

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

# ЗДОРОВЬЕ

## АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№1 (157) ЯНВАРЬ 2016





## ОТ РЕДАКТОРА

**Уважаемые читатели, приветствуя вас в новом году, прежде всего, мы говорим «спасибо» за то, что вы с нами!**

Мы постараемся сделать всё, от нас зависящее, чтобы обсуждаемые темы были поданы разносторонне, чтобы вы смогли получить ответы на вопросы, касающиеся проблем профилактики, здорового образа жизни, партнерства с медиками, когда ваше здоровье требует медицинского внимания и участия.

Среди членов Редакционного совета нашего журнала, его экспертов и авторов - авторитетные и уважаемые специалисты Алтайского края, а главное - неравнодушные, социально активные, считающие своим профессиональным долгом выполнение не только работы в практическом здравоохранении, но и не менее ответственной миссии просвещения.

В планах 2016 года - продолжение публикации материалов в уже традиционных рубриках: «Школа ответственного родительства», «Сердечный разговор с кардиологом» и т. д., а также мы откроем и возродим другие школы для пациентов. Пользуясь случаем, хотелось бы высказать слова особой благодарности за многолетнее партнерство координатору проекта акушеру-гинекологу, д.м.н. Светлане Дмитриевне ЯВОРСКОЙ; отметить большой организационный вклад в работу кардиологов, д.м.н. Надежды Григорьевны ВЕСЕЛОВСКОЙ и Елены Геннадьевны НИКУЛИНОЙ; а также эндокринолога, к.м.н. Инны Александровны ВЕЙЦМАН и детского невролога Дмитрия Владимировича ПАРШИНА, уролога, к.м.н. Ярославы Валерьевны ЯКОВЕЦ.

Так, запланирован цикл материалов школ для пациентов с заболеваниями лёгких, такими, например, как бронхиальная астма, ХОБЛ, острая пневмония. Мы благодарим за поддержку и координацию этого проекта главного внештатного терапевта-пульмонолога края Ирину Владимировну БАХАРЕВУ.

Мы считаем, что тема воспитания здорового ребенка остается особенно актуальной. Специалисты краевых детских лечебных учреждений предлагают обсудить вопросы репродуктивного здоровья подростков. Мы расскажем и о заболеваниях системы пищеварения у детей, аллергических заболеваниях. Запланированы встречи с врачами ревматологом и сурдологом-отоларингологом. Неизменно координацию этого цикла материалов организует к.м.н. Виталий Эдмундович МИЛЛЕР.

Со специалистами Регионального сосудистого центра продолжим обсуждать темы профилактики инсультов, поговорим о возможных поражениях головного мозга при гипертонической болезни, рассеянном склерозе и других нарушениях, встречающихся в неврологической практике. Экспертом данной рубрики выступает заведующий отделением ОНМК ККБ, к.м.н. Сергей Александрович ФЕДЯНИН.

Наша новая рубрика прошлого года «Движение - жизнь!» вызвала интерес читателей, и мы решили ее продолжить. Во многом успех рубрики обусловлен организационным участием члена Редакционного совета журнала, олимпийской чемпионки Натальи Михайловны ШУБЕНКОВОЙ.

Особое внимание в нашем журнале мы всегда уделяли вопросам кадрового обеспечения здравоохранения края в самых различных аспектах. Отмечая важность формирования доверительных отношений между врачом и пациентом, а также вопросов медицинской этики и деонтологии, укомплектования специалистами, в том числе и молодыми, лечебных учреждений края, в наших планах - расширение сотрудничества с Алтайским государственным медицинским университетом: и не только по медицинским проблемам, но и по вопросам профессиональной ориентации будущих студентов. Мы убеждены, что знакомство с особенностями будущей профессии, в том числе и через публикации в нашем журнале, позволит выпускникам школ края сделать более осознанный выбор пути, учитывая не только романтику, но и сложности, огромную ответственность работы в лечебных учреждениях.

**Мы уверены, что нас ждет интересный и насыщенный год. И надеемся, что публикации в журнале «Здоровье алтайской семьи» помогут вам, вашим близким и знакомым сохранить и укрепить здоровье и справиться с недугом.**





3

**Грипп и ОРВИ: как защитить себя и своих близких**



15

**По крику младенца можно поставить диагноз**



28

**Оружие против пневмококка очевидно - вакцинация**



40

**Возможности лечения ИБС**

На обложке: Елена Михайловна РЕУЦКАЯ, заведующая отделением пульмонологии, КГБУЗ «Краевая клиническая больница».

Фото Ларисы Юрченко

Как жители края оценили качество работы ЛПУ ..... 2

Наш партнер - «Алтайский вестник Роспотребнадзора»

О.Ф. Егорова. Грипп и ОРВИ:

как защитить себя и своих близких ..... 3

О.П. Ефремова. Визит к врачу начинается с регистратуры ..... 4-5

#### ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКИЕ ШКОЛЫ

Е.М. Реуцкая. В особой зоне риска - лёгкие курильщика ..... 6-8

#### СЕРДЕЧНЫЙ РАЗГОВОР С КАРДИОЛОГОМ

Л.А. Старкова. Главное после инфаркта -

этапность и постепенность восстановления здоровья ..... 9-11

#### ШКОЛА РЕАБИЛИТАЦИИ ДЦП

Д.В. Паршин. Подходы к лечению ДЦП ..... 12-13

И.Г. Полещук. Немедикаментозные методы

восстановительного лечения больных

со слабостью мышц тазового дна ..... 14

Е.В. Лазарева. По крику младенца можно поставить диагноз ..... 15-17

#### ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА

Г.В. Немцева. Здоровая мама родом из детства ..... 18-20

#### ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

М.В. Арефьева. Инновации в опер.деле и эндоскопии ..... 21

Ю.И. Жавинина. Осторожно, мультики! или Почему

современные дети не испытывают потребности в речи ..... 22-23

С.В. Корягина. Послеоперационная реабилитация

пациентов, перенесших аортокоронарное шунтирование ..... 24

Мы есть то, что мы едим? ..... 25

И.В. Демкина. Перикоронарит ..... 26-27

В.В. Шевченко.

Оружие против пневмококка очевидно - вакцинация ..... 28-29

Комплексы упражнений для улучшения зрения ..... 30

Зима кости ломит ..... 31

Составляем график годовой диспансеризации ..... 32-33

Промываем нос правильно ..... 34

#### ПОБЕДИМ СВОЙ СТРАХ!

Е.В. Рябова. Рак желудка: причины, лечение, профилактика ..... 35-37

Н.В. Шестопалов. Помогаем жить, несмотря ни на что ..... 38-39

#### КОРОНАРНЫЙ КЛУБ

П.А. Ермолин. Возможности лечения ИБС ..... 40-41

#### «СОГРЕЙ ТЕПЛОМ РОДИТЕЛЬСКОГО СЕРДЦА!»

Они гордо носят звание Отец и Мать ..... 42-44



# Как жители края оценили качество работы ЛПУ

**Работа по оценке качества услуг медицинских организаций организована по критериям, утвержденным приказом Министерства здравоохранения РФ от 31.10.2013 №810а «Об организации работы по формированию независимой оценки качества работы государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения».**



Этот же приказ рекомендует к публикации на интернет-сайтах учреждений здравоохранения информацию об их деятельности. Рейтинги открытости и прозрачности государственных медицинских учреждений публикуются на сайте Министерства финансов РФ ([www.bus.gov.ru](http://www.bus.gov.ru)).

На интернет-сайте Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности внедрено автоматизированное анкетирование удовлетворенности качеством предоставления медицинских услуг в амбулаторных и стационарных условиях.

**В 2015 году проведено социологическое исследование, которое позволило дополнительно проанализировать оценку населением качества оказываемой медицинской помощи.** Ответственным за обработку информации по проведению независимой оценки качества услуг в медицинских организациях Алтайского края в рамках государственного задания определено КГБУЗ «Медицинский центр - управляющая компания Алтайского медицинского кластера».

Анкетирование проводилось в центральных районных больницах и городских больницах малых городов Алтайского края: были опрошены по 50 пациентов (30 респондентов, получивших первичную медико-санитарную помощь, и 20 - специализированную помощь).

**Средние краевые показатели доступности оказания плановой медицинской помощи с момента обращения в поликлинику по результатам социологического опроса оцене-**

**ны респондентами положительно в 75,8%.** Большая часть опрошенных записалась на прием к врачу в момент обращения, либо в течение недели после него, что соответствует срокам ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановой форме (*Постановление Администрации Алтайского края от 24.12.2014 №578 «Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов»*).

При необходимости получения стационарной помощи в 87,4% случаев респонденты получили необходимую им плановую госпитализацию в течение одной недели. В целом сроки ожидания плановой госпитализации в медицинских организациях не превышали 30 дней.

**Комфортностью условий** в медицинских организациях при ожидании приема в поликлинике, приемном покое, при получении стационарной медицинской помощи, в том числе для граждан с ограниченными возможностями здоровья, удовлетворены 87,7% опрошенных пациентов («полностью удовлетворен» и «скорее удовлетворен»). Неудовлетворенные высказали 5,8%.

Большая часть пациентов, кто питался в стационаре, указали в ходе опроса, что они либо «полностью удовлетворены» питанием, либо «скорее удовлетворены». В разной степени «не удовлетворенных» питанием в стационаре от числа всех опрошенных - 16% («полностью не удовлетворены» 3,2% опрошенных).

**Удовлетворена качеством уборки помещений, освещением комнат, температурным режимом** подавляющая часть респондентов, которые находились на лечении в стационаре (95,9% респондентов).

При оценке **полноты и качества информации о работе поликлиники и порядке предоставления медицинских услуг, расположенную непосредственно в медицинской организации и на её официальном сайте**, около 76% опрошенных сказали, что ею «не интересуются». Те, кто интересовался, - 90 и более % отметили, что она «полная и удобная для восприятия».

Положительно в целом по краю оценили «доброжелательность, вежливость и компетентность» врачей и среднего медицинского персонала как в амбулаторном, так и в стационарном звене: 91,2% - «хорошо» и «отлично». Большинство респондентов отметили, что остались довольны опросом, осмотром врача и объяснением назначенных лечения и процедур (90,3% - на приеме в поликлинике, 97% - при получении медицинской помощи в стационарных условиях).

**Несмотря на высокий уровень удовлетворенности как работой врачей, так и самой медицинской организацией (92,7%), «рекомендовали бы своим друзьям и родственникам именно ту медицинскую организацию, где они сами проходили лечение» только 65,8% опрошенных, получивших стационарную помощь, и 45%, кто получил амбулаторную помощь.** ☺



# Грипп и ОРВИ: как защитить себя и своих близких

**Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) являются самыми распространенными среди инфекционных заболеваний и наиболее актуальными в зимний период.**

ОРВИ вызываются разнообразными респираторными вирусами. Наиболее тяжелым заболеванием является **грипп**.

Для гриппа характерно **внезапное начало** с подъема температуры тела до высоких цифр, выраженная интоксикация, озноб, мышечные и головные боли, сухой кашель, слезотечение. У больных гриппом часто наблюдаются обострения хронических заболеваний: бронхиальной астмы и хронического бронхита, сердечно-сосудистых заболеваний, заболеваний почек, нарушение обмена веществ и т.д. **Грипп отличается от других инфекций тяжелым течением, наличием осложнений, которые могут закончиться смертельным исходом.**

По информации Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, на территории Российской Федерации в этом сезоне активно циркулирует вирус А (H1N1)/2009. При заражении отмечается **очень быстрое развитие клинической картины** и возможно возникновение осложнений в виде пневмонии. Вирус легко передается от человека к человеку. Симптомы заболевания аналогичны симптомам обычного (сезонного) гриппа. **Наиболее предрасположены к заболеванию пожилые люди, маленькие дети, беременные женщины, люди с ослабленным иммунитетом и страдающие хроническими заболеваниями** (астмой, диабетом, сердечно-сосудистыми заболеваниями).

## **ВАЖНА ПРОФИЛАКТИКА!**

Эффективность профилактики гриппа и ОРВИ будет достигнута при комбинации средств специфической и неспецифической защиты.

**К специфической профилактике относится вакцинация.** Вакцинация против гриппа проводится однократно, и иммунитет сохраняется в течение года. Прививаться против гриппа лучше до начала эпидемического подъема заболеваемости гриппом, так как иммунитет формируется две недели.

Осенью 2015 года в Алтайском крае было привито против гриппа 633,9 тысяч человек (27% населения края). Это позволило создать определенную иммунную прослойку, однако, чтобы полностью купировать ситуацию, - этого недостаточно. Поэтому жителям нельзя забывать о **неспецифической профилактике**. К ней относятся **мероприятия, направленные на общее укрепление организма**. Это простые, всем известные правила, которыми, однако, многие пренебрегают:

- ◆ чаще мыть руки;
- ◆ применять индивидуальные средства защиты органов дыхания (маски), особенно в общественных местах, применять противовирусные мази (оксолиновая мазь) для обработки носовых ходов;
- ◆ в период подъема заболеваемости ОРВИ постараться *избегать посещения мест массового скопления людей*;
- ◆ при планировании посещения общественных мест *брать с собой медицинскую маску*: если в общественном месте чихают и кашляют, закрывать рот и нос медицинской маской или носовым платком;
- ◆ при появлении больного в семье необходимо его *изолировать*;
- ◆ отправляясь на прогулку, *одеваться по погоде*, на улице не переохлаждаться;
- ◆ *укреплять иммунитет*: принимать витаминно-минеральные препараты; средства, стимулирующие иммунитет; интерфероны;
- ◆ регулярно *проветривать помещения*, увлажнять воздух, ежедневно проводить влажную уборку;
- ◆ *правильно питаться*: включить в рацион продукты, содержащие витамины А, С: цитрусовые, молочные и кисломолочные продукты, твердые сыры, рыбу, мясо, сухофрукты;
- ◆ *пить больше жидкости*: воды, фруктовых и овощных соков;
- ◆ *больше гулять на свежем воздухе*, заниматься физкультурой, закаляться;
- ◆ *избегать стрессов*, переутомления.



## **ОСОБОЕ ВНИМАНИЕ - ДЕТЯМ**

Родителям необходимо быть особенно внимательными: каждое утро перед посещением школы, детского дошкольного учреждения **оценивать состояние здоровья ребенка**, измерять температуру. **В организованный коллектив отправлять только здорового ребенка! При появлении у ребенка первых клинических признаков ОРВИ и гриппа необходимо незамедлительно обратиться к врачу, не заниматься самолечением.**

В дошкольных и школьных коллективах особенно большое значение имеют **ежедневные утренние осмотры детей и соблюдение противоэпидемического режима**. При выявлении на утреннем приеме признаков заболевания (насморк, кашель, недомогание) дети в организованный коллектив не должны допускаться. Необходимо обеспечить в образовательных учреждениях соблюдение температурного и дезинфекционного режимов, режим проветривания в отсутствие детей.

## **НЕ ЗАНИМАЙТЕСЬ САМОЛЕЧЕНИЕМ!**

Специалисты Управления Роспотребнадзора по Алтайскому краю рекомендуют при появлении первых клинических признаков ОРВИ и гриппа **немедленно обращаться за медицинской помощью**, больные не должны посещать рабочие места или организованные детские коллективы. Не занимайтесь самолечением: вирусы гриппа, циркулирующие в этом году, вызывают быстрое развитие клинических проявлений и тяжелое течение заболевания. ☹

**О.Ф. ЕГОРОВА,**  
начальник отдела эпидемиологического надзора и санитарной охраны территории Управления Роспотребнадзора по Алтайскому краю





# Визит к врачу начинается с регистратуры



**Ольга Павловна ЕФРЕМОВА,**  
врач-методист  
организационно-методического отдела,  
КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края»

**Театр начинается с вешалки, а лечебное учреждение с регистратуры. Примерно год назад в Диагностическом центре Алтайского края решились на перестройку регистратурно-диспетчерского подразделения.**

Первым делом, что сейчас бросается в глаза при входе в Центр - это большой, просторный холл, где много света и воздуха. Мебель, сопровождение, навигация - кажется, все детали продуманы для удобства и комфорта посетителя. И если раньше, особенно в утренние часы, пациентам приходилось простаивать в очереди, то сегодня здесь многое изменилось.

«Перестройка» началась с анкетирования пациентов. Была поставлена цель - изучить мнение о качестве оказываемой медицинской помощи и работе регистратуры. Следующий шаг - проведение глубокого анкетирования сотрудников отделений, руководителей отделов с целью выявления проблем во взаимодействии между подразделениями и регистрационно-диспетчерским отделом. Эта, на первый взгляд, рутинная работа позволила скорректировать план, разработать инструкции по подбору кандидатов для call-центра, утвердить стандарты общения и внешнего вида сотрудников РДО.

**Результат не заставил ждать: сократилось количество жалоб на работу регистратуры (с марта по декабрь 2015г.), появились благодарности.** Каждый месяц посетители Центра путем голосования выбирают лучшего регистратора. Это мотивирует коллектив, люди стараются лучше работать, самосовершенствоваться. Ну а лучшего из лучших регистратора впервые выберут в этом году в День медицинского работника.

Регистраторы являются сотрудниками, которые не проходят регулярного обучения. Мы задались целью изменить ситуацию. Начали с того, что провели двухдневный семинар «Повышение уровня компетенции

сотрудников РДО, развитие коммуникативных навыков. Формирование имиджа медицинского регистратора». Постоянно проводятся методические семинары с заведующими отделениями и отделов с целью повышения уровня информатизации о проводимых услугах и методах исследования сотрудников РДО. Эти мероприятия позволили предоставить максимальную информацию, ответить на многие возникающие в ходе работы вопросы. Была проведена аттестация сотрудников отдела, сделан шаг к росту их ответственности, формированию престижа профессии. Сотрудниками проработаны нормативные документы, что немаловажно при большом объеме работы, требующей огромных знаний. Начиная от работы в системе ОМС, с договорами, бухгалтерскими документами и заканчивая грамотным общением с пациентами, - всё это требует настоящего профессионализма.





