

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№11 (155) ноябрь 2015



Читайте в номере:

№11 (155) НОЯБРЬ 2015



И.В. МОЛЧАНОВА:

«В наших силах - обеспечить рождение желаемых малышей, которых семья не имеет в силу нарушений соматического или репродуктивного здоровья. Очевидно, что это непростая задача, потому что здоровье населения ухудшается с каждым годом».



З.Ф. АКИНИНА:

«Главным законом педиатрии остается «не навреди». Это касается применяемых препаратов и всех медицинских манипуляций. Неонатальная фармакология ограничена в средствах, поэтому при назначении препаратов на первое место выходят квалификация врача и его интуиция».



М.Г. НИКОЛАЕВА, Е.А. УДАРЦЕВА:

«Нормально протекающая беременность не сопровождается нарушением функционального состояния печени. Но под влиянием токсикоза или при печеночных заболеваниях, уже имеющихся у женщины, ресурсы этого органа быстро иссякают, что и приводит к различным осложнениям».



А.Б. КАЗАНЦЕВА:

«Наиболее эффективное время для восстановления - это первый год после инсульта. Но восстановление продолжается и дальше в течение всей последующей жизни. Оно будет проходить медленнее, чем в течение первого года, но изменения обязательно происходят».



В.Н. НИКОЛАЕВ:

«Хоккей - это маленькая жизнь. Мальчишки, которые занимаются хоккеем, раньше взрослеют, становятся самостоятельными. У детей развивается чувство коллективизма, общей ответственности за результат, уважения друг к другу».



2

*...И должны
рождаться дети!*



13

Неравенство полов



25

*Синдром желтухи
у беременных*



38

*Непростая
реабилитация
после инсульта*



41

*Роль родителей на
приеме у детского
стоматолога*

На обложке: Ирина Владимировна МОЛЧАНОВА, главный акушер-гинеколог Алтайского края.

Фото: Лариса Юрченко

И.В. Молчанова. ...И должны рождаться дети!	2-5
Россия. Жизнь без табака и алкоголя	6-7
На страже женского здоровья	8-9
ДВИЖЕНИЕ - ЖИЗНЬ	
Дыхание жизни	10
Шесть способов сделать тренировку безопасной	11-12
Неравенство полов	13-14
З.Ф. Акинина.	
Часто болезни начинаются с периода новорожденности	15-18
ШКОЛА РЕАБИЛИТАЦИИ ДЦП	
Д.В. Паршин. Подходы к лечению ДЦП	19-20
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ	
И.Н. Донских. Как управлять рисками в работе среднего медицинского персонала	21-22
Л.А. Ананьева. Уход за стомированными урологическими больными	23-24
В России будет создан Центр мониторинга качества и доступности здравоохранения	24
ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА	
М.Г. Николаева, Е.А. Ударцева. Синдром желтухи у беременных	25-28
ДВИЖЕНИЕ - ЖИЗНЬ	
После Бразилии - Франция	29
О важности правильного питания при занятиях спортом ..	29-30
Их девиз: «Встань и иди»	31
Трус не играет в хоккей	32-34
СЕРДЕЧНЫЙ РАЗГОВОР С КАРДИОЛОГОМ	
П.А. Ермолин. В отделении знают о сердце всё	35-37
РЕГИОНАЛЬНЫЙ СОСУДИСТЫЙ ЦЕНТР	
А.Б. Казанцева. Непростая реабилитация после инсульта	38-40
И.В. Дёмкина.	
Роль родителей на приеме у детского стоматолога	41-42
ДВИЖЕНИЕ - ЖИЗНЬ	
Воздушные тренировки: полет нормальный	43-44



...И должны рождаться дети!

Об особенностях работы службы
родовспоможения в Алтайском крае наш разговор -
с главным акушером-гинекологом
Алтайского края И.В. МОЛЧАНОВОЙ.

- Ирина Владимировна, какие тенденции в демографических процессах достаточно устойчиво сложились в обществе, и какая роль в этом отводится врачам?

- Совершенно очевидно продолжение снижения числа женщин детородного возраста. Повышение рождаемости, о котором мы говорили два года назад, в принципе произошло за счет рождения в семьях вторых и последующих детей, а вот доля первородящих с каждым годом уменьшается.

Я хотела бы сказать о другом - о медицинской задаче, результатом решения которой должно стать обеспечение возможности каждой семье иметь желаемое количество детей. Не в нашей компетенции заставить семью пожелать иметь детей, но в наших силах обеспечить рождение желаемых малышей, которых семья не имеет в силу нарушений соматического или репродуктивного здоровья. Очевидно, что это непростая задача, потому что здоровье населения ухудшается с каждым годом. Если говорить о репродуктивной функции, все очевиднее так называемый эколого-репродуктивный диссонанс и его последствия: если до этого мы говорили о негативном влиянии современного социума на репродуктивное здоровье женщины, то теперь очевиден факт передачи этих нарушений в репродуктивном здоровье следующему поколению - дочерям. В результате мы видим нарушения здоровья у девочек, которые до достижения половой зрелости не имели вредных влияний со стороны внешней среды. И это становится серьезной проблемой для воспроизводства последующих поколений. Именно поэтому перед акушерами-гинекологами на сегодня стоит сложная задача по восстанов-

лению нарушенного здоровья. И здесь, как и прежде, работа ведется в трех направлениях.

Первое направление - помощь нашим пациентам с бесплодием, составляющим достаточно большую группу. Почему бесплодие приобрело такой массовый характер, ведь совсем недавно вопрос не стоял так остро? Этот показатель как раз связан с эколого-репродуктивным диссонансом, о котором говорили выше. Когда современная женщина, противясь природе и своему основному предназначению - рождению детей, делает карьеру, пытается молодые, лучшие годы своей жизни посвятить достижению материальных благ, она расплачивается за это самым главным - своим здоровьем. Но больная мама, как правило, не может родить здорового ребенка - и порочный круг замыкается.

Конечно, современная наука не стоит на месте, и медициной для решения возникших проблем предлагаются новые высокотехнологичные методики, такие, например, как ЭКО. Эта технология сегодня очень прочно вошла в перечень оказываемых медицинских услуг, и ее можно получить по полису обязательного медицинского страхования. Алтайский край, благодаря инициативе Губернатора А.Б. Карлина, является одной из первых территорий в стране, где этот вид помощи стал доступен для населения. В 2010 году на краевые деньги был создан Краевой центр сохранения и восстановления репродуктивной функции. 300 пар в год получали высокотехнологичную помощь по экстракорпоральному оплодотворению за счет краевого бюджета. Однако потребность в этих услугах была значительно выше. В текущем году Губернатором принято беспрецедентное решение по увели-



чению объема помощи в 4 раза. На сегодняшний день **1250 семей** прошли лечение бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий. У более чем трети из них наступила беременность.

На мой взгляд, именно благодаря вмешательству Губернатора края А.Б. Карлина проблему очередности на получение услуги по ЭКО можно считать снятой с повестки дня, ведь и на следующий год выделено примерно такое же количество квот. Однако, несмотря на определенные организационные и медицинские успехи, спокойствие остается. И связано оно с тем, что главный вопрос - вопрос репродуктивного поведения современной женщины, вопрос жизненных приоритетов пока остается открытым...

Следующая группа вопросов связана с невынашиванием беременности. Желанная беременность наступает, но по ряду причин она прерывается раньше срока. Если это происходит в сроке беременности с 22 до 34 недель, то мы получаем глубоко недоношенного ребенка. Помощь детям с экстремально низкой и очень низкой массой тела - это одна из самых сложных и дорогостоящих



в современной медицине технологий. Для достижения успеха имеет значение всё: применяемые медикаменты, оборудование, особые климатические условия пребывания ребенка в лечебном учреждении (свет, уровень шума, состав воздуха), подготовленный для этой работы медицинский персонал.

Создание современной системы выхаживания и реабилитации детей, рожденных глубоко недоношенными, - является одной из первоочередных задач всего российского здравоохранения, не только нашего края. Уже многое сделано в этом направлении: закуплено современное оборудование, применяются новые лекарственные средства, освоены сложнейшие методики. Однако, несмотря на все наши колоссальные усилия, выживают не более половины. Именно поэтому основной задачей остается пролонгирование беременности, вынашивание ребенка в утробе матери хотя бы до 34 недель. Но какая это непростая задача! Причин для прерывания беременности и преждевременных родов - тысячи. Среди них есть такие, на которые мы, медики, пока совсем повлиять не можем. Это, например, генетические аномалии развития плодного яйца, патологическая локализация плодного яйца. Но есть и те, как, например, истмико-цервикальная недостаточность, своевременная диагностика и коррекция которых позволяет в большинстве случаев сохранить и пролонгировать беременность.

Следует отметить, что решение вопросов невынашивания и недонашивания беременности начинается задолго до ее наступления. Все пациентки, у которых в прошлом были два и более выкидыша или преждевременные роды, состоят на диспансерном учете в специализированных кабинетах. На 1 ноября 2015 года в крае **6887** таких пациенток. В службе родовспоможения выстроена система мониторинга эффективности проводимой терапии. Так, в течение этого года **1698 женщин**, ранее страдавших невынашиванием, благодаря медицинским мероприятиям, родили доношенных детей. К сожалению, у 83 таких пациенток беременность всё же, несмотря на приложенные усилия, завершилась преждевременными родами. И опять мне хочется подчеркнуть, что успешный исход беременности в первую очередь зависит от состояния здоровья самой женщины. Вдвойне становится досад-



но, когда это здоровье было нарушено из-за прерывания беременности, проведенного по желанию женщины.

Это **третье очень важное направление нашей работы - профилактика аборт**ов. Радует, что их количество в крае существенно снижается. Я говорю об искусственных абортах, сделанных по желанию пациентки. В комплексной работе по снижению абортов большое значение имеет психологическое сопровождение женщины, решившей на этот шаг. Ситуация незапланированной беременности является стрессогенным фактором для большинства женщин, когда сложно сделать осознанный и правильный выбор. И здесь необходима квалифицированная помощь специалистов: психологов, социальных работников и юристов.

В 2012 году в крае создан и успешно функционирует *краевой центр медико-психологического и социального сопровождения беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации*, который объединяет 14 психокоррекционных кабинетов крупных женских консультаций края. Организационно-методическое руководство центром осуществляет КГБУЗ «Перинатальный центр (клинический) Алтайского края». Все специалисты Центра прошли обучение в вузах страны по направлению «преабортное консультирование». Одной из основных задач работы Центра является выявление и устранение психологических и социальных причин, побудивших женщин к прерыванию беременности. Включение социального и психологического аспекта сохранения уже существующей

Существенное снижение уровня младенческой смертности является доказательством эффективности работы службы и того, что мы движемся в верном направлении. За 10 месяцев этот показатель составил 7,6 промилле, что ниже на 20% уровня прошлого года. Во многом этого удалось добиться за счет создания трехуровневой системы оказания медицинской помощи.



Беременности является реальным механизмом сохранения будущей жизни. Так, с начала текущего года в женские консультации для искусственного прерывания беременности обратилась **4491** женщина. Доабортное консультирование проведено всем обратившимся, из них психологами краевого центра медико-психологической и социальной помощи беременным - **3308** (73,6%) женщинами. Из них **833** (18,5%) в итоге отказались от прерывания беременности. За 8 месяцев 2015 года в крае уже родились **384** ребенка у женщин, отказавшихся от аборта. Мы считаем это своим успехом - ведь эти дети родились желанными!

- Расскажите об этом подробнее.

- Все лечебные учреждения были разделены на три группы.

Первую составляют родильные отделения при ЦРБ - их на сегодняшний день 31. В этих лечебных учреждениях оказывается помощь пациенткам с низким риском развития осложнений. К сожалению, беременных с физиологическим течением беременности у нас всего 10 процентов.

Вторую группу составляют 13 лечебных учреждений, в которых, в отличие от предыдущих, круглосуточно дежурят врачи акушер-гинеколог и реаниматолог и где имеются все условия для оказания реанимационной помощи новорожденным. В этих лечебных учреждениях рождают пациентки со средним риском развития осложнений. Сотрудники этих межрайонных учреждений - наши самые большие труженики. Через их руки проходит почти 76% всех родов края!

Третья группа - это высокоспециализированное учреждение, где концентрируются пациентки с тяжелыми осложнениями беременности, у которых дети страдают внутриутробно и помощь оказывается одновременно и матери, и ребенку. Именно в этом учреждении выхаживают детей с экстремально и очень низкой массой тела.

Суть этапности оказания помощи заключается в том, что врач на протяжении беременности оце-

нивает все возможные риски и заблаговременно направляет женщину на роды в ту группу учреждений, где ей и новорожденному будет оказан полный объем помощи.

Следует признать, что, несмотря на приложенные усилия, трехуровневая система службы в крае до конца не сбалансирована. В первую очередь не хватает коек третьей группы. Потребность в этих высокоспециализированных койках почти в 2 раза больше, чем мы имеем сейчас. Именно поэтому мы и строим новый современный перинатальный центр. Не до конца решен вопрос по акушерским отделениям ЦРБ, где проходит в год не более ста родов и очень тяжело поддерживать должный уровень профессионализма сотрудников. Эту проблему поднял Губернатор края на Совете администрации по демографической политике, который прошел 13 ноября этого года.

Обозначенные проблемы требуют дальнейших структурных преобразований в службе родовспоможения, и эта работа будет продолжена.

- Как идет строительство нового перинатального центра?

- Он строится в соответствии с графиком. Уже полностью закрыт контур, идут отделочные работы по фасаду, строители приступили к внутренним работам, закупается оборудование. Работа ведется очень интенсивно, потому что Центр нам необходим. Строительство постоянно курируется всеми структурами: Росздравнадзором, Министерством здравоохранения, Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, Главным управлением по здравоохранению и фармацевтической деятельности Алтайского края как официальным заказчиком. В первую очередь - Правительством РФ и Губернатором края.

