

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

ЗДОРОВЬЕ



АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№9 (153) сентябрь 2015



Читайте в номере:

№9 (153) СЕНТЯБРЬ 2015



С.А. ФЕДЯНИН:

«Вследствие инсульта теряются многие функции организма: двигательная функция, глотание, речевая, психологическая функции. Поэтому с пациентом работают мультидисциплинарные бригады, созданные в отделении ОНМК краевой клинической больницы».



Барнаул спортивный:

«Внимание к развитию спортивной базы, работа по информированию населения способствуют достижению главной цели - всё большее количество горожан выбирает здоровый образ жизни, активные формы отдыха, а каждый десятый - пополнил ряды физкультурников».



В.М. УШАНОВА:

«В высокотехнологичную медицинскую помощь входят, в первую очередь, - операции на открытом сердце, трансплантация сердца, печени, почек, нейрохирургические вмешательства при опухолях головного мозга, лейкозах, другие хирургические вмешательства высокой степени сложности».



Д.В. ПАРШИН:

«Уровень двигательных нарушений - это не просто способность ребенка ходить в ходунках или без них, или в коляске. Уровень по GFMCs зависит от «глубины» поражения головного мозга».



В.Д. ПЕТРОВА:

«Приказом Минздрава РФ предусмотрено открытие новых кабинетов паллиативной медицинской помощи, формирование выездных бригад, отделений паллиативной медицинской помощи и сестринского ухода в стационарах, создание хосписов. В настоящее время в Алтайском крае уже создаются такие подразделения и начато обучение специалистов».



7

Такое разное наследство



15

Если нужна высокотехнологичная медицинская помощь...



29

Травмы всегда требуют внимания, лечения и реабилитации



36

«Самое дорогое у человека - это жизнь»

На обложке: Ольга Александровна КАЛУГИНА, заведующая кабинетом клинической фармакологии, кардиолог отделения рентгенхирургических методов лечения АККД.

Фото: Евгений Налимов

«Всё, что дорого, величаем твоим именем, Женщина!..» 2-3, 44

СЕРДЕЧНЫЙ РАЗГОВОР С КАРДИОЛОГОМ

О.А. Калугина. «От каждого из нас зависит многое» 4-6

А.М. Никонов. Такое разное наследство 7-8

Для здоровья будущих поколений 9

РЕГИОНАЛЬНЫЙ СОСУДИСТЫЙ ЦЕНТР

А.С. Федянин.

Инсульт - это всегда катастрофа для организма 10-12

ДВИЖЕНИЕ - ЖИЗНЬ

Л.В. Юрченко. Мы выбираем спорт 13-14

В.М. Ушанова.

Если нужна высокотехнологичная медицинская помощь... 15-17

ШКОЛА РЕАБИЛИТАЦИИ ДЦП

Д.В. Паршин.

Некоторые этапы формирования двигательных нарушений.

Клинические проявления ДЦП 18-19

Законотворчество в сентябре 20

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

Л.А. Плигина. Реальность и перспектива 21

М.В. Арефьева. Международный день медицинской сестры 21-22

Л.А. Червова. Особенности темперамента в детском возрасте 23-24

КОРОНАРНЫЙ КЛУБ

Ю.А. Воробьева. Нарушения сердечного ритма у взрослых.

Методы диагностики и лечение аритмии 25-26

ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА

И.Н. Кудрявцева. Проблемы здоровья жительницы села 27-28

ДВИЖЕНИЕ - ЖИЗНЬ

Ю.В. Бородихин.

Травмы всегда требуют внимания, лечения и реабилитации 29-30

Лучшее время для фитнеса 31

Не просто украшение 32-33

Взрывная тренировка за 8 минут 34

Л.В. Ромакер. «Мне мало 24 часов в сутках» 35

ПОБЕДИМ СВОЙ СТРАХ!

В.Д. Петрова. «Самое дорогое у человека - это жизнь» 36-39

ДВИЖЕНИЕ - ЖИЗНЬ

Выпады в сторону 40-41

Карьера в гору 42

Праздники октября 42

Российское здравоохранение глазами пациентов 43



«От каждого из нас зависит многое»

Наша собеседница - Ольга Александровна КАЛУГИНА, заведующая кабинетом клинической фармакологии и по совместительству - кардиолог отделения рентгенхирургических методов лечения Алтайского краевого кардиологического диспансера.



Выпускница АГМУ, после интернатуры на кафедре госпитальной терапии в 2001 году приглашена на работу в краевой кардиоцентр. Вела прием в поликлинике, в 2005 году освоила специальность врача - клинического фармаколога, с 2012 года заведует кабинетом клинической фармакологии. Параллельно продолжает работать кардиологом в отделении рентгенхирургических методов лечения, где проводятся эндоваскулярные вмешательства. Суть ее работы как клинического фармаколога - консультативная помощь в сложных случаях назначения лекарственной терапии. А как кардиолог она осуществляет полный курс обследования и лечения пациентов, включая послеоперационное ведение.

- Ольга Александровна, в каких случаях коллегам требуется ваша помощь как специалиста-фармаколога?

- Каждый пациент имеет свои особенности, которые необходимо учесть при назначении лечения. Как правило, кроме кардиологической патологии, наши пациенты имеют еще и сопутствующие заболевания. И соматические, и инфекционные, и аллергические. Каждый случай индивидуален. Задача фармаколога - оказать консультативную помощь в подборе медикаментозного лечения. При этом необходимо учесть противопоказания, побочные действия препаратов и физическое состояние пациента. Основная заповедь врача «не навреди» должна соблюдаться неукоснительно.

Второй раздел работы клинического фармаколога - забота о лекарственном обеспечении лечебного учреждения: составление заявок на по-

ставку медикаментов, контроль их своевременного выполнения. В настоящее время трудностей с поступлением необходимых лекарственных препаратов нет. Международные санкции фактически не отразились на обеспечении лечебных учреждений лекарствами. Благодаря импортозамещению отсутствующие в наличии оригиналы зарубежных производителей благополучно компенсируются отечественными препаратами.

- Сочетается ли современная кардиология с народной медициной?

- Вся наша работа основана на доказательной базе. Есть определенные научные рекомендации, зарубежные и российские, построенные на многочисленных клинических исследованиях, в которых участвовало большое количество людей. Эти исследования доказывают эффективность рекомендованных для лечения препаратов. А что касается народной медицины, на то она и народная, что не имеет достоверной доказательной базы.

- А как относиться к биологически активным добавкам, изготовленным с учетом рецептов народной медицины, например, с применением трав? Некоторые БАДы позиционируются как лекарственные средства. Многие люди самостоятельно назначают себе такие препараты, ориентируясь на собственные ощущения. Обязательно ли нужно советоваться с врачом при выборе БАДа?

- С врачом нужно советоваться обязательно. Даже если вы решили воспользоваться БАДом для профи-

лактики. Нужно учитывать, что травы и добавки изменяют фармакокинетику лекарственных препаратов. При совмещении медикаментов и БАДов мы нередко наблюдаем побочные эффекты, так как лекарства и добавки могут не сочетаться друг с другом, приводя порой к непредсказуемым последствиям.

А что касается применения, то биологически активные добавки - это все-таки не лекарства, а всего лишь добавки к пище, их прием возможен при неполноценности рациона. Международные рекомендации четко определяют, какими лекарственными препаратами нужно лечить пациента в той или иной ситуации. О БАДах там - ни слова.

- Расскажите о втором разделе вашей работы, касающемся эндоваскулярных вмешательств. Как часто они применяются и насколько эффективны при лечении кардиологических заболеваний?

- В современной кардиологии без эндоваскулярных вмешательств просто не обойтись. Они применяются, в первую очередь, в ситуациях, которые требуют экстренной помощи. По эффективности эндоваскулярные



Сердечный разговор с кардиологом

вмешательства при лечении острого инфаркта миокарда стоят на первом месте. Они позволяют сохранить пациенту жизнь, улучшают ее дальнейшее качество. При этом важно подчеркнуть, что решающее значение имеют сроки оказания такой помощи. Дорога каждая минута. посредством внутрисосудистого вмешательства надо успеть восстановить кровоток по закрытой тромбом артерии до того момента, как разовьется необратимое поражение сердечной мышцы.

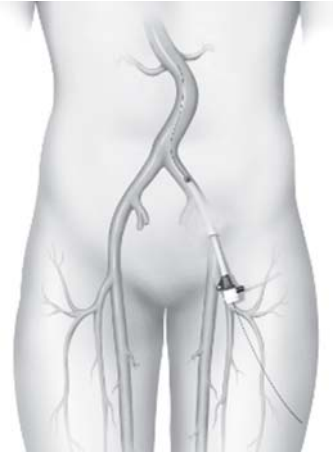
Но только экстренной помощью наша работа не ограничивается. Она включает в себя также плановую рентгенэндоваскулярную диагностику. Исследование сосудов сердца с контрастированием (коронарография) является необходимой составляющей обследования пациентов, направляющихся на операции аортокоронарного шунтирования и клапанного протезирования. Кроме того, в АККД успешно проводятся операции на сосудах, и без нашей диагностической службы докторам просто не обойтись.

Отделение эндоваскулярной хирургии открыто в Алтайском краевом кардиологическом диспансере в 1997 году. За это время выполнено огромное количество вмешательств. Только в прошлом 2014 году, в соответствии с предоставленными нашему учреждению квотами, проведено 1200 чрескожных вмешательств.

Экстренные вмешательства выполняются за счет средств обязательного медицинского страхования по факту наличия показаний. Количество плановых операций зависит от объема средств, выделенных на высокотехнологичную помощь краевым и федеральным бюджетом. Но в любом случае необходимую кардиологическую помощь получают все пациенты: либо у нас, либо в федеральных хирургических центрах Новосибирска, Томска, Кемерово, куда они поступают по нашему направлению.

- А как быть тем пациентам, кого инфаркт застал вдали от краевой столицы, где нет специализированной помощи?

- Врачи скорой помощи проведут ему тромболизис, то есть введут больному лекарство, которое растворяет тромб. Затем, учитывая состояние пациента, его транспортируют в лечебное учреждение,



где возможно проведение коронарографии. По ее результатам определяется тактика дальнейшего лечения пациента.

- Правда ли, что инфаркт в последнее время «помолодел»?

- Да, иногда это серьезное заболевание встречается у совсем молодых людей. Это многофакторное явление, обусловленное как генетической предрасположенностью, так и образом жизни пациента. Современный человек все чаще стал пребывать в стрессовых ситуациях. Немаловажную роль играют и изменения в структуре питания: быстрая еда, обилие жиров, в том числе трансгенных, плохо усваиваемых организмом, преобладание в рационе углеводистой пищи. Грустно то, что *все факторы риска, приводящие к ишемической болезни сердца, людям хорошо известны*: это - гиперхолестеринемия, избыточная масса тела, наследственная предрасположенность, гиподинамия, курение, но в повседневной жизни их либо недооценивают, либо просто игнорируют. Хотя порой достаточно лишь одного из них, чтобы случилась беда.

Как правило, инфаркт случается неожиданно, на фоне «полного здоровья». Хотя на самом деле бляшка в сосуде росла и, что называется, ждала своего часа. При определенной ситуации, стрессе или физической нагрузке, повышении артериального давления она надрывается, и на этом месте образуется тромб, который закупоривает кровоток в сосуде.

Правда, есть категория людей, у которых симптомы коронарного неблагополучия нарастают постепенно, по мере сужения просвета сосуда атеросклеротической бляшкой. Такие пациенты страдают хронической ишемической болезнью сердца - стенокардией, различными видами нарушений ритма сердца.

В целом **уровень медицинской грамотности, осведомленности населения о факторах риска опасных заболеваний,**

Все факторы риска, приводящие к ишемической болезни сердца, людям хорошо известны: это - гиперхолестеринемия, избыточная масса тела, наследственная предрасположенность, гиподинамия, курение, но в повседневной жизни их либо недооценивают, либо просто игнорируют. Хотя порой достаточно лишь одного из них, чтобы случилась беда.



Сердечный разговор с кардиологом

◀ профилактике их развития остаётся очень низким, несмотря на обилие популярных и доступных источников информации.

Знание симптомов проявления сердечной патологии жизненно необходимо! Сколько случаев, когда пациент не вызывает «скорую», надеясь, что всё «само пройдет».

- Как вы думаете, отчего такое безразличие к своему здоровью?

- Каждый уверен, что лично его беда не коснется. Хотя среди наших пациентов есть и такие, кто уже после перенесенного заболевания не желает следовать рекомендациям врачей. Нужно планомерно доводить до сознания пациента, что его здоровье - это предмет личной заботы и ответственности. Давно доказано, что чем больше пациент знает о своей болезни, чем точнее и аккуратнее выполняет рекомендации врача, тем благополучнее прогноз на будущее, тем выше качество его жизни.