**В Центре должно быть удобно всем категориям пациентов, включая маломобильных граждан.** Поэтому весь имеющийся для посетителей информационный материал переведен в систему Брайля и размещен для людей с ограниченными возможностями в специально отведенном месте в холле первого этажа. **Это важный элемент «доступной среды», и, можем сказать, что Диагностический центр многое делает в этом направлении.**

Сотрудниками call-центра ежедневно выполняется большой объем работы. **За месяц в нашу диспетчерскую поступают от 15 до 17 тысяч звонков.** Оптимизацию работы call-центра также начали с анализа качества приема звонков, динамики загруженности операторов. В результате приняли решение о создании call-центра на базе связи одного из мобильных операторов края. Среди преимуществ такого решения можно выделить мобильность оборудования, его низкую стоимость, размещение без привязки к инфраструктуре.

Далее было разработано и утверждено положение о работе call-центра, внедрен формат общения сотрудников с пациентами, критерии отбора кадров. Надо понимать, что общение с человеком по телефону - серьезная работа, для выполнения которой нужно иметь не только приятный голос, но и серьезную психологическую подготовку, оставаться в любой ситуации выдержанным, уравновешенным, ориентироваться в медицине вообще, в работе нашей медицинской организации в частности. Претенденты на эту работу проходили отбор в несколько этапов. И теперь можно утверждать: у нас работают образцовые сотрудники. Результатом проделанной работы стало снижение количества непринятых звонков: в марте 2015 года они составляли 60% от общего числа, а в декабре - только 3 процента! Работа с коллективом продолжается: мы обязательно регулярно прослушиваем записи разговоров, анализируем и корректируем работу диспетчеров.



В конце декабря прошлого года был разработан формат специализированной мебели для call-центра. Она уже установлена с обязательной экранизацией каждого рабочего места для создания максимально комфортных условий работы.

Любая работа - это, прежде всего люди, всё получается, если это не механический процесс, а искреннее желание добиться результата. **Я бы хотела отметить старшего регистратора О.Н. АФАНАСЬЕВУ, диспетчера Ю.И. ВОЛКОВУ, старшего регистратора Е.Б. СБРЯДОВУ, психолога Е.К. ТАКТАШЕВУ.**

*Результат усилий коллектива очевиден. В Диагностический Центр Алтайского края стало легче дозвониться, записаться на обследование, а каждый посетитель, придя к нам, не чувствует себя брошенным наедине со своими проблемами. Работа регистратуры и администраторов направлена на то, чтобы максимально маршрутизировать человека, обеспечить его вниманием и оказать необходимую консультативную помощь. ☺*

**Результатом проделанной работы стало снижение количества непринятых звонков: в марте 2015 года они составляли 60% от общего числа, а в декабре - только 3 процента!**

### 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*



# В особой зоне риска - лёгкие курильщика

*По данным статистики, на долю болезней легких и бронхов приходится от 40 до 50% от общей заболеваемости. Но особенно широк круг пациентов, страдающих различными (в том числе хроническими) болезнями органов дыхания, вызванными курением, плохой экологической обстановкой в городах, несоблюдением норм охраны труда на производстве.*

Загазованность воздуха, наличие в нем мельчайших механических загрязнений приводят к развитию бронхитов, трахеитов и бронхиальной астмы, хронической обструктивной болезни легких. Сегодня жертв плохой экологии и вредных привычек на приеме у врача-пульмонолога в разы больше, чем тех, кто обращается по поводу пневмоний или других заболеваний дыхательной системы, имеющих «простудную» этиологию. Пульмонология тесно сотрудничает с такими областями медицины, как отоларингология, кардиология, онкология, фтизиатрия, аллергология, трансплантология, интенсивная терапия и реаниматология.

**Отделение пульмонологии КГБУЗ «Краевая клиническая больница» входит в состав Алтайского пульмонологического центра**, возглавляемого доктором медицинских наук, профессором, членом-корреспондентом РАМН **Я.Н. ШОЙХЕТОМ**. Оно оснащено современной медицинской техникой и препаратами, позволяющими осуществлять своевременную диагностику и проводить эффективное лечение заболеваний органов дыхания инфекционной и аллергической природы на уровне ведущих пульмонологических клиник страны.

О работе пульмонологического отделения краевой клинической больницы рассказывает его руководитель **Елена Михайловна РЕУЦКАЯ**.

**- Давайте начнем представление отделения с общей характеристики его возможностей.**

- Отделение пульмонологии краевой клинической больницы основано в 1968 году мощностью 60 коек. Сегодня кадровый состав нашего отделения представлен высококвалифицированными врачами-пульмонологами, которые имеют сертификаты по пульмонологии, высшую и первую квалификационные категории по данной специальности. Это - кандидат медицинских наук **Д.В. ПЕТРОВА**, **Е.М. ПЕТАЕВА**, **О.Л. СОСНОВА**, **С.Д. МИХЕЛЬ**, **Ю.А. ПОПОВА**, **С.И. КЫТМАНОВА**, **М.А. ЯКУШЕВА**, **О.А. БЕЛОУСОВА**, **И.В. МИТУСОВА**, **О.Г. НАХТИГАЛ**. Консультативную помощь отделению оказывают **Т.В. БЕДНАРЖЕВСКАЯ**, доктор медицинских наук, врач высшей категории, и **И.В. БАХАРЕВА**, главный терапевт-пульмонолог Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтике, кандидат медицинских наук, врач высшей категории.

Большая заслуга в слаженной работе отделения принадлежит и медицинским сестрам: старшей медсестре отделения **О.А. КОПАНИЦЫНОЙ**, постовым сестрам **Н.И. ПОПОВОЙ** и **Е.В. ПОЛЯКОВОЙ**, медсестре кабинета небулизации **С.А. КАЗАНЦЕВОЙ**, процедурным сестрам **Н.А. СИВИРИНОЙ** и **А.А. КАЛАЧЕВОЙ**, сестрой-хозяйке **Л.И. ОВСИЕНКО**.



Врачи отделения ведут также консультативный прием в краевой поликлинике.

Больные на лечение в наше отделение поступают из всех районов края. Госпитализация осуществляется несколькими путями. В первую очередь, показания для стационарного лечения определяет врач-пульмонолог консультативного приема краевой поликлиники. По месту жительства пациент обращается к участковому терапевту, который имеет возможность через удаленную регистрацию записать пациента на прием к пульмонологу (как и к другим специалистам краевой консультативной поликлиники). Проведенное на уровне районных больниц обследование может быть дополнено в краевой поликлинике и решен вопрос о госпитализации в пульмонологическое отделение краевой клинической больницы, если в этом есть необходимость. Госпитализация осуществляется день в день при неотложных состояниях больного, в других случаях - ожидание может составлять от 2-3 дней до 6-7.

Второй вариант госпитализации реализуется в тяжелых случаях





## ...Когда дышит легко человек

течения болезни, когда *транспортировка больного осуществляется с привлечением специалистов краевого центра медицины катастроф*. Поскольку наши специалисты постоянно проводят удаленное консультирование врачей центральных районных больниц, мы хорошо понимаем, когда общетерапевтических мероприятий становится недостаточно и больного необходимо перевести в ККБ. Соответственно обговариваем время и способ перевода. Бывают ситуации, когда дыхательная недостаточность больного требует серьезной респираторной поддержки или кислородотерапии при транспортировке, сегодня это возможно силами центра медицины катастроф.

Наконец, есть третий путь попасть в отделение - когда **при лечении в нашем многопрофильном стационаре у пациентов возникают лёгочные проблемы**: пневмония или обострение бронхиальной астмы, хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и т.д., тогда осуществляется перевод к нам, пульмонологам.

Напомню, что в поликлинике краевой больницы осуществляется внебюджетный прием пациентов. В таких случаях, если пациенты не хотят ждать очереди направ-

ления на лечение в стационар, они могут получить консультацию пульмонолога и решится вопрос о госпитализации.

### **- Можно говорить о сезонности работы отделения?**

- Отделение всегда работает на полную мощность, вне зависимости от сезона. В том году стояло жаркое лето, но всё равно работы было очень много. Конечно, у наших больных есть и осеннее обострение. Как правило, по окончании сельскохозяйственных работ люди «вспоминают о здоровье» и едут в больницу. Поэтому в течение трех осенних месяцев, как правило, отделение пульмонологии перегружено.

Средний период пребывания больного на стационарном лечении - около двух недель. В этот короткий срок организуются обследование и лечение. Бывают, разумеется, неординарные ситуации, когда в отделение поступают тяжелые больные, когда ни о каком среднем сроке речь идти не может.

Палаты отделения рассчитаны на пребывание максимум четырех пациентов. Они достаточно комфортны для больных, в каждой есть санитарный узел, душевая. В отделении два процедурных кабинета, два поста. Оборудован ка-

бинет небулизации - это один из основных методов лечения больных с респираторными жалобами. Созданы условия для подготовки к любым обследованиям.

### **- С какими жалобами можно прийти на прием к пульмонологу?**

- В нашем отделении проводятся диагностика и лечение самых разнообразных, в том числе редких, заболеваний дыхательной системы. *Оказывается высококвалифицированная медицинская помощь больным с тяжелыми формами бронхиальной астмы, хроническими обструктивными болезнями легких, легочным фиброзом, саркоидозом легких, тяжелыми и осложненными пневмониями, первичными и вторичными легочными гипертензиями, муковисцидозом, бронхоэктатической болезнью и другими заболеваниями.*

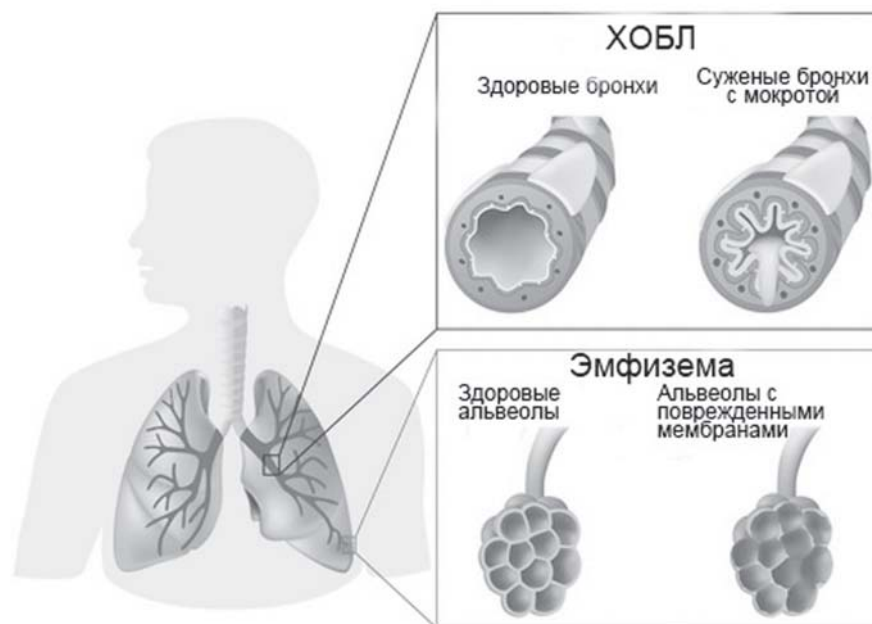
Также одним из важных направлений работы отделения является *лечение различных нарушений дыхательной функции во время сна* (обструктивное апноэ сна и др.).

Внедряются в общеклиническую практику *методы неинвазивной вентилиации лёгких* (при помощи масочных устройств, что легко переносится пациентами), *длительная кислородотерапия* (единственный метод, позволяющий продлить жизнь пациентам с тяжелыми формами ХОБЛ). Эти методы показали высокую эффективность, отсутствие побочных эффектов и простоту использования.

Применяемый в отделении алгоритм использования многих антибиотиков, бронходилататоров, ингаляционных глюкокортикостероидов, ставших незаменимыми в пульмонологической практике, полностью соответствует стандартам оказания помощи больным пульмонологического профиля.

Много берем пациентов со сложными заболеваниями легких, когда требуется серьезный диагностический поиск: фибробронхоскопия, исследование функции внешнего дыхания, диффузионной способности лёгких, мультиспиральная компьютерная томография органов грудной клет-

## Хроническая обструктивная болезнь легких



## Пульмонологические школы

ки и т.д. В отделении доступны самые современные методы исследования работы органов дыхания.

**Наши врачи сотрудничают со всеми лабораторными отделениями краевой больницы.** Ключевыми являются исследования, проводимые в общеклинической и бактериологической, иммунологической лабораториях. В «одной упряжке» работаем с отделением функциональной диагностики, имеем возможность проводить такое сложное обследование, как эргоспирометрия, когда одновременно анализируется работа сердца и легких. Не представляем своей работы без рентгенологов: они выполняют на современном оборудовании снимки легких, проводят компьютерную томографию легких, что является наиболее информативным обследованием. Нередко решающую роль в правильной диагностике играют и эндоскопические исследования.

Технические возможности нашей больницы необычайно широки - и они в полной мере используются при лечении каждого пациента. Это особенно важно, когда причины одышки, кашля, дыхательной недостаточности являются внелегочными, кроются в нарушениях работы других органов: сердца, желудка, кишечника. Также высоки и лечебные возможности нашей больницы: опыт в применении антибиотиков широкого спектра действия, бронхорасширяющих препаратов, которым обладают врачи краевой больницы, несомненно, дает свои результаты. Всегда в наличии необходимые препараты.

**- Каков средний возраст пациентов отделения?**

- Здесь проходят лечение пациенты в возрасте от 18 лет и до бесконечности - ограничений нет. Средний возраст больных - это средний возраст современного человека: 40-50 лет.

**- Насколько верна мысль о том, что недолеченная простуда может стать причиной хронического бронхита и других лёгочных болезней?**

- К сожалению, в обществе сформировалась традиция самолечения, в том числе простудных заболеваний. Доступность препаратов, медикаментов, рекламные лозунги приводят к тому, что мы всё чаще сталкиваемся с осложнениями вирусной инфекции, развитием вирусно-бактериальных пневмоний. С простудой больные могут лечиться самостоятельно и 5, и 30 дней. И будут уверены, что болезнь пройдет без врачебной помощи. Между тем **вирусные инфекции являются мощными провокаторами обострения бронхиальной астмы, ХОБЛ, других заболеваний**, потому что, если даже вирусная инфекция протекает abortивно (в стёртой форме), всё равно она может «проторить дорожку» для бактериальной инфекции. И больные с ХОБЛ особенно этому подвержены.

**- Каким может быть главный совет больным вашего профиля?**

- **Пациенты с ХОБЛ, бронхиальной астмой должны постоянно принимать бронхорасширяющие и противовоспалительные препараты.** К сожалению, не все пациенты придерживаются этого правила, как, впрочем, и при других заболеваниях. Когда астматик, например, задыхается во время обострения болезни, ему не надо напоминать о необходимости регулярного вдыхания препаратов. Как только обострение купировано, приверженность терапии снижается. Отмена, по своему желанию, приема препаратов завершается более тяжелым обострением болезни. Это относится и к ХОБЛ: для каждой степени обструкции есть набор препаратов, которые следует постоянно вдыхать пациенту независимо от его субъективного самочувствия.

Другое отличие нашей группы заболеваний - это **обязательный отказ от курения для эффективного лечения.** В настоящее время курение сигарет является самым распространенным и важным фактором риска развития ХОБЛ. У никотиновых курильщиков наблюдаются повышенная распростра-

ненность респираторных симптомов и расстройств легочной функции, повышенная смертность от ХОБЛ по сравнению с некурящими. Другие виды курения табака (например, трубка, сигары, кальян и курение марихуаны) также являются факторами риска развития ХОБЛ. Пассивное курение может вносить свой вклад в развитие респираторных симптомов. Угрозу жизни и здоровью человека представляют 4000 канцерогенов, различных смол, находящихся в табачном дыму. Мы говорим об этом с пациентами, проводим разные аналогии, обсуждаем способы отказа от курения, предлагаем препараты, содержащие никотин, и другие, чтобы облегчить первые дни без сигарет. Но, к сожалению, врачей слышат не всегда. ХОБЛ относится к таким заболеваниям, которые можно предотвратить, просто не начиная курить. Кто-то легко соглашается с доводами лечащего врача, другие, наоборот, спорят. Курят даже те, кто находится на постоянной кислородотерапии! Требуется большой объем работы специалистов различных профилей, включая психотерапевтов, врачей общей практики.

**- Такое сотрудничество отделений в лечении каждого пациента, какое сложилось в ККБ, встретишь не в каждой больнице...**

- Нас всегда учили: надо лечить не болезнь, а больного. И мы стремимся следовать этому правилу. У современного человека среднего и старшего возраста зачастую имеется несколько серьезных хронических заболеваний. Если для определения тактики лечения требуется консультация другого специалиста, обязательно приглашаем и коллегиально решаем все вопросы, касающиеся лечения и обследования сопутствующей патологии. Многопрофильная, хорошо оснащенная больница положительно влияет на мышление врача. Подбор комплексного лечения сравним с искусством врачевания. Наша больница дает нам возможность этому быстро научиться. ☺

Лариса Юрченко





# Главное после инфаркта - этапность и постепенность восстановления здоровья

**Отделение реабилитации в КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер» было открыто 22 февраля 1988 года. В последующие годы название отделения несколько раз менялось, но основная задача оставалась неизменной: возвращение больных, перенесших острый инфаркт миокарда и операции на сердце, к привычному для них уровню физической активности, самостоятельному решению ежедневных бытовых проблем, обучение человека программе восстановления здоровья и социального статуса.**



В том же 1988 году для повышения качества и доступности специализированной кардиологической помощи жителям края была внедрена система дистанционного мониторинга пациентов с инфарктом миокарда в сельских районах. Ее введение сократило сроки госпитального этапа и увеличило охват специализированной помощью нуждающихся в ней в 2,5 раза.

