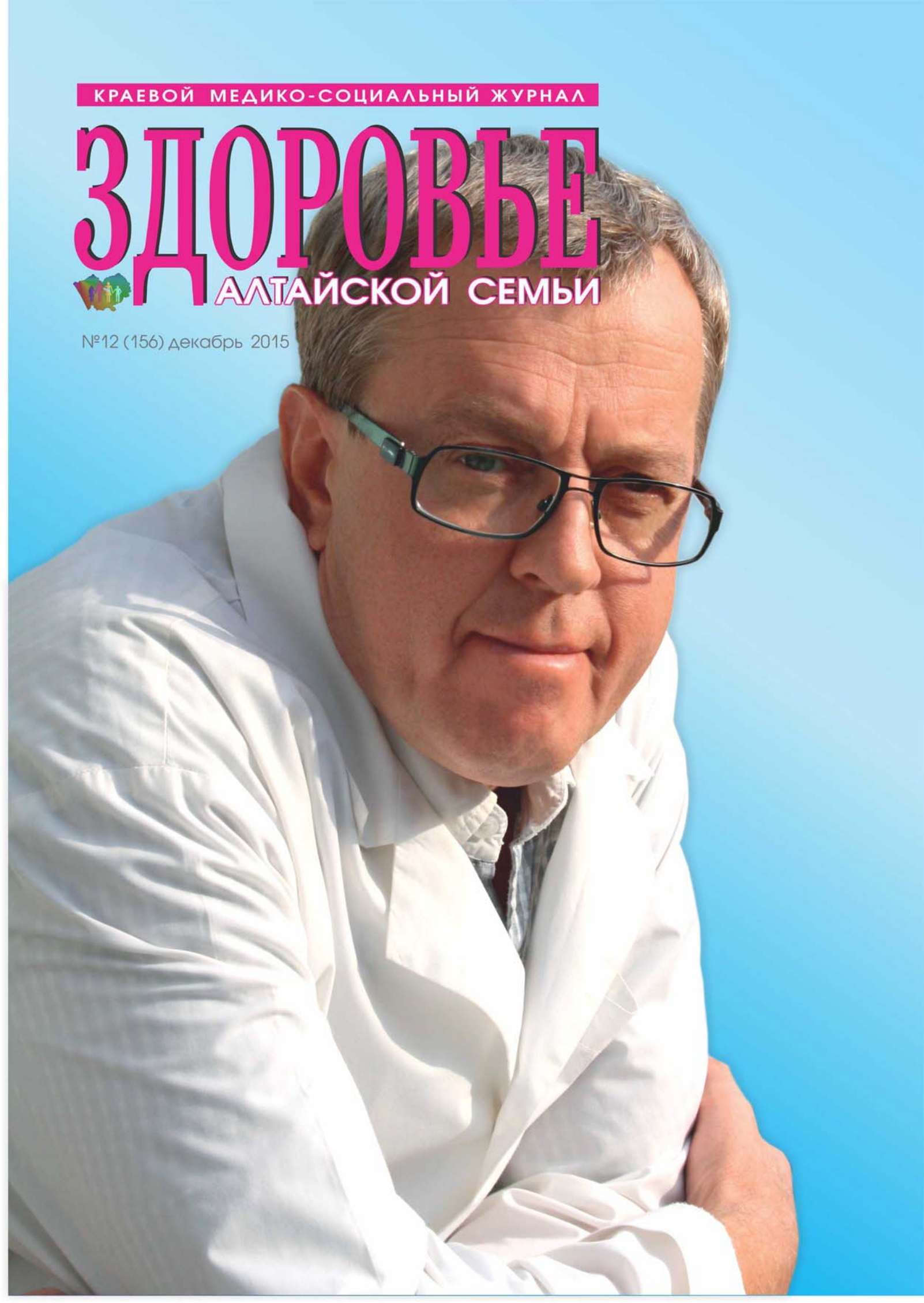


КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№12 (156) декабрь 2015



Ещё раз о здоровье и доверии врачу!..

Поблагодарив родителей за заложенный при рождении потенциал, говоря о здоровье, мы невольно подразумеваем и сделанное для нашего здоровья медиками.

Врач, медицинский работник в современном обществе не только встречает человека в момент его рождения и сопровождает практически всю его жизнь. Сегодня, еще на этапе вынашивания малыша, буквально с первых дней зарождения новой жизни ее "опекают" медики. И ни у кого это уже не вызывает удивления.

Вообще, невероятно сложная и ответственная профессия медика в обществе воспринимается, на мой взгляд, уж очень утилитарно, упрощенно. А требования ко всей системе здравоохранения в целом и к медицинским работникам в частности всё более возрастает.

Государство, вкладывая средства в систему здравоохранения, по праву ожидает адекватной отдачи - в виде "удовлетворенности населения качеством и объемом медицинской помощи". Работа по формированию такой независимой оценки качества работы государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения, проводится в стране и также в нашем крае. Хотя механизмы контроля, в том числе и изучение общественного мнения именно в этой сфере деятельности, представляются мне пока далекими от объективности, но смысл в этом определенно есть. И некоторые управленческие решения по улучшению организации работы в конкретном учреждении, безусловно, могут приниматься на основе таких исследований. В большей части эти изменения могли бы касаться таких вопросов, как комфортность условий, режим работы, полнота и качество информации о лечебном учреждении, качество питания в стационаре или удовлетворенность объяснением назначенного лечения и процедур.

Причем, в такой работе акцент только на участие общественных структур (а он присутствует) делать нецелесообразно. В такой экспертизе, на мой взгляд, должны участвовать и профессиональные сообщества медиков, и органы местного самоуправления (реализация и их полномочий в сфере охраны здоровья тоже должна контролироваться и оцениваться).

При всей важности условий оказания помощи: просторности, комфортности помещений, оценки качества питания и т. д. - главным остается всё же качество самой медицинской помощи, именно качество. Это отмечают и респонденты ОНФ в рамках независимого мониторинга "Народная экспертиза": 65% опрошенных связывают качество с квалификацией и профессионализмом врача. И резонно возникает вопрос: а кто и как будет оценивать качество именно по этим критериям?

Убеждена, что только само профессиональное медицинское сообщество обязано и сможет выполнять эту функцию. Именно поэтому продолжаю горячо поддерживать не только создание, но и расширение функций Медицинской палаты Алтайского края (интегрированной в республиканскую структуру).

Членство в такой профессиональной организации, по моему мнению, - это определенный знак: "Я готов постоянно совершенствоваться в профессии, готов к объективной оценке моей деятельности коллегами!".

И такое членство - это не простая формальность. Потому что именно профессионалы, неформально подходя к анализу каждого сложного случая, адекватности лечения пациента, или (что тоже, к сожалению, бывает) смерти, не только принимают решение о степени ответственности врача, медицинского работника в том или ином случае, но и выработывают рекомендации, исключающие повторение ошибок. Профессионалы должны решать и вопросы, связанные с повышением квалификации специалистов, их аттестацией.

Профессиональное сообщество принимает решение о юридической защите своих членов. И именно профессионалы имеют право даже на такой суровый "приговор" для коллеги: "Вы ошиблись с выбором профессии!". И такой рекомендации члену профессиональной Медицинской палаты необходимо будет подчиниться.

Зрелое профессиональное медицинское сообщество никогда не будет действовать по принципу "ворон ворону...". Опыт работы таких структур по всему миру, и не только среди профессионалов медиков, но и других профессий, это доказал.

Большинство медицинских работников - это честные, профессионально квалифицированные люди, работающие не за страх, а за совесть. Взаимоотношения врача и пациента являются важной составляющей лечебного процесса. От того, насколько пациент доверяет врачу, следует его советам, в значительной мере зависят эффективность лечения и его отдаленные результаты.

Профессиональное сообщество края в число своих главных приоритетов отнесло вопросы этики медицинских работников, разрешение этических проблем в лечебно-профилактических учреждениях края. И такое внимание к проблеме понятно.

Но, к сожалению, в обществе исподволь формируется устойчивое неуважение к профессии медицинского работника, прежде всего, через неадекватное освещение в СМИ - с явно тенденциозной оценкой деятельности медицинских работников при возникновении практически любых конфликтных ситуаций. Недостаточное внимание к этой проблеме приводит к трагедиям. Профессия медика на фоне такого неспадającego конфликта стала просто опасной: общество буквально потряс целый ряд убийств медицинских работников в различных регионах России в этом году. Убийств якобы из мести, а то и некой "обиды"!!!!

Мы не раз говорили о том, что перед профессиональным сообществом, перед обществом в целом стоит задача: вернуть массовое доверие к врачам во имя здоровья населения страны. А это возможно не только при условии повышения эффективности работы лечебно-профилактических учреждений. Нужна дополнительная работа по формулированию и разъяснению ответственности граждан за состояние своего индивидуального здоровья.

Здоровья вам и мира в новом 2016 году!



Дорогой жизни и любви...



12

Игра на опережение



17

Меняем фигуру - и образ жизни



34

Зимние забавы



47

Дети, на лыжню!

На обложке: Анатолий Васильевич БОНДАРЕНКО, заведующий Краевым центром тяжелой сочетанной травмы.
Фото: Лариса Юрченко

Профессиональная этика - приоритет работы Медицинской палаты Алтайского края 2

Чтобы рождение дарило только радость!.. 3-4

ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА

Дорогой жизни и любви... 4-6

Каждый делает свое дело грамотно 7-9

ДВИЖЕНИЕ - ЖИЗНЬ

После инсульта без ЛФК не обойтись 10-11

Игра на опережение 12-13

ДВИЖЕНИЕ - ЖИЗНЬ

Как избавиться от вредных привычек с помощью спорта 14-15

Кнопка для подтягивания живота 16

Меняем фигуру - и образ жизни 17-19

ШКОЛА РЕАБИЛИТАЦИИ ДЦП

Д.В. Паршин.

Подходы к лечению ДЦП 20-21

ДВИЖЕНИЕ - ЖИЗНЬ

АГМУ укрепляет спортивную базу 22

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

Н.И. Плешкова.

О безопасности в операционном блоке 23-24

С.В. Корягина.

Послеоперационная реабилитация пациентов, перенесших аортокоронарное шунтирование 25-26

ДВИЖЕНИЕ - ЖИЗНЬ

К нам приходят новые праздники 27

И.Г. Полещук. Немедикаментозные методы лечения

больных со слабостью мышц тазового дна 28-29

Война с усталостью без таблеток 30-31

Занятия йогой снижают аппетит 32

Тяни резину! 33

Зимние забавы 34-36

Гимнастика для лыжника 37

Плие 38-39

Такая знакомая всем игра - волейбол 40-42

Осторожно, гололед! 43-44

ДВИЖЕНИЕ - ЖИЗНЬ

Основной комплекс упражнений для развития интеллекта 45-46

Дети, на лыжню! 47

Приоритет любви, заботы, готовности прийти на помощь 48



Профессиональная этика - приоритет работы Медицинской палаты Алтайского края

12 ноября т.г. прошло расширенное заседание Совета палаты Общественной организации «Медицинская палата Алтайского края».

Особое внимание на заседании было уделено вопросу этики врача и актуальным этическим проблемам медицинских организаций.

В рамках обсуждения содокладов по данному вопросу члена Совета МедПАК Т.А. Толстихиной, начальника отдела по работе с обращениями граждан и контролю качества медицинской помощи Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности Т.А. Батрак и Президента МедПАК Я.Н. Шойхета было высказано много предложений, касающихся нормализации морально-этического климата в лечебных коллективах, развитию шефства-наставничества, профессиональной ориентации и подготовки специалистов-медиков в вузе и медицинском колледже.

Совет Медицинской палаты края решил считать одним из приоритетных направлений в работе медицинских организаций соблюдение этических норм и правил, принятых профессиональным сообществом, и обратил к медицинскому сообществу края:



*Сердечно поздравляем
с 75-летием
многоуважаемого
Якова Наумовича ШОЙХЕТА,
члена-корреспондента РАЧ,
ученого, хранителя традиций
классической медицины,
идущих от своих учителей!*

Яков Наумович всей своей жизнью доказал верность изначально выбранной профессии. Качества, которые отмечают его коллеги и пациенты, столь разнообразны. Это - невероятная житейская мудрость, потрясающие ум и талант, энергия, глубочайшие знания и человеческое неравнодушие, которые направлены на поддержание здоровья подрастающего поколения края (марафон «Поддержим ребенка»), обучение студентов и на помощь людям, потерявшим здоровье. Своими энциклопедическими глубокими знаниями он делится на занятиях со студентами, коллегами, учит пациентов ответственно относиться к своему здоровью.

