арсенале врачей имеются особые усилители грудного молока.

Недоношенные дети нуждаются в офтальмологической помощи. В нашем отделении врач-офтальмолог работает с 2008 года. С целью ранней диагностики такого заболевания, как ретинопатия, в отделении оборудован кабинет, в котором есть всё необходимое для проведения исследований глаз ма-



леньких детей. Регулярные и систематические осмотры позволяют выявить заболевание на ранней стадии, определить дальнейшую тактику наблюдения и лечения.

На базе нашего стационара теперь успешно проходят операции по лечению тяжелых стадий ретинопатии - лазеркоагуляция сетчатки. Раньше она выполнялась только в Москве, Санкт-Петербурге и Калуге. Приходилось ждать, когда ребенок, находясь в нашем отделении, наберет необходимый вес, и затем отправлять на лечение в эти города. Сейчас всё выполняется на более ранних сроках. Ребенок остается в отделении и после операции продолжает выхаживаться и получать лечение. За 2014 год проведено 9 операций (прооперировано 18 глаз), за 5 месяцев 2015 года - 5 операций (10 глаз). Самому маленькому пациенту операция была проведена при весе всего 1300 граммов.

Терапия и реабилитация маленьких пациентов проводится совместно с врачом-неврологом. Начальные этапы реабилитации, включающие в себя медикаментозную терапию, массаж и логопедические занятия, начинаются в отделении, а затем эта работа продолжается





## Алтайская краевая клиническая детская больница

по нашим рекомендациям дома. Кстати, в нашем отделении работает логопед, который уже в первые недели жизни ребенка начинает заниматься с артикуляционным аппаратом, мелкой моторикой, проводит массаж пальчиков и ладошек. Успешно применяем музыкотерапию. В отделении возможны и повторные курсы терапии для наиболее сложных пациентов.

Наша задача - не только выхаживание, но и восстановление функций органов и систем, в том числе и нервной, для полноценного дальнейшего развития маленьких пациентов.

**- Когда ребенок готов к жизни вне отделения, на что мамочки обязательно должны обращать внимание?**

- Дети выписываются из отделения, когда их вес составляет 2200-2500 граммов, срок гестации приближается к 38-39 неделям. Конечно, эти дети заметно отличаются от тех, которые родились в положенный срок. Мамочкам даются подробные рекомендации по уходу, проведению процедур, массажа, логопедических занятий. Первая важная часть обучения мамы - *вскармливание малыша*. Как кормить, когда, как узнавать, голоден ли ребенок, как решать проблемы с пищеварением - на все вопросы родители получают полную информацию от врача при выписке.

Следующий блок рекомендаций касается *обязательной медикаментозной терапии*. Сюда входит профилактика и лечение таких заболеваний, как анемия и рахит, характерных для абсолютно всех недоношенных детей, а также препараты по неврологическим проблемам. В выписке обязательно указываются схемы, кратность и длительность приема лекарственных средств. Наибольшее количество вопросов при выписке у матерей касаются купания, прогулок на свежем воздухе, проведения закаливающих процедур. Родителям также даются рекомендации о периодичности посещения специалистов различного профиля - педиатра, невролога, офтальмолога, пульмонолога - в соответствии с имеющимися проблемами у ребенка. Такое комплексное наблюдение за проблемными пациентами врачами различных профилей возможно только в условиях многопрофильного учреждения, каковым является Краевая детская больница, в состав которой входит по-



ликлиника. В 2015 году на ее базе начал функционировать Центр катамнеза для недоношенных детей.

Таким образом, мама готова к самостоятельной работе дома в течение месяца.

У нас есть палаты совместного пребывания матери и ребенка. По возможности, наиболее сложных и нуждающихся в более тщательном наблюдении пациентов мы приглашаем на повторные курсы обследования и реабилитации. В этом случае мама с ребенком проводят у нас 10-14 дней. За это время они получают рекомендации по дальнейшему вскармливанию, при необходимости подбираем малышу другую смесь, корректируем дозы препаратов для профилактики и лечения анемии и рахита, после консультации с неврологом проводим курс неврологической реабилитации, включающий не только медикаментозную терапию, но и массаж, логопедические занятия, физиотерапию, ЛФК. Мамы с удовольствием приезжают на этот реабилитационный курс.

В дальнейшем мы также следим за судьбой наших «выходцев», они приезжают к нам и в полгода, и в год, и в три. Мы искренне радуемся за наших малышей, видя результаты своего труда.