Несмотря на важность решаемых задач, подобное отделение остается единственным в крае. **Ежегодно реабилитацию в отделении АККД проходят более 700 человек.**

Об особенностях этого особого периода в жизни пациента, работе отделения реабилитации краевого кардиодиспансера наш разговор - с заведующей отделением, врачом высшей категории, кандидатом медицинских наук, Отличником здравоохранения, членом Международного общества кардиологов **Л.А. СТАРКОВОЙ**, которая работает в отделении с его открытия.

**- Людмила Андреевна, когда начинается реабилитационный процесс?**

- Восстановление здоровья - реабилитация - начинается еще в реанимационном отделении и продолжается - в кардиологическом. В зависимости от состояния больного назначается оптимальный режим физической активности с постепенным увеличением объема и интенсивности. В условиях отделения

очень важно, чтобы за пациентом во время выполнения физических нагрузок наблюдал специалист по лечебной физкультуре, контролируя пульс, артериальное давление, назначая кардиограмму. В кардиологическом отделении занятия ЛФК проводятся в гимнастическом зале, дозированная ходьба осуществляется в коридоре отделения со специальной разметкой.

**- А насколько важна психологическая помощь пациенту, перенесшему инфаркт миокарда?**

- Мы всегда занимались решением проблемы социально-психологической адаптации больных, перенесших инфаркт миокарда. Совместно с кафедрой социологии АГУ в 1991 году была реализована идея создания особой структуры, в которую вошли психологи, социологи, андрологи, юристы и т.д. Сегодня это - краевой кризисный центр. Конечно, сейчас там трудятся другие люди, но тем не менее сотрудничество кардиодиспансера и этого Центра на сегодня сохраняется.

*Все больные инфарктом миокарда обязательно консультируются психологом.* Поскольку сроки пребывания в стационаре ограничены, наша задача - не столько оказать помощь в данный период, сколько выяснить, спрогнозировать дальнейшее состояние больного, в том числе и психологическое. Если психолог проводит обследование и понимает, что на се-

годняшний день есть проблемы, - обязательно даются рекомендации. Одним пациентам нужно заниматься рациональной психотерапией, которую способен провести любой врач. Другим необходима помощь нашего психотерапевта. Около двадцати лет у нас работали два психотерапевта и два психолога. Представляете, какой объем помощи мы могли оказать больным? Как правило, 90% проблем, которые требуют решения, - это депрессии и тревоги. И это состояние надо обязательно преодолеть.

**- Можно сказать, что вывод из состояния депрессии помогает снизить вероятность следующего инфаркта?**

- Если человек длительное время находится в состоянии депрессии, риск повторного инфаркта у него в 2,5 раза выше. Более того, и риск внезапной смерти у такого человека вдвое выше по сравнению с теми пациентами, у кого нет депрессии. Мы проводили исследование, направленное на выяснение того, как меняется уровень депрессии пациента за время пребывания у нас в отделении. Оказалось, что 40% - практически половина больных! - при поступлении в отделение имеют пси- ►





**В Алтайском крае накоплен большой опыт реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда. С февраля 2015 года возобновило работу специализированное отделение для кардиологических больных в санатории «Барнаулский». Долечивание осуществляется за счет средств Фонда обязательного медицинского страхования. При отсутствии противопоказаний пациенты, перенесшие инфаркт миокарда или операцию на сердце, после окончания стационарного лечения направляются на санаторную реабилитацию.**

хологические проблемы. Занятия с психологом, психотерапевтом, общение с лечащим врачом-кардиологом возвращают эту группу к нормальным показателям. Таким образом мы смогли снизить число повторных инфарктов, помочь человеку жить дольше. Психологическая помощь - очень важный раздел реабилитации наших больных.

**- Есть такое мнение, что к острому инфаркту приводят серьезные переживания, стрессовая ситуация... Насколько это неверно?**

- В каждом событии надо уметь находить причины и повод. Конечно, *главной причиной инфаркта являются изменения в кровеносных сосудах*, в которых в течение жизни по разным причинам сформировались холестериновые бляшки. Стресс является чаще поводом события, но не его причиной. В измененном сосуде по ряду причин образуется тромб, делающий сосуд непроходимым, - возникает инфаркт. Есть и заблуждение: инфаркт - это некое поражение сердца. Совершенно не верно: *при инфаркте нарушается работа всех систем организма, каждой его клетки*. Страдают головной мозг, почки, возникает напряжение эндокринных органов, сбой функции поджелудочной железы и т.д. Это обязательно учитывается в медицинской практике.

**- Какковы приметы инфаркта? Насколько допустимо человеку с болью в области сердца надеяться: отлежусь, само пройдет?**

- Есть типичные боли, сопровождающие инфаркт миокарда, про которые мы всегда говорим. Чаще это *- давящая или жгучая боль за грудиной*, которая может отдавать в руку. Но есть атипичные формы инфаркта, распознать которые может только врач. При острой боли лучше перестраховаться и вызвать вовремя «скорую помощь». Результативность лечения инфаркта миокарда зависит от оперативности ее оказания. Инфаркт - это всегда тромб. Если успели его растворить - ввести лекарство или сделать операцию, баллонную ангиопластику или стентирование, то есть любым способом восстановить проходимость сосуда, тогда последствия будут минимальными, меньше клеток миокарда погибнет. Если обращение за помощью позднее, инфаркт, как правило, уже сформировался и мы лечим уже его последствия, что намного труднее.

**- Старшее поколение помнит, что при инфаркте больной многие дни лежал почти без движений. Какие методы помощи применяются сегодня?**

- В 60-х годах прошлого столетия для кардиологов стало очевидно, что чем дольше человек, перенесший инфаркт, лежит, тем больше риск получения осложнений. Сейчас уже в первые сутки после инфаркта вводятся элементы физической активности. Еще когда человек находится в реанимации, ему помогают делать пассивные движения, переворачивают, начинают присаживать. К пятому дню в кардиологическом отделении пациент уже выходит из палаты самостоятельно. Последовательность - один из главных принципов нашей работы. *Нагрузки должны начинаться как можно раньше и быть оптимальными, то есть определенному сроку инфаркта должны соответствовать конкретные объемы физической активности*. Соответствующая методика была разработана у нас в отделении. Мы проанализировали свой накопленный опыт, публикации российских и зарубежных ученых, разработали подробную инструкцию - по дням расписали физические нагрузки, их продолжительность и интенсивность. В один день, например, можно выйти в коридор и пройти 50м, через два дня - уже 75м и т.д. Таким образом к выписке - в среднем это происходит на 15-й день, если нет осложнений, - человек ходит 1,5-2км в день, спускается и поднимается на один этаж. С таким объемом нагрузок он может быть независимым в быту. Может отправиться на прогулку, прийти самостоятельно в поликлинику, не быть обузой для близких, что очень важно.

**- В годы особой популярности оздоровительного бега существовал лозунг «бегом от инфаркта». Насколько он верен?**

- Бег никто не запрещает, если он соответствует программе реабилитации, вводится постепенно. В зависимости от резерва организма, определяемого врачом при проведении нагрузочных проб, пациент получает соответствующие рекомендации. Оптимальность нагрузок обеспечивает тренировочный эффект и исключает осложнения. Об этом всегда необходимо помнить.

**- Кто ваши пациенты - по возрасту, роду занятий, половой принадлежности?**

- Инфаркты значительно помолодели, все чаще, к сожалению, нашими





## Сердечный разговор с кардиологом

пациентами становятся тридцатилетние. Паспортный возраст и биологический - это не всегда одно и то же. Бывают настолько сохранные пациенты: даже в 80 лет они продолжают работать, выполняют значительные физические нагрузки. И им хочется помочь восстановить двигательную активность до того уровня, который был до инфаркта. Не так давно выписали пациента, которому исполнилось 88 лет. О молодых и говорить не приходится - они должны восстанавливаться обязательно, должны вернуться к работе, привычному образу жизни, который был до инфаркта.

### - Сколько больных находится в отделении?

- За месяц в отделении проходят лечение до 200 больных. Заведующий отделением должен посмотреть каждого в течение первых трех суток и потом обязательно раз в неделю. Лечение каждого больного требует индивидуального подхода. Есть определенные протоколы лечения, клинические рекомендации, стандарты, определен, например, перечень лекарств, но назначаемые дозы будут разные, в зависимости от состояния больного врач из одной группы препаратов выбирает конкретный. *Подход к лечению всегда индивидуальный:* и при общении врача и пациента, и при формировании рекомендаций по лечебной физкультуре.

### - Вы выбрали кардиологию своей специальностью, тем самым согласились с постоянным присутствием в зоне повышенных психологических нагрузок...

- Это особенности профессии. Более того: даже сидя в ординаторской, заполняя истории болезни и вдруг услышав быстрые шаги по коридору, внутренне уже готова бежать, оказывать экстренную помощь. Такой внутренний настрой вырабатывается у всех докторов в отделении.

Моя работа мне приносит удовлетворение. Я больше 30 лет в кардиологии, 27 из них - со дня открытия - в кардиодиспансере. Таких отделений реабилитации, как наше, до сих пор в крае нет. Отделение уникальное, разработаны уникальные методики, и люди в коллективе тоже уникальные. Когда видишь воплощение своей мечты, - испытываешь чувство глубокого удовлетворения. Представьте: появилась идея, ты ее воплотил в жизнь, и она работает, результат есть - возвращено здоровье человеку.

## Вы перенесли инфаркт миокарда. Что делать после возвращения домой из больницы?

*Использовать знания и навыки, полученные в отделении:*

- выполнять оптимальные физические нагрузки;
- организовать здоровое питание: ограничить животные жиры в ежедневном рационе, употреблять не более 5г соли в сутки, обязательно съедать 5 порций овощей и фруктов в день;
- отказаться от курения и употребления алкоголя;
- контролировать уровень артериального давления;
- снизить массу тела;
- научиться управлять стрессом и негативными эмоциями;
- организовать здоровый сон;
- регулярно принимать лекарства в соответствии с назначением врача;
- регулярно контролировать уровень холестерина и сахара в крови.

В отделении работают и молодежь, и интерны. Есть доктора, с которыми мы работаем с открытия диспансера. Молодежь очень люблю. Происходит взаимный обмен информацией между опытными и начинающими докторами, одинаково важный для всех.

### - Значит, неверно считать, что работа в государственных медицинских учреждениях не популярна у молодых врачей?

- У меня - очередь из желающих работать в отделении. Приходят интерны, клинические ординаторы, потом звонят, узнают - не освободилось ли место. Сегодня в отделении работают шесть врачей. Елена Дмитриевна КОСОУХОВА трудится с открытия отделения, всегда активно участвует в разработке и внедрении новых методик, грамотный кардиолог высокой квалификации. Я рада знакомству и совместной работе с Ларисой Владимировной ВАСИЛЕВСКОЙ, замечательным доктором высокой квалификации. Пришли молодые доктора: Оксана Владимировна ПАВЛОВА, Анна Анатольевна СУВОРОВА, Анна Александровна НАЛИВАЙКО. Я довольна их работой и всегда испытываю гордость за наше отделение.

У нас стабильный коллектив медицинских сестер, в этом большая заслуга старшей медсестры Татьяны Ивановны КВАСОВОЙ, с которой мы работаем вместе с открытия отделения. Если говорят о коллегах «правая рука», то это и правая, и левая рука, незаменимый помощник во всем. Все медсестры - со стажем, с большим опытом работы. ☺

Лариса Юрченко

**Бесплатное лекарственное обеспечение лиц, перенесших инфаркт миокарда и операции по протезированию клапанов сердца регламентируется Постановлением Правительства РФ от 30.07.1994 №890 и Письмом Главного управления от 29.07.2015 №01/09-09/5.**



# Подходы к лечению ДЦП



## Дмитрий Владимирович ПАРШИН,

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

**В этой статье мы продолжаем говорить о позиционном менеджменте, и рассмотрим позиционирование в положении сидя и стоя.**

Дети с GFMCS I могут самостоятельно сидеть до первого года, со II уровнем - до двух лет. Поэтому позиционирование в положении сидя для данной категории детей не столь значимо и не требует использования специальных опор для сидения или ортопедических кресел. Дети с III уровнем самостоятельно могут садиться и сидеть, однако этот навык формируется более поздно (после двух лет). К тому же у них имеется более выраженное нарушение позы, что влияет на качество сидения и требует использования ортопедических кресел. Им могут потребоваться прогулочные коляски для перемещения на дальние расстояния в позе сидя. Дети с IV и V уровнями по GFMCS не могут поддерживать правильную позу и самостоятельно садиться. Им необходимы специальные ортопедические кресла, коляски для перемещения по квартире и за ее пределами.

Как правило, у детей со спастическими формами ДЦП имеется функциональное и (или) анатомическое укорочение мышц, в том числе, разгибающих голень (обозначенные на рис.6 тонкой линией сверху) и мышц, сгибающих голень (обозначенные на рис.6 снизу). Данные нарушения приводят, с одной стороны, к невозможности полного сгибания голени в положении сидя, а с другой, - в таком положении мышцы, сгибающие голень, крепясь по задней поверхности таза, отклоняют таз кзади, что в свою очередь, на фоне слабости мышц-разги-

бателей позвоночника приводит к формированию «круглой спины». В положении «круглой спины» у детей может формироваться компенсаторно запрокидывание головы кзади, а при сниженной возможности удержания головы - формируется свисание головы. Как правило, у ребенка присутствуют оба положения, сменяя друг друга.

## Влияние позы на процесс приема пищи

Ротовая полость переходит в глотку, а далее происходит разделение на дыхательные пути (трахея, бронхи) и желудочно-кишечный тракт (пищевод, желудок, кишечник) (см.рис.7). При свисании головы просвет глотки сужается, и процесс глотания становится затрудненным или невозможным. При запрокидывании головы происходит закрытие просвета пищевода, и глотка прямо переходит в трахею, что, в свою очередь, опасно попаданием пищи в дыхательные пути при глотании и развитием воспалительных заболеваний со стороны бронхолегочной системы.

## Влияние позы на объем движений верхних конечностей

Поднимание руки перед собой (сгибание плеча) происходит до горизонтального уровня за счет мышц плечевого пояса, а поднимание руки выше горизонтального уровня осуществляется в том числе за счет скольжения лопатки по задней поверхности грудной клетки. При изменении позы по типу «круглой спины» скольжение лопатки по задней поверхности грудной клетки невозможно, что приводит к резкому ограничению движений в проксимальных отделах (более приближенных к туловищу) верхней конечности (плечелопаточном суставе) даже у детей, не имеющих спастических нарушений в руках, ограничивающих их движение. А ограничение движений в проксимальных отделах руки приводит к ограничению движений в дистальных отделах (более удаленных от туловища). Таким образом, правильная поза в положении сидя позволит увеличить двигательные возможности в руке. И в

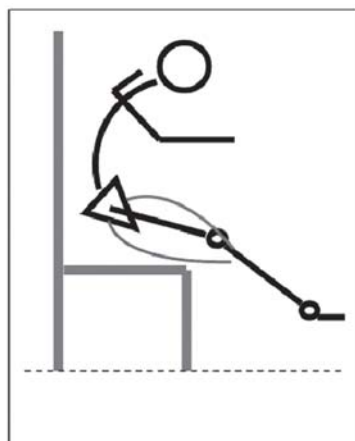


рис.6

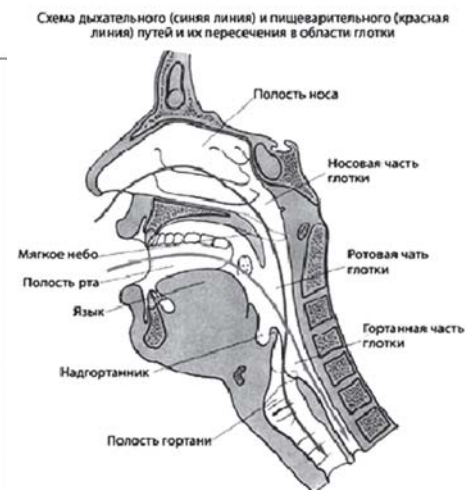


рис.7





## Школа реабилитации ДЦП

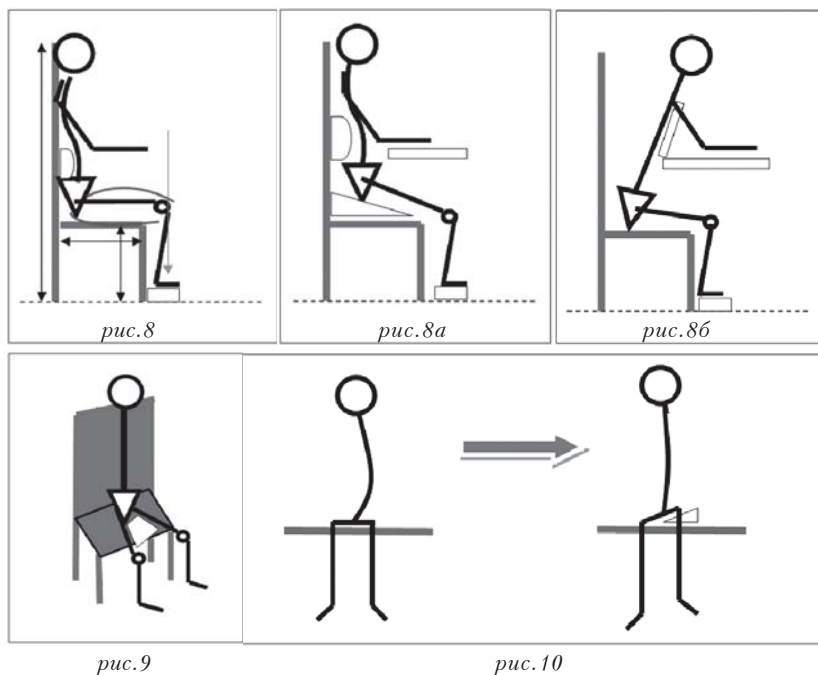
целом такая поза является энергетически очень затратной для ребенка, создается высокая нагрузка на позвоночник, а также происходит нарушение физиологических изгибов позвоночника.