- Давайте еще раз напомним симптомы проявления сердечной патологии. При каких признаках надо обращаться за медицинской помощью?

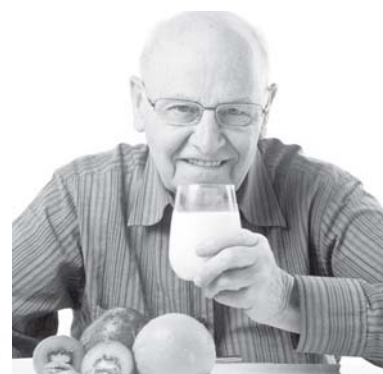
- Первый признак - боль за грудиной. Если она длится больше пяти минут, отдаёт в руку, шею, нижнюю челюсть или в живот, самое главное - не терпеть, а как можно быстрее вызвать «скорую помощь». Лучше перестраховаться, чем промедлить.

- Чем можно помочь человеку в ожидании «скорой»?

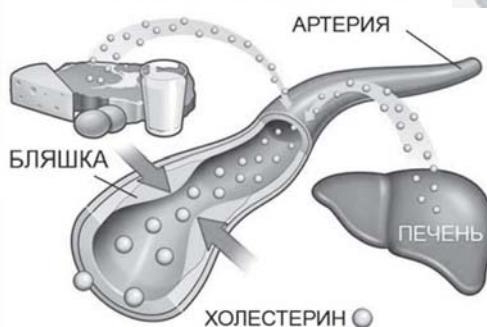
- Посадить его в удобной позе, дать нитроглицерин под язык, обеспечить доступ воздуха.

- Одна из наиболее волнующих медиков проблем, с которой они сталкиваются, общаясь с пациентами, это приверженность лечению. Какие механизмы мотивации, на ваш взгляд, существуют?

- Это должна быть личная заинтересованность в собственном оздоровлении. Под лежащий камень вода не течёт. Задача доктора - объяснить, почему необходимо регулярно принимать лекарства. После перенесенных операций пациенты определенный период наблюдаются у специалистов нашей поликлиники. У нас создан специальный кабинет восстановительного лечения, чтобы контролировать состояние пациента, в динамике отслеживать процесс его реабилитации. Стараемся привлекать к участию в этом процессе родственников. Их помощь порой бывает просто неоценима.



ОБМЕН ХОЛЕСТЕРИНА



- Но нередко пациенты, почувствовав облегчение своего состояния, прекращают прием лекарства, посчитав, что теперь ни к чему «травиться химией».

- К сожалению, это довольно распространенное обывательское мнение. На самом деле сердечно-сосудистые заболевания являются хроническими, а значит, требуют постоянного приема медикаментов. Они улучшают качество жизни пациента, но не избавляют от болезни навсегда. Как мы уже говорили, причиной ишемической болезни сердца является атеросклероз коронарных артерий. А это процесс необратимый. Его можно затормозить (что и делают медикаменты), но нельзя ликвидировать. Вот почему **необходимо принимать препараты, снижающие уровень холестерина и не позволяющие бляшке расти, препараты, разжижающие кровь, снижающие артериальное давление.** И только благодаря такой регулярной терапии пациент может рассчитывать на удовлетворительное качество жизни и хороший прогноз. Так что в итоге успех лечения обусловлен в равной степени не только врачом, но и самим пациентом. Вместе мы многое можем: врач назначает лечение, а пациент выполняет. Нередко для этого требуется изменение образа жизни: и питания, и двигательной активности, и режима труда и отдыха, и отказа от вредных привычек, особенно от курения. Никто другой, кроме самого пациента, за него это не сделает. ☹

**Ольга Польщикова
Фото Евгения Налимова**

Советы от доктора О.А. Калугиной

- Не курить.
- Знать уровень своего артериального давления. Если оно повышенное (140/90 и выше), то принимать меры для его коррекции.
- Регулярно (не реже 1-2 раз в год) проверять свой уровень холестерина.
- Соблюдать диету с пониженным содержанием жиров животного происхождения и при необходимости принимать препараты, сдерживающие синтез в организме эндогенного холестерина.
- Учитывать, что с возрастом риск развития ишемической болезни сердца возрастает. Тем строже относиться к своему здоровью.



Для здоровья будущих поколений

17 и 18 сентября в Барнауле впервые прошла масштабная конференция «Актуальные проблемы медицинской генетики», которая объединила специалистов со всей России.

Поделиться опытом и перенять разработки коллег, а также чтобы обсудить актуальные вопросы развития генетики, современные тенденции, проблемы этого направления в Барнаул приехали специалисты-генетики из Москвы, Кемерова, Томска, Новосибирска, Санкт-Петербурга.

Заведующий лабораторией ФГБНУ «Медико-генетический научный центр» (Москва) **Александр Поляков** отметил, что медико-генетический центр, расположенный в Алтайском крае, заслуживает самой



высокой оценки по всероссийским меркам. *«Здесь я первый раз, но много езжу по России. Я поражен структурой и деятельностью Алтайского медико-генетического центра. Очень хорошие институты расположены в Чувашии, Краснодарском крае, Ростове, в Томске - целый институт. Но тот штат и та структура, которую я обнаружил в Барнауле, - это очень высокий показатель. Только в штате здесь около 30 человек, это при том, что в целом по России крупных специалистов этой области - чуть больше 200 человек»,* - рассказал Поляков.

Ведущим конференции по праву стал **А.М. Никонов**, заведующий Алтайской медико-генетической консультацией. Фактически создание и плодотворная работа МГК стали главным делом многих лет его работы. В приветственном слове Александр Ми-



хайлович подчеркнул, что у истоков службы на Алтае стояли замечательные специалисты: *«Сегодня это направление развивается стремительно. Современная генетика основывается на молекулярно-генетических исследованиях, что дает возможность практически безграничного исследования природы человека. Все виды медико-генетической помощи применяются нами сегодня и доступны для населения края. Необходимо постоянно следить за современным уровнем исследования. Те лабораторные методы, которые сейчас применяются по всему миру, требуют интерпретации и изучения».*

Шел серьезный разговор о диагностике наследственных заболеваний, их лечении, льготном обеспечении лекарствами, что немаловажно, поскольку лечение этой группы заболеваний было и остается дорогостоящим.

Работа конференции продолжалась в течение двух дней. Такая возможность общения коллег, единомышленников выдается нечасто. И плодотворность работы, достойное решение организационных вопросов сделали эти дни по-настоящему эффективными. ☺



Инсульт - это всегда катастрофа для организма

Разговором о работе отделения острого нарушения мозгового кровообращения КГБУЗ «Краевая клиническая больница», в которое поступают больные в первые часы после инсульта, мы начинаем серию публикаций об этом грозном недуге.

На вопросы отвечает Сергей Александрович ФЕДЯНИН, кандидат медицинских наук, заведующий отделением острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК), КГБУЗ «Краевая клиническая больница», доцент кафедры нервных болезней Алтайского государственного медицинского университета.

- Сергей Александрович, расскажите о вашем отделении: его структуре, выполняемых задачах.

- Наше отделение острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) было открыто в 2008 году в рамках совершенствования порядка оказания помощи больным с ОНМК. Алтайский край был одним из 12 регионов, которые вошли в федеральную программу. В результате на базе краевой клинической больницы создан **Региональный сосудистый центр. В его составе - следующие подразделения:** неврологическое, нейрохирургическое, отделение сосудистой хирургии, отделение рентгеноперационных методов лечения, отделения лучевой и функциональной диагностики. Только при таком объединении усилий разных специалистов можно оказывать полноценную помощь пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения. Неврологические отделения ОНМК развернуты также в Бийске, Барнауле (в больницах №5 и 11), несколько позднее они открыты и в Славгороде, Рубцовске.

Отделение в краевой клинической больнице фактически со-

стоит из двух основных частей: нейрореанимации, рассчитанной на 12 коек, и ранней реабилитации (на 48 коек).

Все больные с острым состоянием поступают сразу в блок интенсивной терапии - нейрореанимации, где в первую очередь *проводится коррекция жизненно важных функций, определяются степень инсульта и его вид, проводится вторичная профилактика* с тем, чтобы исключить повторение острого состояния. Все выявленные нарушения в организме пациента подлежат коррекции. Только когда человек восстановлен и способен жить без поддержки аппаратами, его переводят на реабилитационное лечение.

На этапе нейрореанимации **проводится также системный тромболитик (ТЛТ).** Введение тромболитика при ишемическом инсульте позволяет устранить причину - тромб в сосуде, а значит, практически вылечить ишемический инсульт. После этого *восстанавливается кровоток в поврежденной ишемией зоне мозга.* Метод достаточно эффективный, но имеет большое количество противопоказаний. К сожалению, только 3-5 процентам поступающих с инсультом может быть проведен этот метод терапии, в частности, из-за жестких временных рамок его применения: время от острого события до начала терапии не должно превышать 4,5 часов. Это самое первое ограничение. Есть еще порядка тридцати противопоказаний, которые рассматриваются врачом в этот период. Если методика мо-



жет быть применена к лечению данного больного, она, как правило, позволяет ликвидировать основные последствия наступившего инсульта. В то же время методика ТЛТ имеет высокий риск осложнений.

Вследствие инсульта теряются многие функции организма: двигательная функция, глотание, речевая, психологическая функции (больной может не понимать взаимоотношений близких людей и т.д.). Поэтому **с пациентом работают** так называемые **мультидисциплинарные бригады**, созданные в отделении, в которые входят: невролог, врач ЛФК (сейчас его называют врач кинезотерапии), врач-физиотерапевт, логопед, психолог, восстанавливающий психические функции. Количество методов в арсенале этих специалистов - колоссальное. Проводится также обязательная лекарственная терапия, направленная на формирование новых связей в мозге человека взамен утраченных и исключение повторного инсульта.

Кроме проведения терапии, направленной на сохранение поврежденных при инсульте клеток, мы **разрабатываем методы вторичной профилактики инсультов и**



Региональный сосудистый центр

обязательно определяем причины ОНМК у пациента. На самом деле их множество. Из всех видов инсульта выделяют две основные группы: **ишемический инсульт** (недостаток кислорода, крови в отделах мозга вследствие сужения сосудов по разным причинам) и **геморрагический** (кровоизлияние в мозг через поврежденный сосуд). Мы должны определить, какой из инсультов произошел. Для этого при поступлении пациента в отделение экстренно проводятся томография, ультразвуковое исследование сосудов, ЭКГ, берутся анализы крови.

Международная классификация ишемического инсульта выделяет следующие подтипы: **атеросклеротический** (связанный с атеротромбозом), **кардиоэмболический** (тромб из сердца попадает в сосуды мозга), **лакунарный** (при поражении мелких артерий вследствие гипертонической болезни и сахарного диабета). Кроме этого, могут быть инсульты редкой этиологии при системной красной волчанке, травме сосудов, инфекциях, ряде других заболеваний. **Итак, мы должны определиться с типом инсульта и в зависимости от этого разработать методы вторичной профилактики.**

При выписке из отделения каждый пациент получает рекомендации, касающиеся приема фармпрепаратов, образа жизни, режима физической активности. Назначаются аспирин, антикоагулянты, статины, сахароснижающие препараты и т.д.

Инсульт - заболевание, являющееся следствием других патологий организма. Важно, чтобы профилактические меры касались и этих заболеваний. Следует отметить, что для наших пациентов особое значение имеют дальнейшая приверженность здоровому образу жизни, физическая активность, обязательно своевременная коррекция веса, соблюдение принципов правильного питания.

- Можно говорить о прогнозе последующей жизни человека?

- Однозначно нельзя. На сегодняшний день сроков и

Геморрагический инсульт чаще всего возникает после повышенных физических нагрузок. Если вы почувствовали интенсивную головную боль (впервые в жизни такой интенсивности), появились тошнота и рвота, возникла потеря сознания, появились нарушения движений, чувствительности, речи - стоит незамедлительно вызывать «скорую помощь». *Помните: симптомы инсульта развиваются стремительно!*

Геморрагический инсульт вызывается разрывом сосудов, происходит кровоизлияние в мозг, под оболочки и в желудочки мозга. Два основных фактора, приводящих к разрыву стенок сосудов и артерий, - ослабленная вследствие различных заболеваний стенка сосуда и повышенное артериальное давление. Поэтому кровоизлияние, как правило, происходит у людей, страдающих гипертонической болезнью, и в состоянии стресса, возбуждения. Одной из причин геморрагического инсульта могут служить аневризмы. При них достаточно небольшого превышения давления, чтобы стенки сосудов не выдержали.



