

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№8 (152) АВГУСТ 2015



Читайте в номере:

№8 (152) АВГУСТ 2015



В.И. Скворцова:

«Система здравоохранения края выстраивается гармонично, не случайно и показатели улучшаются, и общая смертность снижается. Объективные статистические показатели отражают позитивные перемены, которые происходят в регионе».



С.И. Кашников:

«Плавание - жизненно необходимый навык. Не все из тех, кто приходит в детские годы в бассейн, будут чемпионами мира и мастерами спорта. Этого и не надо. Мы стремимся к тому, чтобы люди элементарно научились держаться на воде».



И.В. Бахарева:

«На территории края приказом Главного управления регламентировано обязательное амбулаторное наблюдение перенесшего пневмонию человека в течение года, приглашение его на обследование каждые три месяца с целью профилактики осложнений со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем».



О.Б. Вербицкая:

«Хотелось бы, чтобы было регламентированное положение о ведении детей, имеющих несращение, чтобы акушеры-гинекологи, педиатры, все смежные специалисты знали, куда и когда их надо направлять. Это будет подспорье для всех, а патология будет сразу, в плановом порядке, исправляться».

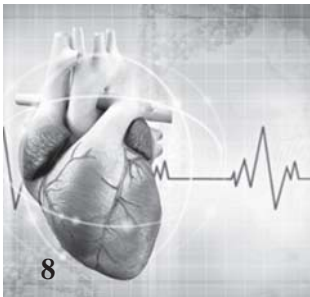


Д.В. Паршин:

«При поражении ЦНС нарушается тормозящее влияние головного мозга на двигательные нейроны спинного мозга, вследствие чего формируются спастические нарушения в определенных группах мышц».



**Пневмония
изменила своё лицо**



**Нарушения
сердечного ритма
у взрослых**



**Синдром
гиперактивности
у детей:
что делать?**



**В Бразилии
так много...
бегающих людей!**

**Фото на обложках
Сергея Башлычева,
Юлии Ледневой, Алек-
сея Спесивцева, Антона
Федотова.**

**В.И. Скворцова: за семь лет в здравоохранении
Алтайского края произошли позитивные изменения 2-5**

И.В. Бахарева. Пневмония изменила своё лицо 6-7

КОРОНАРНЫЙ КЛУБ

Ю.А. Воробьева. Нарушения сердечного ритма у взрослых 8-9

Е.В. Кравчинская.

Диспансеризация - важная государственная задача 10-11

ДВИЖЕНИЕ - ЖИЗНЬ

С.И. Кашников. Плавайте на здоровье! 12-15

А.И. Никитина. С.Д. Яворская. Аквааэробика и беременность 16-17

А.Ю. Думченко. «Это наша общая победа» 18-19

СЕРДЕЧНЫЙ РАЗГОВОР С КАРДИОЛОГОМ

Д.М. Рудакова. Алкоголь и сердечно-сосудистая система 20

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

А.В. Панченко. Режим и личная гигиена беременных 21-22

Э.Д. Герман. Жизнь с глаукомой 23-24

ЖИЗНЬ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

**И.А. Вейцман. Что такое «АТ к ТПО»,
или Не так страшен черт, как его малюют 25**

О.Л. Баженов.

Синдром гиперактивности у детей: что делать? 26-27

ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА

О.А. Пятайкина. Физические факторы и беременность.

Возможности физиотерапии в акушерстве 28-30

Н.В. Пахомова.

Краевому центру медицины катастроф - 15 лет! 30-31

ДВИЖЕНИЕ - ЖИЗНЬ

Л.В. Юрченко. «Шляпки» против «Зенита» 32-33

К.Баев. Спортивное золото дорогого стоит! 34

О.Б. Вербицкая. С дефектами твёрдого и мягкого нёба

мы умеем справляться 35-37

ШКОЛА РЕАБИЛИТАЦИИ ДЦП

Д.В. Паршин. Некоторые этапы формирования

двигательных нарушений. Клинические проявления ДЦП 38-40

ДВИЖЕНИЕ - ЖИЗНЬ

В Бразилии так много... бегающих людей! 41

В.Ф. Абрамова. Призвание - помогать людям 42-43

ДВИЖЕНИЕ - ЖИЗНЬ

Искусство с характером 44



Вероника Скворцова: за семь лет в здравоохранении Алтайского края произошли позитивные изменения

2-3 августа 2015 года Алтайский край с рабочим визитом посетила министр здравоохранения Российской Федерации Вероника СКВОРЦОВА.

Вместе с ней в наш регион пришла официальная делегация Минздрава России, в состав которой вошли: первый заместитель министра **Игорь КАГРАМАНЯН**, руководитель Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения **Михаил МУРАШКО**, руководитель Федерального медико-биологического агентства **Владимир УЙБА**, начальник управления организации ОМС Федерального фонда ОМС **Светлана КРАВЧУК** и директор Департамента общественного здоровья и коммуникаций Министерства **Олег САЛАГАЙ**.

Вероника Скворцова вместе с Губернатором **Александром КАРЛИНЫМ** совершили облёт на вертолёте ряда объектов здравоохранения: краевую клиническую больницу, строящиеся краевой туберкулезный диспансер в Новоалтаевске, Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования, краевой онкологический диспансер, краевой госпиталь для ветеранов войн, врачебную амбу-

латорию микрорайона Затон в Барнауле и Боровлянскую участковую больницу Троицкого района.

Первый день визита был также посвящен знакомству с туристско-оздоровительным потенциалом Алтайского края. Белокуриха сегодня развивается за счёт не только повышения качества бальнеологических, туристических и развлекательных услуг, но и расширения рекреационных возможностей курорта. В настоящее время активно осваиваются близлежащие территории. В рамках федеральной целевой программы «Развитие внутреннего и въездного туризма в РФ» реализуется проект туристско-рекреационного кластера «Белокуриха». На средства федерального и консолидированного бюджета Алтайского края создаются объекты обеспечивающей кластер инфраструктуры, а на строительство оздоровительных, спортивно-развлекательных, гостиничных, ресторанных и иных туристских объектов привлекаются средства инвесторов.



Второй день визита был посвящен медицинскому кластеру Алтайского края. Знакомство с ним Вероника Скворцова начала с посещения будущего перинатального центра. Строительство Центра начали в конце октября 2014 года, в эксплуатацию новое медицинское учреждение введут в середине 2016 года. Темпами и качеством работ на объекте министр здравоохранения Российской Федерации осталась довольна: строительство идет в полном соответствии с графиком. В настоящее время на объекте работают не только строители из фирмы-подрядчика, но и бойцы студенческого отряда Алтайского государственного медицинского университета «Сольвейг». Будущие врачи подчеркивают, что это уникальная возможность своими руками строить медучреждение, в котором позже можно работать по специальности. Причем знания, которые юноши и девушки получают в вузе, уже пригодились - вязать арматуру предпочитают хирургическими узлами.



Модернизация здравоохранения

Вероника Скворцова подчеркнула, что её впечатляет продуманность проекта: параллельно со строительством перинатального центра идет подготовка кадров для нового медучреждения, а также строительство дома для медицинских работников. В перинатальном центре будут работать более ста врачей и почти 300 средних медицинских работников. В кадровом резерве медучреждения - 260 специалистов, более ста из них прошли повышение квалификации. Полтора десятка молодых докторов подготовят в ординатуре, причем в ведущих медицинских вузах России.

По словам Александра Карлина, Краевой перинатальный центр будет оснащен самым современным оборудованием: и инженерным, и медицинским. *«Мы планируем, что сдадим центр в эксплуатацию полностью оснащенный. Часть оборудования закуплена, уже есть спецификация, согласованные перечни необходимого оборудования, которое предполагается к закупке. Всё идет по строго согласованным с Министерством здравоохранения РФ планам. Я думаю, что они будут реализованы. Строительно-монтажные работы на объекте ведутся согласно сетевому графику: круглосуточно, в три смены. Есть уверенность, что график мы выдержим»*, - отметил глава региона.

Вероника Скворцова пообещала поддержку перинатальному центру из федерального центра.

Министр здравоохранения Российской Федерации внимательно осматривала каждый объект, общалась с работниками медицинских учреждений и их пациентами, задавала множество вопросов. Иными словами, Вероника Скворцова получила четкое представление о состоянии системы здравоохранения Алтайского края не только по подготовленным к её поездке в регион справкам: общение с врачами и их пациентами подкрепило статистику. В общении с журналистами федеральных и краевых СМИ после осмотра учреждений Нагорного медицинского кластера и оценки Санаторно-курортного кластера накануне Вероника Скворцова неоднократно подчеркивала, что в регионе сформирована эффективно работающая система здравоохранения, высоко оценила как качество и оснащенность медучреждений, в которых побывала, так



и квалификацию врачей и среднего медицинского персонала.

По словам Вероники Игоревны, в Алтайском крае базовый уровень является приличным: на территории региона - почти 900 ФАПов, которые каждый год обновляются.

- Только за последний год создано достаточно большое количество новых ФАПов, в том числе и с жильём для фельдшеров и акушеров. Причём Администрация края специально позаботилась о том, чтобы создать свое собственное модульное производство из местных экологически чистых материалов. Создание ФАПов - это реальное, живое дело, основа системы здравоохранения, которая развивается в Алтайском крае, и это очень здорово», - отметила министр. *- Кроме того, удалось создать второй уровень, которого никогда не было в советское время, - систему экстренной специализированной медицинской помощи. Это помощь при инсультах, инфарктах, тяжелых травмах, когда надо очень быстро в течение «золотого часа» оказать действительно высокого качества квалифицированную помощь с использованием всех современных технических средств. Это тоже сделано в Алтайском крае.*

И третий уровень - это высокотехнологичная помощь, которая ока-

Темпами и качеством работ на строительстве будущего краевого перинатального центра министр здравоохранения Российской Федерации осталась довольна: строительство идет в полном соответствии с графиком.



Вероника Скворцова: «Из 20 видов высокотехнологичной медицинской помощи все двадцать делаются на Алтае в 15 медучреждениях. Это - трансплантация почек, печени, сложные гибридные операции, гемодиализ, нейрохирургическое вмешательство, эндоваскулярная хирургия, позволяющая 70% пациентов с инсультом выйти из больницы «на своих ногах»».

зывается и будет оказываться в учреждениях медицинского кластера: в краевой клинической больнице, Федеральном центре травматологии, ортопедии и эндопротезирования, в новом перинатальном центре. В крае строится современная противотуберкулезная клиника, которая будет лучшей в стране, потому что она строится в соответствии с самыми современными международными требованиями. В том числе с отдельным корпусом для пациентов с торакальными к антибиотикам терапии резистентными формами туберкулеза.

Система здравоохранения края выстраивается гармонично, не случайно и показатели улучшаются, и общая смертность снижается. Объективные статистические показатели отражают позитивные перемены, которые происходят в регионе, - подчеркнула Вероника Скворцова.

Министр осмотрела флагман Алтайского здравоохранения - краевую клиническую больницу. Пройдя по отделениям, поговорив с врачами, она отметила большой вклад в развитие здравоохранения Администрации Алтайского края.

По оценке министра, второе звено медицинской помощи в Алтайском крае также оказалось на высоте: в каждом райцентре края созданы службы экстренной системы специализированной медицинской помощи вкупе с работой телеконсультационной системы «Теле-Альтон». А это позволяет больным в острой стадии сосудистых катастроф получить необходимую меди-

цинскую помощь. В результате: снижение смертности при жизнеугрожаемых состояниях за последние 7 лет - более, чем в два раза. И этот показатель - один из самых низких в стране.

Не снижает планку и третье звено здравоохранения в Алтайском крае: оказание высокотехнологичной медицинской помощи пациентам.

- Важно, что из 20 видов такой медпомощи все двадцать делаются на Алтае в 15 медучреждениях. Это - и трансплантация почек, печени, и сложные гибридные операции, и гемодиализ, и нейрохирургическое вмешательство, и эндоваскулярная хирургия, позволяющая 70% пациентов с инсультом выйти из больницы «на своих ногах», - сказала Вероника Игоревна.

Министр здравоохранения Российской Федерации приняла участие и в церемонии передачи символического ключа от нового лечебно-диагностического корпуса Алтайского краевого онкологического диспансера «Надежда». На его строительство привлечены серьезные инвестиции: 1млрд. 120млн. рублей из регионального бюджета и 380млн. рублей федеральных средств. Лечебно-диагностический корпус включает в себя стационар на 325 коек с шестью отделениями (радиологическое, отделения онкоурологии, маммологии, гинекологии, отделения комбинированных методов лечения, рентген-хирургических методов). На первом этаже размещен диагностический блок с полученным по федеральной программе «Онкология» оборудованием: компьютерным томографом и аппаратом МРТ, цифровым рентгеновским аппаратом и маммографом. В новом корпусе будут работать три операционных. В нем заканчивают отделочные работы, в самое ближайшее время начнется прием пациентов.

Вероника Скворцова в своем ответственном слове назвала наш онкологический центр одним из лучших в стране. «Сотрудники одного из лучших онкологических центров в нашей стране! Я хочу вас поздравить с сегодняшним событием. Оно, безусловно, очень важное, подчеркивающее, что сделано за последнее время в плане становления онкологической службы Алтайского края. Вы располагаете выдающейся академической научной школой в области онкологии, школой, которой гордится вся страна, не только Алтайский край и не только



Модернизация здравоохранения

Сибирь. Выдающиеся ученые, выдающиеся медицинские профессионалы связали свою жизнь с различными службами нашей страны может уже сейчас похвастаться тем, что выявление опухолей и злокачественных образований на первой и второй стадии - уже более 60 процентов от всех первичных выявлений онкозаболеваний. А вы, Алтайский край, это уже сделали!» - подчеркнула министр здравоохранения России. По её словам, не каждый регион страны имеет такую же развитую сеть онкологических кабинетов первичного звена и хорошую организацию онкологических скринингов в ходе проведения широкомасштабной диспансеризации. Кроме того, не в каждом регионе России районные онкодиспансеры имеют линейные ускорители и возможности поддерживающей эффективной терапии на местах.

Вероника Скворцова также встретила с активом медицинской общности региона. Предметом разговора стали система здравоохранения Алтайского края, перспективы её развития, совершенствование кадровой политики и ряд других важных вопросов. На встречу с делегацией Министерства здравоохранения России в краевую клиническую больницу приехали главные врачи центральных районных и городских больниц, в зале присутствовали и представители общественных структур.

- Я хочу поздравить всех с очень серьезными достижениями здравоохранения Алтайского края - они есть, и они очевидны всей стране и Министерству здравоохранения России. Я призываю вас и коллективы, которые вы представляете, еще раз оценить все наши скрытые ресурсы и резервы системы, чтобы реально и с максимальной эффективностью использовать то, что мы имеем, и развиваться дальше, - сказала Вероника Скворцова, обращаясь к главврачам городских и районных больниц Алтайского края.

Завершились события второго дня визита посещением Алтайского краевого госпиталя для ветеранов войн. Вероника Скворцова пообщалась с проходящими лечение ветеранами Великой Отечественной войны. Беседа прошла в неформальной обстановке - за чашкой чая.



Вероника Скворцова поблагодарила работников госпиталя за столь внимательное отношение к работе. В целом глава Минздрава дала высокую оценку лечебным и оздоровительным мероприятиям, проводимым в медицинском учреждении.

- Это край с удивительным будущим. О его будущем можно говорить с полной уверенностью: качественный скачок региона за последние годы очень вдохновляет. Так же, как вдохновляет политика, которую проводит руководство региона: о каждом человеке, независимо от места его проживания, Администрация Алтайского края реально заботится. Это и дороги, и здравоохранение, и многое другое. Например, 95 ФАПов работают в населенных пунктах Алтайского края, в которых проживает менее 100 человек, - таким бережным отношением к людям может похвастаться не каждый регион. В крае активно развивают выездные формы работы, я имею в виду и взаимодействие с РЖД, и автопоезд «Здоровье». Такое человеческое тепло, присутствующее в крае, - залог того, что будущее Алтайского края краше настоящего, - резюмировала Вероника Скворцова.

Министр здравоохранения Вероника Скворцова поблагодарила Губернатора за организацию четкой, слаженной работы. ☺

**Юлия Леднева, пресс-секретарь
Главного управления Алтайского
края по здравоохранению и
фармдеятельности.**

**Фото Юлии Ледневой, Алексея
Спесивцева, Антона Федотова**

**Ветеран войны,
житель Барнаула
Виктор Молчанов
высказал слова
благодарности в
адрес работников
госпиталя:**

«Вероника Игоревна, если Вы скажете мне сейчас мимо лифта на 6-й этаж подняться, - я пробегу. Врачи госпиталя так много делают, так хорошо и бескорыстно, что мне, большевику, завидно. Я рад, что живу в Алтайском крае, рад, что лечусь в медицинском учреждении, в котором работают такие врачи. Спасибо им за всё!».



Пневмония изменила своё лицо



Вопросы профилактики, снижения заболеваемости и смертности от острой пневмонии стали предметом обсуждения Общественного Совета при Главном управлении Алтайского края по здравоохранению и фармдеятельности в июле этого года. О мерах, принимаемых в нашем крае в связи с ростом заболеваемости и смертности от острой пневмонии, мы беседуем с Ириной Владимировной БАХАРЕВОЙ, главным внештатным терапевтом-пульмонологом Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности, кандидатом медицинских наук, доцентом кафедры факультетской терапии АГМУ

Пневмонии - это группа различных по этиологии, патогенезу и морфологической характеристике острых инфекционных (преимущественно бактериальных) заболеваний, характеризующихся очаговым поражением респираторных отделов лёгких с обязательной внутриальвеолярной экссудацией.

Выделяют несколько видов пневмоний по их возбудителям: бактериальная; вирусная; грибковая; микобактериальная; паразитарная.

Пневмония всегда является острым инфекционным заболеванием нижних дыхательных путей. Она заслуживает особого внимания по ряду причин. Ежегодно только в Алтайском крае 15-20 тысяч человек заболевают пневмонией. Беда и в том, что это заболевание стало более опасным для жизни. Если еще пять лет назад почти все пневмонии имели бактериальную природу и лечились вполне успешно антимикробными препаратами, то на сегодня регистрируется в основном вирусно-бактериальная пневмония.

Присутствие вируса обуславливает более тяжелое течение болезни, нередко сопровождающееся резким возникновением дыхательной недостаточности. **Медицинская помощь при пневмонии должна оказываться в первые часы от начала заболевания**, чем раньше начато лечение, тем оно эффективнее и тем благоприятнее прогноз. В противном случае возникновение таких жизнеугрожающих осложнений, как сепсис, дыхательная недостаточность, шок и другие, может привести к гибели больного. Вследствие этого пневмонии требуют особой настороженности со стороны врачей и информированности пациентов об основных симптомах заболевания.

Когда в 2009 году во время эпидемии «свиного гриппа» пульмонологи края впервые столкнулись с вирусными пневмониями, непросто было найти информацию по ведению этих больных. Сегодня мы имеем выработанную стратегию лечения, определен порядок маршрутизации пациентов в терапевтические, пульмонологические отделения медучреждений края.