**Кресло ребенка с двигательными нарушениями должно быть подобрано по размеру ребенка.** Высота спинки должна быть выше лопаток, а если ребенок неуверенно удерживает голову, - то до уровня макушки, чтобы была возможность фиксации головы, или же оборудовать кресло головдержателем или подголовником. **Глубина посадочной площадки** должна быть подобрана таким образом, чтобы крестец контактировал со спинкой кресла, но при этом край посадочной площадки не доставал до голени 2-3см. Высота посадочной площадки должна быть подобрана так, чтобы бедро находилось горизонтально. Этого можно добиться либо подбором высоты ножек кресла, либо использованием подставки под стопы.

**Стопы должны полностью опираться на подставку или пол.** Расстояние между стопами должно равняться ширине плеч, либо быть чуть больше, носки должны быть отведены кнаружи. При необходимости стопы должны быть фиксированы ремнями.

**Голени должны располагаться** не вертикально, а **под небольшим углом**, таким образом, чтобы вертикаль, проведенная от края колена, проецировалась на середину стопы (рис.8). Подобное положение голени позволит снизить влияние мышц-сгибателей голени на таз и, соответственно, вывести **таз в вертикальное положение** (рис.8). Если данный прием не позволяет вывести таз в вертикальное положение, то можно изменить угол наклона посадочной площадки уклоном кпереди (рис.8а). Также повысить комфортность в положении сидя помогут **подлокотники**, которые могут быть оборудованы специально, или же функцию подлокотника может выполнять столик (рис.8а). Если ребенок не может самостоятельно удерживать туловище, то кресло должно быть оборудовано **устройством, поддерживающим грудную клетку**. Особенно это актуально для детей с атонически-астатической формой ДЦП (рис.8б).

Важно помнить, что **в положении сидя бедра должны быть разведены, и угол между ними должен составлять около 30°**, что повышает устойчивость ребенка в положении сидя, а также создает правильное положение головок бедер в вертлужных впадинах и является профилактикой вы-



виха бедер. Отведение бедер можно зафиксировать аддуктором, или отводящими ремнями. Удобнее в качестве аддуктора использовать мягкий модуль в виде трапеции (рис.9).

Если у ребенка позвоночник отклоняется в сторону, то важно правильным позиционированием придать позвоночнику как можно более вертикальное и прямое положение, корректируя положение таза, **подкладывая подушки** под одну из ягодиц (рис.10). В случае, если ребенок не сидит сам или сидит неуверенно, можно использовать **боковые поддержки**.

Таким образом, **нахождение в положении сидя показано для детей с ДЦП с любым уровнем моторных нарушений**. Но если дети с уровнем по GFMCS I-II не нуждаются в специальных ортопедических креслах, то дети с уровнем по GFMCS III-IV-V нуждаются в специальных ортопедических креслах, и их комплектация должна меняться в зависимости от характера двигательных нарушений каждого конкретного ребенка.

**Итак, правильный позиционный менеджмент в положении сидя позволяет более полноценно изучать окружающую среду, что повышает социализацию ребенка, увеличивает объем и повышает качество движений в верхних конечностях, облегчает прием пищи у детей с тяжелыми нарушениями, осуществляет профилактику спастической нестабильности тазобедренных суставов.** ☺

*Продолжение - в следующем номере.*

**В положении как запрокидывания, так и свисания головы ограничивается обзор окружающего пространства, что нарушает возможность ребенка изучать окружающую среду и следить за её изменением. Это снижает стимуляцию зрительного рецептора и негативно влияет на формирование и стимуляцию его познавательной деятельности.**



## ЛФК для больных со слабостью мышц тазового дна



**Ирина Григорьевна ПОЛЕЦУК,**  
врач по лечебной физкультуре, высшая квалификационная категория, заместитель главного врача по организационно-методической работе, КГБУЗ «Алтайский врачебно-физкультурный диспансер»

Продолжение. Начало в №12(156) 2015г.

### Еще раз об общих требованиях к занятиям ЛФК!

◆ Комплекс упражнений лечебной физкультуры необходимо выполнять утром ежедневно или через день при хорошем самочувствии.

◆ Перед занятиями и после них следует измерить частоту пульса за 1 минуту, допустимая разница - 4-6 пульсовых ударов, 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 - не менее 4-6 месяцев.

**Это примерный комплекс упражнений при слабости мышц тазового дна.**

### ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

#### Исходное положение (ИП) - лежа на спине.

**Упражнение 1.** ИП - руки вдоль туловища. Согнуть руки (кисти к плечам), стопы потянуть на себя. Вернуться в ИП. Повторить 6-8 раз.

**Упражнение 2.** ИП - то же. Согнуть правую ногу, скользя по полу, повернуть голову направо - вдох. ИП - выдох. То же в другую сторону - вдох. ИП - выдох. Повторить по 4-6 раз в каждую сторону.

**Упражнение 3.** ИП - то же, ноги согнуты, опираются на стопы. Диафрагмальное дыхание: сделать глубокий вдох через нос, надувая при этом живот (как мячик). Выполнить выдох через рот (губы сложены «трубочкой»), втягивая живот. Повторить 3-4 раза в медленном темпе.

### ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

#### ИП - лежа на спине.

**Упражнение 4.** ИП - руки вдоль туловища, сжать ягодицы с одновременным втягиванием заднего прохода. Удерживать положение 3 секунды. ИП. Повторить 15 раз.

**Упражнение 5.** ИП - то же. Поочередное втягивание прямых ног в тазобедренные суставы. Повторить 8 раз с каждой ноги.

**Упражнение 6.** ИП - то же, ноги согнуты, опираются на стопы. Поднимая таз («полумост»), выполнить мах правой ногой, напрягая ягодицы и втягивая задний проход в конце маха. ИП. То же с левой ногой. Повторить 6-8 раз с каждой ноги.

**Упражнение 7.** ИП - то же, ноги прямые, руки вдоль туловища. Через стороны поднять руки вверх - вдох. ИП - выдох. Повторить 8 раз.

**Упражнение 8.** ИП - то же, ноги прямые, под углом 90° по отношению к туловищу. Напрягая ягодицы и втягивая задний проход, выполнять короткие скрестные движения ногами в течение 10 секунд (дыхание не задерживать!). Повторить 3 раза. Можно выполнять эти движения из положения «березка».

**Упражнение 9.** ИП - то же, ноги широко разведены, согнуты и опираются на стопы (поясница прижата к полу). Напрягая ягодицы и втягивая задний проход, приподнять только таз (поясницу не поднимать) и одновременно свести колени. Задержать положение на 4 секунды, вернуться в ИП. Повторить 8-10 раз.

**Упражнение 10.** ИП - то же. «Велосипед» ногами в течение 30 секунд, повторить 2 раза.

**Упражнение 11.** ИП - то же, ноги согнуты, опираются на стопы. Диафрагмальное дыхание. Повторить 2-3 раза.

**Упражнение 12.** ИП - то же, ноги прямые, правая скрестно на левой. Сгибая правую ногу, скользить по полу стопой вдоль наружного края левой ноги до бедра и выше, напрягая при этом ягодицы и втягивая задний проход - вдох. ИП - выдох. Повторить по 6-8 раз каждой ногой.

**Упражнение 13.** ИП - то же, ноги согнуты и опираются на стопы; мяч между колен. Сжать мяч коленями, напрягая ягодицы и втягивая задний проход. Удерживать положение в течение 5 секунд. ИП. Повторить 6 раз.

#### ИП - лежа на животе.

**Упражнение 14.** ИП - то же, руки под головой; ноги - врозь. Поднять правую ногу над полом, напрягая ягодицу и втягивая задний проход. Завести скрестно за левую ногу, коснуться пола. Как на счет 1. Вернуться в ИП. Выполнить 4-6 раз каждой ногой.

**Упражнение 15.** ИП - то же, руки согнуты в локтях в упоре на уровне плеч. Разгибая руки, поднять грудь - вдох. Вернуться в ИП - выдох. Повторить 4-5 раз.

### ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНАЯ ЧАСТЬ

**Упражнение 16.** ИП - то же. Согнуть ноги, стараясь пятками коснуться ягодиц. Вернуться в ИП. Повторить 8-10 раз.

**Упражнение 17.** ИП - то же, ноги согнуты в коленях на 90 градусов. Удерживая колени вместе, развести колени в стороны. Вернуться в ИП. Удерживая стопы вместе, развести колени в стороны. Вернуться в ИП. Повторить 8 раз.

#### ИП - лежа на спине.

**Упражнение 18.** ИП - то же, руки на животе, лопатки и плечи прижаты к полу. Приподнять голову над полом на 3-4см. Удерживать положение в течение 3 секунд. ИП. Повторить 6 раз.

**Упражнение 19.** ИП - то же, руки вдоль туловища. Поднять руки вверх - вдох. Опуская руки через стороны, вернуться в ИП - выдох. Повторить 4-5 раз.

**Для больных с недержанием мочи** при напряжении при выполнении комплекса исключить упражнения с ИП - лежа на животе, резкие наклоны туловища, быструю ходьбу, бег, прыжки, подскоки, рывковые движения, резкие перемены ИП, натуживание и задержку дыхания.

**Для больных с выпадением (опущением) внутренних половых органов** упражнения в ИП - лежа на спине выполняются с валиком высотой 10-15см, подложенным под таз. ☺



# По крику младенца МОЖНО ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ

*Несколько лет работой коллектива отделения патологии новорожденных и недоношенных детей №2 Алтайской краевой клинической детской больницы руководит врач-неонатолог Екатерина Владимировна ЛАЗАРЕВА.*

Именно здесь Екатерина Владимировна начинала работать, будучи студенткой АГМУ, и шаг за шагом становилась специалистом, который ответственен за здоровье маленьких пациентов.

**- Екатерина Владимировна, давайте начнем разговор с ваших маленьких пациентов. Кто они?**

- Наше отделение начало свою работу в 1984 году. Рассчитано оно на 30 новорожденных детей, за год в отделении пролечивается более 450 маленьких пациентов. Сначала один большой коллектив занимался вопросами помощи недоношенным детям и лечения патологии новорожденных, но позже направления специализации несколько разделились.

*Традиционно наше отделение продолжило лечение детей с врожденными патологиями, инфекционно-воспалительными заболеваниями, эндокринной патологией, занимаемся реабилитацией и выхаживанием детей после перенесенных оперативных вмешательств.* Детишки поступают из роддомов города и края, переводятся из других лечебных учреждений. Например, при врожденных пороках сердца дети со всего края в возрасте до трех месяцев обязательно проходят в нашем отделении необходимые диагностику и терапию, на оперативное лечение отправляем в федеральные центры. Отмечу, что сегодня есть возможность оперативно провести консультацию с любым специализированным центром страны.

В случае тяжелой врожденной хирургической патологии существует хорошо отлаженный алгоритм: часто рождение таких малышей прогнозируют специалисты медико-генетической консультации и рекомендуют мамам родоразрешение в Краевом перинатальном центре. Хирурги нашей больницы еще до рождения малыша информированы о будущем событии и готовы к нему: консультация и перевод в хирургическое отделение происходят нередко уже в первые часы жизни ребенка, в последующем выхаживание таких пациентов проходит в тесном сотрудничестве с неонатологами. И, поверьте, задача эта - не из легких.

**- Насколько эффективна оказываемая помощь?**

- Поскольку мы с вами говорим о пороках развития, чаще всего проводится **эффективная коррекция состояния**. Хорошо поддается терапии эндокринная патология. В последние годы в связи с обязательным проведением неонатальных скринингов всё чаще патология у новорожденных детей выявляется на доклиническом этапе, то есть еще до начала развития симптомов болезни дети диагностируются, им проводится коррекция, и таким образом исключаются серьезные последствия заболевания. Желтухи, пневмонии также хорошо поддаются терапии. Но иногда, к сожалению, бывает патология настолько серьезная, что врачебная помощь малоэффективна.

**- Отделение является частью большого медицинско-**



**го коллектива, по существу - крупного специализированного многопрофильного лечебного учреждения края, где возвращают здоровье детям...**

- Думаю, мое мнение совпадет с мнением многих здесь работающих. Нас, выпускников вуза, переполняла гордость, что мы приняты на работу в Алтайскую краевую клиническую детскую больницу. Если смог остаться в коллективе на годы, - это признание твоих заслуг, долготерпения. Немаловажно и то, что в нашей больнице неонатологи работают в тесном сотрудничестве с докторами отделений «большого» корпуса. Мы можем по любому вопросу обратиться к специалистам - детским кардиологам, эндокринологам, хирургам, нефрологам, что позволяет ускорить постановку диагноза, провести обследование в кратчайшие сроки, используя оснащение АККДБ. Не представляю, как осуществлять второй этап неонатологии иначе - вне та- ▶





◀

**Когда мы говорим о новорожденных детях, временной фактор очень важен. Как правильно, одного дня нам достаточно, чтобы провести обследование ребенка и приступить к его лечению.**

кого многопрофильного лечебного учреждения. Это был бы шаг назад.

**- Уход за новорожденным - дело непростое и очень ответственное. Как с этим справляется врач, у которого в отделении до тридцати маленьких ребятшек?**

- Чем больше знаешь, тем серьезнее относишься к своим обязанностям. А состояние тревоги за малышкой становится обычным состоянием и днем, и ночью. Никуда это чувство не уходит, как и у молодой мамы. Каждая женщина, впервые взяв ребенка на руки после родов, обречена на постоянное волнение и переживание за свое дитя.

С новорожденными детьми работать, с одной стороны, сложно, а с другой - все же проще, чем со взрослыми. Малыш не притворяется, не называет ложных симптомов, у него нет субъективных ощущений. И, безусловно, мы внимательно к этому относимся и даже по плачу ребенка можем определить, что у него болит. *Опытный врач ориентируется по цвету кожных покровов младенца, по крику, по выражению личика. Как правило, эти выводы делаются без ошибок.* А точно и вовремя поставленный диагноз увеличивает шанс на выздоровление. Врачи отделения работают с настолько обширной патологией, что будет верным утверждение, что в нашем отделении представлены все разделы педиатрии. Это очень

расширяет профессиональный кругозор, нам приходится много учиться, читать. Необходимо знать много тонкостей и нюансов проявления болезни, благодаря чему и достигается высокая эффективность работы врача.

**- Отделение патологии новорожденных подразумевает, что вы работаете и с мамами маленьких пациентов...**

- Конечно, это так. Существует такое выражение: больной ребенок - и мама нездорова. Мы понимаем, что неизвестность, неясность в состоянии малыша вводят маму в депрессию. Мы пытаемся объяснить, в чем состоит суть проблемы и какие шаги возможно предпринять в конкретном случае. Когда ясны варианты развития событий, мать начинает чувствовать себя увереннее. Всегда пугает неизвестность. При любых обстоятельствах ребенка нужно любить таким, какой он есть. Решение о рождении нового человека принимает его семья, и всю меру ответственности за здоровье ребенка родители должны понимать и принимать.

Хочется отметить, что в последние годы очень редко мамы отказываются от своих детей. Когда я начинала работать (в 2001 году), через отделение за год проходило до 20 отказных детей. В прошлом году в Дом ребенка нами были переведены лишь два малыша, но и от них мамы не отказались - сказалась сложная жизненная ситуация. Отношение общества к детям с врожденной патологией заметно меняется, и мамы, как правило, готовы заниматься их лечением и воспитанием.

**- Современный врач-неонатолог берет на себя ответственность за объяснение мамам важности грудного вскармливания. Как в вашем отделении ведется такая работа?**

- В 2015 году сотрудники нашего отделения прошли обучение по программе международного курса «Консультирование по грудному вскармливанию», получили сертификаты. **Стараемся мам настроить на грудное кормление, убедить, что лучше мамино молоко ничего не существует.** Но следует учитывать, что в отделении находятся всё же нездоровые дети, и часто необходимо питание специализированными лечебными смесями. Бы-



## Алтайская краевая клиническая детская больница

вает и так, что грудное вскармливание не по силам самому ребенку: он слишком слабенький, но и тут возможен компромисс - молоко можно сцеживать и не лишать младенца ценного источника питания.

**- Расскажите о вашем коллективе.**

- Я пришла в отделение работать сразу после окончания университета. Ординатуру проходила непосредственно на базе нашей больницы, со второго года обучения совмещала работу в отделении с учебой. Таким образом, работаю в АККДБ пятнадцать лет, из них три года заведу отделением - и никуда не собираюсь уходить.