Параллельно строительным работам решается кадровый вопрос. К открытию Центра будут подготовлены 73 специалиста, пройдут повышение квалификации 127 медицинских работников. В настоящее время проходит цикл тематического обучения специалистов,

который проводит кафедра акушерства и гинекологии АГМУ. В ведущих клиниках страны обучаются ординаторы. В новом Центре в качестве наставников будут работать опытные врачи с высшей категорией и большим стажем. Но основную массу сотрудников составит профессионально грамотная и работоспособная молодежь, которую мы готовим уже сейчас. От нового поколения врачей мы ждем новых знаний, нового прогрессивного мышления, равнодушного отношения к своим пациентам. Именно эти качества лягут в основу при подборе кадров.

- Какой будет дальнейшая работа существующего Перинатального центра?

- Напомню, что это один из первых центров страны с серьезным опытом концентрации тяжелых больных, тяжелых пациентов. Принят ряд решений, касающихся функций каждого лечебного учреждения. Они согласованы с Министерством здравоохранения РФ, прописаны в программе модернизации здравоохранения края (то есть организационно и ресурсно подкреплены). **Существующий перинатальный центр продолжит свои функции и будет ориентирован на перинатальную патологию - это в первую очередь врожденные пороки развития ребенка.** Поскольку он расположен рядом с Алтайской краевой клинической детской больницей, они будут работать как единый комплекс.

Строящийся Центр будет функционально направлен на помощь беременным с серьезной соматической патологией, и все лечебные задачи акушерами будут решаться совместно с коллегами Алтайской краевой клинической больницы. Именно поэтому эти учреждения расположены на одной территории. Такое функциональное распределение, уверена, позволит вывести оказываемую помощь на качественно иной уровень.

- Реалии сегодняшнего дня - платная и бесплатная медицина. Насколько, с вашей точки зрения, оправдано обращение женщин в частные клиники?



- Очевидно, что есть желание и выбор каждого человека. Оказание бесплатной медицинской помощи при беременности, родах и в послеродовом периоде гарантировано нашим государством. И поэтому наша задача состоит в том, чтобы государственные лечебные учреждения были на таком уровне, чтобы даже мысли не возникало у женщины платить деньги за медицинскую помощь. За последнее время в этом направлении сделано очень много. У нас выстроена система ведения беременности, внутриутробного контроля за развитием ребенка и самочувствием матери, есть четкие позиции относительно того, в какие сроки и в каком объеме мы должны обследовать и как интерпретировать результаты этих обследований. При этом мы понимаем, что женщине должны быть обеспечены не просто весь комплекс лечебных услуг, но и комфортные условия пребывания в медицинском учреждении - это тоже серьезнейшее современное требование, без выполнения которого, если мы говорим о движении вперед, обойтись просто невозможно.

- Позвольте «сезонный» вопрос - о пневмониях у беременных женщин. Чем опасно это заболевание?

- Будем говорить все-таки об острых респираторных заболеваниях, осложненных пневмонией. Серьезная ситуация возникла в 2009 году, когда был так называемый «свиной» грипп H1N1. Такого тяжелейшего гриппа у беременных в своей практике мы не видели никогда. Именно в тот год была отработана правильная тактика ведения таких пациенток. И всё же тяжесть поражения легких не всегда позволяет справиться с этой патологией. Напомню о том, что любое инфицирование при беременности очень опасно, потому что плацентарный барьер, созданный природой, не всегда может удержать инфекцию, особенно вирусную, которая внутриутробно поражает ребенка. При этом у медиков пока нет точных диагностических методов, с помощью которых мы могли бы оценить степень и тяжесть пораже-



ния. Это одно из самых тяжелых перинатальных поражений плода. Причем, в дальнейшем мы получаем детей с внутриутробной пневмонией, внутриутробным сепсисом, и это самые тяжелые новорожденные. Это что касается ребенка. Что касается матери - у беременной всегда снижен иммунитет, так предусмотрено природой, чтобы выносить ребенка, поэтому она всегда более восприимчива к инфекции. А беременная матка увеличивает высоту стояния диафрагмы, в некотором смысле затрудняя дыхание, что может способствовать осложнениям в виде пневмонии.

Сейчас сезон респираторных инфекций. Врачи советуют беременным не бывать в местах скопления людей, в торговых центрах, на общественных мероприятиях. Но это не означает, что женщины должны оставаться дома и не выходить за его пределы. Очень важны прогулки на свежем воздухе. Напомню жителям Барнаула, что проложена великолепная пешеходная трасса по соновому бору в районе лыжной базы «Динамо». Прогулки на свежем воздухе - лучшая профилактика гриппа.

- В завершение разговора можно получить главный совет: как современной женщине сохранить репродуктивное здоровье?

- Повторю: женщина не должна подменять рождение ребенка материальными или карьерными ценностями. Определенное нездоровье - это в некоторой степени наказание за то, что мы не следуем законам природы, превращаемся в общество потребления и развлечений. Женщина должна стать женщиной, вспомнить о своей прекрасной функции. На самом деле ничего драгоценнее детей в этом мире нет. И никакие другие моменты, которые сегодня считаются в обществе престижными, не могут заменить радость материнства. А задача медицинских работников - помочь эту радость обрести.

В ноябре мы отмечаем особенный праздник - День матери. Когда говорю слово «мама», переполняют особые чувства радости и благодарности самому близкому человеку за ту заботу, защищенность, которые важны каждому из нас в любом возрасте. Хочу обратиться ко всем читателям журнала: чаще звоните и приезжайте к своим мамам. Мы становимся старше, самостоятельнее, но это не дает нам права забывать, что наша забота, участие и просто душевный разговор нужны им, с тихой улыбкой ждущим приезда своих взрослых детей. Берегите своих мам! Пока они рядом с нами, мы имеем право хоть иногда вернуться в детство. ☺



Часто болезни начинаются с периода новорожденности

Зинаида Федоровна АКИНИНА - уникальный человек, верный профессии, которой она посвятила всю свою жизнь: лечению новорожденных с нарушениями нервной системы.

Со дня основания отделения неврологии новорожденных, переименованного затем в **отделение патологии новорожденных №3 КГБУЗ «Алтайская крайняя клиническая детская больница»**, она - его руководитель и один из четырех врачей неонатологов-неврологов. **Зинаида Федоровна АКИНИНА** - Отличник здравоохранения, Заслуженный врач Российской Федерации, лучший невролог Алтайского края 2013 года, кандидат медицинских наук.

В отделении патологии новорожденных с ее участием впервые в крае внедрены диагностические методики: пневмоэнцефалография, пневмомиеелография, спондилография. Разработаны новые лечебные методики: поднаркозное вправление подвывихов шейных позвонков, вентрикулопункции, интратекальное введение антибиотиков, пункционный метод лечения кефалогематом у новорожденных. Отработаны методики лечения натальных травм, акушерских параличей, перинатальных поражений нервной системы.

Наш разговор с Зинаидой Федоровной посвящен работе отделения, а значит - детям и их родителям.

- Моя медицинская карьера начиналась в детской поликлинике на участке. В те времена было обязательным для педиатров проводить для беременных женщин курс лекций «Готовлюсь стать мамой», где молодая мама получала информацию о важности грудного вскар-

мливания и вакцинации, о профилактике детских инфекций, давались рекомендации по уходу за ребенком. Сегодня эта практика, к сожалению, утеряна, и молодые мамы или изобретают собственный «велосипед», или следуют советам бабушек, подружек и Интернета.

Следующим этапом моей карьеры было единственное тогда в крае отделение патологии новорожденных барнаульской детской больницы №7. Им заведовала **Б.Л. ИОДКО** - замечательный, талантливый педиатр. Она мечтала о строгом санэпиднадзоре за гнойно-септической инфекцией у новорожденных, об отделениях для недоношенных детей и детей с патологией нервной системы, о специалистах - реаниматологах и неврологах для новорожденных. И это случилось. Бася Львовна считала просветительскую работу среди мам очень важной, ее «Школа матерей» была шедевром. И я хотела именно так работать.

Сегодня изменилось трепетное отношение к беременности, прежде всего - у самих будущих мам. Они небрежны к своему здоровью. А ведь с рождения девочка уже носит в себе своего будущего младенца, и ее яйцеклетка является немым свидетелем и участником всех ее проблем со здоровьем, происходящих до беременности. *Перенесенные девочкой инфекции, выкуренные сигареты, выпитые спиртное и лекарственные препараты увеличивают вероятность перинатального пора-*



жения ЦНС и аномалий развития плода даже через много лет. Так что очень важно лелеять девочку с рождения, как уникальный цветок.

Мне посчастливилось поработать с педиатром **В.Ф. СОСУЛЬНИКОВОЙ**, заведующей первым в крае отделением для недоношенных детей детской больницы №7 Барнаула. Восхищали ее трепетное отношение к ребенку и потрясающая интуиция!

- В вашей семье есть еще врачи?

- Я пришла в медицину из многодетной семьи с конкретной целью: хотела всех вылечить. Но вскоре узнала, что существует много очень похожих, редких и неизлечимых болезней. Так я пережила синдром рухнувшей мечты. Мои родители очень гордились моей работой и успехами и учили, что в жизни должна быть цель, для ее достижения придется чем-то жертвовать, быть трудолюбивым и добросовестным. И я строго следовала этим напутствиям. ►



▲

Главная задача педиатрии - контроль развития ребенка, чтобы вовремя увидеть и разрешить возникшую со здоровьем проблему. Главным законом остается «не навредить». Это касается применяемых препаратов и всех медицинских манипуляций. Неонатальная фармакология ограничена в средствах, поэтому при назначении препаратов на первое место выходит квалификация врача и его интуиция.

В медицине я больше сорока лет. С годами только прибавляется опыт - сейчас есть собственный немалый багаж.

Отделение открылось 15 февраля 1984 года как отделение неврологии для новорожденных, первым в новой краевой детской больнице. Я пришла заведовать отделением, имея редкую специальность - невролог-неонатолог, опыт своих учителей и небольшой собственный. В этот же день к нам поступил первый в больнице пациент. Принимала его медицинская сестра **Елена Ивановна КОНАРЕВА**, она и сейчас работает в отделении.

Благодаря всему коллективу наше отделение работает успешно и стабильно. Здесь трудятся три врача-неонатолога-невролога: **Евгения Иосифовна ЧУДОСАЙ**, врач высшей категории, пришла к нам интерном и работает уже 31 год, **Светлана Анатольевна АЛИЕВА**, врач высшей категории, проходила у нас интернатуру, отработала неонатологом в роддоме и вернулась 25 лет назад, **Екатерина Владимировна ИВЧЕНКО** осталась в отделении после интернатуры, работает 7 лет, сейчас пишет диссертацию. Почти 30 лет в отделении работают замечательные, добросовестные, великодушные профессиональные сотрудники, медицинские сестры высшей категории: старшая медсестра **А.А. СОКОЛ**, медсестры **Г.А. ПЕТРОЧЕНКО**, **Н.Ф. КУЗНЕЦОВА**, **М.В. КУЛЕШО-**

ВА, **Е.А. БАЙБАКОВА**. Более 25 лет работают медицинская сестра **Т.И. ДОЛГОВА** и сестра-хозяйка **Л.Г. ПАСТУХОВА**.

Когда 30 лет назад в отделении появился логопед, основоположник микрологопедии на Алтае **Александра Яковлевна ЗОТОВА**, имеющая филологическое и дефектологическое образования, многие недоумевали: зачем она нужна, - то теперь уже никто не сомневается, что речь у новорожденного надо формировать с рождения.

- Нужна определенная смелость, чтобы работать с новорожденными...

- В медицине без этого нельзя, ежедневно приходится ставить диагноз и назначать лечение. Врачебная ошибка может стоить пациенту здоровья или жизни. С младенцами работать сложно: они не говорят, но и не симулируют и не лгут, их проблемы хорошо видны специалисту. А чтобы стать специалистом-неонатологом, надо много и усердно трудиться, читать, практиковать, копить свой профессиональный опыт.

В педиатрии соблюдается строгий порядок. *Педиатр на участке должен вовремя заметить проблему у новорожденного и принять правильное решение - наблюдать, лечить, отправить к нужному специалисту или в стационар.* Почти как на войне: пропустишь несоответствие в развитии - в дальнейшем возникнут серьезные проблемы. Если ребенок не прибавляет в весе, - надо найти причину; имеет неправильный стул, мокнувший пупок, выраженную желтуху, - нужны быстрые действия, вовремя отправить в специализированное отделение, где легче и проще разобраться. Причинами затянувшейся желтухи могут быть врожденный гипотиреоз, гемолитическая болезнь, кровоизлияние в мозг, кефалогематома или гепатит, а следствиями могут стать умственная отсталость, тяжелая анемия, цирроз печени или гиперкинезы, возникающие после трех месяцев жизни. Никто не оспаривает тот факт, что большинство болезней - с детства, а большая их часть - с рождения, поэтому неонатолог стоит у колыбели здоровья нации.



- Трудно было оборудовать отделение? Насколько оно оснащено сегодня?

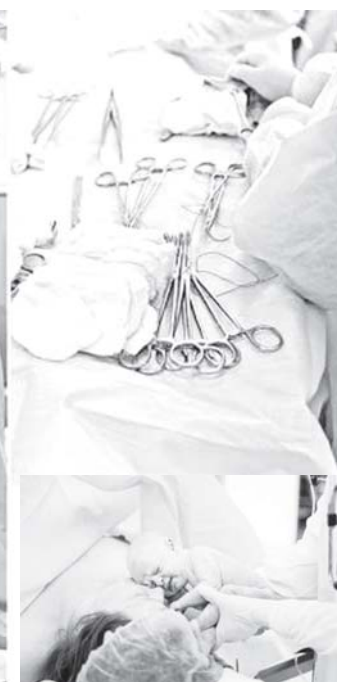
- Накануне открытия отделения мы получили прекрасные немецкие кровати, электроотсосы, удобную мебель, пеленальные столы. Со временем появились разовые шприцы, стерильный расходный материал, дозаторы для инфузий, небулайзеры, современные грудотсосы и стерилизаторы. Всё это у нас есть, правда, хотелось бы больше, но экономии никто не отменял. Мебель и мягкий инвентарь быстро приходят в негодность, приходится искать спонсоров, которые, к счастью, приходят на помощь.

