

25-26 МАРТА – ВСЕРОССИЙСКОЕ СОВЕЩАНИЕ «МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ КАК СРЕДСТВО СНИЖЕНИЯ СМЕРТНОСТИ И ИНВАЛИДИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ»

СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК «МЕДИЦИНСКОГО ВЕСТНИКА» ПОСВЯЩЕН РАЗЛИЧНЫМ ВОПРОСАМ И МЕТОДАМ РЕАБИЛИТАЦИИ, ШИРОКО ИСПОЛЗУЕМЫМ В ПРАКТИКЕ ЛПУ ЧУВАШИИ



Медицинский ВЕСТНИК

Выходит с января 1995 года, 1 раз в месяц

№ 3 (308) 20 марта 2013 г.

СОБЫТИЯ И ФАКТЫ

СОБЫТИЯ И ФАКТЫ

СОБЫТИЯ И ФАКТЫ

Цитата номера



«Главной целью всех модернизационных преобразований явилось формирование оптимальной для каждого региона трехуровневой системы оказания медицинской помощи, предполагающей в качестве фундамента развитие первичной медицинской помощи в амбулаторных условиях, широкое внедрение дневных стационаров и стационарозамещающих технологий, телемедицины и выездных форм амбулаторной работы. Такое развитие амбулаторного звена должно сопровождаться продуманной реорганизацией и частичным перепрофилированием коечного фонда в каждом субъекте Российской Федерации на основе тщательного анализа маршрутов движения больных, создания необходимого количества реабилитационных коек, коек по уходу и паллиативной помощи, то есть обеспечение полного цикла лечения больных – от интенсивной терапии до наиболее полного выздоровления».

Из выступления Министра здравоохранения РФ В.И. Скворцова на Первом национальном съезде врачей



«...Нужна мощная реабилитационная база. Это поможет скоординировать усилия специалистов различного профиля, обеспечить необходимый уровень диагностического обслуживания, комплексный подход к организационному и научно-методическому обеспечению реабилитационных мероприятий...»

Из Послания Главы Чувашии к Государственному Совету Чувашской Республики и народу Чувашии «Трудиться на благо родного края, жить по закону и по совести»



«Значение реабилитации для пациентов и здравоохранения в целом трудно переоценить. Спасение жизни без дальнейшего длительного восстановительного лечения на всех этапах заболевания зачастую приводит к стойкой инвалидизации и потере способности к самообслуживанию пациента.

В нашей республике есть определенные достижения в реабилитации. Хорошо функционирует неонатальная, кардиологическая, неврологическая и травматологическая (после протезирования крупных суставов) реабилитация. Закуплено современное высокотехнологичное оборудование, обучены специалисты, открыты реабилитационные отделения.

В дальнейшем планируется активное развитие реабилитационной помощи в Чувашской Республике. В этой связи разработана Республиканская целевая программа по развитию медицинской реабилитации на 2013-2015 гг. В рамках программы предусмотрены: систематизация реабилитационной помощи в целом с четкой маршрутизацией пациента и охватом всех этапов реабилитации, дооснащение современным реабилитационным оборудованием, подготовка кадров, расширение коечного фонда для второго этапа реабилитации и расширение возможностей амбулаторно-поликлинического и санаторно-курортного этапа реабилитации».

Министр здравоохранения и социального развития Чувашской Республики А.В. Самойлова

В номере:

Кардиореабилитация

В Чувашской Республике снижение смертности от инфаркта миокарда фиксируется с 1986 года. Установлено, что в большой степени это произошло благодаря применению научно-обоснованных программ реабилитации и вторичной профилактики. В 1989 году в Чувашии на базе Республиканского кардиологического диспансера открылось амбулаторно-поликлиническое отделение профилактики и реабилитации больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в 1997 г. – загородное отделение долечивания и реабилитации больных, перенесших кардиохирургические операции и острый инфаркт миокарда, которое в последующем было территориально перенесено и переименовано в кардиологическое отделение № 3 БУ «РКД». Подробнее – на стр. 5.

Реабилитация в ортопедии и эндопротезировании

Целью реабилитации больных после эндопротезирования суставов является полноценное функциональное, социально-бытовое и профессиональное восстановление. Реабилитация больных основана на общеизвестных принципах: раннее начало, непрерывность, последовательность, комплексность, индивидуальный подход в проведении лечебных мероприятий. О том, как проходят восстановительное лечение пациенты Федерального центра травматологии, ортопедии и эндопротезирования, рассказывает в интервью главный врач Николай Николаев на стр. 6.

Реабилитация в неонатологии

Ежегодно в республике рождается более 17 тысяч новорожденных детей, из них недоношенными 5,3%, т.е. 900 новорожденных. Дети с экстремально низкой массой тела составляют 0,9-1,2% от количества всех родившихся (по РФ – 0,35%) и 6,6% – от родившихся недоношенными (по РФ – 5%). Об одном из важнейших направлений неонатологии – реабилитации преждевременно родившихся детей, особенно детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении – интервью с Ларисой Ногтевой, врачом-неонатологом, главным внештатным педиатром Минздрава Чувашии на стр. 4.

Возвращение к жизни

Реабилитация приобрела прикладное значение, прежде всего, как процесс реализации комплекса медицинских мероприятий, направленных на достижение выздоровления. В связи с этим появляются новые технологии, основанные на интенсификации лечебных методик, внедрении робототехнических устройств, а также технологии, основанные на виртуальной реальности. О том, как развивается отрасль в республике, рассказал в интервью главный специалист по медицинской реабилитации Министерства здравоохранения и социального развития Чувашской Республики Кирилл Нестерин. Подробнее – на стр. 3.

Реабилитация в остром периоде инсульта

В отделении для лечения острой недостаточности мозгового кровообращения МБУЗ «Городская клиническая больница № 1» г. Чебоксары был оценен психологический статус 202 больных, пролеченных во втором полугодии 2010 г. (113 женщин и 89 мужчин), средний возраст пациентов составил 67,2 лет. Оценка психологического статуса проводилась путём опроса больного и его родственников с применением унифицированных шкал. Преобладающими эмоциями в острой стадии инсульта у пациентов пожилого возраста были: страх – 101 человек (50%), горе – 76 пациентов (38%), агрессия – 19 человек (9%), презрение и отвращение к окружающим – 6 больных (3%). Подробнее – на стр. 2.