**- С какого возраста такие детки догоняют в развитии своих сверстников?**

- Зависит от того, при каком сроке гестации и с каким весом ребенок родился. Недавно к нам приходила мама с дочкой четырех лет. Девочка родилась с весом 630 граммов. И мы, и родители приложили немало усилий, чтобы этот ребенок не только жил, но

**Основным продуктом питания, конечно же, является грудное молоко матери. И качественный, и количественный состав его поистине бесценен для каждого маленького пациента.**



Используем методы «развивающего ухода»: укладываем детей в «гнезда», создавая тем самым комфортное положение тела, меньше пеленаем, используем распашонки, ползунки, носочки, шапочки, шерсть с целью мягкой нейросенсорной стимуляции. Хотелось бы опробовать плавающие матрасики, аппараты для сухой «иммерсии», раннее плавание малышей.



и не имел серьезных отклонений в состоянии здоровья. И результат - наличие: сегодня у них замечательный ребенок, ни в чем не отличающийся от сверстников.

Мы настраиваем родителей на то, что врачи - не истина в последней инстанции. Мы сохранили жизнь, помогаем реабилитации, но конечный результат усилий будет зависеть от настроенности родителей, их мотивированности иметь здорового ребенка. Нередко недоношенные дети имеют тяжелое поражение центральной нервной системы. В этих случаях только постоянные реабилитационные мероприятия, которые проходят под наблюдением невропатолога, позволяют получить неплохие результаты, иметь минимальные последствия.

**- Расскажите о коллективе отделения.**

- О коллективе можно говорить долго. В июле этого года нам исполняется 20 лет. В то же время это самое молодое отделение стационара больницы. У нас работают два врача высшей категории, и два врача имеют вторую квалификационную категорию.

Те врачи, которые прошли хорошую школу в нашем отделении, теперь успешно работают во многих городах и районах края. Коллектив медицинских сестер возглавляет Е.В. Котельникова. Под её чутким руководством было открыто это отделение, сформирован коллектив, который и продолжает бесменно здесь работать. 80 процентов сестёр имеют высшую квалификационную категорию, являются профессионалами своего дела. Я на них во всем полагаюсь и полностью им доверяю. В моё отсут-

ствии сёстры при необходимости могут самостоятельно оказать неотложную помощь ребёнку. В крайнем случае на помощь приходит доктор. Работаем слаженно, друг друга поддерживаем во всём.

**- Как оснащено отделение?**

- Оснащение отделения полностью соответствует стандартам оказания помощи этой категории пациентов. Модернизация здравоохранения сыграла положительную роль в этом. Мы получили хорошие новые современные модели кювезов, мониторы, офтальмологическое оборудование, которое раньше было только в центральных клиниках. Оно позволяет проводить исследование сетчатки глаз у недоношенных детей с целью ранней диагностики ретинопатии, выполнять лазерную коагуляцию сетчатки при прогрессировании процесса.

И если раньше мы говорили о выхаживании недоношенных детей, то теперь хотелось бы реализовать больше мероприятий по их реабилитации, предложить новые методики. Используем методы «развивающего ухода»: укладываем детей в «гнезда», создавая тем самым комфортное положение тела, меньше пеленаем, используем распашонки, ползунки, носочки, шапочки, шерсть с целью мягкой нейросенсорной стимуляции. Хотелось бы, может быть, опробовать плавающие матрасики, аппараты для сухой «иммерсии», раннее плавание малышей. И такие методики известны: они направлены уже на сохранение здоровья, раннее развитие двигательных навыков.

Ещё одним нашим инновационным проектом является **получение звания «Больница, доброжелательная к ребёнку»**. Первой ступенью к этому стала победа во всероссийском конкурсе «Политика грудного вскармливания» в учреждениях здравоохранения в 2013 году в номинации «Поддержка грудного вскармливания в особо сложных ситуациях». В этом году мы прошли обучение по 20-часовой программе, и пять человек в отделении получили сертификаты как консультанты по грудному вскармливанию. В этом году при поддержке главного врача рассчитываем подготовиться



# Алтайская краевая клиническая детская больница

и выйти на защиту звания «Больница, доброжелательная к ребенку». Сейчас готовим необходимую документацию, аккредитацию рассчитываем пройти осенью.

**- Скажите, с чем связана ваша любовь к выбранному делу?**

- Честно говоря, решение стать неонатологом было достаточно неожиданно для меня самой. Вряд ли кто-то с детства мечтает об этой профессии, так как многие о ней даже не подозревают. В какой-то период жизни были совсем другие планы.