Так случилось, что коллектив наш, к настоящему моменту, в основном молодой. Большинство медицинских сестер - выпускницы медицинского колледжа и студентки АГМУ. Пришло много энергичных и настроенных на обучение сестер. Возглавляет работу сестринского коллектива **Ирина Александровна МИРОНОВА**, старожил нашего отделения. А вот враческий коллектив у нас сложился достаточно давно, работают врачи высшей и первой категории. **Светлана Николаевна БОРОНИНА**, **Татьяна Анатольевна ПЕВЗNER** - очень внимательные и безгранично преданные своему делу.

На смену нашему дорогому учителю, врачу-неонатологу с огромным стажем **Людмиле Ивановне АБРАМЕНКО**, в отделение пришла **Ирина Валерьевна КУРДЕКО**, кандидат медицинских наук, доцент кафедры педиатрии с курсом ФПК и ППС АГМУ. Таким образом, у нас есть свои научные кадры, которые помогают в решении самых сложных случаев.

**- Какие советы вы бы дали женщинам: тем, которые готовятся к рождению ребенка или уже стали мамами?**

- Во-первых, **к беременности нужно готовиться, планировать ее**. Мы живем в непростое время с жесткой экологической обстановкой, с импортным питанием, часто некачественным. Это не значит, что нужно рассчитывать всё «до миллиметра». Но прислушаться к себе, окружающему миру и решить - хочешь ли ты этого ребенка настолько, чтобы потом суметь быть с ним рядом во всех испытани-



ях и пройти непростой путь длиной в жизнь? Понятно, что все мы мечтаем о рождении здорового ребенка, но, к большому сожалению, так случается не всегда. Если женщиной движут любовь и сочувствие к ребенку, значит, все трудности преодолит.

Безусловно, **на всех этапах беременности нельзя пренебрегать советами и назначениями врачей**. Особенно следует обратить внимание на скрининговые обследования. Они вполне доступны, но важно пройти их своевременно. Если отклонение в развитии ребенка диагностировано пренатально, можно заранее определить место родов и тактику ведения, такому ребенку как можно раньше будет оказана необходимая помощь.

В наше время весь объем информации, полученной из альтернативных источников, совершенно не тождественен взгляду опытного доктора. Если врач проводит дифференциальную диагностику между несколькими заболеваниями и иногда вынужден прибегать к помощи коллег, чтобы поставить точный диагноз, то от информации, полученной из Интернета, у человека, далекого от медицины, только нарастают растерянность и неуверенность в происходящих событиях.

**В каждом случае при возникновении подозрений или проявлениях болезни лучше идти за помощью к врачу, которому вы доверяете, - у нас так много замечательных коллег!** ☺

Лариса Юрченко

**Когда ясны варианты развития событий, мать начинает чувствовать себя увереннее. Всегда пугает неизвестность. При любых обстоятельствах ребенка нужно любить таким, какой он есть. Решение о рождении нового человека принимает его семья и всю меру ответственности за здоровье ребенка родители должны понимать и принимать.**





# Здоровая мама родом из детства...



**Галина Викторовна НЕМЦЕВА,**  
врач акушер-гинеколог,  
высшая квалификационная категория, кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии, Алтайский государственный медицинский университет

**Здоровые дети - это счастье семьи и залог преуспевания государства. Между тем беспристрастная статистика свидетельствует, что за последние 15 лет здоровье детского населения ухудшилось: понизился уровень здоровья в целом, возросли заболеваемость и инвалидизация.**

Эти процессы отмечаются во всех возрастных группах. Так, начиная с 1995 года, *заболеваемость новорожденных возросла на 40%*, причем за счет врожденных аномалий - на 14% и за счет сепсиса - на 74 процента. Всё это представляет собой большую медицинскую и социальную проблему. И ее решение - создание лучшей перспективы следующим поколениям - требует от каждого человека и общества в целом большей информированности и большей ответственности.

Вопросы сохранения репродуктивного здоровья детей и подростков приобрели особую актуальность, что обусловлено обострившейся проблемой качественного и количественного воспроизводства населения.

**Репродуктивное здоровье детей - многогранное понятие, которое складывается из целого ряда факторов:**

состояния здоровья матери во время беременности, условий внутриутробного развития, экологии, образа жизни, соматического здоровья ребенка.

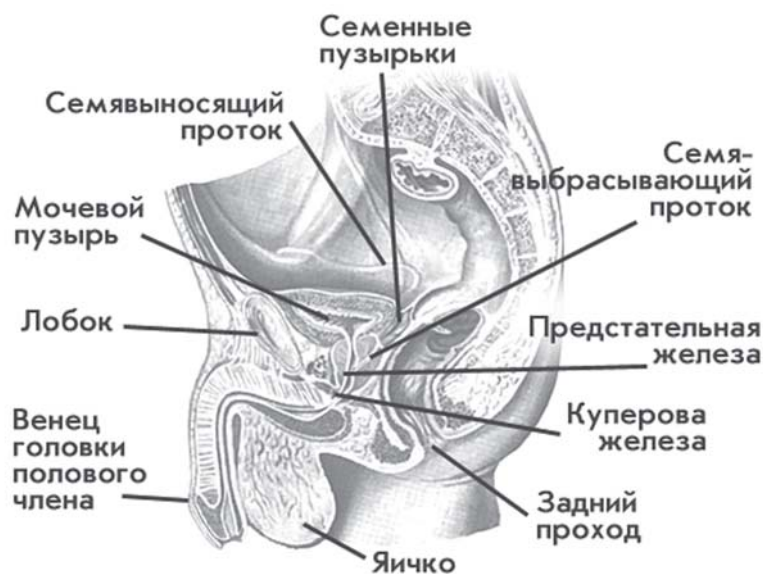
Можно смело утверждать, что *здоровье детей закладывается еще до рождения*. Важнейшее значение имеет здоровое начало жизни. Многие составляющие здоровья детей напрямую зависят от здоровья родителей, условий развития организма во внутриутробном периоде и после рождения, а также качества среды обитания и социального окружения в первые годы жизни.

Человеческий организм зарождается в результате слияния двух половых клеток: женской (яйцеклетка) и мужской (сперматозоид). Поэтому **важнейшим условием формирования здоровья ребенка является репродуктивное и соматическое здоровье родителей**. Между тем влияние различных факторов внешней и внутренней среды может нарушить процесс нормального формирования половых клеток, развития плода и течения беременности.

Репродуктивная система человека закладывается на 6-8-й неделе внутриутробного развития. Нарушения в этой системе могут возникать на различных этапах жизненного цикла. **Репродуктивная система детей и подростков особенно чувствительна в критические периоды роста и развития организма.**

## Репродуктивная система мужчины

Репродуктивная система мужчины включает внутренние половые органы (яички (семенники), придатки яичек, предстательная железа) и на-





**ружные** (половой член и мошонка). Регуляция деятельности осуществляется отделами мозга: гипоталамусом и гипофизом.

*Яички* выполняют две важнейшие функции: в них образуются сперматозоиды и половые гормоны, которые влияют на развитие первичных и вторичных половых признаков, а также определяют половое поведение человека.

*Придатки яичка* являются хранилищем сперматозоидов, в котором происходит их дозревание.

*Предстательная железа* вырабатывает секрет, входящий в состав спермы, а также простагландины и другие биологически активные вещества.

*Мошонка* - это выпячивание брюшной стенки, в котором расположены яички, является «физиологическим термостатом», **поддерживающим температуру яичек более низкой**, чем температура тела, **что является необходимым условием нормального сперматогенеза.**

Мужской *половой член* (пенис) служит для выведения мочи и для сокоупления.

Процессы сперматогенеза активно идут на протяжении всей жизни мужчины, начиная с момента полового созревания и до глубокой старости. Способность к деторождению (фертильность) зависит от количества и качества сперматозоидов.

**Сперматозоиды** (мужские половые клетки) образуются в яичках из зачаткового эпителия извилистых канальцев, затем поступают в придатки, где дозревают. Срок созревания сперматозоида - около 70 дней. Зрелые сперматозоиды могут длительное время сохраняться в семенных канальцах, не теряя качества. Оплодотворяющая способность зависит от количества и качества спермы. Во время эякуляции выделяется 3-5мл спермы. **В норме в 1мл содержится не менее 40-50млн. половых клеток, которые подвижны и имеют нормальное строение.** При снижении количества сперматозоидов (меньше 20млн. в 1мл) оплодотворяющая способность семенной жидкости резко падает. Снижают оплодотворяющую способность спермы увеличение количества неполноценных форм сперматозоидов, а также их низкая подвижность.



## Репродуктивная система женщины

Репродуктивная система женщины включает **внутренние половые органы** (яичники, маточные трубы, матку, влагалище) и **наружные половые органы** (большие и малые половые губы, клитор).

*Яичники* выполняют две функции: вырабатывают женские половые гормоны (эстрогены, прогестерон) и женские половые клетки (яйцеклетки).

В *маточной трубе* происходит оплодотворение яйцеклетки и образование зиготы (оплодотворенной яйцеклетки). Кроме того, маточные трубы служат для проведения (транспортировки) яйцеклетки или зиготы в матку.

*Матка* - это мышечный полый орган, предназначенный для обеспечения развития плода.

*Влагалище* соединяет полость матки с наружными половыми органами женщины.

**Женские половые клетки** образуются в яичниках. У новорожденной девочки в яичниках имеется 40-80 тысяч незрелых яйцеклеток. Созревание их начинается с 11-13 лет, и тогда же возможно оплодотворение. За весь репродуктивный период (15-45 лет) созревает около 400 яйцеклеток.

## Показатели нарушения репродуктивного здоровья

Нарушения репродуктивного здоровья могут проявляться в замедлении полового развития, снижении плодови-

**Специалисты считают, что у женщины, живущей регулярной половой жизнью, оплодотворяется около 20 яйцеклеток. Однако большинство зигот погибает из-за хромосомных нарушений.**



## Школа ответственного родительства

тости, нарушениях менструального цикла и сперматогенеза, заболеваниях половых органов, нарушении течения беременности, родов, лактации, раннем угасании половой функции, бесплодии. Сюда же относят нарушения нормального развития плода (врожденные пороки развития, нарушения пропорции новорожденных, малая или большая масса новорожденных).

### Причины нарушения репродуктивной функции

Среди причин нарушения репродуктивной функции - как **морфологические**, то есть нарушения строения половых органов, так и **функциональные**: нарушение эндокринной регуляции деятельности репродуктивной системы, нарушение спермато- и овогенеза, снижение половой функции.

**Бесплодными являются 10-15% браков**, причем соотношение женского и мужского бесплодия приблизительно одинаково.

К **основным причинам женского бесплодия** относятся:

◆ **недоразвитие органов репродукции**: у каждой третьей женщины с бесплодием и каждой шестой с невынашиванием беременности обнаруживаются врожденные нарушения развития матки и влагалища (отсутствие матки или двурогая матка, отсутствие части или всего влагалища);

◆ **перенесенные воспалительные заболевания органов женской половой сферы**. Причины этого могут быть разные: аппендицит, ОРЗ, хронический тонзиллит, ангина, переохлаждение, предшествующие аборт (у 2/3 женщин, страдающих вторичным бесплодием, первая беременность была прервана искусственным аборт);

◆ **недостаточная функция яичников**.

**Основные причины мужского бесплодия** - это:

◆ **нарушения строения органов репродукции** (отсутствие семенного канатика, крипторхизм). Крипторхизм (неопущение яичек) - достаточно распространенная причина нарушения репродуктивной функции. К моменту рождения мальчика яички еще находятся в паховом канале, что приводит к их перегреванию и дегенерации зародышевого эпителия. Ре-



зультатом является состояние стерильности;

◆ **заболевания репродуктивной системы мужчин** (до 30% всех случаев бесплодия).

Причиной бесплодия может быть также нарушение образования мужских и женских половых клеток.

### Факторы риска нарушения сперматогенеза

Среди них можно выделить:

◆ **нарушения работы гипофиза** (приводят к прекращению сперматогенеза);

◆ **истощающие заболевания**;

◆ **воспалительные заболевания яичек** (инфекционный паротит);

◆ **стрессы** (вызывают изменения зачаткового эпителия, вплоть до атрофии, снижают количество сперматозоидов, нарушают эякуляцию);

◆ **загрязнение окружающей среды**;

◆ **интоксикации** (производственные, прием алкоголя, курение никотина, употребление наркотиков, прием некоторых лекарств);

◆ **ионизирующее излучение** (повреждается зачатковая ткань, сперматогонии, возникают нарушения на генетическом уровне, разрушаются половые клетки).

Таким образом, для предупреждения рождения больного ребенка, в том числе и с патологией репродуктивной системы, **необходимо выполнить ряд условий**:

◆ обязательно планирование беременности;

◆ подготовка к беременности;

◆ здоровое зачатие;

◆ здоровый образ жизни матери и семьи в целом в течение беременности. ☺

По определению ВОЗ, бесплодным считается брак, в котором, несмотря на регулярную половую жизнь без применения противозачаточных средств, в течение года у жены не возникает беременность, хотя супруги находятся в детородном возрасте.



# Инновации в опер.деле и эндоскопии

**В рамках работы Всероссийского конгресса медицинских сестер «Медицинская сестра - движущая сила перемен по оказанию эффективной и экономической помощи» (Санкт-Петербург) в октябре 2015 года я, как делегат конгресса в составе делегации от АРОО «ПАСМР», приняла участие в работе симпозиума «Операционное дело и эндоскопия».**

Его модератором выступила **Т.В. ГЛАЗКОВА**, президент РОО Ленинградской области «Профессиональная ассоциация специалистов сестринского дела», главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью областного комитета по здравоохранению.

Свой доклад «Медицинская сестра-ассистент в освоении современных хирургических технологий» представила **А.В. СУКАЧЕВА** (ГБУЗ «Детская республиканская больница», г.Петрозаводск). Темой ее исследования стал современный научный взгляд на роль медицинской сестры в эндоскопическом лечении пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей. По результатам был введен в практику алгоритм проведения эндоскопической коррекции, разработано методическое пособие по профилактике обострений пиелонефрита при ПМР у детей.

Доклад «Оптимизация работы операционных медицинских сестер при проведении эндоскопических вмешательств» озвучила **Е.В. КОРЕПИНА** (ГБУЗ АО «Александро-Мариинская областная клиническая больница, г.Астрахань»). Она отметила необходимость непрерывного образования операционных медсестер (в т.ч. и проведение обучения на рабочем месте), реализации на базе отделения образовательных программ по эндоскопической хирургии с привлечением специалистов в этой области. Отмечено, что видеофиксация операций позволяет анализировать и устранять ошибки, оценивать работу операционной бригады в целом; что необходимо применять дезинфекционно-мощные машины и форвакуумные автоклавы. На сегодняшний день введение в работу операционной медицинской сестры чек-листа является необходимостью. Он позволяет оптимизировать работу медсестры по выявлению проблем и их решение в ходе проведения операции, являясь учетным документом, на основании

которого ведется учет материальных затрат на конкретную операцию. Операционная медицинская сестра не имеет права быть просто техническим исполнителем назначений врача, она должна участвовать в подготовке к операции, в ее материально-техническом обеспечении и проведении мероприятий послеоперационных осложнений.

Опыт работы операционно-перевязочной службы представила **М.И. ЧИБИЦОВА**, заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом (МБЛПУ «ГКБ №1, г.Новокузнецк»). На основании профессионального стандарта «Медицинская сестра операционная» оптимизирована нагрузка на операционную медсестру; разработана карта учета манипуляций для каждого пациента; разработана циклограмма работы операционной медсестры на год; внедрена карта экспертной оценки ее деятельности. Результатами этой работы стали: единый подход к организации работы в операционно-перевязочном блоке; стандартизированные утвержденная документация и видовые укладки для операций и манипуляций; создана система оценки качества сестринской деятельности.

В заключении работы симпозиума прошло обсуждение представленных докладов, обмен опытом в области операционного дела. По итогам работы принято решение по развитию секции «Операционное дело и эндоскопия» под эгидой РАМС и сформулированы приоритетные ее задачи. Это: введение в практику профессионального стандарта «Медицинская сестра операционная»; утверждение единой документации; разработка системы оценки качества сестринской деятельности; непрерывное образование операционных медицинских сестер; реализация сестринских исследований в области «Операционное дело» для создания научно-обоснованной базы в целях оптимизации работы операционной медицинской сестры и освобождение от несвойственных функций. ☺



**Марина Владимировна АРЕФЬЕВА,**

главная медицинская сестра, КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи», член ПАСМР с 2014 года

**Я еще раз убедилась в необходимости дальнейшего развития специализированной секции «Операционное дело», которая создана в 2014 году на базе АРОО «ПАСМР», в связи с чем я обращаюсь к операционным сестрам активизироваться и участвовать в совершенствовании своей специальности, а значит - и сестринской профессии.**





# Осторожно, мультики! или Почему современные дети не испытывают потребности в речи



**Юлия Ивановна  
ЖАВИНИНА,**

медицинская сестра  
отделения заболеваний  
нервной и мышечной  
систем, высшая  
квалификационная  
категория, КГБУЗ  
«Диагностический центр  
Алтайского края»

**В отделении  
заболеваний  
нервной,  
мышечной систем  
Диагностического  
центра Алтайского  
края, где я  
работаю  
медицинской  
сестрой,  
наблюдаются дети  
с патологией  
центральной и  
периферической  
нервных систем.**

Всё чаще приходится сталкиваться с таким диагнозом как «задержка речевого развития» у детей. И всё чаще наблюдаю, как родители, сами того не осознавая, лишают своего малыша потребности говорить.

