

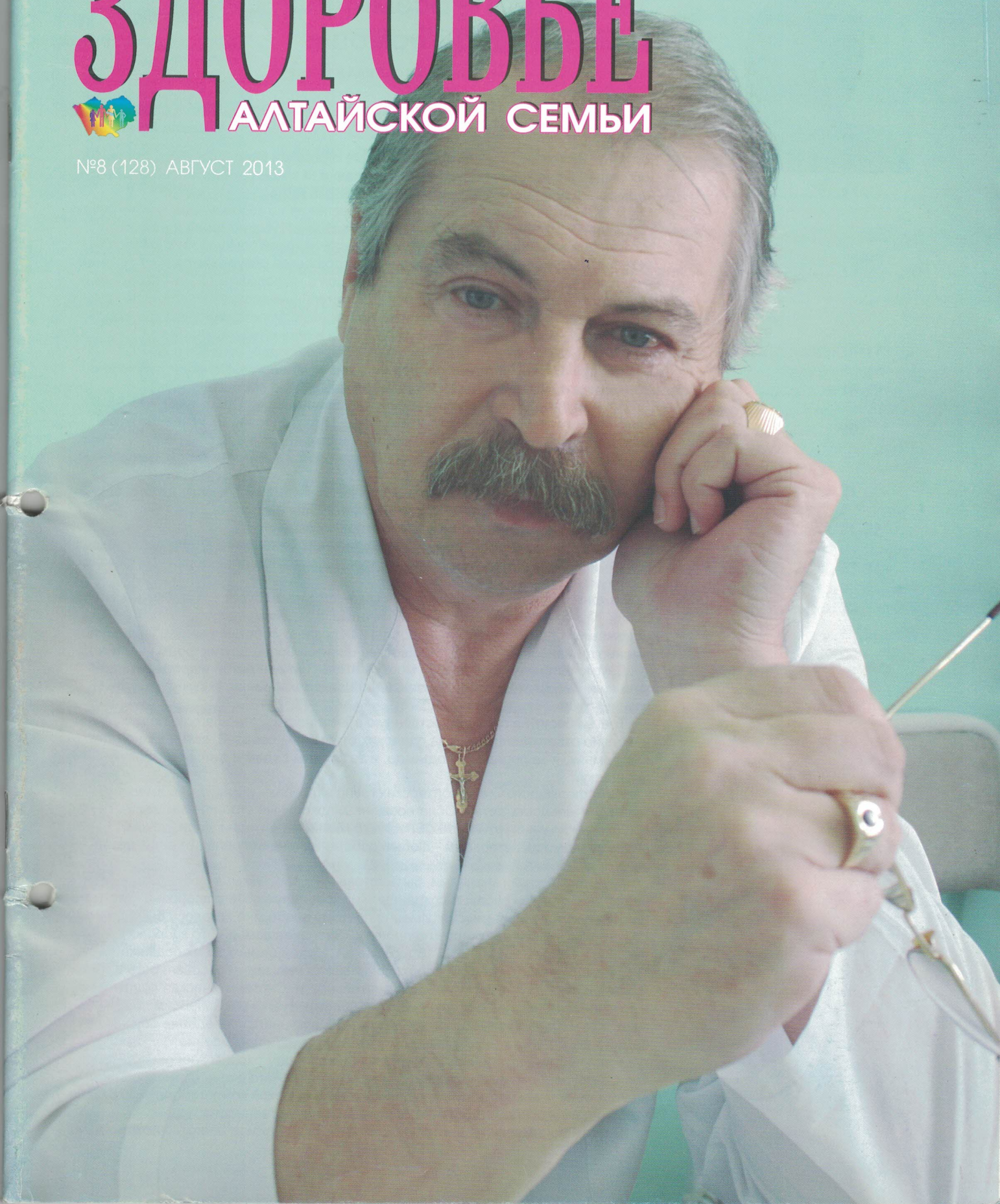
КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

ЗДОРОВЬЕ



АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№8 (128) АВГУСТ 2013





19 августа – Всемирный день гуманитарной помощи

Праздность – короткий путь к старости
Мишель Монтень

Когда возникают стихийные, наносящие огромный ущерб события, отклик на них людей происходит естественно, спонтанно, и такое соучастие «всем миром» характерно для представителей любых народов мира.

В ООН даже создано специальное Управление по координации гуманитарных вопросов. А в 2008 году учрежден Всемирный день гуманитарной помощи.

Сегодня вопросы и оказания срочной гуманитарной помощи, и благотворительности в целом, волонтерства в нашем обществе обсуждаются все активнее, и не просто обсуждаются. Люди объединяются в неформальные группы, общественные организации, реализуют благотворительные проекты. Как правило, это люди с активной жизненной позицией, деятельные, успевающие, как говорится, и здесь, и там: реализовать себя и на работе, и в общественной жизни.

Но, думаю, всем нам знакома и масса других людей, которые в силу самых разных причин не участвуют деятельно в жизни общества. По моим наблюдениям, чаще это люди физически здоровые и финансово состоятельные.

Причем инертны они по собственной душевной лени. Пребывают в томной неге ничегонеделания и скуки... Не зря еще Цицерон говорил: «Ничего так не следует остерегаться в старости, как лени и безделья».

Да и не только в старости, вопросы позитивной занятости детей, подростков, не менее актуальны.

Именно поэтому вопрос о праздности и гуманитарной помощи, даже в более широком ее толковании - благотворительности, волонтерстве, мне кажется, правильно рассматривать вместе.

Благотворительность - понятие безграничное. Главное - не сдерживать своих порывов, не уподобляться лентяям, и время и средства для добрых дел обязательно найдутся.

Каждый выбирает для себя сам, в какой форме он будет участвовать в благих делах. Кто-то передает средства, и немалые, в зарекомендовавшие себя надежными благотворительные фонды или создает собственные (на удивление именно финансовая помощь в обществе ценится более других форм участия!).

Другие организуют кружки по месту жительства для детей и передают свои навыки и умения, например, в вязании или моделировании, ведут спортивные секции, группы здоровья.

Третьи берут на себя общественную обязанность – старшего по подъезду – и невольно ответственность и за одиноких стариков – соседей, детей в многодетных семьях, и за порядок в подъезде, и за клумбы рядом и детскую игровую площадку...

Идет формирование волонтерских групп в школах - и мне очень импонирует такая деятельность детей. Облагороженный школьный стадион или цветники на пришкольном участке, в парке. Благоустройство территории у природного водоема, помощь ветеранам - любые добрые начинания делают наших детей чище и добрее.

Делиться своими знаниями, быть готовыми и способными побуждать людей на любовь к самим себе, на сохранение и укрепление своего здоровья - это тоже важная гуманитарная миссия. Именно поэтому особо мне хотелось бы поблагодарить всех наших партнеров по проекту «Здоровая семья - это здорово!», авторов и коллектив журнала «Здоровье алтайской семьи» за их подвижничество, бескорыстие, творческий подход, человеческую заинтересованность в такой нужной и важной просветительской деятельности. Систематическая подготовка материалов и даже целых циклов по наиболее актуальным вопросам профилактики, формированию здорового образа жизни в журнал, проведение обучающих семинаров для участников проекта, инициирование и проведение круглых столов, участие в публичных дискуссиях по вопросам охраны здоровья жителей края, в других различных просветительских акциях - это очень важная, социально значимая, деятельность, требующая не только высокой компетенции, профессионализма, но и особой гражданской позиции и ответственности.

В моем понимании их деятельность - это яркий пример благотворительности.



**Дарю право
на продолжение
жизни**



**«Солнечные дети»:
подготовка
руки к письму**



**Физическая
активность
во всех возрастах**



**Смертельный
диагноз. Для кого?**

На фото: Сергей Дмитриевич КОЗЛОВ, кардиохирург, врач высшей категории, заведующий оперблоком, Алтайский кардиодиспансер.

Фото: Ларисы Юрченко

«Кадры - главное наше направление»	2-5
Л.В. Юрченко. Дарю право на продолжение жизни.....	6-10
Мир и медицина	10
Какие оливки полезнее?	11
Скучно... кончилась любовь?	12-13
Рисунок без ума	14
Наш партнер - «Алтайский вестник Роспотребнадзора» Н.А. Ефимова. О пользе хлеба, обогащенного микронутриентами	15
ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА Т.А. Кузнецова. «Подводные камни» миомы матки при беременности	16-17
Н.Г. Федюнина, О.И. Исакова. О храпе серьезно	18-19
Крути педали	20
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ Л.А. Плигина. Готовимся к конференции.	21
Т.В. Мельникова. Доврачебная помощь при повреждениях опорно-двигательного аппарата	21-22
М.Н. Шешина. Особенности ухода за пациентами с острым нарушением мозгового кровообращения	23-24
Жизнь без табака и алкоголя	25
ШКОЛА РЕАБИЛИТАЦИИ ДЦП О.П. Скобин. Лечебный массаж при детском церебральном параличе	26-27
Е.П. Лебедева. «Солнечные дети»: подготовка руки к письму	28-30
Я поведу тебя в музей	31
Бюстгальтер: найди свою модель!	32-33
Я ненавижу офисную жизнь	34
А.В. Отт. Физическая активность во всех возрастах	35-37
Общественники мечтают о барнаульском парке здоровья	38
Наш партнер - «Алтайский вестник Роспотребнадзора» У.В. Калинина. Опасный энтеровирус	39
Смертельный диагноз. Для кого?	40-41
Входим в рабочий ритм	42-43
Хризолит: «золотой камень»	44



«Кадры - главное наше направление»

Сегодня мы продолжим разговор, который начался в июльском номере нашего журнала, - с начальником Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности И.В. ДОЛГОВОЙ об инновационной для края системе организации медицинской помощи в том числе и о медицинском кластере. Ранее мы довольно подробно представили его организующую структуру.

- Ирина Викторовна, в рамках медицинского кластера как вы оцениваете результаты деятельности?

- Освещение этой темы в контексте визита в Алтайский край председателя Совета Федерации В.И. Матвиенко, по нашему мнению, было логичным, так как именно в Совет Федерации Федерального Собрания еще в 2006 году Губернатор А.Б. Карлин впервые представил данную модель развития здравоохранения края.

Цель тогда ставилась вполне определенная - **развитие высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП)** как наиболее ресурсоемкого направления, позволяющего внедрять новые технологии лечения, концентрировать в учреждениях специалистов высочайшего класса и, как итог, предоставлять возможность нашим жителям получать такую помощь здесь, у нас в крае, на уровне профильных центров Российской Федерации.

Можно говорить, что за четыре года удалось сделать серьезный шаг вперед, как в качественном, так и в количественном плане. Для примера: в 2009 году высокотехнологичную помощь в крае оказывали три учреждения по трем профилям. **На сегодня таких учреждений девять, а количество профилей ВМП - пятнадцать.** За это время ВМП оказана более чем 25 тысячам жи-

телям края, которые ранее не всегда могли получать ее оперативно из-за удаленности региона от федеральных центров.

Но нужно понимать, что **реализация в практическом здравоохранении кластерных цепочек «профилактика - выявление - лечение - реабилитация - профилактика» основана не только на территориальном объединении учреждений**, примером которого является нагорный медицинский кластер, **но, в первую очередь, на функциональном и организационном взаимодействии учреждений в интересах пациентов.**

Например, при оказании кардиохирургической помощи в процессе задействованы практически все лечебные учреждения края начиная от ФАПов, районных больниц и поликлиник, участвующих в выявлении, направлении таких пациентов в специализированное учреждение (АККД), где уже оказывается специализированная и высокотехнологичная медицинская помощь. В дальнейшем на этапе ранней реабилитации включаются отделения восстановительного лечения и вновь районные больницы и поликлиники, осуществляющие последующее диспансерное наблюдение пациентов. Аналогично организована кластерная цепочка оказания онкологической помощи и ряда других направлений.



Главная задача, которая решается кластерным подходом, - это возможность организовать взаимодействие учреждений, консолидировать их потенциал исходя из конкретной задачи, стоящей перед здравоохранением региона. Причем объединение усилий происходит не только в плане оказания медицинской помощи, но и в ведении хозяйственной деятельности. Территориальное объединение учреждений позволяет сокращать затраты на содержание зданий, территорий, в полной мере использовать производственные мощности прачечных, пищеблоков в общих интересах.

- Как сегодня оценивается уровень алтайской медицины?

- Алтайская медицинская школа всегда считалась одной из лучших в стране, традиции обучения, тот научный потенциал, который воспитывается начиная со студенческих научных обществ до алтайских филиалов крупнейших НИИ: Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина РАМН, Гематологического науч-



Модернизация здравоохранения

ного центра РАМН, НИИ травматологии и ортопедии и ряда других, расположенных на базах наших учреждений, и дают возможность выращивать уникальных специалистов.

Есть, конечно, и обратная сторона этой «медали», которая не может нас не расстраивать, - крупнейшие федеральные клиники не упускают возможность переманить наших лучших специалистов. Воспитанники алтайской медицины на сегодняшний день работают в самых крупных учреждениях страны. Мы, в свою очередь, тоже приглашаем высококлассных специалистов из других регионов (Новосибирск, Томск, Волгоград и др.) для развития инновационных и высокотехнологических методов лечения, рядом с которыми «растут» и местные врачи.