Благодаря усилиям врачей, проведенным организационным мероприяти-

ям в Алтайском крае достигнуто снижение смертности от пневмонии на 14% по сравнению с прошлым годом. Но впереди - сезон дождей, традиционно связанный с простудными заболеваниями. Поэтому мы должны максимально подготовиться к межсезонным изменениям погоды.

В противостоянии вирусно-бактериальным пневмониям первостепенное значение имеет профилактика заболеваний. Причем профилактировать нужно и бактериальную, и вирусную составляющие. Способ это сделать один - **своевременная вакцинация.**

Мы привыкли к необходимости ставить прививки от гриппа (сейчас эта иммунизация проходит в рамках национального календаря бесплатно). Также необходимы прививки против пневмококка – наиболее частого возбудителя пневмонии. Противопневмококковой вакциной можно привиться в страховых компаниях, а включение их в национальный календарь для всех категорий населения - вопрос ближайшего времени.

Сейчас в рамках национального календаря противопневмококковой вакциной (по наблюдениям, пневмококк является причиной каждого третьего заболевания пневмонией) прививаются представители группы риска по этому заболеванию: дети до 14 лет и люди в возрасте старше 65 лет. Задача врачей - привить как можно больше людей, чтобы сформировалась достаточно мощная иммунизированная прослойка. Обязательная иммунизация представителей старшего поколения связана с наличием у этой группы хронических заболеваний органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, сахарного диабета и прочих болезней.

Таким образом, всем, попадающим в группы риска, желательно привиться и противогриппозной, и противопневмококковой вакциной.



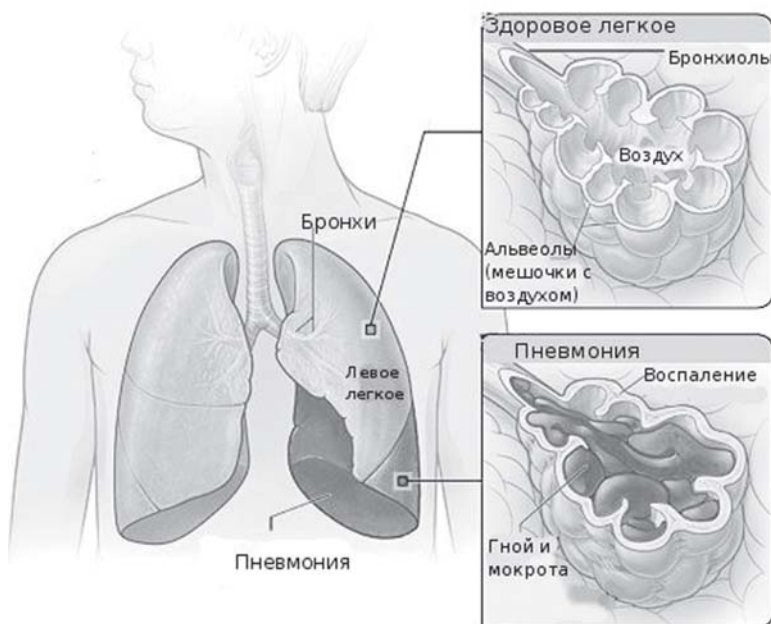
Признаки пневмонии на начальном этапе совпадают с признаками простуды: повышение температуры, кашель, не всегда продуктивный - отхаркивающий, озноб, одышка. Подчеркнем, что вирусно-бактериальные пневмонии развиваются очень быстро - тяжёлое состояние может наступить в считанные часы. Вот почему отдельным приказом Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности определена маршрутизация таких больных, порядок их направления в пульмонологические отделения больницы. **Задача каждого врача - не пропустить тяжёлую пневмонию. К её признакам можно отнести в первую очередь:** пониженное артериальное давление, учащённое дыхание, нарушение сознания, ряд лабораторных симптомов и снижение содержания кислорода в крови (определяется при пульсоксиметрии).

В настоящее время есть мощный арсенал противовирусных и антибактериальных средств. От своевременного начала антимикробной и противовирусной терапии зависит последующий прогноз. Если говорим о нетяжелой пневмонии, то у врача есть 72 часа, если тяжёлая, - начало терапии должно состояться уже через 4-8 часов. Средняя продолжительность антимикробной терапии при нетяжелой пневмонии составляет неделю, но ее своевременность определяет дальнейший результат.

Смертность от пневмонии в крае связана с несколькими причинами. Во-первых, несвоевременная обращаемость за медицинской помощью в силу разных причин - например, молниеносное течение болезни, когда пациент просто не успевает обратиться к врачу. Около четверти пациентов, умерших от пневмонии, не обращались к врачу, так как вели асоциальный образ жизни, алкоголизировались, не замечали симптомов болезни. Возрастает риск летального исхода у пациентов пожилого возраста, имеющих хронические заболевания, поэтому и крайне важна своевременная вакцинация.

Нужно иметь в виду, что **пациент после перенесенной пневмонии должен в течение года наблюдаться у терапевта**, так как возможны осложнения на сердечно-сосудистую и дыхательную системы (например, инфаркт миокарда). На территории края приказом Главного управления регламентировано обязательное амбулаторное наблюдение перенесшего пневмонию человека в течение года, приглашение его на обследование каждые три месяца с целью профилактики таких осложнений.

Таким образом, пневмония является заболеванием, которое прекрасно профилактируется и успешно лечится. Важными составляющими для этого являются вакцинапрофилактика, своевременная диагностика, раннее начало терапии и последующая реабилитация. ☺



Ваши вопросы - наши ответы

В каком порядке осуществляется и как оформляется отзыв работника из ежегодного отпуска? Правомерно ли привлечение работника к дисциплинарной ответственности при отказе досрочно выйти из ежегодного отпуска?

- В соответствии с частью 2 статьи 125 Трудового кодекса Российской Федерации (ТК РФ) отзыв из отпуска допускается только с письменного согласия работника.

Неиспользованная часть отпуска должна быть предоставлена по выбору работника в другое удобное для него время в течение текущего рабочего года или присоединена к отпуску за следующий рабочий год.

Следует отметить, что согласно части 3 статьи 125 ТК РФ не допускается отзыв из отпуска беременных женщин и работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными условиями труда.

Согласно пункту 37 Постановления Пленума Верховного Суда РФ от 17.03.2004 №2 «О применении судами Российской Федерации Трудового кодекса Российской Федерации», отказ работника (независимо от причины) от выполнения распоряжения работодателя о выходе на работу до окончания отпуска не является нарушением трудовой дисциплины.

Таким образом, при наличии оснований для отзыва из ежегодного отпуска представитель нанимателя обязан запросить письменное согласие работника. Отказ работника не является дисциплинарным проступком. Отзыв из ежегодного отпуска оформляется приказом представителя нанимателя, а также делаются отметки о неиспользованной части отпуска в графике отпусков и личной карточке.



Нарушения сердечного ритма у взрослых



Юлия Александровна ВОРОБЬЕВА,

врач-кардиолог, высшая квалификационная категория, КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер»

Проводящая система сердца - сложная нервно-мышечная структура, состоящая из узлов и проводящих путей (пучков), обеспечивающих его ритмическую работу. Клетки проводящей системы производят и передают ритмические импульсы возбуждения на мышцы предсердий и желудочков, задают необходимую частоту, равномерность и синхронность сокращений предсердий и желудочков в соответствии с потребностями организма.

Естественный водитель сердечного ритма называется **синусовым узлом**. Это анатомическое образование, которое контролирует и регулирует сердечный ритм в соответствии с активностью организма, временем суток и многими другими факторами, влияющими на человека. В синусовом узле возникают электрические импульсы, которые проходят через предсердия, заставляя их сокращаться, к предсердно-желудочковому узлу, расположенному на границе предсердий и желудочков. Затем возбуждение по проводящим тканям распространяется в желудочках, вызывая их сокращение. После этого сердце отдыхает до следующего импульса, с которого начинается новый цикл.

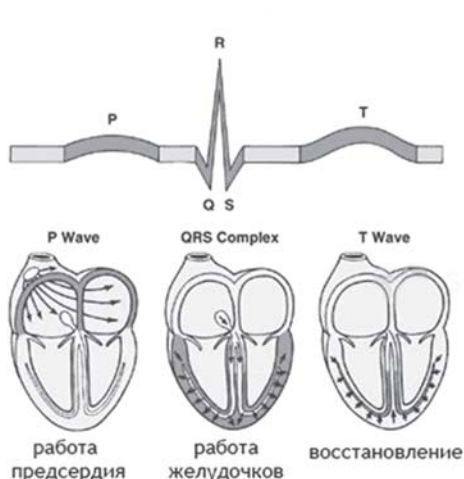
Все аритмии - это результат изменения основных функций проводящей системы и сердца: автоматизма, возбудимости и проводимости.



Нарушениями ритма сердца, или аритмиями, называют:

- ◆ изменение ЧСС выше или ниже нормального предела колебаний (60-90 в минуту);
- ◆ нерегулярность ритма сердца (неправильный ритм) любого происхождения;
- ◆ изменение локализации источника возбуждения (водителя ритма), то есть любой несинусовый ритм;
- ◆ нарушение проводимости электрического импульса по различным участкам проводящей системы сердца.

Синусовая тахикардия - это учащение ЧСС от 90 до 150-180 в минуту при сохранении правильного синусового ритма. Это наиболее часто встречающийся вид аритмии. Синусовая тахикардия обусловлена повышением автоматизма основного водителя ритма - синоатриального узла (СА-узла). У совершенно здоровых людей она возникает при физических нагрузках или эмоциональном напряжении. *Может развиваться* в результате ишемии или



дистрофических изменений в СА-узле, а также при различных инфекциях, токсическом воздействии на СА-узел, при повышении температуры, у больных с сердечной недостаточностью, испуге, после физической нагрузки.

Синусовая брадикардия - уменьшение ЧСС до 59-40 в минуту при сохранении правильного синусового ритма. Нередко основной причиной синусовой брадикардии является повышение тонуса блуждающего нерва. Среди здоровых людей синусовая брадикардия *часто наблюдается* у спортсменов, при гипотермии, гипотиреозе, действии наркотических средств.

Синусовая аритмия - это неправильный синусовый ритм, характеризующийся периодами постепенного учащения и урежения ритма. Чаще всего встречается синусовая дыхательная аритмия, при которой ЧСС увеличивается на вдохе и уменьшается на выдохе. Синусовая дыхательная аритмия *чаще встречается* у здоровых людей молодого возраста, а также в периоде выздоровления при различных инфекционных заболеваниях, у лиц с нейроциркуляторной дистонией.

Значительное увеличение частоты сердечных сокращений называется **тахикардией**. Различают несколько ее видов: **предсердная, из АВ-соединения, желудочковая**. Некоторые достаточно безопасны и могут не проявляться годами, лишь изредка напоминая о себе в виде кратковременных приступов учащенного сердцебиения. В то же время другие виды тахикардий (например, желудочковая) вызывают потерю сознания и могут привести к смерти.

Экстрасистолия - это преждевременное, внеочередное возбуждение и сокращение сердца. Экстрасистолы различают по локализации (предсердные, из АВ-соединения, желудочковые) и по частоте (единичные, парные, групповые (подряд три и более экстрасистол)). Одним из наиболее распространенных нарушений ритма сердца (в популяции ее частота достигает 1-2%) является **фибрилляция предсердий (ФП)**. Распространенность ее увеличивается с возрастом - от <0,5% в возрасте 40-50 лет до 5-15% - в возрасте 80 лет. У больных с ФП ухудшается качество жизни и снижается толерантность к физической нагрузке. Каче-

ство жизни существенно хуже, чем у здоровых людей или больных с ишемической болезнью сердца и синусовым ритмом.

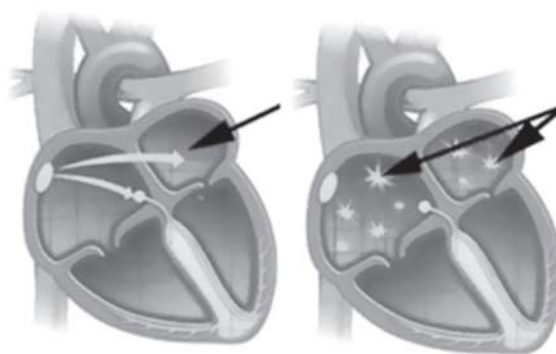
К **факторам риска развития аритмий сердца** относятся:

- ◆ ишемическая болезнь сердца (стенокардия, инфаркт миокарда, постинфарктный кардиосклероз);
- ◆ сердечная недостаточность;
- ◆ кардиомиопатии;
- ◆ приобретенные и врожденные пороки сердца;
- ◆ воспалительные заболевания миокарда, эндокарда и перикарда;
- ◆ врожденные аномалии структуры (дополнительное атриовентрикулярное соединение) или функции (наследственные нарушения в ионных каналах) проводящей системы;
- ◆ гипоксия;
- ◆ электролитные нарушения (гипо- и гиперкальциемия, гипомагниемия, гиперкальциемия);
- ◆ гормональные нарушения (болезни щитовидной железы);
- ◆ курение табака;
- ◆ употребление алкоголя;
- ◆ употребление кофеина;
- ◆ приём некоторых лекарственных средств (антиаритмические препараты, сердечные гликозиды, диуретики, симпатомиметики);
- ◆ высокое артериальное давление;
- ◆ сахарный диабет.

При нарушениях сердечного ритма человек может чувствовать:

- ◆ ощущение сердцебиения и перебоев в груди,
- ◆ очень быстрое биение сердца,
- ◆ чрезвычайно медленное биение сердца,
- ◆ боль в груди,
- ◆ одышку,
- ◆ головокружение,
- ◆ потерю сознания или ощущение, близкое к обмороку.

В следующем номере журнала вы узнаете о методах диагностики аритмий, их лечении и профилактике. ☺



Норма

Мерцательная аритмия

Аритмии могут и не проявляться. Врач может обнаружить аритмию при обычном диспансерном обследовании - до того, как она проявит себя какими-либо признаками. Очень часто люди, ощущающие аритмию, не страдают тяжелыми заболеваниями сердца, а человек с жизнеугрожающей аритмией может не предъявлять вообще никаких жалоб.





Диспансеризация - важная государственная задача

Давно известно, что возможное развитие болезни нужно профилактировать. Именно профилактика сохраняет здоровье, уменьшает смертность и инвалидизацию населения.

И диспансеризации здесь выделяется ключевое место, как комплексу мероприятий, направленных на раннее выявление хронических неинфекционных заболеваний, которые являются основной причиной инвалидности населения и преждевременной смертности.

У отечественного здравоохранения имеется богатый опыт профилактической работы. Диспансеризация всегда была и остается одним из главных элементов этой вертикали. **Диспансеризация, по сути, - это превентивные меры, призванные помочь человеку узнать о состоянии собственного здоровья, о том, что нужно делать, чтобы его сохранить.** Она предоставляет шанс узнать о заболевании на ранней стадии, когда еще можно помочь сохранить нормальную качественную жизнь, работоспособность. Для многих, на первый взгляд здоровых, людей становятся шоком диагностированные на этапе массового обследования опухоль, сахарный диабет, туберкулез и другие заболевания.

Регулярное прохождение диспансеризации необходимо вне зависимости от самочувствия. Даже если человек считает себя здоровым, во время диспансеризации у него нередко обнаруживаются хронические неинфекционные заболевания, лечение которых наиболее эффективно на ранней стадии. Поэтому помните о том, что прохождение диспансеризации позволит вам уменьшить ве-

роятность развития наиболее опасных заболеваний, являющихся основной причиной инвалидности и смертности, или выявить их на ранней стадии развития, когда лечение наиболее эффективно.

С 2013 года диспансеризация вошла в программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. По всей стране, в том числе в Алтайском крае, медицинские осмотры взрослого населения проводятся один раз в три года в возрастные периоды, начиная с 21 года и далее с кратностью 3 года, а детей - один раз в два года. Исключение составляют категории граждан, которым диспансеризация проводится ежегодно вне зависимости от возраста.

Как выстроен процесс диспансеризации в Алтайском крае?

Основным принципом диспансеризации является ее двухэтапность. **Первый этап (скрининг) проводится с целью выявления заболеваний и факторов риска их развития.** Здесь Алтайский край имеет достаточно неплохие показатели. Так, в 2014 году диспансеризацию прошли более 440 тысяч взрослых и примерно столько же несовершеннолетних жителей Алтайского края, что на 12% больше, чем в 2013 году.

Если по результатам первого этапа диспансеризации у вас выявлено подозрение на наличие хронического неинфекционного заболевания или высокий и очень высокий суммарный сердечно-сосудистый риск, врач сообщает вам об этом и направляет на **второй этап диспансеризации. Он заключается в дополнительном обследовании и уточнении диагноза, проведении углубленного профилактического консультирования и осмотра специалистами, проведение по определенным на первом этапе показаниям целого ряда инструментальных лабораторных методов исследования.** Но как бы это парадоксально ни звучало, именно на этом этапе и начинаются проблемы со стороны пациента, которому, как правило, некогда, неохота...

В итоге дальнейшее посещение специалистов, доведение диспансеризации до логического окончания откладывается на потом.

Культура здоровья у жителей края в целом пока всё же находится не на должном уровне. К примеру, в период работы автопоезда «Здоровье» людей нередко приходилось буквально уговаривать сделать флюорографию в передвижной рентгеновской установке. Доходило до абсурда: бывали случаи, когда тех, в отношении кого имелось подозрение на заболевание туберкулезом, доставляли к флюорографу под конвоем полиции!



Автопоезд «Здоровье» отъезжает от Диагностического центра





Но ситуация всё же меняется, процесс охвата населения диспансеризацией возрастает.

Если говорить о количестве людей, которым требуется пройти дообследование, то есть перейти на второй уровень диспансеризации, то это примерно половина тех, кто прошел первый этап. *В основной массе выявляют болезни системы кровообращения* - в 2014 году это 25,3% от общего числа обследованных, 20% - это *болезни эндокринной системы, болезни органов пищеварения, нервной системы*. Особое внимание уделяется выявлению заболеваний, которые вызывают самую большую смертность. В эту группу входят *сердечно-сосудистые заболевания и онкология*. Так, в прошлом году при проведении диспансеризации выявлены 629 случаев злокачественных новообразований.

Ответственным должен быть, прежде всего, сам человек - ведь речь идет о его здоровье. Что касается обязательств работодателей, то согласно статьи 24 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» они должны обеспечивать условия для прохождения работниками медицинских осмотров и диспансеризации, а также беспрепятственного отпускать работников на это обследование. Государство бесплатно предоставляет этапный контроль, это на сегодня действительно отработанный и доступный механизм.

В Алтайском крае ведется активная комплексная работа. Уникальные социально-медицинские проекты, кластерный подход по диспансеризации и маршрутизации пациентов - всё это приносит свои положительные результаты, в том числе и в профилактическом направлении. Безусловно, нужна большая информированность о здоровом образе жизни, полезных продуктах, разнообразная линейка которых, кстати, производится в нашем регионе. Однако путь к здоровью каждый должен начать, прежде всего, с самого себя. ☺

Елена Кравчинская

КОНТАКТНЫЕ ТЕЛЕФОНЫ

КГБУЗ «Диагностический центр
Алтайского края»:

(3852) 24-32-90 - справочная,

24-34-24, 24-34-15, 24-34-16 - регистратура.