Мы знаем Якова Наумовича как очень человеческого, неравнодушного, хорошо организованного, успевающего много сделать человека. И замечательно, что у него еще есть неосуществленные мечты и большие планы.

**Здоровья Вам,
уважаемый Яков Наумович, творческого
долголетия и надежных попутчиков!**

Уважаемые коллеги!

Сегодня Алтайский край в сфере организации медицинской помощи по многим позициям находится в лидерах здравоохранения России. За десятилетие в отрасли произошло не просто наращивание материально-технической базы, сформирована новая идеология, во главе которой находятся: качество, доступность, социальная ответственность.

Высокая планка организации регионального здравоохранения должна являться стимулом для улучшения работы в каждом отдельно взятом лечебном учреждении.

Однако, несмотря на усилия власти и очевидные положительные достижения, население края нередко высказывает недовольство качеством оказания медицинской помощи. Аналитика показывает, что зачастую проблемы лежат в плоскости межличностных взаимоотношений медицинский работник - пациент, в несоблюдении специалистами норм медицинской этики и деонтологии.

Так, по данным Управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности, в 2015 году (по сравнению с 2014г.), количество жалоб на действия медицинских работников выросло на 1,5%. Настораживает тенденция увеличения числа обоснованных жалоб, факты грубости, невнимательности и панибратства медицинского персонала в отдельных организациях.

Медицинская палата Алтайского края, Управление по здравоохранению намерены не только пресекать локальные ситуации нарушения этического Кодекса, но и системно решать ставшую актуальной в последнее время проблему.

Первым шагом в данном направлении стало **принятое Советом Палаты и поддержанное Управлением решение о создании во всех медицинских организациях комиссий по этике.** Приоритетным направлением деятельности комиссий станет: пропаганда норм медицинской этики и деонтологии среди медицинских работников и пациентов; создание благоприятного психологического микроклимата в коллективах; превентивная работа по разрешению конфликтов.

Медицинская палата также намерена настаивать на том, что нравственные принципы, основанные на соблюдении медицинской этики и деонтологии, должны являться качественным критерием оценки профессиональной деятельности специалиста в рамках эффективного контракта.

Во все времена, при любой социально экономической ситуации профессия медика неразрывно связана с такими понятиями, как милосердие, сострадание, гуманизм. Спасение жизни и здоровья человека - нелегкий ежедневный труд, но это и предназначение нашей профессии, которому должен соответствовать каждый, кто ее выбрал.

**По поручению Совета палаты,
Президент ОО «МедПАК» Я.Н. Шойхет**





Чтобы рождение дарило только радость!..

Рождение ребенка - это огромное счастье. Однако испытать подобное чувство в полной мере возможно лишь при условии рождения здорового малыша.

В Алтайском крае постепенно растет рождаемость, увеличивается количество многоплодных беременностей, всё больше женщин решаются рожать после 35 лет. Поэтому в череде комплексных мероприятий, направленных на улучшение демографической ситуации, особое место занимает пренатальная диагностика.

Многие путают «пренатальную» и «перинатальную» диагностики. Период с момента наступления беременности до родов, включая первые семь суток после родов, носит название **перинатального**. Перинатальная технология - это полный цикл ведения беременности, а **пренатальная** диагностика - одно из важнейших звеньев этой цепочки.

Чем раньше медики и родители узнают, как развивается малыш, тем грамотнее будут приняты решения по ведению беременности и лечению ребенка. **Пренатальный скрининг является одним из самых действенных методов профилактики наследственных и врожденных патологий**, позволяя на раннем сроке беременности обнаружить у плода синдромы Дауна, Эдвардса, Патау и т.д.

Краевой центр дородовой (пренатальной) диагностики расположен на базе Диагностического центра Алтайского края и за несколько лет работы доказал свою эффективность.

Для обеспечения максимальной достоверности результата скрининговый осмотр проводится женщинам дважды в течение беременности: в сроки 11-13 и в 18-21 неделю. Кстати, *ни в каком другом регионе, кроме Алтайского края, женщины дважды не проходят столь комплексное обследование.*

- Это было принципиальное решение лично губернатора Александра Богдановича Карлина на этапе открытия Пренатального центра, и именно эта схема позволяет применять в работе современные стандарты дородовой диагностики, - рассказывает заведующая подразделением **Оксана ЧЕКРИЙ**.

Первое комплексное обследование включает обязательное проведение экспертного УЗИ, биохимический анализ на аппаратах, имеющих допуск



к расчету хромосомного риска. В эти сроки могут быть диагностированы выраженные пороки развития, которые несовместимы с жизнью или приводят к тяжелой инвалидизации. Только с 11 по 13 неделю можно выявить ультразвуковые маркеры (признаки) хромосомной патологии.

Второй этап проводится, когда плод достигает массы 400-500 граммов и длины 22-27 сантиметров. При таких размерах ультразвуковое исследование позволяет детально рассмотреть все анатомические структуры плода, выявить большинство пороков развития, которые требуют хирургической коррекции или приводят к ухудшению качества жизни ребенка. На этом этапе **проводятся исследование маркеров (признаков) болезни Дауна и других хромосомных болезней, а также экспертная оценка структур сердца плода.** При обнаружении серьезной патологии, пока срок небольшой, женщине легче принять решение по дальнейшему сохранению или прерыванию беременности. С семьей в этот период работает психолог Центра.

- Благодаря высоким технологиям рождение ребенка с патологией не должно стать сюрпризом ни для медиков, ни для родителей - в этом смысл пренатальной диагностики, - убеждена Оксана Чекрий.

В 2015 году выявлено 512 врожденных пороков развития (в 2014 году этот показатель составил 493). Благодаря работе Центра снижаются показатели гибели плода во время беременности от врожденных пороков: в 2014 году было зарегистрировано семь таких случаев, а 2015 году - только один.

Медики констатируют: лидерами печального списка внутриутробных пороков являются заболевания сердца и сосудов. Поэтому Крае-



вым центром дородовой диагностики налажен алгоритм взаимодействия с ФГБУЗ «Новосибирский научно-исследовательский институт патологии кровообращения им. Мешалкина». В 2014 году в федеральном медицинском центре успешно прооперирован 21 младенец из Алтайского края, в 2015 году - уже 42 малыша.

Вскоре и в самом Пренатальном центре будут выполняться уникальные внутритробные операции: заменное переливание крови плоду, лечение многоводия, маловодия, кистозных образований и т.д. Сейчас специалисты проходят стажировки в ведущих клиниках страны.

Для того чтобы максимально приблизить дородовой скрининг к беременным женщинам, проживающим в разных районах Алтайского края, было принято решение централизовать все этапы пренатальной диагностики. Краевой пренатальный центр открыл филиалы - в городах Бийске, Рубцовске. На базе городских больниц оборудованы кабинеты УЗИ, прием ведут врачи-генетики. По сложным и спорным случаям проводятся телеконсультации с ведущими специалистами краевого Диагностического центра.

Свободное программное обеспечение, облачные технологии, на которых построена информатизация в Диагностическом центре Алтайского края, позволяют обеспечить работу Пренатального центра современными информационными технологиями. Сегодня практически все женские консультации работают с Пренатальным центром по принципу «удаленной регистратуры». Это позволяет упорядочить очередность, сократить время ожидания приема, сделать пребывание пациенток в Центре более комфортным.

Подобный алгоритм работы позволил охватить гарантированной дородовой диагностикой практически 80% беременных жительниц края, способствуя более эффективной работе всей системы родовспоможения региона. ☺

КОНТАКТНЫЕ ТЕЛЕФОНЫ

КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края»:
(3852) 24-32-90 - справочная,
(3852) 250-400 - единый номер регистратуры.

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

На правах рекламы

Дорогой

Более 30 лет тому назад на далекой, как казалось в те годы, окраине города Барнаула было начато строительство нового родильного дома. Объект нужный и жизненно важный.

У региональной столицы всегда были перспективы для роста!

Первым главным врачом строящегося барнаульского родильного дома №5 была **Любовь Михайловна СОТНИКОВА**. Позже она стала заведующей женской консультацией учреждения, где проработала 25 лет, воспитав целую плеяду молодых врачей и акушерок. Эта женская консультация была одной из лучших в крае, а Любовь Михайловна по достоинству награждена званием заслуженного врача России.



Завершила стройку и открывала родильный дом **Римма Ивановна АБАКУМОВА**. 29 декабря 1990 года в должности



главного врача она официально приняла ключи от нового здания. Стройка с нуля в эпоху глобальных перемен... Римма Ивановна выстояла, выдержала, сформировала молодой работоспособный перспективный коллектив.

Главная заслуга в становлении нового родильного дома в статусе Перинатального центра принадлежит **Галине Никифоровне ПЕРФИЛЬЕВОЙ**. В начале 90-х, когда многое в стране рушилось, она не побоялась стать настоящим создателем и новатором. В те годы была успешно внедрена система многоуровневой акушерско-гинекологической помощи, вершиной которой и стал Перинатальный центр. Модель-схема структуры работы перинатальной службы (ЦРБ - межрайонный перинатальный центр - Перинатальный центр) была знакома и понятна каждому акушеру-гинекологу края, в то время как вся страна заговорила об этом только в следующем тысячелетии.





ЖИЗНИ И ЛЮБВИ...

С 1991 по 2003 годы самым долгим руководителем учреждения была **Нина Васильевна ЕВТУШЕНКО** - высококвалифицированный врач акушер-гинеколог. Она стала настоящим другом и соратником для Галины Никифоровны, а для молодого коллектива



- строгим, требовательным, но справедливым наставником и руководителем. Верными и надежными соратниками руководителя были начмеды **Галина Александровна ГУБАРЕВА, Татьяна Валентиновна НЕМЦЕВА.**

Благодаря совместной работе Г.Н. Перфильевой и Н.В. Евтушенко была реализована задача по созданию модели перинатальной помощи на основе передовых технологий, в том числе телемедицинских, с учетом географической и экономической характеристик региона. У истоков развития телемедицинских технологий также стояли **Инна Владимировна ШАЛАМОВА** и **Ирина Владимировна ДОЦЕНКО**, в то время работавшие заведующими отделением ультразвуковой диагностики и Консультативно-диагностическим отделением (КДО).

Система постоянно развивалась и модернизировалась и на сегодня переросла в успешно функционирующую электронную программу - «*Регистр беременных края*». С 2012 года эта программа введена в КДО. Вся территория Алтайского края разделена на семь медико-географических округов (в соответствии с приказом ГУ от 31.07.2013 №579). За каждым округом закреплён конкретный консультант-акушер-гинеколог, который с помощью программного обеспечения «Электронный регистр беременных», независимо от степени риска, выставленной врачом женской консультации, самостоятельно трижды за бере-

менность (до 14, до 21 и до 34-36 недель) переоценивает степень риска. При наличии показаний проводит очную или дистанционную (в режиме онлайн) консультацию и для каждой беременной составляет индивидуальный план ведения, осуществляя мониторинг за течением и исходом беременности. Данные мониторинга позволяют своевременно определить уровень учреждения, в котором будет проходить родоразрешение. Все годы Перинатальный центр специализируется на оказании высокотехнологичной и высокоспециализированной медицинской помощи. Принципы технологичности и средоточия опытных специалистов как никогда актуальны при преждевременных родах: их профилактике, диагностике, лечении, родоразрешении и совершенствовании первичной реанимационной помощи и реабилитации недоношенных детей. На сегодняшний день 60% ранних, преждевременных родов проходит в краевом Перинатальном центре: ведь именно здесь созданы самые оптимальные условия для помощи матери и ребенку.



В ряду современных технологий ведения родов: эпидуральная анальгезия, интранатальный токолиз, непрерывный КТГ-мониторинг, милкинг пуповины, первичная реанимационная помощь новорожденным, а в случае оперативного родоразрешения - извлечение плода в целом плодном пузыре. Благодаря применению кровесберегающих технологий динамика объемов трансфузионных сред была снижена (с 2000 по 2015 годы) почти в 5 раз. Для новорожденных функционирует отделение детской реанимации и интенсивной терапии, оснащенное 18 койками.

После проведенного капитального ремонта по программе модернизации в 2012 году открыто новое отделение - патологии новорождённых и выхаживания недоношенных детей на 12 коек, а в 2014г. - на 16 коек. Его задачей является оказание высококвалифицированной неонатологической помощи новорождённым и недоношенным детям, родившимся в Перинатальном центре, продолжение терапевтических и проведение ранних реабилитационных ме-



Краевому перинатальному центру - 25 лет!

роприятий. В отделении имеются палаты интенсивной терапии и палаты совместного пребывания матери и ребенка. Работа отделения направлена на активное участие семьи в выхаживании новорожденных детей.



Одно из последних достижений Перинатального центра - это появление на свет жизнеспособного младенца с массой 495 граммов! К трем месяцам девочка Полина увеличила свой вес почти в 5 раз.