Работа наша связана не только с ребенком, ведь при нездоровье младенца страдает вся семья - от бессилия и неизвестности прогноза. Как правило, если тяжелое состояние у ребенка вследствие родовой патологии, то у мамы тоже имеются послеродовые осложнения и зачастую она находится в другой больнице. Вся семья переживает и волнуется, часто ведут себя неадекватно, мешают нам своим вмешательством или советами из Интернета, но приходится терпеть и прощать.

Сейчас много способов вести беременность женщины. Но когда акушер говорит: «У вас всё будет хорошо», - это еще не означает, что родится здоровый ребенок. Кесарево сечение не физиологично для ребенка, вероятность травмирования шейного отдела позвоночника и спинного мозга очень высока, и это имеет свои последствия.

Рожденные путем кесарева сечения дети являются абсолютно травмированными, поскольку их быстро извлекают из комфортной водной среды, ребенок испытывает шок, а его мозг переносит гипоксию. Оперативные роды должны быть выбором врача, а не желанием женщины облегчать свою жизнь оперативными родами. **Рожать надо естественным путем.**

По идее, в наше отделение должны направляться все дети, рожденные путем кесарева сечения: они появились на свет неестественным путем, поэтому не являются здоровыми по определению. Нельзя считать **кесарево сечение** идеальным



выходом - оно **всегда должно рассматриваться как экстренная врачебная помощь**. Во-первых, остается рубец на матке. До недавнего времени считалось, что у женщины могут быть только одни роды в таком варианте. Сейчас есть примеры, когда путем кесарева сечения рождается в семье третий ребенок. Если ребенок крупный, извлечь его акушеру тоже непросто. Лучшим контролером развития ребенка в утробе матери является природа. Если в первые десять недель беременность развивается неправильно, будет выкидыш. На этом сроке природой установлен первый контрольный барьер. Беременность прекращается, когда естественным путем нельзя исправить ее ход. И в этом не всегда мама виновата. Но медицина пытается вмешиваться в процесс. Тогда у природы остается один выход - прервать ход родов. А врачи и на этом этапе призваны бороться за жизнь ребенка.

Ребенок считается живорожденным, если рожден с любыми признаками жизни. В дальнейшем подключается аппарат искусственного дыхания, вводятся медикаментозные средства. Дыхание-то мы включили, а мозг живет всего пять минут без кислорода. Значит, позднее у этого ребенка гарантированы серьезные неврологические проблемы.

К нам поступают дети с врожденными пороками развития нервной системы, перенесшие гипоксию, асфиксию и травму в родах. Если состояние ребенка характеризуется минимальной оценкой по шкале Апгар при рождении, - то это наш пациент.



Беременная женщина не всегда знает, что крупный ребенок - это дополнительные проблемы. В родах у первородящей женщины ребенок должен быть более 10 часов. Как водолаз не может быстро подняться на поверхность из глубины моря, так и ребенку нужно время для адаптации вне матки. При скоротечных родах - скажем, за два часа - ребенок вылетает как ядро из пушки. Представьте его состояние, его перегрузки!

Раньше существовала категория женщин, которым запрещалось рожать. К этой группе относились больные сахарным диабетом, онкологией, гипертонией, тяжелым пиелонефритом, бронхиальной астмой, эпилепсией. Сейчас все запреты отодвинулись на второй план. *Ребенок рождается пациентом врача на всю жизнь.*

- Какая существует преювентивность в ведении больного ребенка между родильным домом и вашим отделением?

- Раньше все новорожденные с любой патологией на третьи сутки жизни переводились в неонатальные отделения. После открытия при роддомах отделений второго этапа они все остаются на месте с любой патологией, где лечатся и обследуются. Я не считаю это хорошим вариантом, так как неонатолог родильного дома всегда занимался детьми первых шести дней жизни, там нет специалистов узкого профиля, лишь редко приходящие консультанты, аппаратура скринингового класса, УЗИ-специалисты-совместители.

К нам поступают дети с так называемым акушерским параличом. Это родовая травма шейного отдела спинного мозга, отвечающего за двигательную функцию руки. Мы отработали методику лечения. Если правильно обеспечить позу тела, правильно вести болезнь с первых дней жизни, проводить поэтапную реабилитацию, то функция руки будет страдать не значительно, в противном случае



Важные правила реабилитации новорожденных детей

Правило №1: у недоношенных детей есть в развитии так называемый *светлый промежуток*, когда ребенок, на взгляд мамы, развивается без особых отклонений до 5-6 месяцев, затем, если не проводилась постоянная реабилитация, развитие останавливается и велика вероятность развития ДЦП.

Правило №2: ребенок с перинатальным поражением нервной системы должен наблюдаться неврологом до 7 лет, необходимо контролировать развитие его двигательных навыков, социальной адаптации и когнитивных функций для своевременного проведения коррекционных мероприятий.

сформируется контрактура, и рука будет нефункциональной.

Другой распространенный диагноз - **кефалогематома**. Каждый год - от 40 до 60 таких пациентов. Проще говоря, ребенок получает родовую травму волосистой части головы. В нашем отделении удаляется излишняя кровь путем прокола, иначе со временем происходит кальцинирование крови и на голове остается рог из кальцинированной кефалогематомы. Но есть и более серьезная проблема: в этой зоне формируется хрупкая кость, легко ломающаяся при травме. Ребенок получает удар мячом во время игры по голове - перелом черепа почти неизбежен, поскольку формируется остеопорозная кость.

Алтайская краевая клиника детская больница - головное педиатрическое учреждение края, с большим диагностическим и лабораторным потенциа-

лом, высококлассными разнопрофильными специалистами, большими терапевтическими возможностями. Больница многопрофильная, отделения возглавляют профессора, доктора и кандидаты наук. Каждую неделю проходят обучающие конференции, помогающие успешно работать.

В отделении работают четыре невролога, консультирующие и наблюдающие детей всех трех неонатальных отделений краевой детской больницы. Таким образом, *за год в отделении лечатся более 600 детей и консультируются около тысячи.*

Мамы в нашем отделении проходят несколько этапов. Сначала - стресс, из которого мы помогаем им выйти как можно быстрее, затем - обучение уходу за больными детьми, при выписке получают рекомендации по дальнейшей реабилитации. ☺

Лариса Юрченко



Подходы к лечению ДЦП

Уважаемые читатели, в предыдущих статьях мы рассмотрели причины развития ДЦП, дали определение ДЦП, узнали о классификациях ДЦП, этапы формирования двигательных нарушений и клинические проявления ДЦП, а также закономерности формирования вторичных ортопедических нарушений.

По традиции, начнем с определения ДЦП. **Детский церебральный паралич - группа нарушений развития движений и положения тела, вызывающих ограничение активности, которые вызваны непрогрессирующим поражением мозга плода или новорожденного.**

Следуя из определения, фокусом данной патологии являются двигательные нарушения, среди которых до 80-90% занимают спастические синдромы с развитием вторичных ортопедических осложнений (с возможностью прогрессирования (ухудшения) со временем (о причинах ухудшения вторичных ортопедических осложнений говорились в предыдущих статьях)). Помимо этого у детей с ДЦП очень часто имеется и другая, сопутствующая, патология: бронхолегочная патология, патология желудочно-кишечного тракта, нарушения эмоционально-волевой сферы, когнитивная недостаточность, эпилепсия, глазная патология.

При лечении ДЦП врач работает не только с основным синдромом двигательных нарушений, но и с сопутствующей патологией.

Условно лечение можно разделить на консервативное и хирургическое лечение. Консервативное лечение, в свою очередь, можно разделить на медикаментозное и безмедикаментозное.

На что мы хотим воздействовать медикаментозной терапией?

● **улучшение функционирования головного мозга** (используются нейропротекторы (нейротрофы, витамины группы В, общеметаболические препараты) и препараты, улучшающие моз-

говое, спинальное и тканевое кровоснабжение);

● **влияние на спастичность** (используются антиспастические препараты пероральные (те, что принимаются через рот) и препараты для локальной антиспастической терапии - о них будет рассказано немного позже);

● **корректоры поведения:** могут использоваться при эмоциональной лабильности, тревожности, повышенной нервно-рефлекторной возбудимости и т.д.;

● **противоэпилептические препараты** используются при наличии симптоматической эпилепсии.

Подробно на медикаментозной терапии останавливаться не будем, так как это не является целью данной статьи.

Давайте еще раз вспомним, какие нарушения имеются у детей с ДЦП, которые влияют на нарушение движений, и рассмотрим их подробнее: нарушение чувствительности (нарушение баланса между глубокой и поверхностной чувствительностью); нарушение позы; спастичность; нарушение баланса (равновесия); формирование вторичных ортопедических осложнений.

Нарушение чувствительности

У детей с ДЦП нарушен баланс между поверхностной и глубокой чувствительностью.

Глубокая чувствительность (проприорецепция) *включает в себя:* грубую тактильную, мышечно-суставное чувство, вибрационную чувствительность, чувство давления и веса, кинестезию кожи. При нарушении (недостаточности) проприорецепции главным нарушением является *нарушение*



Дмитрий Владимирович ПАРШИН,

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



◀ *контроля положения тела, позы, нарушенные антигравитационных механизмов.*

Поверхностная чувствительность включает в себя: болевую, температурную и легкую тактильную чувствительности. При ее нарушении у детей с ДЦП (избыточности) главным проявлением является *гипервозбудимость детей*.

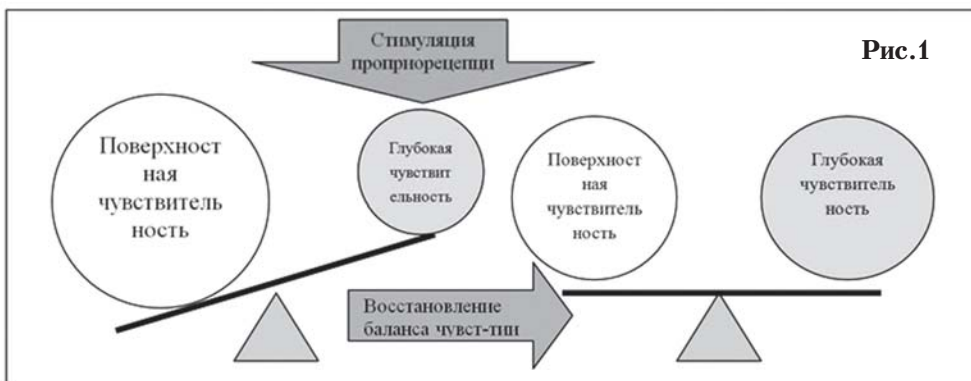
Прямое воздействие на снижение поверхностной чувствительности оказать крайне сложно, поэтому для минимизации дисбаланса чувствительности необходима стимуляция глубокой чувствительности (рис. 1). Для этого можно использовать «продавливание», вибрацию, лечебные костюмы для проприоцептивной тренировки, пневмокостюмы, виброплатформы, отягощения с целью повышения чувства давления на нижние конечности и туловище.

Нарушение позы

Как уже говорилось в предыдущих статьях, **у детей с ДЦП нет полной редукции позотонических рефлексов новорожденных, что приводит к нарушению позы**. Нахождение в течение длительного времени в неправильной позе способствует усугублению нарушения позы, более активному нарастанию спастичности, более активному формированию вторичных ортопедических нарушений. В большей степени это актуально для детей с уровнем нарушений GFMCS-III, GFMCS-IV, GFMCS-V. Дети с уровнем нарушений GFMCS-I и GFMCS-II могут самостоятельно передвигаться без опорных средств, и у них имеется незначительное влияние позотонических рефлексов на позу.

Направление реабилитации, которое занимается правильным формированием позы, называется **позиционным менеджментом**. Его основной задачей является **максимально длительное поддержание позы ребенка, максимально приближенной к правильной**.

Чтобы понять основные принципы поддержания пра-



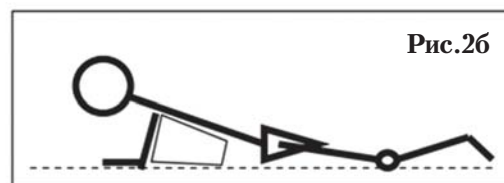
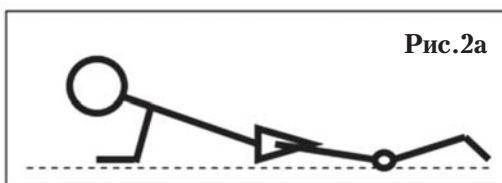
вильных поз у ребенка, разберемся, какие существуют **основные позы у ребенка с ДЦП**. Это - поза лежа (на животе, на спине, на боку); поза сидя (на полу, на стуле (в кресле), в коляске); поза стоя (самостоятельно, с опорными средствами, в вертикализаторе).

Детям с уровнем нарушений GFMCS-IV и GFMCS-V сложно, а иногда и невозможно, самостоятельно сменить позу лежа, а также сложно поддерживать уже принятую позу. Для создания максимального комфорта приходится прибегать к дополнительным приспособлениям, специальным мягким модулям, а если таковых нет, то можно использовать подручные средства, подушки и /или одеяла. При формировании комфортной позы лежа следует помнить то, что **поза тем комфортнее, чем больше площадь опоры**. То есть надо стремиться заполнить все имеющиеся «пустоты» между телом ребенка и поверхностью, на которой он лежит, используя мягкие модули или одеяла и подушки.

Поза лежа на животе с опорой на локти используется для активных занятий с ребенком, который не может самостоятельно сидеть или же имеет сложности с удержанием головы (рис. 2а). Если у ребенка имеются сложности с опорой на локти, можно использовать мягкий модуль под грудь (рис. 2б).

В следующем номере мы продолжим рассматривать основные позы у детей с ДЦП. ☺

Поза лежа для детей с уровнем нарушения GFMCS-I, GFMCS-II и GFMCS-III используется, как правило, для сна или отдыха. Эти дети обычно могут самостоятельно менять позу на животе, на спине и на боку и не нуждаются во вспомогательных средствах.



Как управлять рисками в работе среднего медицинского персонала

В последние годы проблема изучения и управления рисками в сфере здравоохранения приобрела особую актуальность. Прежде всего, потому, что медицинская помощь на всех этапах ее оказания постоянно сопровождается рисками - как для пациентов, так и для персонала.

Приоритетом управления рисками в медицине считается управление качеством лечебно-диагностического процесса с целью обеспечения безопасности пациентов.