Понимая, что **решение масштабных задач, которые уже формализованы в серьезные программы**, например, по развитию гемодиализа и трансплантологии почки, онкологии, развития сельского здравоохранения, **невозможно без преодоления проблем кадрового дефицита**, имеющегося в алтайском здравоохранении, впрочем, как и в здравоохранении любого другого региона России.

Если определять его согласно методике, предложенной Минздравом РФ, то **дефицит врачебных кадров составляет 2854 человека**, в том числе в амбулаторно-поликлиническом звене - 1480 и в стационарах - 1374. Не оптимистичнее ситуация и с кадрами средних медицинских работников. При этом еще необходимо учитывать обширную территорию края, низкую плотность населения, как следствие - большое число малонаселенных сельских поселений. Но жители края должны иметь возможность получения медицинской помощи. Наша задача - обеспечить ее доступность.

- Как решается эта проблема?

- В целях обеспечения доступности медицинской помощи населению реализуются разносторонние подходы. **Первое, и главное, направление - кадры.** В целях преодоления сложившегося кадрового дефицита в отрасли ведется системная работа.

Ежегодно проводится **целевая базовая и последипломная подготовка специалистов** с учетом потребно-

сти лечебных учреждений. Впервые с 2013 года введен целевой набор в средние медицинские учебные заведения (200 мест).

Реализуется краевая целевая программа «Переподготовка и повышение квалификации медицинских работников», средства которой направлены на профессиональную переподготовку и повышение квалификации врачей, а также на подготовку в клинической ординатуре специалистов остродефицитных специальностей. Администрация края и депутатский корпус Алтайского краевого законодательного собрания, оценивая важность имеющейся проблемы, на протяжении последних трех лет увеличили объем финансирования этой программы с 4700 тысяч рублей в 2010 году до 18400 тысяч рублей в 2013 году.

В целях реализации программы **«Земский доктор»** в 2012 году единовременные компенсационные выплаты получили 267 медицинских работников, трудоустроенные в учреждениях здравоохранения сельских населенных пунктов. Это один из лучших показателей в РФ.

В 2012 году из других регионов для трудоустройства в Алтайский край **прибыли 20 специалистов с высшим медицинским образованием**, в том числе из Республики Алтай - шесть и г.Новосибирска - пять. Кроме того, перемещение врачей отмечается и в пределах края. В сельскую местность переехали молодые специалисты с высшим медицинским образованием: из г.Барнаула - 34, г.Бийска - 13, г.Рубцовска - четыре, г.Белокуриха - пять и г.Новоалтайска - семь.

В конце 2012 года трудоустроились в сельские учреждения восемь молодых специалистов, которые не получили единовременные выплаты, так как средства, предусмотренные вышеуказанным Федеральным законом, были реализованы в полном объеме. Губернатор Алтайского края А.Б. Карлин принял решение произвести выплаты в размере 1 млн. рублей молодым врачам из средств краевого бюджета.

Для отрасли здравоохранения в Российской Федерации остается острым вопрос уровня оплаты труда медицинских работников (*это призна-*

Дефицит врачебных кадров составляет 2854 человека, в том числе в амбулаторно-поликлиническом звене - 1480 и в стационарах - 1374. Не оптимистичнее ситуация и с кадрами средних медицинских работников. При этом еще необходимо учитывать обширную территорию края, низкую плотность населения, как следствие - большое число малонаселенных сельских поселений. Но жители края должны иметь возможность получения медицинской помощи.



▲

Алтайский край стал новатором программно-целевого управления и системного подхода к организации медицинской помощи, результатом которого стало медико-географическое зонирование лечебной сети, создание межрайонных специализированных центров, обслуживающих несколько районов края и закрывающих тем самым потребность практически во всех видах специализированной помощи. Нельзя забывать и про развитие телемедицинских консультаций, возможность проведения которых имеется во всех районных больницах Алтайского края.

ет и министр здравоохранения РФ В.И. Скворцова. - прим. ред.).

По инициативе Губернатора Алтайского края А.Б. Карлина с целью закрепления медицинских кадров с 2011 года производятся **профессиональные выплаты врачам стационарных отделений, молодым специалистам учреждений здравоохранения края, расположенных в сельской местности, рабочих поселках и малых городах, стаж которых после окончания высшего медицинского образовательного учреждения не превышает трех лет.** С 2012 года предусмотрены также **доплаты врачам стационарных отделений терапевтического профиля и средним медицинским работникам стационарных отделений.**

В прошедшем году Алтайский край продемонстрировал самый высокий в Российской Федерации темп прироста заработной платы медицинских работников к средней по экономике региона. Безусловно, этому способствовали не только программа модернизации здравоохранения, но и персонализированные губернаторские доплаты остродефицитным специалистам (хирургам, анестезиологам, операционным сестрам и другим). Но и в этом году нам удастся удерживать достигнутые уровни зарплат.

С 2009 года ежегодно проводится конкурс «**Лучший врач года**», позволяющий не только оценить уровень квалификации врачей, но и повысить престиж профессии и привлечь внимание общества на сферу здравоохранения. В 2013 году до 3 млн. рублей увеличился призовой фонд, предусмотренный на награждение победителей, что позволит организовать и провести конкурс не только среди врачей, но впервые и для средних медицинских работников и провизоров.

В 2012 году принято постановление Администрации Алтайского края о **ежегодном выделении бюджетных средств, предусмотренных на оздоровление не менее 300 медицинских работников.**

Большое внимание уделяется вопросу обеспечения жильем медицинских работников. В настоящее время по поручению Губернатора Алтайского края А.Б. Карлина Главным управлением совместно с Управлением Алтайского края по строительству и архитектуре

разработан пилотный проект строительства жилого дома на 160 квартир в районе нагорного медицинского кластера для сдачи их в социальную аренду особо востребованным работникам медицинской сферы.

Второе направление, если так можно сказать, обеспечивающее повышение доступности, - это формирование потока больных. Губернатор А.Б. Карлин перед медицинским сообществом на съезде врачей Алтайского края в июле 2008 года свою позицию по данному вопросу сформулировал так: *«Не больной должен ходить вокруг больницы и поликлиник, а профессионалы - медики должны вести пациента».*

Создание краевой Врачебно-диспетчерской службы, (ВДС), позволило систематизировать направление больных на консультации из районов в краевой центр. С 2009 года в рамках ВДС реализуется **«удаленная регистратура»**, которая позволяет докторам районных больниц записывать пациентов на консультации в ведущие специализированные учреждения, причем талон на прием выдается на руки пациенту в районной больнице, тем самым наши граждане гарантированы во времени и дате приема. Ежегодно более 250 тысяч пациентов направляется на консультации таким образом.

Еще одним шагом явились **выезды врачей специализированных учреждений в сельские районы для оказания практической помощи.**

С целью приближения специализированной консультативной помощи к сельским районам края, отдаленным селам организована **работа социального автопоезда «Здоровье».** С начала работы автопоезда в 2011 году врачами краевых учреждений здравоохранения проведены осмотры жителей 240 отдаленных сел, принято более 64 тысяч человек, проведено более 120 тысяч исследований, направлено на госпитализацию почти 800 пациентов. Несомненно, эта работа будет продолжена и в дальнейшем, потому что она характеризуется не только сухими статистическими цифрами, но и важной социальной составляющей, когда наши сельские жители чувствуют заботу о себе и имеют возможность получить консультации ведущих специалистов, не покидая своих населенных пунктов.



Модернизация здравоохранения

Ввиду положительного эффекта от этой работы Губернатором Алтайского края А.Б. Карлиным в 2012 году утверждена **Стратегия поэтапного развития КГБУЗ «Краевая клиническая больница»**, в рамках которой для автопоезда «Здоровье» приобретены за счет средств краевого бюджета 4 микроавтобуса «Рено», передвижной флюорограф на базе «ПАЗ», оборудованный автобус для персонала на 14 мест и автобус с оборудованием Центра здоровья КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница», которые могут работать на автономных источниках энергии, что значительно расширяет их возможности.

Алтайский край стал новатором программно-целевого управления и системного подхода к организации медицинской помощи, результатом которого стало медико-географическое зонирование лечебной сети, создание межрайонных специализированных центров, обслуживающих несколько районов края и закрывающих тем самым потребность практически во всех видах специализированной помощи. Нельзя забывать и про развитие телемедицинских консультаций, возможность проведения которых имеется во всех районных больницах Алтайского края.

За последние годы произошло серьезное обновление автопарка скорой медицинской помощи, на сегодняшний день обновлено более 50% автопарка, а к 2014 году за счет средств краевого бюджета мы обновим 100% машин. **Оснащение «скорых» оборудованием системы ГЛОНАСС** позволяет расширить радиус обслуживания и сократить время доезда к больным.

Появившиеся филиалы Краевого центра медицины катастроф, оснащенные современными реанимобилями, использование санавиации позволяют в случаях, когда врачи районных больниц не в силах оказать узкоспециализированную помощь, доставить либо высококласных специалистов для проведения оперативного вмешательства, либо в сопровождении врачей-специалистов транспортировать больного в ведущие лечебные учреждения края.

Весь этот комплекс мер позволяет организовать своевременное оказание помощи всем жителям края, независимо от места их проживания.

- Основная идея, заложенная кластерным принципом развития здравоохранения края, - это переход к плановому оказанию медицинской помощи за счет профилактики, раннего выявления, своевременного лечения и повторной профилактики. Сегодня много говорится о претензиях к медицинским работникам со стороны пациентов? Как вы оцениваете ситуацию?

- У «медали» взаимоотношений «врач - пациент», как и любой другой, две стороны. Поэтому, если возникает такой конфликт, как правило, виноваты обе стороны, нам всем надо относиться друг к другу человечнее, быть лучше и добрее. Зачастую пациенты сами не заботятся о своем здоровье, занимаются самолечением, запускают свои «болячки» до критического состояния, а потом в плохом самочувствии обвиняют врачей и медсестер. Почему-то эта ситуация публично всегда преподносится только с одной стороны - «врач плохой», и никогда не задаются вопросом, а сколько грубости, да и порой откровенного хамства приходится слышать нашим медицинским работникам от пациентов?

Поэтому считаем, что профилактика и забота о здоровье, причем как со стороны больных, так и со стороны медицинского персонала, позволят нам решить и эту задачу.

На протяжении уже 11 лет ваш журнал ведет санитарно-просветительную работу среди населения края по формированию здорового образа жизни, пропаганде семейных ценностей. И Главным управлением Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности **было принято решение об официальном партнерстве с журналом «Здоровье алтайской семьи»**. Заместитель руководителя Главного управления **Сергей Викторович НАСОНОВ** по соглашению сторон вошел в состав Редакционного совета журнала. Надеемся, что это партнерство будет плодотворным.

От редакции. В нашей рубрике «Официально. Модернизация здравоохранения» в следующих выпусках журнала мы продолжим разговор о здравоохранении края с руководителями краевого здравоохранения. ☺

По инициативе Губернатора Алтайского края А.Б. Карлина с целью закрепления медицинских кадров с 2011 года производятся профессиональные выплаты врачам стационарных отделений, молодым специалистам учреждений здравоохранения края, расположенных в сельской местности, рабочих поселках и малых городах, стаж которых после окончания высшего медицинского образовательного учреждения не превышает трех лет. С 2012 года предусмотрены также доплаты врачам стационарных отделений терапевтического профиля и средним медицинским работникам стационарных отделений.



ОТ РЕДАКЦИИ.

В майском номере журнала был опубликован материал, посвященный юбилею Алтайского краевого кардиологического диспансера. Он вызвал живой интерес у наших читателей. Бывшие пациенты рассказали о своих переживаниях накануне операций, о том, как стали иначе смотреть на работу кардиохирургов, ценить и беречь жизнь после своего «второго рождения». Благодарили за доступную информацию о применяемых в диспансере методах лечения. Возмущались безответственным поведением некоторых кардиобольных, которые, вернувшись буквально с «того света» благодаря усилиям и мастерству кардиологов, не меняли свой «привычный» неправильный образ жизни, нарушая всевозможные режимы... Много, много звучало благодарных слов от бывших и нынешних пациентов: «Спасибо врачам за то, что я живу!..».

Даруя право на продолжение жизни...

Впервые в Барнауле операция на сердце - митральная комиссуродилатация - была проведена врачом железнодорожной больницы С.А. СМИРНОВЫМ в 1961 году. Общими усилиями энтузиастов кардиохирургии - профессором А.В. ОВЧИННИКОВЫМ, Ю.И. ЕЛИСЕЕВЫМ, И.И. НЕЙМАРКОМ, С.А. СМИРНОВЫМ и другими - в этом же году в железнодорожной и краевой больницах Барнаула начаты регулярные операции на сердце. Митральная комиссуродилатация пальцевая, а затем - инструментальная, перевязка незаращенного артериального протока и другие операции на «закрытом» сердце, как их тогда называли, - стали регулярными и доступными для нашего населения уже в 1961-1964 годах.

Каждый этап развития кардиологической помощи населению связывается с именами талантливых хирургов-новаторов. Среди них - Е.М. ФИЛИППОВ, Ю.Н. КАРПОВ, С.Е. ИВАНОВ, С.Д. КОЗЛОВ, В.П. СОЛОМАХА и другие. Смелость и инициативность специалистов, подкрепленные грамотной и дальновидной административной политикой, обеспечили развитие кардиохирургической службы на Алтае.