Роль рефлексотерапии в реабилитации

Акупунктура активно применяется во всем мире очень давно, но механизм этого воздействия в полном объеме открывается только в настоящее время. Так, известно, что иглотерапия действует на организм через нейромедиаторы, которые синтезируются в биоаминсодержащих структурах в дневное время, а ночью через кровь, паракринно, подходить к органам, вызывает их физиологическую перестройку. Воздействуя на точки акупунктуры, можно вызывать изменения физиологической работы органа. В зависимости от времени воздействия иглы возможно или снизить физиологическую активность органа, или произвести его активацию. Чаще всего воздействие рефлексотерапии происходит через центральные органы регуляции. Подробнее о методе – на стр. 7.

Актуально

Интернет в помощь

На портале государственных услуг Чувашии www.gosuslugi.chu.ru в меню «Каталог услуг – Здравоохранение» появилась новая вкладка «Запись жителей Чувашской Республики, нуждающихся в дорогостоящих, высокотехнологичных видах медицинской помощи в федеральных учреждениях здравоохранения, на комиссию Минздравсоцразвития Чувашии по отбору больных на оказание высокотехнологичной помощи за счет ассигнований из федерального бюджета». На странице размещены перечень и шаблоны документов, необходимых для оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Уникальная операция

Торакальные хирурги Республиканской клинической больницы провели уникальное хирургическое лечение миастении. Данное аутоиммунное нервно-мышечное заболевание характеризуется патологически быстрой утомляемостью поперечно-полосатых мышц. Проведено оперативное вмешательство по удалению вилочковой железы, поражение которой происходит при данном заболевании. Успешность операции также зависела от специалистов отделения анестезиологии и реанимации: сложность состоит в более длительном по времени выводе человека из наркоза. В данный момент пациент, которому проводилась операция, чувствует себя удовлетворительно и готовится к выписке. Проведение подобных хирургических вмешательств возможно только в многопрофильной клинике и является одним из ярких достижений в области развития высоких технологий.

В соответствии с «Рекомендациями по ведению больных с ишемическим инсультом» (ESO-2010), реабилитационные мероприятия должны проводиться всем больным, перенёвшим инсульт.

РАННЯЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ИНСУЛЬТОМ

Комплекс ранних реабилитационных мероприятий и мер вторичной профилактики инсульта проводится уже в палате интенсивной терапии и включает в себя эластическую компрессию сосудов нижних конечностей, пассивную и активную вертикализацию, позиционирование, методы кинезотерапии. Перевод в палату ранней реабилитации происходит не ранее 1-3 суток от момента госпитализации больного в стационар. В тяжёлых ситуациях большую часть времени пациент проводит в отделении реанимации и интенсивной терапии, вплоть до перевода на койки сестринского ухода по истечении острого периода заболевания. В палате ранней реабилитации мероприятия становятся более активными. Все реабилитационные мероприятия проводятся совместно и после обхода мультидисциплинарной бригады.

Для лиц пожилого и старческого возраста может быть предложена щадящая программа ранней реабилитации, пред-

ных знаний на практике.

Обучение членов семьи правильному поведению и уходу за больным значительно расширяет возможности реабилитации в стационаре и на амбулаторном этапе. С этой целью активно функционирует местное общество родственников больных с инсультом. Основное направление общества - психологическая, социальная и информационная поддержка больных и их родственников на амбулаторном этапе. Занятия проводятся ежемесячно, в вечернее время.

Эмоционально-волевые и когнитивные нарушения отрицательно сказываются на восстановлении двигательных навыков и социальной адаптации больного. Снижение эмоциональной и двигательной активности у лиц пожилого и старческого возраста мы наблюдали в 2,2 раза чаще, чем у пациентов до 60 лет. Эмоциональные нарушения у родственников и ухаживающих лиц встречались в 24%. Данное обстоя-



усматривающая раннюю активизацию и вертикализацию с учётом рекомендаций специалистов мультидисциплинарной бригады; предупреждение развития осложнений, связанных с длительным пассивным положением больного; разработку пассивных и активных движений в конечностях по индивидуальной программе.

В среднем, у лиц старше 60 лет начало восстановления происходит на 5-7 дней позже.

Занятия кинезотерапией проводятся по традиционной схеме, начиная с идеомоторных упражнений, с переходом на пассивные и пассивно-активные. С открытием отделения мы обучили медицинский персонал по уходу навыкам общения с больными, перенёвшими инсульт. Занятия проводились с акцентом на «геронтологическую» составляющую повседневной работы, с теоретическим изучением основ кинезотерапии и закреплением получен-

тельство осложняет реабилитационный прогноз для больного. В нашем отделении эту проблему пытается решать психолог.

За период существования программы (с 2009 г.) проведение реабилитационных мероприятий и мер вторичной профилактики в стационаре позволило увеличить число лиц, независимых к концу стационарного лечения, с 50 до 61%.

Реабилитация пациентов, перенёвших инсульт – это сложная задача. В будущем мы планируем активно вовлекать в программу волонтерские организации, социальную службу. С целью сохранения преемственности проводимой работы необходимо законодательно оформить мультидисциплинарную реабилитационную программу пациентов на амбулаторном этапе.

**Л.А. Воропаева,
Р.С. Максимов, К. В. Нестерин,
МБУЗ «Городская клиническая
больница № 1» г. Чебоксары**

РЕАБИЛИТАЦИЯ В ОНКОЛОГИИ



Ежегодно специализированное стационарное, в том числе высокотехнологичное, лечение в БУ «Республиканский клинический онкологический диспансер» получают 7500 пациентов. Высокая операционная активность (65-70%) врачей-онкологов позволяет обеспечить пациентов своевременной доступной качественной специализированной помощью. В Чувашии пятилетняя выживаемость пациентов с онкологическими заболеваниями составляет 55,7 % (по РФ - 51,3%). Таких результатов позволяет достичь ранняя диагностика онкологической патологии, своевременное хирургическое лечение, высокий профессионализм и мастерство медицинских работников.

В условиях стационара выполняется около 1000 высокотехнологичных операций в год – это стало возможным благодаря реализации в Чувашии мероприятий национального проекта «Здоровье» (2010 г.), затем мероприятий программы модернизации здравоохранения в 2011-2012 гг. Переоснащение онкологического диспансера современным лечебно-диагностическим оборудованием позволяет оказывать медицинскую помощь онкологическим пациентам на мировом уровне. Все это позволит сохранить и улучшить качество жизни пациентов.