В августе 2015 года пути решения этой проблемы обсудили в рамках *межрегиональной научно-практической конференции «Управление рисками в работе среднего медицинского персонала»*.

Участие в конференции приняли эксперты Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, руководители Министерства здравоохранения Республики Бурятия, ученые и специалисты из Иркутска, Читы, Магадана, Томска, Омска, Новосибирска, Кемерово, Набережных Челнов, Москвы, Санкт-Петербурга, Беслана, а также Монголии и Австралии.

Участники рассмотрели вопросы обеспечения безопасности медицинской деятельности в работе среднего медицинского персонала, управления рисками в многопрофильном стационаре, контроля качества деятельности сестринского персонала, риск-менеджмента в сестринской практике и многие другие.

Открыл конференцию с приветственным словом министр здравоохранения Бурятии **Валерий КОЖЕВНИКОВ**, отметив, что «сегодня медицинские сестры играют огромную

роль в здравоохранении, по большому счету, они стоят во главе угла нашего ремесла, и понимание, что без них ничего невозможно, - должно стать определяющим. Эти специалисты нарабатывают ценный опыт в сфере здравоохранения, активно внедряют современные технологии в практическую деятельность».

Большой интерес у участников конференции вызвало выступление главного врача республиканской клинической больницы им. Н. А. Семашко **Евгении ЛУДУПОВОЙ**. В своем докладе Евгения Юрьевна озвучила ключевые слова по теме конференции: «Для достижения максимального результата управление



**Ирина Николаевна
ДОННИХ,**

главный специалист
отдела организации
медицинской помощи
взрослому и детскому
населению Главного
управления Алтайского
края по здравоохранению
и фармацевтической
деятельности

Тандем врача и среднего медицинского персонала

- СМП является участником лечебно-диагностического процесса
- СМП участвует в осуществлении медицинской деятельности
- СМП должен хорошо знать нормативную документацию и необходимые требования в пределах своей компетенции
- СМП необходимо обучать вопросам качества и безопасности медицинской деятельности
- Специфические требования к обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности СМП могут быть интегрированы в СМК в виде СОП, методических инструкций, а также включены в процессы
- СМП несет ответственность за качество и безопасность медицинской деятельности в пределах своей компетенции



◀ *рисками должно стать частью внутрикорпоративной культуры и философии управления медицинской организации и не должно рассматриваться как изолированный процесс. В такой обстановке все сотрудники становятся вовлеченными в управление рисками. Лечебно-профилактические организации, которые управляют рисками, гораздо легче осуществляют свою миссию - предоставлять качественные услуги при одновременном снижении затрат».*

Особое впечатление на всех произвел фильм в виде флеш-моба, снятый медицинскими работниками больницы, о важности мытья рук.

Доклад «Безопасность и сестринский уход» **Екатерины СТРОМОВОЙ**, эксперта по медсестринским процессам, сертифицированной медицинской сестры Австралии, магистра общественного здравоохранения г.Москвы, вызвал бурную дискуссию и массу вопросов из зала. Основным моментом в докладе было введение в штатную структуру сестринской службы должности универсальной медицинской сестры. Сейчас в стационарах есть несколько должностей сестринского персонала: медицинская сестра палатная, медицинская сестра перевязочной, медицинская сестра процедурная. И все эти должности объединяются в одну под условным названием «клиническая медицинская сестра». Этот специалист будет вести меньше пациентов (в разных отделениях - по-разному), но при этом выполнять должностные обязанности, предусмотренные этими должностями.

Главная медицинская сестра республиканской клинической больницы им.Н.А.Семашко **Н.В. РИНЧИНОВА** в своем докладе поделилась ценным опытом внедрения в практику передовых технологий. В отделениях больницы выстроена система по предотвращению падения пациентов, внедрена система обозначений и указателей, система идентификации пациентов.

Специалисты медицинских организаций Республики Бурятия поделились с коллегами из других регионов опытом по внедрению эффектив-



ных технологий, таких, как «универсальная медицинская сестра», кабинет централизованного обезбоживания, клининговая служба. Благодаря им медицинская сестра освобождается от несвойственных функций и может позволить больше времени уделять непосредственно пациентам. Это помогает медицинским сестрам повышать профессиональный уровень, а также совершенствовать свою работу.

Отрадно, что в работе конференции приняли участие и выступили с докладами пять старших медицинских сестер отделений РКБ им.Н.А.Семашко (г.Улан-Удэ). По мнению участников конференции, прозвучавшие доклады - содержательные и информативные. В них рассматривались вопросы повышения качества оказания медицинской помощи в работе средних медицинских работников, управления рисками и обеспечения безопасности пациентов и медицинского персонала в соответствии с требованиями международных стандартов.

Ярким событием конференции стало участие специалистов в работе секционных заседаний по темам: «Управление рисками в операционно-анестезиологической службе», «Управление рисками в сестринской практике», «Новые инновационные технологии в работе среднего и младшего медицинского персонала», «Управление рисками в акушерской практике», где было заслушано более 20 докладов на самые актуальные темы. Специалисты делились опытом, технологиями, разработками, исследованиями. В аудиториях разгорелись жаркие дискуссии, выходящие за рамки отведенного для секций времени.

В рамках второго рабочего дня конференции успешно проведены мастер-классы с демонстрацией видеороликов и презентаций, которые были подготовлены медицинскими сестрами разных регионов страны на достойном профессиональном уровне.

По окончании участники отметили актуальность затронутых проблем и целесообразность их обсуждения на научно-практических мероприятиях, выразили огромную благодарность за отличную организацию, радушный прием. ☺



Уход за стомированными урологическими больными

Специалистам в области паллиативной медицины довольно часто приходится курировать больных, имеющих уростомы.

Искусственно сформированное в результате операции отверстие на брюшной стенке, предназначенное для отвода мочи, называется «**уростом**». Данная процедура показана при острой задержке мочеиспускания, в частности, при аденоме простаты, когда выполнить катетеризацию мочевого пузыря через уретру невозможно. Обычно эта процедура проводится как первый этап открытой аденомэктомии (операция удаления аденомы предстательной железы).

Целью уростомы является восстановление оттока мочи и одновременно уменьшение отека простаты с помощью «цистостомы» - трубочки, которую вводят в мочевой пузырь через стенку живота в надлобковой области. Такие пациенты нуждаются в промывании катетера два раза в неделю и смене катетера не реже одного раза в течение месяца. Наружный конец катетера опускают в контейнер для сбора мочи, который подвешивают под одеждой на уровне живота или бедра, а на ночь - в контейнер, фиксированный к кровати.

Диета больных, имеющих постоянный мочевой катетер, должна содержать достаточное количество калия и фосфора. В неё рекомендуется включить клюквенный морс, аскорбиновую кислоту (по 200 мг 2-3 раза в день) для того, чтобы реакция была кислой.

В ряде случаев пациент нуждается в эпицистостоме длительное время. В этом случае, после формирования свища (заживления раны и снятия швов), дренажная трубка заменяется катетером Фолея, который соединяется с мочеприёмником.

Уход за эпицистостомой в домашних условиях

В первые недели после выписки домой нужно научиться ухаживать за уростомой и кожей вокруг нее.

При уходе за кожей вокруг эпицистостомы:

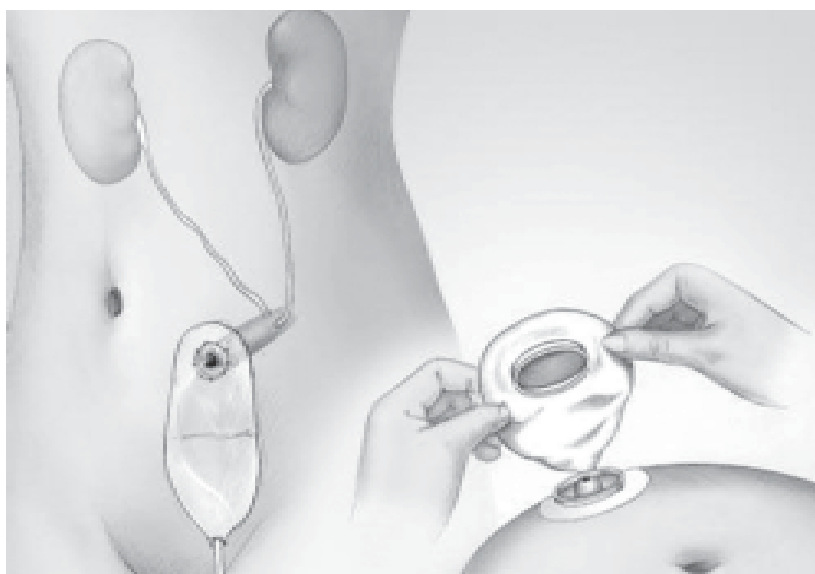
- ◆ кожу вокруг нее промыть теплой кипяченой водой или раствором кожного антисептика (также можно использовать слабый раствор марганцово-кислого калия);

- ◆ поверхность кожи подсушить с помощью салфеток;

- ◆ кожу вокруг обработать 1%-ным раствором бриллиантовой зелени.

При уходе за эпицистостомой необходимо наблюдать за функционированием дренажа. Важно вовремя заметить прекращение оттока мочи по нему, так как это может быть связано с закупоркой дренажа, выпадением или перегибом катетера.

Для промывания мочевого пузыря через катетер:



Лидия Анатольевна АНАНЬЕВА,

медицинская сестра,
высшая

квалификационная
категория, урологическое

отделение,
КГБУЗ «Краевая
клиническая больница»,
член ПАСМР с 2004 года

- ◆ надеть стерильные перчатки;
- ◆ набрать в стерильный шприц Жанэ 200мл стерильного 0,05%-ного водного раствора хлоргексидина;
- ◆ отсоединить катетер от моче-приёмника;
- ◆ вставить канюлю шприца в отверстие катетера;
- ◆ осторожно ввести в пузырь 30-40мл раствора;
- ◆ отсоединить канюлю шприца от катетера;
- ◆ подставить лоток или другую емкость под вытекающую жидкость;
- ◆ процедуру повторить до появления чистых промывных вод.



Для сбора мочи в дневное время наружный конец катетера опускают в мочеприемник, который у ходячих больных подвешивают под одеждой у живота или бедра. На ночь, а также если больной не ходит, наружный конец катетера опускают в контейнер, прикрепленный к кровати.

При замене мочеприемника:

- ◆ приготовить чистый мочеприёмник;
- ◆ обработать руки и надеть перчатки;
- ◆ отделить трубку мочеприемника от катетера;
- ◆ из использованного мочеприёмника мочу слить, старый мочеприёмник утилизировать;
- ◆ соединить чистый мочеприёмник с катетером;
- ◆ с помощью мерки проверить размер эпицистостомы;
- ◆ снять перчатки и помыть руки после процедуры.

Будьте здоровы! ☺

В России будет создан Центр мониторинга качества и доступности здравоохранения

Предложение о создании Центра мониторинга качества и доступности здравоохранения было озвучено на рабочей встрече Центрального штаба Общероссийского народного фронта (ОНФ).

Центр будет осуществлять динамический мониторинг ситуации в сфере здравоохранения, объективный контроль активностями ОНФ ситуации на местах, а также отслеживать исполнение поручений Президента по итогам форума «За качественную и доступную медицину!».

Член рабочей группы по подготовке к форуму по здравоохранению Ольга Савастьянова предложила создать в рамках фронта постоянно действующий формат работы по направлению здравоохранения.

«Далеко не все проблемные вопросы в сфере здравоохранения удалось обсудить на форуме и его площадках, далеко не все предложения войдут в перечень поручений Президента. При этом все поступившие или поступающие еще предложения требуют дополнительной экспертной проработки. Поэтому работа фронта по направлению здравоохранения должна приобрести системный и постоянно действующий характер. Безусловно, и мониторинг ситуации в сфере здравоохранения на местах должен быть продолжен, чтобы через год мы смогли бы зафиксировать ухудшение или улучшение ситуации и в каких именно вопросах. Только постоянным вниманием всего нашего общества мы сможем вернуть отрасль на траекторию именно развития», - подчеркнула Савастьянова.

Сопредседатель Центрального штаба Станислав Говорухин предложил создать Центр общественного мониторинга качества и доступности здравоохранения. Предложение было поддержано единогласно, координатором центра назначен Николай Говорин. ☺



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

На правах рекламы

ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ





Синдром желтухи у беременных

Во время беременности возникает новая функциональная система «мать-плацента-плод», обуславливающая целый ряд изменений в организме женщины.

Эти изменения касаются всех органов и систем, и направлены они на обеспечение оптимальных условий для развития плода, благоприятного течения беременности и успешного ее завершения.

Практически все органы и системы работают с увеличенной нагрузкой, поэтому некоторые из них могут не справляться с новыми условиями функционирования. К тому же нередко у будущей мамы осложняются имеющиеся хронические заболевания или появляются новые патологии.

Во время беременности существенно возрастает нагрузка на печень в связи с изменением углеводного, жирового и белкового обмена. В этом органе усиливается инактивация стероидных гормонов и несколько снижается его дезинтоксикационная функция.

Нормально протекающая беременность не сопровождается нарушением функционального состояния печени. Но под влиянием токсикоза или при печеночных заболеваниях, уже имеющихся у женщины, ресурсы этого органа быстро иссякают, что и приводит к различным неприятностям и осложнениям.

Желтуха - это синдром, который требует обязательного обращения к врачу! Под желтухой понимают жёлтое окрашивание кожи, склер и слизистых оболочек в результате пропитывания тканей желчным пигментом - билирубином. Желтуха у беременных является симптомом различных заболеваний. Желтухи у беременных принято разделять на две большие группы.

Желтухи, обусловленные патологией беременности:

- внутрипеченочный холестаз беременных;
- острая жировая дистрофия печени беременных;
- желтуха на фоне преэклампсии/эклампсии;
- желтуха при чрезмерной рвоте беременных.