Конечно, значимым этапом стало открытие Алтайского краевого кардиологического диспансера (АККД) в 1988 году. Первая опе-

рация на сердце с применением методики искусственного кровообращения была выполнена в 1991 году.

Принятие закона Алтайского края «Об утверждении краевых целевых программ в области здравоохранения» обеспечило возможность выполнять около 250 операций с искусственным кровообращением в год. Это позволяло оказывать хирургическую помощь наиболее нуждающимся категориям больных. В то же время, объемы этой помощи в АККД составляли не более 29% от рекомендованных ВОЗ. Очередь на плановое оперативное лечение достигала 1000 па-

циентов. Длительное ожидание операции существенно снижало эффективность хирургического лечения. Увеличивались количество осложнений и длительность пребывания пациента в стационаре.

Окончившаяся весной 2007 года реконструкция реанимационно-хирургического блока и новые принципы финансирования создали материально-техническую базу для трехкратного увеличения количества оперативных вмешательств. В строй введены пять операционных и отделение реанимации для кардиохирургических больных, выполненные по технологии «чистых помещений». Очередь на оперативное лечение была ликвидирована раз и навсегда.

За каждым случаем помощи человеку хирурги неизменно видят конкретные судьбы. И хотя за годы работы число проведенных операций измеряется даже не десятками, а сотнями, есть среди них особенные, памятные. Так, в 1985 году кардиохирург С.Д. Козлов оперировал 27-летнего парня с тромбом в легочной артерии из г.Новоалтайска.

- Было очевидно, что лечебная помощь ему необходима, - говорит Сергей Дмитриевич, - но подобные операции тогда никто у нас не делал. Я тогда работал вместе с Владимиром Павловичем ШВЕЦОВЫМ. Считаю, что именно его опыт



С.Д. Козлов



имел решающее значение для успеха операции. Конечно, сейчас есть другие методы, способы помощи таким больным. А тогда в результате оперативного вмешательства тромб убрали из легочной артерии, и парень смог полноценно жить. То, к чему мы только подходили в 80-е годы, сейчас в нашей практике считается нормой. Например, протезирование клапана тем, чей возраст - далеко за 60 лет, - уже стало привычным делом. Известны примеры, когда и в 70 лет состояние организма пациента позволяет прогнозировать хороший исход операции.

О перспективах кардиослужбы наш разговор - с ведущими специалистами АККД, профессиональными кардиохирургами, кандидатами медицинских наук, врачами высшей категории **С.Д. КОЗЛОВЫМ** и **П.А. ЕРМОЛИНЫМ**. Сейчас Сергей Дмитриевич возглавляет работу оперблока, а Павел Александрович - отделение кардиохирургии №1. Стаж уважаемых докторов превышает 30 лет.

- Вы в кардиологии много лет, и это дает вам полное право и возможность судить о поэтапном развитии этой отрасли медицины, в том числе и о расширении возможностей оказания хирургической помощи человеку в краевом кардиодиспансере.

С.Д. Козлов: - Развитие кардиологии - это длительный и сложный процесс, поэтому и разговор об этом непросто. Становление кардиослужбы начиналось еще в краевой больнице, но очевидно: возможности в те годы были ограниченными. Мы оперировали по методике, разработанной в НИИПК г.Новосибирска, и тогда только подходили к тому, чтобы оказывать помощь при ишемической болезни сердца.

С удовлетворением отмечу, что сейчас алтайские кардиохирурги по уровню оперативных вмешательств и результативности работают на уровне федеральных центров. По основным показателям мы соответствуем общероссийским. И это все доказывает уровень работы хирургов кардиодиспансера лучше любых слов.

П.А. Ермолин: - Почти невозможно сравнить два времени: за-



П.А. Ермолин

вершение прошлого века и первые десятилетия нынешнего. Сейчас совсем другое оборудование и возможности, операции стали иными. Оперировать на «работающем» сердце: оно продолжает биться и во время операции. Наша реанимация расположена под операционным блоком, что обеспечивает минимальное время доставки больного. Замечу, что не в каждой больнице такое возможно. Продолжаем совершенствовать операции по протезированию. Разновидностей клапанов стало больше, развивается биопротезирование (взамен механических клапанов). Возрастная планка оперируемых пациентов выросла с 55 до 80 лет.

За эти годы существенное развитие получило направление, которого ранее не было, - коронарное шунтирование. На Алтае мы поднимали эту методику с нуля. Но все трудности оправданы: по статистике, самой распространенной болезнью является именно ишемическая болезнь сердца. Операция на «бьющемся сердце» переходит в другой ранг, снижается потребность в гемотрансфузиях, уменьшается количество осложнений, и, как следствие, сокращается время пребывания пациента в стационаре.

Успешно работаем в области эндоваскулярной хирургии. Операции по установке стента в коронарной артерии проводятся как в плановом, так и в экстренном порядке. Бригада специалистов круг-

лосуточно принимает экстренных больных со всего края.

- Давайте остановимся подробнее на доступности врачебной помощи. И за что пациенту придется платить в кардиодиспансере?

С.Д. Козлов: - Те операции, для проведения которых есть медицинские показания и которые выполняются в России, - делают только бесплатно. Если требуется выезд в зарубежные, федеральные центры, существует система выделения квот.

П.А. Ермолин: - Наши специалисты имеют возможность учиться, повышать квалификацию. Для нас важно не просто получить информацию, а приехать и начать реализовывать идеи, полученные знания на практике. Мы - рядовое звено оказания помощи, ближе всех находящееся к конкретному человеку. Важно оперативно провести обследование, поставить диагноз и оказать своевременную помощь.

Конечно, барнаульцы обладают определенным преимуществом: кардиодиспансер для них - в шаговой доступности, им реально получить своевременное лечение и рекомендации. Но сейчас проблема доступности кардиослужбы решается и для жителей края: организована круглосуточная доставка больных транспортом медицины катастроф и ЛПУ края в специализированные центры. Также наши специалисты выезжают в районы для оказания лечебно-консультативной помощи.

Существенный шаг вперед в развитии кардиохирургии на Алтае - открытие отделения хирургических методов лечения нарушения ритма и электрокардиостимуляции.

Наши предшественники и учителя вложили в последующее поколение хирургов правило: стоять до конца в противоборстве с болезнью. И эту традицию отделения перенимают молодые хирурги.

- Сегодня операции на сердце начали делать в краевой клинической больнице. Одним из стратегических направлений ее развития рассматривается кардиохирургия и транспланто-



◀ **логия. Как бы вы это прокомментировали?**

П.А. Ермолин: - В это отделение перешли два наших сотрудника, решившие развивать сосудистое направление в кардиохирургии. Это требует определенной смелости: работая на аорте, хирург не всегда выходит победителем. Такая практика требует профессионализма, верной руки, ясной головы и крепких нервов. Эти операции делаются и у нас. Но больных, нуждающихся в оперативном лечении, очень много, поэтому мы настроены на совместную работу.

- Следующий этап помощи больному после оперативного вмешательства - это реабилитация. Что здесь должен делать врач, а что - больной?

С.Д. Козлов: - Существует определенная этапность, если так можно сказать, технология кардиологической помощи. Хирурги «получают» больного, уже прошедшего необходимое обследование и подготовленного к операции. После нее, через некоторое время, больной переводится в отделение реабилитации. Еще памятные времена, когда такая реабилитация проходила в Белокурихе и санатории «Барнаулский». К сожалению, сейчас нет необходимого финансирования этого этапа. К тому же увеличилось число прооперированных пациентов.

В то же время сложилась четкая система работы - и это главное. Стационарная реабилитация идет еще в кардиоцентре. Если больные стремятся быстрее уехать домой, их направляют в кабинет восстановительного лечения, где расписываются все рекомендации по образу жизни, приему лекарств, определяют дни повторных явок. Но всегда важно, чтобы больной понимал: результативность реабилитации прежде

всего зависит от него самого. Бывает так, что уже на двенадцатый день человек настаивает на выписке, выходит на работу и действительно быстро возвращается к привычной жизни. С другой категорией больных сложнее: при удовлетворительном состоянии здоровья они буквально настаивают на инвалидности, «уходят» в болезнь и не стремятся жить полноценно.

В каждом конкретном случае мы проводим полное обследование больного и уже по его результатам, если есть стойкие ограничения в здоровье, решаем вопрос о нетрудоспособности. Сложившаяся у нас система реабилитации действует на протяжении нескольких лет, временем доказана ее результативность.

Часть больных передается под наблюдение в больницы по месту жительства, где они проходят реабилитационные мероприятия. Но и в этом случае осуществляется контроль специалистами АККД.

П.А. Ермолин: - К реабилитации отношусь очень серьезно. Это не менее важно, чем то, что мы делаем в операционной. Можно удачно провести операцию и потерять полученные результаты буквально за месяц, если пациент не понял, что необходимо бросить курить, употреблять алкоголь, наладить рациональное питание.

Нашим отделением реабилитации заведует к.м.н. **Л.А. СТАРКОВА**. Людмила Андреевна работает в кардиодиспансере с его основания. В этом отделении больного выхаживают, тренируют. Со стороны эти занятия кажутся несерьезными: взрослые люди играют с мячиком, надувают старательно шарик, - но этот этап нужен кардиохирургическому больному. Всегда объясняю больному: после операции надо любить и беречь себя. Знаете, в чем наша главная проблема? Работать

многие умеют не жалея себя, а отдыхать, восстанавливаться - абсолютно нет. Поэтому возникают различные наши болезни.

Создан амбулаторный кабинет реабилитации больных после высокотехнологичной медицинской помощи. Перед выпиской пациенту подробно расписывают правила питания, работы и отдыха, приема лекарств, дают телефоны, по которым можно уточнить дни контрольного приема у кардиолога, то есть пациент знает, куда он может обратиться. Замечу, что этой реабилитационной составляющей нет в работе федеральных центров.

На последнем кардиосъезде Главного кардиохирурга Минздрава РФ Лео Бокерия констатировал, что создание федеральных центров не до конца продумано. Например, житель Якутии получает квоту на лечение в таком центре, его оперируют, выписывают на восьмой день, и он возвращается домой, где очень трудно найти квалифицированного кардиолога. Считаю, что лечение в федеральных центрах, вдали от дома, должно объясняться одним: иного выхода помощи данному больному по степени тяжести его состояния просто нет.

Реабилитация - это обоюдный процесс. От меня, хирурга, зависит, так сказать, техническая сторона. А у больного должен быть настрой на победу. Бывает и такое: операция прошла удачно, но человек ляжет - просто «птица битая», и вернуться к нормальной жизни у него не получается... Я требую, чтобы к исходу первых суток человек обязательно встал. На меня сначала обижаются, а позднее многие благодарят, признаются: «Не вы, не поднялся бы. Даже не заметил, как «полетел» по коридору».

- Какой категории населения помощь кардиолога требуется чаще? Здоровье молодежи становится хуже?

С.Д. Козлов: - Однозначно о молодежи так сказать нельзя. Можно привести данные только о конкретных заболеваниях. Доказано, например, что инфаркт молодеет: есть 30-летние, которые попадают к нам после второго и даже третьего инфаркта. Но с другой стороны, в этом

Рассказывая об опытных хирургах кардиодиспансера, постоянно хочется добавить слова: «призвание», «верный выбор профессии», «талант». Но никто из собеседников ни разу не сказал эти слова вслух. На столе Павла Александровича Ермолина в рабочем кабинете стоит детская игрушка - модель самолета, напоминание о мечте. Легчилом он не стал, но получил право продлевать жизнь тысячам людей.

P.S. Поздравляем Павла Александровича ЕРМОЛИНА с присуждением награды Алтайского края - медали «За заслуги в труде»!



Дела сердечные

возрасте мы реже сталкиваемся с такой патологией, как врожденные пороки. Отчасти и потому, что в специализированных медицинских центрах они диагностируются и оперируются еще во младенческом возрасте.

Заметил другую тенденцию: к нам поступают тяжелые возрастные больные. Раньше у многих из них просто не было шансов дожить до такого преклонного возраста с подобными болезнями. Например, недавно оперировали мужчину 75 лет: ему проведено аортокоронарное шунтирование, установлены шунты в трех коронарных сосудах.

Есть определенные критерии и регламент работы с такими возрастными больными. В каждом случае решение принимается коллегиально. Состояние больного обсуждается на конференции, определяется объем операции, выносятся итоговое решение. Просчитываются все риски. На подготовительном этапе мы обязаны предусмотреть любой ход событий и иметь алгоритм действий для каждого сценария. Если мы видим, например, что возникнет осложнение со стороны почек или других органов и не готовы помочь, - стараемся отправить больного в более оснащенный федеральный центр.

П.А. Ермолин: - В коллективе не принято доказывать, что ты готов прооперировать, рискнуть: каждый понимает, что цена этого риска - жизнь больного. На обсуждении об оперативном лечении присутствуют кардиологи, анестезиологи. И мы готовы тратить время на обсуждения. Ведь на всех делаются и победа, и поражение.