Разрыв кровеносных сосудов и кровоизлияние в мозг



Ишемический инсульт

Ишемический инсульт чаще в обиходе называют инфарктом мозга. В отличие от геморрагического ишемический инсульт **происходит при закупорке сосудов:** эмболии или тромбозе сосудов головного мозга. Причиной закупоривания питающих каналов является тромб. Наиболее

часто инсульт проявляется при атеросклерозе, но случается и при гипертонической болезни, а также мерцательной аритмии. При этом стенки сосуда не повреждаются, но поток крови прерывается спазмом или «пробкой», образованной тромбом. Необходимо отметить, что тромбы могут привести к сбоям кровообращения практически в любом органе человека и вызывать инфаркт сердца, почки, мозга и т.д. В качестве «пробки» может также выступать кусочек жировой ткани, образовавшийся и попавший в кровеносную систему при переломах и других серьезных травмах. Не менее опасно попадание в кровь пузырьков газа (газовая эмболия) во время проведения операций на лёгких либо непрофессионально сделанного укола. При этом место попадания такой «пробки» практически не имеет значения: она легко доберётся до сердца или головного мозга из самых отдалённых уголков тела.

К поражению артерий мозга и последующему ишемическому инсульту могут привести множество факторов: нервные расстройства и переутомление, артериальная гипертензия, злоупотребление алкоголем, курение, нарушения сердечного ритма, а также избыточный вес и повышенные уровни сахара в крови.

Основная группа риска проявления ишемического инсульта - это люди пожилого возраста. Одним из предвестников ишемического инсульта является преходящее нарушение мозгового кровообращения. Если вы чувствуете одностороннюю слабость в конечности, онемение их, нарушение речи, которое быстро регрессирует, - стоит незамедлительно проконсультироваться с врачом. При таком заболевании инсульт можно предотвратить путем назначения полноценной профилактики этого заболевания.



Ограничений жизни после перенесенного инсульта не существует. В каких-то случаях врач может сделать прогноз, но, как правило, это невозможно. **Жизнь человека, перенесшего инсульт, во многом зависит от него самого, от того, насколько он будет выполнять рекомендации врачей, от его образа жизни.** У тех больных, у которых остаётся невозможным самообслуживание, многое зависит от родственников, от осуществляемого ими ухода, организации питания, приёма лекарств пациентом.

- Инсульты - это болезнь старшего возраста?

- Действительно, ишемический инсульт привязан к возрасту. Чем старше человек, тем выше риск возникновения этого острого состояния. В то же время ишемический инсульт встречается и в детском возрасте: количество инсультов в этой возрастной группе хоть и ниже, но они имеют большое социальное и медицинское значение.

С геморрагическим инсультом ситуация несколько сложнее - это заболевание молодого, иногда среднего возраста. Дело в том, что оно связано с различными дефектами сосудов, которые могут присутствовать в разных возрастных группах.

- Кто они, пациенты ва-шего отделения - жители Барнаула, края?

- Половина наших пациентов - барнаульцы, которые доставляются «скорой помощью». Жители края поступают также с привлечением медицины катастроф, транспорта ЦРБ. Есть приказ закрепления районов края за первичными сосудистыми отделениями больниц Бийска, Рубцовска, Славгорода. В тех случаях, когда в нашем отделении есть свободные места, берем больных из всех районов без ограничений.

- Какие есть общие правила: что делать при инсульте, как его распознать человеку, далёкому от медицины, но оказавшемуся рядом с больным?

- Для распознавания инсульта существует так называемый **тест-**

фаст. Он эффективен и доступен. При инсульте происходит снижение мышечной силы с одной стороны тела. Надо попросить человека *поднять две руки* - одна будет падать. Попросить закрыть глаза и *улыбнуться* - улыбка будет асимметричной. Происходит *нарушение речи* либо человек может потерять речь полностью. Эти симптомы характерны в большей части случаев - в 80-90 процентах. Могут быть также острое косоглазие, *нарушение зрения* вплоть до слепоты, *сильная головная боль, двигательные и чувствительные нарушения*. Нужно помнить, что если появляются любые неврологические симптомы, нужно максимально быстро вызвать врача, чтобы не потерять время.

- И всё же - нужно ли дать в первые минуты после инсульта таблетку, например, аспирин?

- Если у человека случился инсульт, то определиться с его характером без проведения диагностических мероприятий чаще всего невозможно. Поэтому проведением самостоятельной терапии можно серьёзно навредить. Рецепт один - **максимально быстро пациента доставить в стационар.**

Перечислю **мероприятия, которые нужно провести до прибытия врача:**

♦ обеспечить приток свежего воздуха;

♦ расстегнуть воротник рубашки - позволить человеку нормально дышать;

♦ уложить на твердую поверхность;

♦ поднять подголовник;

♦ вытащить зубные протезы и убрать рвотные массы, если они есть;

♦ измерить давление, убедиться в том, что нет гипертонического криза.

- Приходилось слышать советы по проведению точечного массажа при инсульте. Как можно это прокомментировать?

- Существует медицина официальная, основанная на доказательной практике, на данных клинических исследований. Я являюсь

специалистом в этой области. С точки зрения данной медицины, данного подхода к оказанию помощи после инсульта, используются те препараты и методики, о которых я говорил. Существует медицина китайская, восточная и прочее. В рамках этих воздействий, возможно, считается, что точечный массаж дает результат. Но я бы не советовал уходить от тех методик, которые рекомендуем мы, врачи. Те люди, которые ориентируются только на предложения неофициальной медицины, как правило, потом попадают к нам повторно в более тяжёлом состоянии.

- Вопрос о реабилитации. Если в стремлении быстрее восстановиться больной задаёт усиленный режим физических упражнений, то это может ему принести пользу?

- До 60-70 процентов пациентов уже с восстановленным самообслуживанием. Часть продолжает реабилитацию в санаториях, другие - амбулаторно или в стационарах больничных учреждений. Мозг человека пластичен, всегда есть возможность образования в нем новых связей, а значит, улучшения состояния, но необходимо использовать те методики, которые действительно эффективны. Увеличение нагрузки не всегда приводит к желаемому результату. Например, длительный массаж может привести парализованную конечность в состояние спастики: мышцы могут напрячься и после этого их восстановление будет уже невозможным.

- Можно подтвердить цифрами эффективность работы вашего коллектива?

- Эффективность действительно есть. С открытием Регионального сосудистого центра почти на 20% снизилась летальность после инсультов, до 70% увеличилось количество лиц, выписываемых с восстановленным самообслуживанием. Это лишний раз доказывает, что работа отделений ОНМК действительно для населения имеет большое социальное и медицинское значение. ☺

Лариса Юрченко



Если нужна высокотехнологичная медицинская помощь...

Высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП) - это помощь, выполняемая медицинскими кадрами высшей квалификации с использованием сложных и уникальных медицинских технологий, основанных на современных достижениях науки и техники.

В высокотехнологичную медицинскую помощь входят, в первую очередь, - операции на открытом сердце, трансплантация сердца, печени, почек, нейрохирургические вмешательства при опухолях головного мозга, лейкозах, другие хирургические вмешательства высокой степени сложности.

Оказание детям ВМП регламентируется приказами Министерства здравоохранения и Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности. **Виды ВМП представлены в Постановлении Правительства РФ №1273 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов» (раздел I «Перечень видов ВМП, включённых в базовую программу ОМС» и раздел II «Перечень видов, не включённых в базовую программу ОМС»).** Таким образом, ежегодно для лечения за пределы Алтайского края в лучшие федеральные центры согласно установленному порядку отправляются и взрослые, и дети.

Необходимый пакет документов для оказания ВМП также регламентируется приказами. **Первый шаг - это обращение пациента в поликлинику по месту жительства либо обследование в краевой клинической больнице (в том числе и детской),** если лечение проводится там. Далее пакет документов рассматривается главным специалистом края соответствующего профиля. Подчеркну, что вся работа проводится оперативно.

Следующий шаг - загрузка документов на портал мониторинга Министерства здравоохранения РФ. Работа по электронной почте также позволяет ускорить процесс оформления документов. Далее документы рассматриваются уже министерской комиссией в зависимости от профиля заболевания. **В итоге всегда даётся официальный ответ. При положительном решении определяется дата госпитализации, формируется квота.** Возможны иные варианты ответа: больному требуется дообследование или отказывается в данном виде медицинской помощи с указанием причины такого решения. В любом случае пациент об этом извещается официально.

Помимо федеральных центров, находящихся за пределами Алтайского края, по этой программе успешно работает Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования, расположенный в Барнауле. Причем, жители края (в том числе и дети) имеют преимущественное право лечения в этом Центре.

Определен порядок предоставления квот при софинансировании из краевого бюджета. Так работает Алтайская краевая клиническая детская больница. Также ВМП оказывается и в рамках обязательного медицинского страхования.

Если родители намерены пролечить ребёнка за границей, - и в этом случае приказом Минздрава регламентирован порядок решения вопроса. Согласно приказам, решение принимается только на уровне федеральных клиник и Министерства здравоохранения, в котором также создана соответствующая



Вера Михайловна УШАНОВА,

заместитель начальника
Главного управления
Алтайского края по
здравоохранению и
фармацевтической
деятельности по
материнству и детству

Необходимый пакет документов для оказания ВМП также регламентируется приказами.



При необходимости оказания срочной ВМП процесс оформления документов на всех уровнях проводится в предельно сжатые сроки непосредственно через Главное Управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности.

комиссия. Если, например, федеральная клиника принимает решение, согласно которому лечение возможно только за рубежом, следует обращение в Минздрав, и, минуя субъект, получается квота.

Квота предусматривает также проезд ребёнка к месту лечения и нахождение в клинике. Сопровождающее лицо получает право на бесплатный проезд и проживание с ребёнком в зависимости от его состояния и возраста. Если ребёнок требует постоянного ухода, тогда и мама едет бесплатно. В противном случае мама может также сопровождать ребёнка, но уже на платной основе - такие услуги клиниками тоже предоставляются.

Сложность возникает в тех случаях, когда некоторые клиники вызывают на предварительную очную консультацию, оплата которой в квоту не входит. Если ребёнок имеет инвалидность и не оформлен отказ от социального пакета, дорога тоже оплачивается ему и маме.

После лечения реабилитация проводится по месту жительства. К сожалению, у нас нет центров реабилитации, работающих по квоте. Федеральные клиники имеют право отправлять заявку на проведение реабилитационных мероприятий в федеральные санатории. Федеральным клиникам дано преимущественное право перед субъек-

тами - их заявки на санаторно-курортное лечение рассматривают в первую очередь. Есть детские реабилитационные центры в Троицке (Подмосковье), Новокузнецке.

При необходимости оказания срочной ВМП процесс оформления документов на всех уровнях проводится в предельно сжатые сроки непосредственно через Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности. Такая необходимость может возникнуть при получении тяжелых травм, скоротечном развитии заболевания, при рождении больного ребёнка в тех случаях, когда мама не обследовалась во время беременности. Транспортировка таких больных обеспечивается санитарной авиацией.

Жизненные ситуации могут быть самые разные. Например, у семьи нет средств на проезд к месту лечения, на проживание. И тогда на помощь приходят **детские фонды**. Мы плотно работаем с Российским детским фондом, фондом «Поддержим ребёнка!», созданным в Алтайском крае по инициативе Губернатора Алтайского края Александра Карлина.

С удовлетворением можно отметить, что **с каждым годом выделяется больше квот на оказание ВМП**. Так, мы начинали работать со ста квот в год, причём, документы отправляли почтой. В 2014 году получены 1426 квот, по которым дети пролечены полностью.

В 2014 году ВМП оказана 8947 жителям края (детям и взрослым), в том числе за счет ассигнований федерального бюджета в федеральных (5564) и краевых (3383) медицинских организациях. Помимо этого за счёт экономии, сложившейся при проведении конкурсных процедур, в медицинских организациях края проведено сверхплано 190 операций, что повысило доступность оказания такой помощи для жителей края до 9137. За счёт средств обязательного медицинского страхования проведено лечение 3930 взрослым и детям. Таким образом, **в 2014 году ВМП получили 13067 человек.**



С декабря 2012 года в крае открыт ФГБУ «Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования» (Барнаул), на базе которого, за счёт средств федерального бюджета, в 2013 году оказана ВМП 3250 гражданам Российской Федерации, большинство из которых (2624 человека) составили жители края. В 2014 году в этом Центре получили помощь 4754 пациента, из которых 3164 (66,6%) - жители Алтайского края. Кроме того, в 2014 году за счет средств ОМС оказана высокотехнологичная медицинская помощь 590 пациентам Алтайского края.

Всё это повысило обеспеченность населения ВМП до 413,4 на 100 тысяч человек, что превысило на 26,8% запланированный программой модернизации здравоохранения на 2014 год показатель.

Благодаря увеличившемуся финансированию за счёт средств краевого бюджета в 2013-2014 годах стало возможным внедрение новых высокотехнологичных методов лечения. Так, в КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница» впервые в крае за счёт средств бюджета 15 детям, страдающим тяжелыми формами сахарного диабета, установлены современные высокотехнологичные устройства - инсулиновые помпы, также оказана помощь 16 детям, страдающим тяжелыми формами ревматических заболеваний, требующих высокочувствительного лечения.