Под излечением на современном этапе развития медицины понимается не только клиническое выздоровление, но и возвращение больного прежнему образу жизни. Основная задача медицинской реабилитации в онкологии заключается в применении разных методов лечения, способных компенсировать нарушенные функции отдельных систем и органов, которые возникают в результате развития злокачественных новообразований, а также применения методов их удаления.

Реабилитация онкобольных включает в себя комплекс методов реконструктивно-пластической хи-

рургии, позволяющих в кратчайшие сроки и с максимальной эффективностью восстановить функцию и внешний вид органа. Кроме того, проводится имплантация искусственных материалов, а в случаях противопоказаний к проведению реконструктивно-пластического лечения проводится ортопедическая реабилитация.

Социально-трудовой компонент реабилитации заключается в проведении комплекса упражнений лечебной физкультуры, адаптирующей и замещающей лекарственной терапией для восстановления функции оперированного органа, обучению или переквалификации для получения новой профессии. Этот компонент проводится совместно с ВТЭ и органами социальной защиты.

Перечисленные компоненты применяются на последовательных этапах реабилитации.

1. Подготовительный. На этом этапе основное внимание уделяется психике больного. Под воздействием стрессовой ситуации у пациента возникают психогенные реакции, среди которых преобладает депрессивный синдром. Этот этап непосредственно связан со специальной медика-

ментозной и немедикаментозной подготовкой, направленной на лучшую переносимость операции и других лечебных мероприятий.

2. Лечебный этап. Он включает в себя операцию по удалению опухоли. Это также может быть курс лучевой или химиотерапии.

3. Ранний восстановительный. Проводится в естественные биологические сроки до 2-3 недель. Применяется специальная ЛФК, в т. ч. на тренажерах.

4. Поздний восстановительный. Этап является непосредственным продолжением предыдущего, продолжается ЛФК, терапия по регуляции функции оперированного органа.

Параллельно начинается проведение специальной противоопухолевой химио- или лучевой терапии. В связи с этим реабилитационные мероприятия планируются с учетом лечебных, чтобы исключить их взаимное подавление. Этап занимает от 1 до 6 мес. За это время при необходимости решаются вопросы эстетической реабилитации, включая коррегирующие операции, шлифовку рубцов и т. д.

5. Социальный. На этом этапе первоестественное значение приобретает психический статус онкологического больного, его социально-трудовая ориентация. Как показывает практика, на этом этапе жизни пациенты очень нуждаются в моральной и терапевтической поддержке по нормализации психического статуса и гомеостаза.

Таким образом, реабилитация онкологических больных при функционально-щадящем и комплексном лечении – многоступенчатый процесс, восстановительный по сути и содержащий несколько важнейших компонентов: реконструктивно-пластический, ортопедический, социально-трудовой. Процесс реабилитации должен носить непрерывный характер. Только так можно добиться успеха в восстановлении онкологического больного, в возвращении к активной жизни.

**И.Ю. Долгов,
главный врач БУ «РКОД»**



ОЦЕНКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНСУЛЬТА



В отделении для лечения острой недостаточности мозгового кровообращения ГКБ № 1 проведена оценка психологического статуса 202 больных, пролежавших во втором полугодии 2010 г. (113 женщин и 89 мужчин, средний возраст пациентов составил 67,2 года). Оценка проводилась путём опроса больного и его родственников с применением унифицированных шкал.

Результаты показали, что в ранний период (1-3 день заболевания) у пожилого пациента и членов его семьи встречаются различные психопатологические реакции на происходящее. Так, отрицание происходящего выявлено у 46 больных (27%), неадекватная оценка случившегося – у 71 (35%), озлобленность на окружающих – у 20 (10%), в том числе на медицинский персонал – у 17 (9%).

С течением времени (5-7 дней) родственники и пациент осознают тяжесть происходящего и адекватно реагируют на вероятность длительного восстановления. Практика показала, что более подробное обсуждение плана восстановления необходимо отложить до времени, когда придёт

первая отрицательная реакция со стороны пациента и членов его семьи. Ранняя реабилитация наших больных начиналась со 2-х суток. Однако детальное обсуждение перспектив мы проводили совместно с врачами мультидисциплинарной бригады, в среднем, на 4-5 день от начала заболевания.

Значимые эмоциональные расстройства могут наблюдаться и у лиц с полным или почти полным восстановлением неврологического дефицита. Преобладающими эмоциями в острой стадии инсульта у пациентов пожилого возраста были: страх – 101 человек (50%), горе – 76 пациентов (38%), агрессия – 19 человек (9%), презрение и отвращение к окружающим – 6 больных (3%).

Депрессивная настроенность больного и родственников отрицательно сказываются на восстановлении пациента. Легкая форма депрессии в острой стадии инсульта присутствует у 130 больных (65%), умеренная степень депрессии свойственна 50 больным (25%), выраженная степень депрессии – 20 (10%). Чаще депрессивные реакции встречались у пациентов с поражением лобных и теменных долей доминирующего полушария.

Нами в отделении проводилась психологическая реабилитация пожилых пациентов. Каждый третий

пациент пожилого возраста с целью коррекции эмоционального статуса получал фармакологическую терапию.

К выписке пациента показатели деструктивных форм проявления эмоций имеют тенденцию к уменьшению. Мы получили следующие результаты: страх – у 47 больных (23%), горе – у 43 (21%), гнев и агрессия – у 7 пациентов (4%), презрение и отвращение – у 4 (2%).

Уровень депрессивного фона к моменту выписки пациента также значительно снизился: легкая степень выявлена у 71 больного (37%), умеренная степень депрессии наблюдается у 27 больных (14%), депрессия тяжёлой степени – у 6 (3%).

Выводы: психологическая реабилитация необходима пожилым больным с инсультом. Раннее применение психологической реабилитации позволяет улучшить функциональный исход и compliance пациента к продолжению лечебно-реабилитационных мероприятий на амбулаторном этапе.