- Нередко молодые люди недоумевают: неужели лекарства придется принимать ежедневно всю жизнь?

С.Д. Козлов: - Каждое назначение врача определено состоянием здоровья больного человека. Ставить под сомнение его не стоит, и надо приготовиться к приему лекарств в течение длительного времени, как правило, - пожизненно. Быстрое излечение гарантирует только реклама, которой не нужно верить! Постоянный прием лекарств часто равнозначен



Сейчас многие студенты хотят стать хирургами. Операция действительно впечатляет: сердце останавливается, заводится... Потом они вникают и понимают, что здесь все не так просто. Молодежь знает многое, но и делать многое не умеет. У них восприятие другое. Уверены, что есть две жизни, как в игре. А на самом деле есть только один шанс в излечении больного, и в наших руках - дать его больному.

жизни. Прекратил человек пить таблетки, - обязательно наступит ухудшение. Понятно, что дозировка лекарств в каждом случае должна быть тщательно подобрана врачом, а больной должен получить исчерпывающие разъяснения.

- Есть у вас личные секреты самовосстановления после напряженного дня?

С.Д. Козлов: - С опытом приходит умение рационально планировать рабочее время, разговаривать с самыми разными больными, быть готовым к разным настроениям. В молодости же у начинающих врачей часто возникают проблемы такого характера, приходится учиться управлять своими эмоциями. Мне советами помогали старшие товарищи. Постепенно выработались, сложились стереотипы профессионального поведения - это помогает. За годы работы становишься психологом. Теперь уже молодежь смотрит на нас, учится, делает выводы.

П.А. Ермолин: - На днях после операции оставил проводить завершающий этап двух молодых хирургов, анестезиологов, сестрич-

ку, совсем юную. Уходя, оглянулся: стоят на нашем месте красивые, сильные, ведут профессиональный разговор. И это замечательно!

- Для вас, врачей, правила здорового образа жизни обязательны?

С.Д. Козлов: - Да. Но это, к сожалению, не обязательно принимается всеми медицинскими работниками - мы такие же люди, как и все. Жизнь есть жизнь.

П.А. Ермолин: - Я противник курения. Французы рекомендовали полусладкое красное вино в разумных пределах и статистически доказали, что его прием в три раза снижает риск сердечно-сосудистых заболеваний. Кстати, японцы доказали, что такого же эффекта можно достичь, употребляя в пищу морепродукты. Поменьше есть соли, пить пива. А еще есть охота, рыбалка, прогулки на лыжах - лучшая альтернатива вредным привычкам. ►

Лариса Юрченко

На фото: кардиохирурги В.Абраменко, М.Меланин; реаниматолог А.Дегтярев; медсестры О.Тикина, И.Кривченко - Алтайский кардиодиспансер.





«Хирург всегда в зоне риска»

- так считает главный врач АККД Андрей Петрович КОСОУХОВ.

- В 1988 году диспансер задумывался как центр по оказанию, прежде всего, кардиохирургической помощи. К лечению сердечно-сосудистых заболеваний подходили в те годы именно как к радикальному процессу. Все другие службы АККД были призваны обеспечивать нормальное функционирование хирургического отделения.



Спустя годы ситуация изменилась. Сегодня пришли новые методики лечения, используется современное оборудование, успешно развиваются менее травматичные методы помощи. Появились новые лекарственные препараты, правильный прием которых позволяет остановить развитие болезни, повысить качество жизни пациента.

Наши специалисты пришли в диспансер уже практикующими хирургами. Со многими мы начинали работать с первых дней существования АККД. Это действительно профессионалы своего дела. В то же время все эти годы врачи регулярно ездят в ведущие центры страны, участвуют в работе съездов, симпозиумов, учатся сами, передают опыт коллегам.

Можно только приветствовать создание федеральных центров в реальной доступности для жителей края - в Томске и Новосибирске. Всегда есть возможность доставить туда больного для оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

В последние годы благодаря федеральным программам мы получили возможность значительно обновить оборудование, освоить стандарты оказания помощи. Не менее важны поддержка руководства края, принятие краевых программ, поддерживающих развитие медицины.

Отмечу, что за пределами края не стыдно представлять наш кардиодиспансер: он известен как один из лучших в стране, соответствующий по результатам не только российским, но и мировым стандартам.

Продолжительность жизни наших сограждан продолжает расти, в том числе и благодаря усилиям кардиохирургов. При этом сами врачи ежедневно берут на себя стресс, ответственность решений, готовность к непрогнозируемому ходу операции, постоянно находятся в зоне повышенного риска. И неизменно правилом хирургов остается главное - всегда решение принимается в пользу пациента. ☺

Обезболивание без наркоза

Украинские ученые разработали метод проведения операции без наркоза. Испытание метода успешно прошло на лабораторных животных.



Перед операцией организм насыщают углекислым газом и параллельно понижают температуру тела. В результате обменные процессы в организме останавливаются, животное впадает в «экономный режим», и надрезы получаются почти бескровными. После окончания операции животные приходят в себя и хорошо себя чувствуют.

Теоретически такого же эффекта можно достичь и на людях. Если ученым удастся ввести человека в состояние гипобиоза (пониженной жизнедеятельности), то это позволит проводить операции без потери крови и химического наркоза.

Пот против инсульта



Регулярные тренировки, после которых вы сильно потеете, защитят от инсульта, установила группа ученых из Австралии и США.

Они обнаружили, что риск инсульта и микроинсульта

на 20% выше среди физически неактивных людей по сравнению с теми, кто тренируется так часто, что потеет более четырех раз в неделю.

В исследовании приняли участие 27 тысяч американцев, средний возраст которых был 47 лет. Ученые наблюдали за участниками в течение 5,7 лет. Ученые выяснили, что на риск инсульта влияет часовой пояс, в котором живут люди. Так, на юго-востоке США отмечена более высокая частота инсультов, чем в других частях страны. «Южная диета», которая состоит, главным образом, из жирно-жареных продуктов, богатых солью, популярна в этих регионах. Ученые установили, что такая диета связана с повышенным риском инсульта.

В ходе исследования участники рассказывали о том, как часто они тренируются. Треть добровольцев сказали, что занимаются физической деятельностью меньше одного раза в неделю. Ученые обнаружили, что у тех, кто тренируется меньше одного раза в неделю, риск инсульта или микроинсульта на 20% выше. Среди участников, которые тренируются регулярно и обильно потеют не менее четырех раз в неделю, риск инсульта минимален.





«Подводные камни» миомы матки при беременности



Татьяна Александровна КУЗНЕЦОВА,
врач акушер-гинеколог,
кандидат медицинских наук, высшая квалификационная категория, ассистент кафедры акушерства и гинекологии №1, АГМУ

Миома матки является самой частой доброкачественной опухолью женской репродуктивной системы. В последние годы она все чаще выявляется у женщин активного репродуктивного возраста.

Это обусловлено, с одной стороны, современными возможностями диагностики (в частности, ультразвукового исследования), а с другой стороны, - значительным «омоложением» этой опухоли.

Чаще всего миома матки не мешает наступлению беременности и ее вынашиванию. Очень редко миома матки бывает основной и/или единственной причиной бесплодия, как правило, - это происходит при росте узлов в полость матки или при наличии их больших размеров в сочетании с деформацией полости матки, а также при сочетании с хроническим воспалительным процессом и/или эндометриозом матки, с нарушениями овуляции центрального генеза. **В то же время миома матки может быть причиной невынашивания или же осложнить течение родов.**

При наличии миомы матки и бесплодии обследование проводится по установленному алгоритму. Современные аппараты УЗИ дают возможность оценить структуру узлов, их расположение по отношению к слоям стенки матки, ее отделам, выявить признаки нарушения питания, охарактеризовать кровоток. Необходимо исключить мужской фактор нарушения репродукции, половые инфекции, оценить менструальный цикл на овуляцию, уточнить проходимость маточных труб. На заключительном этапе проводится комбинированное эндоскопическое обследование.

Существует множество способов лечения миомы матки. Выбор осуществляется всегда строго индивидуально и зависит от возраста, репродуктивных планов пациентки, количества, размеров и расположения узлов на матке.

Медикаментозные методы лечения (гормоно- и фитотерапия) применяются при клинически незначимой миоме матки, с целью остановки роста узлов или как подготовка к оперативному лечению. Современная хирургия направлена на удаление узлов и сохранение матки, особенно у женщин, которые еще не успели реализовать свои репродуктивные планы. Небольшие узлы могут быть удалены при **лапароскопии** (миомэктомия). Но если стоит вопрос о репродукции, то лучше проводить консервативную миомэктомию в условиях «открытого живота», так как риск разрыва матки во время беременности после лапароскопических операций в несколько раз выше, чем после удаления узлов, ушивания ложа опухоли в условиях лапаротомии.

В настоящее время альтернативой хирургическим методам лечения миомы матки является **метод эмболизации маточных артерий (ЭМА)**, позволяющий добиться уменьшения размеров узлов, а в некоторых случаях (при росте в полость) - излечить полностью.

Какие «сюрпризы» могут возникнуть во время беременности? Миома и беременность всегда оказывают взаимное негативное воздействие: опухоль негативно влияет на течение беременности, а бе-



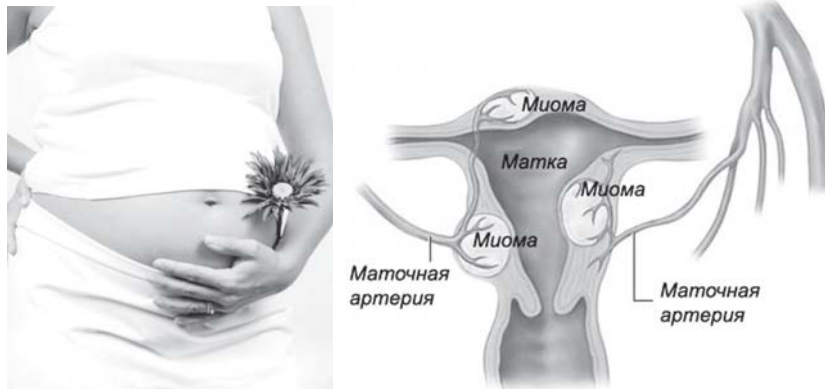
ременность отягощает состояние опухоли.

Течение первого триместра беременности. По данным литературы, у каждой третьей пациентки с миомой матки уже с ранних сроков наблюдается осложненное течение беременности. Самое частое осложнение в этом периоде - это угроза прерывания. Этому способствуют и сопутствующие миоме гормональные нарушения, и перенесенные ранее аборт, и тесно связанные с ними гинекологические заболевания, а также аномальное прикрепление хориона. При этом негативное влияние миомы реализуется через величину узлов, их локализацию и множественность. Так, могут отмечаться быстрый рост узлов, нарушение питания особенно в узлах на тонкой ножке, склонность к перекруту. Все это может потребовать хирургического лечения, нередко в экстренном порядке, - уже во время беременности.

Во втором и третьем триместрах беременности роль миоматозных узлов, как причины угрозы прерывания, возрастает, особенно при их близкой локализации к шейке матки или в области плацентарной площадки. В ряде случаев наличие миомы может быть причиной предлежания плаценты, способствовать сохранению и прогрессированию анемии беременных, явиться причиной плацентарной недостаточности и совместно с сопутствующими негинекологическими заболеваниями приводить к задержке роста и развития плода.

В случаях развития осложнений беременности на фоне миомы матки проводится **коррекция в амбулаторных или стационарных условиях.** При этом контролируется состояние узлов при УЗИ с ЦДК (цветовым доплеровским картированием), а при появлении признаков нарушения питания, нарастании клинических нарушения питания и некроза узла может потребоваться оперативное лечение на фоне интенсивной сохраняющей терапии.

Особое внимание заслуживают беременные, которым до или во время беременности была проведена



операция удаления миоматозного узла, - в связи с возможной несостоятельностью рубца уже со второго триместра беременности. Такого же пристального внимания заслуживают и беременные с миомами матки после ЭМА, у которых можно ожидать несостоятельности стенки матки в области некротизированных узлов.

Дискутабельным является временной интервал между окончанием лечения (оперативного или ЭМА) и наступлением желанной беременности. Принимая во внимание высокий риск рецидива миомы у молодых женщин и многочисленные данные о полноценности свежих рубцов, этот промежуток не должен быть длительным.

В родах может отмечаться несвоевременное излитие вод (до 40% случаев), аномалии положения и предлежания плода, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. В некоторых случаях при крупных или низко расположенных узлах, их множественности могут возникнуть препятствия для родов через естественные родовые пути, тогда беременной предлагается кесарево сечение.

В послеродовом периоде в 20-35% случаев появляются осложнения, вызванные кровотечением или некрозом узла.

Но несмотря на повышенные риски во время беременности и родов, пациентки с миомой матки могут стать счастливыми матерями! Грамотные специалисты помогут вам пройти этот путь с наименьшими осложнениями. Дерзайте, и у вас все получится! ☺

Сопутствующие миоме гормональные нарушения, перенесенные ранее аборт, тесно связанные с ними гинекологические заболевания, а также аномальное прикрепление хориона вызывают осложнения течения беременности, особенно в первом триместре.