Желтухи, обусловленные различными сопутствующими заболеваниями, встречающимися на протяжении беременности:

- *заболевания, возникающие во время беременности:*
 - ▶ острые гепатиты вирусные (обусловленные вирусами гепатита А, В, С, D, E, вирусами желтой лихорадки, Эпштейна-Барр, простого герпеса I и II типа, цитомегаловирусом и некоторыми другими),
 - ▶ лекарственные,
 - ▶ токсические (алкоголь и другое),
 - ▶ обструкция общего желчного протока (механическая желтуха),
 - ▶ некоторые бактериальные, паразитарные инфекции,
 - ▶ сепсис;
- *заболевания, предшествующие беременности:*
 - ▶ хронические заболевания печени различной этиологии,
 - ▶ гемолитические анемии,
 - ▶ семейные негемолитические гипербилирубинемии и некоторые другие.



Марина Геннадьевна НИКОЛАЕВА,

кандидат медицинских наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии, Алтайский государственный медицинский университет;



Екатерина Александровна УДАРЦЕВА,

врач Центра сохранения и восстановления репродуктивной функции, КГБУЗ «Краевая клиническая больница»



Состояние при острой жировой дистрофии печени беременных характеризуется высокой смертностью для матери и плода. Прогноз может быть улучшен только как можно более ранней диагностикой состояния и родоразрешением. Заболевание может прогрессировать в течение 1-2 дней после родоразрешения, затем состояние улучшается.

Внутрипеченочный холестаз беременных (ВХБ) (ранее применявшиеся термины: «холестатический гепатоз беременных», «доброкачественный рецидивирующий холестаз беременных», «адиопатическая желтуха беременных», «зуд беременных») - вторая по частоте (после острого вирусного гепатита) причина возникновения желтухи у беременных, обуславливающая до 20-25% ее случаев.

Этиология ВХБ неизвестна; предполагается, что в основе заболевания лежит генетическая предрасположенность к необычной холестатической реакции на продуцируемые во время беременности эстрогены.

ВХБ характеризуется:

- началом, как правило, в III триместре (реже - во II триместре);
- нарастанием клинических проявлений к родам и исчезновением их сразу после родов;
- рецидивирующим характером (не всегда) при повторных беременностях;
- нередко наличием кожного зуда во время беременностей у матери, сестер.

Каковы проявления ВХБ? Основное - это кожный зуд, опережающий появление желтухи (которая может не развиваться). Желтуха, как правило, не интенсивная, сопровождается потемнением мочи, осветле-

нием кала. Общее состояние больных не страдает. Прогноз состояния благоприятный, однако увеличивается частота преждевременных родов, в связи с нарушением всасывания витамина К возможны гипопротромбинемия и увеличение риска послеродовых кровотечений.

Диагностика ВХБ обычно не вызывает затруднений, особенно при наличии анамнестических данных о рецидивирующем характере холестаза или наследственной предрасположенности. Круг состояний, с которыми должен проводиться дифференциальный диагноз, ограничен заболеваниями, характеризующимися синдромом холестаза: обтурационной желтухой, холестатической формой острого вирусного гепатита, лекарственным гепатитом, некоторыми формами хронических заболеваний печени.

Острая жировая дистрофия печени беременных (ОЖДПБ), синдром Шихана (прежде применявшееся название: «острый жировой гепатоз беременных») - редкое осложнение беременности, встречающееся с частотой 1:13000 родов. Этиология неизвестна; иногда отмечается связь с применением тетрациклина. Развивается, как правило, у молодых первородящих в III триместре беременности (в сроки от 30 до 38 недель).

Характерно внезапное начало со рвоты и болей в животе, затем появляются желтуха, лихорадка, наблюдается развитие фульминантной печеночной и острой почечной недостаточности, нарушений свертывания крови (синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови (ДВС-синдром) у 75% больных), желудочно-кишечных и маточных кровотечений; состояние часто сочетается с преэклампсией.

Состояние характеризуется высокой смертностью для матери и плода. Прогноз может быть улучшен только как можно более ранней диагностикой состояния и родоразрешением. Заболевание может



прогрессировать в течение 1-2 дней после родоразрешения, затем состояние улучшается. Повторные беременности не противопоказаны, так как рецидивы ОЖДПБ не наблюдаются. Наиболее важен дифференциальный диагноз с фульминантной формой острого вирусного гепатита, так как тактика ведения при этих заболеваниях различна.

Желтуха при преэклампсии/эклампсии. При тяжелых преэклампсиях наблюдается поражение печени, причиной которого являются микроангиопатии как часть генерализованных сосудистых нарушений. Характерно появление признаков поражения печени на фоне развернутой клинической картины преэклампсии. Как правило, наблюдаются только лабораторные изменения (повышение ЩФ, АСТ/АЛТ, небольшая тромбоцитопения). В тяжелых случаях развивается умеренная желтуха, сочетающаяся с развитием ДВС-синдрома, внутрисосудистого гемолиза, тромбоцитопатии (так называемый HELLP-синдром).

Максимальные изменения лабораторных показателей отмечаются в первые два дня после родов. Клинически состояние проявляется (помимо симптомов преэклампсии и эклампсии) *болевым абдоминальным синдромом* (у 65-90% больных), *тошнотой и рвотой* (до 50%), *осложнениями ДВС-синдрома* и может напоминать ОЖДПБ (и с которым может иногда сочетаться). Редким и очень тяжелым осложнением поражения печени при эклампсии является образование подкапсульной гематомы с разрывом печени, развитием внутрибрюшного кровотечения.

Как и при ОЖДПБ, наиболее важен дифференциальный диагноз с острым вирусным гепатитом. Дифференциальный диагноз тяжелого поражения печени при преэклампсии/эклампсии с ОЖДПБ может быть крайне затруднен (учитывая возможность сочетания этих состояний), однако он не имеет практического значения, так как в



обоих случаях тактика ведения беременной одинакова и заключается в срочном родоразрешении.

Желтуха при чрезмерной рвоте беременных связана с транзиторными функциональными изменениями печени, обусловленными нарушением питания, катаболизмом белка, обезвоживанием. Механизм гипербилирубинемии не вполне ясен. Развитие желтухи наблюдается *в I триместре беременности на фоне продолжительного периода ежедневной многократной рвоты, похудания, обезвоживания*; характерно небольшое повышение уровней билирубина, АСТ/АЛТ, ЩФ, снижение уровня альбумина в сыворотке крови с быстрой нормализацией показателей после прекращения рвоты и восстановления питания. Состояние, как правило, имеет хороший прогноз, не требует прерывания беременности. При типичной клинической картине диагностика не вызывает затруднений. Однако при выраженных отклонениях печеночных проб требуется исключение острого вирусного гепатита или обострения предшествовавшего беременности нераспознанного хронического гепатита.

Среди интеркуррентных (то есть развивающихся на фоне основной болезни) заболеваний печени у беременных основная роль в развитии желтухи принадлежит **острому вирусному гепатиту**

Правильная и своевременная диагностика острого вирусного гепатита особенно важна в связи с особенностями тактики ведения беременных при этом состоянии. Прерывание беременности и роды утяжеляют течение ОВГ, поэтому ведение должно быть направлено на пролонгирование беременности, предупреждение преждевременных родов.



◀ (ОВГ), который обуславливает до 40-50% случаев желтухи у беременных. ОВГ может наблюдаться в любые сроки беременности. *Его клиническая картина чрезвычайно разнообразна* (от безжелтушных клинически латентных форм до тяжелого фульминантного гепатита), что обуславливает трудности дифференциального диагноза и необходимость дифференцировать ОВГ со всеми этиологическими формами желтухи, встречающимися у беременных.

Правильная и своевременная диагностика ОВГ особенно важна в связи с особенностями тактики ведения беременных при этом состоянии. Известно, что прерывание беременности и роды утяжеляют течение ОВГ, поэтому ведение должно быть направлено на пролонгирование беременности, предупреждение преждевременных родов.

В диагностике ОВГ могут иметь значение: эпидемиологические данные (факторы риска инфицирования), наличие четкого продромального периода, характерный для ОВГ очень высокий уровень сывороточных аминотрансфераз, выявление характерных для острой инфекции сывороточных маркеров вирусов гепатита. Важно тщательное исключение всех других возможных причин желтухи у беременных.

Механические желтухи у беременных наиболее часто являются следствием обтурации (закупоривания) общего желчного протока. Во время беременности желчь становится более литогенной, затрудняется опорожнение желчного пузыря; во время беременности возможны образования камней в желчном пузыре.

Несмотря на это, симптомы желчнокаменной болезни относительно редки во время беременности. Холедохолитиаз со-



ставляет не более 6% среди причин желтух у беременных. Обтурационная желтуха при желчнокаменной болезни чаще развивается после приступа острой боли в верхней половине живота, часто сопровождающегося рвотой, лихорадкой.

Развитие холестатической желтухи во время беременности (даже в отсутствие типичной клиники желчной колики) всегда требует исключения механической природы холестаза с помощью УЗ-исследования.

Ферментопатические гипербилирубинемии редко представляют собой проблему во время беременности. При наиболее частой форме ферментопатических гипербилирубинемий - болезни Жильбера, которая характеризуется повышением уровня неконъюгированного билирубина, во время беременности наблюдается снижение уровня билирубинемии. В редких случаях, когда неконъюгированная гипербилирубинемия впервые выявляется во время беременности, дифференциальный диагноз должен проводиться с неактивным хроническим гепатитом, стертой формой гемолитической анемии.

Медикаментозное поражение печени. Помимо всего

выше перечисленного, желтуха у беременных в первом триместре может быть обусловлена приёмом гепатотоксичных препаратов. Лекарства могут влиять на любую стадию обмена билирубина. Повышение уровня билирубина за счёт неконъюгированной фракции может происходить при приёме салицилатов или сульфаниламидов. И нарушение билирубинового обмена при приёме этих препаратов более выражено, если беременная женщина страдает синдромом Жильбера, хроническим гепатитом, циррозом печени. Сульфаниламиды, фенацитин и хинин могут вызывать гемолиз, сочетающийся, как правило, с аллергическими реакциями. Половые гормоны, используемые в терапии беременных, могут стать причиной холестаза.

Определение конкретной формы желтухи беременных позволяет не только проводить своевременную диагностику заболевания, но и дифференцировать форму патологии для выбора оптимальной тактики дальнейшего ведения пациентки.

В следующем номере мы расскажем о дифференциальной диагностике синдрома желтухи у беременных. ☺



Их девиз: «Встань и иди»

У каждого начинания всегда есть свой автор.

И хотя идея создания клуба «Идем пешком» принадлежит калининградцам, на Алтае ее должен был кто-то подхватить и начать воплощать в жизнь. Так и случилось - инициатором стал Иван МИЛЯЕВ, молодой парень, хорошо известный в местных спортивных кругах.

- О клубе «Идем пешком» рассказали мои друзья, побывавшие в Калининграде, - рассказывает Иван. - Нашел информацию в Интернете, списались - и началась работа. Я взял на себя разработку маршрута: хочется, чтобы он был познавательным, интересным. Первые походы (этой осенью) состоялись вдоль русла реки Барнаулки. А уже начало четвертого похода, а вернее - пешеходного кросса, идет от станции Велижановки. Кросс подразумевает более интенсивное движение. Маршрут рассчитан на 25км, правда, предусмотрена возможность выйти раньше, сократив расстояние. К тому же мы зависим от погодных условий и возможностей участников.

Кстати, участниками походов становятся люди самого разного возраста - от 15 до 45 лет, мужчины и женщины. Чтобы принять участие, требуется совсем немного: взять с собой термос с горячим чаем, бутерброды, выбрать

одежду и обувь, удобные для движения.

Это первый социальный проект Ивана. Для себя из всех видов спорта он выбирает велосипедный. Ежедневно только по рабочим делам проезжает на велосипеде около сорока километров. Летом отправляется с друзьями в велопоходы в Горный Алтай.

Клуб «Идем пешком» своей целью ставит популяризацию ходьбы как самого доступного вида физической активности.

Чем полезна ходьба?

При ходьбе работают разные группы мышц ног, активность которых обеспечивает тонус всего тела.

При ходьбе организм одновременно перемещает ноги в трех плоскостях: вертикальной, продольной, поперечной. Чем быстрее темп, тем выше амплитуда вертикальных перемещений, активнее работа связочно-мышечного аппарата, интенсивнее энергетический расход.

Работа ног при ходьбе активизирует кровоток: кровь интенсивно обогащает внутренние органы кислородом, ускоряя обменные процессы. Активность мышц улучшает ток крови по венам, что служит отличной профилактикой варикозного расширения вен, выводом шлаков из организма.

Регулярные пешие прогулки на свежем воздухе не только улучшают самочувствие, но и укрепляют дыхательную, мышечную, сердечно-сосудистую системы.

Активные энергетические процессы избавляют от жиров: так, 15 минут среднего темпа (это примерно 1,5км) сжигают 100ккал.

Пешие прогулки участвуют в профилактике соматических заболеваний, гиподинамии, заболеланий опорно-двигательного аппарата. Регулярная ходьба повышает иммунитет, выносливость, позитивно влияет на психическое здоровье и улучшает сон.

Ходьба как способ укрепления здоровья подходит всем: независимо от возраста и пола. Каждый выбирает по своему самочувствию темп, длительность, время и маршрут прогулки.

Ходьба для здоровья основывается на трех принципах:

◆ *«не навреди»:* интенсивность и длительность должны соответствовать состоянию организма;

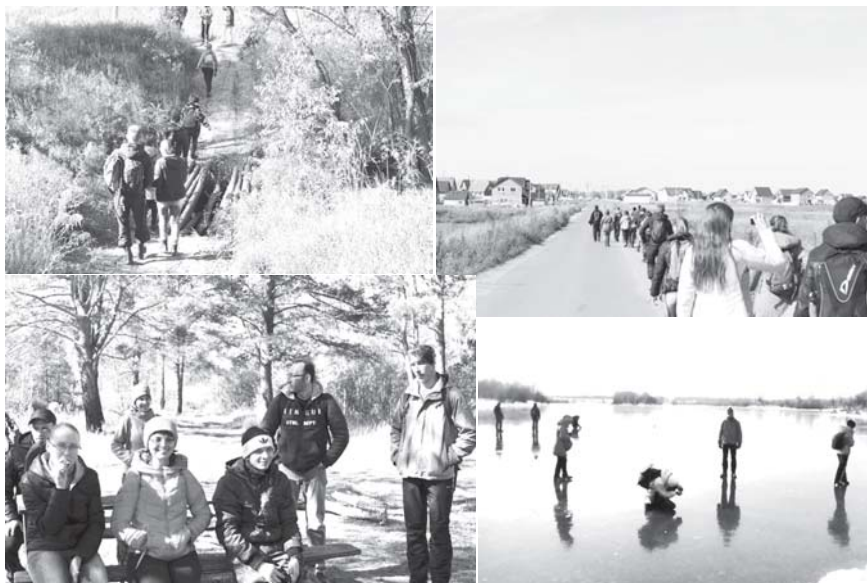
◆ *постепенность:* темп, время и длительность увеличиваются без резких нагрузок на организм;

◆ *регулярность:* идеальная частота прогулок - ежедневно. Допустимый вариант - 3-4 раза в неделю продолжительностью не менее 30 минут.