Существуют определенные нормы развития речи у детей. *К первому году жизни* ребенок должен знать уже около 10 облегченных слов, понимать более 20 слов (оборачиваться, когда к нему обращаются; узнавать предметы на слух: «где мишка?» и т.д.). *К двум годам* он должен соотносить знакомые слова с изображенными на картинках предметами (показывает мяч, автобус и т.д.). *В возрасте 18-24 месяцев* ребенок выполняет простейшие просьбы: «Возьми мяч и дай его мне» и другие. *От двух до трех лет* дети произносят отдельные слова и формируют фразы: «Пойдем гулять» и т.д. *К третьему году* жизни речь ребенка приобретает связный характер, появляются предложения, он задает вопросы, меняет интонацию. Словарный запас быстро увеличивается (800-1000 слов!), ребенок часто подражает.

Одновременно с развитием речи развиваются мышление, память, внимание, воображение.

Таким образом, задержка речевого развития после трех лет может пагубно влиять не только на речевые способности, но и на способность читать, писать и даже думать. **Если развитие ребенка отличается от возрастной нормы, то родителям не стоит ждать, когда он заговорит сам, а необходимо обратиться к специалисту.**

Диагноз «задержка речевого развития» у ребенка ставится на основании комплексного заключения врачей-специалистов: психолога, невролога, логопеда. Чем раньше выявлена проблема, тем легче с ней справиться и избежать дальнейших осложнений. Лечение зависит от причины, по которой произошла задержка развития речи.

**Существуют несколько причин задержки речевого развития у детей:**

- ◆ заболевания и поражения головного мозга;
- ◆ нарушение слуха;
- ◆ генетически обусловленное замедленное созревание нервных клеток, отвечающих за речь;
- ◆ невостробанность речи.

Отдельно можно выявить еще две категории: пол ребенка (существует мнение, что мальчики начинают говорить позже девочек) и левшестьво (это не синоним термина «леворукость»). Некоторые авторы связывают задержку речевого развития с левшестьвом - функциональной асимметрией мозга. Выделяют левшестьво моторное: рук, ног - и сенсорное: зрения, слуха, осязания, обоняния, вкуса).

Я хотела бы остановиться на причине, часто мной наблюдаемой и которую в силах родителей предотвратить и устранить, - причине **невостробанности речи**. Современные родители, к сожалению, часто бросают процесс формирования речи ребенка на самотек. Они очень мало времени проводят со своими детьми, несмотря на то, что находятся рядом. Современные дети редко слышат сказки, рассказываемые мамой и папой, играют в кубики, я уже не говорю о чтении потешек и пении колыбельных на ночь.

Именно потешки, колыбельные обогащают словарный запас детей за счет содержания сведений об окружающем мире и предметах, они учат детей создавать однокоренные слова (например, «котя», «котенька», «коток»), а благодаря позитивной эмоциональной окраске хорошо осваиваются. В сказках точно и лаконично выявлены не только мысли и идеи, но и их эмоциональная окраска (радость, злость, поощрение и т.д.). Эмоциональная окраска и интонация речи имеют важное значение, так мы узнаем о настроении говорящего и значении того, что он нам доносит.



## Советы медицинской сестры

Всё чаще игрушками и друзьями детей становятся телевизор, компьютер, а вместо книг - мультики. Чтобы переделать всю домашнюю работу или немного отдохнуть, родители включают мультики. Но и в выборе мультфильма надо быть осторожнее, чем в выборе книги, потому что зрительные образы воздействуют на ребенка гораздо сильнее.

Ребенок почти всю информацию получает из образов, из которых потом строится его модель мира, но это уже другая тема. А с точки зрения медицины нас интересует, что же происходит в нервных клетках в то время, когда наш ребенок с увлечением смотрит очередной мультфильм. В нервных клетках детского мозга в это время образуется энзим, который разрушает все недостаточно миелинизированные нервные связи (миелин - жироподобное изолирующее вещество, повышающее скорость распространения нервного импульса). То есть при просмотре любых мультфильмов, даже самых «развивающих», ребенок не может устанавливать новые связи потому, что: не работают основные виды восприятия; информация не требует переработки, а сразу же усваивается; мозг не успевает установить связи между объектами, «выхватывает» их обрывочно; при повторном просмотре одного и того же изображения не поступает новой информации.

*Для сравнения:* рассматривая повторно реальный объект (кубик, книжку и пр.) ребенок находит всё новые его свойства, мозг каждый раз устанавливает новую необходимую связь, процесс восприятия активен и влияет на мыслительную деятельность.

При просмотре мультфильмов нейроны «простаивают», мыслительные операции не развиваются. За короткий промежуток времени мозг воспринимает нереальное для обычного рассматривания количество зрительной информации. И мозг посылает сигналы о перегрузке в нервную систему.

**Как нервная система будет заботиться о перегруженном мозге?** Эта забота будет проявляться тиками, гиперактивностью, задержкой речевого развития, энурезом. А усваивая ненастоящие, нарисованные образы, ребенок теряет возможность построить представ-



ление о действительности. Согласитесь, из карикатурных персонажей не может складываться мировоззрение. Поверхностное восприятие (когда объектов много) и снижение ценности отдельных впечатлений влияют на речь и мышление. **Психологи советуют родителям тщательно отбирать для своих малышей мультфильмы и по возможности смотреть их вместе с детьми, наблюдая за их реакцией.**

Просто смотреть нужно выборочно и в строго определенное время. Вспомните наше детство! Мультики в «Спокойной ночи, малыши», «АБ-ВГДейки», «В гостях у сказки» и «Будильник». А «Сорока, сорока кашу варила...», «Раз, два, три, четыре, пять, вышел зайчик погулять...» вспомнили?! И родители находили время почитать нам на ночь сказку. А что будут вспоминать наши дети? Покемонов или Лунтика - неких бесполок существ с ограниченным словарным запасом? Наши родители находили время быть не просто рядом с нами, а, что важнее, ВМЕСТЕ с нами, со своими детьми! Ни один, даже самый поучительный, мультфильм не может заменить ребенку общение с родителями.

**Детям нужны наши родительские забота, внимание, присутствие, участие. На ребенка нужно находить время, пусть его будет не так много.** Тогда, я уверена, диагноз «задержка речевого развития» будет звучать реже, ведь в последнее время «невостребованность речи» является одной из основных причин этого диагноза. Помогите своему малышу заговорить! ☺

**Задержка речевого развития - это отставание от возрастной нормы речевого развития у детей в возрасте до четырех лет. Принято считать, что речь является одним из показателей умственного и психического развития ребенка.**



# Послеоперационная реабилитация пациентов, перенесших аортокоронарное шунтирование



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

*Продолжение. Начало - в №12(156), 2015г.*

### С 7-10-го дня

**Больной продолжает выполнять ЛФК в щадящем режиме.** К методам общего воздействия можно добавить внутривенную лазеротерапию или внутривенную озонотерапию, биорезонансную терапию, аэрофитотерапию.

Из методов местного воздействия выделяют периферический классический лечебный массаж, массаж в электрическом поле шейно-воротниковой области, низкоинтенсивное лазерное излучение на область сердца и послеоперационные рубцы, магнитотерапию периферического воздействия (на икроножные мышцы), ультратонофорез (лидаза, пантовегин).

Обязательные и дополнительные методы контроля безопасности и эффективности реабилитации больных такие же, как и после второго дня реабилитации после АКШ.

*Продолжительность курса - 10-15 дней до перехода на следующий этап восстановительного лечения.*

### С 21-го дня

**ЛФК или кардиотренировки на силовых и циклических тренажерах в режиме дозированных ступенчато возрастающих физических нагрузок.** Вопрос выбора тренажеров и нагрузки следует решать индивидуально в зависимости от состояния послеоперационных швов и рубцов. Для детренированных пациентов, больных с низкой толерантностью к физическим нагрузкам рекомендуется начинать курс с ЛФК в щадящем режиме.

Расширены методы общего воздействия: к вышеописанным добавляются интервальные гипоксические тренировки, комплексная галотерапия, сухие углекислые

ванны (для рук или чередуя - через день для рук, ног), биорезонансная терапия, аэроионотерапия, аэрофитотерапия.

Из методов местного воздействия можно выбрать классический лечебный массаж спины по щадящей методике, массаж в электростатическом поле передней поверхности грудной клетки, низкоинтенсивное лазерное излучение на область сердца, низкочастотное электромагнитное поле на шейно-воротниковую область, лекарственный электрофорез (сульфат магния, панангин, анаприлин, но-шпа, папаверин) на шейно-воротниковую область, электротерапию (СМТ)).

*Обязательные и дополнительные методы контроля состояния пациентов остаются прежними. Продолжительность курса - 20-40 дней.*

### Через 1-2 месяца

**Продолжают выполнять ЛФК или кардиотренировки на силовых и циклических тренажерах в режиме дозированных ступенчато нарастающих физических нагрузок.** Для детренированных пациентов, больных с низкой толерантностью к физическим нагрузкам рекомендуется начинать курс с ЛФК в щадящем режиме. Можно применять гидрокинезитерапию.

К методам общего воздействия добавляются аэрофитотерапия, углекислые ванны по Залманову, чередующиеся через день с сухими углекислыми ваннами, четырехкамерные вихревые контрастные ванны через день с калий-натрий-магниевыми или йодобромными ваннами.

Расширен выбор методов локального воздействия: классический лечебный массаж спины в щадящем режиме, массаж в электростатическом поле шейно-воротниковой зоны, низкоинтенсивное лазерное излучение на область сердца, магнитотерапия, трансцеребральная электроаналгезия, ультратонофорез (лидаза, пантовегин, гепарин).

*Обязательными методами контроля безопасности и эффективности являются те же исследования, что и на предыдущем реабилитационном этапе. Продолжительность курса - 15-30 дней.* ☺

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

*На правах рекламы*





# Перикоронарит



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

**Перикоронарит является достаточно серьезным заболеванием, требующим обязательного лечения. Чаще всего оно беспокоит детей и подростков, но и многие пациенты старшего возраста знакомы с этой проблемой.**

**Перикоронарит** - это воспаление тканей, связанное с прорезыванием зуба (в частности, третьего моляра). Процесс прорезывания зуба мудрости может длиться несколько месяцев. Большую часть этого времени зуб прикрыт десневым капюшоном, в котором скапливаются остатки пищи, которые и служат отличной питательной средой для микробов, провоцирующих развитие перикоронарита. Воспаление вызывает обычная микрофлора полости рта. Поскольку десневой капюшон трудно вычистить от остатков еды, в нем создаются благоприятные условия для успешного размножения бактерий, которые в обычном состоянии воспаления не вызывают.

**Основной причиной перикоронарита является уменьшение ширины зубной дуги у современного человека на 10-12мм при сохранении размеров зубов. Изменением размеров и обусловлен недостаток места на челюсти для зубов мудрости, что проявляется затрудненным прорезыванием и перикоронаритом. Другая причина перикоронарита - эмбриологические условия**

**прорезывания зубов:** прорезывание зубов мудрости затруднено из-за утолщения стенок зубного мешочка, который окружает коронку зуба, и из-за толстой слизистой оболочки десны. **Пониженные ростообразующие факторы** тоже занимают важное место в развитии перикоронарита. Также перикоронарит может стать следствием **травмирования десны при жевании жесткой пищи или неправильном положении прорезывающегося зуба.**

## Симптомы

- ◆ Острый перикоронарит проявляется постепенно нарастающей болью в области зуба мудрости (третьего моляра).
- ◆ Десна краснеет, а из-под капюшона выделяется гной.
- ◆ При прогрессировании воспаления появляются болезненные ощущения при глотании и открывании рта.
- ◆ Боль может иррадиировать в височную область или ухо.
- ◆ Иногда температура тела повышается до 37,2-37,5 градусов.
- ◆ Могут увеличиться лимфатические узлы.

## В чем опасность

Если заболевание запущено, могут развиваться осложнения в виде позади-молярного периостита, остеомиелита, флегмоны или поднадкостничного абсцесса. Поэтому **при возникновении первых симптомов воспаления надо незамедлительно обратиться к стоматологу, чтобы начать лечение перикоронарита.**

## Показания к иссечению капюшона

Показанием для проведения операции служит затруднение прорезывания зуба мудрости при возможности его сохранения. Иссечение капюшона выполняют, когда в зубном ряду достаточно места для прорезывающегося зуба, а его коронка не повреждена. Иссечение капюшона над



зубом мудрости занимает всего несколько минут и проводится под местной анестезией. С помощью скальпеля или хирургических ножниц стоматолог удаляет часть десны, освобождая поверхность прорезающегося зуба. Затем коронковая часть зуба очищается от гноя и дезинфицируется. После операции врач назначает общеукрепляющую и противовоспалительную терапию.

### Рекомендации в послеоперационный период

◆ В течение нескольких суток пациенту рекомендуется воздержаться от острой и горячей пищи, алкогольных напитков.

◆ Необходимо применять антисептические и противовоспалительные препараты для нейтрализации воспалительного процесса.

Современная стоматология предлагает лечение перикоронарита при помощи лазерной терапии, когда инфракрасный луч воздействует на воспаленное место через кожу. Он оказывает противоотечное и противовоспалительное действие, стимулирует обмен веществ, усиливает поток крови к пораженному месту. Лечение инфракрасным лучом имеет также обезболивающее свойство.

Выбор метода лечения зависит от того, насколько сильное воспаление. Если наблюдается острый перикоронарит и возникает сведение челюстей, проводят тригеминосимпатическую блокаду.

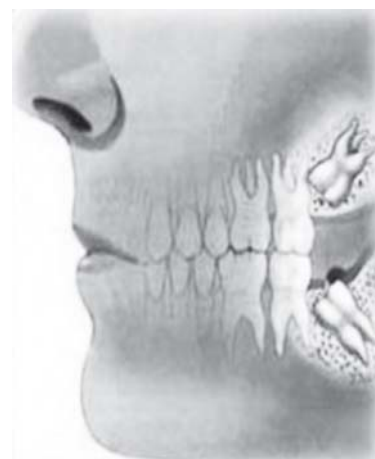
После операции у пациента могут наблюдаться болевые ощущения в области, где был удален капюшон или зуб мудрости, боли при открывании рта и глотании, повышенная температура тела, отек десны, щеки. В зависимости от индивидуальных особенностей человека наличие этих симптомов



До лечения



После



может быть закономерным, но может свидетельствовать и о развитии осложнений. Поэтому при возникновении подобного дискомфорта рекомендуется проконсультироваться с врачом.

Главным критерием выздоровления после перикоронарита является отсутствие клинических симптомов заболевания. Удовлетворительный результат лечения подтверждается инструментальным осмотром и рентгенологическим исследованием.

### Профилактика перикоронарита

Чтобы обезопасить себя от возникновения перикоронарита, необходимо регулярно проводить осмотр полости рта у стоматолога. Он поможет выявить его на ранней стадии, что, в свою очередь, позволит избежать осложнений.

Также к профилактическим мерам относится и тщательный уход за ротовой полостью. ☺

**Зуб необходимо удалить, если после иссечения капюшона заболевание остается и даже прогрессирует. Зуб удаляется лишь после снятия острого воспалительного процесса.**



# Оружие против пневмококка очевидно - вакцинация



**Валерий Владимирович ШЕВЧЕНКО,**  
главный внештатный специалист по инфекционным болезням Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности, кандидат медицинских наук, врач-инфекционист, доцент кафедры эпидемиологии АГМУ

**Пневмококковая инфекция - тема достаточно актуальная в сезон гриппа и острых респираторных заболеваний.**

**- Валерий Владимирович, в чем особенность пневмококковой инфекции?**

- С пневмококковой инфекцией связана целая группа заболеваний. Пневмококк (*Streptococcus pneumoniae*) - этот бактериальный агент давно известен, хорошо изучен наукой, практикующие врачи о нем имеют полную информацию. В то же время надо признать, что в последние годы у врачей несколько притупилась настороженность и понимание опасности этого инфекционного агента. Это происходит вопреки мнению, что пневмококк у всех на слуху. Казалось бы, пневмококк вызывает пневмонию - слова созвучны, но ведь с ней научились бороться. На самом деле всё намного серьезнее.

Что на самом деле может вызвать пневмококк? Пневмококки могут быть даже привычной микрофлорой для многих людей. Человек может быть их носителем и не предполагать это - бактерии легко располагаются на слизистой верхних дыхательных путей. В то же время у других людей, а это зависит от состояния иммунитета конкретного человека, он может вызывать острый средний отит, бронхит, пневмонию. Но могут быть более тяжелые клинические проявления пневмококковой инфекции: сепсис, менингит с высокой вероятностью смертельного исхода. Еще одна проблема сегодняшнего дня состоит в том, что пневмококк, как любой организм, стараясь выжить в этом мире, начинает вырабатывать устойчивость к лекарственным препаратам, которыми мы пытаемся с ним справиться. В результате антибиотики, которые врачи назначают, не всегда срабатывают. Формирующаяся устойчивость к антибиотикам у пневмококков, и в целом у многих безвредных бактерий, - одна из серьезных проблем в медицине. Многие ведущие специалисты обозначают ее настолько же актуальной, насколько актуальна национальная безопасность государства. Очевидно, что медицинское сообщество и человечество в целом сейчас стоят на пороге ситуации, в результате развития кото-

рой мы можем оказаться полностью безоружными перед бактериальной инфекцией.