За 6 месяцев 2015 года ВМП получило всего 5697 пациентов, из них: 2573 - в клиниках федерального подчинения, 1249 из них - на базе ФГБУ «Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования» (Барнаул); 502 - в медицинских организациях Алтайского края; 2622 - за счет обязательного медицинского страхования.

После приёма документов данные пациента вносятся в лист ожидания, который формируется с учётом экстренности требуемой помощи. На 30 июня 2015 года в листе ожидания стоят 149 детей. Всего с начала года была оказана ВМП различного профиля как в федеральных клиниках за пределами региона, так и в краевых медицинских организациях 586 ребятишкам. ☺



Перечень документов, необходимых к представлению заявителем для направления его в медицинские организации для оказания ВМП:

- 1) направление на госпитализацию;
- 2) выписка из медицинской документации пациента за подписью руководителя медицинской организации по месту лечения или наблюдения пациента, содержащая: диагноз заболевания (состояния), сведения о состоянии здоровья пациента, проведенных диагностике и лечении, рекомендации о необходимости оказания ВМП, а также сведения, содержащие результаты лабораторных, инструментальных и других видов исследований, подтверждающие установленный диагноз;
- 3) согласие на обработку персональных данных гражданина (пациента);
- 4) копии следующих документов:
 - ▶ паспорт гражданина Российской Федерации;
 - ▶ свидетельство о рождении пациента (для детей в возрасте до 14 лет);
 - ▶ полис обязательного медицинского страхования пациента (при наличии);
 - ▶ свидетельство обязательного пенсионного страхования пациента (при наличии).

В случае обращения от имени пациента его законного представителя (доверенного лица) необходимо:

- 1) дополнительно в согласии на обработку персональных данных указать сведения о законном представителе (доверенном лице),
- 2) дополнительно приложить:
 - ▶ копию паспорта законного представителя пациента (доверенного лица пациента);
 - ▶ копию документа, подтверждающего полномочия законного представителя пациента, или заверенную в установленном законодательством РФ порядке доверенность на имя доверенного лица пациента.

С согласия пациента (законного представителя) пакет документов для направления пациента в медицинские организации для оказания ВМП может также быть направлен в Главное управление:

- ▶ государственными медицинскими организациями;
- ▶ федеральными медицинскими организациями.

Время приёма документов: с понедельника по четверг - с 14.00 до 18.00, по пятницам - с 14.00 до 17.00.

Справки по телефонам: (3852) 62-81-11, (3852) 62-78-43 (по детству), (3852) 62-42-95 (по профилю «травматология и ортопедия», «нейрохирургия»).



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 первой части этой статьи мы упомянули, что в соответствии с современной международной классификацией ДЦП выделяют: спастические (спастическая диплегия, спастическая квадриплегия, спастическая гемиплегия), дискинетические (дистония, атетоз), атаксическую и смешанные формы.

Рассмотрим каждую форму подробнее.

Спастическая диплегия - наиболее частая форма: составляет до 80% от всех спастических форм ДЦП. Двигательные нарушения в данном случае в ногах выражены сильнее, чем в руках (иногда нарушения в руках практически незаметны). Временами у детей с данной формой интеллект практически или не страдает вообще.

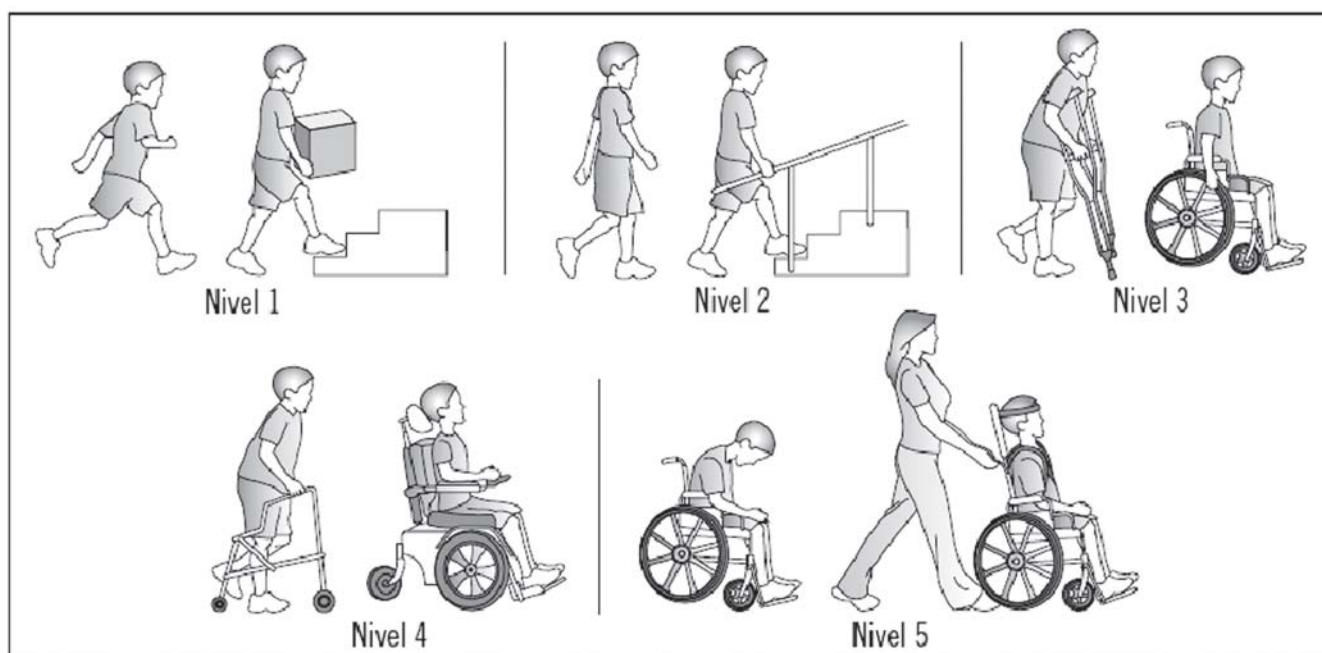
Спастическая квадриплегия (в российской классификации: двойная гемиплегия) - **более тяжелая форма.** Происходит поражение рук и ног в одинаковой степени или же в руках

сильнее. При данной форме чаще и сильнее происходят нарушения ментальных функций, часто сопровождающиеся судорогами, нарушением зрения, слуха и другие.

При спастической гемиплегии двигательные нарушения возникают только на одной стороне тела, например, при правосторонней гемиплегии - в правой руке и правой ноге. Зачастую спастичность более выражена в руке, чем в ноге. Как правило, нарушения ментальных функций - минимальные или отсутствуют.

При дистонии у ребенка периодически возникают спазмы мышц, которые продолжаются несколько секунд или минут. При этом отмечается высокий мышечный тонус при медленных движениях.

При атетозе в конечностях и туловище возникают червеобразные движения. Мышечный гипертонус выражен не в такой степени, как при дистонии.



Атаксия является наиболее редкой формой: составляет около 4-5% от всех форм ДЦП. У детей нарушена координация движений, мышечный тонус - низкий. При этой форме часты, практически обязательны нарушения ментальных функций.

Смешанные формы могут сочетать в себе признаки разных форм.

Как любое заболевание, **ДЦП имеет степени тяжести**. В 1997 году специально для пациентов с ДЦП **была разработана международная классификация глобальных моторных (двигательных) функций (GMFCS)**, отражающая двигательные возможности пациента. В данной классификации выделяют пять уровней (степеней тяжести).

Для наглядности приведём *критерии для ребёнка старшего возраста:*

- **GMFCS I:** ходит без ограничений, может самостоятельно подниматься по лестнице без использования перил, может прыгать, бегать даже по неровной поверхности;

- **GMFCS II:** ходит самостоятельно, но только по ровной поверхности, затруднены или невозможны прыжки, по лестнице поднимается с использованием перил;

- **GMFCS III:** ходит с применением вспомогательных средств (ходунки, костыли, трости);

- **GMFCS IV:** передвигается самостоятельно на инвалидном кресле (включая моторизованное), или же возможно передвижение в ходунках с посторонней помощью;

- **V уровень:** мобильность только в механическом инвалидном кресле с посторонней помощью.

Также существуют специальные критерии, в соответствии с которыми можно определить, к какому из пяти уровней по GMFCS относится пациент с ДЦП с возраста 1,5 года. Эти критерии разработаны для разных возрастов. **Правильно отнеся пациента к уровню по GMFCS, можно с высокой степенью достоверности спрогнозировать реабилитационный его потенциал, разработать схему реабилитационных мероприятий.**

Часто возникает вопрос: может ли ребенок перейти на другой уровень,

Уровни регуляции движения	Уровни по GMFCS
Теменно-премоторный	I
Пирамидный	II
Стриарный	III
Таламо-паллидарный	IV
Руброспинальный	V

Таб. Соответствие уровней регуляции движения и уровням по GMFCS

например, из третьего во второй или наоборот? Дело в том, что уровень двигательных нарушений - это не просто способность ребенка ходить в ходунках или без них, или в коляске. **Уровень по GMFCS зависит от «глубины» поражения головного мозга.**

Конечно, есть дети, которые могут находиться на границе, например, III и IV уровней. То есть такой ребенок может периодически терять способность передвигаться самостоятельно с опорными средствами и пересаживаться на коляску, и вновь возвращаться к ходункам и т.п.

Ведущим клиническим проявлением ДЦП являются двигательные нарушения, но при перинатальной патологии происходит поражение не строго каких-то определенных отделов головного мозга, *могут поражаться различные отделы, а также страдать и внутренние органы и системы.* Поэтому в клинических проявлениях встречаются нарушения зрения, слуха, эпилепсия, речевые нарушения, нарушения глотания, кишечной моторики, бронхолегочная патология, страдание иммунной системы и т.д.

Важной частью клинических проявлений являются **вторичные ортопедические осложнения**, которые закономерно возникают в различные периоды жизни ребенка, осложняя его мобильность, самообслуживание, уход за ним, а в тяжелых случаях - приводя к заболеваниям внутренних органов.

О причинах формирования вторичных ортопедических осложнений мы начали говорить в данной статье, но более подробно о них будет изложено в следующем материале. ☺

В 1997 году специально для пациентов с ДЦП была разработана международная классификация глобальных моторных (двигательных) функций (GMFCS), отражающая двигательные возможности пациента. В данной классификации выделяют пять уровней (степеней тяжести).



Реальность и перспектива

Лариса

**Алексеевна
ПЛИГИНА,**

президент АРОО
«Профессиональная
ассоциация средних
медицинских
работников»



Современная медицинская сестра - это, прежде всего, профессионал сестринского дела. С течением времени становится всё более очевидным, что качественные преобразования в сестринском деле невозможны без реформирования сестринского образования и всей системы управления сестринскими кадрами. Образование и практика - понятия, тесно связанные друг с другом. В результате истинного, а не формального сотрудничества этого тандема профессиональная компетентность медицинской сестры становится решающим фактором в области сестринского дела, где особая ответственность возлагается на медицинских сестер в сфере повышения качества и доступности медицинской помощи пациентам и населению в целом.

Обеспечение качества сестринской помощи на протяжении многих лет является одной из насущных задач в деятельности АРОО «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников». Решение данного вопроса неразрывно связано с проблемами качества дополнительного образования специалистов сестринских служб. **И решать существующие проблемы следует совместно,** общими усилиями образования, практическим здравоохранением и профессиональной ассоциацией, конкретными делами.

В здравоохранении быстро развиваются технические и научные достижения, меняется потребность общества в получении высококвалифицированной помощи, что, в свою очередь, требует изменений в получении новых, современных знаний специалистами сестринского дела. И большинство специалистов выступают за реформу существующей системы и внедрения новых технологий в обучение.

На совещании по итогам визита министра МЗ РФ Вероники Скворцовой под председательством Губернатора Алтайского края Александра Карлина, проходившего в августе текущего года в г.Барнауле, в выступлении Вероники Игоревны прозвучало: *«Следующим действием Министерства здравоохранения будет передача функций по аттестации и аккредитации профессиональным общественным организациям».*

Мы - на пороге большой ответственной работы по проведению аккредитации медицинских работников. ☺

Международный день медицинской сестры

Марина Владимировна АРЕФЬЕВА,

главная медицинская сестра, КГБУЗ «Краевая
клиническая больница скорой медицинской помощи»

**Невозможно себе представить
лечебное учреждение без медицинской
сестры! Это одна из самых гуманных
профессий всех времен, так как жизнь
человека, его здоровье - главные
ценности для каждого.**

Традиционно 12 мая, в Международный день медицинской сестры, в Краевой клинической больнице скорой медицинской помощи проводится торжественная конференция коллектива. И этот год не стал исключением.