Адрес: г.Барнаул, пр.Комсомольский, 75а

На правах рекламы

№08 (152) / август 2015

Первый этап диспансеризации (скрининг) включает в себя:

- ▶ опрос;
- ▶ антропометрию;
- ▶ измерение артериального давления;
- ▶ клинический и биохимический анализы крови;
- ▶ общий анализ мочи;
- ▶ исследование кала на скрытую кровь (в возрасте от 48 до 75 лет);
- ▶ определение относительного (от 21 до 39 лет) и абсолютного суммарного сердечно-сосудистого риска (от 40 до 65 лет);
- ▶ электрокардиографию (мужчинам с 36 лет, женщинам с 45 лет);
- ▶ флюорографию легких;
- ▶ маммографию (для женщин в возрасте 39 до 75 лет);
- ▶ осмотр фельдшера (акушерки), включая взятие мазка (соскоба) с поверхности шейки матки и цервикального канала на цитологическое исследование (в возрасте от 21 года до 69 лет);
- ▶ УЗИ органов брюшной полости и малого таза (в возрасте 39 лет и старше с периодичностью 1 раз в 6 лет), для мужчин, когда-либо куривших в жизни, - УЗИ брюшной аорты (однократно в 69 или 75 лет);
- ▶ измерение внутриглазного давления (в возрасте 39 лет и старше);
- ▶ прием врача-терапевта.

На II этапе диспансеризации проводятся (по показаниям):

- ▶ дуплексное сканирование брахицефальных артерий;
- ▶ эзофагогастродуоденоскопия;
- ▶ осмотр врачом-неврологом;
- ▶ осмотр врачом-хирургом или врачом-урологом;
- ▶ осмотр врачом-хирургом или врачом-колопроктологом;
- ▶ колоноскопия или ректороманоскопия;
- ▶ определение липидного спектра крови;
- ▶ спирометрия;
- ▶ осмотр врачом-акушером-гинекологом;
- ▶ определение концентрации гликированного гемоглобина в крови или тест на толерантность к глюкозе;
- ▶ консультация врача-оториноларинголога;
- ▶ анализ крови на уровень содержания простатспецифического антигена;
- ▶ консультация врача-офтальмолога;
- ▶ индивидуальное углубленное профилактическое консультирование или групповое профилактическое консультирование (школа пациента) в отделении (кабинете) медицинской профилактики (центре здоровья, фельдшерском здравпункте или фельдшерско-акушерском пункте);
- ▶ прием врача-терапевта, включающий установление (уточнение) диагноза, определение (уточнение) группы состояния здоровья, определение группы диспансерного наблюдения (с учетом заключений врачей-специалистов), а также направление граждан при наличии медицинских показаний на дополнительное обследование, не входящее в объем диспансеризации, для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, на санаторно-курортное лечение.



Плавайте на здоровье!

ОАО «Спорткомплекс «Обь» в Барнауле на протяжении многих лет является центром спортивной жизни края. О его работе и в целом о развитии физкультуры и спорта, в том числе плавания, наш разговор с С.И. КАШНИКОВЫМ, осуществляющим более десяти лет руководство большим коллективом и сложным спортивным комплексом.



- Сергей Иванович, в спорткомплексе «Обь» развиваются спортивные коллективы, приверженцы здорового образа жизни посещают тренажерный зал и фитнес, бассейн доступен детям и взрослым. А что вы считаете главным направлением работы?

- Само название «спортивный комплекс» означает, что мы должны развивать спорт в первую очередь. Понятно, что и задача поддержания здоровья населения тоже не на последнем месте. Торговых центров у нас в городе много, они нередко пустуют, а спортивных комплексов не хватает, хотя они на карте города постоянно появляются. Это радует - людям стало небезразлично своё здоровье. Многие горожане стали понимать, что легче поддерживать здоровье и на это регулярно тратить небольшие средства, чем потом намного большие суммы выкладывать за лечение. К тому же любое лекарство имеет побочный эффект, а, например, плавание в бассейне показано всем и гарантирует положительные эмоции, прекрасное ощущение своего функционального здоровья.

- Посещаемость физкультурниками бассейна растёт? К тому же в спорткомплексе развиты и другие спортивные направления.

- Да. И наша работа строится таким образом, чтобы занятия в спорткомплексе «Обь» были доступными и популярными. По своему статусу спорткомплекс является акционерным обществом, бюджетных средств напрямую мы не получаем. Таким образом, свою зарплату зарабатываем сами, из своих средств оплачиваем коммунальные услуги и налоги, выполняем ремонтные работы. Выстраивая перспективу развития, я старался сконцентрировать здесь основные краевые спортивные школы олимпийского резерва. У этих школ не было своих баз. В спорткомплексе «Обь» они получили возможность развиваться, нормально работать. *Сейчас на нашей базе размещены СДЮШОР: по плаванию «Обь», «Алтайбаскет», тхэквондо, работает школа художественной гимнастики «Жемчужина Алтай».* У всех школ хорошие результаты выступлений на соревнованиях, положительная динамика достижений. Для меня важно и то, что много ребятшек с удовольствием идут заниматься этими видами спорта, что залы не пустуют в любое время дня.

- А каковы основные достижения этого года?

- В тхэквондо **Альберт ГАУН** на Универсиаде завоевал серебряную медаль. **Андрей ГРЕЧИН**, наш пловец, на Чемпионате мира в Казани завое-

вал серебряную медаль, неоднократно был призером и чемпионом страны, у него очень много спортивных титулов и наград. Андрей - Заслуженный мастер спорта. Впервые за всю историю развития художественной гимнастики в регионе команда Алтайского края стала призером соревнований в Сибирском федеральном округе - заняла третье место. При этом тренировочный процесс проходит только четвертый год, а результат уже есть. «Алтайбаскет» работает третий год, динамика также очевидна: команда юношей 2000-2001г.р. вышла в финал Первенства России.

Но главное, повторю, - на тренировки приходит много детей! Это лучший показатель развития нашего спорткомплекса.

- Спорт должен быть в жизни каждого ребенка?

- Конечно. Можно выбрать сразу и навсегда любимый вид спорта, можно заниматься и футболом, и плаванием, и еще познакомиться с другими видами. У ребят, занимающихся в



любой спортивной секции, жизненные приоритеты совсем другие, они отличаются от тех ребяташек, которые предоставлены сами себе в течение дня. Для наших спортсменов не существует алкоголя и курения. Эти вредные привычки со спортом просто несовместимы. Поэтому **если мы хотим выстроить будущее нации, спортивные школы надо обязательно поддерживать**. От того, какой будет нация, зависит и жизнь старшего поколения. Занимаются молодые люди здоровьем, собой - значит, и пенсия старшего поколения будет нормальной. А если вырастим большое духовно и физически поколение, ничего хорошего нас всех не ждет.

Занятия спортом учат ребенка ставить перед собой цель, определять задачи, методы достижения, тренировочный процесс наполняется конкретным смыслом. Спортсмен лишней раз не пойдет на дискотеку, откажется от пива, потому что это не отвечает его целям.

В спорте человек проживает микрожизнь - это такой шаблон в усеченном, сжатом во времени виде, жизненный период, в котором есть взлет, успех и остановка. Посудите сами. С 6-7 лет юный спортсмен начинает жить тренировками. Чем выше достигнутый результат, тем больше времени отдается спорту, меньше его остается на посторонние занятия. Так происходит и в жизни. Независимо от того, будет человек токарем высокого разряда или водителем, ученым или политиком, он начинает с малого и потом достигает вершин мастерства, только для этого требуется вся жизнь. А в спорте, тем более - в спорте высших достижений, временные рамки достаточно жесткие. Начинают заниматься в 7-8 лет и завершают в 20-24 года - в гимнастике, в плавании - в 28, в лыжах, биатлоне несколько позднее - в 35 лет максимум. За короткий период спортсмены за-



рабатывают авторитет перед гражданским обществом, перед близкими людьми, перед бизнесом, потому что на крупных соревнованиях защищается честь страны, малой родины. Спортсменов охотнее принимают в вузы, берут на работу, потому что для всех очевидно: успешным в спорте может быть только трудолюбивый человек. Невозможно добиться достижений в спорте без большого объема тренировочной работы. Например, наши пловцы, члены сборной страны **Дама ЦВЕТКОВА**, **Андрей ГРЕЧИН** ежедневно приходят в бассейн дважды: утром и вечером. Продолжительность тренировок - три и четыре часа соответственно. Ежедневно они проплывают по 13-15 километров. Многие из горожан даже пешком не проходят такое расстояние. Практически тренировочное время - это полноценный рабочий день. Но ребята ещё и учатся в вузах...

Тренировка спортсмена - колоссальный труд: в бассейне плавают в различных режимах и на время. И так в каждом виде спорта. В награду юные спортсмены получают отменное здоровье и физическую форму

- это самое главное. Понятно, что спорт высших достижений - уже другое, после каждого соревнования нужно правильное восстановление, организованный режим отдыха и тренировок. Но для подавляющей части населения спорт на уровне кандидата в мастера - это только плюсы для здоровья.

- Можно сказать, что спортсмены остаются успешными и после ухода из большого спорта?

- Не всегда так получается, к сожалению. Люди разные. Есть одаренные люди как в спорте, так и в жизни. У кого-то не получается найти себя вне спорта. Считаю, что важно подготовить себя к этому шагу: получить специальность, завершить образование - путей и решений много на самом деле. Итог любого дела зависит от множества причин. Иногда меня спрашивают: почему хорошо или плохо выступили сборная или спортсмен на конкретных соревнованиях? Ждали рекорд, победу, а не получилось... Тут может быть множество причин: режим отдыха и тренировок, питание и т.д. Например, человек вне спорта может на обед съесть тарелку мака-



▲рон и ему этого достаточно, а спортсмену нужны все микроэлементы в тарелке, важна вся таблица Менделеева, потому что от больших физических нагрузок буквально выхолащивается организм и ему требуется восстановление. В обычном состоянии пульс человека - 72 удара в минуту. У спортсменов во время соревнований пульс доходит до 200 ударов в минуту. Как надо работать сердцу, внутренним органам при этой нагрузке! После соревнований важно быстро восстановиться, потому что идет закисление организма пирувиновыми кислотами, молочной кислотой, присутствующей в мышцах. Эти вещества из организма необходимо выгнать, вновь насытить организм к следующей тренировке. Такие сложные биохимические процессы в организме спортсмена проходят постоянно...

- Настоящим подарком для барнаульцев было открытие бассейна вне помещения - на свежем воздухе. А какие еще перспективы развития уже очевидны для вас, директора спорткомплекса «Обь»?

- Не хочу раскрывать все секреты. В принципе задумка по-



строить открытый бассейн на территории спорткомплекса была давно. В 1984 году я начинал работать в «Оби» старшим тренером, а когда в 2001 году вернулся в качестве генерального директора, написал бизнес-план на 10 лет, в нем были отражены этапы строительства открытого бассейна и гостиницы.

Бассейн построили всего за 45 дней. За одно лето! Сейчас бассейну уже одиннадцать лет.

Рядом с ним был построен детский бассейн. Одно из последних событий - открытие гостиницы.

В спорткомплексе базируется медико-восстановительный центр. Это совместный проект с Главным управлением края по здравоохранению и фармдеятельности, краевым физкультурным диспансером, поддержанный Губернатором края А.Б. Карлиным. Из краевого бюджета были выделены средства на приобретение оборудования, врачебные ставки тоже легли на бюджет. И эта работа дала свои плоды. За 4,5 года работы Центра постоянно под наблюдением врачей находятся **Иван НИФОНТОВ, Сергей ШУБЕНКОВ, Андрей ГРЕЧИН** и другие ведущие спортсмены края. В Центре работают высококвалифицированные специалисты, из которых трое имеют степень кандидатов медицинских наук. **Есть своя биохимическая лаборатория.** На установленном оборудовании можно определить, принимает спортсмен допинг или нет. В стране единицы таких центров. Поэтому нам есть чем гордиться и с чем работать. В Центре также проходят диспансеризацию все юные спортсмены, занимающиеся в СДЮШОР «Обь».

На базе спорткомплекса «Обь» проводятся чемпионаты Сибири и Дальнего Востока, первенства России по плаванию, греко-римской борьбе, художественной гимнастике.

Он располагает возможностями для занятий плаванием, баскетболом, художественной гимнастикой, тхэквондо, греко-римской борьбой, шейпингом, а также для занятий в тренажерных и игровых залах. Предлагаются на выбор группы аэробики по нескольким направлениям: классическая аэробика, группы здоровья - аквааэробика с более щадящей нагрузкой. К услугам посетителей также сауны.

Персонал спорткомплекса составляет 170 человек. В рамках участия в различных благотворительных акциях коллектив спорткомплекса оказывает бесплатные услуги детским домам.

Созданная спортивная и социальная инфраструктура активно используется: во Всероссийский календарь соревнований включены чемпионат и первенство Сибирского Федерального округа, этапы Кубка Сибири по плаванию, которые проходят в спорткомплексе «Обь». Кроме того, здесь традиционно устраивают чемпионаты и первенства города Барнаула и Алтайского края, а также всероссийские и межрегиональные соревнования по другим видам спорта.



Мы создаем условия увлечения спортом всей семьей. В бассейн дети приходят с родителями, самые маленькие занимаются в группах с мамами. Проводится обучение плаванию. Причем, в группах два раза в год обязательно проводим открытые уроки, и я лично прихожу принимать зачеты. Родителям обязательно объясняю: пригласили их не ради забавы, а чтобы они посмотрели, на что потратили свои денежные средства и время и чему научился их ребенок. Родители должны понимать и видеть результат работы тренера. В свою очередь для тренера важно, что его труд оценивается, он знает, к чему стремиться. А для меня важен престиж моей школы, то, что я знаю: тренеры с детьми работают качественно. Если 6-7 лет назад, когда отработывалась система проведения контрольных занятий, обучаемость детей плаванию составляла 30-40%, то теперь - почти 95 процентов!

Плавание - жизненно необходимый навык. Утверждаю это не потому, что сам пловец. Не все из тех, кто приходит в детские годы в бассейн, будут чемпионами мира и мастерами спорта.

Этого и не надо. Мы стремимся к тому, чтобы люди элементарно научились держаться на воде. В России ежегодно на воде гибнут от 5 до 6 тысяч человек, из них - более 2 тысяч детей. Краевая статистика: сто человек гибнут на воде каждый год, из них 20 - дети. Это происходит, потому что нет элементарных навыков держаться на воде. Примером может служить несчастный случай с теплоходом «Булгария» в Казани. Трагедия произошла недалеко от берега. Если бы люди умели держаться на воде, они бы остались живы до прибытия спасателей. Из 201 человека спаслись только 79! Понятно, что погибли не умеющие плавать. Такие в критической ситуации хватаются за последнюю соломинку, верят до последнего. А когда корабль идет под воду, образуется воронка, которая утягивает за собой всё. Надо быть высококлассным пловецом, чтобы нырнуть, задержать дыхание и выплыть, а у людей наступает паника, мышечный спазм и в результате - гибель. Трагедия произошла в заливе - вода теплая, опасности нет. Можно было просто прыгнуть и лечь на воду. Если бы люди умели это делать...

Когда-то в Греции говорили о малограмотном человеке: «Он не умеет ни читать, ни плавать». Это верно и сегодня. Но спустя тысячелетия мы учим ребенка правильно ходить, кушать, учим правилам общежития в обществе и далеко не всегда учим плавать.

Некоторое время после рождения ребенок может держаться на воде, еще сохраняются рефлекс, он может задержать дыхание и не вдыхать воду. Потом рефлекс теряется. Вот почему **надо учить плавать с раннего возраста.**

Накануне мирового финансового кризиса мы разработали программу обучения второклассников плаванию, которая была поддержана Губернатором. Почему именно этот возраст? В первом классе ребенок адаптируется к учебному процессу, привыкает к новым обязанностям, режиму дня. Ко второму классу он становится более дисциплинированным. В расписании еженедельно стоят три урока физкультуры. Уроки на лыжах в зимнее время могут стать причиной простуд, поскольку дети еще маленькие. А плавание практически не имеет противопоказаний, прекрасно помогает при профилактике сколиозов, формирует осанку, дает оздоравливающий и закалывающий эффекты. Потом ребенок может идти в любую спортивную секцию. Замечено: взрослые люди стесняются, когда не умеют плавать. Таких ситуаций просто не должно быть.

- Как долго длится ваш рабочий день?

- Честно говоря, не укладываюсь в шестидневную неделю и в восьмичасовой рабочий день. Всегда есть стремление лучше выполнить свои обязанности, но не всегда это получается.

Считаю, что каждому человеку надо просто честно делать свое дело, делать его правильно, на благо общества, понимать, насколько важно и полезно сделанное для людей. К этому и стремлюсь. ☺

Лариса Юрченко



Аквааэробика и беременность

ЧАСТЬ 2



Анна Ивановна НИКИТИНА,
студентка 420 группы
лечебного факультета
АГМУ,



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

(Продолжение. Начало - в №7(151))

Обычно занятие аквааэробикой подразделяется на четыре части: разминка, аквафитнес, большая перемена, упражнения на дыхание.

Разминка. Начинается с простого плавания от бортика к бортику, затем выполняются упражнения из обычной зарядки для рук и ног, но в воде. Простые упражнения помогут разогреть мышцы и подготовить их к выполнению более сложных упражнений аквааэробики. Чтобы уверенно удерживать тело на плаву, используют специальные дощечки или любые другие приспособления. Разминка позволяет привыкнуть к воде и адаптироваться к новым условиям. При занятиях в воде для поддержания равновесия вам придется задействовать все мышцы. Именно поэтому аквааэробика делает тело таким подтянутым.

Аквафитнес. На этом этапе приступаем к выполнению упражнений аквааэробики. Последовательность и темп упражнений вы можете выбирать самостоятельно. Каждое из них выполняется в 2-4 подхода по 6-8 повторений.

Упражнение 1: сведение и разведение рук.

И.п.: ноги опущены вниз, можно касаться ими дна речки, моря или бассейна. Руки разведены в стороны, большие пальцы смотрят вверх, ладони напряжены, пальцы вместе.

Сводим руки, разворачиваем ладони и разводим в стороны.

Модификация упражнения: при разведении рук не разво-

рачивать ладони - так увеличивается нагрузка на мышцы спины.

Развиваются мышцы груди, спины.

Упражнение 2: сведение и разведение ног. **И.п.:** пятки вместе, носки врозь.



Разводим ноги в стороны и снова соединяем их.

Удобно выполнять упражнение с опорой рук на бортик бассейна или на какое-либо другое возвышение.

Упражнение направлено на укрепление мышц ног.



Упражнение 3: велосипед.

И.п.: корпус слегка наклонен вперед, чтобы мышцы пресса не напрягались.

Выполняйте движения ногами по кругу, как будто едете на велосипеде.