**Л.А. Воропаева, О.В. Малова,
Р.С. Максимов,
МБУЗ «Городская клиническая
больница № 1»
г. Чебоксары**

ВОЗВРАЩЕНИЕ К ЖИЗНИ

По определению комитета экспертов ВОЗ, медицинская реабилитация — это активный процесс, целью которого является достижение полного восстановления нарушенных вследствие заболевания или травмы функций, либо — оптимальная реализация физического, психического и социального потенциала инвалида, наиболее адекватная интеграция его в общество. Реабилитация приобрела прикладное значение, прежде всего, как процесс реализации комплекса медицинских мероприятий, направленных на достижение выздоровления. В связи с этим появляются новые технологии, основанные на интенсификации лечебных методик, внедрении робототехнических устройств, а также технологии, основанные на виртуальной реальности. О том, как развивается отрасль в республике, беседуем с главным специалистом по медицинской реабилитации Министерства здравоохранения и социального развития Чувашской Республики Кириллом Нестериним.



— Реабилитация в Чувашской Республике находится в стадии активного развития. В 2012 году разработана и принята Республиканская программа развития медицинской реабилитации в 2013-2015 гг. На что делается основной упор?

— В настоящее время наиболее отработана и проводится с хорошими результатами реабилитация в неонатологии, кардиологии с инфарктами миокарда и после кардиохирургических операций, в неврологии — после инсультов и в травматологии — после протезирования суставов. Вместе с тем, в реабилитации остается ряд нерешенных проблем: не хватает кадров, оборудования, коечного фонда, площадей и методической литературы.

— Существуют ли стандарты в реабилитации? На что может рассчитывать пациент, который в ней нуждается?

— Стандарты оказания помощи по медицинской реабилитации на сегодня имеются по ряду заболеваний на первом и втором этапах реабилитации. Пациенты получают курс восстановительного лечения. Ими занимаются высококлассные специалисты, закуплено и работает современное оборудование.

В республике внедрена и продолжает развиваться оценка функционального состояния пациентов, перенесших острое заболевание, специалистами мультидисциплинарной бригады. Это делается с целью определения реабилитационного потенциала и прогноза на восстановление, разработки программы реабилитации. Работа мультидисциплинарной бригады значительно улучшает процесс реабилитации, ускоряет и увеличивает степень восстановления утраченных функций.

— Какую роль играют новые методики лечения и оборудование? Как все это повлияло на возможности восстановительного лечения?

— В различных учреждениях здравоохранения республики представлены тренажеры ходьбы «Локомат», «Рихастим», аппараты для восстановления подвижности верхних конечностей «Артромод», «Мотомед» и др., восстановления глотания и речи «Вокастим». Использование новых технологий позволяет ускорить реабилитацию, сократить сроки госпитализации, восстановить полностью или частично трудоспособность, уменьшить степень инвалидизации. Широко применяются, причем на уровне центральных районных больниц, аппараты для ранней вертилизации пациентов, которые перенесли инсульт.

Все это позволило добиться:

- ранней реабилитации пациентов с социально значимыми заболеваниями, начиная с палат интенсивной терапии и реанимации;
- передачи на ведение пациентов специалистам мультидисциплинарной бригады на первом и втором этапах реабилитации;
- увеличения количества пациентов, вернувшихся к труду;
- более полного восстановления способности самообслуживания и повышение качества жизни.

— Каким образом организована работа реабилитационной

службы в республике?

— Реабилитация организована поэтапно и наиболее отработана по социально значимым направлениям. Первый и второй этапы реабилитации осуществляются в реанимации, специализированных отделениях по профилю заболевания и в реабилитационных отделениях.

Нейрореабилитация начинается в сосудистых отделениях или в реанимации — пациенты осматриваются членами мультидисциплинарной бригады в первые дни заболевания, выставляется реабилитационный диагноз, определяется реабилитационный прогноз и программа реабилитации. Комплексное лечение проводится с применением современных методов лечебной физкультуры, физиотерапии, массажа, рефлексотерапии, психотерапии, нейропсихологии, логопедии, рефлексотерапии, эрготерапии.

При наличии показаний ко второму этапу стационарной реабилитации пациенты переводятся в отделение реабилитации на 16 коек в БУ «Городская клиническая больница № 1», где за год проходят курс восстановительного лечения около 350 больных.

Лечение проводится мультидисциплинарной бригадой специалистов с комплексным подходом в нейрореабилитации. В состав бригады входят: врач-невролог, врач ЛФК и методист ЛФК, врач ФТЛ и медсестра ФТЛ, нейропсихолог, логопед, эрготерапевт (специалист по социально-бытовой реабилитации) и медсестра, обученная правильному уходу за постинсультными больными. Применяется индивидуальная мануальная и аппаратная реабилитация на высокотехнологичном современном оборудовании.

Кардиологическая реабилитация также осуществляется в три этапа. Первый этап проводится в отделениях реанимации и интенсивной терапии, специализированных отделениях стационаров БУ «Республиканский кардиологический диспансер» Минздравсоцразвития Чувашии, БУ «Республиканская клиническая больница» Минздравсоцразвития Чувашии и в межтерриториальных сосудистых центрах республики.

Второй этап осуществляется в кардиологическом отделении № 3 Республиканского кардиологического диспансера (отделение долечивания после острого инфаркта миокарда и операций на сердце и магистральных сосудах), куда поступают больные после окончания срока стационарного лечения. В отделении применяется мультидисциплинарный подход комплексного реабилитационного вмешательства, психологической коррекции и физических тренировок.

Реабилитация новорожденных с перинатальной патологией в республике ведется по четко разработанному плану. Акцент в оказании медицинской помощи новорожденным делается на преемственность, профилактику и лечение бронхолегочной дисплазии, ретинопатии, нарушений слуха, анемии, рахита, программы раннего вмешательства.

При выписке из отделений второго этапа выхаживания информация о детях концентрируется в отделении катмнеза Республиканской детской клинической больницы, которое является координатором дальнейшего наблюдения за детьми, ведет контроль и оказывает методическую помощь в подготов-

ке индивидуального плана реабилитации детей.

Реабилитация травматологических пациентов в республике осуществляется по двум основным направлениям.