Когда ходить? Всегда, включая путь на работу и с работы. Если работа далеко - приучите себя несколько остановок проходить пешком. Утренний моцион бодрит перед трудовым днем, вечерний - укрепляет сон.

А в выходные можно присоединиться к участникам барнаульского клуба «Идем пешком», чтобы приобрести новых друзей-соратников и получить заряд бодрости на целую неделю. ☺

Лариса Юрченко



Трус не играет в хоккей

Строчка из известной песни становится естественным фактом, когда смотришь на встречу хоккейных команд на льду. И неважно, сколько лет спортсменам: они одинаково уверенно ведут шайбу, скользят на коньках, бьют по воротам (конечно, профессионалам видно гораздо больше!).

КГБУ ДО «СДЮШОР по хоккею «Алтай» принимает мальчиков уже с пятилетнего возраста. Первый этап занятий обеспечивает физическую подготовку, учит работать в группе, слушать слова тренера. Без сомнения, даже если ребенок не будет продолжать занятия, прозанимавшись лишь год-другой, он опередит сверстников по собранности, целеустремленности, организованности.

О тренировочном процессе, воспитанниках «Алтая» наш разговор - с заместителем директора **Алексеем Викторовичем ДОЛОВЫХ** и старшим тренером **Владимиром Николаевичем НИКОЛАЕВЫМ**.

- Давайте начнем наш разговор с представления школы.

Алексей Викторович: - Подготовка юных хоккеистов состоит из нескольких этапов. Самые младшие

(сейчас это дети 2009-2011 годов рождения) занимаются в спортивно-оздоровительных группах. Следующая ступень - группы начальной подготовки, затем - учебно-тренировочные группы и группы спортивного совершенствования.

«СДЮШОР по хоккею «Алтай» имеет филиалы в районах и городах Алтайского края. Общая численность занимающихся детей - 1430 человек. Наша главная площадка в Барнауле - Дворец зрелищ и спорта - объединяет более 500 детей.

Тренировочный процесс строится на основе программы подготовки с учетом рекомендаций ведущих специалистов в области методики подготовки юных хоккеистов. Правильность работы с детьми контролируется, отлажена система отчетов. У тренеров-преподавателей есть программы, которых они придерживаются в рабо-



те. Старшие тренеры-преподаватели курируют занятия всех возрастных групп.

Воспитанники нашей школы участвуют в соревнованиях Первенства России, Алтайского края и Барнаула. В календарь соревнований включены также спартакиады учащихся и другие турниры. Также воспитанники КГБУ ДО «СДЮШОР по хоккею «Алтай» участвуют и в различных культурно-массовых мероприятиях.

Владимир Николаевич: - Зачем нужен любой вид спорта? Главная цель - сохранение здоровья нации. Это первостепенно. Дети определяются с видом спорта: кто-то идет в легкую атлетику, кто-то становится штангистом или же приходит в хоккей. Вопрос о здоровье важен для каждого изначально, а потом уже прикладываются технические навыки. На начальном этапе в спортивно-оздоровительных группах мы учим детей основам здорового образа жизни, выявляем способности к данному виду спорта. Ежегодно ребята сдают нормативы по физической подготовке.



1 декабря - Всероссийский день хоккея

- Какие результаты юных хоккеистов являются для вас предметом гордости?

Алексей Викторович: - Три возрастные группы - 1994, 1997, 2000 годов рождения в разные годы становились бронзовыми призерами Первенства России (регион Сибирь - Дальний Восток). Команда «Алтай»-97 впервые в истории школы стала победителем Первенства России (регион Сибирь - Дальний Восток) и участвовала в финале Первенства России среди лучших клубных команд страны в своей возрастной группе.

В этом году пять воспитанников школы участвовали в финале Первенства России среди клубных команд. По итогам Первенства ЮХЛ в нынешнем сезоне нападающий «Алтай»-ЮХЛ Константин ЗУЕВ стал лучшим бомбардиром, набрав 65 очков. На краевых соревнованиях мы практически всегда показываем лучший результат.

Воспитанники хоккейной школы «Алтай» на сегодняшний день включены в составы различных хоккейных команд первенств и чемпионатов России. Успехи наших воспитанников, безусловно, - заслуга наших тренеров, работающих с большим энтузиазмом. Нам есть чем гордиться.

Многие из воспитанников Владимира Николаевича известны в хоккейном мире: Алексей ЧЕРЕ-



ПАНОВ, Иван ВИШНЕВСКИЙ, Евгений СВЕЧНИКОВ, Кирилл ЦУКИН...

- И всё же - что для вас хоккей?

Владимир Николаевич: - Такой философский вопрос задан, аналогичный другому - за что вы жизнь любите? Всё просто: жизнь подобна воздуху для каждого, так и хоккей. Мальчишки часто приходят в этот вид спорта - и на всю жизнь остаются. Те, кому хоккей не подходит, быстро понимают это и уходят. Хоккей не любит притворства. Это большой труд. В то же время, когда ты не умел кататься и научился, не умел бросать в девятку - и получилось, поверьте: это дорогого стоит. Многие через занятия хоккеем быстрее взрослеют и со временем становятся полноправными членами общества - вот главное.

- Учебный год начался недавно, прошел и очередной набор ребят в школу. Каковы критерии отбора?

Алексей Викторович: - Критерий один - у ребенка должны быть обязательно медицинское заключение, в котором указано, что он допущен к занятиям хоккеем, и огромное желание им заниматься. А всё остальное становится очевидным позднее. Происходит временный отбор: кто-то сам уходит из группы по разным причинам, другие меняют вид спорта и т.д. Набирая группу, мы стараемся принять как можно больше детей. Массовость рождает результат. Чем больше на начальном этапе ребят, тем лучше в дальнейшем выступает команда. Здоровая спортивная конкуренция в команде - залог успешных выступлений.

- С какого возраста дети принимают участие в соревнованиях?

Алексей Викторович: - В Первенстве России - с десяти лет. До этого времени проводятся учебные двухсторонние игры, контрольные игры и различные детские турниры. В этом году самая младшая возрастная группа, выступающая в Первенстве России, - 2005г.р. Календарь соревнований составляется таким образом, чтобы игры проходили в выходные дни и на каникулах, чтобы не нарушать образовательный школьный процесс.

- Насколько травматичен хоккей?



Алексей Викторович: -

Спорт в принципе травматичен, и хоккей - в том числе. Травмы в хоккее обусловлены его спецификой, так как это контактный вид спорта, в котором происходит много силовых единоборств. В основном, это травмы, связанные с растяжениями мышц и связок, различные ушибы и переломы.

Но не всегда травматизм обусловлен только спецификой вида спорта, во многом он зависит от правильности питания детей, образа жизни и режима дня. Пищевые приоритеты формируются неправильно: дети выбирают кока-колу, чипсы, не едят рыбу, творог. Как следствие, они имеют слабый мышечный корсет и скелет. Хотелось бы, чтобы родители своевременно обратили на это внимание.

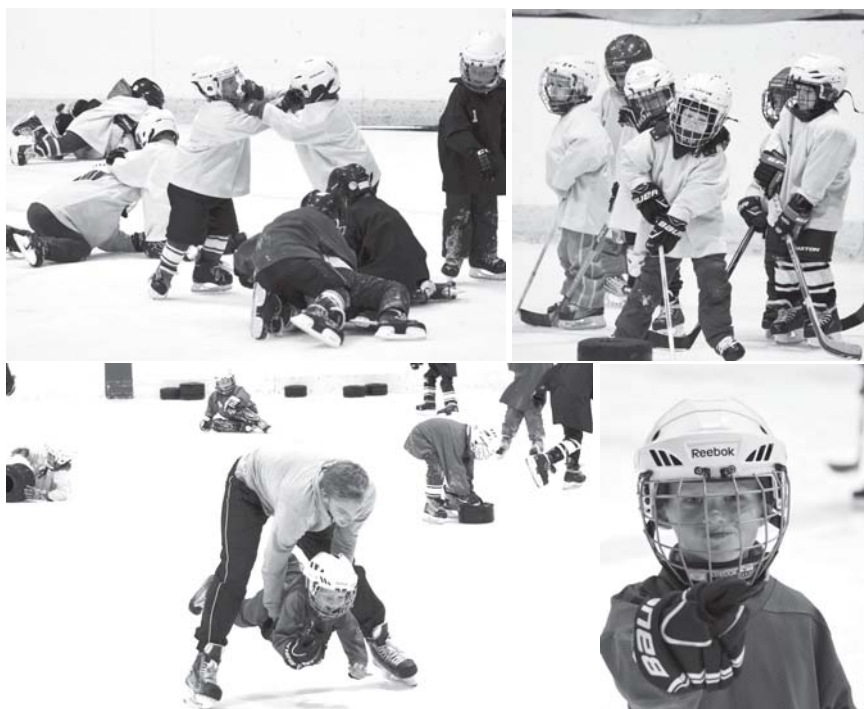
Соблюдение режима дня важно для восстановления ребенка после тренировки либо игры. Огромная роль в этом принадлежит и тренеру, и родителям. Каждый ребенок должен вовремя пообедать, поужинать, сделать уроки и лечь спать. Только при таком условии юный спортсмен восстановит силы и будет готов к следующему занятию или игре, что снизит у него вероятность травматизма.

- Сегодняшний тренерский состав - воспитанники барнаульского хоккея?

Владимир Николаевич: - В подавляющем большинстве - это бывшие наши игроки. Идет естественный процесс: выпускники нашей школы, бывшие игроки команды мастеров, становятся взрослыми, получают образование, приходят работать детскими тренерами. У каждого есть свой игровой багаж, который в дальнейшем дополняется знаниями, получаемыми в высших учебных заведениях, на курсах повышения квалификации, обучением в высших тренерских школах.

- Спорт можно считать хорошим воспитателем?

Владимир Николаевич: - Конечно. Есть такая фраза: хокке-



ист сантехником может стать всегда, а сантехник хоккеистом - нет. И это действительно так. Хоккей - это многогранный вид спорта, который объединяет многие качества, требуемые в других игровых видах спорта.

Судьбы ребят складываются по-разному. Одни раньше начали заниматься, но не имеют склонности к этому виду деятельности. Есть ребята, которые приходят в школу позже - в восемь, девять лет - и догоняют, а затем и обгоняют сверстников, показывая в будущем хороший результат. Всё индивидуально.

Хоккей - это маленькая жизнь. Мальчишки, которые занимаются хоккеем, раньше взрослеют, развиваются, становятся самостоятельными. Это командная игра, значит, благодаря хоккею у детей развивается чувство коллективизма, общей ответственности за результат конкретного матча и соревнований в целом, уважения друг к другу, появляются новые друзья.

Я не согласен с мнением: если ребенок серьезно занимается хоккеем, значит, учебы для него нет. У нас много примеров, когда и в

хоккей у мальчишки играть получается, и в учебе всё нормально.

- Возвращаясь к началу разговора, хочу спросить про физкультуру. Наверное, дошкольников и младших школьников гораздо полезнее приобщать не к современному спорту больших достижений, а просто к выполнению зарядки, к подвижным играм на свежем воздухе?

Алексей Викторович: - Конечно. Во многом цель нашей работы и заключается в пропаганде здорового образа жизни, занятий физической культурой и спортом, в частности, хоккеем, а родителям нужно почаще вспоминать про активный семейный отдых. Зимой это лыжи, коньки. Летом - футбол, волейбол, лапта, бадминтон, разнообразные подвижные игры. Дома у детей обязательно должна быть шведская стенка или даже целый спортивный уголок. В общем, пришла пора возродить осмысленное отношение к физической культуре, стремиться, чтобы она помогала людям укреплять и сохранять здоровье, продлевала жизнь и была в распорядке дня и недели у каждого. ☺

Лариса Юрченко



В отделении знают о сердце всё

Открытие в 1988 году кардиохирургического отделения в Алтайском краевом кардиологическом диспансере стало естественным завершением формирования этого направления кардиологии на Алтае.

По праву нашими учителями являются **Борис Николаевич РЫБАКОВ**, **Юрий Александрович ЕЛИСЕЕВ**, **Юрий Николаевич КАРПОВ**, **Евгений Михайлович ФИЛИППОВ**, друг известного доктора Б.В. ПЕТРОВСКОГО, ученик не менее известного врача Е.Н. МЕШАЛКИНА. Они первыми стали проводить операции по грудной хирургии, работали на сосудах, позднее перешли к операциям на сердце.

Поколения меняются, но традиции, заложенные ветеранами, остаются. И главная из них: помощь каждому пациенту должна быть оказана во что бы то ни стало; если сам не можешь это выполнить, тогда должен сделать так, чтобы ее оказали коллеги.

Сейчас в кардиохирургическом отделении №1 АККД работают девять врачей-кардиохирургов, два кардиолога. **Коллективом оказывается высокотехнологичная медицинская помощь по сердечно-сосудистой хирургии:** проводятся операции аортокоронарного шунтирования (АКШ), протезирования сердечных клапанов, удаления новообразований сердца, выполняются реконструктивные операции на восходящем отделе аорты, сосудистые операции, а также их сочетание (так называемые комбинированные операции) и другие. При протезировании сердечного клапана устанавливаются механические и биологические протезы передовых отечественных и зарубежных производителей. Выполняются пластические операции на клапанах сердца.