О храпе серьезно



Наталья Григорьевна ФЕДУНИНА,

врач невролог-сомнолог, кандидат медицинских наук, высшая квалификационная категория, заведующая отделением функциональной диагностики заболеваний нервной, мышечной систем;



Ольга Ивановна ИСАКОВА,

кандидат медицинских наук, высшая квалификационная категория, заведующая отделом функциональной и ультразвуковой диагностики

- КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края»

Во сне мы проводим около трети жизни. Состоянию сна издавна приписывались мистические свойства, считалось, что во время сна душа покидает свою телесную оболочку и путешествует по миру. Да и в настоящее время существует множество мифов, связанных со сном и сновидениями, например, так называемые «вещие» сны.

«*Врачующий бальзам больной души*» - так восхваляли сон за способность восстанавливать силы человека как психические, так и физические.

Храп является частым спутником сна многих людей. В представлении людей издревле хороший сон тесно ассоциируется с храпом (вспомним сказания о былинных богатырях). Но действительно ли храп является неотъемлемым атрибутом глубокого сна?

С храпящими людьми мы сталкиваемся достаточно часто: храпят родные, близкие, соседи по купе поезда, больничной палате. Весьма нередко такие люди становятся труднопереносимыми даже в собственной семье.

В «Толковом словаре живого великорусского языка» В.И. Даля применительно к храпу приводится следующая старинная поговорка: «*Не храпи - татарам продадим*». Уже в старину привычка храпеть во сне настолько досаждала окружающим, что они готовы были любыми средствами избавиться от храпунов. Кто провел хоть одну бессонную ночь в обществе храпящего соседа, тот, наверное, помнит, какие черные мысли приходили ему в голову, и каким родным и близким казался в ту ночь Киса Воробьянинов, который с бритвой в руке подкрадывается к сладко храпящему Остапу Бендеру.

Храп во сне - это далеко не безобидное явление. **Одна из самых серьезных проблем, связанных с храпом, это приступы остановки дыхания во сне (так называемое апноэ сна).**

Синдром обструктивного апноэ сна - состояние, характеризующееся наличием храпа, периодическим спадением верхних дыхательных путей на уровне глотки и прекращением легочной вентиляции при сохраняющихся дыхательных усилиях.

Обструктивные апноэ во сне чаще всего возникают у людей с умеренным или тяжелым ожирением. Мужчины страдают храпом чаще, чем женщины; тучность, возможно, вмес-

те с конституциональным дефектом, способствует сужению верхних дыхательных путей, закупорке их надгортанником и дыхательной недостаточности.

Повторяющиеся ночные эпизоды обструкции в дальнейшем **могут вызывать дыхательную недостаточность с формированием своеобразных повторяющихся циклов:** во время ночного или дневного сна будут возникать приступы обструктивного удушья, которые прерываются пробуждением с возобновлением дыхания и последующим засыпанием. Внешне это выглядит как внезапное прекращение храпа, что может быть настоящим благом для супруга (супруги) или соседа. Хотя на самом деле **в момент прекращения храпа возможно и прекращение дыхания.**

Следует помнить, что **храп - это результат частичной обструкции дыхательных путей во время сна и может серьезно угрожать здоровью человека, когда он связан с обструктивными апноэ.**

При тяжелых формах синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС) может отмечаться до 400-500 остановок дыхания за ночь общей продолжительностью до 3-4 часов, что **ведет к острому и хроническому недостатку кислорода во время сна.** Это, в свою очередь, существенно увеличивает риск развития артериальной гипертензии, нарушенного ритма сердца, инфаркта миокарда, инсульта и внезапной смерти во сне. По разным данным, летальность в течение 5-8 лет у больных с СОАС из-за декомпенсации сердечно-сосудистой патологии составляет 11-37 процентов, половина из них - умерли в ночное время.

Если не говорить о крайних проявлениях синдрома, то **упорные утренние головные боли, постоянная сонливость, раздражительность, снижение внимания и па-**



мяти, снижение потенции - это лишь часть симптомов, которые может испытывать хронически невысыпающийся человек. Особенно опасны приступы острой сонливости во время управления автомобилем, существенно увеличивающие риск дорожно-транспортных происшествий. Так, у пациентов с СОАС отмечается увеличение риска ДТП в 4-6 раз по сравнению со средне-статистическими данными.

Распространенность синдрома обструктивного апноэ сна составляет 5-7% от всего населения старше 30 лет.

Пациент находится в группе риска по синдрому обструктивного апноэ, если у него имеются три жалобы из нижеперечисленных:

- регулярный храп;
- указание на остановки дыхания во сне;
- ночные приступы удушья;
- учащенное ночное мочеиспускание;
- гастро-эзофагальный рефлюкс по ночам;
- повышение артериального давления в ночные и утренние часы;
- утрення головная боль;
- дневная сонливость.

При определенных соматических заболеваниях имеется высокий риск нарушений дыхания во сне (30% и более). Нарушение дыхания во сне утяжеляет течение и затрудняет медикаментозную коррекцию фонового заболевания. **Следует обратиться к врачу-сомнологу для проведения скрининга выявления СОАС, если у пациента имеются:**

- ожирение второй степени и выше (ИМТ > 35);
- артериальная гипертензия второй степени и выше (особенно резистентные к терапии формы);
- ХОБЛ тяжелого течения (ОФВ1 < 50%);
- сердечная недостаточность второй степени и выше;
- дыхательная недостаточность второй степени и выше;
- легочное сердце;
- метаболический синдром;
- пиквикковский синдром;
- гипотиреоз.

Для успешного лечения нарушений сна и дыхания во сне принципиально важными являются:



Рисунок 1.

- достоверное установление нарушения дыхания (апноэ/гипоапноэ) во сне,

- уточнение индекса нарушения дыхания,

- оценка воздействия гипоксии на сердечную и мозговую деятельность,

- сохранность цикла сон-бодрствование в целом.

С этой целью в КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края» введены методики диагностики нарушения сна. Они различаются по сложности проведения и варьируются от установления факта нарушения дыхания во сне до полного комплексного исследования сна:

- комплексная диагностика сна с регистрацией кардиореспираторных показателей;

- кардиореспираторная диагностика апноэ во сне;

- ночная пульсоксиметрия.

Скрининговая методика, доступная для понимания пациента и врача любой специальности, - это **ночная компьютерная пульсоксиметрия**. Проводится оценка важнейшего параметра жизнедеятельности организма - сатурации. Основу метода составляет измерение поглощения света определенной длины волны гемоглобином крови.

Пульсоксиметрия предоставляет возможность непрерывно, в течение ночи, наблюдать за од-

ним из важнейших звеньев газообмена - качеством оксигенации артериальной крови в легких.

Перед началом исследования происходит установка пульсоксиметра на любую руку. Затем надевается датчик на указательный палец кисти (**рис. 1: компьютерный пульсоксиметр PulseOX 7500 (Израиль)**). После установки датчика на палец пульсоксиметр включается автоматически, далее в течение 20 секунд появляются данные насыщения крови кислородом в процентах и частота пульса.

Все данные, накопленные за период мониторинга, сохраняются в приборе до считывания. **Расшифровку фотоплетизмограммы выполняет врач, используя специальную компьютерную программу.** Формируется отчет с основными суммарными данными сатурации и пульса, строятся гистограммы.

Результаты проведенного исследования выдаются на руки пациенту в виде заключения. В зависимости от полученного результата пациенту рекомендуют пройти углубленное исследование или ряд профилактических мероприятий.

Записаться на прием к врачу-сомнологу или пройти диагностические методы исследования нарушений сна или дыхания во сне можно в КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края». ☺

КОНТАКТНЫЕ ТЕЛЕФОНЫ

КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края»:

(3852) 36-47-16 - справочная,

(3852) 24-32-90 - регистратура.

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

На правах рекламы



ГОТОВИМСЯ К КОНФЕРЕНЦИИ

Сестринское дело, как важная составляющая здравоохранения, в настоящее время переживает острый кадровый кризис. Особенно страдают детские лечебно-профилактические организации (ЛПО), где укомплектованность достигает 30 процентов.

Не хватает специалистов и во взрослой сети, где укомплектованность порой менее 50 процентов. Кроме того, как и прежде, не хватает младшего персонала. На этом фоне руководители не в полной мере ориентированы на развитие потенциала и сохранение молодых специалистов, что порождает высокую текучесть кадров.

Этой проблеме будет посвящена **краевая сестринская конференция «Адаптация молодых специалистов в ЛПО»**, которая готовится Профессиональной ассоциацией. Ее проведение планируется на **25 сентября 2013 года**. На ней будет обсуждаться социальный портрет молодого специалиста, его вхождение в профессиональные, психологические и организационно-экономические условия труда.

После получения диплома в медицинском колледже молодой специалист переживает резкий переход от подготовки в стенах образовательного учреждения к трудовым функциям в практическом здравоохранении. Очень важно на этом этапе специалисту ощутить себя полноправным, нужным членом коллектива. В этот период наставничество является главным элементом адаптации молодого специалиста. Только под руководством опытного наставника возможно приобретение навыков приспособления к условиям труда, правил поведения и личностных взаимоотношений с коллегами, профессионального опыта.

В любом коллективе для достижения конечного результата требуются коллегиальные отношения, способствующие созданию доброжелательной, творческой атмосферы. Как правило, в коллективах, где проводятся конференции, профессиональные конкурсы, семинары, посвящения в профессию, Школы молодых специалистов, наставничество, где практикуется дифференцированная оплата труда, оснащение рабочих мест в соответствии со стандартом, применяется система поощрений, - всегда закрепляются кадры и формируются стабильные коллективы.

В рамках конференции проводится анкетирование специалистов сестринского дела в режиме онлайн. Анкета размещена на сайте АРОО ПАСМР: www.pasmr.ru, в разделе «Мероприятия - анкетирование».

На конференции планируется провести работу в секции по специальностям. В заключении состоится **награждение победителей краевого конкурса «Лучший наставник 2013 года»**.

Надеюсь, что конференция позволит провести обсуждение существующих проблем в сестринской профессии и принять соответствующие решения.

Л.А. ПЛИГИНА,
Президент АРОО «ПАСМР»

Доврачебная помощь при повреждениях опорно- двигательного аппарата

**Татьяна Викторовна
МЕЛЬНИКОВА,**

старшая медицинская
сестра травмпункта,
первая
квалификационная
категория,
КГБУЗ «Городская
поликлиника №1,
г.Барнаул»,
член АРОО «ПАСМР»
с 2002 года



**Травмы опорно-двигательного
аппарата являются очень
распространенными и составляют
60-80% всех травм.**

Травмой, или повреждением, называются **анатомические и функциональные нарушения тканей и органов, возникающих в результате действия факторов внешней среды**. Частыми их причинами служат бытовой травматизм и травмы во время активного отдыха.

Повреждения опорно-двигательного аппарата вызываются непосредственным действием механической силы (удар, сдавление, растяжение) на ткани организма. **К ним относятся:**

- ушибы,
- повреждения связок (растяжение),
- вывихи,
- переломы.

Клиническая картина повреждений характеризуется появлением:

- резких болей, усиливающихся при любом движении,
- кровоподтека,
- быстрым развитием отека в области травмы,
- значительным нарушением функций поврежденной области.

При вывихе у пострадавшего всегда отсутствуют активные и невозможны пассивные движения в суставе. *При переломе* изменяется как положение, так и форма конечности.

Первая доврачебная неотложная помощь - это комплекс простейших мероприятий, направленных на спасение жизни и сохранение здоровья человека, которые проводятся до прибытия медицинских работников. Хотя ушибы, мышечные и суставные травмы редко представляют угрозу для жизни пострадавшего, однако без оказания первой помощи



Советы медицинской сестры

они могут привести к серьезным последствиям и даже вызвать последующую инвалидность.

Основные моменты

Обеспечьте покой и неподвижность поврежденной части тела. Зафиксируйте конечность в том положении, которое она приняла после травмы. Верхнюю конечность подвешивают на косынке (рис. 1), нижнюю - фиксируют шиной или подручным материалом.

Для уменьшения боли и воспаления к месту повреждения приложите холод - пузырь или грелку со льдом на 20 минут через каждый час в течение суток. Для защиты кожного покрова сделайте прокладку из марли или ткани (рис. 2).

Придайте приподнятое положение поврежденной части тела (при травмах нижней конечности), что способствует прекращению дальнейшего кровоизлияния в мягкие ткани.

Что не следует делать

Смазывать травмированное место настойкой йода, растирать и накладывать согревающий компресс.

Пытаться вправить вывих самостоятельно. Вправление вывиха - врачебная процедура, поэтому пострадавшего транспортируют в травмпункт.

Проводить какие-либо исправления, сопоставления отломков при переломах.

При подозрении на тяжелую форму травмы опорно-двигательного аппарата (перелом, вывих) следует незамедлительно вызвать «Скорую помощь». До ее прибытия вы можете зафиксировать поврежденную часть тела пострадавшего. Создание неподвижности костей при повреждениях также необходимо, если вы намерены транспортировать пострадавшего самостоятельно.

Фиксация поврежденной части может производиться путем наложения шины или поддерживающей повязки. В качестве *мягких шин* можно использовать сложенные одеяла, полотенца, подушки, бинты или поддерживающие повязки (косынка, которая завязывается сзади для обеспечения опоры поврежденной руке:



Рисунок 2.