Упражнение укрепляет мышцы ног, заднюю и переднюю поверхность бедра, ягодицы. Хорошо расслабляются мышцы стопы.

Упражнение 4: приседание.

И.п.: пятки вместе, носки врозь.

Делаем глубокое приседание, затем снова выпрямляем ноги в коленях.

С помощью упражнения прора-



Движение - жизнь

батываются приводящие мышцы ног, задняя поверхность бедра, ягодицы, а также мышцы тазового дна, что важно для беременных.

Упражнение 5: сжатие

воды. И.п.: положение стоя, корпус слегка наклонен вперед.

Выполняйте пружинистые движения руками, как будто вы пытаетесь сжать между своими ладонями воду.

Упражнение

полезно для мышц груди.

Упражнение 6: «Лучник».

И.п.: руки вытянуты вперед.

Согните одну руку, отведите локоть назад, затем снова выпрямите руку вперед. Выполняйте движения правой и левой рукой поочередно.

Упражнение развивает мышцы рук и укрепляет верхнюю часть спины.



Упражнение 7: «Ножницы».

И.п.: левая рука вытянута вперед (большой палец смотрит вверх), правая - в сторону, левая нога отведена назад.

Меняем положение: правую руку вытягиваем вперед, левую - в сторону, правую ногу отводим назад. Корпус слегка наклонен вперед, чтобы не на-



прягать мышцы брюшного пресса.

Упражнение укрепляет мышцы груди, спины и ног, особенно задней поверхности бедра.

Дыхательная гимнастика. При задержке дыхания под водой во время занятия плаванием значительно возрастает сердечная деятельность, что приводит к быстрому насыщению каждой клетки организма кислородом и эффективной работе всех мышц. При этом усвоение необходимых питательных веществ происходит в более полном объеме. В результате таких тренировок мышцы становятся более упругими и эластичными.

Упражнение на задержку дыхания включает в себя несколько этапов: погружение под воду, вдох во время выныривания и в конце - выдох в воду.

Упражнение 1: вы должны под контролем инструктора задерживать дыхание всё большее и большее время под водой, тренируя тем самым и легкие, и сердечно-сосудистую систему. Упражнения на задержку дыхания являются прекрасной подготовкой матери и малыша к предстоящим родам, так как во время потужного периода появится необходимость в кратковременной задержке дыхания.

Упражнение 2: приседания в воде. И.п.: стоя в воде, руки на поясе. Сделайте глубокий вдох и присядьте. Задержите дыхание и расслабьте мышцы. Сделайте выдох и примите исходное положение. Это упражнение научит вас контролировать дыхание во время родов.

Занимайтесь аквааэробикой и будьте здоровы! ☺

Большая перемена. После выполнения упражнений вы почувствуете определенную нагрузку на мышцы и усталость, и для вас будет важно немного отдохнуть. Нужно лечь на спину, положив голову на надувную подушку, руки вытянуть в стороны и, расслабившись, отдышаться на воде. Продолжительность 10 минут.



«Это наша общая победа»

В краевом смотре-конкурсе на звание «Лучший специалист со средним медицинским и фармацевтическим образованием-2015» в номинации «Лучший фельдшер» первое место присуждено фельдшеру скорой помощи Барнаула (подстанция «Южная») Алексею Юрьевичу ДУМЧЕНКО.

Из двадцати семи лет общего трудового стажа 23 принадлежат скорой помощи, куда он поступил работать санитаром еще во время учебы на втором курсе Барнаульского медучилища (ныне - Барнаульский базовый медицинский колледж). К тому времени юноша уже имел опыт трудовой деятельности в медицине: по окончании школы, потерпев неудачу на вступительных экзаменах в медицинский институт, решил не терять времени, а начать освоение профессии с азов и устроился в краевую клиническую больницу в оперблок санитаром.

- Мне понравилось. В оперблоке - серьезная хирургия, результаты которой видны сразу. Через год меня уже хорошо знали врачи-хирурги, при необходимости я и на операциях помогал, и по санавиации выезжал с ними в отдаленные точки края на вызовы.

После второй неудачной попытки поступить в вуз Алексей подал документы в училище. Закончил его с красным дипломом. И хотя после этого препятствий для учебы в институте уже не было, поступать туда передумал. И остался работать фельдшером на родной подстанции. Кстати, на скорой помощи он познакомился со своей будущей женой, **Любовь Робертовна** - врач высшей категории, работает с Алексеем Юрьевичем в одной бригаде.

- По вашему мнению, в работе фельдшера что самое трудное?

- На скорой помощи самое трудное - что для фельдшера, что для врача: общение с человеком (или его



родственником), оказавшимся в экстремальной ситуации. Люди находятся в неадекватном состоянии и, как правило, не могут контролировать свое поведение. Нередко это усугубляется алкогольным или наркотическим опьянением. А нам-то надо оказывать помощь пострадавшему, сохраняя при этом выдержку и спокойствие, да еще и пациента или его родственника успокоить, чтобы не мешал работать. Вот это равновесие сохранить и действовать так, будто происходящее никак меня не задевает, для меня и есть самое сложное в нашей работе. Выручает опыт. Еще в первые годы работы на «скорой» я нередко выезжал на вызовы в составе бригады интенсивной терапии на автодорожные происшествия, в общественные места с большим скоплением людей, когда человек находится в бессознательном состоянии, при травмах с угрозой для жизни, огнестрельных ранениях и других экстраординарных случаях. Там требовались четкие и быстрые действия, их алгоритм и осваивался на «автопилоте»: нужно организовать людей на какую-то деятельность, занять их конкретным делом: ты стой здесь и следи за порядком, ты иди сюда и держи вот это, а ты - иди туда и жди, когда позовут. Это отвлекает людей, выводит их из шокового состояния. Они успокаиваются и, по крайней мере, не мешают нам оказывать медицинскую помощь пострадавшим.

- Как вы стали участником конкурса?

- Это не такой конкурс, как его обычно представляют: встали в ряд и давай соревноваться, кто быстрее что-то сделает. Кандидатуры участников выдвигают медицинские учреждения из числа своих сотрудников, кого считают нужным. Сам человек может этого и не знать. Конкурс - закрытый, профессиональный, достоинства участников оценивает специальная комиссия по материалам, представленным медицинскими учреждениями с учетом образования и стажа работы, достигнутых профессиональных показателей и эффективности.



«Лучший фельдшер»

По предположениям самого Алексея Юрьевича, поводом для включения Думченко в число участников стали два примечательных момента в его трудовой деятельности. Так, в прошлом году по рекомендации заместителя главного врача станции скорой помощи по работе со средним медперсоналом **Ольги Леонидовны СЕРЫХ** Алексей Юрьевич был привлечен к работе со студентами Барнаульского базового медицинского колледжа: знакомил со спецификой деятельности скорой помощи, вел практические занятия по отработке на медицинских манекенах навыков оказания помощи пациентам. Вторым решающим аргументом в пользу выдвижения Думченко на конкурс, вероятнее всего, стала успешная реанимация больного на вызове скорой помощи по поводу аллергического отека гортани. Алексей Юрьевич очень хорошо помнит тот прошлогодний случай.

- Мы оказали мужчине первую помощь, повезли в больницу. Состояние пациента было стабильным и не вызывало тревоги. Но в дороге у него внезапно случился ларингоспазм. Из-за отека гортани полностью прекратилось дыхание. Сделали коникотомию прямо в машине скорой помощи: разрежали гортань, вставили трубку, которая обеспечила доступ воздуха в легкие. Эта манипуляция, которая спасает человеку жизнь, выполняется крайне редко. А уж в условиях машины скорой помощи - тем более. В бригаде были мы с женой. Решение принималось мгновенно: человек практически умер, лежал синий и не дышал. От наших действий зависело - или мы спасаем жизнь, или привозим неживое тело.

О своих спасителях пациент узнал уже в больнице, куда его доставила реанимационная бригада, которой Думченко с коллегами передали пациента. Свидетель им больше не пришлось, но по телефону мужчина поблагодарил сотрудников «скорой» за свое спасение.

Конечно, эти моменты были учтены при выдвижении кандидатуры Думченко на Всероссийский конкурс, но решающим аргументом все-таки стала его победа в аналогичном конкурсе в регионе, где он занял первое место в номинации «Лучший фельдшер». И предложение доверить ему представлять Алтайский край на федеральном уровне поступило от коллектива станции скорой помощи. Его, кстати, поддержали и в ББМК, где тоже высоко оценили и деловые, и человеческие качества Алексея Юрьевича, его обаяние, чувство юмора, находчивость. После общения с Думченко многие студенты выразили желание самим поработать на скорой помощи. Может быть, и испытать себя в экстремальных ситуациях, а уж их-то на «скорой» всегда хватает.

Вот и у медицинской пары Думченко их было немало, в том числе и другие успешные реанимации, помимо упомянутого случая. Например, с инфарктом миокарда. Фибрилляция желудочков сердца тоже нередко случается в дороге при доставке пациента на госпитализацию. «Практически это смерть», - уточняет Алексей Юрьевич. Медики проводили дефибрилляцию, инту-



бировавали, словом, спасали человека, доставали, что называется, с того света. И помогал в этом тоже опыт работы в бригаде интенсивной терапии.

- Когда я попал на скорую помощь и впервые увидел, как доктора реально спасают от боли или от смерти, я понял, что «пропал», что уже не смогу жить без самой потребности помогать людям. Мне всегда, еще с детства, нравились анатомия, биология. В десятом классе посещал медицинский кружок при мединституте, и это, кстати, укрепило мое желание целенаправленно заниматься медициной. Хотя мать, отец и старший брат в семье - все инженеры.

- Как вы отнеслись к победе в конкурсе?

- В сущности, независимо от того, участвовал я в конкурсе или нет, победил или нет, - ничего в моей работе, да и в жизни не меняется. Вернее, так: мое отношение к своему делу не меняется. Да, приятно, что так высоко оценён профессиональный уровень. Но ведь я не один работаю. Считаю, что в равной степени эту победу можно разделить с коллегами, с которыми отправляюсь на вызовы. А уж если выделять «показательные» случаи, то врач Любовь Робертовна может претендовать на эти лавры в не меньшей степени. То есть фактически победа в конкурсе характеризует отличную работу администрации службы скорой помощи, которая заметила и оценила мой вклад в наше общее дело, где кадры, как, пожалуй, нигде, решают всё. А подобрать квалифицированных специалистов, создать благоприятные условия для успешной работы в команде - это тоже дорогого стоит. Так что эта победа в конкурсе - наша общая. Она помогает понять, что те двадцать три года, что тружусь в скорой помощи, не зря прожиты.

Честно скажу: **нет ничего дороже, когда ты помогаешь человеку, который уже заглянул за грань иного мира, вернуться.** Когда у него вновь забилось сердце и он открыл глаза. Дороже этого мгновенья в жизни ничего нет. Объяснить это словами невозможно. Но испытал это чувство однажды, ты его уже никогда не забудешь. Это самая большая радость в жизни, которую не оценить ничем. В этом, наверное, и кроется притягательность нашей работы. ☺

Ольга Польщикова



Алкоголь и сердечно-сосудистая система



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

Сердце - главный орган, с помощью которого осуществляется кровообращение в нашем организме, и при попадании алкоголя в кровь оно первым принимает на себя удар. По статистике, более трети всех смертей от болезней сердца связаны именно с употреблением алкоголя.

В современном мире алкоголь стал серьезной проблемой для всего человечества. Люди предпочитают решать свои проблемы при помощи распития спиртных напитков, что зачастую приводит к серьезным проблемам со здоровьем.

Россияне выпивают по любому поводу, при этом мало кто задумывается о влиянии алкоголя на свой организм, считая: «Я выпиваю умеренно и не очень часто, поэтому вред меня не касается». Но безопасных доз алкоголя не бывает!

Злоупотребление спиртными напитками - это чаще всего результат плохого воспитания, подражания дурным манерам, обычаям и привычкам. И многие знают, что употребление алкоголя вредно отражается на здоровье человека, но далеко не все осознают размер этого вреда.

Пока выпитый алкоголь циркулирует в крови, сердце работает в неблагоприятном для себя усиленном (в несколько раз!) режиме. Пульс увеличивается до 100 ударов в минуту и выше, в организме нарушаются обмен веществ и питание сердечной мышцы. У людей в состоянии алкогольного опьянения наблюдается учащенное сердцебиение, происходит нарушение нормального кровообращения, повышается кровяное давление, что ведет к разрушению мельчайших кровеносных сосудов. Самое наглядное тому подтверждение - это покраснение в области носа у часто пьющих людей и покрасневшие глазные белки, как правило, на утро после принятия дозы алкоголя. Являясь клеточным ядом прямого действия, *алкоголь повреждает клетки сердечной мышцы и повышает давление* (даже при однократном приеме - на несколько дней), *отравляя нервную и сердечно-сосудистую системы.*

Многие исследования указывают на то, что чем больше человек употребляет алкоголя, тем выше риск развития болезней сердца и сердечных приступов.

Еще совсем недавно проблемы с гипертонией и давлением встречались исключительно у людей преклонного возраста, но последние лет 10-15 всё чаще этим недугом начинает страдать и молодое поколение. Самая главная причина такого роста - это влияние алкоголя на кровяное давление из-за злоупотребления спиртным. В свою очередь артериальная гипертония является главной причиной

смертности из-за проблем с сосудами у молодых людей. При приёме алкоголь начинает оказывать влияние на сосуды, расширяя их, что кратковременно позволяет стабилизировать давление, но впоследствии начинается спазмирование сосудов и у человека учащается сердцебиение.

Употребление алкоголя всегда и значительно повышает риск возникновения кардиомиопатии и аритмии сердца. Уже давно получены неоспоримые доказательства прямой связи между употреблением алкоголя и внезапной коронарной смертью, а также инфарктом миокарда.

Спирт действует не только на миокард, но **вызывает изменения тонуса сосудов и распределения ионов в тканях сердца** (в основном калия и магния). Последнее - крайне важный момент для правильной работы сердца (для ритмичности его сокращений). Если ионный баланс неправильный, это создает условия для возникновения аритмий. В результате регулярного употребления алкоголя в сердечной мышце **развивается дистрофия клеток миокарда, а вокруг сосуда разрастается соединительная ткань** (периваскулярный фиброз). Слой этой соединительной ткани вокруг сосуда как дополнительная «гидроизоляция» не даёт попадать из сосуда ни кислороду, ни питательным веществам, растворенным в крови. В этих условиях клетки миокарда находятся «на голодном пайке». **Возникает недостаток кислорода в тканях** (ишемия). Часть клеток сердечной мышцы гибнет, и их место также занимают соединительная ткань и жир. И получается, что клеток миокарда становится меньше, и они становятся склонны к тому, чтобы сокращаться аритмично.

Если человек употребляет алкоголь, имея такие нарушения в сердце, то все патологические процессы: склонность к аритмичному сокращению и ишемия - усиливаются. **При этом высок риск, что ишемия перейдет в инфаркт миокарда, а отдельные аритмичные сокращения (экстрасистолы) - в смертельные виды аритмий (фибрилляция желудочков).** Ⓜ



Режим и личная гигиена беременных

Физиологические изменения, возникающие в период беременности, оказывают благоприятное действие на организм здоровой женщины, способствуя полному развитию важнейших функциональных систем. В этих условиях беременность, как правило, переносится легко.

Однако нарушения гигиены, неправильное питание, избыточное психическое и физическое напряжение могут вызвать нарушение физиологических процессов и возникновение осложнений беременности. У женщин с признаками задержки развития половой системы, перенесших аборт, гинекологические и экстрагенитальные заболевания, стрессовые ситуации и другие патологические состояния, нарушение физиологических процессов, присущих беременности, может произойти даже при незначительных нарушениях общего режима и правил гигиены.

Беременная должна соблюдать правила личной гигиены, способствующие сохранению здоровья, нормальному развитию плода, профилактике осложнений беременности и родов.

При правильном образе жизни беременной нет необходимости вносить существенные изменения в общий режим. Здоровые беременные выполняют привычную физическую и умственную работу, являющуюся потребностью каждого человека. Работа способствует правильному функционированию нервной, сердечно-сосудистой, мышечной, эндокринной и других систем, мышц, суставов, связочного аппарата и других. Труд, особенно сопряженный с двигательной активностью, необходим для нормального обмена веществ.

Практика показывает, что **гиподинамия беременных способствует ожирению, снижению тонуса мышечной системы, нарушению функции кишечника (запор), слабости родовых сил и другим осложнениям.** Физические упражнения оказывают положительное влияние на течение беременности и родов. В то же время беременная дол-

жна избегать повышенных нагрузок, вызывающих физическое и умственное переутомление.

Врач женской консультации следит за выполнением законодательства, охраняющего здоровье будущей матери. *Беременных не привлекают* к работе в ночное время, к работе сверхурочной, а также связанной с подъемом и перемещением тяжестей, вибрацией, воздействием высокой температуры, радиации, ряда химических веществ и других агентов, способных оказать вредное влияние на организм матери и плода. *Беременным запрещены* езда на велосипедах и других видах транспорта, сопряженная с вибрацией и сотрясанием тела, все виды спорта, связанные с бегом, прыжками, резкими движениями и эмоциональным напряжением.

Рекомендуется в любое время года совершать прогулки, а также использовать другие возможности длительного пребывания на свежем воздухе. Продолжительность и темп ходьбы следует соразмерять со степенью тренированности, возрастом и состоянием здоровья беременной.

Очень важен хороший сон - продолжительностью не менее 8 часов в сутки. В случае нарушений сна предпочтительны гигиенические меры (прогулки перед сном, оптимальная температура и свежий воздух в комнате). Применение снотворных средств нежелательно в связи с возможностью их влияния на плод.

Заслуживают внимания вопросы половой гигиены. Теоретически оправдано воздержание от половой жизни в течение всей беременности, потому что значительные колебания гемодинамики в бассейне сосудов половой системы нельзя признать физиологичес-



Анна Викторовна ПАНЧЕНКО,

акушерка, высшая квалификационная категория, КГБУЗ «Родильный дом №1, г.Барнаул», член АРОО «ПАСМР» с 2005 года



◀ кими. Более того, они могут способствовать прерыванию беременности, особенно у женщин с признаками инфантилизма, перенесших воспалительные и другие заболевания половых органов, имеющих осложненный акушерский анамнез. Однако полный отказ от половой жизни практически нереален, поэтому следует ограничить ее в течение первых 2-3 месяцев и прекратить в последние месяцы беременности.

Гиперемия половых органов, разрыхление слизистых оболочек влагалища и шейки матки содействуют развитию воспалительных заболеваний в случае занесения патогенной флоры при половых сношениях. Известно, что указанные изменения содействуют развитию у беременных хламидийного и гонорейного кольпита (в случае инфицирования хламидиями и гонококками), который у небеременных женщин возникает редко в связи с тем, что многослойный плоский эпителий слизистой оболочки влагалища не является благоприятной средой для развития гонорейного и хламидийного воспалительного процесса. Возможно заражение трихомонадами, дрожжеподобными грибами рода *Candida*, микоплазмами, вирусами, которые вызывают у беременных кольпит и цервицит.