Если же говорить о достижениях в целом, то за время работы Перинатального центра и благодаря многоуровневой системе оказания медицинской помощи материнскую смертность удалось снизить почти в 8 раз, перинатальную и младенческую смертность - в 2 раза. Снижение показателей - это общая задача, которую решают акушеры-гинекологи и неонатологи.

Организационно-методический отдел КГБУЗ «Перинатальный центр (клинический) Алтайского края» сегодня, как и прежде, является связующим звеном в единое информационное пространство краевые учреждения здравоохранения всех трёх уровней. Сюда поступает информация из учреждений, обрабатывается и анализируется, а затем направляется в Главное управление. ОМО возглавляет заместитель главного врача по ОМР **Татьяна Андреевна СКОРОХОВА** - грамотный организатор здравоохранения, отличный хирург, выручающий многих коллег в трудной акушерской ситуации.

В недалеком будущем планируется открытие нового Перинатального центра. Его строительство ведется в территориальной близости с КГБУЗ «Краевая клиническая больница», что позволит использовать ресурс этого многопрофильного учреждения для повышения доступности и качества медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам. Учреждение будущего - единый механизм, в котором борьба за жизнь и здоровье матери и ребенка ведется на всех этапах: от проблем сохранения и восстановления репродуктивной функции женщины до выхаживания и лечения новорожденных.

Поэтому планируемый краевой перинатальный центр будет оказывать все виды высокотехнологичной и дорогостоящей медицинской помощи в области акушерства, гинекологии, неонатологии.

Ольга Васильевна РЕМНЕВА, заместитель главного врача по лечебной работе, поликлиники внесла большой вклад во внедрение регистра беременных в крае. С 2011 по 2013 год с командой единомышленников побывала почти во всех районах края и обучила районных акушеров-гинекологов работе в этой программе.

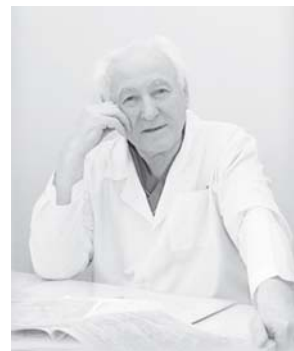
Владимир Анатольевич БОРОВКОВ, заместитель главного врача по лечебной работе стационара, и **Татьяна Николаевна ЧУГУНОВА**, заместитель главного врача по неонатологии, - ветераны Перинатального центра.



Новое подразделение в структуре перинатального центра - дистанционный консультативный центр. Его работа требует большого опыта и знаний, поэтому возглавила его **Татьяна Викторовна ТАРАСОВА**, которая много лет отдала работе в родовом отделении.

По-настоящему легендарными сотрудниками Перинатального центра за годы

работы этого учреждения стали заведующий послеродовым отделением **Василий Максимович РЕМНЕВ** и старшая акушерка отделения **Светлана Петровна СНЕГИРЕВА**, заведующая отделения физиологии новорожденных **Светлана Николаевна ДУПЛИК** и старшая медицинская сестра отделения **Валентина Петровна ЩЕГЛОВА**. И коллеги, и пациенты с благодарностью вспоминают **Галину Ивановну ВОЙТЕНКО**: ее улыбающиеся глаза помнит каждый, кто хоть раз в них заглянул. К сожалению, ее уже с нами нет, но светлая память о ней живет в наших сердцах.



Главными врачами Центра были **Владимир Михайлович АФАНАСЬЕВ** (2004г.) и **Юрий Николаевич ДРАНЫЙ** (2005г.). **Сергей Иванович ТРИБУНСКИЙ**, руководивший учреждением с 2006 по 2010 годы, внес большой вклад в развитие технического оснащения Перинатального центра.

С начала 2010 года должность главного врача занимает **Елена Германовна ЕРШОВА**. Ее трудовой путь совпал с историей учреждения, куда она пришла сразу после окончания института. За 25 лет проработала в разных отделениях: от врача женской консультации до руководителя, и теперь по праву считается ветераном Перинатального центра. ☺



Каждый делает свое дело грамотно

Необходимость образования отделения тяжелой сочетанной травмы (ОТСТ) в КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи» была продиктована временем и отчасти развитием цивилизации и ростом благополучия общества. И на базе барнаульской городской больницы №1, главное предназначение которой было и есть профессиональное оказание экстренной медицинской помощи, в 2000 году было открыто это отделение. По такому пути, надо отметить, пошли многие города, и каждая больница пыталась сделать работу отделений максимально эффективной.



По словам главного врача ККБСМП **Владислава Аркадьевича БОМБИЗО**, им удалось найти и выработать особый подход к оказанию помощи, соблюсти принципы быстрой и максимально эффективной работы:

- Тогда (в период становления отделения - прим. ред.) мы ознакомились с опытом наших коллег в других регионах. Но пошли по своему пути, исходя из наших потребностей и реальных условий работы. И результаты работы доказывают нашу правоту. Алгоритм работы ОТСТ «родился» в этой больнице, он имеет специфическую форму и применяется только в Алтайском крае. У нас, например, не прописаны строго рекомендации по времени приема и работы с пациентом. Но каждый врач знает: если не поставил диагноз вовремя, можно впоследствии получить серьезные осложнения - из этого исходим. И наши врачи, которые проработали в больнице 20-30 лет, знают: так надо.

Об отделении ОТСТ мы говорим с его заведующим, руководителем Краевого центра тяжелой сочетанной травмы, доктором ме-

дицинских наук, профессором кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ АГМУ, врачом-травматологом-ортопедом высшей квалификационной категории **А.В. БОНДАРЕНКО**.

- Анатолий Васильевич, в чем особенность ваших пациентов?

- Пострадавшие с тяжелой сочетанной травмой - самая тяжелая и сложная категория больных. Пациенты с политравмой часто доставляются в стационар в крайне тяжелом состоянии, с переломами трубчатых костей, костей таза, с черепно-мозговой травмой, травмами позвоночника, грудной клетки с повреждениями внутренних органов и т.д. Даже одного фрагмента из перечисленного хватает для серьезной врачебной работы, а их - несколько, и по каждому нужно действовать быстро и грамотно.

Четкая организация оказания экстренной специализированной медицинской помощи пострадавшим с тяжелой сочетанной травмой в сочетании с современными высокотехнологичными методами оперативного лечения дает хоро-

ший результат. Анализ работы ОТСТ за первые шесть лет после создания отделения показал снижение летальности в три раза - с 36 до 12%, а уменьшение первичного выхода на инвалидность - в два раза. Внедрение новых высокотехнологичных методов лечения позволило добиться снижения госпитальной летальности от тяжелой сочетанной травмы до 7,9% (по данным за 2014 год).

- Выходит, коллектив отделения каждый день трудится, можно сказать, как на передовой линии фронта?

- Можно и такие параллели провести. Мы оказываем экстренную помощь людям, попавшим в беду, которая приходит всегда неожиданно, то есть человек к ней никогда не готов. Соответственно скорректирован и порядок работы. Если плановая операция может быть отложена, а к ней человека готовят, то в экстренной ситуации мы обязаны действовать иначе. В первую очередь мы должны спасти жизнь чело- ▶



◀ века, вторым этапом сделать всё, чтобы он не стал инвалидом, смог вернуться к полноценной жизни. В больнице проведен анализ каждого этапа работы, и в результате выстроена оптимальная технология помощи больным с тяжелой сочетанной травмой, включающая быструю доставку в операционную, диагностику и проведение интенсивной терапии - в полном объеме на данном этапе, обеспечение ранних сроков оперативного вмешательства, слаженность работы нескольких врачебных бригад, последовательность и преемственность лечебной тактики при переводе больного из одного отделения в другое.

Задачи нашего отделения определены достаточно четко. Это - круглосуточное оказание экстренной специализированной помощи жителям Барнаула и близлежащих районов Алтайского края любого возраста с политравмой; госпитализация ранее лечившихся пациентов для реабилитации и удаления металлоконструкций, а также при возникновении различных нештатных ситуаций в процессе лечения; перевод на лечение пациентов из ЛПУ края, имеющих наиболее сложные и тяжелые политравмы и повреждения опорно-двигательной системы; консультативная и организационно-методическая помощь ЛПУ края по лечению больных с политравмой.

- Получается, что вы отвечаете за помощь всему населению края?

- Настоящий уровень развития медицины определяет следующее: лучше оперирует, лечит тот, кто чаще сталкивается с данной проблемой. Поэтому выделяется хирургия полостная, грудная и т.д. Поступающими в наше отделение ОТСТ больными должны заниматься несколько специалистов, часто - бригады, специалисты которых готовы оказывать помощь каждый по своему профилю одновременно. Когда жизни человека ничего не угрожает, его переводят в отделение по профильному клиническому этапу. Больной получает все не-

обходимые виды медицинской помощи: мы практически заново учим его ходить, проводим курс первичной реабилитации.

Своих больных мы наблюдаем сами до полного восстановления. Обычно пациент находится в реабилитации 5-7 дней, потом - 10 дней в стационаре. Но находиться на реабилитации можно долго - иногда и в течение года.

- Кто работает в отделении сочетанной травмы? Расскажите о ваших коллегах.

- Коллектив в отделении стабильный и высокопрофессиональный: среди докторов пять кандидатов медицинских наук, восемь имеют высшую квалификационную категорию. Занимаемся изобретательской и научной деятельностью. Ежегодно защищаются несколько патентов, диссертации, в свет выходят 10-15 научных публикаций. Так, совсем недавно выпустили монографию, в которой описаны и описаны самые распространенные случаи переломов бедра, описано лечение. По этой монографии защищены два патента. Сейчас приходит перспективная молодежь, что радует. В отделении работают те, кто в полном смысле воспитан в больнице: многие начинали работать еще будучи студентами АГМУ.

В отделении, впервые в Алтайском крае, внедрены для остеосинтеза оригинальные металлоконструкции производства АО-ASIF (Швейцария), в том числе пластины с угловой стабильностью LCP, позволяющие в послеоперационном периоде больным обходиться без внешней иммобилизации. Также впервые в Алтайском крае внедрен метод остеосинтеза гвоздями с блокированием длинных трубчатых костей, позволяющий пациентам передвигаться с опорой на поврежденную конечность с первых дней после операции. В отделении разработан и внедрен в широкую практику остеосинтез таза, вертлужной впадины, пяточной кости и т.д. аппаратами внешней фиксации и канюлированными винтами 7,3мм по

оригинальным технологиям, разработанным в отделении и защищенным патентами. Впервые в Алтайском крае в отделении стали применять канюлированные винты 4,0мм для малоинвазивного остеосинтеза мелких костей. В отделении внедрены новые методы оперативного лечения: остеосинтез переломов таза погружными конструкциями - предизогнутыми пластинами и реконструктивными пластинами с угловой стабильностью. Впервые в Алтайском крае у детей при переломах стали использовать методы погружного остеосинтеза: титановые эластические фиксаторы и пластины LCP. Впервые в Алтайском крае стали использовать аппараты наружной фиксации АО/ASIF и тазовые щипцы.

Если вспомнить о том, что кадры решают всегда всё, очевидно, что в этом плане у нас стабильность и благополучие. Нет текучести врачей и среднего персонала. 90 процентов медицинских сестер имеют высшую категорию. Это объяснимо, поскольку в отделении постоянно находятся до 80% больных со сложной патологией.

Используем все современные методы лечения. Выполнение остеосинтеза требует современного оборудования, томографа, инструментария. Метод позволяет отказаться от гипсовых повязок, снять ограничения в движении для человека с переломом уже на начальном этапе лечения - больные ходят сразу после операции. И это очень важно, в дальней-

На базе профильных отделений Краевой клинической больницы скорой медицинской помощи размещены краевые центры:

- тяжелой сочетанной травмы,
- травмы кисти,
- артрологии и эндопротезирования крупных суставов,
- вертебрологический,
- экстренный нейротравматологический.



шем позволяет исключить целый ряд осложнений.

Совершенно очевидна важность современных технологий остеосинтеза при лечении детей. Этой категории больных особенно непросто быть ограниченными в движении. Невозможно, например, ребенка 3-5 лет держать на скелетном вытяжении. После съема гипса развивается тугоподвижность сустава, требуется дополнительная программа реабилитации. Сустав не работает в зафиксированном состоянии, питание хряща нарушается, клетки погибают. Любые клетки не восстанавливаются, формируются рубцы.

А если сломаны две голени? Остеосинтез, применение аппарата Илизарова, других технологий позволяют качественно изменить результаты врачебной помощи.