Исход болезни при пневмококковой инфекции определяется тяжестью течения конкретной клинической формы болезни и эффективностью антибактериальной терапии. Но человечество не стоит на месте в борьбе с микроорганизмами, и на сегодняшний день в нашу практику введена специфичная профилактика пневмококковой инфекции - предложена высококачественная вакцина. Такой результат получен благодаря усилиям специалистов многих стран. Внедрение в практику вакцинации против пневмококка - это еще одно подтверждение глобальной угрозы для человечества со стороны инфекции. Почему в свое время возникла необходимость вакцинации против дифтерии, кори, полиомиелита, паротита? Потому что болели сотни тысяч людей, многие получали серьезные осложнения, регистрировались случаи смерти. По совокупности этих фактов человечество, объединившись, приступило к вакцинации одновременно во многих странах. В результате большой работы случаи этих болезней стали практически единичными. Сейчас пришло время такой же масштабной борьбы с пневмококковой инфекцией. Наука предложила эффективную вакцину.

**- Назовите, пожалуйста, кто попадает в группы риска.**

- В группы риска включены люди разных возрастов. У детей до пяти лет иммунитет еще недостаточный, чтобы всегда эффективно справляться с такими патогенными факторами, как пневмококк. У людей в возрасте, старше 65 лет, он уже недостаточный. Также в группу риска по развитию тяжелой пневмококковой инфекции относятся воспитанники детских домов и интернатов, военнослужащие и призывники, люди с хроническими заболеваниями легких, сердечно-сосудистой системы, печени, почек и сахарным диабетом, больные туберкулезом, лица с иммунодефицитными состояниями.





**- Но ведь и представители среднего возраста могут получить пневмонию как осложнение после перенесенного гриппа или ОРВИ, хотя они не относятся к названным группам, подлежащим обязательной вакцинации?**

- В этом случае защитой станет своевременная прививка от гриппа. Эффективное своевременное лечение вирусных заболеваний дыхательных путей - это и есть профилактика осложнения, вызванного пневмококком. На сегодняшний день мировая статистика такова, что осложнения после гриппа в 60-80% случаев вызваны пневмококком. Получается так, что мы создаем специфичную профилактику против гриппа, и это становится опосредованной профилактикой пневмококковой инфекции. Есть такое выражение: вирус выносит приговор, а бактерии его исполняют; вирусы открывают ворота для бактериальной инфекции. Наша задача - их закрыть.

**- Вакцинация от пневмококковой инфекции включена в Национальный календарь профилактических прививок РФ?**

- Совершенно верно. Также вакцинация от пневмококка включена в Региональный календарь профилактических прививок Алтайского края. Вакцинацию рекомендуется проводить по схеме из двух доз детям в возрасте 2 и 4,5 месяцев и ревакцинацию в 15 месяцев. Дополнительно рекомендуется вакцинация по эпидемическим показаниям - в случае высокого риска контакта с возбудителем - для детей 2-5 лет и взрослых из групп риска. К сожалению, сейчас существуют сложности финансирования во всех регионах страны. Так, например, в Санкт-Петербурге доля привитых из групп подлежащих вакцинации составляет около 30-35 процентов. Такой же показатель достигнут и в Алтайском крае. Сейчас в медицинских профессиональных сообществах специалисты разного профиля обсуждают вопросы мобилизации региональных ресурсов для борьбы с пневмококковой инфекцией.

Поэтому если говорить о детях, есть все основания сегодня полагать, что ребенок будет привит согласно Национальному календарю, и задача каждой мамы - дать согласие на прививку. Бывает и так, что вакцина в достатке, но по какой-то причине родители придерживаются иной точки зрения, считают, что их ребенку это не нужно: где-то в



СМИ услышали, что «вакцинация - зло для ребенка», где-то медицинский работник не объяснил доступно, что прививка необходима. Не исключено, что осознание ошибки отказа от вакцинации придет позднее, но уже будет поздно. Поэтому медицинскому работнику надо просто и доступно объяснять родителям, что может случиться с ребенком, если прививка не будет поставлена своевременно.

**- У вакцины от пневмококковой инфекции есть побочные действия?**

- Вакцина против пневмококковой инфекции - это современная безопасная вакцина, в своем составе она имеет все необходимые компоненты для выработки качественного специфического иммунитета. При введении любой вакцины возможен естественный физиологический ответ организма в виде кратковременного незначительного подъема температуры тела - и это нормально.

**- Эпидемиологическая обстановка в Алтайском крае отличается от положения в других регионах?**

- По пневмококковой инфекции больших отличий нет. Сложность в том, что на сегодня недостаточно изучена распространенность пневмококковой инфекции среди населения. Нельзя говорить и о том, что ситуация с пневмококковой инфекцией обострилась в 2015 году. Она была достаточно серьезной и в прошлом, а без вакцинации останется серьезной и в будущем. Поэтому во многом благодаря прививкам от пневмококка каждый сможет сохранить свое здоровье и здоровье своих детей. ☺

**По данным ВОЗ, пневмококковая инфекция считается самой опасной из всех предупреждаемых профилактическими прививками болезней и до внедрения вакцинации ежегодно приводила к смерти 1,5 миллиона человек, из которых до одного миллиона - дети.**



# Рак желудка: причины, лечение, профилактика

**Рак желудка возникает в результате роста злокачественных клеток в тканях, выстилающих желудок.**

Опухоль способна прорасти в другие оболочки желудка, соседние органы, чаще всего - печень и пищевод, а также посылать метастазы через лимфатические и кровеносные сосуды в отдаленные органы: лимфатические узлы, легкие, кости, почки, головной мозг и печень.

Рак желудка чаще встречается у мужчин, а заболеваемость резко повышается после 50 лет.

**Возможные причины, способствующие развитию ракового процесса в желудке, следующие:**

- *инфекция Helicobacter pylori*. Это единственный патологический микроорганизм, способный выживать в присутствии такого агрессивного фактора, как соляная кислота. Палочка *Helicobacter pylori* создает вокруг себя защитную оболочку, посредством которой ограждает себя от губительного действия этой кислоты. Длительное ношение данной инфекции вызывает нарушение строения и функции слизистой оболочки желудка с возможным переходом в злокачественный процесс;

- *влияние генетических факторов*. Особенно это касается близкородственных связей первого порядка. Если кто-то из прародителей болел раком желудка, то очень высока вероятность, что родители или их дети когда-либо также заболеют;

- *химические, токсические факторы*. Не исключается вредное воздействие различных токсических веществ на слизистую оболочку желудка с появлением опухолевидных клеток. Многочисленные опыты доказывают стимулирующее влияние нитратов, нитритов в качестве химических веществ на преобразование нормальных клеток эпителия слизистой оболочки желудка в раковые клетки. Нитритами и нитратами богаты овощи, выращенные в

тепличных условиях, а также на полях с широким их использованием в качестве удобрений. Различные копченые колбасы, сыры, вяленая рыба также богаты этими вредными веществами;

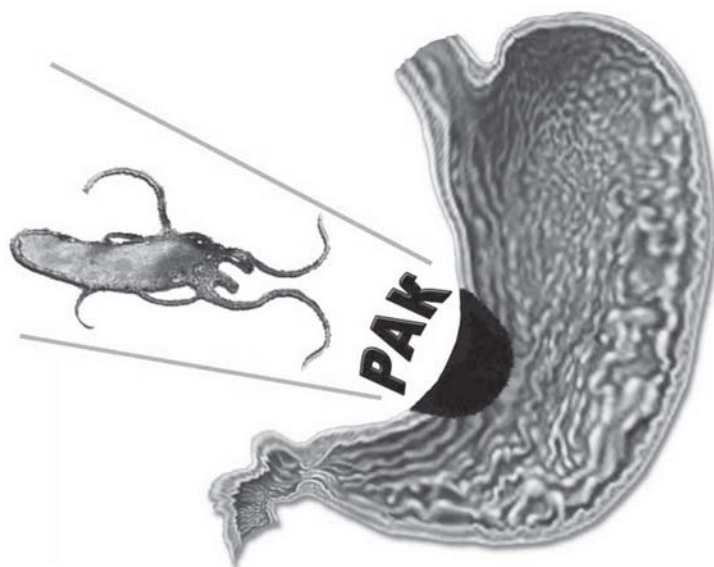
- *лекарственные средства, длительно принимаемые при воспалительных ревматических заболеваниях*, приводят к нежелательным побочным эффектам в виде язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, и имеют аналогичное негативное влияние на развитие ракового процесса;

- *влияние ионизирующего излучения (радиация)*. Радиоактивные лучи как оказывают благоприятное влияние (в малых дозах) на облучаемые клетки, так и могут приводить к нарушению внутреннего строения генетического аппарата клеток с появлением ракового перерождения и развития опухолевидных образований;

- *хронический алкоголизм и курение табака*: всем известные вредные привычки, или, как еще их можно назвать, факторы, способствующие воз-

**Елена Владимировна РЯБОВА,**

врач онколог-гастроэнтеролог, КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер»



## Победим свой страх!

Факт того, что раком желудка болеют только люди, подтверждается тем, что не нашлось ни одного животного, болеющего злокачественной опухолью желудка. Также предпринимались попытки привить раковые клетки домашним и диким животным, но ни одно научное исследование подобного рода не увенчалось успехом.

никновению онкологических заболеваний. В главной степени это касается алкоголя. Этиловый спирт оказывает прямое повреждающее действие на внутреннюю стенку желудка. Кроме этого, при прохождении через печень образуются очень токсичные соединения, которые воздействуют на уровне всего организма;

- *алиментарный фактор*. Нет единого мнения о том, какие именно продукты питания и какой режим наиболее благоприятны для человека. Но можно сказать с уверенностью, что не стоит переедать, ложиться спать на полный желудок, постоянно употреблять жирную, жареную пищу.

Кроме вышеперечисленных факторов, предрасполагающих к возникновению рака желудка, **существуют несколько конкретных заболеваний, которые изменяют нормальное строение слизистой оболочки желудка**, вплоть до появления и развития раковых клеток. Главную роль в этом процессе играет тот факт, что сначала на месте обычной слизистой оболочки появляется эпителий, которого в норме в желудке нет и который не выполняет свою функцию и не участвует в процессе пищеварения. К таким заболеваниям относятся:

- *витаминозависимая В12-дефицитная анемия* (синонимы: пернициозная или злокачественная анемия). Речь идет о процессе, при котором в недостаточном объеме синтезируются красные кровяные тельца (эритроциты) с включенными в них молекулами гемоглобина. Витамин В12 играет

одну из главных ролей не только в кроветворении, но и в образовании всех клеток организма, особенно с интенсивным размножением (эпителий желудочно-кишечного тракта). Недостаточность его потребления с пищей приводит к постепенному снижению обмена в слизистой оболочке желудка. В конечном итоге отмирают нормальные клетки и на их месте появляются раковые;

- *хронический атрофический гастрит*. Заболевание связано с постепенным угасанием функций слизистой оболочки желудка и возникновением атрофических процессов (отмирание клеток). Характерные симптомы - чувство переполнения в желудке, отрыжка тухлым запахом накануне съеденной пищи;

- *аденома желудка*. Это доброкачественный процесс, при котором происходит разрастание железистых клеток (выделяют слизь, ферменты для пищеварения). Наросты слизистой оболочки еще называются полипами, выдающимися в просвет желудка. Полипозные образования долгое время могут находиться незамеченными, но постоянное прохождение пищи через желудок травмирует и без того нарушенную структуру клеток. В какой-то промежуток времени может произойти озлокачествление с появлением раковой опухоли;

- *болезнь Менетрие* (хронический гипертрофический полиаденоматозный гастрит) - одно из редко встречающихся заболеваний, приводящее к развитию ракового процесса в желудке. В его основе лежит патологическое разрастание и увеличение в размерах ворсинок слизистой оболочки;

- *хроническая язва желудка* - язвенный процесс (образование ранок, язв на внутренней поверхности желудка). Если язвы вовремя не лечить, то они, увеличиваясь в размерах, приносят много неприятных симптомов, а порой и опасных для жизни состояний, не говоря уже о том, что может нарушаться нормальное строение слизистой оболочки. Одним из широко известных примеров перехода язвы желудка является язва-рак.

**Профилактика появления рака желудка** предусматривает действия, направленные на предупреждение появ-





## Победим свой страх!

ления хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта. На протяжении жизни необходимо соблюдать общие правила санитарно-гигиенического режима, правильно питаться, по возможности исключить появление стрессовых ситуаций, которые могут привести к появлению язвы желудка.

**Не только рацион, но и регулярность питания** влияют на заболеваемость различными, в том числе и онкологическими, недугами. Поэтому те, кто пропускает завтрак, обед или ужин, наносят непоправимый вред организму.

**Соблюдайте простые правила в еде:** пищу надо хорошо пережевывать, не спешить, не переедать, не класть слишком много соли и приправ. Не забывайте чистить зубы и полоскать рот после еды.

Свежие фрукты и овощи, зелень и коренья, богатые витаминами, макро и микроэлементами, сбалансируют рацион питания. Также **свежие овощи и фрукты** служат хорошим источником антиоксидантов, которые эффективны в борьбе против появления раковых клеток. В свежих фруктах и овощах присутствуют противораковые элементы, которые могут не только защищать желудок от развития опухолей, но и действовать на болезнь как химические лекарственные препараты (при отсутствии токсичности). Хорошим средством профилактики злокачественных новообразований желудка являются томаты, которые содержат антиоксиданты, способные стимулировать иммунитет.

Мощным антиоксидантом, препятствующим появлению онкологических болезней, является **витамин Е**, который содержится в растительном масле, орехах. Поэтому в целях профилактики рака желудка ежедневно съедайте 150г любых орехов или употребляйте не менее 2-3ст.л. любого растительного масла.

В онкопрофилактическую диету также должны входить корень сельдерея, хрен, редька, редис. В их составе присутствуют **индол и изотиоцианат** - мощные антиканцерогенные вещества. Ежедневно рекомендуется съедать по 50г этих корнеплодов.

В качестве профилактики рака желудка рекомендуется употреблять лук, в котором содержится **кверцетин**, пре-



пятствующий образованию раковых клеток.

Следует включать в рацион и **жирные сорта рыбы** (лосось, тунец, сардина, сельдь, скумбрия, макрель), в которых содержится большое количество омега-3 жирных кислот, повышающих противоопухолевый иммунитет.

Замечательным средством профилактики рака желудка считается **зеленый чай**, который можно пить ежедневно.

**Нитраты и нитриты**, в большом количестве содержащиеся в тепличных растениях (помидоры, огурцы), копченостях, необходимо ограничить в питании, так как они являются опасными с точки зрения канцерогенного влияния на организм.

Профилактика и лечение таких предраковых заболеваний, как пернициозная анемия, хроническая язва желудка и двенадцатиперстной кишки, имеют важное значение в снижении развития злокачественных новообразований этих органов.

Необходимо соблюдать умеренность в применении различных медикаментозных средств.

Необходимо **уменьшить влияние вредных факторов окружающей среды:** автомобильные выхлопные газы, промышленные отходы.

Каждодневные вечерние прогулки, занятия физической культурой и закаливающие процедуры помогут укрепить иммунитет, придадут бодрость и дополнительные жизненные силы. ☺

**После 45-50 лет любому человеку полезно один раз в год профилактически обследовать желудок даже при отсутствии жалоб, так как заболеваемость раком желудка значительно возрастает, начиная с этого возраста.**



# Помогаем жить, несмотря ни на что

**В прошлом году мы поздравили с пятнадцатилетием коллектив Алтайского краевого центра катастроф. Звучало много добрых слов в адрес врачей, творящих действительно чудеса. Но даже эти праздничные дни не отменяли служебные обязанности.**

Именно о них - наш разговор с **Н.В. ШЕСТОПАЛОВЫМ**, возглавляющим Центр с момента его создания.

**- Николай Васильевич, после нашей встречи прошло три года. Чем они ознаменовались для коллектива? С какими успехами вы подошли к юбилею Центра?**

- На самом деле за три года многое изменилось. И эти изменения не во всём лучшие. Так, в полной мере встала проблема с кадрами. Молодежь не рвется после института в такие структуры, как наша. Больше трудностей испытываем с финансированием.

Но в самой работе мало что изменилось: она выполняется в полном объеме - мы по-прежнему спасаем людей. Но те планы, о которых говорили три года назад, так и остаются планами.

**Мы сконцентрировались на основных направлениях.** Думаю, что эта ситуация обязательно пройдет постепенно. Были планы открыть филиал в Камне-на-Оби, подобный работающим в Бийске, Славгороде, Рубцовске, но не получилось в силу указанных выше причин. Печально другое: за два года из Центра медицины катастроф ушли восемь человек, опытных, высококвалифицированных сотрудников. Пришли те, у кого мало опыта для работы в нашей службе. Требуются анестезиологи-реаниматологи - самые востребованные в нашей службе специалисты.

Повторю: эти трудности не влияют на качество работы. Недавно сотрудники Центра были поощрены благодарностями Губернатора края за профессионализм. И это говорит о многом.

**- Вы можете выделить главные составляющие вашей работы, без которых многое не получилось бы выполнить на таком высоком уровне?**

- Успех зависит от подготовки кадров, подбора особенного коллектива из тех людей, кто может работать в нашей непростой структуре. Требуются профессионалы, по крайней мере, по двум причинам: наши врачи постоянно консультируют коллег в районах, и мы сталкиваемся с неординарными случаями, когда спасение человека зависит от оперативности действий врачей, их подготовки, умения принимать решения быстро и правильно. **Условия**



**нашей работы далеки от условий работы в стационарных лечебных учреждениях.** Это - долгие переезды, перелёты, большие физические и психические нагрузки. Отдельные вызовы длятся до суток: 8 часов занимает дорога в одну сторону, столько же - в другую, да еще собственно оказание помощи. Требуется особый набор знаний и умений, практически в полевых условиях - при длительной транспортировке тяжелобольного пациента. Если учесть, что это происходит круглый год и круглосуточно, можно представить то соединение нагрузки и ответственности, которое ложится на каждого сотрудника.