В отделении из 40 коек десять отводятся для тех, кто проходит рентгеновские обследования. Таким образом, *поступающие в отделение больные получают не только хирургическую помощь, но и эндоваскулярные вме-*

шательства на сосудах сердца и магистральных артериях. Также они обследуются и уходят неоперированными, если к этому нет показаний.

Контингент больных складывается из трех категорий. Первые - это *больные с клапанной патологией, атеросклерозом коронарных сосудов. Пациенты с патологией сосудов всего организма.* Им выполняются операции по замене клапанов и аортокоронарному шунтированию, реконструктивные операции на сосудах нижних конечностей и сосудах брахиоцефальной зоны.

Следующая категория пациентов - *дети в возрасте старше пяти лет.* Поскольку успешно развивается эндоваскулярная хирургия, позволяющая врачам работать с «меньшей кровью», то есть без разреза, пациентов этой категории становится меньше: сейчас мы оперируем 15-20 детей в год.

Новое разрабатываемое направление - это система оказания хирургической помощи *пациентам с сочетанной сосудистой и кардиальной патологиями.* Считаю это важным, поскольку нет кардиохирургии в чистом виде, есть раздел медицины «сердечно-сосудистая хирургия». Для того чтобы больные имели возможность лечиться в одном центре при смешанной патологии, мы и считаем работу в этом направлении значимой и своевременной. Уже выполнено более 70 сосудистых операций с исходно тяжелой кардиальной патологией. Ведущим направлением новой деятельности является диагностика и хирургическое лечение ишемической болезни головного мозга.

Средний возраст наших больных подходит к 70 годам. Понятно, что они имеют «букет» хронических болезней: сахарный диабет, дыхательная и сердечная недостаточность, много-



Павел Александрович ЕРМОЛИН,

главный внештатный кардиохирург, кандидат медицинских наук, заведующий кардиохирургическим отделением №1, КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер»



Мы готовы к увеличению количества квот на оказание кардиологической помощи. Функционируют две современные оборудованные операционные, два ангиографических аппарата, работают опытные врачи-кардиологи с опытом более сорока лет, которые свои знания передают молодежи.

этажный атеросклероз (и нижних конечностей, и сосудов головного мозга)... С этим нам приходится бороться. Если не оперировать этих больных, мы будем просто их терять. Проводимые операции, как правило, носят гибридный характер и выполняются несколькими бригадами.

В отделение поступают экстренные больные: мы работаем по острому коронарному синдрому совместно с отделением острого инфаркта миокарда АККД. В сутки в кардиоцентр по неотложным показаниям поступает до 40 пациентов (а это 40 «скорых» в сутки). По сути, наш диспансер - это первый рубеж оказания помощи кардиологическим больным в крае. Круглосуточно дежурит хирург, всегда готовы к приему больных две мощные реанимации (четыре реаниматолога), три кардиолога, рентгенхирург, задействованы практически все операционные (в кардиоцентре их семь). Практически идет война за жизнь каждого человека, в которой надо врачам работать, побеждать, стремиться улучшать кардиологическую и кардиохирургическую систему оказания помощи. Кардиохирургия - это уже тот угол, тупик, когда человеку дается последний шанс спасения - операция.

Приоритетным направлением также являются **операции при нарушениях сердечного ритма**. Производятся обследование, оперативное лечение: имплантация электрокардиостимулятора (ЭКС) или операции, приводящие к нормализации сердечного ритма.

Совместно с кафедрой факультетской хирургии АГМУ ведется научно-исследовательская работа, обучение студентов и клинических ординаторов.

К сожалению, тяжелых экстренных больных становится больше, меняется распространенность различных заболеваний. Еще недавно мы редко оперировали, к примеру, стеноз ствола левой коронарной артерии. Сейчас такие операции поставлены на поток, стали привычными.

Технология проведения АКШ, протезирования клапанов сердца, имплантация ЭКС - отработаны настолько, что сегодня нет разницы в том, где выполняется подобная операция: в России или за рубежом. В определенном смысле этому способствовало то, что Б.Н. Ельцин оперировался в России, и такое решение первого Президента страны заметно продвинуло отечественную кардиохирургию.

Аортокоронарное шунтирование выполняется 300-400 пациентам в год. Количество операций определяется квотированием и может быть увеличено. Показатель смертности по этому виду оперативного вмешательства минимален - он составляет 2,5%, что соответствует мировому уровню.

Операции коронарного шунтирования проводятся по двум методикам: с остановленным сердцем в условиях искусственного кровообращения и на работающем сердце. Каждая методика имеет свои особенности, положительные и отрицательные стороны.

Для остановки сердца надо применять так называемые парализующие препараты. На восстановительном этапе потом приходится бороться с их действием, «заводить» сердце. Большое значение в этом случае приобретают обеспечение аппаратурой и переносимость больным врачебных манипуляций. Важна защищенность пациента на операции и после нее - это обеспечивается не одним человеком, а командой в настоящем смысле этого слова. Поскольку возраст пациентов заметно вырос, жизнь заставляет проводить операции на работающем сердце с исключением применения искусственного кровообращения. Такое вмешательство в первую очередь показано больным с дыхательной недостаточностью, сахарным диабетом, с малой фракцией выброса сердечной мышцы - после нескольких перенесенных инфарктов, при повторных вмешательствах. Сейчас делаем больше таких операций в год.

В прошлом году в отделении выполнено около 700 различных операций. Из них 570 - по ВМП и в усло-



Сердечный разговор с кардиологом

виях искусственного кровообращения, 70 - на работающем сердце. Эти операции самые тяжелые, но при этом достигнута нулевая смертность при таких вмешательствах. Как ни странно, самые тяжелые больные «прошли» операционный этап лучше всех, что доказывает правильность используемой методики.

Из числа вмешательств с искусственным кровообращением 11-14% составляют операции высокой категории сложности: многоклапанное и клапанное протезирование плюс коронарное шунтирование, АКШ плюс аневризмэктомия и т.д. В 2014 году **освоены операции по имплантации полнопроточных искусственных клапанов сердца**, более физиологичных, чем традиционно применяемые.

В среднем каждый врач-кардиохирург в течение года выполняет более ста кардиохирургических операций. Объемы оказываемой помощи и показатели послеоперационной летальности соответствуют требованиям по квалификационной оценке кардиохирургических центров. Наше отделение входит в двадцатку лучших отделений России (из 80).

Хирурги отделения имеют возможность повышать свою квалификацию в ведущих кардиологических центрах страны. Так, в июле был осуществлен выезд на учебу операционной бригады в Архангельск - в одну из ведущих клиник России, Северо-Западного округа России, где выполняются операции по коронарному шунтированию на работающем сердце: из 500 операций они составляют 450. Мы пока не имеем такого опыта и не во всем согласны с коллегами.

Больные, которых нельзя выписать и перевезти в федеральный центр, остаются в диспансере и получают необходимое лечение. Сложилась парадоксальная ситуация: в федеральные центры уходят более легкие больные, а тяжелые остаются у нас. Которых мы успешно оперируем. Это оказывается единственным способом им помочь.

С 2014 года мы реализуем еще одно направление работы. Нашим отделением совместно с барнаульской городской детской больницей №7 проводятся **операции на сердце у аппаратзависимых детей с пороком сердца**. Это дети, рожденные преждевременно и имеющие массу тела 750-800 граммов. Такие маленькие пациенты уже имеют истории болезни по 10см толщиной! Без



кардиологической помощи, по большому счету, перспектив у них нет: они не смогут существовать без аппарата искусственного дыхания. Успешно оперируем таких детей совместно с хирургами, анестезиологами детской больницы №7. Считаем это большим достижением. Ребенок после операции выписывается через неделю, успешно набирает вес, меняется в цвете, начинает питаться по-другому. В каждого такого малыша, без преувеличения, вкладывается часть сердца хирурга. Со взрослыми работать проще, а с детьми - во много раз выше ответственность. В этом году мы прооперировали уже семь малышей. Готовимся к оказанию помощи восьмому. И все дети выписаны и развиваются нормально.

Всегда отрадно видеть, как после операции человек начинает жить. Его невозможно заставить в палате - пациент выполняет все предписания врача, тренируется, оживает на глазах, ходит по отделению. Для этого мы и работаем!

Подводя итоги своей 27-летней работы, хочу сказать, что Алтайский краевой кардиологический диспансер является флагманом кардиологии и кардиохирургии в крае, он неотрывно связан с другими кардиологическими и кардиохирургическими отделениями и центрами России. Он работает, развивается, совершенствуется для оказания высокотехнологичной помощи населению Алтайского края. Удачи всем, коллеги! ☺

Лариса Юрченко

В дальнейшем в отделении планируем развивать помощь при нарушении ритма. Это направление является частью коронарной хирургии. Когда пациент с ИБС поступает в отделение, ему выполняется шунтирование, затем нередко возникает нарушение ритма, которое хирурги должны ликвидировать.



Непростая реабилитация после инсульта

Процесс реабилитации больного после инсульта - длительный, сложный, требующий терпения от всех участников. С особенностями и закономерностями этого периода в жизни больного нас познакомила медицинский психолог неврологического отделения острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая больница» А.Б. КАЗАНЦЕВА.

- Инсульт - это катастрофа и для больного человека, и для его близких, событие, полностью меняющее жизнь людей. И поэтому помощь медицинского психолога здесь имеет особое значение. Анастасия Борисовна, на каких принципах строится ваша работа?

- Она идет по трем направлениям. Только при их сочетании мы можем достичь максимального реабилитационного эффекта.

Во-первых, медицинский психолог работает над восстановлением когнитивных функций, поскольку часто у больных после инсульта нарушаются память, внимание, мышление, речь. Сначала эти нарушения диагностируются с помощью нейропсихологического подхода, затем с пациентами проводятся коррекционные занятия, направленные на восстановление нарушенных функций. Независимо от того, в какой среде человек живет, к какому образу жизни ему желательно вернуться, - если эти функции нарушены, то он не сможет нормально существовать в привычной среде.

С каждым пациентом выстраивается индивидуальная программа реабилитации. В зависимости от степени нарушения проводятся, например, ежедневные занятия или наши встречи происходят через день. Затем при выписке из отделения пациенту обязательно даются рекомендации по дальнейшей работе.

В процессе реабилитационной работы преодоление когнитивного дефицита у пациентов ведется по двум линиям. Это - *восстановление нарушенных звеньев функциональных систем и выработки стратегии компенсации имеющихся нару-*



шений в том случае, когда восстановление оказывается невозможным. В зависимости от дефекта и запроса пациента объектом реабилитации могут выступать такие функции, как внимание, память, речь, гностические процессы, праксис (способность выполнять последовательные целенаправленные действия), функции программирования, регуляции и контроля психической деятельности (планирование действий, постановка целей и задач, контроль за их реализацией). Главным методом возрождения функции является восстановительное обучение, которое следует рассматривать как один из наиболее эффективных методов нейропсихологической реабилитации.

Нейропсихологическая реабилитация пациентов, перенесших инсульт, строится на следующих принципах:

- раннее начало;
- комплексность;
- настойчивость;
- непрерывность;
- длительность;
- максимально допустимое активное участие пациента;
- активное вовлечение в процесс реабилитации близких и родных.

Пока пациент находится в отделении, ему помимо работы со специалистом обязательно даются «домашние» задания. Пациент учится самостоятельно выполнять задания, без присутствия специалиста. Один из главных принципов лечебной практики - это **лечение активностью**, при котором происходит не просто пассивное воздействие на пациента: пришел специалист и помог выполнить определенные действия, а человек сам участвует в процессе их выполнения. Так формируется заинтересованность в восстановлении здоровья. По опыту могу сказать, что пациент, имеющий боль-



шие нарушения вследствие перенесенного инсульта, но мотивированный на хороший результат, может добиться большего, чем другой пациент, имеющий легкие нарушения, но без особой мотивации к выздоровлению.

Второе направление, которое мы также активно осуществляем в своей практике, - **работа с эмоциональным состоянием пациента**. Часто у пациентов после инсульта возникают депрессивные, тревожные, фобические состояния: они боятся умереть, упасть, получить травму, пережить повторный инсульт. Критичные пациенты видят свое состояние, понимают, что инвалидизированы, что не могут полноценно жить и работать, и это вызывает у них негативное эмоциональное состояние. Обычно, как только пациент идет на поправку, видит положительную динамику своего состояния, депрессия отступает. Но, тем не менее, мы, медицинские психологи, используем дополнительные методы работы, чтобы форсировать этот процесс: это - метод арт-терапии (рисование, лепка, конструирование), библиотерапии (использование книг, историй с позитивным сюжетом), когнитивно-бихевиоральная терапия (перестройка мыслей и поведения человека с помощью определенных психотерапевтических методик).

Работа с эмоционально-личностной сферой необходима для эмоциональной адаптации пациента к своей болезни. Поэтому необходимо объяснять пациенту особенности его нового состояния (состояния физического, когнитивного ограничения) и помогать в егоприятии, формировать новый образ «Я». Важной составляющей работы является поиск новых жизненных целей и смыслов, на которые можно было бы опереться в данной ситуации.

Также в нашем отделении эффективно используются различные аппараты и приборы, принцип лечебного воздействия которых основан на электростимуляции определенных структур головного мозга посредством последовательности импульсов тока, звуковых и световых сигналов.

Третья составляющая работы психолога - активное общение с родственниками пациента. Мы активно вовлекаем их в процесс восстановления: если

родственники находятся в отделении с пациентом, обязательно привлекаем их к выполнению домашних заданий, стремимся, чтобы они чаще общались с пациентом. Очень часто родственникам объясняем новое состояние пациента, учим, как с ним нужно взаимодействовать, находить контакт, на что обязательно обращать внимание.

Удельная доля и конкретное содержание каждого из описанных трех направлений может различаться в каждом конкретном случае. Однако каждый вид работы является необходимым звеном процесса нейропсихологической реабилитации.

- Приходилось слышать от родственников таких пациентов: «У него изменился характер, с ним трудно общаться...». И даже врачи иной раз советовали: «Это совсем другой человек, принимайте его таким, как он сегодня». Что происходит на самом деле?

- Скажу исходя из своего опыта - я работаю в отделении семь лет. На самом деле человек после перенесенного инсульта не меняется. Просто, если он обладает определенными - не обязательно лучшими - чертами характера, то до болезни он мог регулировать проявление своей раздражительности, эмоциональной неустойчивости, а вот после болезни произвольный контроль нарушается. В результате эти черты характера усугубляются. Что родственники не замечали прежде, начинает проявляться в полной мере.