Уход за кожей во время беременности также имеет очень большое значение. Для обеспечения выполнения сложных функций кожи необходимо следить за ее чистотой: принимать душ, ванны, обтирания. Это способствует осуществлению выделительной, дыхательной и других функций кожи, благотворно действует на сосудистую и нервную системы, регулирует сон и другие виды деятельности организма.

Здоровым беременным рекомендуются воздушные и солнечные ванны. Продолжительность воздушных ванн - сначала 5-10 минут, а по мере закаливания - 15-20 минут при температуре воздуха 20-25°C. При других температурных условиях и в зависимости от степени тренированности режим воздушных ванн меняется (или они не рекомендуются). Солнечные ванны назначает врач в зависимости от климатогеографических условий, но с учетом рационального их использования. **Следует избегать интенсивного действия солнечных лучей.** В зимнее время желательно общее ультрафиолетовое облучение, проводимое под наблюдением физиотерапевта.

В женской консультации **начинается профилактика трещин сосков и маститов.** В основном она сводится к



ежедневному обмыванию молочных желез водой комнатной температуры с мылом (детским) и последующему обтиранию жестким полотенцем. При сухой коже за 2-3 недели до родов полезно ежедневно смазывать кожу молочных желез, включая ареолу, нейтральным кремом (например, детским). Воздушные ванны для молочных желез проводят по 10-15 минут несколько раз в день. При плоских и втянутых сосках рекомендуется массаж, которому женщину обучает врач или акушерка. Следует носить удобные бюстгалтеры (желательно хлопчатобумажные), не стесняющие грудную клетку. Во избежание застойных явлений молочные железы должны находиться в приподнятом положении.

С целью профилактики мастита следует выявлять беременных, ранее страдавших этим заболеванием, с наличием гнойной инфекции любой локализации при настоящей беременности, с мастопатией и другой патологией молочных желез. В обменной карте таких беременных отмечается риск возникновения мастита. Одежда беременной должна быть удобной, не стеснять грудную клетку и живот. Предпочтительны хлопчатобумажные изделия, которые можно часто менять и стирать. Не следует носить одежду из тканей, затрудняющих дыхательную, выделительную, терморегулирующую и другие функции кожи (из ацетатных, вискозных и других волокон). Во второй половине беременности рекомендуется ношение бандажа. ☺

Беременная должна избегать контакта с больными общими и очаговыми инфекционными заболеваниями. Необходимо устранить все очаги инфекции, возникшие до и во время беременности (ангина, тонзиллит, кариес и другие воспалительные заболевания стоматологического профиля, а также кольпит, фурункулёз и другие).



Жизнь с глаукомой

Глаукомой страдают 2-3% населения земного шара независимо от пола, расы и национальности. Сегодня более 70 миллионов человек во всем мире страдают глаукомой, 8млн. из которых ослепли в результате этого заболевания.

Считается, что 70млн. - это только половина больных, которым известно о своем заболевании. Как минимум еще столько же пациентов не знают, что они больны глаукомой, и продолжают медленно и незаметно терять зрение. Глаукома чаще развивается после 40 лет, и в среднем ее распространенность составляет 1,5-2%, с возрастом этот показатель увеличивается до 12% (у пациентов старше 80 лет), но глаукома бывает и у новорожденных.

Нелеченая глаукома ведет к прогрессирующей потере зрения вплоть до слепоты. Потеря зрения при глаукоме - необратимый процесс, поэтому основная задача, которая стоит перед вами и вашим доктором, - остановить заболевание на той стадии, во время которой вы обратились за помощью.

Что такое глаукома?

Глаукома - это хроническая болезнь глаз, характеризующаяся постоянным или периодическим повышением внутриглазного давления (ВГД), что ведет к поражениям волокон зрительного нерва и нарушениям зрительных функций.

К повышению внутриглазного давления ведет накопление жидкости внутри глаза. Чтобы понять это, давайте представим раковину с постоянно открытым краном, из которого вода вытекает и затем сливается в водосточную трубу. Если

труба засоряется, то раковина переполняется и вода выливается на пол. Так и внутриглазная жидкость постоянно циркулирует в переднем сегменте глаза. Эта жидкость вырабатывается цилиарным телом, находящимся позади радужной оболочки. Она омывает роговицу и хрусталик и затем оттекает через крохотное соединительно-сетчатое образование, выполняющее роль дренажной системы глаза. И если эта дренажная система выходит из строя, тогда нарушается баланс между притоком и оттоком жидкости в глазу. Глаз в отличие от раковины является закрытой системой, поэтому жидкость не может «перелиться» и покинуть внутриглазное пространство. Подобное накопление жидкости приводит к увеличению внутриглазного давления.

Чем грозит повышенное ВГД

Чтобы понять, как повышенное ВГД становится причиной потери зрения, давайте представим, что глаз - это воздушный шар. Если накачать в него слишком большой объем воздуха, давление в нем возрастет и шар лопнет. Но глаз - довольно прочный орган, и потому он не лопается, вместо этого он начинает сдавливать окружающие ткани. Наиболее слабым местом, подвергающимся такому воздействию, является зрительный нерв. Своевременно начатое лечение может остановить дальнейшее поражение зрительного нерва, потерю зрения и предотвратить слепоту.

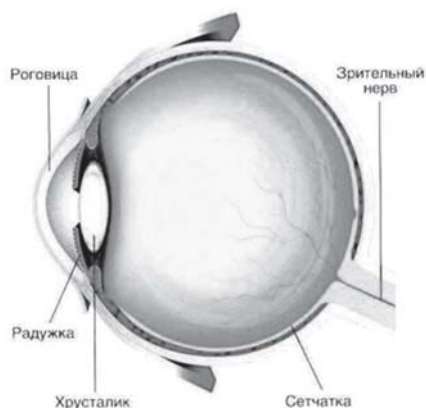
Проявления нарушения зрения при глаукоме

Самым важным симптомом глаукомы является возникновение дефектов полей зрения (то есть того пространства, которое мы видим вокруг себя). Нормальное поле зрения (рис. 1) помогает нам ориентироваться, позволяет видеть сразу мно-



**Эмма Давыдовна
ГЕРМАН,**

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



Советы медицинской сестры

◀ го предметов, их относительную величину и расположение. В начальной стадии глаукомы чаще всего отмечаются малозаметные выпадения небольших центральных участков поля зрения. При прогрессировании глаукомы выявляется неуклонное сужение периферических границ полей зрения (рис. 2). На поздних стадиях сохраняется трубчатое центральное зрение или островок зрения располагается эксцентрично в височной части поля зрения (рис. 3). В терминальной стадии глаукомы зрение исчезает полностью.

Факторы развития глаукомы

Причина этого заболевания неизвестна. В то же время установлен ряд факторов, которые повышают вероятность развития глаукомы:

- ◆ повышение ВГД;
- ◆ возраст больше 40 лет (с возрастом риск возрастает);
- ◆ наличие глаукомы у ближайших родственников;
- ◆ наличие сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой системы: артериальная гипер- и гипотония, вегетососудистая дистония, мигрень и т.д.;
- ◆ близорукость;
- ◆ длительное применение стероидов.

Если вам или вашим родственникам, знакомым больше 40 лет и они обнаружили наличие какого-либо из перечисленных выше факторов риска, настоятельно рекомендуется консультация офтальмолога!

Необходимые диагностические обследования

- ◆ **Тонометрия** - определение ВГД;
- ◆ **офтальмоскопия** применяется для обследования внутренних структур глаза, особенно зрительного нерва;
- ◆ **периметрия** - тест для определения границ полей зрения.

Как лечить глаукому?

Благодаря современным методам лечения большинству больных удастся сохранить зрение и радость восприятия окружающего мира. Основная задача лечения глаукомы - остановить прогрессирование болезни и

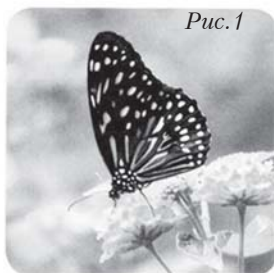


Рис. 1



Рис. 2

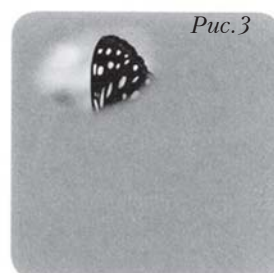


Рис. 3

дальнейшее ухудшение зрения. В зависимости от степени выраженности глаукомы проводят медикаментозное лечение с помощью глазных капель, лазерное лечение или хирургическое вмешательство.

Помните, что глаукома - это хроническое заболевание, которое требует применения лекарственных средств на протяжении всей жизни больного. Первой ступенью лечения, имеющей целью снижение ВГД, является **назначение глазных капель**. Для увеличения эффективности контроля ВГД врач может назначить одновременно несколько разных видов глазных капель. Если доктор прописал вам глазные капли, их следует закапывать регулярно, без перерывов в лечении. *Каждое самовольное прекращение лечения может привести к необратимому ухудшению зрения.*

То, что вам просто необходимо делать с момента диагноза глаукомы, - это ежедневно закапывать капли, соблюдать все рекомендации врача и регулярно обследоваться у офтальмолога.

Хирургическое или лазерное лечение?

При неэффективности медикаментозного лечения или наличии противопоказаний к применению глазных капель врач может порекомендовать лазерное лечение. Это амбулаторная практически безболезненная процедура, занимающая всего несколько минут.

В более сложных случаях, когда медикаментозная и лазерная терапия неэффективны, врач вынужден при-

бегнуть к оперативному вмешательству.

Если врач прописал вам закапывание капель после операции, то делать это необходимо!

Очки и контактные линзы при глаукоме?

Очки не влияют напрямую на течение глаукомы, но могут быть необходимы для коррекции зрения.

Серьезных причин для отказа от контактных линз нет. Однако, особенно после операции, они могут вызвать раздражение, поэтому проконсультируйтесь по этому вопросу с вашим врачом.

Советы на каждый день

Не работайте с большими эмоциональными или физическими нагрузками, а также никогда не выполняйте длительную физическую работу с наклоненной головой.

Если вы - увлеченный садовод-огородник, то **приобретите низкую устойчивую скамеечку** и занимайтесь прополкой, сидя на ней и передвигаясь вдоль грядки. **Голова должна быть защищена от солнца** кепкой, панамой, а лучше всего шляпой с широкими полями; глаза должны быть защищены качественными солнцезащитными очками.

Ученые доказали, что многочасовое сидение перед экраном компьютера увеличивает риск глаукомы у людей, уже страдающих близорукостью.

Соблюдайте рекомендации врача, лечитесь постоянно, ведите предписанный вам образ жизни. ☺



КОНТАКТНЫЙ ТЕЛЕФОН

Алтайской региональной Профессиональной ассоциации средних медицинских работников:
(8-3852) 34-80-04

E-mail: pasmr@mail.ru сайт: www.pasmr.ru



Что такое «АТ к ТПО», или Не так страшен черт, как его малюют

Щитовидная железа - эндокринный орган, являющийся «метрономом» всего организма. От её правильной работы зависит деятельность сердца, нервной системы, желудочно-кишечного тракта, репродуктивной системы и другое.

Основным гормоном, который вырабатывает щитовидная железа, является **тироксин** (в крови определяется как «Т4 свободный» («Т4 св»)). Регулятором секреции щитовидной железы является **тиреотропный гормон (ТТГ)**.

Нередко наряду с ТТГ и Т4 св определяется маркер иммунологической настроженности (не гормон!) АТ к ТПО (**антитела к тиреоидной пероксидазе**). Данный иммунологический показатель часто используют в скрининговом обследовании беременных женщин и женщин, готовящихся к материнству (в процессе прегравидарной подготовки). **Повышение уровня АТ к ТПО - это показатель агрессии своей иммунной системы к компонентам своей щитовидной железы (тиреоидной пероксидазе).**

Изолированное (при норме ТТГ и Т4 св) повышение этого иммунологического показателя даже в десятки раз не является заболеванием и не требует какого-либо лечения. В данном случае человек, имеющий повышение АТ к ТПО, входит в

группу так называемого риска по возможному развитию патологии щитовидной железы. А в реальной жизни означает, что необходимо один раз в год проводить УЗИ щитовидной железы и исследовать уровень гормонов: ТТГ и Т4 св.

Есть другой вариант, когда повышен уровень АТ к ТПО при изменении ТТГ и Т4 св. В таком случае АТ к ТПО являются **маркером для верификации** (установления) **диагноза аутоиммунного тиреоидита**, который требует гормональной коррекции.

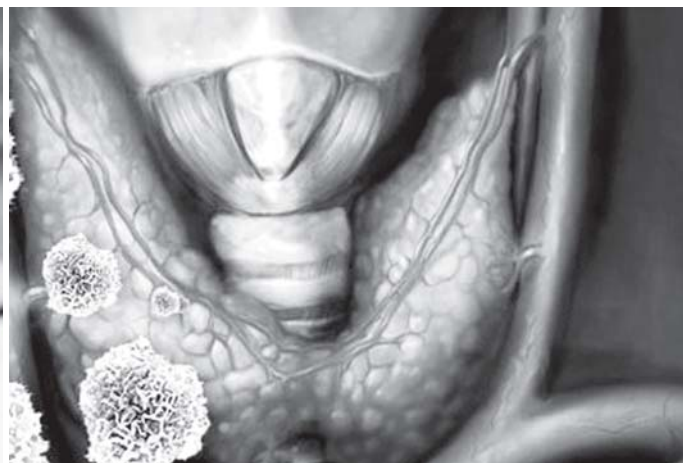
Еще раз обращаю ваше внимание, что **повышение АТ к ТПО - это диагностический признак, сам по себе не требующий медицинского вмешательства. Лекарственную коррекцию проводят измененных Т4 св и ТТГ.**

И в заключение хочу отметить следующее. В настоящее время при хорошо развитой лабораторной диагностике клиническое мышление остается первостепенным. А задача грамотного доктора - лечить не анализ, а больного! ☺



Инна Александровна ВЕЙЦМАН,

врач-эндокринолог,
кандидат медицинских наук, высшая квалификационная категория,
эндокринологическое отделение,
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»



Синдром гиперактивности у детей: что делать?

Олег Леонидович БАЖЕНОВ,
врач-психотерапевт,
Алтайская краевая
детская консультативно-
диагностическая
поликлиника

Синдром гиперактивности, или дефицита внимания, у детей встречается достаточно часто и заметно сдерживает правильную и комфортную адаптацию ребенка в социуме. Признаки гиперактивности чаще встречаются у мальчиков, чем у девочек, и требуют правильного поведения взрослых и помощи специалистов.

Как известно, детскому возрасту свойственны подвижность, любознательность. Но если до шести лет взрослые считают такое поведение ребенка естественным, то позднее, в первом и во втором классе, они вынуждены признать: ребенку непросто спокойно сидеть на уроках, ему трудно слушать и воспринимать объяснение учителя, он заметно отличается от своих сверстников своей невнимательностью и нуждается в последовательной сторонней помощи.

Первым шагом должно стать обращение к врачу. Но к какому? И вот здесь нужно разобраться досконально, чтобы исключить последующие ошибки. Возможно обращение к трем специалистам: неврологу, психологу и психотерапевту. Но все они занимаются решением разных проблем и разными методами.

Невролог - это врач, лечащий нарушения нервной системы и диагностирующий наличие серьезных расстройств ЦНС. Он лечит тело. *Психиатр* - врач, который лечит душу, или психику, то, что в меньшей степени связано с телом. *Психолог* - специалист, который имеет неврачебную специальность, полученную на немедицинском факультете, и его задача - «лечить» словом. Если же он рассчитывает работать в медицине, то должен дополнительно получить специальность по клинической или медицинской психологии. Подчеркнем сразу: поскольку психолог - не врач, то в его прерогативу не входят постановка диагнозов и назначение лекарственных средств. **Психолог вправе психологически скорректировать состояние человека.** Психолог проводит тестирование, по которому дает заключение. Если это опытный специалист, он обязательно поймет, в каком случае состояние ребенка связано с биологическими нарушениями. И посоветует прийти на прием к психиатру или психотерапевту.

Какие задачи решает *психотерапевт*? Почему со всеми вопросами желательно обращаться именно к нему?

Синдром гиперактивности требует медикаментозного лечения, которое и пропишет психотерапевт. Если оно не будет назначено вовремя и грамотно, серьезно пострадает ребенок.

Между тем, различные специалисты крайне редко направляют ребенка к психотерапевту, при этом среди обратившихся за помощью в поликлинику каждый второй нуждается в назначениях именно психотерапевта.

Нужно ли лечить гиперактивных детей? Обязательно. В отсутствие лечения страдает не только сам ребенок, но и родители, воспитатели, учителя, поскольку процесс социальной адаптации ребенка в школе, в обществе проходит непросто и занимает довольно длительное время.

Отдельный вопрос - квалификация психотерапевта. В идеале он должен обязательно сначала поработать психиатром, желательно - не менее трех лет. *Грамотный психотерапевт способен оказать помощь и психологическую, и терапевтическую.* В его арсенале главное - общение с ребенком и родителями и грамотная лекарственная коррекция. Необходимо доставить питание для мозга, только врач - не психолог - может найти решение этой задачи.

Однако правильному выбору специалиста нередко мешает наш менталитет. Мы боимся врача-психотерапевта. Приход к нему на прием воспринимается неким клеймом, подтверждающим полную несостоятельность. При этом невролог едва ли может получить тот результат, которого достигнет психотерапевт. **Я, как психотерапевт, рассматриваю синдром гиперактивности как диагноз семьи.** Длительное время страдают и делают ошибки все: и взрослые, и дети. Ребенок оказывается между молотом и наковальней, между требованиями родителей и учителей и собственным состоянием. Он искренне стремится соответствовать требованиям взрослых, но не может этого сделать в силу своих биологических особенностей. И тогда страдают учеба и поведение, не складываются отноше-



ния со сверстниками. И помочь изменить ситуацию может только грамотный специалист - врач.

Часто задают вопрос: **в каком возрасте по поведению ребенка можно уже наверняка говорить о синдроме гиперактивности?** Для одних детей это очевидно уже в годовалом возрасте. Они не ползают - они сразу встают на ножки. В два года такой ребенок выделяется на фоне обычных детей своей активностью. Но есть и другая категория, принадлежащие ей дети обращают на себя внимание в так называемые сенситивные периоды, когда жизнь ребенка меняется: приходит время идти в школу, четвертый класс сменяется пятым и т.д. Родители начинают сравнивать, как ведут себя другие дети и их ребенок. Оказывается, что непоседливость, которая прежде не настораживала, теперь требует определенных мер, противодействия. *И если ребенку не помочь в этой ситуации - при растущих требованиях со стороны взрослых, можно получить с его стороны в качестве декомпенсации срыв, негативное отношение к школе, болезни.* Грань между активностью ребенка и гиперактивностью в состоянии определить только специалист.

От некоторых врачей можно слышать следующее: вырастет ребенок - и всё пройдет. Подобное «ожидание» приводит к тому, что ребенок начинает озлобляться, впадает в депрессию. *Выполнение требований взрослых - выше его сил. У ребенка есть биологическое несоответствие возрасту структуры мозга.* Он не может быть таким, как от него требуют, не может быть настолько внимательным, как от него хотят. Если взрослый человек, находящийся рядом, это понимает, он идет с ребенком к врачу, если нет - продолжает бороться с болезнью своими методами.