При сочетанной травме страдает несколько систем организма, возникают осложнения нервной, сердечно-сосудистой систем. Не случайно в штате отделения есть терапевт, окулист, невролог. 30% наших больных после травм испытывают нарушение психики, требуют психологической коррекции. И они ее получают непосредственно в отделении.

- Расскажите о взаимодействии с другими отделениями больницы, службой скорой помощи, Центром медицины катастроф.

- В оказании экстренной специализированной медицинской помощи больным с тяжелой сочетанной травмой принимают участие (по показаниям) все врачи-специалисты профильных и диагностических отделений, применяется необходимое диагностическое оборудование, при необходимости приглашаются врачи-специалисты из других ЛПУ и сотрудники кафедр АГМУ. При этом все отделения выполняют и свой объем работы.

Как доставить больного с переломом таза, с большой кровопотерей, с потерей сознания? Важно, чтобы этим занимались специалисты - скорая помощь и Центр

катастроф. 40% больных в отделении не являются жителями Барнаула и доставлены они были вышеназванными службами.

Есть больные из Москвы, Новосибирска, других городов - с развитием туризма на Алтае их становится больше. Недавно приезжали коллеги из Новосибирска, хотели забрать в свою клинику пациента после автокатастрофы. Посмотрели на результаты нашей работы и сказали: «Лечите лучше сами!». У этого больного перелом челюсти, предплечья, голени, черепно-мозговая травма.

- У врачей вашего отделения бывают выходные?

- Всё определено графиком - есть дежурства, работа в стационаре. Эти две службы - оказание экстренной помощи и лечение в стационаре - «идут» рядом, но не пересекаются, последовательно решают общие задачи.

- О вашем отделении говорят, что можете буквально собрать человека. Это так?

- Ключевая роль в спасении человека принадлежит не хирургам, а реаниматологам. Если на первом этапе не будет оказана грамотная реанимационная помощь, человек просто погибнет. Когда в отделение доставляется человек с тяжелой травмой, должна быть слаженность в работе всей команды. Есть правило золотого часа после травмы, очень многое зависит от того, насколько оперативно больной доставлен не просто в ближайшую больницу, а в специализированное отделение. Никто уже этого не оспаривает. На должном уровне для оказания помощи при сочетанных травмах оснащена наша больница в Барнауле, в Бийске и Рубцовске - центральные городские больницы.

Как бы мы ни хотели, идет концентрация медицинского оборудования и возможности оказания высокотехнологичной помощи. Если врач в городе, например, делает сто остеосинтезов бедра, - это всегда будет лучше, чем выполнение тех же манипуляций, но в количестве пяти в небольшой больнице.

КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи» оказывает комплекс экстренной специализированной медицинской помощи, включая необходимое обследование, интенсивную терапию, оперативное и консервативное лечение больных до полной стабилизации состояния, с последующим переводом для долечивания и реабилитации в другие лечебные учреждения в соответствии с профилем или на амбулаторное лечение.

Поэтому, в частности, и создаются федеральные центры. На настоящем этапе наше отделение могло бы лечить всю травму в Алтайском крае, но для этого нужны площади и соответствующее финансирование. Отделению выделяются квоты, но по каждой может быть выполнен только один остеосинтез. А есть примеры перелома у больного всех сегментов конечностей одновременно. И таким людям оказывается полноценная помощь, они получают возможность вернуться к полноценной жизни.

- Хирурги оперируют каждый день?

- Это наша специальность. Экстренные операции выполняются круглосуточно. К ним прибавляется плановая хирургия.

- Традиционный вопрос о профессиональной мечте.

- Ответ очевиден - чтобы отделение было оснащено всем необходимым. Тяжело работать, когда знаешь, что можешь делать лучше, имея современный инструментарий. Все мы, хирурги, учились за рубежом. Мы хорошо понимаем, какой уровень оснащения должен быть в современной больнице, работаем по одним стандартам. Но финансовые трудности корректируют наши возможности. Правда, с каждым годом ситуация улучшается, и я надеюсь на продолжение движения в этом направлении. ☺

Лариса Юрченко



После инсульта без ЛФК не обойтись

Продолжаем разговор о реабилитации пациентов, перенесших инсульт. В этом

номере наш собеседник -

А.Ю. ДЕГТЯРЁВА, врач ЛФК отделения острых нарушений мозгового кровообращения, КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая больница».

- Анастасия Юрьевна, когда начинаются занятия ЛФК с пациентом, перенесшим инсульт?

- Мы начинаем работать в отделении реанимации сразу же после стабилизации жизненно важных функций у пациента. Первые занятия проходят, как правило, в пассивном режиме, проводится так называемое *лечение положением*. Важно, чтобы человек в кровати лежал симметрично. Парализованную руку необходимо уложить так, чтобы на одном уровне были плечо, локоть и кисть. Добиваемся этого подручными средствами, используем подушки, одеяло и т.д. Ноги пациента должны находиться в физиологическом положении, то есть немного согнуты в коленных суставах: для этого под колени пациента кладется валик. Эти процедуры необходимы для предотвращения развития спастики.

Основной реабилитационный процесс начинается после перевода больного из реанимации в наше отделение. В первую очередь учим больных правильно садиться, пересаживаться в инвалидное кресло и возвращаться обратно на кровать.

В отделении занятия ЛФК проходят в специально оборудованном зале. На занятия мы приглашаем и родственников пациентов, чтобы они знали, как продолжить работу с пациентом после выписки из отделения.

Перечислю, что входит в **основные задачи ЛФК после инсульта:**

- ◆ профилактика осложнений длительной иммобилизации (пролежней, застойной пневмонии, прогрессирования застойной сердечной недостаточности, тромбоэмболических осложнений, атрофии мышечной массы);

- ◆ улучшение мышечного тонуса и силы в группах мышц, которые находятся в состоянии пареза или паралича со сниженным тонусом;

- ◆ снижение мышечного патологического тонуса в группах мышц, которые находятся в состоянии спастического пареза или паралича (с повышенным мышечным тонусом);

- ◆ улучшение микроциркуляции и обменных процессов во всех тканях организма, что непременно сопровождает инсульт, особенно при длительном постельном режиме;

- ◆ профилактика мышечных контрактур;

- ◆ возобновление двигательной активности;

- ◆ восстановление речевых функций организма;

- ◆ налаживание работы внутренних органов;

- ◆ восстановление тонких движений кистями рук (письмо, рисование, игра на музыкальных инструментах).

При двигательных нарушениях (парезы, параличи) занятия с пациентами проводятся по методике «баланс». При нарушении координации движений больные выполняют гимнастику Фельденкрайза, которая направлена на восстановление равновесия. Очень важно с первых дней выбрать оптимальную нагрузку. Больной не должен переутомляться. Постепенно нагрузку нужно увеличивать.

Многое зависит от желания пациентов вернуть здоровье и стремления родственников им в этом помочь. Родственники должны радоваться даже минимальным сдвигам в состоянии пациента. Конечно, если близкие люди не желают по каким-либо причинам, а пациент проявляет активность, мы стремимся с ним отработать максимально в отделении, чтобы домой он вышел «не нулевым». Есть и другая ситуация, когда пациенты абсолютно не стремятся к восстановлению, с ними очень сложно работать и добиться улучшения их состояния. В идеале мы, конечно, стремимся, чтобы наши больные выписались из отделения с минимальным самообслуживанием. Но не всегда так получается.

Когда наши пациенты выписываются домой, мы обязательно даем все рекомендации, потому что ни в

Барнауле, ни в крае нет реабилитационных центров. Некоторые санатории принимают больных, перенесших инсульт, но только тех, кто обслуживает себя сам. Причем, в санаториях с ними проводятся только групповые занятия.



Рис.1 «Лечение положением»



- **Давайте уточним: сколько раз в день больной, перенесший инсульт, должен заниматься ЛФК? Встал утром, сделал зарядку - что дальше?**

- Мы рекомендуем **выполнять комплекс 3-4 раза в день**, конечно, в зависимости от состояния больного.

Важно постоянно контролировать уровень артериального давления. Разница между исходным давлением и значением после занятий не должна превышать 20-30 мм.рт.ст. Если, допустим, до занятий верхняя граница давления была 120 и потом 140 - значит, пора отдыхать. Через 3-5 минут отдыха нужно измерить давление и посмотреть: восстановилось оно или нет. Если не вернулось к исходному значению, - отдых продолжается. Также обращаем внимание на внешний вид больного. Бледность, одышка, потливость - это признаки утомления.

Если больной быстро утомляется, то каждое занятие разбивается на части. Например, сначала сделал упражнения с руками, отдохнул, перешел к следующей группе упражнений. Или, например, сначала выполнил логопедические упражнения, а затем продолжил выполнять комплекс ЛФК. Когда больной становится самостоятельнее и привыкает к нагрузке, все упражнения выполняются за один раз, без перерыва. В рамках последующих занятий можно развивать мелкую моторику или простые бытовые навыки. **Не стоит сильно перегружать человека.** Это может оказаться настолько же вредно, как и отсутствие лечебной гимнастики вообще.

Если позволяет состояние больного, необходимо как можно больше гулять на улице. Учиться ходить по кафелю в отделении - это одно дело, а ходить по асфальту - это вообще иная работа, к которой нужно приспособиться.

- **Упражнения показаны больному в течение всей жизни?**

- В идеале - да. Но не все их выполняют (как и мы с вами, в принципе), потому что, когда больные начинают ходить и приспосабливаются к жизни, многое им кажется лишним. Рассуждают: рука не поднималась три года, и значит, рассчитывать на улучшение не стоит. Если родственники не будут мотивировать на продолжение занятий, не будут контролировать их проведение, можно действительно остановиться на достигнутом.

На фоне лечебной физкультуры больные даже с идентичной проблемой и тяжестью инсульта могут восстанавливаться по-разному. Всё зависит от их мотивации к занятиям.

- **А массаж при инсульте?**

- Массаж в остром периоде инсульта мы не рекомендуем делать, так как зачастую это приводит к увеличению спастичности. Рука или нога принимают такое положение, из которого их невозможно ни согнуть, ни разогнуть.

В заключение разговора повторю: если регулярно выполнять упражнения ЛФК, результат будет обязательно. Только каждому больному требуется свое время.

Положение «лежа на боку»

Эти положения не вызывают усиления спастичности. Их следует применять во всех возможных случаях. Особенно рекомендуются тем пациентам, у которых развивается «типичный разгибательный спазм».

Положение «лежа на пораженной стороне тела» (рис.2 - справа):

- ◆ плечо вытянуто вперед, а рука повернута наружу;
- ◆ рука выпрямлена в локте (или согнута, если рука уложена под подушку);
- ◆ рука расположена таким образом, что кисть находится в наивысшей точке;
- ◆ пораженная нога выпрямлена, но слегка согнута в колене;
- ◆ здоровая нога согнута.

Недопустимо поворачивать пациента через пораженное плечо. Это чаще всего приводит к развитию синдрома «болезненного плеча». Это положение хорошо тем, что дает возможность легко размещать парализованные конечности в «антиспастических позициях». Оно также предотвращает образование пролежней и облегчает дыхание в пораженной половине грудной клетки:



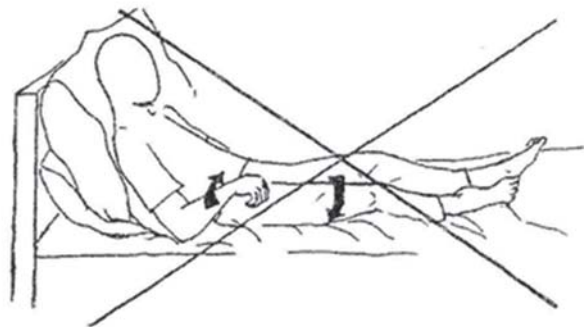
Рис.3. Положение лежа на здоровой стороне тела

◆ парализованная рука вытянута вперед и лежит на подушке;

◆ локоть и кисть выпрямлены, пальцы раскрыты;

◆ парализованная нога лежит на подушке в согнутом положении и в позиции нейтральной ротации;

◆ голова должна поддерживаться, но без сгибания в пораженную сторону.



Меняем фигуру - и образ жизни

Барнаул строится и не может не радовать, что проектируются современные кварталы со спортивными площадками, с волейбольной зоной и зоной для детских подвижных игр. Только одного усилия проектировщиков и строителей явно недостаточно, чтобы наполнить эти площадки жизнью.

Параллельно идет совсем другой процесс - на первых этажах новых многоэтажек открываются «пивные дворики». Как-то даже насчитали в одном из домов шесть таких заведений! И тренажерный зал «Сотвори себя» в строящемся квартале 2006а стал первым, дающим жителям прилегающих домов вечерами заняться спортом без длительных переездов и стояния в дорожных пробках. Зал в шаговой доступности - новый формат работы, который не может не радовать.