В отделении работаю с 1997 года. Сейчас чувствую себя частью отделения и коллектива, и я бы не искала ничего другого. Несмотря на все трудности, физическую и эмоциональную нагрузку, о сделанном выборе не жалею. Это такая работа, которую кто-то должен делать, и я рада, что ее делаем именно мы. Нередко работаем сверхурочно, на пределе сил, до



последнего стараемся помочь ребенку и предпринять всё возможное и невозможное. Но я удовлетворена работой, коллективом, какими бы тяжелыми ни были пациенты. Усталость есть, но комфорт от работы со временем не уходит.

В отделении 30 коек. За год в отделении получают лечение более 300 пациентов, около 40% из них - дети, рожденные с весом менее 1,5кг. В последнее время по-

ступающие к нам детишки стали меньше весом и тяжелее по состоянию. Мы прикладываем немало сил, чтобы понять, что именно беспокоит их, ведь они пока не могут сказать, где и что у них болит. Истории болезни наших детей настолько запутаны, что иногда напоминают детективный роман. Их состояние непредсказуемо, и каждый миг можно ожидать что-то другое. Когда через многие годы к нам в отделение приходят мамочки со своими подростками детьми, которых мы выходили, чувствуешь, что живешь и трудишься не зря.

Благодаря пониманию и поддержке главного врача больницы К.В. Смирнова, мы регулярно посещаем форумы, конференции, съезды, общаемся с коллегами из других регионов. Во время таких встреч понимаешь, что ты всё делаешь правильно. **Бесценно удовлетворение от результатов своего труда.** ☺

## Инициатива ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку»

Необходимость изменения практики родовспомогательных учреждений в соответствии с современными принципами успешного грудного вскармливания (ГВ) была сформулирована в Инночентийской Декларации «Охрана, поощрение и поддержка грудного вскармливания» (1990), принятой главами более 30 государств.

С целью закрепления ее положений в 1991 году ВОЗ и ЮНИСЕФ провозгласили инициативу «**Больница, доброжелательная к ребенку**». Работа в рамках Инициативы по созданию в акушерских стационарах условий, благоприятных для ГВ, и содействия практике исключительно ГВ (кормления только грудным молоком без дополнительного питья и еды, за исключением лекарств, витаминов и минеральных добавок по медицинским показаниям) в настоящее время осуществляется более чем в 22000 больницах в 157 странах мира. В 36 промышленно развитых странах 37% родов проходят в медицинских учреждениях, в которых созданы благоприятные условия для грудных детей.

Чтобы получить статус «Больницы, доброжелательной к ребенку», каждое учреждение, оказывающее услуги по родовспоможению и уходу за новорожденными, принимает на себя обязательства по осуществлению «**Десяти принципов успешного грудного вскармливания**». К ним относятся мероприятия по подготовке медицинского персонала, обучению беременных женщин, обеспечению условий для раннего начала ГВ, совместного пребывания матери и ребенка, кормления по требованию младенца, исключительно ГВ, отказа от использования пустышек и сосок, кормления из бутылочки, последующая

поддержка кормящих матерей после выписки из родильного дома.

Учитывая, что в развитых странах основная доля младенческой смертности приходится на первую неделю и месяц жизни, **раннее прикладывание к груди** (в первый час после рождения) и **исключительно ГВ с рождения являются одним из факторов снижения младенческой смертности**. Внедрение новых принципов охраны и поддержки ГВ оказывает положительное влияние на решение матери кормить малыша грудью и способствует увеличению распространенности ГВ, в том числе - исключительно ГВ в первые 6 месяцев жизни.

На 01.03.2013 года 288 учреждений родовспоможения в 51 субъекте Российской Федерации удостоены международного звания ВОЗ и ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку». На долю этих учреждений приходится около 21% всех принимаемых ежегодно в России родов. В настоящее время в Инициативе участвуют также женские консультации и детские поликлиники, из них аттестованы 153 и 197 учреждений соответственно. Начата работа по внедрению принципов Инициативы в практику детских стационаров - отделений патологии новорожденных и недоношенных детей. Показатели ГВ за время внедрения Инициативы «Больница, доброжелательная к ребенку» повысились в территориях, активно внедряющих новые организационные принципы охраны и поддержки ГВ в 1,5-2,5 раза. В целом по России наметилась тенденция к улучшению показателей ГВ: за последние десять лет увеличилась доля детей, получавших молоко матери в возрасте 6-12 месяцев, с 27,6% в 1999г. до 40,7% в 2011 году.