Грамотный специалист назначит медикаментозное лечение и психологическую коррекцию. За свою практику я не видел случаев гиперактивности, при которых не были бы нужны медикаментозные средства. Мозгу нужен кислород, питание. А психологические методы этого дать не могут. Не зря после завершения курса лечения родители говорят врачу: «Вы знаете, ребенок стал послушным, внимательным. Слышит, что ему говорят, и выполняет». Изменения в поведении связаны с тем, что налажено кровооб-



ращение в мозге благодаря лекарственным препаратам.

Поэтому не откладывайте свой визит с ребёнком на прием к неврологу или психотерапевту, чтобы получить ответы на все вопросы, возможно - пройти курс назначенного лечения.

Не надо бояться и стесняться при- ставки «психо» в названии специалиста. Если попробовать оценить тенденцию, сложившуюся в мире, страх перед психиатрами и психотерапевтами является общечеловеческим. Так, в США уже с начала XXI века хорошо налажена преемственность между обычными центрами здравоохранения и центрами психического здоровья. Но только 10% пациентов, направляемых на прием к психиатру, действительно до него доходят. Причина кроется на инстинктивном уровне: больше всего человек боится поранить душу.

По этой же причине на прием к психотерапевту подавляющее большинство пациентов приходят только один раз. Хотя неизменно родителям подробно объясняю, какие проблемы ждут ребенка в переходном возрасте, если не провести курс лечения своевременно. Я не лечу ребенка, с которым ко мне приходят, - я лечу семью. В некотором смысле отвечаю за позитивный настрой семейных отношений. Поэтому я заинтересован, чтобы на прием вместе с ребенком приходили все, кто участвует в его воспитании: родители, бабушки и дедушки. Но, к сожалению, в большинстве случаев на приеме дети только с мамами. Это тоже проявление нашей действительности, нашего менталитета. ☺

Если родители откладывают визит к врачу, стремятся «приучить» ребенка к регулярному выполнению домашних заданий, становятся излишне строгими, - результат будет только в том случае, если гиперактивности как таковой у ребенка нет.





Физические факторы и беременность. Возможности физиотерапии в акушерстве

Ольга Анатольевна ПЯТАЙКИНА,
медицинская сестра
по физиотерапии,
КГБУЗ «Перинатальный
центр (клинический)
Алтайского края»

Лекарственные препараты способны проникать к развивающемуся плоду и оказывать на него не всегда положительное воздействие. К сожалению, без лекарств часто бывает не обойтись.

Физиотерапевтическое лечение во время беременности должно соответствовать двум главным условиям: помогать будущей маме и не вредить малышу. И именно физиотерапия нередко позволяет добиться такого же лечебного эффекта при меньших дозах лекарственных препаратов и уменьшить неблагоприятное действие на плод.

Цель физиотерапии - это достижение наилучшего эффекта в лечении какого-либо заболевания при наименьшей нагрузке на организм пациента, используя, в основном, физические методы лечения.

Лечебные физические факторы широко используются при беременности. Как правило, в период ожидания ребенка могут быть использованы *электрофорез* и *электрорелаксация*. Так, при ранних токсикозах беременных они оказывают положительное влияние на рвотный вегетативный центр в головном мозге. При угрозе прерывания беременности возможно снижение тонуса матки, например, при использовании электрофореза с магнием, так как магний снижает чувствительность матки к окситоцину, гормону, вызывающему мышечные сокращения матки.

При проведении физиотерапевтического лечения наблюдается целый ряд положительных эффектов:

- сокращение сроков лечения,
- мягкие безболезненные лечебные эффекты,
- профилактика осложнений и рецидивов,
- отсутствие побочных эффектов, свойственных медикаментозному лечению,
- снижение лекарственной нагрузки

ки или, в некоторых случаях, отказ от них.

Лечебные процедуры назначают врачи, которые одновременно имеют две специальности: акушеры-гинекологи и физиотерапевты. После обследования и установки диагноза заболевания, лечение которого требует назначения физиотерапии, каждой пациентке индивидуально подбираются методики проведения процедур.

Многочисленные методики могут быть *внеполостными*, то есть наружными с локализацией воздействия на определенных участках кожного покрова женщины, *внутриполостными* (ректальные, вагинальные) и *их сочетание*. Внутриполостные методики, как правило, более эффективны, чем внеполостные процедуры.

Преформированные физические факторы, как и все другие методы лечения, назначаются с учетом противопоказаний.

В краевом Перинатальном центре используются современные методы лечения, получившие наибольшее количество положительных результатов и отзывов:

- абдоминальная декомпрессия,
- ТЭС-терапия,
- лазерная терапия.

Абдоминальная декомпрессия - это физиотерапевтическая проце-



Школа ответственного родительства

дура, выполняемая путем лечебного воздействия пониженным (отрицательным) давлением воздуха на нижнюю часть тела. Она включена в регионарную программу «Безопасное материнство». Данная процедура успешно применяется в нашем Перинатальном центре, показав хорошие результаты.

Абдоминальная декомпрессия позволяет не только сохранить беременность (в 97% случаев), сократить сроки пребывания в стационаре, но и исключить необходимость в стационарном лечении (в 86% случаев).

Важный фактор локальной декомпрессии - усиление транспорта кислорода и метаболитов, обеспечивающее нормализацию функции плаценты и снятие гипоксии плода. При этом изменение объемного кровотока в органах брюшной полости снимает сосудистый спазм, обусловленный гипертензией, что приводит к снижению выраженности клиники гестоза. Лечебный эффект достигается также в результате улучшения кровоснабжения почек, функции которых снижена при гестозе.

Опыт работы с комплектом показал, что даже у матерей из группы риска (первые роды после 30 лет, гинекологические выкидыши), которые прошли родовую курс процедур, роды прошли без осложнений. Дети, рожденные матерями, прошедшими родовую курс процедур, отличаются ускоренным физическим и интеллектуальным развитием, а также повышенной иммунной устойчивостью по сравнению со сверстниками из контрольной группы.

Показаниями для лечения методом абдоминальной декомпрессии являются: угроза прерывания беременности; ранние токсикозы беременности; поздние гестозы легкой и средней степени тяжести; гипоксия или угроза гипоксии плода и гипотрофия плода.

ТЭС-терапия - это вид транскраниальной электростимуляции (ТЭС), который является неинвазивным и немедикаментозным методом лечения и осуществляется слабым током специальных характеристик через электроды, поме-



щаемые на кожу головы. Включение сеансов ТЭС-терапии в комплексное лечение гестоза легкой и средней степени тяжести, раннего токсикоза патогенетически обосновано, так как этот простой и безопасный немедикаментозный метод обладает гомеостатическим действием на гормональный статус, способствует выработке эндорфинов, обладает обезболивающим эффектом.

Лазерная терапия широко применяется у родильниц с целью профилактики гнойно-септических осложнений. Одной из важнейших задач в послеродовом и послеоперационном периодах является оптимизация течения всех компонентов воспаления и выведение организма родильницы из состояния транзиторного иммунодефицита, связанного с беременностью и операцией. В последнее время появились принципиально новые технологии, используемые в молекулярной биологии и медицине, которые оказывают системное воздействие на организм человека и создают предпосылки для разработки новых методик для борьбы с инфекцией.

Лечебные процедуры назначают врачи, которые одновременно имеют две специальности: акушеры-гинекологи и физиотерапевты.



◀ **Магнитолазерная терапия** - это сочетание лазерного излучения с воздействием магнитного (чаще постоянного) поля. Этот метод лечения эффективно применяется в профилактике и лечении инфекционно-септических осложнений после перинеотомии, эпизиотомии, разрывов промежности I-III степени. В современной акушерской практике частота рассечения промежности в сочетании с разрывами ее во время родов составляет до 40%, количество осложнений послеоперационных ран промежности - 7-20%.

К показаниям для проведения магнитолазерной терапии относятся:

- профилактика спаечного процесса после кесарева сечения;
- профилактика воспалений и нагноений швов;
- нагрубание молочных желез, лактостаз в послеродовом периоде;
- маститы;
- эндометриты;
- субинволюция матки;
- симфизит;
- геморрой в послеродовом периоде.

В зависимости от клинической ситуации при использовании физических факторов достигаются следующие лечебные эффекты:

- уменьшение отека тканей, обезболивание в зоне воздействия,
- ускорение процессов заживления раны,
- улучшение кровоснабжения тканей в зоне воздействия, противовоспалительный эффект,
- усиление эффекта медикаментозных средств,
- рефлекторное воздействие на сопряженные органы и системы организма,
- нормализация гормонального баланса,
- бактериостатический и даже бактерицидный эффекты.

Таким образом, многолетний положительный опыт свидетельствует о целесообразности использования лечебных физических факторов в комплексе терапевтических мероприятий при беременности и после родов с целью улучшения репродуктивного здоровья женщин.



Краевому центру

Постановление Администрации Алтайского края от 24.08.2000 №646 дало начало новому этапу развития организации оказания экстренной консультативной специализированной медицинской помощи жителям городов и сельских районов, известной с 30-х годов как санитарная авиация.



В основные задачи КГКУЗ «Краевой центр медицины катастроф» (КЦМК) вошли оказание экстренной помощи в повседневном режиме работы, ряд задач по сохранению жизни и здоровья людей, попавших в чрезвычайные ситуации различного характера, ликвидация медико-санитарных последствий ЧС природного, техногенного, биолого-социального характера, прогнозирование и планирование работы в ЧС, создание и накопление резервов, необходимых для работы, подготовка кадров и обучение людей способам оказания первой помощи. **В КЦМК организованы и функционируют:** отделение экстренной консультативной медицинской помощи с бригадами специализированной медицинской помощи постоянной готовности и мониторинга неотложных состояний с оперативно-диспетчерской службой; филиалы в Бийске, Рубцовске, Славгороде с отделениями экстренной консультативной медицинской помощи; отдел безопасности краевых ЛПУ; краевой антирабический центр; учебно-методический центр «Школа медицины катастроф».

Существенным вкладом в развитие Центра стало создание в своё время филиалов службы в отдаленных медицинских округах края межрайонных подразделений КЦМК, оказывающих скорую специализированную медицинскую помощь и выполняющих функции органов оперативного управления ликвидацией ЧС в своем медицинском округе. Это позволило сократить в 2-2,5 раза сроки оказания экстренной медицинской помощи и максимально приблизить ее к сельским жителям. Филиалами руководят опытные специалисты, врачи высшей катего-



медицины катастроф - 15 лет!

рии: **В.Н. ЛЕОНЕНКО**, заведующий отделением экстренной консультативной медицинской помощи Славгородского филиала КЦМК, кандидат медицинских наук; **Н.И. ШПАК**, заведующая отделением экстренной консультативной медицинской помощи Рубцовского филиала КЦМК, награждена Почетной грамотой Минздравсоцразвития РФ; **О.А. ДУБИНИН**, заведующий отделением экстренной консультативной медицинской помощи Бийского филиала КЦМК, награжден Почетной грамотой Минздравсоцразвития РФ.

Улучшение качества работы Центра достигается не только привлечением и постоянной подготовкой кадров, которые способны оказать высококвалифицированную специализированную медицинскую помощь, но и использованием современного медицинского оборудования и эффективных технологий оказания скорой специализированной медицинской помощи. Широко внедрены эндоскопические методы диагностики и оперативных вмешательств.

В регионе **продолжается выполнение мероприятий принятой в крае Стратегии медицинского обеспечения безопасности дорожного движения**. Главным управлением Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности в рамках реализации целевых программ для Центра было приобретено новейшее медицинское оборудование, скоростной комфортабельный специально оснащенный автотранспорт.

Оперативность работы КЦМК во взаимодействии со службой скорой помощи позволила сохранить жизнь многим людям, пострадавшим при крупных дорожно-транспортных авариях, пожаре в Михайловском районе (сентябрь 2010г.), катастрофическом наводнении в крае в 2014 году.

Краевой центр медицины катастроф Алтайского края по итогам ежегодных конкурсов всегда находился в числе лучших из функционирующих на территории Российской Федерации. По итогам участия во Всероссийском конкурсе «Лучший территориальный центр медицины катастроф Министерства здравоохранения и социального развития РФ» КЦМК дважды награжден грамотами Минздравсоцразвития РФ за присвоение третьего места (2005 и 2007гг.), Почетным дипломом ФГБУ «ВЦМК «Защита» за достигнутые успехи в организационно-методическом руководстве службой скорой медицинской помощи и высокую готовность к работе в ЧС (2008г.). В 2012 году Центр стал победителем конкурса «ВЦМК «Защита» в номинации «За высокие показатели в работе отделений экстренной и консультативной медицинской помощи».

Директор КЦМК **Николай Васильевич ШЕСТОПАЛОВ** является Заслуженным работником здравоохранения, заведующий отделением **Александр Иванович КУНГУРОВ** - Заслуженный врач РФ. За время работы специалисты КЦМК неоднократно получали государственные и краевые награды: Почетные грамоты Министерства здравоохранения РФ, медали «За заслуги в труде». Гордостью Центра являются уважаемые сотрудники, имеющие звание ве-



КГКУЗ «КЦМК» укомплектован высококвалифицированными специалистами. Здесь работают 3 доктора медицинских наук, 10 кандидатов медицинских наук, 67 врачей высшей и 11 врачей первой категорий. За сутки специалистами Центра проводится 40-50 консультаций и осуществляется свыше 12 вызовов к тяжёлым больным в центральные районные и городские больницы края. Ежедневно в круглосуточном режиме работают 6 реанимационных бригад и 25 специализированных бригад различного профиля. За год на выездах проводится около 200 хирургических вмешательств. Помощь оказывается по 32 специальностям.

терана труда: **Н.В. ШЕСТОПАЛОВ, О.А. САХАРОВА, А.И. КУНГУРОВ, М.Ф. ПЕРФИЛЬЕВ, В.Н. ЛЕОНЕНКО, Н.И. ШПАК, В.Н. РАКИТНЫХ, А.В. ВОРОБЬЕВ, И.А. АРГУЧИНСКАЯ, М.Е. СВИРИНА, С.Н. БЕЛЯЕВА, В.А. ЧЕКАШЕВА, Н.В. КОЗЛОВА, Г.Т. ДЕМАКОВ.**

И сегодня Центр продолжает сохранять жизнь и здоровье наибольшему числу пострадавших при ЧС, снижает смертность и инвалидность у лиц с экстренной патологией, оказывает санитарно-авиационную скорую медицинскую помощь населению края в режимах повседневной деятельности, повышенной готовности и ЧС, участвует в проведении комплекса мероприятий по созданию и развитию санитарной авиации в Российской Федерации. Нет сомнения, что опыт, накопленный за предыдущие годы, позволит решить предстоящие задачи, какими бы сложными они не были.

Примите искренние поздравления с 15-летним днём рождения все, кто трудится сейчас и трудились ранее в КЦМК. Своей самоотверженной работой вы поддерживаете статус Центра как одного из важнейших звеньев современного здравоохранения Алтайского края! ☺

Н.В. Пахомова



Спортивное золото дорогого стоит!

Константин БАЕВ стал участником Первенства Европы по гиревому спорту среди юниоров, проходившего в июле в болгарском городе Варне. Вернулся домой с победой - с золотой медалью в личном зачете.

- Давайте начнем разговор с простого вопроса: почему выбрали гиревой спорт?

- В школе занимался в лыжной секции. Работал, но результат не удовлетворял. Победы в каждом виде спорта на самом деле зависят от множества причин. Эту ситуацию видел тренер, наш преподаватель физкультуры. Я перешел на футбол, но по этому виду спорта тренера не было. Мы, пацаны, собирались, устраивали турниры... Уже был девятиклассником, когда физрук предложил попробовать свои силы в гиревом спорте. Тренировался, долго ничего не получалось. Потом, видимо, работа на тренировках принесла результат. Выиграл первые соревнования. Тренер тогда сказал: «Всё правильно, Костя, есть смысл продолжать». Это было шесть лет назад.

- Вы из села Залесово. Расскажите об условиях для занятий спортом там.

- Есть свой спортзал, который не пустует. Правда, в основном на тренировки приходят школьни-

ки. А для занятий гиревым спортом нужно немного: гири и зал для тренировок.

- Какие упражнения выполняли на соревнованиях в Варне?

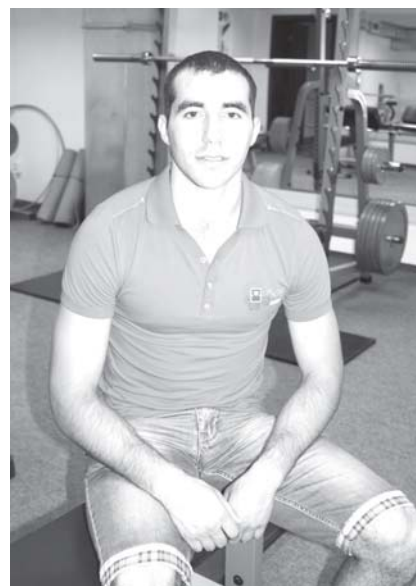
- Программой предусматривалось двоеборье: максимальное отжатие гири в 32кг за десять минут двумя руками и за такое же время одной рукой. У меня на этих соревнованиях получилось 110 подъемов двумя руками, этого было достаточно для победы. Личный рекорд выше - 124 подъема.

Всего в соревнованиях приняли участие команды из 21 государства. Самые серьезные соперники - команды Украины и стран бывшего Союза. Латвия, Италия, Финляндия, Голландия уверенно заявляют о себе, очевиден рост результатов этих команд.

- Что нужно для успеха в гиревом спорте? Накачать мышцы рук?

- Нет. Мышцы в нашем виде спорта - не самое главное. Более того: чем больше мышц, тем хуже. Главное - характер спортсмена и

отработанная техника. На тренировках воспитывается силовая выносливость, поскольку каждое упражнение повторяется много раз. И помимо налаженного контакта с тренером важно и взаимопонимание с коллективом. Если



в спортивном зале царит дружеская атмосфера, то и приходишь на тренировки с удовольствием.

- Физическая выносливость помогает в житейских делах?

- Общеизвестно, что если нужно работать длительное время, то спортсмен это выполнит легче других. И еще: когда начинаю сложное дело, то обязательно доведу его до конца. Иначе уже невозможно. Не по-спортивному.

Сейчас каждый день проходят тренировки. К этому я привык уже. В школьные годы были три раза в неделю тренировки.

В этом году я окончил с красным дипломом бакалавриат факультета физического воспитания АГПУ. Так что спорт и дальнейшая тренерская работа - моя профессия.

- Когда следующие старты?

- Сейчас отдыхаем. Чемпионат мира состоится в ноябре. Так что уже скоро отдых сменится усиленными тренировками.

- Удачи и новых побед! ☺

Лариса Юрченко



С дефектами твёрдого и мягкого нёба мы умеем справляться

Пороки развития челюстно-лицевой области занимают третье место среди других врожденных пороков. 70 процентов из них составляют врожденные несращения верхней губы и нёба.