Тренажеры вошли в наш быт сравнительно недавно. Их можно приобрести в специализированных магазинах, а можно отправиться в зал в надежде изменить себя - «переписать» свою внешность, вернуть свободу движений и даже поправить здоровье. Правда, для этого рядом с вами должен находиться опытный тренер.

О том, как не ошибиться в непростом деле знакомства с тренажерами, каковы правила тренировок, питания, мы разговариваем с опытными тренерами **Дмитрием ТИМОФЕЕВЫМ** и **Юлией ЮДИНОЙ**.

- Как правильно выбрать тренажерный зал?

Юлия: - Скажу сразу, что это не обязательно должны быть «гиганты», хорошо известные в Барнауле. Можно прийти в тренажерный зал, расположенный близко к дому. Прежде всего обратите внимание на помещение. Оно не должно быть подвального типа, обязательно должен быть доступ кислорода через окна. Совершенно недостаточно работы кондиционеров. В городе есть сеть клубов, расположенных именно в подвальных помещениях. Считаю, что только веские причины должны обуславливать выбор в их пользу. Там очень тяжело дышать во время тренировок. А без достаточного доступа кислорода продуктивность тренировки значительно ниже.



Дмитрий: - Выбор зала - достаточно непростой процесс. Человеку должно быть комфортно. Поэтому некоторые обращают внимание на уют в зале, его дизайн. Другая часть населения, и это правильно, обращает внимание на то, какие работают тренеры. Потом заходят в Интернет, читают об этом тренере, возвращаются в зал с готовым решением: «Да, я про вас читал, давайте перейдем к тренировкам». Я считаю такой путь выигрышным.

Специалисту для достижения желаемого результата от тренировок достаточно, образно говоря, двух камней и перекладины на улице. Если опыт есть, не нужен и тренажерный зал. А опыт уже складывается из теории и практики, из личной апробации методик набора мышечной массы, диет. Сначала нужно испытать на себе, а уже потом делиться опытом с людьми.

- Каким должен быть оптимальный режим тренировок?

Юлия: - Мы говорим так: раз в неделю тренироваться - только устраивать постоянный стресс для организма. Лучше тогда вообще ничего не делать. Только если вы будете заниматься через день, можно ожидать прогресс. Не реже. Это касается и тех людей, у которых есть серьезные проблемы со здоровьем: позвоночные грыжи, дегенеративные изменения суставов, позвоночника, протрузии. Подчеркну, им нужно заниматься тоже три раза в неделю. А вот при первом разговоре с тренером обязательно нужно назвать все имеющиеся проблемы со здоровьем, также спросить у него документы, подтверждающие квалификацию, узнать, есть ли у него опыт работы в реабилитации. ▶



Количество движений и подходов будет зависеть от того, какой цели мы добиваемся. Если нужна мышечная масса, работа строится на небольшом количестве повторений. Есть золотое правило: вес надо брать такой, чтобы вы могли сделать в идеальной технике требуемое число повторений.

В городе сложилась система подготовки тренеров - обучение в школе, трудоустройство. Новички без опыта приходят в зал и начинают продавать персональные тренировки. В результате часто бывает так, что вместо укрепления здоровья людям наносится вред. Это страшно. Когда в наш клуб приходят новички, они тоже не всегда спрашивают о тренерском опыте - я сама рассказываю об этом, потому что понимаю, насколько это важно.

Дмитрий: - Одной тренировки в неделю, конечно, мало. За три последующих дня организм все забывает. В то же время глупо давать новичку большую нагрузку. Дополню слова Юли. Тренер должен знать всё о здоровье человека, с которым организует тренировки: болезни, предыдущий опыт тренировок, желаемый результат, образ жизни. Если приходит сорокалетняя женщина, офисный работник - подход один, если молодая девушка - иной. Или есть конкретное желание иметь «большие» ноги или «большие» руки - для этого и работаем.

В нашей среде есть такая шутка: тренер - бесполое существо. Его не надо стесняться. Со временем тренер становится настоящим другом, мы же все немного психологи и в таких отношениях заинтересованы - они помогают вместе добиться нужной цели. Со временем человек сам чувствует нагрузку, прибавляет или уменьшает ее.

- Сколько времени длится обычная тренировка?

Дмитрий: - От 50 минут до полутора часов. Надо брать во внимание, что разминка и заминка (начало и финал каждой тренировки) составляют 15-20 минут. Это комфортное время для того, чтобы человек почувствовал себя хорошо. На самом деле могут быть разные варианты разминки. Я предпочитаю разминаться по той же схеме, как мы делали это в школе: скакалка, отжимание, вращение рук и т.д. Рекомендую это и другим. Заминка направлена на то, чтобы в организме замедлить все процессы, успокоить его. Люди сами выбирают для себя комфортный вариант.

- Не всем просто прийти в тренажерный зал первый раз. Приходилось видеть, как в большом зале люди, чей возраст «за 50», просто ходят как неприкаемые...

Юлия: - Если вы приходите в зал первый раз, я настоятельно рекомендую взять хотя бы несколько персональных тренировок. В результате вы научитесь правильно движения делать. Ситуация, описанная в вопросе, не может сложиться в нашем клубе, поскольку здесь действительно семейная атмосфера. Мы к этому стремимся, никого не бросаем наедине с тренажером. У женщин старшего возраста очень мало мышечной массы, большой процент жировой ткани. Поэтому мы сразу даем рекомендации по питанию, разрабатываем индивидуально ежедневный рацион. Это очень важно. Вы любите одни продукты, кто-то - совсем другие, мы с вами это проговариваем и находим решение. Подчеркну: не предлагаем диету, а разрабатываем долгосрочную стратегию питания. Таким образом меняется образ жизни человека под контролем тренера.

Я знаю много рецептов вкусных полезных блюд, которыми готова поделиться. Обычно начинаем с завтраков. Корректируем ваши привычки, затем переходим к изменениям второго завтрака. Постепенно формируется ежедневный рацион. И через год вы видите изменения своей фигуры! Через полгода очевид-



но снижение веса, которому можно только радоваться.

Дмитрий: - Персональный тренер - это работа вкупе с клиентом. Ответственность за результат лежит на тренере. В Москве есть примеры, когда на сутки нанимают тренера с тем, чтобы он в домашних условиях готовил здоровую еду - и это, считаю, правильно.

- Если у человека накачаны мышцы, тренировки бросать уже нельзя?

Юлия: - Бросать можно. Главная положительная сторона фитнеса в том, что, если вы откажетесь от занятий на любом этапе, у вас мышцы не обвиснут - такого не бывает. Происходит следующее: мышцы сгорают, потому что они становятся ненужными. Человек становится таким же, как был: ни лучше, ни хуже. Такое превращение происходит в среднем через полтора года. Скажем, человек был атлетом, бросает заниматься - становится обычным обывателем.

- Большие фитнес-центры предлагают групповые занятия. Что выбрать?

Юлия: - Групповые занятия не учитывают индивидуальные особенности организма. Поэтому они подходят молодым девчонкам без серьезных проблем с суставами и позвоночником. Но, как правило, даже у молодых такие проблемы уже есть. Та же йога для них небезопасна. На групповых занятиях дается усредненная нагрузка. Замечено, что все, кто начинал с групповых занятий, в результате приходят в тренажерный зал, потому что не получают желаемого результата. Тренажерный зал меняет композицию тела, соотношение мышечной и жировой ткани. На групповых занятиях весело, они проходят с хорошим настроением - это, пожалуй, единственный плюс. В то же время, как правило, группа большая, тренер за всеми не успевает следить и корректировать выполнение упражнений.

- С какого возраста можно идти в тренажерный зал?

Юлия: - Мы работаем уже с мальчиками-подростками. Начинает выработываться тестостерон - есть смысл идти в зал. Первоначально даем нагрузки, похожие на привычный урок физкультуры: отжимаются, подтя-



гиваются, участвуют в играх с мячами. Стараемся делать всё весело, на позитиве. Замечу, что на уроки физкультуры сейчас многие школьники не ходят, причем освобождения весьма спорные.

- В каждом тренажерном зале есть так называемая кардиозона. Занятия на кардиотренажерах помогают поправить здоровье сердца?

Юлия: - Действительно, при регулярных занятиях можно поправить здоровье сердца, состояние сосудов, потому что при работе на тренажерах повышается частота сердечных сокращений. А сердце - та же мышца, которую можно натренировать. Соответственно меняются сосуды. Доказана эффективность занятий при тахикардии. Сердце тренируется, и постепенно пульс приходит в норму.

- Есть телевизионная программа «Правила движения», где зрителям наглядно демонстрируется, что многие болезни можно победить, делая правильные движения.

Дмитрий: - Ценность этой передачи именно в том, что обращается внимание на важность физических нагрузок, движений, зрители задумываются об этой стороне жизни. Однако при более детальном анализе видишь, что многие упражнения известны - они взяты из ЛФК, уроков физкультуры. Эти выводы не умаляют значения передачи - для людей она полезна. ☺

Лариса Юрченко

Люди приходят в зал, постепенно перестраивают свои планы, рацион питания и в итоге живут иначе. Тех, кто готов тренироваться день за днем, мы видим сразу. Им хочется сказать: всё придет со временем. Такие люди действительно меняются, их приятно видеть.



Подходы к лечению ДЦП



Дмитрий Владимирович ПАРШИН,

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

В первой части мы начали рассматривать нарушения у детей с ДЦП, которые влияют на нарушение движений. К ним относятся: нарушение чувствительности (нарушение баланса между глубокой и поверхностной чувствительностью); нарушение позы; спастичность; нарушение баланса (равновесия); формирование вторичных ортопедических осложнений.

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.

Поза лежа на животе с опорой на локти используется для активных занятий с ребенком, который

воду. При этом ноги его присогнуты в коленных и тазобедренных суставах, а руки согнуты в локтях и приведены к туловищу. Рассмотрим, почему такая поза для ребенка более комфортна.

Если мы положим ребенка просто на спину с выпрямленными ногами, то у него будет четыре основные точки опоры: пятки, крестец, плечи и голова. И вся масса тела ребенка будет направлена на эти четыре точки. Если ребенок не может самостоятельно менять поло-



Рис.2а

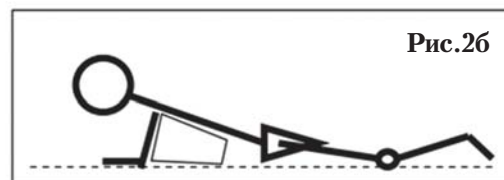


Рис.2б

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).

Положение лежа на спине используется в основном для сна. Наиболее удобным и физиологичным считается поза, которую принимает человек, погруженный в

жжение, то воздействие будет достаточно постоянным. К тому же вектор воздействия гравитации будет перпендикулярен оси тела ребенка, то есть нагрузка будет максимальной. Всё это может не только приводить к болевым ощущениям, но и способствовать развитию пролежней в данных областях (рис.3а).

Если мы устроим ребенку физиологически комфортное положение и заполним все имеющиеся «пустоты» подушками и одеялами, то нагрузка будет распределяться

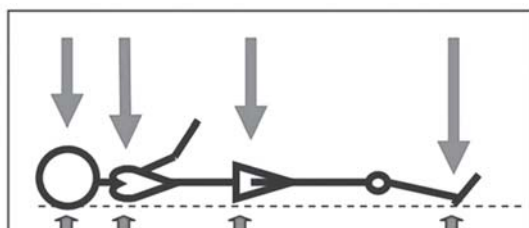


Рис.3а

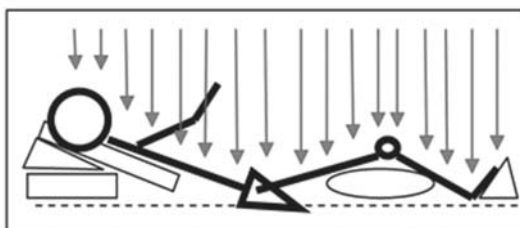


Рис.3б



Школа реабилитации ДЦП

равномерно по всему телу ребенка. При этом вектор гравитационной нагрузки будет направлен под углом к оси туловища и конечностей ребенка, что значительно снизит нагрузку на тело ребенка и не только создаст большой комфорт, но и будет являться, в том числе, профилактикой формирования пролежней (рис.3б).

Под колени укладывается валик из подушки или скрученного в рулон одеяла, либо специальный Т-образный мягкий модуль. Под стопы ребенка также следует что-то подложить. Для создания возвышенного положения головного конца можно использовать подушки, лучше всего прямоугольной формы размером 30x70см, устроив их в так называемое «положение А»: первая подушка ложится поперек ребенка, а вторая и третья - под углом друг к другу, непосредственно под голову укладываются маленькие подушки по комфортности. Под руки также укладываются подушки (рис.3в, на рис.3б они не изображены для избегания загромождения рисунка).