# Перинатальные поражения центральной нервной системы как причина детского церебрального паралича



**Дмитрий Владимирович ПАРШИН,**  
главный внештатный детский специалист-невролог  
Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности

*Сегодня мы поговорим о перинатальном поражении центральной нервной системы как причине детского церебрального паралича. По ходу изложения материала будут встречаться некоторые повторения определений и понятий. Это сделано специально, чтобы каждая статья воспринималась более легко, или же чтобы акцентировать ваше внимание на каком-либо понятии.*

Первым, кто начал прицельно заниматься проблемой детского церебрального паралича, был **Уильям Джон Литтл** (1810-1894гг.). В своем труде «О влиянии аномальной беременности, тяжелых родов, преждевременного рождения и родовой асфиксии на умственное и физическое состояние ребенка, особенно в связи с деформациями» Литтл изложил выводы, что причинами двигательных нарушений у детей являются асфиксия в родах (асфиксия - от др.-греч. «отсутствие пульса» - удушье, обусловленное кислородным голоданием, развившимся в результате физических воздействий, препятствующих дыханию, и сопровождающееся острым расстройством функций центральной нервной системы и кровообращения) и родовая травма. А так же, что многие пациенты с таковыми нарушениями рождены досрочно - на седьмом и восьмом месяце беременности. Подобный взгляд,

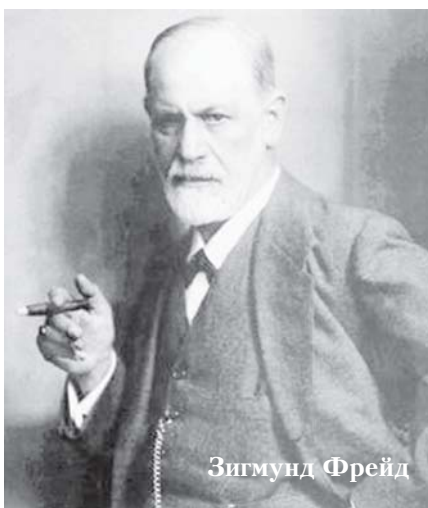
что причинами ДЦП являются родовая травма и асфиксия в родах, сохранялся довольно длительно.

Большой вклад в развитие учения о ДЦП внес **Зигмунд Фрейд** (1856-1939гг.). Будучи согласным с Литтлом о причине развития ДЦП, Фрейд отметил, что далеко не все дети, перенесшие асфиксию в родах и родовую травму, впоследствии страдают ДЦП. В то же время не все дети с ДЦП перенесли родовую травму или асфиксию в родах. Также Фрейд пришел к выводу, что сама асфиксия может являться следствием внутриутробного страдания головного мозга. Другими словами, патологические роды могут являться следствием патологического течения беременности.

Начать рассказ о перинатальной патологии хочется с повторения определения ДЦП. **Детский церебральный паралич - группа нарушений развития движений и положения тела, вызывающих ограничение активности, которые вызваны прогрессирующим поражением мозга плода или новорожденного.** Определение ДЦП, в том числе, содержит указание на срок возникновения патологии - в перинатальном периоде. Слово «перинатальный» состоит из двух частей: пери- (греч. «вокруг, около, возле») и -натальный (от лат. «относящийся к рождению, день рождения»). Если перевести дословно, то **перинатальный период - это период около (возле) рождения.** Если мы говорим о плоде, то подразумевается внутриутробный (дородовой или пренатальный) период с 28 недели с момента зачатия до момента рождения. Когда говорим о новорожденном, то подразумеваем момент самих родов (родовой или натальный период) и ран-



Уильям Джон Литтл



Зигмунд Фрейд



# Школа реабилитации ДЦП

ний послеродовый (постнатальный) период с момента рождения до 28 суток жизни. Любые неблагоприятные факторы, оказавшие воздействие на ребенка в данный период, формируют перинатальную патологию центральной нервной системы.

**Основной причиной перинатального поражения ЦНС (ППЦНС) считается гипоксия - ишемия** (кислородная недостаточность). Она является наиболее частой причиной поражения головного мозга - 47% (аномалии и дисплазии головного мозга - 28%, TORCH-инфекции (внутриутробные инфекции, аббревиатура состоит из первых букв названий пяти наиболее распространенных внутриутробных инфекций на латинском языке) - 19%, родовая травма - 4%, наследственные болезни обмена - 2%).