Этиология этих заболеваний имеет мультифакторный характер. Проведенные клинико-генеалогические исследования показали, что у 85% больных пороки челюстно-лицевой области носят спорадический (случайный) характер, а у 15% - наследственный.

Врожденные пороки верхней губы и нёба еще называют «заячьей губой», «волчьей пастью», но эти термины совершенно недопустимы в профессиональной терминологии. Согласно решению Международного симпозиума по номенклатуре (1970г.) данный вид порока называется щелью. Но еще точнее проблему отражает термин «**несращение**».

Идентифицированы гены, ответственные за эти деформации. Но, несмотря на успехи генетики в раскрытии причин формирования несращения, предсказать рождение ребенка с такими пороками пока невозможно.

Возникновение этого недостатка обуславливают экзо- и эндогенные факторы. К **экзогенным** следует отнести *физические* (радиоактивное излучение, механическое воздействие на плод, опухоли матки, повышение температуры тела у беременной женщины), *химические* (профессиональная вредность), *биологические* (вирусы гриппа, эпидемического паротита, краснухи; гипоксия плода), *нарушение экологического равновесия*, которое имеет тератогенное действие на организм плода (загазованность атмосферы, интенсивное развитие химической индустрии, наличие пестицидов в продуктах питания).

К **эндогенным** факторам относятся *заболевания родителей* (хронические заболевания половых органов: трихомоноз, токсоплазмоз, инфекционные болезни матери, гиповитаминозы, гипервитаминозы), *возраст матери* (с

повышением возраста вероятность рождения ребенка с несращением растет), *стрессовые ситуации*, которые увеличивают вероятность формирования внутриутробных пороков развития плода, *вредные привычки родителей* (курение, употребление наркотиков, алкоголя), *употребление фармакологических препаратов во время беременности* (губительно только в первый триместр - на 6-11-й неделях). Все эти факторы в какой-то степени создают предпосылки для развития аномалий челюстно-лицевой области.

Наличие врожденного несращения верхней губы и нёба серьезно влияет на неокрепший организм ребенка. **У таких детей отмечается высокая заболеваемость**, которая, по данным большинства исследователей, повышается с возрастом и предопределяет неблагоприятное соматическое состояние. Такие дети в 4-5 раз чаще страдают заболеваниями ЛОР-органов (100% детей имеют снижение слуха), в 25% выявляются нарушения сердечно-сосудистой системы, в 20% - органов зрения, в 15% - мочевыводящей системы, в 10% - опорно-двигательного аппарата. В среднем 25-30% детей с несращениями лица обременены другими патологиями (около 180 синдромов). Такие дети имеют особое нервно-психическое состояние, патологические неврологические реакции, страдают астеническим синдромом, вегетативно-сосудистой дистонией. Особую проблему представляют дети с малой для своего возраста массой тела.

Как правило, беременная женщина узнает о такой патологии развития ребенка на ультразвуковом исследовании. И дальше она должна решить, что делать: прерывать беременность или после рождения ребенка попытаться помочь ему, пройти долгий курс лече-



Ольга Борисовна ВЕРБИЦКАЯ,
врач-ортодонт, высшая квалификационная категория, КГБУЗ «Детская стоматологическая поликлиника №2, г.Барнаул»

Несмотря на успехи генетики в раскрытии причин формирования несращения, предсказать рождение ребенка с такими пороками пока невозможно.





В идеале до двух-летнего возраста у ребенка должны быть выполнены хирургические манипуляции с тем, чтобы к двум годам дети уже были готовы к первым речевым опытам.

ния и реабилитации. Важно знать, что такое **лечение возможно, оно проходит достаточно успешно**, но проблема в том, что в этой непростой ситуации люди не знают, куда обращаться, и часто остаются наедине со своими переживаниями.

Хотелось бы, чтобы врач-гинеколог, сообщая беременной женщине о такой серьезной проблеме, сразу же направлял ее к нам, ортодонтам. Первая встреча специалиста данного профиля с мамой такого ребенка носит скорее психологический характер и в меньшей степени - медицинский. Врачам важно сформировать правильное восприятие будущей мамой возникшей проблемы. На встрече с ортодонтом она узнает, каковы этапность лечения и реабилитация ребенка; в каком возрасте оптимально проведение операции; какие задачи решают ортодонты и ортопеды. **Будущая мама должна понимать, что предстоит длительный, комплексный процесс лечения и реабилитации.** Начальный этап выполняют *хирурги*. Далее работают *ортодонты*, основные врачи, оказывающие помощь при патологии несращения в челюстно-лицевой области. После операции ортодонт длительный период исправляет положение зубов и челюстей относительно друг друга и формирует нёбо. Мы ведем детей от рождения до 18 лет и за эти годы с большими практически становимся одной семьей.

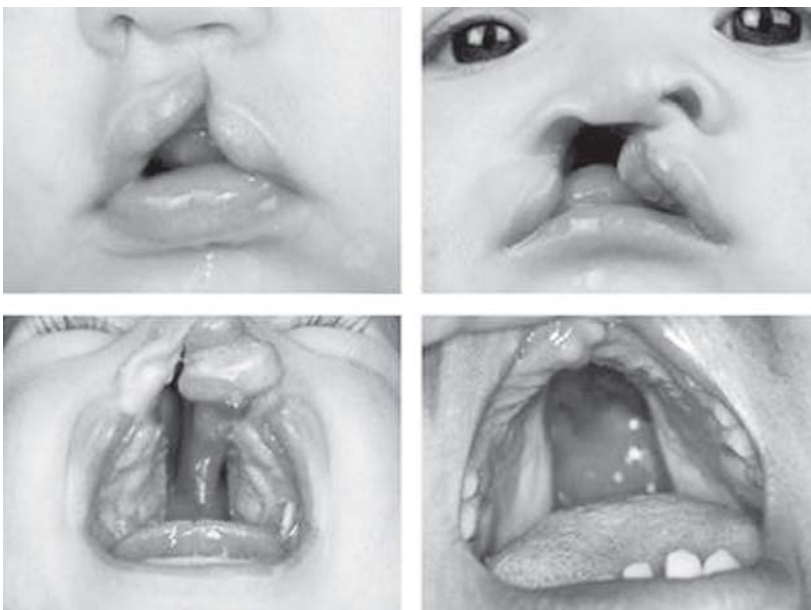
Помимо хирургов и ортодонтов в исправлении патологии обязательно принимают участие *логопеды*. В

обычных случаях - при отсутствии патологии - логопеды занимаются с детьми с четырех лет. Это нормальная практика. Для наших же ребятшек логопед нужен почти с рождения. Он учит маму приемам массажа для того, чтобы у ребенка правильно формировалась мимика, складывались язык и губы, чтобы после выполнения операции дети смогли быстрее освоить разговорную речь. В идеале до двухлетнего возраста у ребенка должны быть выполнены хирургические манипуляции, чтобы к двум годам дети уже были готовы к первым речевым опытам.

Проблема состоит в том, что жители сельских районов, удаленных от городов, либо не знают, куда обратиться, либо обращаются слишком поздно. Не имею в виду асоциальные семьи, но и в других, вполне благополучных, часто случается, что время первого этапа помощи пропущено. Между тем, исправление патологии, например, в восемнадцатилетнем возрасте никогда не позволит человеку освоить разговорную речь, а значит, затруднит его жизнь и общение в социуме. **Чтобы этого не случилось, будущей маме надо прийти на прием-консультацию к ортоденту еще до родов.**

Челюстно-лицевые хирурги в Барнауле делают шикарные операции. Если родители еще приложат усилия, чтобы ребенок хорошо разговаривал, то его ровесники через несколько лет никогда не поймут, что у их друга была такая патология.

На этапе грудного вскармливания врач-ортодонт поможет скорректировать питание ребенка. Это тоже проблема, поскольку дети с расщелиной нёба не могут взять грудь, как это делают их здоровые сверстники. Механизм грудного вскармливания, к сожалению, невыполним. Мама сцеживает молоко, сливает его в бутылочку и, как правило, уверена: ребенку тяжело сосать, потому и делаются огромные дырки в соске. Естественно, ребенок заглатывает больше, чем необходимо, движение его челюстей неправильное, неправильно формируется прикус и в дальнейшем патология только усугубляется. На это ортодонты тоже обращают внимание мам. На приеме обязательно спрашиваем, какой вес набрал ребенок за первый месяц



Врождённые несращения верхней губы и нёба



жизни. Для специалиста это ориентир, показывающий, насколько правильно питается малыш.

Вся врачебная помощь оказывается по полисам ОМС. Государство обеспечивает право таким детям на инвалидность. И родителям не следует отказываться от этого. Они должны запастись терпением и собрать необходимые документы, поскольку выплаты в дальнейшем станут полноценной материальной помощью, важной при длительном лечении и реабилитации ребенка.

Абсолютно напрасно некоторые родители стесняются лишний раз говорить вслух о проблеме. Ведь предстоит ездить в санатории, на консультации. Это легко для горожан и намного труднее для сельских жителей.

Определяя сроки проведения операции, хирурги учитывают этапность развития ребенка, формирования тканей нёба, губ. Есть примеры, когда родители пытаются форсировать лечение, хотят быстрее закрыть дефект, что не всегда правильно. **Хирурги делают операцию, когда возраст ребенка не менее шести месяцев,** потому что малыш к этому времени набирает необходимый вес, у него достаточный уровень гемоглобина, в норме и другие показатели. Как правило, у детей отмечается одновременная деформация губы и носа, и хирурги сразу решают обе проблемы. Если же, поддавшись просьбам родителей, они делают операцию раньше указанного срока, незрелость тканей крыльев носа не позволит полностью закрыть деформацию. Позднее приходится делать дополнительную серьезную операцию, чтобы сформировать нос. Между тем, ребенок растет, играющие рядом дети понимают, что он отличается от них, у ребенка развиваются комплексы, ему непросто живется. Этого можно избежать, прислушиваясь к мнению докторов.

Часто в Барнаул приезжают так называемые «иностранцы» доктора - из столицы. Они многое обещают, лечат бесплатно, собирают немало желающих. Считаю, что приезд таких докторов - проблема для наших детей и их родителей. Бесплатно ребятишек лечат, зашивают, а дальше что? Эти врачи уезжают. Кто дальше этих детей будет наблюдать? Непонятно. Как зашили, какая применялась методика -



никто не знает. Надо понимать, что супердоктора в Сибирь не приедут. В большинстве случаев сюда приезжают волонтеры, которым надо «набить» руку, получить практический опыт. Как правило, они берут пациентов с легкой патологией. Уверена, что обращение к таким докторам - большое заблуждение родителей.

Другое дело, когда в случаях тяжелой патологии мы сами просим подключиться к проблеме московских коллег. Для лечения в Москве выделяются квоты. Понятно, что в столичных клиниках намного лучше материально-техническое оснащение, потому и возможности большие. Дети возвращаются после операций, и мы продолжаем следующие этапы лечения. Но таких пациентов немного, поскольку наши доктора - настоящие мастера и справляются почти со всеми задачами. У наших хирургов золотые руки, а мы, ортодонты, им во всем помогаем.

Пока же в практике ортодонтов бывают и такие приемы. На днях смотрела мальчика семи лет - он ни разу нигде не оперирован. Это просто печально. До сих пор многие уверены, особенно жители сел, что эта патология не лечится, с ней предстоит смиренно жить, что абсолютно неправильно.

Повторю, что с такой патологией врачи умеют бороться. А дети должны жить полноценной жизнью, развиваться, общаться так же, как их ровесники, рожденные здоровыми. ☺

Хотелось бы, чтобы было регламентированное положение о ведении таких детей, чтобы акушеры-гинекологи, педиатры, все смежные специалисты знали, куда и когда их надо направлять. Это будет подспорье для всех, а патология будет сразу, в плановом порядке, исправляться.



Некоторые этапы формирования двигательных нарушений. Клинические проявления ДЦП



Дмитрий Владимирович ПАРШИН,

главный внештатный детский специалист-невролог Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности

В предыдущих статьях мы уже касались таких вопросов, как причины развития ДЦП, определение ДЦП и частично - классификации ДЦП.

Детский церебральный паралич - группа нарушений развития движений и положения тела, вызывающих ограничение активности, которые вызваны непрогрессирующим поражением мозга плода или новорожденного.

В норме ребенок рождается с определенным набором рефлексов, которые позволяют ему принимать определенные позы и совершать некоторые движения. В последующем эти рефлексы редуцируются, то есть исчезают. Однако у детей с поражением головного мозга не происходит редукции ряда врожденных рефлексов. Особое значение в патогенезе ДЦП имеют так

называемые **позотонические рефлексы:**

- лабиринтный тонический рефлекс (ЛТР);
- симметричный шейно-тонический рефлекс (СШТР);
- асимметричный шейно-тонический рефлекс (АШТР).

Кратко рассмотрим каждый из этих рефлексов.

Лабиринтный тонический рефлекс (ЛТР). Когда ребенок лежит на спине, этот рефлекс проявляется легким напряжением мышц-разгибателей шеи, спины и нижних конечностей, а в положении на животе, наоборот, повышен тонус мышц-сгибателей. Этот рефлекс угасает в положении на спине к концу первого месяца жизни, а на втором месяце - в положении на животе. **Рефлекс играет важную роль для формирования координации движений,** так как вызывается изменением положения головы в пространстве, которое, в свою очередь, стимулирует аппарат лабиринтов, находящихся во внутреннем ухе.

У детей с ДЦП ЛТР сохраняется и проявляется в усилении напряжения мышц-разгибателей в положении на спине и напряжении мышц-сгибателей в положении на животе. В результате ребенок на спине лежит, запрокинув голову, ноги напряжены и вытянуты (иногда скрещены), руки чаще вытянуты, пальцы сжаты в кулак. При тяжелой степени выраженности ЛТР ребенок может лежать, касаясь поверхности только затылком и пятками (поза опистотонуса). При попытке приподнять и наклонить голову ребенка к груди напряжение в мышцах увеличивается, и ребенок вслед за головой

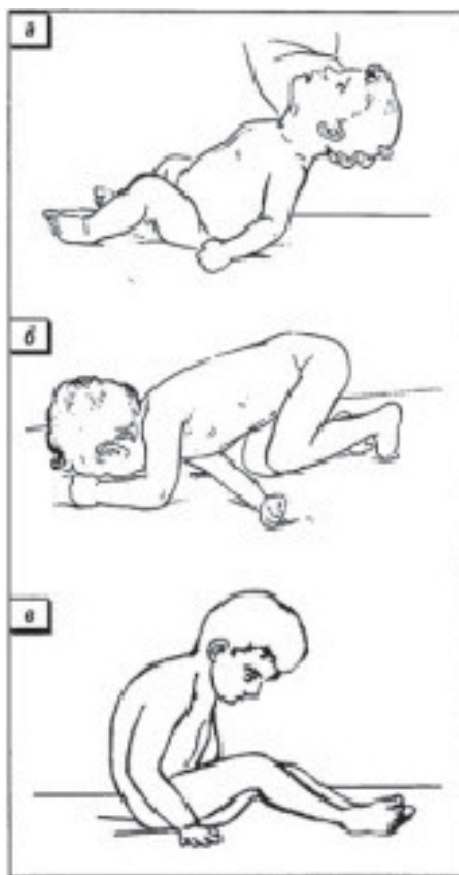


Рис. Лабиринтный тонический рефлекс



приподнимается всем туловищем. В положении на животе голова прижимается к груди, руки и ноги сгибаются во всех суставах, руки прижимаются к груди, ноги подтягиваются к животу, таз приподнят. Как следствие, **такая поза тормозит развитие двигательных навыков**, ребенок не может поднять голову, опереться на руки, прогнуть спину.

В дальнейшем при сохранении лабиринтного тонического рефлекса у ребенка развивается патологическая поза сидения. А именно: голова опущена, спина круглая из-за напряжения в мышцах бедра и сгибания бедренных суставов, мала площадь соприкосновения с поверхностью опоры. Ребенок сидит неустойчиво, чтобы сохранить равновесие, он опирается на руки. Попытка поднять голову зачастую приводит к потере равновесия.

На фоне сохранения ЛТР происходят задержка или недостаточное развитие реакции оптической опоры на руки, поэтому при падении вперед дети не вытягивают руки и, как правило, получают травмы головы и лица. При стоянии на коленях ребенок также испытывает большие затруднения, так как не может разогнуть руки и опереться на них.

Подрастая, дети используют всевозможные компенсаторные позы, стремясь преодолеть разгибательный тонус ЛТР, например, сидят с опущенной головой и наклонившись вперед, согнув ноги в коленях. При стоянии, чтобы сохранить равновесие, также сгибают ноги в коленях и тазобедренных суставах. *Эти компенсаторные позы, в свою очередь,*



Рис. Асимметричный шейно-тонический рефлекс

приводят к формированию патологического двигательного стереотипа, вторичным деформациям туловища и конечностей, образованию контрактур в суставах.

Симметричный шейно-тонический рефлекс (СШТР) проявляется в изменении тонуса мышц конечностей в зависимости от положения головы. При сгибании головы - рефлекторно сгибаются руки и разгибаются ноги. При разгибании головы - разгибаются руки и сгибаются ноги. Действие СШТР сохраняется при любом положении тела: стоя, сидя, лежа на боку, спине, животе.

Для ребенка до 8 месяцев это является врожденной рефлекторной реакцией, у детей с ДЦП - эта реакция сохраняется и после 8 месяцев. Слабо выраженный симметричный шейный тонический рефлекс в возрасте старше 8 месяцев не приводит к серьезным патологиям. **Сильная выраженность рефлекса приведет к формированию контрактур в конечностях.** Кроме того, **неугасший СШТР препятствует синхронизации дыхания, произвольному открыванию рта, движениям языка**, что влечет за собой нарушения речи.

При сохранении лабиринтного тонического рефлекса у ребенка развивается патологическая поза сидения: голова опущена, спина круглая из-за напряжения в мышцах бедра и сгибания бедренных суставов, мала площадь соприкосновения с поверхностью опоры.

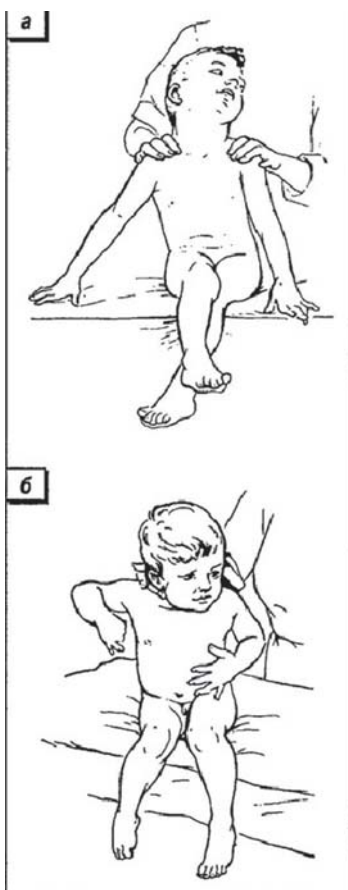


Рис. Симметричный шейно-тонический рефлекс



Школа реабилитации ДЦП

Следует помнить, что при сильно выраженном ЛТР шейные тонические рефлексы заметны слабо. При уменьшении выраженности лабиринтного тонического рефлекса, шейные тонические рефлексы становятся заметнее.