После оперативного лечения в Федеральном центре травматологии, ортопедии и эндопротезирования реабилитация на первом этапе осуществляется непосредственно в центре на высокотехнологичном современном оборудовании с первых суток после операции. После выписки пациенты при наличии показаний переводятся на долечивание и реабилитацию в стационарное отделение на 60 коек в БУ

будут разработаны и внедрены системы реабилитационных мероприятий, нормативная документация, которая позволит обучать кадры по специальности «Реабилитология», закупить дополнительное оборудование, выделить необходимые площади. В связи с тем, что продолжительность жизни населения республики увеличивается, растет и количество заболеваний, которым подвержены пожилые люди: заболевания суставов, сердечно-сосудистые и онкологические заболевания. Кроме того, ситуация на дорогах такова, что молодые люди оказываются в инвалидной коляске после дорожно-



«Городская клиническая больница № 1», в последующем пациенты направляются на амбулаторно-поликлинический и санаторно-курортные этапы реабилитации.

Реабилитация пациентов со скелетной травмой проводится непосредственно в травматологических отделениях республики. В сложных случаях, при значительном затруднении самообслуживания, возможна госпитализация на второй этап восстановительного лечения в отделение травмореабилитации БУ «Городская клиническая больница № 1».

В настоящее время идет активное становление амбулаторно-поликлинического и санаторно-курортного этапа реабилитации по всем направлениям медицины.

— Какие изменения ждут реабилитационную службу Чувашии в ближайшем будущем?

— Мы ждем, что в ближайшее вре-

транSPORTных происшествий. Людям, которые в результате аварии получили тяжелую ортопедическую патологию, травмы спинного мозга, черепно-мозговые травмы, перенесли ампутацию конечностей, остро необходима реабилитация. Поэтому отрасль будет всегда востребована.

К сожалению, человек, пройдя курс реабилитации, «вдруг» не выздоравливает, специалисты могут только дать ему импульс, стимул к восстановлению утраченных функций, научить его специальным занятиям, а основная работа лежит на самом пациенте и его окружении. И все зависит от упорства и силы воли человека, а специалисты всегда могут подсказать, что делать и как делать, в каком направлении двигаться.

Беседовала
А. Оленова.



В ближайшем будущем ожидается активное развитие реабилитации в Чувашской Республике:

- создание единой республиканской информационной системы маршрутизации и контроля эффективности реабилитационных мероприятий по профилю оказываемой помощи;
- создание дополнительного первичного сосудистого отделения для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения на 30 коек на базе БУ «Больница скорой медицинской помощи» Минздравсоцразвития Чувашии;
- создание и оснащение необходимой специальной мебелью, оборудованием стационарного отделения реабилитации для больных с перенесенным ОНМК, черепно-мозговой, спинальной травмой на 40 коек на базе БУ «БСМП» Минздравсоцразвития Чувашии;
- создание отделения реабилитации и паллиативной онкологической помощи на 20 коек на базе БУ «БСМП» Минздравсоцразвития Чувашии;
- создание отделения на 50 коек в БУ «Республиканский детский санаторий «Лесная сказка» Минздравсоцразвития Чувашии с дооснащением его реабилитационным и лечебно-диагностическим оборудованием для проведения санаторного этапа реабилитации;
- укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения Чувашской Республики, оказывающих реабилитационную помощь по соответствующим профилям;
- подготовка кадров в области медицинской реабилитации;
- создание эффективной системы мероприятий по проведению вторичной профилактики, направленных на предотвращение возникновения заболеваний, являющихся основными причинами инвалидизации.

РЕАБИЛИТАЦИЯ В НЕОНАТОЛОГИИ: НАЧАЛО НАЧАЛ

Ежегодно в Чувашской республике рождается более 17 тысяч новорожденных детей, из них недоношенными — 5,3%, т.е. 900 новорожденных. Дети с экстремально низкой массой тела составляют 0,9-1,2% от количества всех родившихся (по РФ — 0,35%) и 6,6% — от родившихся недоношенными (по РФ — 5%). Об одном из важнейших направлений неонатологии — реабилитации преждевременно родившихся детей, особенно детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении — мы беседуем с Ларисой Ногтевой, врачом-неонатологом, главным внештатным педиатром Минздравсоцразвития ЧР.



— Лариса Германовна, поясните, пожалуйста, часто используемый неонатологами и неврологами термин «абилитация».

— Под абилитацией понимают реабилитацию в детском возрасте, т.е. это — создание возможностей для поступательного развития ребенка и коррекции постепенно выявляющихся отклонений в развитии.

— Что самое важное в абилитации, особенно в реабилитации недоношенных детей?

— Важно все: раннее начало проведения реабилитационных мероприятий с точки зрения профилактики возможности дегенеративных изменений в тканях служит одним из моментов профилактики инвалидности (вторичная профилактика), непрерывность и преемственность комплекса реабилитационных мероприятий на протяжении всех этапов реабилитации необходимы как в пределах одного этапа, так и при переходе от одного к другому.

Адекватное лечение новорожденного ребенка в раннем неонатальном периоде, включающее в себя создание максимально комфортных для ребенка условий, является основой последующей реабилитации. На первом этапе реабилитации — в отделениях реанимации и интенсивной терапии новорожденных (перинатальных центров БУ «ППЦ» и «ГКБ № 1», Новочебоксарского Перинатального центра, БУ «РДКБ») решаются задачи компенсации системных нарушений жизненно важных функций новорожденного ребенка — дыхания, кровообращения, выделительной функции почек, энергетического баланса и общего метаболизма. Медикаментозно-инструментальная терапия на этом этапе проводится только с учетом данных мониторингования и лабораторных анализов.

Новорожденные с перинатальной патологией ЦНС после стабилизации состояния переводятся в отделения патологии новорожденных и выхаживания недоношенных детей перинатальных центров, в отделения детей раннего возраста многопрофильных детских больниц республики, где проводится лечение сопутствующих (как правило, инфекционно-воспалительных) заболеваний и продолжается реабилитация, т.е. коррекция нев-

рологических нарушений, ранняя реабилитация нарушений функции органа зрения, включающая динамический контроль состояния глаз, профилактика ретинопатии недоношенных.

Реабилитация должна осуществляться комплексно, системно, с участием профильных специалистов-неонатологов, неврологов, офтальмологов, хирургов, физиотерапевтов, врачей ЛФК, психологов, психотерапевтов, социальных работников.