**Существуют следующие факторы риска, приводящие к развитию внутриутробных поражений центральной нервной системы:**

- ◆ курение матери (как активное, так и пассивное),
- ◆ алкоголь,
- ◆ неблагоприятный психоэмоциональный климат для беременной,
- ◆ хронические заболевания будущей мамы,
- ◆ неблагоприятная экологическая среда.

**Недоношенность рассматривается как высокий фактор риска** по формированию перинатальной патологии центральной нервной системы у ребенка. И чем более выражена недоношенность, тем, соответственно, выше риск формирования перинатальной патологии.



**Исходы ППЦНС зависят от ряда факторов:**

- ◆ «глубина» (выраженность) поражения ЦНС,
- ◆ степень зрелости младенца и его мозга,
- ◆ резервные возможности и пластичность мозга,
- ◆ адекватность оказываемой помощи.

**Также важно, в какой срок беременности произошло влияние неблагоприятных факторов на мозг плода.**

**Наиболее частыми проявлениями ППЦНС являются:** синдром двигательных нарушений, гидроцефалия, задержка психического развития, эпилепсия, поражения зрения и слуха.

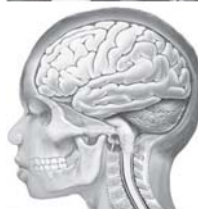
**Двигательные нарушения могут быть разнообразными.** Так, выделяют:

- ◆ пирамидную недостаточность,
- ◆ спастические парезы и параличи,
- ◆ вялые парезы и параличи,
- ◆ синдром диффузной мышечной гипотонии,
- ◆ гиперкинезы,
- ◆ мышечную дистонию,
- ◆ задержку статомоторного развития.

Эти нарушения могут появляться у ребенка не сразу, а также изменяться с течением времени. Существуют даже «немые», то есть не проявляющиеся клинически, внутриутробные инсульты. Именно поэтому **важно посещать невролога в определенные сроки!** При условии отсутствия у ребенка неврологической патологии - достаточно посещать врача-невролога в 1, 3, 6, 9, 12, 18, 24 месяца жизни ребенка. При наличии неврологической патологии у ребенка - график посещения невролога определяется индивидуально.

Настороженность в отношении неврологической патологии должна существовать у самих родителей ребенка. На приеме у врача-невролога существует ряд факторов, которые могут повлиять на недооценку или переоценку неврологической симптоматики. В первую очередь, это дефицит времени, отведенного на прием; далее - это состояние ребенка: он может быть голоден, не выспавшийся, устал в очереди, находится в состоянии возбуждения от плача других детей, шума и так далее. ☹

**Окончание - в следующем номере**



**Для оценки наличия патологических изменений, прежде всего, нужно знать норму психомоторного развития ребенка и основные его этапы.**



# Читайте в номере:

№6 (150) ИЮНЬ 2015



## Ю.А. Шадеева:

«Почему роды возникают преждевременно? Чаще всего этому предшествуют состояния и заболевания будущей мамы, своевременное лечение или устранение которых могло позволить избежать беды»



## Ю.В. Миллер:

«Мы сохранили жизнь, помогаем реабилитации, но конечный результат усилий будет зависеть от настроенности родителей, их мотивированности иметь здорового ребенка»



## В.И. Родькин:

«Греко-римская борьба включает в себя и акробатику, и гимнастику, требует хорошей легкоатлетической подготовки, выработки координации движений, чтобы стать борцом, нужно уметь терпеть, а это получается не у всех»



## О.А. Калугина:

«Стентирование, как и любое достижение современной медицины, не является панацеей. После выполнения процедуры ангиопластики симптомы стенокардии могут возобновиться, ведь стент не устраняет причину болезни, а только помогает справиться с ее последствиями»



## Д.В. Паршин:

«Недоношенность рассматривается как высокий фактор риска по формированию перинатальной патологии центральной нервной системы у ребенка. И чем более выражена недоношенность, тем выше риск формирования перинатальной патологии»

## «Школа ответственного родительства»

Координаторы проекта - доктора медицинских наук:  
Н.И. Фадеева, О.В. Ремнева, С.Д. Яворская



Поздравляем с Днем медицинского работника  
авторов постоянной рубрики журнала  
«Школа ответственного родительства»!

Поздравляем **Светлану Дмитриевну Яворскую** с официальным решением ВАК  
от 5 июня 2015 года о присвоении ей ученой степени **доктора медицинских наук!**