В положении лежа на спине следует также помнить о профилактики формирования подвывиха тазобедренных суставов. Бедра ребенка должны быть разведены в стороны хотя бы на 30°С. Также данное положение профилактирует деформацию позвоночника по типу «порыва ветра».

Однако как бы ни было создано комфортное место в положении лежа на спине, ребенку его необходимо периодически менять, находясь в положении лежа на боку. Принципы остаются прежними. Нахождение конечностей в положении, приближенном к физиологическому, максимальное заполнение «пустот» между ребенком и поверхностью, на которой он лежит, разведение бедер приблизительно на 30°С. Под голову укладывается по-

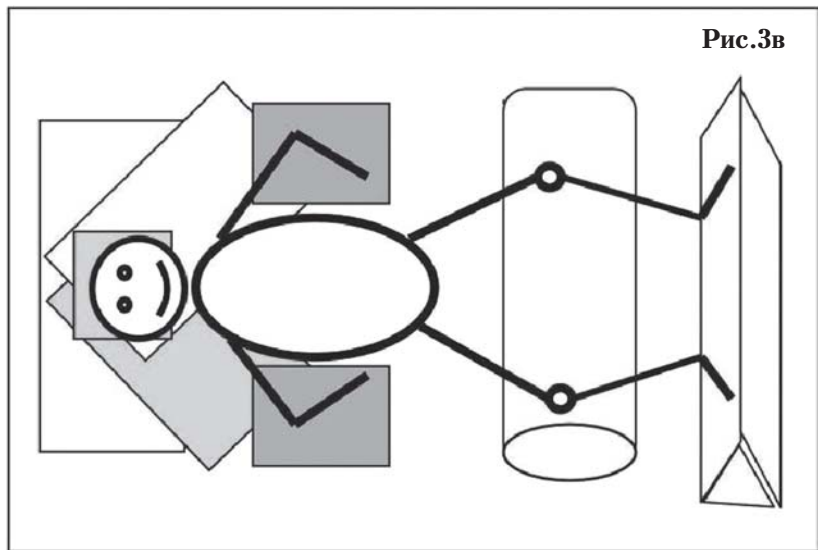


Рис.3в

душка, комфортной для головы высотой, «нижняя рука» располагается по комфортности, «верхняя рука» - в положении согнутая в локте - укладывается на подушку, «нижняя нога» находится в положении прямо (по возможности), «верхняя нога» - в положении сгибания в тазобедренном и коленном суставах укладывается на подушку (рис.4а). Туловище должно быть наклонено немного вперед и под спину и «нижний бок» положен валик, заполняющий «пустые пространства» и предотвращающий переворот ребенка на спину (рис.4б).

В этой статье мы говорили об общих подходах к лечению ДЦП, задачах медикаментозной терапии, изменениях в чувствительной сфере и подходах к их коррекции, а также начали разбирать принципы позиционного менеджмента. В следующих статьях будут разобраны принципы правильного позиционирования в положении сидя и стоя, а также подходы к лечению спастичности. ☺

Наиболее удобным и физиологичным считается поза, которую принимает человек, погруженный в воду.

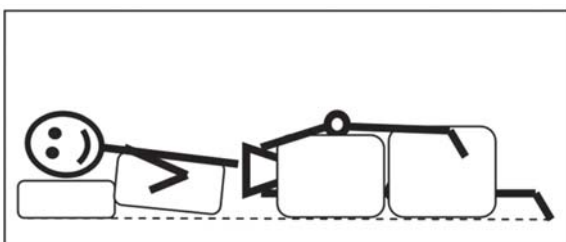


Рис.4а

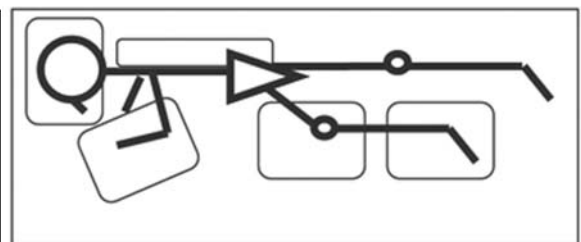


Рис.4б



АГМУ укрепляет спортивную базу

В Алтайском государственном медицинском университете 7 ноября 2015 года была торжественно открыта многофункциональная спортивная площадка.

- Многофункциональная площадка - это тот небольшой подарок, который руководство вуза хотело бы преподнести студентам. Мы надеемся, что с появлением нового спортивного объекта в вузе появится больше студентов, предпочитающих здоровый образ жизни, - отметил ректор АГМУ, профессор Игорь Петрович САЛДАН.

Тренировки круглый год

На площадке размером 25х25м установлен гимнастический комплекс: разновысотные женские брусья, параллельные брусья, рукоход, шведские стенки, гимнастическое бревно, разновысотные перекладины.

Занятия мини-футболом, баскетболом, стритболом, волейболом, бадминтоном, большим теннисом теперь можно будет перенести на открытый воздух. Внутри корпуса расположены современные мужские и женские раздевалки на 70 человек с выходом на площадку. Раздевалки оснащены душевыми отсеками и кабинками для переодевания. На площадке можно заниматься в летний и зимний периоды. Площадка полностью соответствует всем современным требованиям проведения учебных занятий и соревнований.

Первые состязания

Первым мероприятием, прошедшим на новой спортивной площадке, стал «Фестиваль национальных культур».

Шесть команд - «Славяне» (Россия), «Жемчужина Сибири» (Республика Алтай), «Страна огней» (Азербайджан), «Доктора Востока» (Таджикистан), «Чуйские казахи» (Казахстан), «Сердце Азии» (Республика Тыва) - боролись за звание лучших в командном зачете и личном первенстве в борьбе, шахматах, настольном теннисе, дартсе, мини-футболе, двоеборье, перетягивании каната.



По мнению Зульфийи Ангалиевой, участницы фестиваля, «спортивные внутривузовские состязания - это своеобразная репетиция перед тем, как представить вуз на всероссийских и краевых соревнованиях. Это отличная возможность объективно оценить свою спортивную форму».

- Теперь после учебы нам не нужно ходить куда-то далеко, чтобы поиграть в футбол или просто немного размяться. Достаточно выйти во двор общежития, - говорит Дмитрий Музаферов, студент пятого курса лечебного факультета.

АГМУ - вуз здорового образа жизни

Сегодня в медицинском университете работают 17 спортивных секций. Студенты АГМУ ежегодно становятся призёрами соревнований регионального и всероссийского масштаба в разных видах спорта. Ежегодно в вузе проводится спортивный праздник для первокурсников «Наши надежды», на котором проходит смотр спортивных возможностей студентов.

Открытие спортивной площадки - это ещё один шаг на пути к укреплению спортивной базы университета, а также поддержке студентов, активно занимающихся спортом. ☺



О безопасности в операционном блоке

**Межрегиональная общественная организация
операционных медицинских сестер (МОООМС)
была создана в 2001 году.**

26-27 ноября 2015 года в Москве на базе Федерального научного центра трансплантологии и искусственных органов имени академика В.И. Шумакова (где ежегодно под эгидой МОООМС проводятся научно-практические конференции) при поддержке Министерства здравоохранения Российской Федерации и Общероссийской общественной организации трансплантологов «Российское трансплантологическое общество» состоялась **XIV Научно-практическая конференция операционных медицинских сестер с международным участием «Обеспечение безопасности в операционном блоке».**

Любая конференция - это замечательная возможность для обмена передовым опытом, обращения к наиболее острым вопросам и проблемам здоровья, установления приоритетов в совершенствовании сестринской помощи и налаживания профессиональных контактов.

На конференцию съехалось более 350 участников из разных регионов России. Мне выпала честь быть одним из делегатов от АРОО «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников», членом которой являюсь с апреля 2000 года, с первых дней создания нашей Ассоциации. Вторым делегатом от нашей региональной Ассоциации стала **А.С. ГОЛОС**, старшая операционная медицинская сестра КГБУЗ «Городская больница №8, г. Барнаул», член Ассоциации с мая 2000 года.

На торжественном открытии участников конференции поприветствовали заместитель директора Департамента медицинского образования

и кадровой политики в здравоохранении Минздрава России **И.А. Купеева**, главный внештатный специалист-эксперт Минздрава России по управлению сестринской деятельностью **С.И. Двойников**, заместитель директора ФГБУ «ФНЦТИО им. ак.В.И. Шумакова» Минздрава России, профессор **О.П. Шевченко** и президент Межрегиональной общественной организации операционных медицинских сестер **О.Г. Позднякова.**

Конференция является передовой площадкой для обмена научно-практическим опытом и новейшими технологиями в операционном деле. В этом году проблеме безопасности в операционном блоке были посвящены следующие темы: «Профессиональная деятельность медицинской сестры в современном оперблоке», «Повышение профессиональной компетентности медицинской сестры в оперблоке», «Проблемы инфекционной безопасности медицинского персонала оперблока», «Различные аспекты функционирования современного оперблока».

Программа конференции была представлена лекционным материалом и более чем 20 докладами от специалистов ведущих клиник Москвы, Санкт-Петербурга и других регионов России, а также коллег из ближнего и дальнего зарубежья.

Особого внимания, на мой взгляд, заслужили доклады **И.О. Кугушева** «Иновационные технологии на страже безопасности пациента»; **Н.Л. Матвеев** очень подробно раскрыл «Ключевые параметры безопасности хирургических шовных материалов».



**Наталья Ивановна
ПЛЕШКОВА,**

старшая операционная
медицинская сестра,
высшая
квалификационная
категория, КГБУЗ «Детская
городская клиническая
больница №7, г. Барнаул»,
член ПАСМР с 2000 года



◀ Наши зарубежные коллеги охотно делились собственным опытом в разделах «Безопасность применения в операционной современного электрохирургического оборудования» (Dr.Lahav Shai, Израиль) и «Проблемы хирургических перчаток, о которых редко говорят» (Ann Folin, Швеция). Как театр начинается с вешалки, так и в оперблоке важен «Прием пациента и обеспечение его безопасности на операционном столе». Этому был посвящен раздел доклада **Д.М. Вепринского**, старшего клинического инструктора медицинского центра «Шива» (Израиль).

Завершением первого дня конференции стали сообщения о роли операционной медсестры при различных операциях на сердце (докладчики **А.А. Супер** и **К.Н. Васильев**, ФГБУ «ФНЦТИО им. ак. В.И. Шумакова» Минздрава России, Москва), а также при эндоскопических операциях в урологии (**Л.Е. Спиридонова**, Красноярск).

Массивный блок сообщений в начале второго дня мероприятия был посвящен важности непрерывного процесса образования и самообразования операционной медицинской сестры в течение всего времени профессиональной деятельности. В современном мире существует множество новых технологий учебного процесса в операционном блоке, значимыми из которых являются обеспечение отсутствия диссонанса между теорией и практикой, включение в программы непрерывного профессионального образования модулей симуляционного обучения, что могло бы внести вклад в повышение результативности обучения. Правильно организованное симуляционное обучение позволяет обучающимся получить собственный практический опыт, обсудить имеющийся с коллегами, а также совершенствовать свою подготовку, не ущемляя интересы пациентов.

Немаловажную роль играют также навыки командного взаимодействия. Ведь любая профессия требует постоянного обучения, деятельность операционных сестер - не исключение и предусматривает подтверждение владения набором определенных практических навыков. Оценка уровня подготовки, а также тренинги по достижению соответствующего уровня в учебной виртуальной клинике, с использованием тренажеров и симуляторов, позволяет сделать эту программу эмоционально насыщенной и полезной для практического использования на рабочих местах.

Немало внимания в ходе конференции было уделено такой важной проблеме, как «Медицинский персонал как контингент риска заражения инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи. Современное законодательство и фактические возможности защиты» (**И.А. Храпунов**, Москва) и «Как работать безопасно, не подвергая себя риску инфицирования» (**И.В. Животнева**, Москва).

Далее **А.М. Белякова**, Москва, представила блок сообщений о профилактике инфекций, свя-



Делегаты конференции.
А.С. Голос (слева), Н.И. Плешкова (справа)

занных с оказанием медицинской помощи, в работе операционной медицинской сестры.

Заключительная часть работы конференции была представлена коллажем сообщений на различные темы, которые имеют достаточную актуальность в профессиональной деятельности операционных медицинских сестер.

В целом мероприятие оказалась очень информативным, интересным и полезным как с точки зрения приобретения новых знаний и усовершенствования прежних, так и со стороны обмена профессиональным опытом с коллегами из разных регионов нашей страны и других государств. Участники конференции выразили уверенность в том, что приобретенный ими научно-практический опыт будет способствовать совершенствованию их профессиональной деятельности, а также развитию сестринского операционного дела в России.