Асимметричный шейно-тонический рефлекс (АШТР) проявляется тем, что при повороте головы в сторону у ребёнка разгибается рука со стороны, в которую повернута голова, и сгибается рука - с противоположной стороны (поза фехтовальщика). В норме рефлекс затухает на 2-4 месяце жизни, у детей с ДЦП этого затухания не происходит.

В результате патологического влияния АШТР у ребёнка может развиться кривошея за счет того, что голова часто повернута в одну сторону. Вытянутая рука препятствует захвату игрушки, перевороту на бок и живот. **Не формируется необходимая для ручных действий координация «глаз - рука»**, которая ведет к нарушению ориентации в пространстве. Когда ребёнок смотрит на игрушку, то рука со стороны его взора не может согнуться, чтобы её взять. Если же ребёнок с усилием пытается согнуть руку и дотянуться до игрушки, голова немедленно непроизвольно отворачивается в противоположную сторону - *нарушается единство поля зрения и поля действия.*

Таким образом **при отсутствии редукции тонических рефлексов формируются патологические позы и установки.**

Также при поражении ЦНС нарушается тормозящее влияние головного мозга на двигательные нейроны спинного мозга, вследствие чего формируются спастические нарушения в определенных группах мышц. Не станем углубляться в физиологию и патофизиологию мышц, отметим, что *при формировании спастичности сначала происходит функциональное укорочение мышцы.* Она сохраняет способность к растяжению, удлинению до нормального размера и не так значительно влияет на положение конечности и позу. Затем по причине происходящих па-

Рис. Внешний вид мышцы при различных состояниях



Нормальная
расслабленная
мышца

Сокращенная
мышца

Мышца,
подвергшаяся
ретракции

тологических изменений в спастичной мышце функциональное укорочение переходит в анатомическое. Этот процесс называется **ретракцией мышцы**. Спастичные мышцы, подвергшиеся ретракции, «отстают» в росте и удлинении от неспастичных мышц и скелета, что приводит к формированию **вторичных ортопедических осложнений**, о которых будет рассказано позже. Это важно понимать, чтобы правильно формировать цели, задачи и принципы реабилитации детей с ДЦП.

Сочетание нередуцированных позотонических рефлексов и спастичности в различных мышечных группах приводит к формированию разнообразных спастических синдромов, что, в свою очередь, приводит к формированию различных клинических проявлений церебрального паралича.

В соответствии с современной международной классификацией ДЦП выделяют:

I. спастические формы:

- ▶ спастическая диплегия,
- ▶ спастическая квадриплегия,
- ▶ спастическая гемиплегия;

II. дискинетические формы:

- ▶ дистония,
- ▶ атетоз;

III. атаксическая форма;

IV. смешанные формы.

В следующем номере журнала мы продолжим разговор о формах ДЦП. ☺

При поражении ЦНС нарушается тормозящее влияние головного мозга на двигательные нейроны спинного мозга, вследствие чего формируются спастические нарушения в определенных группах мышц.



В Бразилии так много... бегающих людей!

Более 4150 спортсменов со всего мира приняли участие в стартовавшем 16 октября 2013 года в бразильском городе Порту-Алегри XX Чемпионате мира по легкой атлетике среди ветеранов. Алтайский край представляли три легкоатлета. И даже спустя два года впечатления не стерты из памяти.



По словам **Владимира БЫЧКОВА**, участника соревнований, директора строительной организации, не принято в Бразилии слово «чемпионат» ставить в один ряд со словом «ветеран» - говорят только о мастерах! Благодаря встрече с Владимиром Николаевичем мы теперь точно знаем, что в Бразилии спортом занимаются все: дети любого возраста, мужчины

и женщины с разными комплекцией и уровнем подготовки. Причем, как правило, выбирают бег:

- В выходные дни в определенные часы перекрываются улицы, ведущие на набережную. И тогда можно встретить в одном ряду пап с детьми, бабу-



шек и дедушек. Другой вид спорта, пользующийся общей любовью, - велосипедный. Выезжают несколько семей, друзей, соединяя велосипеды в вереницу, получая удовольствие от такого способа передвижения. Я не стал ни чемпионом, ни призером соревнований по ряду причин. Во-первых, конкуренция среди пятидесятилетних была очень жесткой. Прекрасно подготовленными оказались американцы и бразильцы, хорошо выступала немецкая команда, отлично показали себя англичане. Мне, видимо, подготовки не хватило.

Тяжело проходила акклиматизация. На первой дистанции казалось, что до финиша просто не дотяну: жара, воздуха не хватает... Конечно, дала о себе знать и смена часовых поясов.

Безукоризненно было организовано судейство. Два участника, приехавшие из Алтайского края, члены клуба любителей бега «Восток» - **Юрий САВЕНКОВ** и **Валентин КАЗАНЦЕВ**, смогли показать хорошие результаты, став призерами игр. Заслуженный врач РФ, доцент кафедры госпитальной и поликлинической терапии АГМУ Юрий Савенков стал чемпионом на дистанции 1,5 тысячи метров.

Конечно, участие в соревнованиях мирового уровня - событие неординарное, запоминающееся. И хотелось бы, чтобы культ здорового образа жизни и развитие доступных видов спорта стали особенностью и нашей страны, были выбраны всеми ее жителями.

Будет ли так - зависит от каждого. У нас есть возможность изменить для начала собственные жизненные правила: бегать, прыгать, плавать, активно участвовать в массовых спортивных соревнованиях. Начните с себя - и всё получится! ☺

Лариса Юрченко



Призвание - помогать людям

У медицинского работника на селе заведомо особый стиль жизни, поскольку его пациентами становятся почти все односельчане. И даже те, кого видишь едва ли не первый раз, могут знать, что идешь с работы и вот так, между прочими делами, обратятся с вопросом, по существу - за медицинской консультацией. На селе каждый человек на виду, медик или педагог - в особенности.

Поэтому многое начинается у представителей этой профессии с требовательности к себе - в быту и на работе. И когда в разговоре **Валентина Федоровна АБРАМОВА**, главная медицинская сестра Косихинской ЦРБ, подчеркивает, что в больницу закупаются только современные дезинфицирующие средства, которые имеют антимикробную активность, обладают широким спектром действия, которые высокоэффективны и безопасны для медицинского персонала и пациентов, не оказывают повреждающего действия на обрабатываемые поверхности и предметы, используются только одноразовые расходники, становится понятным, что это позиция - её и главного врача, что с такой же скрупулезностью решаются и другие вопросы, касающиеся жизни районной больницы.

В Косихинской ЦРБ Валентина Федоровна работает уже более четверти века. Но путь в профессионалы не был простым:

- В 1985 году после окончания медицинского училища решила, что должна стать врачом и подала документы в Карагандинский медицинский институт, но на экзамене по химии мне поставили «неуд», хотя на все вопросы ответила. Так мне дали понять, что Казахстану нужны национальные кадры. И я оказалась в Барнауле. Устроилась в медсанчасть текстильщиков (сегодня это городская больница №5), там и познакомилась со своим будущим мужем.

Хотела работать хирургом, но мечта мечтой, а обязанности медицинской сестры были понятны, известны, и работы было много каждый день. Через полгода так сложилось, что в больнице РТП искали сестру для проведения плазмафереза. Пересмотрели документы - кроме меня, никто не подходил: я окончила курсы по переливанию крови. Принимая на работу, Я.Н. Шойхет сказал: «Я вас приглашаю на ваших условиях работать в этом кабинете». Стала работать, многое делала самостоятельно, получив инструкции врача. Ответственность за свои действия обязательна для любого, кто работает в медицине.

- Почему так резко изменилась жизнь - переехали из Барнаула в сельскую местность?

- В 1986 году вышла замуж и уехала к месту распределения мужа в Усть-Илимск. В трудный 1990-й



мы семьей вернулись на родину мужа в Косиху. Было непросто на новом месте. В первые десять лет работала медицинской сестрой в хирургическом отделении, в поликлинике - в хирургическом, кожно-венерологическом и процедурном кабинетах, делала ЭКГ, выполняла работу в кабинете медицинской статистики. И всегда главным для меня была помощь людям. В мае 2000 года я была назначена на должность главной медицинской сестры. Всегда придерживалась мнения, что нет предела совершенству в профессии. Мастерство и знания являются главным условием эффективной организации сестринского дела в лечебном учреждении. В 2005 году поступила в АГМУ на факультет ВСО и успешно его окончила.

- Больница изменилась за это время?

- Конечно. В последние годы стало значительно легче работать, очевидно внимание государства развитию здравоохранения на селе. По краевой программе районная больница получила новейшее оборудование на сумму более 9млн. рублей. Это - аппарат ИВЛ, оборудование для проведения УЗИ, наркозно-дыхательный аппарат, операционный стол, гастродиброскоп, комплект лабораторного оборудования и многое другое. За счет собственных средств смогли закупить ультразвуковые мойки - необходимость в них сегодня настолько очевидна, что вряд ли кто-то будет оспаривать: сокращается время обработки инструмента, повышается степень очистки, сохраняется внешний вид инструмента в течение всего срока службы. В стоматологическом, акушерском, хирургическом кабинетах, в операционной имеются «Ультра-Лайты» - камеры, предназначенные для хранения стерильного медицинского инструмента. Все большую популярность стали приобретать в нашем лечебном учреждении рециркуляторы. В отличие от бактерицидных ламп они являются облучателями зак-



«За верность профессии!»

рытого типа, обеспечивают обеззараживание воздуха в присутствии людей. Таким образом обеспечивается защита и медицинского персонала, и пациентов.

Не думаю, что мы находимся в приоритетном положении по сравнению с другими больницами. Просто заинтересованность главного врача, грамотность персонала дают свои результаты. Благодаря пониманию и поддержке главного врача ЦРБ **В.М. ИВАНОВА** мы регулярно посещаем краевые научно-практические конференции, участвуем в профессиональных конкурсах и мероприятиях, занимаем призовые места. Медицинские сестры не раз были авторами статей в вашем журнале, выступали с докладами на краевых конференциях.

- В вашей семье, кроме вас и мужа (он - врач медицины катастроф), есть еще медицинские работники?

- Я всегда понимала, что эта работа для меня жизненно необходима, что это мое призвание, как бы высокопарно это ни звучало. К сожалению или к счастью, но сын по нашим стопам не пошел, но он получил в наследство обстоятельство в работе, ответственное отношение к тому делу, которое выполняет. И я рада этому.

- Расскажите о вашей победе в краевом профессиональном конкурсе в номинации «За верность профессии». Трудно было решиться на участие?

- Победа в конкурсе состоялась благодаря поддержке коллег в первую очередь. Любой вопрос невозможно решить без взаимного доверия, уважения, и я благодарна своему коллективу, который всегда и во всем поддерживает меня. Очень дорожу сложившейся атмосферой взаимопонимания и общего стремления наилучшим образом выполнять свои профессиональные обязанности. Молодым коллегам хочется пожелать всегда оставаться преданными своей профессии, окружать пациентов заботой, добротой, вниманием, состраданием. Пусть работа приносит только радость и удовлетворение, ведь нет на земле профессии, более необходимой людям, чем наша.

Для участия в конкурсе я планировала готовить другую медицинскую сестру из нашего коллектива, то есть в данном случае я должна была выступить наставником. Но по разным причинам планы наши не осуществились. Участие фельдшера тоже было под вопросом: их не хватает, выходят на сутки, нагрузка большая...

Накануне конкурса главный врач В.М. Иванов сказал, что участвовать просто необходимо: «Никого нет - участвуй сама». Это было совершенно неожиданно. Оставались ночи и вечера, писала текст, оформляла, распечатали работу в типографии.

- Каким этот конкурс запомнится?

- Хорошо организованным, ярким. Конечно, запомнится своим итогом - победой. Краевой конкурс среди медицинских работников проводится третий год. И в копилке косихинских медиков три награды: за второе и третье места, теперь - первая. А ко Дню медицинского работника мне была вручена Почетная грамота нашего Министерства. Получается, что 2015 год для меня особенно щедр на награды. ☺

Лариса Юрченко

Праздники августа и сентября

Международный день «Врачи мира за мир» отмечается в годовщину дня бомбардировки японского города Хиросима **6 АВГУСТА** 1945 года.

День физкультурника в России отмечается **ВО ВТОРУЮ СУББОТУ АВГУСТА**.

Международный день молодежи отмечается **12 АВГУСТА**.

Международный день леворуких ежегодно отмечают **13 АВГУСТА** с 1992 года.

Международный день грамотности (8 СЕНТЯБРЯ) учрежден ЮНЕСКО в 1966 году.

Международный комитет эстетики и косметологии в 1995 году инициировал **Международный день красоты**, отмечаемый **9 СЕНТЯБРЯ**.

Ежегодно **10 СЕНТЯБРЯ** ВОЗ проводит **Всемирный день предотвращения самоубийств**.

Всероссийский День трезвости отмечается **11 СЕНТЯБРЯ** с 1914 года по решению Святейшего Синода.

ВО ВТОРУЮ СУББОТУ СЕНТЯБРЯ отмечается **Всемирный день оказания первой медицинской помощи**.

С 1982 года **19 СЕНТЯБРЯ** отмечается **День рождения Смайлера**.

Международный День сока в России празднуется с 2012 года по **ТРЕТЬЕМУ СУББОТАМ МЕСЯЦА**.

Дата **Международного Дня мира - 21 СЕНТЯБРЯ**.

Всемирный день без автомобиля ежегодно отмечается ежегодно **22 СЕНТЯБРЯ**.

Всемирный день моря отмечается с 1978 года в **ОДИН ИЗ ДНЕЙ ПОСЛЕДНЕЙ ПОЛНОЙ НЕДЕЛИ СЕНТЯБРЯ**.

26 СЕНТЯБРЯ 2007 года по инициативе ряда организаций, занимающихся вопросами репродуктивного здоровья и проблемами планирования семьи, в первый раз был отмечен **Всемирный День контрацепции**.

27 СЕНТЯБРЯ в России отмечается **День воспитателя и всех дошкольных работников**.

Международный день глухих, отмечаемый ежегодно в **ПОСЛЕДНЕЕ ВОСКРЕСЕНЬЕ СЕНТЯБРЯ**, был учрежден в 1951 году, в честь создания Всемирной федерации глухонемых.

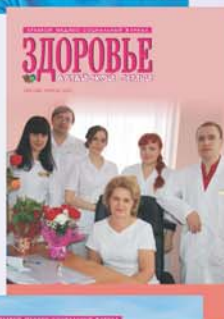
Всемирный день борьбы против бешенства ежегодно отмечается **28 СЕНТЯБРЯ** с 2007 года.

Всемирный день сердца, отмечаемый ежегодно с 2011 года **29 СЕНТЯБРЯ**, впервые был организован в 1999 году по инициативе Всемирной федерации сердца и проводится под девизом «Сердце для жизни».

Ежегодно **29 СЕНТЯБРЯ** в России отмечается профессиональный праздник - **День отоларинголога**. ☺



ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ



Уважаемые подписчики и читатели
журнала «Здоровье алтайской семьи»!

Подписная кампания на 2016 год начинается!

Подписка на наш журнал традиционно является хорошим подарком к самым различным семейным праздникам: свадьбе, рождению ребенка, дню рождения.

Журнал «Здоровье алтайской семьи» выписывают предприниматели, заинтересованные в сохранении и укреплении здоровья своих сотрудников.

Подарите журнал «Здоровье алтайской семьи» родителям, взрослым детям, оформите подписку для вашей собственной семьи, для вашей компании.

Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» - полезный подарок!

ИЗВЕЩЕНИЕ	<p>Внимание!!! Обязательно заполнить (указав полный адрес) строку получателя корреспонденции.</p> <p>Наименование получателя платежа: ООО "Издательство "Вечерний Новоалтайск"</p> <p>ИНН: ИНН 2263020152 КПП 220801001</p> <p>Номер счета получателя платежа: 40702810600020000162</p> <p>Наименование банка: ООО КБ "Алтайкапиталбанк" г.Барнаул</p> <p>БИК: 040173771 Кор.счет: 30101810900000000771</p> <p>ОКПО: 52090627 ОГРН: 1022202409426</p> <p>Наименование платежа: Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» на 2016 г. №1-12</p> <p>Плательщик (Ф.И.О.): _____</p> <p>Наименование фирмы, контактный телефон _____</p> <p>Адрес получателя корреспонденции _____</p> <p>Почтовый индекс, город (район, название поселка), _____</p> <p>улица, дом, квартира (офис) _____</p> <p>Наименование фирмы (ФИО) получателя, контактное лицо, телефон _____</p>						
	Кассир	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Назначение платежа</th> <th>Сумма</th> <th>Итого к уплате</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2016 год, №1-12</td> <td>888-00</td> <td>888-00</td> </tr> </tbody> </table> <p>Плательщик (подпись) _____ Дата _____</p> <p style="text-align: center;">Подписной индекс - 31039</p>	Назначение платежа	Сумма	Итого к уплате	Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2016 год, №1-12	888-00
Назначение платежа	Сумма	Итого к уплате					
Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2016 год, №1-12	888-00	888-00					
КВИТАНЦИЯ	<p>Наименование получателя платежа: ООО "Издательство "Вечерний Новоалтайск"</p> <p>ИНН: ИНН 2263020152 КПП 220801001</p> <p>Номер счета получателя платежа: 40702810600020000162</p> <p>Наименование банка: ООО КБ "Алтайкапиталбанк" г.Барнаул</p> <p>БИК: 040173771 Кор.счет: 30101810900000000771</p> <p>ОКПО: 52090627 ОГРН: 1022202409426</p> <p>Наименование платежа: Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» на 2016 г. №1-12</p> <p>Плательщик (Ф.И.О.): _____</p> <p>Наименование фирмы, контактный телефон _____</p> <p>Адрес получателя корреспонденции _____</p> <p>Почтовый индекс, город (район, название поселка), _____</p> <p>улица, дом, квартира (офис) _____</p> <p>Наименование фирмы (ФИО) получателя, контактное лицо, телефон _____</p>						
	Кассир	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Назначение платежа</th> <th>Сумма</th> <th>Итого к уплате</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2016 год, №1-12</td> <td>888-00</td> <td>888-00</td> </tr> </tbody> </table> <p>Плательщик (подпись) _____ Дата _____</p> <p style="text-align: center;">Подписной индекс - 31039</p>	Назначение платежа	Сумма	Итого к уплате	Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2016 год, №1-12	888-00
Назначение платежа	Сумма	Итого к уплате					
Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2016 год, №1-12	888-00	888-00					

Здоровья - каждой алтайской семье!

Подписной индекс журнала - 31039

“Алтайский край - это край с удивительным будущим...”



БАРНАУЛ: Нагорный медицинский кластер - реальность!



Фоторепортаж рабочего визита министра здравоохранения России В.И. Скворцовой в Алтайский край, 2-3 августа 2015 года