Целью проведенной конференции было не только поднять престиж сестринской профессии в глазах общества и самих медицинских работников, но и обозначить инновационную деятельность медицинской сестры, направленную на улучшение качества оказания медицинской помощи пациентам.

Торжественная конференция открылась гимном «Рука милосердия» АРОО «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников», посвященным медицинским сестрам Алтайского края.



Со словами приветствия, поздравлениями и благодарностью за труд, верность профессии к участникам конференции обратились главный врач Краевой клинической больницы скорой медицинской помощи **Владислав Аркадьевич БОМБИЗО**, главный штатный специалист по управлению сестринским персоналом

Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности **Ирина Николаевна ДОНСКИХ**, президент Профессиональной ассоциации средних медицинских работников **Лариса Алексеевна ПЛИГИНА**, председатель профсоюзного комитета больницы **Ирина Григорьевна КОМЛИК** и главная медицинская сестра больницы **Марина Владимировна АРЕФЬЕВА**.

Выступающие говорили о важности, высокой значимости и огромной роли специалистов сестринского дела в выживании пациентов, повышении



качества медицинской помощи, о происходящих переменах в сестринском деле, необходимости внедрения в практику медицинских сестер современных технологий и коммуникаций, чему активно содействует АРОО «ПАСМР».

За многолетний добросовестный труд в сфере охраны здоровья населения грамотами Главного управления отмечены специалисты больницы: **Л.Г. КУНДЕЛЕВА**, операционная медсестра операционного блока, **С.С. ЛАВРОВА**, рентгенолаборант отделения рентгенологии, **И.Ш. НЕФЕДОВА**, медицинская сестра палатная первого хирургического отделения, **О.Н. ЧУКАНОВА**, медицинская сестра палатная гинекологического отделения.

Более половины сестринского коллектива - 55% - Краевой клинической больницы скорой медицинской с 2001 года являются членами АРОО «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников», что способствует совершенствованию сестринской профессии и повышению ее общественного престижа.

Из двадцати отделений больницы в шести отделениях членство в АРОО «ПАСМР» составляет 100 процентов. Коллективам этих отделений в лице старших медицинских сестер были вручены благодарности Ассоциации и «Библиотеки специалиста»:

- ◆ отделение гинекологии (старшая медицинская сестра **Александра Николаевна БЫКОВА**),
- ◆ отделение травмы кисти (старшая медицинская сестра **Наталья Николаевна ГРОМАКОВА**),
- ◆ отделение нейрохирургии (старшая медицинская сестра **Лариса Евгеньевна КРУГЛОВА**),
- ◆ физиотерапевтическое отделение (старшая медицинская сестра **Наталья Васильевна КЛЕНОВА**),
- ◆ травматологический пункт (старшая медицинская сестра **Наталья Александровна КОМАРОВА**),
- ◆ отделение переливания крови (старшая медицинская сестра **Алла Николаевна ЖАЛЫБИНА**).

На торжественном собрании также присутствовали медицинские сестры: Заслуженные работники здравоохранения **В.В. СКВОРЦОВА**, **И.Т. ВАСИЛЬЕВА**, **Т.И. БЫКОВСКАЯ**, **Л.К. ВАЛОВА**, **В.М. ПРОТАСОВА**, **О.Н. ЗАЙКИНА**, **В.А. СОФИНА**, **О.Э. САВИНЦЕВА**, **Г.П. РЯБЦЕВА**, От-



личник здравоохранения **Н.В. ПАРФЕНОВА**.

Завершением праздника стало выступление творческого коллектива г.Барнаула. ☺

Вопрос-ответ

Согласно какому нормативному документу формировать укладки для забора материала от людей и из объектов окружающей среды для исследования на особо опасные инфекционные болезни - СП 3.4.2318-08 или МУ 3.4.32552-09?

При рассмотрении данного вопроса следует внимательно изучить область применения каждого нормативного правового документа.

Так, п.1.5 СП 3.4.2318-08 «Санитарная охрана территории Российской Федерации. Санитарно-эпидемиологические правила» определяет «Соблюдение санитарных правил обязательно для граждан, индивидуальных предпринимателей и юридических лиц».

Если рассмотреть область применения МУ 3.4.2552-09 «Организация и проведение первичных противоэпидемических мероприятий в случаях выявления больного (трупа), подозрительного на заболевания инфекционными болезнями, вызывающими чрезвычайные ситуации в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения», то данный документ п.1.3 обязателен для выполнения на всей территории Российской Федерации только территориальными органами и учреждениями Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и рекомендован к исполнению медицинскими организациями.

Таким образом, применения МУ 3.4.2552-09 в медицинских организациях с формальной точки зрения носит рекомендательный характер в отличие от обязательного исполнения медицинской организацией как юридическим лицом СП 3.4.2318-08.

Однако контроль комплектности упаковок для забора материала от людей и из объектов окружающей среды для исследования на особо опасные инфекционные болезни в медицинских организациях преимущественно осуществляют органы Роспотребнадзора, которые ориентированы на применение в медицинских организациях МУ 3.4.2552-09, так как документ издан в более поздние сроки и конкретизирует отдельные положения СП 3.4.2318-08.

При внимательном изучении обоих документов в части, касающейся описания комплекта медицинского «универсальная укладка для забора материала от людей и из объектов окружающей среды для исследования на особо опасные инфекционные болезни» следует отметить относительно небольшие различия. В частности, в СП 3.4.2318-08 присутствует 67 позиций перечня необходимого имущества, в МУ 3.4.2552-09 на 6 наименований больше, а именно: 73 позиции.

Таким образом, для снятия вопросов со стороны надзорных органов и полного выполнения требований обоих документов целесообразно руководствоваться МУ 3.4.2552-09 в части формирования комплекта медицинского «универсальная укладка для забора материала от людей и из объектов окружающей среды для исследования на особо опасные инфекционные болезни», состоящего из 73 позиций. ☺



Особенности темперамента в детском возрасте

Темперамент - это индивидуальные особенности человека, определяющие динамику протекания его психических процессов и поведения.

Под динамикой понимают подвижность, активность, быстроту или замедленность реакций. Темперамент проявляется в деятельности, поведении и поступках человека и имеет внешнее выражение. По внешним признакам можно судить о некоторых свойствах темперамента.

Древнегреческий врач Гиппократ, живший в V веке до н.э., описал четыре вида темперамента, которые получили следующие названия: сангвинический, флегматический, холерический и меланхолический. Отсутствие необходимых знаний не позволяло дать в то время подлинно научную основу учению о темпераментах, и только исследования высшей нервной деятельности животных и человека, проведенные русским ученым-физиологом И.П. Павловым, показали, что *физиологической основой темперамента являются сочетания основных свойств нервных процессов: возбуждения и торможения.*

Рассмотрим основные черты этих четырех видов темпераментов.

Ребенок сангвинического темперамента: он худощав, строен, в своих движениях слишком быстр и подвижен, мгновенно ориентируется в ситуации. Его стихия там, где требуются скорость, темп. Работа буквально горит у него в руках. Сангвиник думает и говорит быстро, не лезет за словом в карман. Эмоционально также гибок: легко переключается со смеха на слезы, долго не печалится. Вспыхивает быстро, как солома, но быстро гаснет. Он общителен и находит общий язык с любым типом темперамента. Хватается с горячностью за всякое новое дело, но не доводит его до конца, быстро к нему охладевая. Ум имеет живой

и острый, но недостаточно глубокий и вдумчивый. Чувства быстро нарастают. Он жизнерадостен, любит наслаждения и стремится к ним. С сангвиником легко и трудно одновременно, потому что за ним не поспеть, не уследить. Когда характер формируется по этому темпераменту, преграду он перепрыгнет или обойдет, потому что он гибок и компромиссен. Жизненные узлы развяжет мигом.

Учащихся сангвинического темперамента нужно всегда держать в поле зрения, не разрешать им отвлекаться, нагружать посильной работой и требовать от них в учении и труде.

Иного склада **ребенок флегматического темперамента.** Это физически упитанный, спокойный, неторопливый, даже инертный и ленивый молчун. Его ум последовательный, вдумчивый и наблюдательный. Доводит начатое дело до конца. В общем - добродушное, уравновешенное дитя, мало доставляющее хлопот своим родителям и воспитателям. Родителей очень часто раздражает его медлительность, однако он из тех, кто тихо едет, но дальше будет.

В учебной деятельности ему как раз мешает его медлительность, особенно там, где требуется быстро запомнить, понять, сообразить, быстро сделать. Но запоминает он обычно надолго и основательно. У флегматика при правильном воспитании формируется упорный характер. У него сильная воля - воля трудолюбивого. Обязательно дойдет до своей вершины, но не надрываясь, неспешно, рассчитывая силы. Преграды трудяга-флегматик точит, как капля камень. Узлы жизни он



Людмила Алексеевна ЧЕРВОВА,

медицинская сестра
амбулаторного краевого
приема, высшая
квалификационная
категория,
КГБУЗ «Алтайский краевой
психоневрологический
диспансер для детей»,
член Ассоциации
с 2002 года

Темперамент проявляется в деятельности, поведении и поступках человека и имеет внешнее выражение.



Советы медицинской сестры

◀ развязывает долго, но развяжет обязательно. Радость и горе он переживает долго, затаённо, без лишних слов или вовсе молча. Склонен семь раз отмерить, прежде чем отрезать. С ним надежно, хотя даже нелегко. Нельзя допускать, чтобы он проявлял вялость, инертность, безразличие к труду, окружающей жизни, к людям и даже к самому себе.

Ребенок холерического типа - худощавый и стройный, он слишком решителен и быстр, а потому часто опрометчив в своих движениях. Смел, настойчив, властолюбив, мстителен и склонен ко всякого рода борьбе. Холерик наиболее беспокойный и наименее уравновешенный из всех темпераментов. Если он сердится, то его трудно утихомирить. Он доставляет много забот своим родителям, но при благоприятных условиях воспитания в будущем много обещает дать. Поэтому его родители должны учитывать темперамент, не ломать его, а мудро направлять, чтобы холерик был в меру гибким, компромиссным и достаточно сдержанным.

Вообще холерик по своей природе неутомим. Он упорен, настойчив и целеустремлен. Если он чего-то добивается, то его не отвлечет: тараня все преграды, не сворачивает с пути и не отступает. Узлы жизни он не развязывает, а разрубает.

У **ребенка меланхолического типа** медленно протекают психические процессы, они с трудом реагируют на сильные раздражители: сумрачный и не по годам серьезный, меланхолик медлителен и основателен. Очень впечатлительный, мрачный и замкнутый, редко проявляет свои чувства. Внушает своим родителям и невольное уважение, и затаенную боязнь за его будущее.

Меланхолики легко уязвимы, тяжело переносят обиды, огорчения, хотя внешне эти переживания у них выражены слабо. Они склонны к замкнутости и одиночеству, избегают общения с малознакомыми, новыми людьми, часто смущаются, проявляют неловкость в новой обстановке. Всё новое, необычное вызывает у меланхоликов тормозное



состояние. Но в привычной и спокойной обстановке чувствуют себя спокойно и работают очень продуктивно. Так как в основе темперамента лежит слабый тип нервной деятельности, сильных воздействий меланхолик не переносит. Тактичность, чуткость и доброжелательность им особенно необходима.

В учебной работе меланхолики не в состоянии переносить сильные и длительные напряжения, так как клетки их головного мозга быстро переходят в состояние охранительного торможения. Важно не допускать проявления тормозного состояния, а постепенно приучать их к более напряженной работе, к умению делать усилия, преодолевая состояния торможения. Им необходимо развивать общительность, чувства дружбы и товарищества. Если ребёнок чуждается коллектива, уклоняется от общественного труда, то он легко может замкнуться и погрузиться в собственные переживания. ☺

Слабость нервной системы не является отрицательным свойством. Потому что сильная нервная система более успешно справляется с одними жизненными задачами, а слабая - с другими.



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



Нарушения сердечного ритма у взрослых. Методы диагностики и лечение аритмии

В прошлом номере мы дали определение аритмий как результат изменения основных функций проводящей системы и сердца (автоматизма, возбудимости и проводимости). Также узнали, какие нарушения сердечного ритма бывают, как они проявляются и какие факторы риска существуют.

Обследование больного с нарушениями сердечного ритма включает в себя расспрос больного, клинические и инструментальные методы исследования. Обследование направлено на выявление причин развития аритмий, неблагоприятных факторов, которые могут способствовать их прогрессированию в дальнейшем, точное определение видов аритмий, диагностику состояния сердца (клапанного аппарата, размера камер сердца, толщины стенок, сократительной способности).

Электрокардиография (ЭКГ) является наиболее привычным методом диагностики аритмии.

При **суточном мониторинге ЭКГ** портативный регистратор ЭКГ устанавливается на сутки и более для записи электрической активности сердца в процессе выполнения человеком его обычной дневной активности, а также во время сна.

Эхокардиография позволяет при помощи ультразвукового датчика получить изображение камер сердца, уточнить их размеры, движение стенок и клапанов и другую информацию.