Я еще раз убедилась в огромной пользе от работы, которую проводят профессиональные сестринские ассоциации, взаимодействуя между регионами России и коллегами других стран, - всё это способствует повышению профессионального уровня операционных медицинских сестер и других специалистов сестринского дела и позволяет нам работать на современном уровне. ☺

УВЕДОМЛЕНИЕ

Внимание главных бухгалтеров ЛПО Алтайского края!

С 15 декабря 2015г. в связи с изменением названия банка просьба указывать при перечислении вступительных и членских взносов в адрес АРОО «ПАСМР» новое наименование банка: Алтайское отделение №8644 ПАО Сбербанк г.Барнаул.

Остальные реквизиты без изменения.

С уважением,
Президент АРОО «ПАСМР» Л.А. Плигина



Послеоперационная реабилитация пациентов, перенесших аортокоронарное шунтирование

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является одной из основных причин смертности населения развитых стран. По статистике, она ежегодно уносит жизни более 2,5млн. жителей планеты, причем более одной трети из них - люди трудоспособного возраста.

Прогноз больных, перенесших аортокоронарное шунтирование (АКШ), зависит от ряда обстоятельств.

Первое - это «технические» особенности проведенного оперативного вмешательства (так, аутоартериальное шунтирование по сравнению с аутовенозным характеризуется лучшей проходимостью шунтов и меньшим риском повторных обострений ИБС).

Второе - наличие сопутствующих заболеваний до проведения операции (перенесенный ранее инфаркт миокарда, сахарный диабет, сердечная недостаточность, возраст и т.д.).

Третье - прямая зависимость от усилий пациента и врача, направленных на предупреждение и профилактику ранних осложнений АКШ (мерцательная аритмия, сердечная недостаточность, венозные тромбозы и тромбоэмболии, медиастиниты, инфекции), предупреждение дальнейшего прогрессирования атеросклероза и ИБС.

С этой целью должна проводиться медикаментозная, физическая и психологическая реабилитация больных, направленная на скорейший возврат к привычному образу жизни.

Опыт многих клиник показывает, что больные, перенесшие АКШ, требуют особые подходы уже с первых дней после операции. Во всем мире отдают предпочтение ранней активации больных с первых суток.

Основными принципами реабилитации больных после АКШ являются этапность и преемственность.

Продолжительность реабилитации на всех этапах составляет от 6 до 8 недель. **Первый этап** (в кардиохирургической клинике) - 10-14 дней. Длительность

второго этапа (кардиологическое отделение или отделение реабилитации) - 2-3 недели, **третьего** (санаторное лечение) - до 3-4 недель. Практически основной объем медикаментозной, физической, психологической и социальной реабилитации проводится на втором и третьем этапах реабилитации.

Медикаментозная терапия проводится строго индивидуально для каждого конкретного больного с учетом тяжести клинического состояния и чувствительности к препаратам. Основу раннего медикаментозного лечения больных, перенесших АКШ, составляют аспирин, клопидогрель, бета-блокаторы, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ), статины.

Психологическая реабилитация больных после АКШ крайне необходима, так как вследствие обширной травмы грудной клетки, которая служит источником болевого синдрома, послеоперационной гипоксии головного мозга почти у всех больных после АКШ выявляются функциональные нарушения нервной системы. Эти больные раздражены, часто фиксированы на болевом синдроме, тревожны, плохо спят, жалуются на головные боли, головокружения.

Физическая реабилитация больных, перенесших АКШ, имеет существенное значение уже с первых дней послеоперационного периода, когда наряду с медикаментозной терапией больным назначают гимнастику и массаж.

В первый день после операции пациент присаживается, **на второй день** ему разрешают аккуратно вставать возле кровати, выполнять несложные упражнения для рук и ног. **На третий**



Светлана Валерьевна КОРЯГИНА,

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

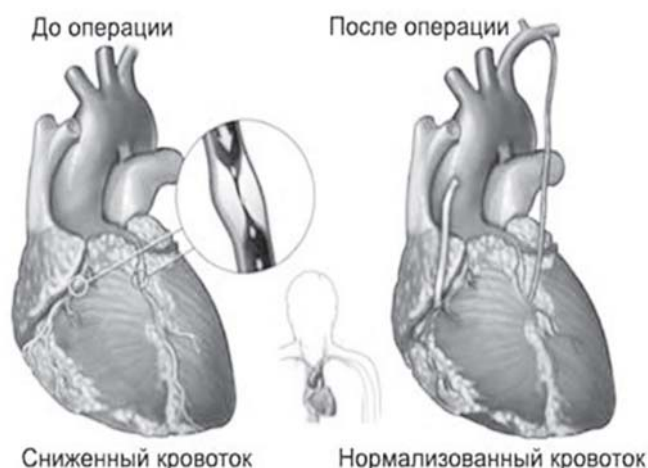


Советы медицинской сестры

◀ **день** количество самостоятельных передвижений от кровати к стулу увеличивается до 4 раз. Рекомендуются прогулки по коридору в сопровождении. **На четвертый день** больной продолжает выполнять дыхательную гимнастику, легкие физические упражнения для рук и ног, разрешается пользоваться ванной комнатой. В последую в сопровождении. **На четвертый день** больной продолжает выполнять дыхательную гимнастику, легкие физические упражнения для рук и ног, разрешается пользоваться ванной комнатой. В последующие дни больные постепенно увеличивают физическую нагрузку в основном за счет дозированной ходьбы по коридору и **к 10-14 дню** они могут проходить до 100 метров. Лучшее время для ходьбы - с 11 до 13 часов и с 17 до 19 часов.

При дозированной ходьбе необходимо *ведение дневника самоконтроля*, где фиксируются пульс в покое, после нагрузки и после отдыха через 3-5 минут с соблюдением установленной методики. Темп ходьбы определяется самочувствием больного и показателями работы сердца. Сначала осваивается медленный темп - 60-70м/мин. с постепенным увеличением расстояния, затем средний темп - 80-90м/мин., также постепенно увеличивая расстояние; а затем быстрый - 100-110м/мин.

Немаловажное значение на всех этапах придается дозированному подъемам на ступеньки лестницы. Темп ходьбы по лестнице медленный, не быстрее 60 ступе-



ней в минуту. Спуск по лестнице эквивалентен 30% подъема. Как и при любой тренирующей нагрузке, больным ведется дневник самоконтроля.

Реабилитационная программа после АКШ со второго дня

Больной выполняет упражнения ЛФК в щадящем режиме, акцент - преимущественно на дыхательные упражнения. Из методов общего воздействия применяют биорезонансную терапию, аэротерапию.

К методам локального воздействия относят ингаляции через небулайзер (муколитики, бронхолитики, фурациллин и др.) два раза в день.


Для контроля безопасности и эффективности реабилитации пациентов используются обязательные методы исследования: электрокардиограмма (ЭКГ), уровень артериального давления (АД), частота сердечных сокращений (ЧСС) ежедневно.

Также осуществляется контроль тропонина, креатинфосфокиназы (КФК), трансминазы, протромбина, активированного тромбoplastинного времени (АЧТВ), времени кровотечения и свертывания крови, проводится клинический анализ крови, общий анализ мочи. Из дополнительных методов применяют холтеровское мониторирование, эхокардиографию (ЭхоКГ), определение показателей биохимического анализа крови.

Продолжительность курса - 7-10 дней с дальнейшим переходом на следующий этап восстановительного лечения. ☺

Продолжение следует



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



Немедикаментозные методы лечения больных со слабостью мышц тазового дна

Ирина Григорьевна ПОЛЕЩУК,

заместитель главного
врача по организационно-
методической работе,
КГБУЗ «Алтайский
врачебно-физкультурный
диспансер»

**Ослабление
мышечно-
связочного
аппарата тазового
дна является
основным
патогенетическим
звеном таких
состояний, как
недержание мочи
при физическом
напряжении,
опущение
(выпадение)
влагалища и
прямой кишки,
недостаточность
сфинктера заднего
прохода и других
схожих состояний,
которые резко
ограничивают
жизненную
активность людей.**

**Возникновение такой патологии
непосредственно связано со следу-
ющими причинными факторами:**

- ◆ дисплазия соединительной ткани;
- ◆ малоподвижный образ жизни;
- ◆ беременность и роды;
- ◆ травмы и операции на половых органах;
- ◆ хронические запоры или профуз-
ные поносы;
- ◆ гормональные нарушения;
- ◆ хронические воспалительные за-
болевания органов малого таза.

Мышцы тазового дна и передней
брюшной стенки находятся в тесном
функциональном взаимодействии.
Правильная работа мышц брюшного
пресса обеспечивает правильное рас-
пределение внутрибрюшного давле-
ния, особенно в случае его резкого
повышения. При неадекватной рабо-
те мышц передней брюшной стенки
происходит перераспределение на-
правленности действия внутрибрюш-
ного давления. В этом случае мыш-
цы тазового дна испытывают повы-
шенное давление, что, в конечном
итоге, в совокупности с другими при-
чинами, и приводит ко многим забо-
леваниям, связанным с опущением
органов малого таза.

**Лечение больных с подобного
рода патологией должно быть комп-
лексным, но ведущим в этом списке
лечебных воздействий будет лечеб-
ная физкультура (ЛФК), занятия
которой оказывают укрепляющее дей-
ствие на весь организм и, что особен-
но важно, на мышцы тазового дна,
брюшной стенки, мышцы пояса ниж-
них конечностей. В конечном итоге со-
стоятельность мышечного корсета ве-
дет к укреплению связочного аппара-
та органов малого таза и прямой киш-
ки, к улучшению крово- и лимфообра-
щения в органах малого таза с норма-
лизацией их трофики и нервной регу-
ляции.**

*Прежде чем начать заниматься
лечебной гимнастикой, больному не-
обходимо провести функциональные
пробы для оценки исходного состоя-
ния мышц тазового дна и динамики
их укрепления.*

Первая проба: сесть на стул; кисти
рук, сложенные ладонями внутрь,
зажать между колен (не бедер!) с мак-
симально возможной для больного си-
лой, интенсивно стягивая при этом
задний проход. Затем необходимо под-
считать время удержания максималь-
ного напряжения в этом положении с
помощью секундной стрелки.

Вторая проба: лежа на животе (на
полу, кушетке), руки под лоб, макси-
мально втянуть задний проход, напря-
гая ягодичы и приподнимая ноги над
полом. Подсчитать время удержания
напряжения в этом положении. При
проведении пробы дыхание не задер-
живать!

**Данные проведенных проб необ-
ходимо записать и повторять их каж-
дую неделю при регулярных заняти-
ях, так как от результатов проб бу-
дет зависеть переход больного со
щадающе-тренирующий и тренирую-
щий двигательные режимы.**

Освоение первых двух режимов, в
среднем, длится до 3 недель регуляр-
ных занятий, далее занятия продол-
жаются по тренирующему режиму не
менее 4-6 месяцев для закрепления по-
ложительного эффекта.

Общие требования к занятиям ЛФК

◆ Комплекс упражнений необхо-
димо выполнять утром ежедневно или
через день при хорошем самочув-
ствии.

◆ Перед занятиями и после них сле-
дует замерить частоту пульса за 1 ми-
нуту, допустимая разница - 4-6 ударов.



Движение - жизнь

Если разница более 6, то следует снизить темп выполнения упражнений, выполнять каждое упражнение не более 8-10 раз и увеличить количество дыханий в соответствующих упражнениях с 2 до 5 раз.

◆ При наличии сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой и дыхательной систем комплекс ЛФК подбирается индивидуально.

◆ Темп выполнения упражнений - средний.

◆ Продолжительность одного занятия - 45-50 минут.

◆ Продолжительность курса ЛФК не менее 4-6 месяцев.

Ежедневный физкульт-рецепт

Специалистами отделения физической реабилитации КГБУЗ «Алтайский врачбно-физкультурный диспансер» разработаны методические рекомендации по выполнению комплексов лечебной гимнастики по трём двигательным режимам.

С целью профилактики приводим физкульт-рецепт на каждый день. Это короткий комплекс, включающий в себя по 2-3 упражнения с повторением каждого по 3-7 раз, выполняемый непосредственно на рабочем месте, в транспорте, дома и т.д. - по 2-4 раза в день.

Упражнение 1

Исходное положение: стоя, напрячь ягодичи, втянуть промежность и удерживать положение в течение 3-5 секунд, затем - расслабиться на 1-2 секунды.

Повторить 3-7 раз.

Упражнение 2

Исходное положение: сидя на стуле, напрячь ягодичи, втянуть промежность на 3-5 секунд, затем - расслабиться на 1-2 секунды.

Повторить 3-7 раз.