Выписка детей из отделений патологии новорожденных и выхаживания недоношенных осуществляется при достижении ребенком массы тела 2500 г и при условии компенсации соматического статуса. Информация о всех недоношенных детях концентрируется в отделении катамнеза, который является координатором дальнейшего наблюдения за детьми с перинатальной патологией, бронхолегочной дисплазией, ретинопатией и др. и проводит координацию действий, контроль и оказывает методическую помощь в подготовке индивидуального плана реабилитации детей.

Следующий этап реабилитации детей — это специализированные реабилитационные центры (у нас в республике это Центр восстановительного лечения БУ «Республиканская детская клиническая больница» Минздравсоцразвития Чувашии и Республиканское учреждение «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями»), после выписки из которых дети наблюдаются участковой службой. Это — третий этап реабилитации, которая оказывается амбулаторными отделениями восстановительного лечения в детских поликлиниках (стационар-замещающие технологии).

— Каковы принципы и методы реабилитации?

— Для успешного лечения и реабилитации детей, рожденных недоношенными, важно: во-первых, раннее начало коррекции и оптимально опережающее лечение, во-вторых, индивидуализация лечебно-реабилитационных воздействий; в-третьих, подход к больному ребенку с позиций целостности организма, что предполагает коррекцию не только и не столько неврологических расстройств, сколько нейросоматических нарушений. На каждом этапе важно комплексное использование различных средств лечения и

реабилитации (фармакопрепараты, физические факторы, эстетопсихотерапия и кондуктивная педагогика), этапность и преемственность, коллегиальность при назначении терапии и оценке ее эффективности и оздоровление окружающей среды («терапия среды») и тесное взаимодействие медиков с семьей больного ребенка на всех этапах лечения и реабилитации.

— Если говорить в цифрах, каковы эти показатели? Сколько детей проходят реабилитацию в Республиканском центре восстановительного лечения? А сколько имеют возможность получить данный вид помощи в Реабилитационном центре для детей и подростков с ограниченными возможностями?

— В Республиканском центре восстановительного лечения для детей БУ «РДКБ» более 150 детей ежедневно проходят реабилитацию, в его структуре имеются амбулаторно-поликлиническое отделение, дневной стационар на 30 коек, отделение восстановительного лечения на 30 коек, 3 койки для реабилитации маловесных и недоношенных детей. За период существования центра курс восстановительного лечения прошли более 15 000 детей, в том числе около 1200 детей-инвалидов.

Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями ежедневно посещают 110 детей, из них 30 детей проходят курс реабилитации в условиях круглосуточного пребывания, 20 детей — в условиях дневного стационара, 60 — проходят курс реабилитации амбулаторно. Средняя продолжительность курса реабилитации составляет 21 день. Все услуги дети получают бесплатно.

— Какими технологиями пользуются специалисты Республиканского центра восстановительного лечения?

— В центре осуществляется комплексная реабилитация детей с использованием более 60 технологий восстановительного лечения, включающих медицинские, медико-социальные, медико-педагогические, социально-педагогические методы реабилитации. Активно используются нормобарическая гипокситерапия, групповая и индивидуальная галотерапия, криотерапия, гидрокинезитерапия в бассейне, методы физиотерапии с использованием современных аппаратов

«Биоптрон», «Полимаг», «Полус-2», лазеротерапии, элементов бальнеотерапии с использованием современных гидромассажных ванн и аверс-душа, вихревых ванн для конечностей, термотерапия с использованием парафино-озокеритовых аппликаций и сауны, массажа, лечебной гимнастики и физкультуры. Популярны у детей костюмы динамической проприорецепции «Адели» и «Гравистат», пневмокостюм «Атлант».

— Какие дети, с какими заболеваниями проходят реабилитацию в Центре? И есть ли установленные сроки реабилитации?

— Сроки восстановительного лечения в Центре подбираются индивидуально, с учетом реабилитационного потенциала каждого ребенка. В структуре пролеченных больных в Центре основное место занимают пациенты с болезнями нервной системы (56,0%), болезнями костно-мышечной системы (14,2%), последствиями травм и ожогов (9,0%), с врожденными аномалиями (8,2%) и болезнями органов дыхания (6,5%).

На базе Центра создана школа для детей и родителей с детским

реабилитации делятся на физические и психолого-педагогические, хотя любое физическое воздействие на маленького ребенка предполагает обязательный психоэмоциональный контакт с ним. Видов реабилитации много: лечебный массаж, лечебная гимнастика, лечение «положением» (укладки, тугоры, «воротнички» и т.д.), упражнения в воде и гидротерапия («Адели» и «Гравистат»); физиотерапия (переменное магнитное поле, синусоидальные модулированные токи, электрофорез, парафинотерапия, лазеротерапия, свето- и цветотерапия). Психотерапевтическая коррекция в диаде «мать-дитя» (контакт «кожа-к-коже», «кенгуру») и в целом в семье больного ребенка; музыкотерапия, эстетотерапия; тактильно-кинестетическая стимуляция ладоней и пальцев, применяемая у детей с низкой и экстремально низкой массой тела.

Для недоношенных детей особенно рекомендуется сочетание двух-трех «мягких» методов физического воздействия с психоэмоциональной и психосенсорной коррекцией, что помогает моделировать эффект так называемых «сенсорных комнат»,



церебральным параличом, где ведется работа по обучению родителей методам кинезотерапии, массажа и кондуктивной педагогики. Много внимания уделяется формированию у родителей уверенности в возможности улучшения состояния их детей, дальнейшей адаптации и социализации ребенка.

В большинстве случаев (99,7%) на фоне проводимой реабилитации отмечается улучшение в состоянии здоровья и выздоровление пациентов. За время работы Центра 158 детей ресоциализированы.

— Может ли реабилитация минимизировать, а иногда даже исключить медикаментозное лечение? Есть ли особенности реабилитации детей, родившихся недоношенными?

— Реабилитация должна быть комплексной. Обеспечить минимизацию лекарственной терапии помогает раннее (начиная с первого этапа) включение в программу реабилитации немедикаментозных воздействий. Для успешной реабилитации важная роль принадлежит адекватному вскармливанию и оптимальной организации окружающей среды (лечебно-охранительный режим, организация выхаживания тяжелобольных детей, т.е. ограничение сенсорной нагрузки в остром периоде поражения мозга, температурный комфорт, ограничение электромагнитных воздействий). Условно виды немедикаментозного лечения и

применяемых в реабилитации более старших пациентов.