- Насколько строги временные рамки восстановления?

- Начну с того, что чем раньше начинается процесс восстановления, тем лучше. В отделении больницы медицинские психологи начинают работать с пациентом буквально со второго дня после его поступления. Или с того момента, когда человек приходит в сознание, находясь еще в реанимационном отделении. Наиболее эффективное время для восстановления - это первый год после инсульта. Некоторые врачи утверждают, что восстановление завершается после этого периода. К сожалению, это мнение принимают и некоторые пациенты, которые считают: год прошел, дальше уже не восстановлюсь - и перестают заниматься. На самом деле восстановление продолжается и дальше в течение всей последующей жизни. Оно будет проходить медленнее, чем в течение первого года, но изменения обязательно происходят. У меня есть пациент, он перенес инсульт шесть лет назад, и только сейчас он стал намного лучше разговаривать.

- Как организуется процесс реабилитации после выписки больного из отделения?

- Это зависит от каждого случая. При выписке мы даем рекомендации, материалы для занятий и телефон отделения, можно позвонить и задать интересующий вопрос. У кого есть желание и стремление к восстановлению, тот так и делает. ►



◀ - Среди тех, кто далек от медицины, бытует мнение, что функции пострадавшего участка мозга могут взять на себя другие, при определенных условиях, конечно. Насколько это верно?

- Исходя из теории о структурно-функциональном строении мозга А.Р. Лурия, известного нейропсихолога, можно сказать следующее. Он разделил отделы мозга на три блока. Первый блок - энергетический, он поддерживает всю деятельность: процессы сна, бодрствования, активности, внимания и памяти. Второй блок отвечает за прием и переработку информации, которую мы получаем от разных органов чувств - зрения, слуха, тактильных анализаторов и других. Третий блок мозга отвечает за планирование нашей деятельности, постановку цели, мотивацию и контроль выполнения планов.

Как правило, за конкретное действие отвечают несколько отделов мозга. Любая психическая функция: память, речь, внимание - является функциональной системой, которая состоит из деятельности четко дифференцированных участков. Поэтому, когда происходит инсульт в какой-то области, психическая функция нарушается не целиком, а только в той части, которая управлялась именно этим пострадавшим отделом. Мозг человека достаточно пластичный, и некоторые клетки могут перенимать на себя функцию пострадавших. В нашем отделении мы и занимаемся перестройкой функций разных отделов мозга, чтобы здоровые его участки были вовлечены в процесс восстановления и взяли на себя функцию, которая была утрачена.

- В формировании когнитивных функций можно проводить параллели с тем, как они формируются у детей?

- Нет, это заблуждение. Некоторые родственники больных так и считают: надо заниматься с пациентами, как с детьми. Важно понимать ключевое отличие. Маленький ребенок только учится говорить, запоминать, сохранять внимание, у него нет сформированного навыка. Взрослый человек, наоборот, его имел, но утратил. Поэтому у него идет процесс восстановления нарушенной функции. И это требует иных методов работы.

Однако мы используем тот же стимулирующий материал, что и при занятиях с маленькими детьми:



кубики, простые сюжетные картинки, детские рассказы, но методы работы с материалом иные. Ребенка надо научить, а у больного, перенесшего инсульт, - надо восстановить утраченное.

- Что можно рекомендовать больному после выписки из отделения?

- Безусловно, если велась работа в отделении, желательно продолжить ее дома. Родственники могут многое выполнять сами, поэтому мы здесь стремимся обучить их, даем все рекомендации. Можно приглашать домой специалистов, если есть такая возможность.

Важно помнить: **пациентам очень важен социальный контакт.** Бывают случаи, когда пациент находится дома в изоляции, родственники звонят и приходят редко. Даже если человек вам говорит: «Я не хочу ни с кем общаться», - его надо обязательно вовлекать в социальную активность. Создайте условия, чтобы к нему ходили гости, друзья, чтобы он разговаривал по телефону и понимал, что в нем кто-то заинтересован. Ситуацию нужности можно поддерживать отчасти специально, например, приходите за советом, спрашивать даже элементарные вещи. Это у больного поднимает самооценку и поддерживает желание жить. Важно вовлекать его в бытовые виды деятельности: просить сложить вещи в шкафу, протереть пыль, полить цветы. Надо обязательно давать задания по дому, включать человека в обычную бытовую жизнь, выводить на мероприятия - в кино, театры, на прогулки.

На самом деле много людей с ограниченными возможностями ведут полноценный образ жизни. Помните, что состояние после инсульта - не конец жизни, а просто иной ее вариант. ☺



Роль родителей на приеме у детского стоматолога

Вполне нормально, что, приводя ребенка к стоматологу, взрослый испытывает волнение, переживает о том, как всё пройдет. А если у ребенка боль, то страдает вместе с ним и хочет поскорее изменить ситуацию, облегчить страдания малыша.

Ошибочно преувеличивать серьезность ситуации и нагнетать обстановку. Так можно заранее напугать ребенка и он будет напряженным еще до самого приема. Но и недооценивать ситуацию также не стоит: иначе ребенок не осознает важности и необходимости лечения.

Сделайте всё возможное, чтобы ваше беспокойство не передавалось ребенку, **ведите себя естественно и непринужденно**, никогда не вспоминайте при ребенке личный неудачный опыт у стоматолога. Это позволит ему быть спокойным и свободным. А со спокойным ребенком врачу всегда легче найти контакт. Если ребенок свободен эмоционально, он быстрее расскажет о своих страхах или других чувствах. Ведь именно переживания могут препятствовать лечению, и тогда врач, зная об этом, будет выбирать соответствующую тактику работы.

Проблема с зубами ребенка - это общая проблема родителей, ребенка и врача. И у каждого из участников этого процесса свои задачи. Но лечение состоится и пройдет нормально при объединении усилий. Поэтому **постарайтесь сообщить врачу всю необходимую информацию не только о здоровье, но и о характере ребенка:** что он любит, чем занимается, о чем мечтает, как обычно с ним договариваются дома.

Часто, когда ребенок сопротивляется лечению, родителям очень хочется помочь врачу. Но если видно, что действия родителей не помогают, дайте возможность врачу самому найти контакт с ребенком. Возьмите на себя роль наблюдателя.

Будьте готовы к тому, что врач, обсудив с вами дальнейший план лече-

ния, попросит оставить его с ребенком наедине. Отнеситесь к этому с пониманием. Тем более, что это довольно эффективный способ преодоления проблем в поведении ребенка.

Многие родители хотят, чтобы их ребенок производил на окружающих исключительно благоприятное впечатление. И начинают его «воспитывать», если тот, по их мнению, делает что-то не так. Как считают врачи, такое отношение к ребенку в кабинете может негативно повлиять на его поведение во время лечения. Поймите: ребенок настолько взволнован, что вряд ли обратит внимание на ваши воспитательные тирады.

Прежде чем одергивать ребенка в кабинете, спросите у врача, делает ли тот что-то непозволительное. Не запугивайте и не угрожайте ребенку для того, чтобы он прекратил сопротивление врачу. Даже если от этого и есть эффект, то он кратковременный. Ребенок быстро начинает вести себя прежним образом и продолжает бояться врача.

Попытайтесь понять, что сейчас думает и чувствует ребенок. Как с его стороны выглядит эта ситуация. Помогите ему во время лечения понять, что он ощущает, откуда идут незнакомые звуки, что он может чувствовать.

Сравнение ребенка с другими детьми обычно не приносит желательных результатов. **Если сравнивать ребенка с кем-либо, он почувствует, что его не любят таким, какой он есть. Поэтому сравнения допустимы только с ним самим.** Например: «Когда ты был младше, тебе очень нравилось лечить зубки».

Важен индивидуальный подход к каждому ребенку. Основная задача -



Ирина Владимировна ДЕМКИНА,
заведующая
стоматологическим
отделением, врач-
стоматолог, высшая
квалификационная
категория,
КГБУЗ «Детская
поликлиника №9,
г.Барнаул»



◀ чтобы он имел как можно больше здоровых зубов и правильно сформированный прикус, а не в том, чтобы он в данный момент сел на кресло и открыл рот.

Значит, в первую очередь, **должно быть завоевано доверие ребенка как основа стабильного положительного взаимодействия.**

Доверие - залог успешного лечения!

Пусть ребенок познакомится с врачом, медицинской сестрой, обстановкой кабинета. Узнает принцип работы различных инструментов. Сам пробует ими управлять.

Самое главное - сохранить позитивное воспоминание о докторе и лечении. Даже если не удалось всё, что планировалось, уходить от доктора ребенок должен в хорошем настроении, а не с чувством вины и ощущением, что он плохой.

Бывает и так, что зуб болит или разрушен настолько значительно, что нет времени ждать, пока ребенок привыкнет к обстановке лечения и врачу. Но если есть время на адаптацию (например, наложить под временную пломбу обезболивающий препарат), то этот шанс лучше использовать.

Может возникнуть и такая ситуация: одному врачу ребенок позволит лечить зубы, а другому - нет. Значит, для него важно постоянство, значит, дело в отношениях, а не в страхе.

Прежде чем делать какие-либо выводы о неправильном поведении ребенка на лечении у врача-стоматолога, **подумайте, что сегодня изменилось:** может быть, новая клиника, прием у другого врача или новый ассистент, неподходящее время или в прошлый раз ребенок был с папой, а сегодня на приеме без него.

Поощряйте ребенка к рассказу вам о его чувствах. Говорите ему о том, что его переживания нормальны, рассказывайте о своих чувствах и вашем сожалении о причиненной ему боли (физической и душевной). Будьте готовы вообще не говорить. Может, достаточно просто быть с ребенком. Не задавайте вопросов о деталях лечения. Но если ребенок говорит об этом, - слушайте его.

Для успешного лечения можно обратиться за помощью к психологу.



Детский психолог поможет наладить контакт, объяснит родителям, как помочь ребенку, усилит мотивацию ребенка к лечению и поможет справиться со страхом. В результате успешной психологической работы ребенок меняет свое отношение к лечению и стоматологам, что в дальнейшем способствует формированию доверительных отношений с доктором и успешному лечению.

Можно использовать премедикацию, назначая пациенту за 20-30 минут до стоматологического лечения специальные препараты, которые обладают успокаивающим действием, чтобы снять психоэмоциональное напряжение. Выбор препаратов для проведения премедикации в каждом случае индивидуален.

Общее обезболивание - искусственно вызванное состояние, характеризующееся обратимой утратой сознания, болевой чувствительности, подавлением некоторых рефлексов, расслаблением скелетных мышц. К общему обезболиванию прибегают крайне редко и по особым показаниям. С помощью общего обезболивания мы лишь откладываем решение проблемы.

Ребенок не приобретает новой позитивной позиции по отношению к лечению. Ни один из этих методов не является панацеей, у каждого есть свои достоинства и недостатки, и в каждом отдельном случае метод подбирается индивидуально. Возможно сочетание, а также последовательное их применение, но и не стоит забывать, что главное в успешном лечении - доверие. ☺

Врачи говорят, что до двух лет негативная реакция у ребенка - нормальная и обусловлена физиологически; от 3 до 6 лет - встречается довольно часто; после 7 лет ребенок начинает контролировать свои эмоции. Если реакция ребенка на лечение у стоматолога истерическая, то, вероятно, так он чаще всего получает желаемое.

Если же такая реакция впервые, возможно, что ребенок действительно испугался.



ОБРАЩЕНИЕ

участников краевой конференции

«У матерей святая должность в мире...»,

посвященной Дню матери в России, ко всем женщинам Алтая и России

Дорогие женщины! Матери, сестры, подруги!

Накануне светлого и святого праздника - Дня матери в России мы, участницы краевой конференции, активистки женского движения Алтая, обращаемся ко всем женщинам нашего края, России с чувствами осознанной тревоги и большой ответственности за судьбы мира на нашей родной земле, в каждом доме и семье.

Во все времена женщина-мать ассоциировалась с миром, стабильностью, являлась хранительницей семейного очага, опорой для детей, гаванью, куда возвращаются с любовью. Но сегодня угрозы миру на планете во многих странах встали во весь рост, а санкции, информационная война, террористические акты могут подорвать стабильность нашего общества и государства и наших семей. В таких реалиях мы, являясь по сути своей наследницами старших поколений женщин страны, внесших немалый вклад в Великую Победу над фашизмом, отчетливо осознаем, какие бедствия приносят войны и конфронтации, террор и конфликты, в первую очередь, для наших семей и детей. И потому в год 70-летия Великой Победы мы должны стать единой семьей ради мира на нашей земле. Нам предстоит укреплять свой гражданский иммунитет, быть ответственными и мудрыми, не разжигать межнациональных конфликтов, пресекать на корню любые проявления экстремизма, не позволить расшатать наш общий дом и каждую семью, не допустить их разрушения.

Накануне Дня матери в России мы обращаемся ко всем женщинам, ко всем матерям Алтая, нашей страны с призывом объединиться для решения самой главной задачи: укрепления своих семей, сохранения семейных ценностей, воспитания наших детей в любви к родителям, родному дому, в духе патриотизма и ответственности за судьбу России. Своей активной жизненной позицией, неравнодушным отношением ко всему рядом происходящему мы способны развернуть сильное противодействие проявлениям социального нездоровья в семье, обществе, вести постоянную работу по профилактике распада семей, преодолеть социальное сиротство, сберечь детей. Успехов в нашем общем деле мы непременно достигнем, если любовь к родной земле, своей семье помножим на достойный самоотверженный труд!

И пусть сменяются времена, идет новый век, но главные человеческие ценности: любовь, крепкая семья, надежный дом, здоровье детей, а главное - мир на Земле стали для всех нас еще желаннее и дороже.

Давайте, дорогие подруги, сплотимся в одну светлую рать во имя сохранения самой Жизни на всей Земле!

25 ноября 2015 года, г. Барнаул

29 ноября
2015 года

День матери



Фоторепортаж с краевой конференции "У матерей святая должность в мире...", посвященной Дню матери в России, 25 ноября 2015 года