Индуктировать аритмию можно при помощи следующих тестов:

◆ **пробы с физической нагрузкой.** Некоторые аритмии провоцируются или усугубляются при физической нагрузке. Во время «нагрузочной» пробы используются беговая дорожка или стационарный велотренажер. Во время проведения пробы производится постоянная запись ЭКГ;

◆ **тест с наклонным столом.** В случае, когда у человека имеются необъяснимые потери сознания, может быть полезным проведение наклонных тестов, с помощью которых оценивается состояние сердца и нервной системы, контролирующей работу сердца при перемене положения тела и переходе из горизонтального положения в вертикальное;

◆ **электрофизиологическое исследование и картирование** осуществляются при помощи тончайших катетеров - электродов, которые проводятся в полость сердца. Когда электроды установлены в области определенных участков проводящей системы сердца, с их помощью можно изучить распространение электрического импульса по сердцу, индуцировать аритмию, изучив



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



◀ при этом ее локализацию, механизм, а также протестировать лечебный эффект различных лекарственных препаратов.

Многие расстройства сердечного ритма оказывают серьезное негативное влияние на качество жизни, имеют неблагоприятное прогностическое значение и поэтому требуют лечения. Целью антиаритмической терапии должно быть не только и не столько устранение самой аритмии, сколько улучшение качества жизни больного с гарантией безопасности этого лечения.

Потребность в лечении у больных с аритмиями различна и зависит от характера симптомов и прогностического риска аритмии. *Асимптоматичная аритмия* без серьезного риска не требует лечения. *Симптоматические аритмии* могут потребовать назначения терапии с целью улучшения качества жизни. Потенциально опасные для жизни аритмии требуют назначения незамедлительного лечения.

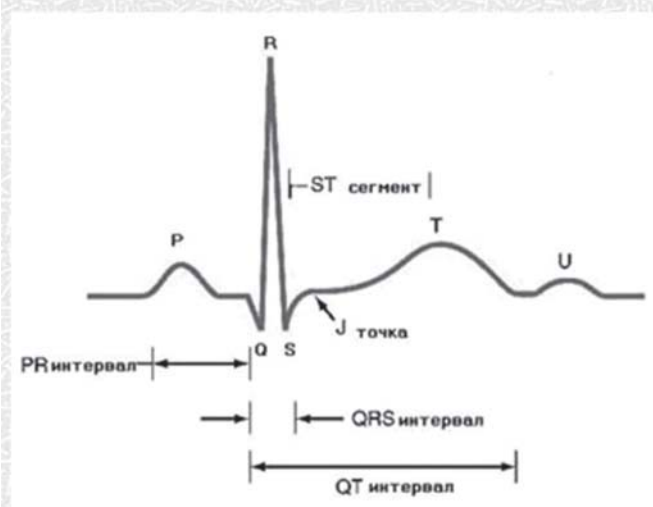
Для точного диагноза, оценки риска и выбора метода лечения необходимы тщательное обследование и консультация кардиолога или терапевта! Только врач даст вам рекомендации по лечению аритмий, которые могут включать:

- ◆ прием лекарственных препаратов;
- ◆ имплантацию электрокардиостимулятора (ЭКС);
- ◆ имплантацию кардиовертера-дефибриллятора;
- ◆ катетерную аблацию проводящих путей и зон аритмии.

Вам необходимо выполнять все рекомендации лечащего врача и информировать его о любых изменениях в вашем самочувствии. **Заниматься самолечением аритмий нельзя!**

Прогноз нарушений сердечного ритма крайне неоднороден. Ряд аритмий (например, наджелудочковая экстрасистолия, редкие желудочковые экстрасистолы при отсутствии органической патологии сердца) не имеет значения для прогноза жизни и здоровья. *Некоторые аритмии* (например, фибрилляция предсердий) *могут приводить к серьезным осложнениям:* развитию ишемического инсульта, нарастанию сердечной недостаточности. *Определенные виды нарушений сердечного ритма связаны с повышенным рис-*

НОРМАЛЬНАЯ ЭКГ ЧЕЛОВЕКА



ком смерти (желудочковая экстрасистолия высоких градаций, «пробежки» желудочковой тахикардии). *Самые тяжелые аритмии* (например, фибрилляция желудочков) *являются непосредственной угрозой жизни и требуют экстренной интенсивной терапии.*

Профилактика аритмий заключается в лечении заболеваний сердца, так как практически каждое заболевание сердечно-сосудистой системы при определенных условиях может явиться причиной нарушений сердечного ритма.

В профилактике развития аритмий имеют значение **коррекция и лечение ряда некардиологических заболеваний** (лечение тиреотоксикоза, лихорадочных состояний, нарушений электролитного обмена и кислотно-щелочного равновесия, синдрома сонного апноэ, нарушений питания, психоэмоциональных и вегетативных дисфункций). **Необходимо исключить прием алкоголя, курение, прием наркотических и других стимулирующих веществ** (крепкий чай, кофе, различные напитки). **Необходимо следить за своим артериальным давлением, весом; избегать злоупотребления жирной и калорийной пищей, не переедать.** Диета должна исключать раздражающие пряности, экстрактивные вещества, эфирномасличные растения. **Нужно уметь управлять своими эмоциями и противостоять стрессу.** ☺

Целью антиаритмической терапии должно быть не только и не столько устранение самой аритмии, сколько улучшение качества жизни больного с гарантией безопасности этого лечения.





Проблемы здоровья жительницы села

Как прекрасен наш Алтай: его многообразие солёных, щелочных и пресных озёр, разнотравье лугов, а какие красивые золотые поля и предгорье Алтая! Тишина деревень и журчание рек. Как прекрасно жить в Алтайском крае, который раскинулся на многие километры!

Но живя в отдаленных селах края, не всегда видишь красоту и многообразие природы, особенно когда наступают болезни...

Сталкиваясь с отдаленностью проживания из-за географического расположения сёл, понимаешь, что не каждая женщина может знать о своём каком-либо заболевании. С какими же проблемами репродуктивного нездоровья может столкнуться женщина на селе? **Наиболее частая патология - это воспалительные заболевания нижнего отдела полового тракта.**

Кольпит (вагинит) - воспаление влагалища и **цервицит** - воспаление цервикального канала. Эти заболевания нередко вызваны инфекцией, передающейся половым путём. При появлении жалоб на зуд, обильные, с неприятным запахом выделения из половых путей достаточно обратиться в ЦРБ по месту жительства, где проведут необходимое обследование. Оно включает: забор мазка на флору и степень чистоты из влагалища, уретры и цер-

викального канала, бактериологический посев с определением чувствительности микрофлоры к антибиотикам, а в ряде случаев - исследование высокочувствительным методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). Далее по результатам обследования вам назначат полноценное лечение.

Воспалительные заболевания могут сочетаться с повреждением эпителия слизистой шейки матки. Расхожее в народе и медицинской среде выражение - «**эрозия шейки матки**». На самом деле под «эрозией» кроются разные заболевания: от доброкачественных до предраковых и злокачественных. С целью своевременного выявления патологии шейки матки каждая женщина ежегодно должна проходить профилактические осмотры по месту жительства, где в условиях смотровых кабинетов проводится забор мазков с шейки матки на атипические клетки (скрининговый метод), а в случае выявления патологии диагностический алгоритм расширяется до кольпоскопии и биопсии. При подтверждении диагноза дисплазии или рака шейки матки для дальнейшего обследования и лечения пациентка направляется в краевой онкологический центр «Надежда».

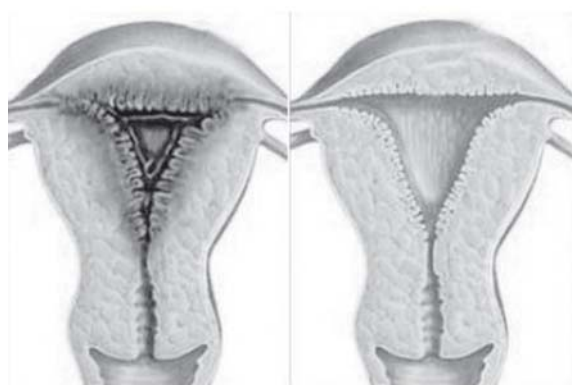
Более тяжелыми воспалительными заболеваниями гениталий с высоким риском генерализации процесса и неблагоприятным репродуктивным прогнозом являются **эндометрит** - воспаление матки и **сальпингоофорит** - воспаление маточных труб и яичников. При появлении бо-



Ирина Николаевна Кудрявцева,
врач акушер-гинеколог,
первая квалификационная
категория, КГБУЗ
«Перинатальный центр
(клинический)
Алтайского края»

Меня многие годы интересует здоровье населения Алтайского края - здоровье наших женщин. Ведь женское здоровье - это наше будущее, так как каждая женщина - прежде всего, мать, а материнское здоровье важнее всего на свете.

Эндометрит



Воспаление

Норма



Школа ответственного родительства

лей внизу живота, повышении температуры тела, гнойных выделениях из половых путей необходима срочная госпитализация в гинекологическое отделение ЦРБ, а при осложненных формах - перевод на лечение в межрайонную или краевую клиническую больницу.

Многие семейные пары после перенесенных воспалительных заболеваний гениталий нередко сталкиваются с проблемой бесплодия, когда кажется, что нет выхода. На сегодняшний день данная проблема вполне решаема. Стоит обратиться на ФАП к своей акушерке, которая даст направление в ЦРБ, где семейная пара пройдет первый этап обследования. В дальнейшем супругов направят в краевую консультативную поликлинику в отделение сохранения и восстановления репродуктивной функции. В зависимости от причины бесплодия вам будет подобрано лечение, вплоть до вспомогательных репродуктивных технологий. Учитывая приоритетное развитие службы материнства и детства, с открытием Центра восстановления и сохранения репродуктивной функции акушерско-гинекологическая помощь в крае оказывается на более высоком уровне: от полного обследования до проведения экстракорпорального оплодотворения. А затем вот они - долгожданная беременность и радость материнства! Кроме того, у женщин, имеющих неблагоприятные перинатальные исходы в анамнезе, в Центре проводится прегравидарная подготовка (планирование последующей беременности).

Как получить консультацию в Центре сохранения и восстановления репродуктивной функции? Прием пациентов осуществляется бесплатно по направлению из других лечебно-профилактических учреждений:

- через удаленную регистрацию в ЦРБ (то есть через гинеколога по месту жительства),

- непосредственно через регистрацию краевой консультативной поликлиники (Барнаул, ул.Ляпишевского, 1, окно - регистратор ЭКО).

При желании в Барнауле можно обратиться еще в два центра, основным направлением деятельности которых является лечение всех форм жен-



Классификация миом по их расположению относительно матки

ского и мужского бесплодия. Это - *Сибирский институт репродукции и генетики человека и Барнаульский центр репродуктивной медицины*. Широкий спектр исследований в области генетических, иммунных, гемостазиологических и других нарушений на платной основе позволяет решать самые сложные вопросы не только ненаступления беременности, но и привычного невынашивания, максимально повышая шансы рождения здорового ребёнка.

Ещё одна достаточно частая гинекологическая проблема, с которой может столкнуться женщина на селе, - это **миома матки**, которая является доброкачественной опухолью из мышечного слоя матки. Впервые такой диагноз может заподозрить акушерка на ФАПе путём проведения бимануального исследования. Для подтверждения диагноза пациентку обязательно направят в ЦРБ, где её непременно осмотрит врач акушер-гинеколог, проведёт УЗИ гениталий и в серьёзных случаях направит в межрайонную больницу, краевую консультативную поликлинику или Диагностический центр Алтайского края для проведения уточняющей диагностики: гистероскопии и отдельного диагностического выскабливания полости матки и цервикального канала. При необходимости оперативного лечения миомы матки женщину могут направить в межрайонные центры или в гинекологическое отделение краевой клинической больницы. ☺

**Не теряйте драгоценное время!
Своевременно обращайтесь к специалисту по месту жительства, который поможет вам сохранить ваше репродуктивное здоровье, улучшить качество жизни и обрести счастье материнства!**



Травмы всегда требуют внимания, лечения и реабилитации

От травм в спорте не застрахованы ни профессиональные спортсмены, ни новички, только пришедшие в спортивный зал. Вероятно, этот факт влияет на мнение тех, кто считает, что раз травм в спорте всё равно не избежать, то и не стоит им заниматься вовсе. Это в корне неверно.

Очевидно, что медицинское сопровождение соревнований, лечение травм и восстановление спортсменов не могли не стать основанием для развития серьезного направления медицины. Профилактические мероприятия, реабилитация приобретают иное значение, когда речь идет о спорте высоких достижений, о судьбах людей, которые не мыслят иной жизни - без тренировочного процесса и участия в соревнованиях.