Есть и специальные аспекты реабилитации недоношенных детей (коррекция зрительных нарушений при ретинопатии недоношенных, нейросенсорной тугоухости, ортопедической патологии). Использование широкого спектра немедикаментозных воздействий на втором и третьем этапах реабилитации больных детей позволяет уменьшить дозировки и длительность курсов фармакотерапии.

— Какие результаты, какова эффективность реабилитации детей в перинатальных поражениях?

— По данным ведущих клиник России, что также подтверждается исследованиями наших специалистов, при достижении детьми 1,5-2 лет регистрируется функциональная компенсация неврологических и нейросенсорных нарушений почти у всех детей со среднетяжелыми и легкими формами перинатальных поражений мозга и у 80% детей — с тяжелыми нарушениями. Кроме того, даже у детей, имевших в конце периода наблюдения инвалидность вследствие сенсорного или моторного дефекта, удается добиться уменьшения степени моторных или сенсорных расстройств и, соответственно, несколько улучшить качество жизни. А это является главной целью реабилитации.

Беседовала
А. Ахвандерова.



КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИЯ В ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Кардиореабилитация – это координированное, многопрофильное воздействие, направленное на улучшение физического и психологического состояния кардиологического больного и приводящее к стабилизации, замедлению или даже регрессу атеросклеротического процесса и, следовательно, к снижению числа госпитализаций и смертности.

Программы кардиологической реабилитации начали развиваться в 60-е годы XX столетия. Первичная цель состояла в том, чтобы уменьшить отрицательные эффекты постельного режима и физической детренированности. Позже, когда пациенты после острых коронарных событий стали активизироваться раньше и полнее, возвращение к труду населения в трудоспособном возрасте стало важнейшей целью реабилитации. С началом XXI века главной целью программ кардиореабилитации стала вторичная профилактика.

Под вторичной профилактикой понимается комплекс мероприятий, направленных на предупреждение прогрессирования имеющегося заболевания, развития повторных сердечно-сосудистых событий, последующих госпитализаций и смертности от сердечно-сосудистых причин.

Доказано, что кардиореабилитация и вторичная профилактика могут уменьшить общую и сердечно-сосудистую смертность на 20-26%.

В настоящее время программы реабилитации и вторичной профилактики ИБС успешно используют в странах с развитой экономикой. В этих же странах за последние 2-3 десятилетия смертность от сердечно-сосудистых причин сократилась на 2,5-3% в год. В Чувашской Республике снижение смертности от инфаркта миокарда фиксируется с 1986 года. Установлено, что в большой степени это произошло благодаря применению научно-обоснованных программ реабилитации и вторичной профилактики.

С 80-х годов XX столетия в Рос-

сийской Федерации действует государственная поэтапная система реабилитации, включающая стационарный, санаторный и диспансерный этапы. На каждом этапе выделяют несколько аспектов реабилитации: медицинский, физический, психологический, профессиональный, социальный и экономический.

Согласно постановлению Совета министров СССР от 1981 года, в 1989 г. в Чувашии на базе Республиканского кардиологического диспансера было открыто амбулаторно-поликлиническое отделение профилактики и реабилитации больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в 1997 г. – загородное отделение долечивания и реабилитации больных, перенесших кардиохирургические операции и острый инфаркт миокарда (вблизи поселка Чандрово), которое в последующем было территориально перенесено и переименовано в кардиологическое отделение № 3 БУ «РКД».

В Чувашской Республике кардиологическая реабилитация осуществляется в несколько этапов:

1 этап – оказание реабилитационной помощи проводится в острый период течения заболевания (острый инфаркт миокарда, после операций на сердце и магистральных сосудов в стационарных отделениях). Этот этап включает медикаментозную реабилитацию, диету, дыхательную гимнастику, лечебную гимнастику.

Данный этап реабилитационной помощи после перенесенного острого инфаркта миокарда, после операций на сердце и магистральных сосудов проводится в отделениях реанимации и интенсивной терапии, специализированных отделениях стационаров БУ «Республиканский кардиологический диспансер» Минздравсоцразвития Чувашии, БУ «Республиканская клиническая больница» Минздравсоцразвития Чувашии и в учреждениях здравоохранения республики.

2 этап – оказание медицинской реабилитационной помощи проводится в ранний восстановительный период заболевания при наличии подтвержденной результатами обследования перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала) в специализированных реабилитационных отделениях.

Целью 2 этапа реабилитации



больных является:

- восстановить функции сердечно-сосудистой системы, физическую работоспособность и поддерживать на достигнутом уровне;
- вернуть больного к профессиональной деятельности;
- приостановить прогрессирование атеросклероза, ишемической болезни сердца и развитие ОКС;
- улучшить психологический статус;
- увеличить продолжительность жизни.

Стационарный этап реабилитации осуществляется на базе БУ «Республиканский кардиологический диспансер» Минздравсоцразвития Чувашии в кардиологическом отделении № 3 на 30 коек. В это отделение поступают больные после окончания срока стационарного лечения, оказанного в круглосуточных стационарах регионального сосудистого центра или первичном сосудистом отделении учреждения здравоохранения Чувашской Республики, после проведенного консилиума определяют возможности пациента в восстановлении функциональных способностей.

При наличии медицинских показаний и отсутствии противопоказаний для проведения специализированной стационарной реабилитации больные после инфаркта миокарда направляются на стационарную реабилитацию (долечивание) в кардиологическое отделение № 3 БУ «РКД» (отделение долечивания после острого инфаркта миокарда и операций на сердце и магистральных сосудах).

Для обеспечения стационарного этапа реабилитации отделение взаимодействует с отделением реани-

мации и интенсивной терапии для оказания экстренной кардиологической помощи, отделением функциональной диагностики с мощным современным оборудованием, отделением клинико-лабораторной диагностики, рентгенологическим отделением, физиотерапевтическим отделением, рентгенооперационным отделением (для проведения коронароангиографии).

В отделении применяется мультидисциплинарный подход комплексного реабилитационного вмешательства, психологической коррекции и физических тренировок. Многоплановый подход к ведению больных осуществляется специалистами: врач-физиотерапевт, врач и инструктор ЛФК, мануальный терапевт и рефлексотерапевт, медицинский психолог,

психотерапевт, невролог, эндокринолог, офтальмолог, ЛОР-врач, сердечно-сосудистые хирурги.