Упражнение 3

Исходное положение: стоя, ходьба на месте прямыми ногами, втянув промежность и напрягая ягодичи, в течение 1 минуты.

Повторить 3 раза.

Также необходимо придерживаться правил ортопедического режима, соблюдение которых в течение дня снижает прогрессирование заболевания и



способствует поддержанию эффекта от занятий ЛФК.

- Ограничение подъема тяжестей.

При подъеме и перемещении груза избегайте резких рывков, не держите груз на вытянутых руках с наклоном корпуса вперед, не поднимайте его на прямых ногах при согнутой спине.

- Если ваша работа связана с длительным сидением в течение дня, то необходимо делать паузы для отдыха каждые 40-50 минут, во время которых нужно встать, походить, выполнить упражнения из физкульт-рецепта.

Исключаются те нагрузки, которые способны вызвать смещение органов брюшной полости вниз:

- ◆ силовые упражнения,
- ◆ резкие наклоны туловища,
- ◆ прыжки и подскоки,
- ◆ поднятие груза массой более 5кг,
- ◆ упражнения, способствующие повышению внутрибрюшного давления.

С данной проблемой вы можете обратиться к врачу по лечебной физкультуре поликлиники по месту жительства, имея на руках направление. Врачи проведут консультацию и в соответствии с вашими жалобами и оценкой исходного состояния мышц тазового дна, брюшного пресса, определят ваш двигательный режим нагрузки, а инструктор ЛФК отработает с вами методику выполнения комплекса упражнений.

В следующих публикациях мы продолжим разговор на эту тему. ☺

Состоятельность мышечного корсета ведет к укреплению связочного аппарата органов малого таза и прямой кишки, к улучшению крово- и лимфообращения в органах малого таза с нормализацией их трофики и нервной регуляции



Такая знакомая всем игра - волейбол

В этом номере журнала мы познакомим читателей с волейболом - самой демократичной игрой, которая может спонтанно стартовать не только в спортивном зале, но и на отдыхе. Играть в волейбол можно даже без сетки - игра в кругу тоже увлекательна и динамична. В нее могут играть всего два-три человека.

О профессиональном взгляде на развитие этого вида спорта в Алтайском крае мы спросили у директора СДЮШОР по волейболу «Заря Алтая» **Л.Б. КАЗАНЦЕВОЙ.**

- Лариса Борисовна, давайте начнем разговор с истории школы.

- Спортивная детско-юношеская школа олимпийского резерва «Заря Алтая» образовалась 1 сентября 2010 года согласно постановлению Губернатора Алтайского края А.Б. Карлина. В основные задачи нашей работы вошли не только популяризация волейбола в крае, но и организация отбора и последующее развитие одаренных перспективных детей. Также мы осуществляем подготовку спортсменов для команд высшей лиги: женской команды «Алтай-педуниверситет» и мужской «Университет». Школа создана и для того, чтобы прививать детям принципы здорового образа жизни, способствовать их занятиям спортом, формированию у них активной жизненной позиции.

В настоящее время в школе занимаются 310 учащихся.

На территории края открыты и функционируют девять структурных подразделений: в городах Барнауле, Бийске, Заринске, Змеиногорске, Камне-на-Оби и Рубцовске, Калманском, Михайловском и Ребрихинском районах.

- Скажите, чем так привлекателен волейбол? Почему стоит выбрать именно этот вид спорта?

- Всё просто: волейбол - самый доступный вид спорта. Приведу следующие цифры. Число занимающихся волейболом в Алтайском крае достигает почти 60000 человек, из них 6944 учащихся занимаются в 54 отделениях детско-юношеских спортивных школ, три из которых являются специализированными. В крае работают 222 тренера



по волейболу. Эта игра доступна: можно играть на пляже, в зале, сейчас развивается волейбол на снегу - зимний вариант игры. Прежде всего, этот вид спорта способствует развитию координации движений. Он развивает пропорционально фигуру игрока. Я не буду обижать другие виды спорта, но если вы посмотрите на волейболистов, убедитесь, что это высокие и стройные молодые люди и девушки. Волейбол развивает мышцы плечевого пояса, ног, рук, спины. Далее. Это массовый вид спорта, поскольку доступен, не требует дорогой экипировки. Для начала игры необходимы мяч, сетка (да и без нее можно обойтись - натянуть веревку), форма (и она не всегда важна).

В Алтайском крае школа волейбола имеет огромные традиции. Именно поэтому волейбол - один из немногих видов спорта, в котором воспитанники играют в суперлигах: на сегодня таких семь человек.

В волейболе требуется быстрота мышления - это интеллектуальный вид спорта: не подумайшь - не сыграешь. А думать надо очень быстро, что и в жизни пригодится. Наши спортсмены впоследствии становятся достаточно успешными людьми, получают высшее образование. Одним словом, не теряются в жизни. Волейбол дает разностороннее развитие, формирует характер.

Каковы составляющие формулы здоровья? Это - двигательная активность, правильное питание, положительные эмоции, отказ от вредных привычек. Двигательная активность - это доставляющий радость целеустремленный труд. Эту радость мы и прививаем своим воспитанникам. Замечено: люди, которые работают, занимаются любимым делом с радостью, вдохновением, - они и живут долго, и болеют редко.

- В чем преимущества вообще командного вида спорта?



Движение - жизнь

- В команде легче жить и побеждать. Совершенно очевидно, что плохой человек в коллективе не выживет. Таких коллектив потихоньку «выдавливает». Остаются люди, которые способны адаптироваться в общественной среде. Это очень важно.

Волейбол меня сопровождает всегда. С теми, с кем играла, до сих пор дружим, встречаемся, общаемся, организовываем ветеранские турниры. Благодаря спортивной юности по всей стране очень много знакомых.

- Вы принимаете ребятшек с 9 лет?

- От этого правила можем несколько отклониться, фактически берем ребят уже с восьми лет. Выстроенная хорошая система поэтапной работы: у нас есть тренер, который работает с младшим звеном. Другой его коллега работает со средним возрастом. Третий тренер занимается со старшими перспективными одаренными детьми. Эта группа базируется на базе училища олимпийского резерва. Ребята там учатся, живут, некоторые получают профессию. Из них формируется сборная края.

- Сколько раз в неделю проходят тренировки?

- У младших ребят - три раза. Кроме этого, часто проходят воскресные турниры. Один из самых любимых - новогодний, когда обязательно приезжают Дед Мороз и Снегурочка. В турнире участвуют дети всех отделений школы и все непременно получают призы.

Большое внимание в спортивной школе уделяется оздоровлению детей в каникулярное время. Ведь каникулы являются не только любимой и желанной порой, но и временем, когда дети, обретая свободу, выйдя из-под контроля педагогов и родителей, могут оказаться в сложной жизненной ситуации. Вот потому под особый контроль в школе берётся организация отдыха учащихся в каникулярное время. В зимний период в воскресные и праздничные дни тренеры-преподаватели со своими воспитанниками выезжают на лыжные базы, ходят в туристические походы, выезжают в Горный Алтай на Семинский пере-



Финал детского фестиваля волейбола «Здесь зажигаются звезды» среди юношей и девушек 2001-2003г.р., г.Барнаул, с/к «Победа», 16-17 октября 2015 года



вал. В летний период основная программа по оздоровлению учащихся проходит в спортивно-оздоровительных лагерях.

- А насколько волейбол травматичен?

- Начнем с того, что сама жизнь связана с опасностями. Вы можете идти и упасть, получить травму, согласны? В волейболе самым уязвимым является голеностоп: прыгнул - и приземлился неудачно или прыгнул на ногу соперника. Травмы плечевого пояса свойственны тем игрокам, которые достигли определенного мастерства, они больше тренируются, и связки не выдерживают нагрузки. Могу сказать, что эти травмы не критичны - они лечатся. Голеностоп, например, восстанавливается в течение 2-3 недель, и человек снова возвращается к тренировкам. В занятиях волейболом больше пользы, чем риска.

Здоровье ребенка было, есть и будет ведущей целью любого детского учреждения. Считаю, что сейчас, как никогда, назрела необходимость обоснованного, всестороннего подхода к этому вопросу. Физкультурно-спортивное движение, составной частью которого является детско-юношеский спорт, - это наиболее универсальный способ физического, духовного развития и оздоровления личности.

- Расскажите о тренерах вашей школы.

- В школе работают 15 тренеров: один мастер спорта, два кандидата в мастера, трое имеют звание «Отличник физической культуры», два - «Ветерана труда», шесть тренеров имеют высшую категорию, восемь - первую. Как видите, все они достаточно высоко квалифицированы. Наши педагоги ежегодно участвуют в краевом конкурсе на звание «Лучший детский тренер», и каждый год один из наших сотрудников становится победителем. А в этом году их двое. Елена Ивановна БОЧКАРЕВА представляет город Бийск, Ильяс Куркаев является ее воспитанником. Второй победитель - молодой специалист, работающий в «Заре Алтая» третий год, Николай Васильевич КАЗАНЦЕВ. Он возглавлял сборную команду 1999 года рождения, на Спартакиаде учащихся команда заняла третье место. Сейчас Николай Васильевич возглавляет сборную команду юношей 2001г.р., они успешно вышли в полуфинал Первенства России. ►



◀ - В декабре уместен вопрос о главных итогах уходящего года.

- Поскольку мы являемся спортивной школой, наша основная задача - показывать высокие спортивные результаты на краевых и всероссийских соревнованиях. Думаю, что 2015 год для нас сложился достаточно удачно. Прежде всего, хотелось бы отметить удачный сезон у наших выпускников. **Ильяс КУРКАЕВ** - мастер спорта международного класса, в 2015 году входил в основную сборную России. Сейчас он выступает в составе команды суперлиги «Енисей» г.Красноярска.

Также в этом году наш выпускник **Кирилл ЮРЧЕНКО** стал победителем VII Всероссийской олимпиады студентов транспортных вузов.

В 2015 году **Ольга ЛИФАНОВА** перешла в команду суперлиги «Омичка», и 13 декабря - ее дебют в суперлиге в игре с московским «Динамо».

Что касается наших учеников, то 2015 год являлся показательным в связи с проведением VII летней Спартакиады учащихся России. Этому циклу всероссийских соревнований всегда уделяется огромное внимание. Министерство спорта именно по ним судит о спортивной работе в регионе. Сборные команды Алтайского края (юноши и девушки) во втором этапе Спартакиады, который проходил в Хакасии (г.Саяногорск) заняли третье и пятое места соответственно.

Ежегодно учащиеся школы участвуют в финальных соревнованиях Первенства России. Дойти до финала - нелегкая задача. Финальному этапу предшествуют зональные и полуфинальные этапы, отбор на которых очень жесткий.

Вообще за период с 2011 по 2015 годы в СДЮШОР подготовлены 17 кандидатов в мастера спорта, 22 спортсмена получили первый разряд, 9 учащихся



Ольга ЛИФАНОВА



Ильяс КУРКАЕВ



ся переданы в команду мастеров «Университет» и 11 - в команду «Алтай-педуниверситет». Считаю, что для успехов ребят хорошо поработали тренеры, родители.

- **О чем мечтаете на следующий год?**

- Чтобы больше было таких талантливых ребят. Нужно отметить, что сейчас очень сложно найти детей, готовых к тренировочному процессу. Главное увлечение большинства ребят - компьютер, и чтобы отвлечь, убедить заниматься спортом, требуется большое усилие тренера и родителей. Для популяризации волейбола мы ежегодно проводим фестиваль волейбола «Здесь зажигают звезды», который собирает до ста команд из различных муниципальных образований и до 1500 участников. В нем участвуют команды практически всех районов и городов Алтайского края. Причем, участвуют не только те районы, в которых развит волейбол. Что меня всегда приятно поражает, это то, что приезжают команды из таких районов, где раньше мы про успехи волейболистов не слышали. В результате на таких соревнованиях мы знакомимся с самыми разными детьми и отбираем одаренных для дальнейшей работы. Каждый фестиваль приносит 2-3 фамилии, перспективных новичков вызываем в основную сборную края, приглашаем в Барнаул жить, тренироваться, учиться играть в волейбол. Ребята приезжают или просто закрепляются

в сборных Алтайского края и участвуют в дальнейшем на всероссийских соревнованиях.

В детско-юношеской спортивной школе «Заря Алтая» всегда открыты двери для юных талантов и дарований и просто желающих заниматься спортом. Здесь вас всегда ждут грамотные, квалифицированные тренеры-преподаватели и новые победы и открытия. ☺



Кирилл ЮРЧЕНКО



Молодежный театр Алтая
09.12.2015 г.

Благотворительный марафон

“Поддержим ребенка”



КГБУЗ «Перинатальный центр (клинический) Алтайского края»



25 лет:

Дорогой жизни и любви...