История становления Алтайского краевого врачебно-физкультурного диспансера начинается с открытия 31 августа 1948 года кабинета медицинского контроля за занимающимися физкультурой и спортом. **В настоящее время КГБУЗ «Алтайский врачебно-физкультурный диспансер» - это лечебно-профилактическое учреждение, которое не только отвечает за здоровье спортсменов, ветеранов спорта, но и является клинической базой кафедры реабилитологии АГМУ.** Диспансер имеет два филиала: в краевом училище подготовки Олимпийского резерва и спортивном комплексе «Обь». Открыт кабинет спортивной медицины в Новоалтайске - потребность в этом продиктована серьезным уровнем развития некоторых видов спорта здесь.

Ежегодно к врачам диспансера обращаются свыше ста тысяч человек, обслуживаются более 600 спортивных соревнований, осуществляются несколько десятков сопровождений спортивных команд на длительные сборы по России и за рубеж. Поэтому для врачей-травматологов понятие «выходной день» весьма условно, впрочем, как и окончание рабочего дня.

Основная особенность всех спортивных травм в том, что они происходят неожиданно, иногда надолго лишая возможности продолжать тренировки. И чем профессиональнее «растёт» спортсмен,

тем сложнее травмы, которые он может получить. Если новички получают в основном ушибы, царапины и растяжения, то профессиональные спортсмены чаще всего страдают от разрывов связок, вывихов и переломов.

Приведу десятку самых опасных видов спорта: футбол (опасные удары ног и чрезмерные нагрузки); хоккей (драки, жесткие силовые приемы, большие скорости); гимнастика (переломы, растяжения, ушибы); *трамплинные виды спорта* (переломы, вывихи); прыжки с шестом; горный велосипед; баскетбол (травмы, связанные со столкновениями); лёгкая атлетика; гимнастика на бревне. **Самым безопасным видом спорта является плавание,** которое максимально полезно для человека, поскольку задействованы все группы мышц.

Надо помнить, что если прислушиваться к советам тренера, а также тщательно разминаться перед тренировками и избегать ненужных нагрузок, то лю-

Юрий Викторович БОРОДИХИН,
врач-травматолог,
КГБУЗ «Алтайский
врачебно-физкультурный
диспансер»

Конечно, если вы не занимаетесь никаким активным видом спорта, то риск получить какую-либо травму уменьшается в разы. Но разве неподвижный образ жизни может стать панацеей от спортивного травматизма и быть залогом здоровья?



Движение - жизнь

◀ бых травм вполне можно избежать.

Остановимся на отдельных видах травм.

Чаще всего к врачу обращаются с **повреждениями коленных суставов**: передних и задних крестообразных связок, мениска. Далее по распространенности следует **повреждение голеностопа**. Виды травм можно разделить по видам спорта. *Тазобедренный и коленный суставы* чаще травмируются у прыгунов. *Позвоночник* особенно уязвим у легкоатлетов. *Плечевой пояс и локти* страдают у боксеров и борцов. *Сложные переломы* встречаются часто в мотоспорте, но с ними мы не сталкиваемся, потому что оказывается оперативная медицинская помощь. У борцов и атлетов-тяжеловесов нередко *грыжи поясничного отдела, протрузии*. Прыгуны испытывают большие нагрузки на позвоночник, соответственно, в первую очередь страдает именно он.

Шейный отдел уязвим во всех видах единоборств. И комплексное лечение проводится травматологом и неврологом. Если оно проведено не в полном объеме, то изменения в шейном отделе приводят к развитию остеохондроза, смещению позвонков, другим серьезным заболеваниям.

Врач-травматолог начинает работу с получения рентгеновских снимков, а значит, максимально полного представления о травме. **Лечение может проводиться консервативно с назначением медикаментозной таблетированной терапии, проведением мобилизации сустава, физиолечения и в дальнейшем - реабилитации, включающей обязательный курс массажа и ЛФК.**

Надо иметь в виду, что **отношение к любой травме должно быть очень серьезным**, поскольку в недоленном варианте она в дальнейшем с большой вероятностью становится причиной развития хронических заболеваний, например, артроза. Да и врачу легче работать на начальном этапе и исключить необратимые последствия, сделать лечение максимально эффективным.

Сейчас успешно развивается так называемый **ветеранский спорт** - в соревнованиях участвуют легкоатлеты, лыжники и биатлонисты старшего поколения. В нашем лечебном уч-



реждении они подлежат обязательной диспансеризации и прохождению курса лечения - один или два раза в год. Ветераны, как правило, понимают необходимость этого. Лечение с такой периодичностью для многих оптимально, позволяет иметь нормальное качество жизни, участвовать в соревнованиях.

Уровень развития медицины сказывается на всех ее направлениях, в том числе и в травматологии. В арсенале врача много современных препаратов, позволяющих, например, в коленном суставе восстановить синовиальную жидкость, а значит, и функцию сустава. Есть препараты пролонгированного действия, их применение удобно для врача и пациента. Диспансер и его отделения оснащены современной диагностической аппаратурой.

В лечении травмы очень важно понимание тренером необходимости выполнения всех врачебных рекомендаций. Так, растяжение связок коленного сустава или поражение мениска требует около трех недель лечения с ограничением физических нагрузок, с приемом противовоспалительных препаратов. Эффективность, как правило, высокая, если человек соблюдает рекомендованный режим и тренер не форсирует события. А бывает и так: два дня лечения - и на соревнования, вопреки всем назначениям и рекомендациям. Такой порядок может привести к последующей инвалидизации.

С другой стороны, позиция тренера вполне объяснима: спортсмены во многих видах заканчивают выступления в 20-25 лет. В спортивной гимнастике, например, в 13-14 лет режим тренировок очень напряженный. Но связочный аппарат подростка еще совершенно не подготовлен к таким большим нагрузкам. Возникают разрывы, впоследствии на суставах делают пластику, период реабилитации может занять до года. Однако это приводит нередко к потере результатов и уходу из спорта.

Процесс реабилитации в большинстве случаев длительный. Этот процесс лучше проходит в клиниках Москвы и Санкт-Петербурга. Возможности в Барнауле пока, к сожалению, ограничены. При проведении всех мероприятий в 95% случаев человек возвращается в спорт, навсегда забывая о травме.

Повторю, что нельзя запрещать занятия спортом потому, что он травматичен. Дети во все времена хотят двигаться - футбол, баскетбол, волейбол есть в детстве каждого мальчишки. Ветеранам необходимы лыжи, биатлон. Вот почему в диспансере идет прием всех - от 4 лет до 70 лет. Каждый человек осознанно делает выбор. Спорт - это обязательно эмоции, адреналин, концентрация воли, силы, упорства. Нам всем это очень важно. ☺

Лариса Юрченко



«Самое дорогое у человека - ЭТО ЖИЗНЬ»

Несмотря на то, что возможности современной медицины огромны, они всё же имеют границы, которые четко проявляются при столкновении с неизлечимым заболеванием. И вот тогда без паллиативной помощи, смягчающей страдания человека, не обойтись.

О том, как уменьшить страдания от боли и улучшить качество жизни пациентам, которым, по сути, уже ничем помочь нельзя, мы беседуем с заместителем главного врача краевого онкологического центра «Надежда», кандидатом медицинских наук, Заслуженным врачом РФ **Валентиной ПЕТРОВОЙ**.

- Валентина Дмитриевна, у многих из нас само определение «неизлечимая болезнь» ассоциируется с онкологической патологией. А какие еще пациенты нуждаются в паллиативной помощи?

- Это большая группа людей, страдающих различными заболеваниями, например, вследствие перенесенного инсульта, тяжелой травмы или имеющих тяжелые формы психических расстройств, скажем, болезнь Альцгеймера или глубокую сенильную деменцию, то есть это люди, которым медицина уже не может помочь радикально, но она может улучшить их качество жизни, облегчить их состояние. В этом же ряду пациентов находятся и люди с онкологическими заболеваниями, сопряженными с хроническим болевым синдромом.

- Фактически с паллиативной помощью медицина идет рука об руку с давних лет, однако в полный голос о ней заговорили сравнительно недавно.

- Действительно, проблемы, связанные с паллиативной помощью, сохраняются и по сей день, и не только у нас в Алтайском крае. Они, конечно, решаются, и вы правы в том, что наиболее пристального внимания в нашей стране удостоились в последние несколько лет, благодаря чему этот вид медицинской помощи активно развивается, в том числе и в нашем регионе. Во многом это связано с инициативой главного врача «Хосписа №1 им. В.В. Миллионщиковой ДЗМ», г. Москва, Дианы Владимировны НЕВЗОРОВОЙ, которая является главным внештатным специалистом по паллиативной медицинской помощи Российской Федерации. Под её руководством получило развитие так называемое **«хосписное движение»**, были разработаны нормативные документы, которые позволили по-настоящему обратить внимание общества (и медиков в первую очередь) на эту категорию больных людей. Прежде многие из таких пациентов содержались в лечебных учреждениях на так называемых социальных койках в отделениях сестринского ухода. В период перестройки эти отделения были упразднены. Время показало ошибочность такого решения, и теперь по возможности их восстанавливают, предоставляя тем самым пациентам возможность получать симптоматическое лечение.



Кроме того, при наличии условий в лечебных учреждениях открываются **противоболевые кабинеты**. К слову, в нашем краевом онкологическом диспансере такой кабинет действует с 1998 года. С 2003 года там работает замечательный доктор, врач-анестезиолог высшей категории **Алексей Анатольевич МАТВЕЙКИН**. Организован такой кабинет и в Бийском онкологическом диспансере.

И все же, как показывает практика, принятых мер недостаточно. Поэтому разработаны и вступили в свет приказы Министерства здравоохранения и социального развития РФ по оказанию паллиативной медицинской помощи взрослым и детям, согласно которым определены не только категории пациентов, которым требуется паллиативная медицинская помощь, но и государственные структуры, эту помощь предоставляющие. Приказом *предусмотрено открытие новых кабинетов паллиативной медицинской помощи, формирование выездных бригад, отделений паллиативной медицинской*



помощи и сестринского ухода в стационарах, создание хосписов. В настоящее время в крае уже создаются такие подразделения и начато обучение специалистов. Они смогут контролировать состояние пациента и при необходимости корректировать способы оказания ему паллиативной помощи.

А вообще (и медицинская практика это подтверждает), **основами противоболевой терапии должны владеть все категории специалистов здравоохранения.** В настоящее время мы приступили к подготовке медицинских работников по специальной программе, рассчитанной на широкую аудиторию - от студентов вуза до врачей, обучающихся на курсах повышения квалификации. В приказе отмечается, что после такой учебы оказывать паллиативную помощь может специалист любого профиля.

- А как обстоят дела на данный момент?

- В Алтайском крае в Бийске уже работает отделение паллиативной помощи на двадцать коек, в октябре планируется открытие такого отделения в Барнауле. В краевой столице оно будет действовать на базе онкологического диспансера, расположенного на ул. Матросова. В перспективе мощность отделения будет увеличена. Готовится к открытию отделение и в Рубцовске.

Есть у нас в крае и хосписы, но пока все они действуют на коммерческой основе. Со временем, думаю, сможем организовать и государственные учреждения такого рода. Предполагается, что в Барнауле хоспис может быть открыт на освобождающихся площадях того же корпуса онкодиспансера на ул. Матросова после перевода отделений в новый лечебно-диагностический корпус «Надежда» на Змеиногорском тракте.

- Не связано ли усиление внимания к паллиативной помощи с увеличением числа людей, нуждающихся в ней? Или это вызвано изменением отношения к давней проблеме, не получавшей ранее должного разрешения?



- Конечно, это, прежде всего, следствие изменения отношения. В целом, в социуме число нуждающихся в паллиативной помощи во всем мире остается сравнительно стабильным. И у нас в крае тоже. Если говорить об онкологических пациентах, то да, некоторый общий прирост заболеваемости отмечается, но он происходит главным образом за счет лучшей выявляемости онкопатологии, в том числе на ранних стадиях.

И еще (я давно об этом говорю, но со мной многие коллеги не соглашались, сейчас, правда, их мнение меняется), я считаю, что **подход к паллиативной помощи и подготовке к уходу из жизни на достойном уровне должен быть комплексным.** Рада, что моё мнение совпадает с позицией государства о приоритете профилактики в вопросах оказания медицинской помощи. Каким бы затратным и дорогостоящим это ни казалось, предотвращение заболевания всегда дешевле самого лечения. В равной степени это относится и к помощи паллиативной. Если предупреждать развитие онкологических заболеваний или выявлять и излечивать их на ранних стадиях, то человек получает все шансы благополучно дожить до преклонного возраста и естественным образом без мук уйти из жизни. Это в равной степени относится и к сердечно-сосудистым заболеваниям, и к другим патологиям.

Мы приступили к подготовке медицинских работников по специальной программе, рассчитанной на широкую аудиторию - от студентов вуза до врачей, обучающихся на курсах повышения квалификации.