например, запястьем или кисти). Туго свернутая материя или бинт успешно могут быть использованы для иммобилизации небольших частей тела (например, кисти или пальцев).

К *жестким шинам* относятся дощечки, полоски металла, картон, сложенные журналы.

При *анатомических шинах* в качестве опоры используется тело самого пострадавшего (поврежденная рука может быть прибинтована к груди пострадавшего, нога - к здоровой ноге).

Шина накладывается без изменения положения поврежденной части тела, она должна быть надежно закреплена и хорошо фиксирована в области перелома. Шину **нельзя накладывать непосредственно на обнаженную конечность**; ее надо обложить ватой, обмотать бинтом. **Обязательна фиксация шиной двух суставов:** выше и ниже перелома, а при переломах бедра следует фиксировать все суставы нижней конечности.

До и после наложения шины уточните у пострадавшего, не немеют ли у него кончики пальцев поврежденной конечности; осмотрите их сами: они должны быть теплыми на ощупь и иметь розовый цвет; при жалобах на онемение следует ослабить повязку и зафиксировать шину выше и ниже места повреждения.

Одним из моментов оказания доврачебной помощи при травмах опорно-двигательного аппарата является **организация быстрой доставки пострадавшего в лечебные учреждения.** Если вы считаете, что создалась угроза для жизни пострадавшего, не перевозите его самостоятельно - немедленно вызывайте «Скорую помощь». ☎

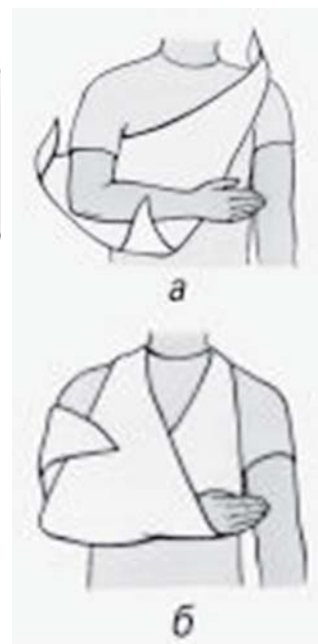


Рисунок 1.

Адреса и телефоны травмпунктов г. Барнаула:

- Центрального района: ул. Интернациональная, 62, тел. 35-40-14;
- Октябрьского района: пр. Комсомольский, 73, тел. 24-58-62;
- Ленинского района: ул. Малахова, 51, тел. 40-06-49;
- Индустриального района: ул. Георгиева, 51, тел. 47-77-26;
- Детский городской травмпункт: ул. Георгиева, 13, тел. 47-75-63.



Особенности ухода за пациентами с острым нарушением мозгового кровообращения

Окончание. Начало - в №7(127)

Принципы общего ухода

Умывание. Убедитесь, что место, где будет проходить процедура умывания, теплое и нет сквозняков, убедитесь, что пол вокруг не скользкий. Сначала мойте лицо и руки, затем тело и в конце - область таза (гениталии). Учтите, что мыть больного в лежачем положении гораздо удобнее и безопаснее, чем стоя.

Надевание рубашки или платья. Разложить расстегнутую рубашку или платье на область бедер изнанкой сверху и горловиной от тела (к ногам). Здоровой рукой уложить слабую руку в пройму и натянуть на нее рукав. Перебросить одежду на плечо и натянуть этот рукав полностью; дотянуться здоровой рукой до проймы второго рукава и надеть одежду полностью на себя.

Снимание рубашки или платья. Здоровой рукой снять рукав со слабого плеча; ухватить середину левой полы и потянуть ее в сторону. Подоткнув подол под бедро, вытащить здоровую руку из рукава; здоровой рукой стянуть рукав со слабой руки за манжету.

Надевание брюк. Если пациент не может держать равновесие, надо надевать брюки лежа, согнуть здоровую ногу в колене и, опираясь стопой на постель, поднять таз и натянуть брюки.

Снимание брюк. Сестра на край кровати и снять штанину со здоровой ноги; положить слабую ногу на здоровую и снять с нее штанину. Можно использовать скамеечку под слабой ногой.

Надевание носков. Сидя на краю кровати, положить слабую ногу так, чтобы стопа была легко доступна здоровой руке. Держать носок открытым с помощью здоровой руки: положить здоровую ногу на слабую и натянуть носок на вторую ногу. Снимать носки нужно сначала со слабой ноги а затем - со здоровой.

Надевание обуви. Положить слабую ногу на здоровую так, чтобы стопа была легко доступна здоровой руке, натянуть башмак на слабую стопу как можно плотнее. Если стопа не полностью вошла в ботинок, используйте рожок. Поставить второй башмак и надеть на здоровую ногу. Можно использовать маленькую скамеечку под слабую ногу.

Хождение по лестнице вверх. Ухватиться здоровой рукой за перила, сделать шаг здоровой ногой на одну ступеньку вверх. Держась за перила и опираясь на здоровую ногу, наклониться вперед и выпрямить здоровое колено. Поставить слабую стопу около здоровой, повторить цикл. Правило: вперед выносить здоровую ногу. Слабую ставить на ту же ступеньку.

Хождение по лестнице вниз. Ухватиться здоровой рукой за перила. Носок здоровой стопы вынести за край ступеньки. Согнуть здоровое колено, при этом слабая стопа опустится на одну ступеньку вниз. Выпрямить слабую ногу в колене для поддержания веса тела и сделать шаг вниз на ту же ступеньку здоровой ногой. Повторить цикл. Правило: вперед выносятся слабая нога, здоровую ставим на ту же ступеньку.

Больных, длительное время находящихся в постели и не принима-



**Марина Николаевна
ШЕШИНА,**

старшая медицинская сестра, высшая квалификационная категория, неврологическое отделение острых нарушений мозгового кровообращения, КГБУЗ «Краевая клиническая больница», член АРОО ПАСМР

**Появление
пролежней
говорит
о плохом
уходе
за больным.**



Советы медицинской сестры

Ющих каждую неделю ванну, а также страдающих недержанием мочи и кала, **необходимо несколько раз в день подмывать**, так как их скопление в области паховых складок может привести к нарушению целостности кожи и образованию пролежней. Подмывание производят слабым раствором перманганата калия или другим дезинфицирующим средством. Раствор должен быть теплым (30-35%). После чего насухо протирают промежность и паховые складки, для предупреждения опрелости смазывают вазелиновым маслом.

Немаловажным в уходе за больными, особенно «тяжелыми», является **уход за кожей**. Ее загрязнение вызывает зуд, который ведет к расчесам, ссадинам, то есть к нарушению ее целостности, что способствует инфицированию в результате проникновения вглубь микробов, находящихся на поверхности кожи. При плохом уходе за кожей и резком ослаблении организма - на участках кожи, подвергающихся давлению тела, возникают пролежни.

Появление пролежней говорит о плохом уходе за больным, поэтому каждый раз, перестилая постель, вы должны осматривать тело больного, особенно те места, где чаще всего возникают пролежни.

Места возможной локализации пролежней

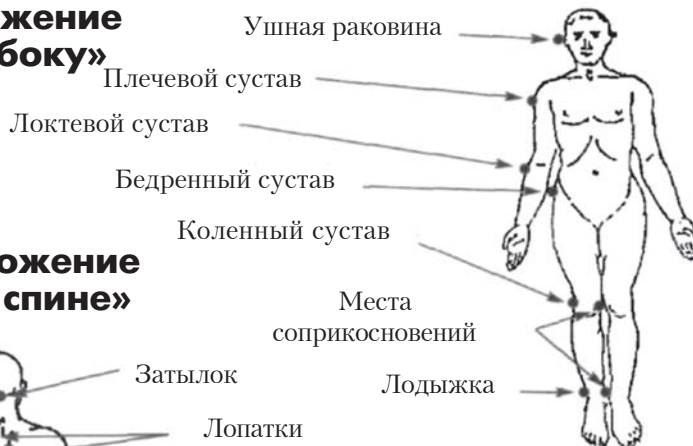
В положении «на спине» пролежни развиваются в области затылка, лопаток, на локтях, крестце, седалищных буграх, пятках.

В положении «на боку» - в области ушной раковины, плечевого, локтевого, бедренного, коленного суставов, лодыжек и местах их соприкосновения.

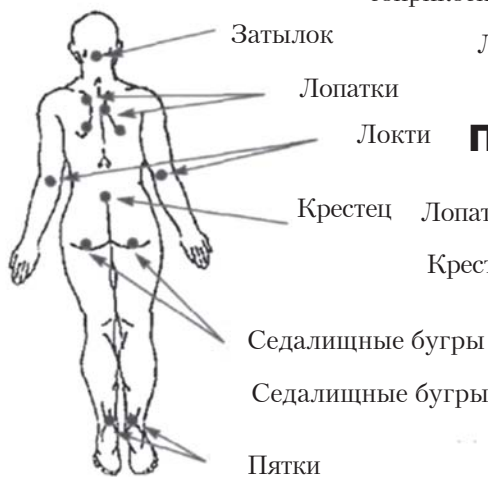
В положении «сидя» - в области лопаток, крестца, пяток, пальцев стопы.

Следует помнить, что у больных, перенесших инсульт, изменяются характерологические особенности личности. Они могут становиться плак-

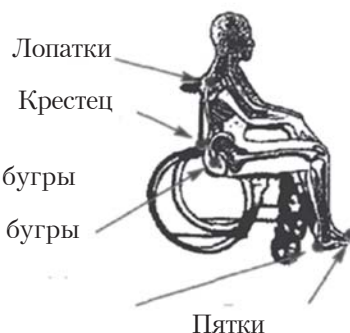
Положение «на боку»



Положение «на спине»



Положение «сидя»



сивыми и пассивными или, наоборот, грубыми и раздражительными. Значительно страдает память, особенно плохо больные запоминают текущие события, у многих нарушена речь. Надо относиться к этим проявлениям болезни с пониманием, но не потакать больному в его прихотях и капризах, и в то же время избегать конфликтов. Необходимо соблюдать установленный режим, чаще общаться на различные темы, просить называть окружающие его предметы, правильно выговаривая слоги и звуки, читать вслух газеты, книги и просить больного пересказать услышанное.

Здоровый психологический климат в семье - залог успешного восстановления утраченных функций. ☺

Восстановление включает в себя лекарственные назначения врачей-неврологов, лечебные упражнения, тренировку речи и памяти, двигательной активности, навыков письма.



КОНТАКТНЫЙ ТЕЛЕФОН

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



Лечебный массаж при детском церебральном параличе



Олег Павлович СКОБИН,
врач по лечебной физкультуре, высшая квалификационная категория, КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница»

Для детей с двигательными нарушениями любого происхождения, в том числе при перинатальной патологии и детском церебральном параличе, в программе реабилитации особо важное место занимает двигательная абилитация (формирование не сформированных ранее навыков) и реабилитация (формирование утраченных навыков).

Стимуляция двигательной активности приводит к возникновению потока нормализованной импульсации, направленного от рецепторов суставно-мышечно-связочного аппарата в центральную нервную систему. Под воздействием этого потока происходят преобразования деятельности анализаторных систем мозга, что является основой для развития физиологических движений, эмоций и воли, в определенной степени - интеллекта и речи пациентов.

Двигательная абилитация может быть как *активной* (выполнение упражнений самим пациентом), так и *пассивной* (выполнение движений конечностями и туловищем пациента с помощью инструктора), а также как *с использованием тренажеров*, так и *без них*.

Сегодня мы поговорим о массаже, который является одним из видов пассивной гимнастики.

Массаж - это давно признанное средство, довольно широко применяющееся в медицинской практике. В специальной и популярной литературе достаточно подробно описаны не только ведущий классический ручной массаж, но и его разновидности: сегментарный, рефлекторный точечный и другие. Все виды массажа объединяет общий принцип местного и рефлекторного воздействия через механорецепторы на центральную нервную систему. В результате сложных физиологических процессов в ней формируются ответные реакции, которые используются с лечебно-профилактическими целями.

До настоящего времени нет единого мнения о целесообразности широкого применения общепризнанного классического массажа при церебральной патологии вообще и детском церебральном параличе в частности. Практика показывает, что **применение большинства приемов этого массажа без учета строгой избирательности вызывает усиление мышечного тонуса, особенно в спастически напряженных мышцах.** Наиболее неблагоприятно это

сказывается при лечении детей раннего возраста. Объяснить это можно тем, что большинство приемов классического массажа рекомендуется выполнять в восходящем (от периферии к центру) направлении: при этом происходит некоторое натяжение сухожильной части мышечных рецепторов. При высокой возбудимости, которая характерна для этой категории больных, такого раздражения бывает достаточно, чтобы усилить спастичность.

Вместе с тем эти же приемы, но выполненные в нисходящем направлении (от центра к периферии), не вызывают подобной реакции, а, наоборот, способствуют расслаблению. Так возникла еще одна разновидность классического массажа - нисходящая.

Нисходящий массаж, особенно в сочетании с классическим приемом потряхивания, а иногда в комплексе с рефлекторным точечным массажем (тормозной метод, о котором будет сказано ниже), хорошо снижает повышенный мышечный тонус и уменьшает гиперкинезы.