В нашем Центре трудятся дисциплинированные, знающие меру своей ответственности люди. За год при транспортировке не было ни одной смерти - и это повод для гордости!

Специалисты постоянно повышают уровень своей профессиональной подготовки. **За три года в нашем арсенале появились новые методы лечения, успешно осваиваются и применяются новые методики:** аргоновая остановка кровотечения; установка временных кардиостимуляторов для возможности транспортировки больного с серьезными изменениями в сердце. Сегодня в сутки мы обслуживаем 12 вызовов в районы края, обеспечиваем до 60 консультаций. За 15 лет работы Центра десятки тысяч больных вывезли из районов прежде всего в Барнаул. По самым скромным подсчетам, помощь оказана почти 70 тысячам людям - это отдельный город! А если прибавить консультации: их не менее 4,5 тысяч в год - получится еще внушительнее. И всё это выполняется ежедневно! Надо иметь в виду, что наша помощь достаточно затратная. Так, эвакуация авиатранспортом больного одномоментно стоит 300 тысяч рублей.

Думаю, что в будущем служба будет развиваться. Во всем мире она существует, соединяет периферийное звено здравоохранения с центром.

**- Вы участвовали в ликвидации чрезвычайных ситуаций в крае, которые складывались в последние годы?**



- Там, где требовалась наша помощь, мы были. Так, на место пожара 2010 года в с. Николаевка Михайловского района мы прибыли уже через четыре часа, когда село еще горело. Работали в течение недели. Многим людям требовалась помощь специалистов-психологов. Из-за сильного стресса обострились хронические заболевания, приходилось вывозить людей в Барнаул, Рубцовск, в работу включились районные больницы соседних районов.

В 2014 году работали в Чарышском и Быстроистокском районах, пострадавших от наводнений. Наши бригады сменяли друг друга. Ситуация осложнялась тем, что были полностью затоплены местные больницы и помощь оказывалась во временных медпунктах. Наши врачи имеют статус спасателей: они грамотно снимали людей с крыш домов, эвакуировали, оказывая экстренную помощь. Были сложные больные с инсультами, сердечными приступами. Тот факт, что в этих событиях не было вспышек инфекций, позволяет сделать вывод: все медики сработали грамотно. В событиях были задействованы около 200 наших специалистов, всего же в зоне затопления работали почти 1500 врачей и медсестер.

Выезжаем на массовые события, в том числе на случаи вспышек инфекции. Участвуем в помощи пострадавшим при ДТП. У нас 2-3 бригады постоянно находятся в разных районах края. Часто при выполнении санитарного задания они становятся свидетелями последствий ДТП, и это оказывается благоприятным фактором для оперативного оказания медицинской помощи пострадавшим. Страшная дорожная авария была в Алейске, подняли пять бригад, пострадавших прооперировали в первые два часа после аварии. В результате избежали смертей. Правило «золотого часа» было выполнено. Огромная роль в оказании экстренной помощи принадлежит нашим филиалам в Бийске, Рубцовске и Славгороде - они обслуживают до десяти соседних районов. Благодаря открытию филиалов, помощь на этих территориях оказывается быстрее, что положительно сказалось на итоговых показателях.

Конечно, бывает, что приходится забирать наших сотрудников из дома. Экстренная ситуация - собирается весь коллектив краевого Центра медицины катастроф. Это объяснимо: мы знаем, как помочь, умеем выполнять свою работу.

**- Цифры доказывают: население стареет. Как это отражается на вашей работе?**

- Со здоровьем населения вообще не так благополучно, как хотелось бы. Понятно, что и подходы к



лечению меняются. Раньше после инсультов пожилые больные оставались дома, сейчас стандарт лечения обязывает в течение трех часов оказать им высококвалифицированную помощь. То же самое касается инфаркта. И объем помощи по этим направлениям растет. **Мы имеем возможность своими силами оказывать необходимую помощь.** Результат нашей работы, в том числе, влияет на снижение смертности населения, но не настолько, чтобы успокоиться на достигнутом.

**- Наш журнал всегда дает советы читателям. Что бы вы могли сказать в этом плане?**

- Считаю, что самое главное в следующем: **люди должны с большей ответственностью относиться к себе, отвечать за собственный быт, за свое здоровье и здоровье близких людей, чтобы максимально исключить вероятность критических ситуаций.** До сих пор много случаев в нашей работе, связанных с нетрезвым состоянием людей: дорожно-транспортные происшествия, всевозможные травмы. Неправильное отношение к жизни и определяет ту ситуацию, которая есть сегодня. Если наплевать относиться к своему дому, люди будут гибнуть от пожаров.

Отдельная тема - дорожно-транспортные происшествия. Это абсолютно безбашенные люди, равнодушные к себе и к тому, кто рядом. Например, наша машина с больным попала в аварию, шофер, думаю, нетрезвый, разбил наш реанимобиль - и уехал, скрылся с места аварии. Благодаря помощи свидетеля нашли его машину. Так этот водитель сделал виноватой свою жену - по закону ей грозило меньшее наказание. Причинен огромный ущерб, восстановление машины реанимации требует больших средств. А пьяный водитель просто остался «не при делах». Таких примеров, к сожалению, много. Отсутствие дисциплины, ответственности свойственно нашим согражданам. Сколько детей страдает по вине водителей! Посмотрите статистику: за год 300 человек гибнут в ДТП, тысячи пострадавших. Ничто не останавливает нарушителей на федеральных трассах, а в районах - тем более. Думаю, нужна жесткая системная работа, чтобы приучить людей к порядку, чтобы за каждый промах человек нес ответственность.

**Уверен, если бы человек отвечал за свои дела полностью, жизнь изменилась бы к лучшему.** ☺





# Возможности лечения ИБС



**Павел Александрович ЕРМОЛИН,**

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

**Аортокоронарное шунтирование (АКШ) - это сложная операция, при помощи которой восстанавливается кровоток в коронарных сосудах, питающих сердце, путём создания обходных путей (шунтов), которые несут кровь в обход места сужения артерии.**

В результате операции кровоснабжение миокарда улучшается, и это позволяет улучшить течение ишемической болезни сердца (ИБС): предотвратить или уменьшить стенокардию, снизить риск инфаркта.

**Ишемическая болезнь сердца является самой частой патологией сердечно-сосудистой системы.** Как правило, она развивается во второй половине жизни, у мужчин начинается несколько раньше, чем у женщин. Непосредственной причиной ИБС - это **атеросклероз коронарных (венечных) сосудов**, при котором в артериях формируются атеросклеротические бляшки (отложения холестерина). Постепенно увеличиваясь в размерах, они всё больше сужают просвет артерий. Причём, возникают и растут бляшки не только в сосудах сердца, но и в других артериях: ими поражаются аорта, почечные сосуды, артерии нижних конечностей, мезентериальные сосуды (несут кровь к кишечнику), сосуды мозга. Однако у многих людей атеросклероз коронарных сосудов развивается быстрее всего и грозит очень серьезными последствиями.

Когда просвет артерий сердца значительно сужается, миокард начинает страдать от дефицита кислорода, необходимого для полноценной работы сердечной мышцы. Так возникает **ишемическая болезнь сердца**, которая может быть представлена разными формами и проявляться разными симптомами. Чаще она течёт в виде стенокардии: приступов болей в груди, которые возникают при повышенной нагрузке на сердце. **Стенокардия сопровождается высоким риском инфаркта** - состояния, при котором кровоток в каком-то коронарном сосуде прекращается совсем и участок миокарда, к которому этот сосуд направляется, подвергается некрозу (омертвлению).

Ишемическая болезнь сердца, в частности, стенокардия, лечится различными способами. Во всех случаях проводится **коррекция образа жизни пациента**: ему рекомендуется соблюдать диету и отказаться от вредных привычек, подбирается подходящий режим физической активности. Во всех случаях назначаются специальные медикаменты, которые улучшают крово-

снабжение миокарда, снижают нагрузку на сердце, замедляют прогресс атеросклероза и т.д. К сожалению, этого порой недостаточно.

**Если медикаменты не помогают улучшить состояние человека, ему проводится хирургическое лечение ИБС.** Существуют малоинвазивные методики лечения. Например, **при стентировании** через прокол в вене в кровеносное русло пациента вводится специальный проводник, который подводится к месту сужения коронарной артерии. Через него в сосуд вставляется специальная трубочка из плотного сетчатого материала - она расширяет его просвет, улучшая проходимость артерии.

Если же сужение настолько значительное или протяженное, что стентирование невозможно, планируется операция АКШ. К сердцу пациента «пришивается» дополнительный сосуд: он берет начало от аорты (именно из нее идёт кровь в коронарные артерии) и соединяется с поражённым сосудом ниже места его сужения. Таким образом, кровь из аорты, минуя «проблемный» участок, идет в конечную часть коронарной артерии, непосредственно к сердцу. Питание миокарда улучшается, это дает эффект в виде уменьшения симптомов болезни и её рисков.

*Но нужно помнить, что АКШ - это серьезное, сложное для хирурга и больного травматичное вмешательство.*

## Кому проводится АКШ?

Аортокоронарное шунтирование не выполняется пациентам по их собственному желанию. Решение о проведении АКШ принимается на основе результатов **коронарографии** - диагностического исследования, которое определяет наличие, локализацию, протяженность, а также степень сужения (в %) коронарного(-ых) сосуда(-ов).

**Основаниями для проведения операции АКШ служат:**

- ◆ недостаточный эффект от медикаментозного лечения;
- ◆ протяженное сужение сосудов, не позволяющее провести стентирование;
- ◆ серьезное нарушение проходимости сразу нескольких сосудов;



## Коронарный клуб

- ◆ сужение левой коронарной артерии более 75%;
- ◆ тяжелая левожелудочковая недостаточность;
- ◆ нарушение со стороны клапанов сердца, существующее наряду с сужением коронарных артерий.

### Подготовка к АКШ

Перед тем как отправить пациента на операцию, врачи проводят полное обследование: лабораторные анализы, ЭКГ, УЗИ сердца и т.д. Убедившись в том, что вмешательство действительно необходимо при отсутствии у пациента ограничений, его начинают готовить к АКШ.

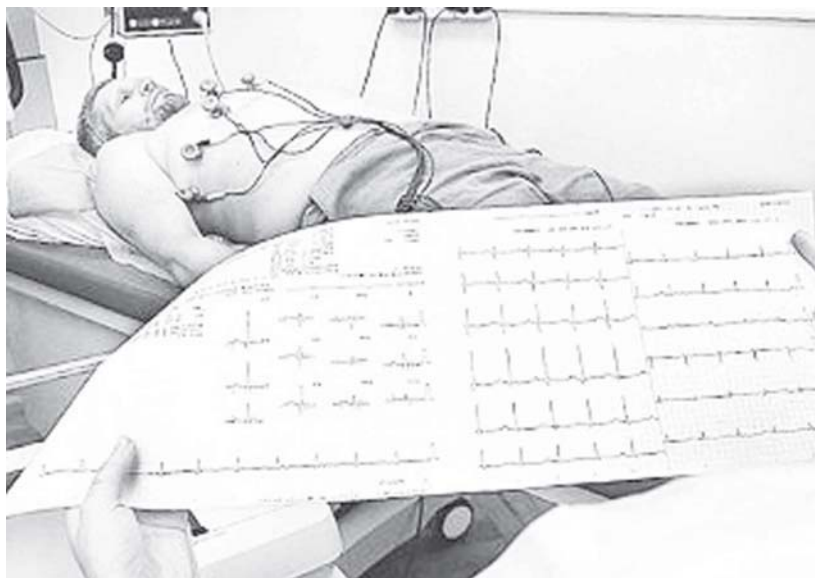
Так, за несколько недель до шунтирования рекомендуется бросить курить, исключить факторы риска ИБС, принимать необходимые медикаменты. За несколько часов до операции выполняют стандартную предоперационную подготовку: запрещается принимать пищу и жидкость, проводится премедикация (введение специальных препаратов, которые готовят организм к наркозу).

### Как проводится АКШ?

**Коронарное шунтирование может быть выполнено тремя способами:**

◆ операция на неработающем сердце с использованием аппарата искусственного кровообращения. Это самая частая разновидность АКШ, проводится под общим наркозом. Она всегда проводится пациентам, имеющим множественные протяженные сужения в коронарных сосудах, а также другие патологии сердца помимо атеросклероза (аневризмы, нарушения со стороны клапанов, пороки и т.д.). На вмешательство уходит 6-8 часов. Это самый простой вариант операции для врачей и самый сложный для пациента. Техника требует остановки сердца, во время использования аппарата искусственного кровообращения происходит повреждение форменных элементов крови. Кроме того, для обеспечения доступа к сердцу необходимо создание большого разреза, а это - серьезное повреждение грудной клетки. В дальнейшем таким пациентам в обязательном порядке требуется проведение специальной программы кардиореабилитации для восстановления;

◆ операция на работающем сердце требует еще более высокой квали-



фикации хирургов и использования сложного оборудования. Разрезы здесь делаются меньше. Операция длится 3-5 часов (за счет отсутствия необходимости подключения к аппарату искусственного кровообращения). Сроки восстановления пациента меньше;

◆ минимально инвазивная АКШ (на территории Алтайского края не проводится). Производится один небольшой разрез по межреберью или несколько маленьких разрезов в разных частях грудной клетки, через которые в грудную полость вводятся инструменты, и, используя эндоскопическое оборудование, устанавливаются шунты на работающем сердце. Операция длится около трех часов.

### После операции

Пациента переводят в реанимацию, где он приходит в себя после наркоза и до тех пор, пока его состояние не стабилизируется. Затем - перевод в кардиохирургическое отделение: на 11-14 дней по АКШ с остановкой сердца и на 5-8 дней после АКШ на работающем сердце.

На протяжении всего времени в стационаре пациента обследуют, он принимает обезболивающие, антибиотики, другие средства для профилактики осложнений, а также препараты для уменьшения нагрузки на сердце, лечения аритмий, поддержания нормального артериального давления и т.д. Выписывается он с необходимыми рекомендациями. ☺

**Продолжение - в следующем номере.**

**Вне зависимости от разновидности АКШ требует работы высококвалифицированных хирургов и опытного вспомогательного персонала. Выбор вида АКШ определяется состоянием пациента, особенностями его заболевания, техническими возможностями клиники. Самым главным критерием выбора являются результаты коронарографии.**





# ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ



## Уважаемые подписчики и читатели журнала «Здоровье алтайской семьи»!

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

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

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

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



ИЗВЕЩЕНИЕ	<p><b>Внимание!!! Обязательно заполнить (указав полный адрес) строку получателя корреспонденции.</b></p> <p>Наименование получателя платежа: ООО "Издательство "Вечерний Новоалтайск"</p> <p>ИНН: ИНН 2263020152 КПП 220801001                  Номер счета получателя платежа: 40702810600020000162                  Наименование банка: ООО КБ "Алтайкапиталбанк" г.Барнаул                  БИК: 040173771 Кор.счет: 30101810900000000771                  ОКПО: 52090627 ОГРН: 1022202409426                  Наименование платежа: Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» на 2016 г. №2-12                  Плательщик (Ф.И.О.): _____ Наименование фирмы, контактный телефон _____                  Адрес получателя корреспонденции _____ Почтовый индекс, город (район, название поселка), _____                  улица, дом, квартира (офис) _____                  Наименование фирмы (ФИО) получателя, контактное лицо, телефон _____</p>						
	Кассир	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Назначение платежа</th> <th>Сумма</th> <th>Итого к уплате</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2016 год, №2-12</td> <td>814-00</td> <td>814-00</td> </tr> </tbody> </table> <p>Плательщик (подпись) _____ Дата _____  <b>Подписной индекс - 31039</b></p>	Назначение платежа	Сумма	Итого к уплате	Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2016 год, №2-12	814-00
Назначение платежа	Сумма	Итого к уплате					
Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2016 год, №2-12	814-00	814-00					
КВИТАНЦИЯ	<p>Наименование получателя платежа: ООО "Издательство "Вечерний Новоалтайск"</p> <p>ИНН: ИНН 2263020152 КПП 220801001                  Номер счета получателя платежа: 40702810600020000162                  Наименование банка: ООО КБ "Алтайкапиталбанк" г.Барнаул                  БИК: 040173771 Кор.счет: 30101810900000000771                  ОКПО: 52090627 ОГРН: 1022202409426                  Наименование платежа: Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» на 2016 г. №2-12                  Плательщик (Ф.И.О.): _____ Наименование фирмы, контактный телефон _____                  Адрес получателя корреспонденции _____ Почтовый индекс, город (район, название поселка), _____                  улица, дом, квартира (офис) _____                  Наименование фирмы (ФИО) получателя, контактное лицо, телефон _____</p>						
	Кассир	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Назначение платежа</th> <th>Сумма</th> <th>Итого к уплате</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2016 год, №2-12</td> <td>814-00</td> <td>814-00</td> </tr> </tbody> </table> <p>Плательщик (подпись) _____ Дата _____  <b>Подписной индекс - 31039</b></p>	Назначение платежа	Сумма	Итого к уплате	Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2016 год, №2-12	814-00
Назначение платежа	Сумма	Итого к уплате					
Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2016 год, №2-12	814-00	814-00					

**Здоровья - каждой алтайской семье!**

**Подписной индекс журнала - 31039**



*Эстафета родительского подвига*

**«Согрей теплом родительского сердца!»**



Фоторепортаж с торжественного приема победителей Эстафеты родительского подвига «Согрей теплом родительского сердца», 25 декабря 2015 года, Молодежный театр Алтая