Победим свой страх!

Уже сейчас на профилактические мероприятия, например, в виде диспансеризации населения, работу центров здоровья и т.д., государство выделяет огромные средства. При ответственном отношении к этому вопросу, проявлении гражданами истинной заботы о своем здоровье мы уже сейчас могли бы иметь совсем иную картину по заболеваемости. Ведь очень многие социально значимые заболевания, в том числе сердечно-сосудистые и онкологические, в огромной степени обусловлены образом жизни человека.

Исключение или сведение к минимуму факторов риска могут стать основой профилактики этих болезней и создания условий для естественного старения. А нужно для этого немного: сбалансированное питание, двигательная активность, устранение вредных привычек. Если сам человек не будет выполнять эти условия, за него никто не сможет это сделать. Роль медицинских работников - объяснить значение здорового образа жизни, рассказать о негативных последствиях при отказе от него, дать конкретные рекомендации пациенту с учетом его индивидуальных особенностей и в итоге замотивировать его на сохранение и поддержание на должном уровне своего здоровья.

- Насколько затратна паллиативная помощь?

Она стоит недешево, так как требует участия многих специалистов и, как правило, дорогостоящего медикаментозного сопровождения. Расходы берут на себя не только фонд обязательного медицинского страхования, но и региональный бюджет. Средств порой недостаточно. Поэтому приветствуется волонтерская и спонсорская помощь. Процесс этот поступательный, но многие шаги в этом направлении у нас уже сделаны. Активно работает общественная организация «Вместе против рака», комплектуются волонтерские группы, которые будут действовать при онкодиспансере. Создана рабочая группа, которая возьмет на себя корректировку спонсорско-волонтерской деятельности и станет вести просветительскую и пропагандистскую работу среди населения.

В настоящее время при Главном управлении по здравоохранению и фармацевтической деятельности Алтайского края открыта горячая линия, по которой круглосуточно могут позвонить больные или их родственники, если есть проблемы, связанные с обезболиванием: 8983-100-6738.

«У нас всё получится!»



**Рассказывает
заведующий
открывающегося
в Барнауле
отделения
паллиативной
медицинской
помощи Виктор
Михайлович
ПАВЛИШИНЕЦ:**

- В настоящее время прорабатывается вся документация по открытию отделения паллиативной помощи в краевой столице. Оно будет действовать на базе отделения общей онкологии Алтайского краевого онкологического диспансера, расположенного на улице Матросова, которое переезжает в новый корпус онкологического центра «Надежда». Составлена смета на ремонт помещений и оборудование, списки сотрудников, которые будут обслуживать пациентов. В штате, кроме заведующего, задача которого - обеспечить бесперебойную и качественную работу отделения, будут также два врача и медицинский психолог.

Согласно приказу №497 Главного управления по здравоохранению и фармацевтической деятельности края, *отделение паллиативной помощи должно быть открыто 1 октября текущего года первоначальной мощностью 20 коек с перспективой расширения до 30 коек и создания выездной патронажной службы.* Она будет действовать не только в краевой столице и обслуживать пациентов близлежащих районов, подразделения службы будут созданы также в Бийске, Рубцовске и ряде других территорий края. В настоящее время этот вопрос прорабатывается. Так что жители отдаленных населенных пунктов без нашей помощи не останутся.

- На докторов паллиативной медицины ложится огромная нагрузка. И не только физическая, но и психологическая. Как справляться с ней?

- Профессиональные перегрузки, приводящие к профвыгоранию, отмечаются не только у медиков. Такие деформации свойственны и многим другим специальностям. Но я надеюсь, что мы сумеем не допустить этого в своем коллективе. Наши сотрудники на курсах по обучению паллиативной помощи освоили специальные методики, которые помогут им в практической деятельности. Кроме того, как я уже сказал, в штате есть психолог, который тоже сможет прийти на помощь в трудную минуту. А вообще у нас работают надежные люди, проверенные в своём деле временем и опытом. Убеждён, что если создать хороший микроклимат в коллективе, а это уже моя задача, то и работа будет спориться. Я уверен в том, что у нас всё получится.



«На нашу помощь надейся, но и сам не плошай»



**Алексей
Анатольевич
МАТВЕЙКИН,
врач-
анестезиолог,
заведующий
противоболевым
кабинетом
краевого
онкологического
диспансера.**

- В какой степени востребован ваш кабинет?

- Необходимость противоболевой помощи насущна, актуальна и очень велика по своим размерам в городе Барнауле. Я уже не говорю про Алтайский край, поскольку регион противоболевой помощью фактически не обеспечен. Эта работа требует от врача полной отдачи, причём, в течение всего трудового дня. А при совмещении деятельности в стационаре и на амбулаторном приеме в итоге страдают оба участка.

Существующие в настоящее время передовые формы противоболевой помощи нуждаются в обязательном льготном обеспечении, поскольку используют не производящиеся в стране импортные препараты, а они приобретаются за валюту за рубежом. Кроме того, при обеспечении противоболевыми анестетиками также необходимо участие государства. Это оно на основании заключения медико-социальной экспертизы относит пациента к определенной группе нарушения трудоспособности в той или иной деятельности. То есть, определяет степень инвалидности. Но инвалидность не должна восприниматься как крест на человеке. Наоборот, это степень поддержки и форма внимания государства к человеку.

Но большинство отказов граждан, имеющих право на льготное лекарственное обеспечение, в пользу денежного выражения предоставляемого ему социального пакета основано именно на этом ошибочном представлении. Потом для многих из них это решение откликается тяжелыми последствиями. В недобрый час, когда вдруг возникает необходимость, человек, имея формальное право на льготное предоставление лекарств, по факту не может этим правом воспользоваться из-за своего предварительного отказа от медицинской части соцпакета в пользу денежного выражения. Хотя эта социальная добавка к семейному бюджету в итоге погоды не делает. Потом, даже если захочет приобрести за собственные (немалые, кстати) средства в розничной сети необходимый обезболивающий препарат, гражданин никогда не сможет этого сделать, поскольку такие медикаменты выписываются только по показаниям, только по специальному назначению и реализуются только льготникам.

К сожалению, очень многие пациенты понимают цену своей утраты слишком поздно. Время, потерянное на восстановление льготы, может снизить эффективность даже самой передовой технологии. Потому что процесс развития болезни, в том числе и боли, на месте не стоит, напротив, набирает силу. Болью человек практически выключается из социума, так как она действует на психоэмоциональном уровне, в итоге осложняет взаимоотношения с родными, близкими, коллегами, соседями. Сопровождается депрессивными состояниями, которые еще сильнее увеличивают болевые ощущения.

- У вас много таких пациентов, которые отказались от медицинской части соцпакета?

- Не скажу, что очень много, но такие эпизоды в моей практике случаются регулярно. При условии, что пациенту необходимо именно льготное и именно специальное лекарственное обеспечение. И в таких случаях мы используем то, что мы можем применять на данном этапе в рамках региональной льготы: используем инъекционные опиаты. Процедура болезненная, требует регулярного и многократного применения, причем, на фоне уже имеющейся боли такое дополнение к болевым ощущениям радости не приносит.

- Каковы перспективы развития противоболевой помощи?

- Они неоднозначны и проводятся государством в контексте паллиативной помощи. До 95% пациентов страдают болями различной интенсивности, а 35-40% из них - тяжелыми болевыми ощущениями, которые требуют уже применения опиатных анальгетиков. Опасения, что применение таких препаратов может сформировать у пациента зависимость, беспочвенны. Это доказано многолетней практикой. Бояться не надо. Назначения делаются строго по показаниям.

При любом лечении пациент должен соблюдать дисциплину и научиться себе помогать. Только дисциплина, исполнительность и внимание при совместном сотрудничестве с врачом помогают пациенту достигнуть стабилизации состояния, а чаще всего и полностью освободиться от болевых ощущений. Такое случилось за мою двенадцатилетнюю практику не одну тысячу раз. Противоболевая помощь становится актуальной и всегда приносит пользу, когда человек начинает чувствовать, что болью можно управлять, и это ему доступно. Он превращается в бойца. А на войне враг должен быть уничтожен. Основной наш враг - и мой, и пациента - это боль.

Нуждающихся в противоболевой помощи в городе намного больше, чем обращается за ней. Многие просто не знают о существовании нашего кабинета. Мы оказываем помощь пациентам любого профиля, не только при онкологических заболеваниях. Во всех поликлиниках города есть информация о нашем кабинете, режиме работы и адрес. Но она, к сожалению, не доводится до пациентов. ☹

Материал подготовила Ольга Польщикова



Совет женщин России

25 лет



Фоторепортаж с Торжественной встречи Губернатора края А.Б. Карлина с активом советов женщин Алтай, посвященной 25-летию Союза женщин России, 28.08.2015г.



МУЖСКОЕ ЗДОРОВЬЕ нужно беречь с молодости

За выполнение сексуальной и репродуктивной функций в мужском организме отвечает предстательная железа - простата.

Воспаление предстательной железы поражает каждого третьего мужчину в возрасте от 20 до 50 лет.

Большинство 20-летних парней либо не признают проблемы, либо пытаются лечиться самостоятельно.

Современная точка зрения врачей: до 50 лет проблем с мужской потенцией не должно быть вообще, да и после ее можно поддерживать до 60-70, а при хороших задатках организма - до 80 лет.

Необходимо идти к врачу

Нередко сильный пол, с одной стороны, склонен переоценивать состояние своего здоровья, а с другой, мужчины порой не умеют и не любят просить о помощи, стесняются признаваться в собственной слабости. К сожалению, это в полной мере относится к проблемам, касающимся репродуктивного здоровья мужчины.



Основные факторы, которые вредят МУЖСКОМУ ЗДОРОВЬЮ

ПЕРЕОХЛАЖДЕНИЕ

приводит к заболеванию органов мочеполовой системы

СТРЕСС

постоянные переживания и недовольства собой бьют по всему организму

СИДЯЧИЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

приводит к застою крови в малом тазу, сидячая работа (водители и офисные служащие), тесное белье и т. п. - всё это провоцирует воспаление простаты

ДЛИТЕЛЬНОЕ ВОЗДЕРЖАНИЕ

длительное половое воздержание либо, наоборот, слишком активная половая жизнь вызывают воспаление простаты

Мужское бесплодие

Как часто встречается мужское бесплодие

В настоящее время в мире каждый 5-6 брак является бесплодным. В нашей стране с учетом тяжелой экологической ситуации и ряда других неблагоприятных социальных факторов частота бесплодия в браке даже выше.

Каковы наиболее частые причины мужского бесплодия?

К ним относятся такие заболевания, как свинка, вирусный гепатит, краснуха, мочеполовой туберкулез, сахарный диабет, инфекции, передаваемые половым путем (гонорея, сифилис, СПИД, хламидиоз, микоплазмоз, трихомониаз), воспаление яичка и его придатка (орхоэпидидимит), неопущение яичка (крипторхизм), воспаление простаты. Одной из самых частых причин мужского бесплодия является варикозное расширение вен семенного канатика (варикоцеле).

Как и насколько успешно лечится мужское бесплодие?

В настоящее время все формы мужского бесплодия считаются излечимыми. Даже если сперма мужчины не содержит живых сперматозоидов, возможен забор сперматозоидов или клеток сперматогенеза прямо из яичка или его придатка и использование их для искусственного оплодотворения.

Эффективность современных методов искусственного оплодотворения достигает порядка 65%.

Известно, что около 70% бесплодных мужчин можно успешно лечить без использования искусственного оплодотворения.



Сегодня поддается лечению практически любой вид сексуальной дисфункции

Любое состояние, мешающее совершить половой акт, относят к сексуальным дисфункциям - это недостаточная эрекция, ускорение или задержка семяизвержения, отсутствие оргазма, снижение либидо. Среди мужчин распространено заблуждение, что сексуальная дисфункция появляется с возрастом. Это не так — возраст как таковой никак не связан с нарушениями потенции. Вероятность возникновения различных болезней с возрастом повышается, а вот болезни-то и оказываются истинными «виновниками». Злоупотребление алкоголем, курение, сидячий образ жизни также негативно влияют на эрекцию и могут привести к эректильной дисфункции.

Причину сексуальных проблем должен определить специалист. Если причина в конкретном заболевании, то надо лечить это заболевание. Если никаких заболеваний не обнаружено, скорее всего, причина сексуального расстройства психологическая. Главное - признать существование проблемы и обратиться за помощью.

УЗНАЙ БОЛЬШЕ
КАК БЫТЬ ЗДОРОВЫМ

www.takzdorovo.ru

8 800 200 0 200

Дать шанс здоровью!
Можешь только ты!



Если простатит не лечить, то его обострения могут наступать до нескольких раз в год, в результате чего предстательная железа уже не может вырабатывать достаточное количество качественного секрета, сперматозоиды становятся менее подвижными, в результате чего каждому второму больному угрожает бесплодие.