Как правило, это мышцы спины, особенно фиксаторы лопаток со стороны позвоночной линии, мышцы живота, ягодичная область. Чтобы исключить возможное рефлекторное повышение тонуса в спастически напряженных мышцах рук или ног, следует обязательно выполнить несколько специальных приемов нисходящего массажа в сочетании с потряхиванием.

Без каких-либо ограничений классический массаж применяется для укрепления ослабленных мышц голени и стопы при плосковальгусной деформации, гипотонической форме детского церебрального паралича, а также в случаях, когда высокий мышечный тонус удается устранить и необходимо укрепить ослабленные мышцы и их антагонисты.

Прием поглаживания применяется в основном для улучшения кровообращения (венозного) и лимфооттока, состояния кожного покрова и



другого. Выполняется прием ладонной или тыльной поверхностью кисти, но можно использовать и другие участки руки, например, пальцы. Поглаживание производится поверхностно, когда движения направлены продольно, поперечно, спиралевидно и глубоко, когда движения направлены строго по ходу лимфатических сосудов (от периферии к центру). Это единственный прием, где допускается скольжение по поверхности кожи. Массаж начинается с приема поглаживания, он же применяется после других приемов, а также им обычно заканчивается массаж.

При церебральной патологии прием поглаживания применяется для улучшения трофических (обменных) функций, а при нисходящем массаже - с целью снятия высокого мышечного тонуса.

Прием растирания применяется для устранения рубцов и спаек на коже, различных отложений в мышцах, сухожилиях и суставах. При церебральной патологии растирание применяется для укрепления ослабленных, не напряженных мышц и укрепления суставов.

Прием разминания применяется для улучшения функционального состояния мышц и кровообращения в глубоких венах. При церебральной патологии разминание применяется для укрепления мышц спины, живота, ягодичной области и на других участках тела, где нет высокого тонуса или когда он нормализовался.

Вибрационные приемы (рубление, поколачивание, похлопывание) применяются для повышения мышечного тонуса и улучшения сократительной способности.

Рефлекторный точечный массаж

Метод пальцевого воздействия на определенные участки тела с целью улучшения двигательной активности уже много лет применяется для лечения неврологических больных. У новорожденных и детей первого года жизни точечный мас-

саж не только стимулирует рефлекторную активность, но и способствует немедленной двигательной реакции с нужной коррекцией.

В зависимости от техники выполнения точечного массажа различают два метода: тормозной и возбуждающий.

Тормозной метод выполняется первыми тремя пальцами (одним или одновременно двумя, например, паравerteбрально или в точках выхода седалищного нерва в области больших ягодичных мышц). При этом производятся либо вращательные движения по направлению часовой стрелки либо просто надавливание продолжительностью от 30 секунд до 1 минуты. Этот метод применяется с целью снизить мышечное напряжение и создать благоприятные условия для согласованных взаимодействий мышц-антагонистов. Если тормозной метод применить непосредственно на мышцы-разгибатели в области сустава, то такой массаж вызывает одновременное снижение тонуса в сгибателях и усиление активности в мышцах, разгибающих сустав.

Возбуждающий метод выполняется также одним или несколькими пальцами. Технически это делается, как в предыдущем методе, но время воздействия не превышает 5 секунд. Как правило, этот метод применяется, когда нет высокого тонуса или его удалось снизить.

Если точечный массаж производится на группе точек (область спины, живота, фиксаторы лопатки), общее время воздействия не должно превышать 1 минуты - для тормозного и 10-15 секунд - для возбуждающего метода.

Основываясь на том, что любое движение является результатом сложного взаимодействия целой группы мышц, а не отдельной мышцы, разработан и с успехом применяется так называемый системный стимулирующий метод точечного массажа. Технически он выполняется так же, как описанный точечный массаж, но воздействие производится одновременно на несколько точек одного действия, а на туловище - сразу двумя руками в симметрично расположенных точках. Как и при проведении стимулирующего точечного метода, этот массаж выполняется на мышцах только после снятия высокого тонуса.

При проведении точечного массажа исходное положение ребенка подбирают индивидуально, чтобы максимально исключить влияние тонических рефлексов, влияющих на мышечный тонус.

Если после нескольких повторений приемов точечного массажа нет ожидаемого результата, следует искать другие точки или их сочетание.

Рефлекторный точечный массаж наиболее эффективен в раннем возрасте, когда у больного ребенка еще нет фиксированных контрактур и его рефлекторная сфера наиболее пластична.

Из вышеизложенного можно сделать вывод, что **с помощью массажа можно решить ряд двигательных нарушений имеющихся или сформировавшихся у ребенка**, это достаточно доступно и можно применять для своего ребенка самостоятельно, однако следует помнить, что применяя неправильные приемы, можно нанести вред ребенку. Поэтому старайтесь обращаться к специалистам. ☺



«Солнечные дети»:

ПОДГОТОВКА РУКИ К ПИСЬМУ



Елена Петровна ЛЕБЕДЕВА,
учитель-дефектолог,
первая квалификационная
категория,
КГБУСО «Краевой
реабилитационный центр
для детей и подростков
с ограниченными
возможностями
«Журавлики»

**Вы знаете,
что такое «тонкая
моторика»
и зачем ее
нужно развивать
у детей?**

От редакции.

Нижеприведенные упражнения можно применять детям, имеющим проблемы с мелкой моторикой, в том числе и детям с ДЦП.

Тонкая моторика является составной частью моторных способностей человека. Под этим термином понимаются точные движения, преимущественно небольшой амплитуды и силы. При этом важно помнить о **координации «рука-глаз»** (зрительно-двигательной координации), поскольку полноценное развитие мелких движений рук обычно происходит под контролем зрения.

С того момента, когда ребенок начинает хватать рукой интересующую его игрушку, мы можем говорить о начале развития мелкой моторики.

Развитие общей и тонкой моторики необходимо для обеспечения наиболее полного познания ребенком предметов, объектов, явлений окружающего мира. **Незрелость в развитии моторных функций проявляется в скованности, неловкости движений пальцев и кистей рук; движения недостаточно четки и координированны.** Это особенно заметно в таких видах деятельности, как рисование, лепка, работа с мелкими деталями, а также при выполнении бытовых действий.

Научно доказано, что «солнечный ребенок» проходит в своем развитии те же этапы, что и другие дети его возраста. Однако **существуют особенности развития детей с синдромом Дауна, которые влияют на формирование навыков мелкой моторики:**

- анатомические особенности строения кисти и запястья;
- сниженный мышечный тонус;
- избыточная подвижность суставов, обусловленная чрезмерной эластичностью связок;
- проблемы со зрением, которые мешают развитию координации «рука-глаз»;
- недостаточная устойчивость тела, связанная с ослабленным чувством равновесия.

В возрасте от четырех до восьми лет дети с синдромом Дауна учатся использовать приобретенные навыки тонкой моторики в повседневных действиях (например, во время еды и одевания). Кроме того, настает черед

обучения тем видам деятельности, которые требуют более координированной работы мелких мышц и суставов кистей рук, пальцев (особенно большого) и запястий, в частности, письма. Очень важно не упустить этот период.

На что влияет недостаточный уровень развития тонкой моторики у ребенка с синдромом Дауна?

Несовершенство тонкой двигательной координации кистей и пальцев рук значительно затрудняет овладение базисными движениями, необходимыми для письма и ряда других учебных навыков. Сниженный мышечный тонус «солнечного ребенка» обуславливает утомляемость кистей рук, а также препятствует правильному формированию захвата, из-за чего ребенок не может длительное время удерживать карандаш или ручку.

Развитие захвата проходит в определенной последовательности:

- *ладонный захват:* ребенок хватается предмет и отпускает его, действуя всей кистью;
- *захват щепотью:* ребенок берет предмет, удерживает его и манипулирует им, используя большой, средний и указательный пальцы;



Школа реабилитации ДЦП

- захват «пинцетом»: ребенок совершает действия с небольшим предметом, зажимая его между большим и указательным пальцами.

Для овладения письмом необходимо использование щепотного захвата. Для его формирования детям с синдромом Дауна требуется лишь большее количество времени и повторений.

Для развития движений запястья «солнечный малыш» может играть в ладушки, вы можете наливать в подставленные ребенком ладони шампунь, насыпать крупу. Хорошо тренируют движения запястья и пальцев рук лепка из пластилина или глины, рисование мелком округлых форм, поворачивание дверных ручек.

Опытные педагоги знают, что простые упражнения на сортировку бусинок, пуговиц, катание между ладонями деревянных и пластмассовых массажеров, резиновых мячей с шипами, работа с мелким конструктором, пазлами помогают нормализовать напряжение рук, снимают умственную усталость. Кисти рук постепенно приобретают необходимую стабильность, силу и гибкость, исчезает скованность движений, что облегчает овладение навыками письма. Нормализации тонуса мелких мышц также способствуют игры с холодной и горячей водой, кубиком льда, грецким орехом, маленьким массажным мячом.

Но «солнечному ребенку» недостаточно занятий с педагогом; в силу особенностей развития он требует больше внимания и времени, чем обычно развивающиеся сверстники, поэтому ему необходимы ежедневные занятия дома.

Мы можем сделать вывод, что для подготовки руки ребенка с синдромом Дауна к письму необходима специальная работа по развитию у него тонкой моторики. Доступна ли родителям столь сложная, на первый взгляд, деятельность? Безусловно, каждому любящему родителю это под силу.

Для проведения игр и упражнений на развитие тонкой моторики в домашних условиях родителям достаточно иметь несложное оборудование:

- разнообразные мелкие предметы (пуговицы, бусинки, камешки, зерна, орешки, скрепки канцелярские, кнопки и др.) и различные коробки, банки, лотки для их раскладывания;
- пустые катушки для наматывания на них ниток, веревочек, проволочек;



- дощечки и игрушки-шнуровки;
- различные виды застежек: крючки, пуговицы, шнурки, молнии, слипы;
- наборы веревочек и лент разной длины и толщины для завязывания и развязывания узлов, плетения косичек, завязывания бантов;
- стеклянный разноцветный грунт для аквариумов;
- наборы пластмассовых и деревянных палочек,
- разноцветные прищепки;
- различные виды мозаики, конструкторов, пазлы.

Приведем некоторые упражнения с различными предметами:

- выкладывание геометрических фигур из стеклянного аквариумного грунта;
- составление контуров предметов из палочек (дом, ступеньки, треугольник, машина);
- составление цепочки из канцелярских скрепок разного цвета с соблюдением очередности цветов;
- вырезание из бумаги по контуру;
- нанизывание на шнурок пуговиц, крупных бусин;
- сортировка бобов, фасоли, гороха;
- перебор крупы (пшено, гречка, рис);
- застегивание и расстегивание пуговиц, молний, кнопок, крючков;
- завинчивание и отвинчивание крышек у пузырьков, баночек;
- складывание мелких деталей (пуговиц, бусин) в бутылочки с узким горлышком;

Когда мы выполняем точные действия, запястья регулируют положение наших рук. Маленькому «солнечному ребенку» трудно поворачивать и вращать запястье, поэтому он заменяет эти движения движениями всей руки от плеча; ему необходимо постепенно овладеть разными движениями запястья.



Школа реабилитации ДЦП

- ◀ - стирание ластиком нарисованных предметов;
- капание из пипетки в мелкие ячейки;
- наматывание ниток, веревочек, проволочек на катушки;
- надевание и снятие колечка из массажера «Су-Джок»;
- прикрепление бельевых прищепок к веревке или к вырезанным из цветного картона фигуркам птиц, зверей;
- перебирание четок или бус;
- нахождение спрятанных мелких предметов в «сухом бассейне», наполненном пшеном;
- сжимание и разжимание резинового эспандера или маленького мячика.

Если вы каждый день будете начинать занятие с «солнечным ребенком» с использования элементов массажа и самомассажа рук с применением массажеров, выполняя встречные и круговые движения, **очень скоро заметите, что у малыша повысилась тактильная чувствительность и улучшилась координация движений рук.** Также полезно выполнять круговые и вращательные движения кистями рук, что способствует формированию стабильности и укреплению мышц запястья.

Не следует забывать и о **пальчиковой гимнастике**, которая способствует повышению тактильной чувствительности и развитию необходимой подвижности и гибкости пальцев. Ребенок с удовольствием будет выполнять пальчиковые упражнения, подражая родителям, особенно, если эти упражнения сопровождаются стихотворным текстом. Упражнения родители могут придумать и сами. Множество примеров пальчиковых игр можно найти в Интернете.

Для подготовки руки ребенка с синдромом Дауна к письму необходима не только специальная работа по развитию тонкой моторики, но и целенаправленная работа по формированию скоординированных движений и базисных графических умений. Очень полезно штриховать, закрашивать, рисовать карандашами.

Для начала можно предложить «солнечному ребенку» выполнить несложный рисунок с использованием трафарета (магазины канцелярских товаров предлагают трафареты различной тематики и сложности). Когда ваш малыш сделал несколько удачных попыток обвести фигурку внутри кон-



тура, можно предложить ему заштриховать или раскрасить ее. После работы с трафаретом ребенок будет более уверенно штриховать фигуры без трафарета, так как он научится контролировать размах руки, направление и длину штриха.

Задания на развитие умений рисовать узоры, а также на символизацию предметов (изображение их с помощью символов) **представляют для ребенка с синдромом Дауна значительную сложность.** Поэтому родителям следует уделить больше времени для выполнения ребенком таких заданий, помогая малышу и объясняя каждый этап работы.

Задания на тренировку умения вести руку по заданной траектории, копирование и моделирование фигур из деталей также даются «солнечным деткам» с трудом, так как проблемы со зрением мешают развитию зрительно-моторной координации. Движение руки ребенка при этом выполняется в направлениях сверху-вниз, слева-направо и по кругу против часовой стрелки, что в дальнейшем способствует выработке правильного навыка письма.

Скоординированные движения рук требуют сложной работы мозга. Даже к концу дошкольного возраста мозг ребенка с синдромом Дауна еще не достигает такого уровня развития. Поэтому занятия, в которых задействованы мелкие группы мышц, утомительны и очень важно предусматривать их смену, ограничивать длительность и нагрузку. ☺

Проявите фантазию, придумывая интересные задания для своего малыша, подберите привлекательный материал для домашних занятий, и ваш «солнечный ребенок» порадует вас!



Физическая активность во всех возрастах

Мы часто слышим, что физическая активность полезна для здоровья. Но чем она полезна, как правильно дозировать физические нагрузки? Зачастую эти вопросы остаются без ответа. Может быть, поэтому у нас нет приверженности к активному образу жизни.

Итак, чем полезна физическая активность? **Физические упражнения способствуют снижению так называемого «плохого» холестерина:** холестерина липопротеидов низкой плотности и холестерина липопротеидов очень низкой плотности, которые играют ключевую роль в формировании атеросклеротической болезни и ее грозных осложнений (инфаркта миокарда, ишемического инсульта).

Кроме того, регулярные физические тренировки **приводят к снижению систолического и диастолического артериального давления (АД)** на 5-10мм.рт.ст. за счет того, что во время нагрузки сосуды расслабляются, сопротивление току крови уменьшается, и в результате снижается АД. Научно доказано, что умеренные аэробные физические нагрузки по 30 минут 5 дней в неделю **снижают риск преждевременной смерти.**

Таким образом, **физическая активность - мощный профилактический фактор сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).** Помимо профилактики ССЗ, **физические упражнения предотвращают развитие сахарного диабета второго типа и остеопороза** - распространенных заболеваний среди населения средней и старшей возрастных групп. Кроме этого, доказано, что занятия от 150 до 300 минут в неделю приносят дополнительную пользу для здоровья: снижается риск развития рака толстой кишки и рака молочной железы.

Как правильно заниматься? Оптимальные физические нагрузки - это ходьба, плавание, езда на велосипеде, работа в саду, то есть аэробные нагрузки, способствующие сгоранию жиров в присутствии кислорода. Полученная при таких занятиях энергия тратится на построение мышечной массы. Увеличение мышечной массы повышает уровень основного обмена, и, соответственно, сжигается больше калорий. Для людей молодого возраста предпочтительнее будут игры на свежем воздухе: волейбол, баскетбол, а также велотренажер. Для старшей возрастной группы населения - ходьба с элементами лечебной физкультуры.

Как можно с пользой тренировать сердечно-сосудистую систему (ССС) с помощью физических упражнений? В зависимости от возраста интенсивность физических нагрузок определяется по частоте сердечных сокращений. **Для лиц молодого возраста тренирующую частоту сердечных сокращений (ЧСС) можно рассчитать по формуле:**

$(220 - \text{возраст}) * 0,65(\text{min}) \dots 0,85(\text{max})$.

Например: для человека 25 лет интенсивность нагрузки рассчитывается следующим образом: $(220 - 25) * 0,65 = 127$. То есть для достижения тренирующей ЧСС на первом этапе занятий необходимо следить, чтобы пульс был не менее 127 уд.мин. Теперь подсчитаем для него максимальную ЧСС во время занятий: $(220 - 25) * 0,85 = 166$. 127 и 166 - это диапазон пульса во время физических занятий. Таким образом, пульс ме-



**Анна Владимировна
ОТ,**
врач-кардиолог,
Алтайский краевой
кардиологический
диспансер

Для людей молодого возраста предпочтительнее будут игры на свежем воздухе: волейбол, баскетбол, а также велотренажер. Для старшей возрастной группы населения - ходьба с элементами лечебной физкультуры.



Сердечный разговор с кардиологом

▲нее 127уд.мин. во время физических нагрузок указывает на недостаточную тренировку ССС, а ЧСС свыше 166уд.мин. вызовет перенапряжение ССС.

Следует отметить, что **не нужно с первых занятий добиваться максимальной ЧСС для вашего возраста**, так как это может привести к неблагоприятным последствиям: повышению артериального давления, головокружению, обморокам. Избежать неблагоприятных последствий поможет постепенное увеличение интенсивности и продолжительности физических нагрузок. Измеряйте пульс до начала физических нагрузок, затем в середине нагрузок и сразу после занятий, чтобы определить, является ли ваш темп занятий оптимальным.

Теперь перейдем к **старшей возрастной группе**, а конкретнее - к пациентам, уже имеющим ССЗ: гипертоническую болезнь, ишемическую болезнь сердца. Тренировать ССС таким пациентам нужно постепенно. Для них применим термин «резерв сердца» (РС) - возможность сердечной мышцы усиливать свою работу в ответ на повышение требований к аппарату кровообращения, например, при физических нагрузках. **РС рассчитывается по формуле: $190 - \text{возраст} - \text{ЧСС в покое}$.**

Например, для пациента 65 лет РС равен: $190 - 65 - \text{ЧСС в покое}$. ЧСС в покое в норме - от 60-80уд.мин. Возьмем ЧСС в покое в среднем 70уд.мин., тогда РС равен: $190 - 65 - 70 = 55$ уд.мин. На первом этапе тренирующая ЧСС рассчитывается по формуле: $\text{ЧСС в покое} + 60\% \text{РС}$, то есть $70 + 0,6 * 55 = 103$ уд.мин. Такой частоты следует добиваться в течение трех недель занятий. На втором этапе тренировки тренирующая ЧСС рассчитывается как $\text{ЧСС покоя} + 80\% \text{РС}$. Для возраста 65 лет тренирующая ЧСС на втором этапе тренировок равна: $70 + 0,8 * 55 = 114$ уд.мин. С такой частотой следует зани-

маться в течение двух месяцев. Наконец, на третьем этапе тренировок тренирующая ЧСС рассчитывается по формуле: $\text{ЧСС покоя} + 100\% \text{РС}$. Для 65-летнего пациента с гипертонической или ишемической болезнью сердца тренирующая ЧСС на третьем этапе равна: $70 + 55 = 125$ уд.мин. - максимальная частота сердечных сокращений во время тренировок для пациентов с гипертонической болезнью и/или ишемической болезнью сердца 65 лет.

Следует отметить, что не обязательно достигать максимальной тренирующей частоты сердечных сокращений. **Главное, чтобы нагрузки были для вас хорошо переносимыми.** Частота сердечных сокращений, достигнутая на втором этапе тренировки, будет хорошим результатом, поможет избежать прогрессирования и осложнений ССЗ.

Приведу примерную программу тренировок для больных гипертонической и ишемической болезнью сердца, компенсированных по данным заболеваниям.

Подсчет пульса до нагрузки: разместите указательный и средний пальцы на внутренней стороне запястья и слегка прижмите их.



Подсчитайте пульс в течение 15 секунд, а затем умножьте полученную цифру на 4. Это и будет частота сокращений вашего сердца за 1 минуту.

Пройдите 300-500 метров. Скорость шага в начале занятий должна быть 40 шагов в минуту. Постепенно увеличивайте скорость шага до 60 в минуту. Как определить темп ходьбы? Шагайте на счет (раз-два, раз-два).

После прохождения указанного расстояния подсчитайте пульс. Контролируем: достигнута ли тренирующая ЧСС, оцениваем свое самочувствие. Считаем пульс через 5-7 минут отдыха - после ЧСС должна вернуться к исходной: если до нагрузки пульс был 75уд.мин., то через 5-7 минут после окончания упражнений пульс должен составлять также 75уд.мин.

Далее следуют упражнения ЛФК:

- и.п. - сидя на стуле. Руки в сторону - вдох, и.п. - выдох - 4-5 раз;

- и.п. - то же, руки к плечам, локти в стороны. Вращение рук в плечевых суставах в разные стороны, 12-16 раз. Дыхание произвольное;

- и.п. - сидя на стуле, ноги выпрямлены вперед, пятки на полу. Вращение стоп, 6-8 раз в каждую сторону. Дыхание произвольное;

- и.п. - сидя на стуле. Поворот туловища вправо, правую руку в сторону, левой рукой коснуться спинки стула справа - выдох, и.п. - вдох. То же в другую сторону. По 4-6 раз в каждую сторону;

- и.п. - то же. Правая нога выпрямлена вперед, левая согнута в коленном суставе. Смена положения ног, 8-12 раз. Дыхание произвольное;

- и.п. - сидя на краю стула, облокотившись на спинку, ноги выпрямлены вперед, правая рука - на груди, левая - на животе. Диафрагмально-грудное дыхание, 3-4 раза;

- ходьба обычная и с высоким подниманием коленей, 1-1,5 минуты;



Сердечный разговор с кардиологом

- и.п. - основная стойка. Расслабленное потряхивание мышц ног, 2-3 раза каждой ногой;

- и.п. - то же. Поднимание на носки, руки скользят по туловищу к подмышечным впадинам - вдох, и.п. - выдох;

- и.п. - стоя, ноги шире плеч, руки на пояс. Перенести тяжесть тела на одну ногу, сгибая ее в коленном суставе, одноименную руку в сторону - вдох, и.п. - выдох, 4-6 раз в каждую сторону;

- и.п. - то же. Наклон вправо, левую руку за голову - вдох, и.п. - выдох, 4-6 раз в каждую сторону;

- и.п. - стоя; одной рукой держась за спинку стула. Махи ногой вперед-назад с расслаблением мышц ноги. 5-8 раз каждой ногой;

- ходьба 1-1,5 минуты;

- и.п. - лежа на спине с высоким изголовьем, правая рука - на груди, левая - на животе. Диафрагмально-грудное дыхание, 3-4 раза;

- и.п. - лежа на спине. Согнуть ногу в коленном суставе и поднять колено к животу - выдох, и.п. - вдох, 8-10 раз каждой ногой;

- и.п. - то же. Сгибание рук в локтевых суставах, с одновременным сжиманием пальцев в кулак и сгибанием стоп - вдох, и.п. - выдох, 8-12 раз;

- и.п. - то же. Поочередное поднимание ног, 6-8 раз каждой ногой. Дыхание произвольное;

- и.п. - то же, ноги согнуты в коленных и тазобедренных суставах с опорой стопами. Расслабленное потряхивание мышцами ног, 20-30 секунд;

- и.п. - лежа на спине. Приподнимание и отведение ноги в сторону, 6-8 раз каждой ногой. Дыхание произвольное;

- повторить упражнение: и.п. - лежа на спине с высоким изголовьем, правая рука - на груди, левая - на животе. Диафрагмально-грудное дыхание, 3-4 раза;

- и.п. - лежа на спине. 1 - правую руку - на пояс, левую - к плечу, 2 - и.п., 3 - левую руку - на пояс, правую - к плечу, 4 -



и.п., 5 - правую руку на пояс, левую ногу согнуть, 6 - и.п., 7 - левую руку на пояс, правую ногу согнуть, 8 - и.п., 4-5 раз;

- и.п. - то же. Закрывать глаза, расслабить мышцы правой руки, затем левой руки, 1-2 минуты.

Далее **считаем пульс после занятий ЛФК** по методике, описанной выше.

Проходим заключительные 300-500 метров в том же темпе.

Считаем пульс в конце занятий, а затем через 5-7 минут отдыха.

Помните, что **через 5-7 минут после занятий пульс должен быть таким же, как до начала занятий**. Следует учесть, что в начале занятий не всегда пульс восстанавливается через 5-7 минут после нагрузки. Это объясняется нетренированностью ССС. При системных тренировках постепенно удастся добиться возвращения ЧСС к исходной через 5-7 минут отдыха. Главное, чтобы занятия носили систематический характер. Продолжительность занятий должна в среднем быть от 30-60 минут в день 5 дней в неделю.

В Общественной палате Алтайского края зародилась идея со-

здания парков здоровья, где можно было бы заниматься физической активностью всем членам семьи. В парке «Юбилейном» силами общественных организаций Алтайского края, Алтайского краевого научного общества кардиологов, Краевого союза пенсионеров 22 июня 2013 года был проведен субботник. Хочется верить, что в ближайшем будущем идея создания парков здоровья воплотится в жизнь, и первым из таких парков будет именно парк «Юбилейный».

Было бы замечательно создать группы здоровья в каждом из населенных пунктов Алтайского края. Следить за интенсивностью и правильностью выполнения физических нагрузок в небольшом населенном пункте может фельдшер ФАП, в районных центрах - закрепленные врачи-терапевты или, если имеются, врачи-кардиологи, в городах - врачи ЛФК, кардиологи.

Приведенную приблизительную программу физических упражнений можно дополнять и использовать на территории стадионов, парков, спортивных залов. ☺