Врачи-кардиологи отделения прошли подготовку по вопросам кардиологической реабилитации в г. Санкт-Петербург, имеют сертификаты по реабилитации. Специалистами отделения разработаны программы реабилитации по острому инфаркту миокарда и больных, перенесших высокотехнологичную медицинскую помощь, основанные на индивидуальных особенностях пациента.

В кардиологическое отделение № 3 БУ «РКД» на стационарную реабилитацию после перенесенного острого инфаркта миокарда ежегодно направляется около 300 человек (90% лиц трудоспособного возраста) и около 1000 оперированных больных.

К положительным эффектам кардиологической реабилитации/вторичной профилактики относятся:

- модификация факторов риска ИБС;
- повышение физической активности;
- прекращение курения;
- снижение значений артериального давления;
- уменьшение массы тела;
- улучшение липидного профиля;
- улучшение метаболизма углеводов;
- улучшение функции эндотелия;
- замедление развития или даже регресс атеросклероза и его клинических последствий;
- улучшение сердечно-легочной деятельности;
- улучшение психофизического состояния;
- мобилизация пациентов к сотрудничеству в процессе комплексной кардиологической реабилитации.

Комплексная программа этапной реабилитации больных, перенесших кардиохирургические операции и инфаркт миокарда, позволяет эффективно восстанавливать нарушенные функции в короткие сроки и снизить материальные затраты пребывания больного на стационарном и постстационарных этапах реабилитации.

И. Г. Яковлева,
зам. главного врача,
врач-кардиолог
БУ «РКД»

Реабилитация при болезнях сердца состоит из четырех основных частей:

1. Лечение традиционное медикаментозное.
Лечение больных ишемической болезнью сердца и другими болезнями системы кровообращения лекарственными препаратами из группы антиагрегантов снижает риск развития осложнений у таких больных на 20-30%, бета-блокаторами – на 20-35%, ингибиторами АПФ – на 22-25%, статинами – на 25-42%.
2. Лечение немедикаментозное:
а) аппаратное физиотерапевтическое (лазерное излучение, низкочастотное магнитное поле, электросонотерапия, наружная контрапульсация);
б) индивидуально адаптированные физические нагрузки (массаж, лечебная гимнастика, дозированная ходьба, ходьба по лестнице и терренкур (дозированные по расстоянию, времени и углу наклона пешие восхождения)).
3. Мероприятия, направленные на изменение модифицируемых факторов риска (Школа здоровья).
4. Психолого-психотерапевтические методики, направленные на психологическую поддержку, социальную, профессиональную адаптацию.



ДВИГАТЕЛЬНЫЙ РЕЖИМ

Целью реабилитации больных после эндопротезирования суставов является полноценное функциональное, социально-бытовое и профессиональное восстановление. Реабилитация больных основана на общеизвестных принципах: раннее начало, непрерывность, последовательность, комплексность, индивидуальный подход в проведении лечебных мероприятий. О том, как проходят восстановительное лечение пациенты Федерального центра травматологии, ортопедии и эндопротезирования, рассказывает главный врач Николай Николаев.



– Николай Станиславович, почему важно соблюдать этапность в реабилитации? Почему нельзя сразу передать пациента после операции на реабилитацию по месту жительства?

– У нас разные пациенты бывают. Для кого-то подходит вариант, когда он выпишется сразу и лечится по месту жительства. Это, в основном, молодые, активные пациенты, которые быстро восстанавливаются. Но надо учитывать, что большая часть наших пациентов – это люди старшего пенсионного возраста, нередко с уже запущенной стадией заболеваний, многие пациенты – жители сельской местности, с явно выраженной деформацией суставов, с изменениями в мышечной, связочной тканях сустава. В таких случаях пациентам требуется длительная реабилитация.

Ведь мало заменить сустав, надо еще и привести в норму мышечный тонус, чтобы подлечить околосуставные ткани, чтобы у пациента заново сформировалась правильная походка. Иногда доходит до того, что вследствие длительного заболевания суставов начинается компенсаторная деформация позвоночника. Эти больные требуют

ведь есть такие дети, которые ни разу в жизни не ходили самостоятельно) мы проводим 3-4 операции, чтобы он смог стоять на ногах. А дальше этого ребенка нужно научить ходить. Для этого существуют такие высокотехнологичные методики роботизированной механотерапии, как Lokomat.

Что касается спортсменов, здесь другая специфика: проблемы связаны с колоссальными физическими нагрузками и необходимостью очень быстрого восстановления. Плюс еще надо учитывать, что мышечная ткань у спортсменов отличается от ткани обычного человека, и все методики направлены на то, чтобы как можно быстрее вылечить проблемную зону, как правило, связочно-мышечную.

С пожилыми пациентами все иначе: требуется не просто длительный подход, но и комплексный. Потому что помимо проблем с суставами у них, как правило, есть сердечно-сосудистые проблемы – нельзя сразу давать большие нагрузки. Зачастую у таких пациентов сахарный диабет, значит, нужно учитывать состояние эндокринной системы. Помимо этого, очень много больных с системными заболеваниями, ревматоидными состояниями. Эти пациенты длительное время находятся на гормональных или нестероидных противовоспалительных препаратах, состояние костно-мышечных тканей у них совершенно другое, отличающееся от здорового человека. Поэтому у этой категории реабилитация очень длительная, она должна проводиться 2-3 раза в год после операции, поэтому эти больные требуют более пристального внимания.

– Какие из применяемых в вашем Центре методов реабилитации можно назвать универсальными?

– Во-первых, надо понимать, что реабилитация – логическое продолжение оперативного вмешательства. Невозможно полное выздоровление пациента без соответствующей реабилитации. Я считаю, что 50% вероятного успешного возвращения к полноценной жизни состоит в правильно выполненной операции. А остальные 50% – это реабилитационные мероприятия, которые начинаются с первых часов после операции, и наша

функция оперированного сустава.

Во-вторых, реабилитация имеет индивидуальный характер. Понятно, что есть некие каноны, но многое зависит от общего состояния человека. Могут быть, к примеру, противопоказания к физиолечению, потому что есть проблемы с сердцем, или же из-за сердечной недостаточности возникают трудности с активизацией. Ведь есть пациенты, которых мы оперируем в возрасте 70-80, а то и 90 лет. Каждый десятый больной, прооперированный в Центре на тазобедренном суставе, – это больной с переломом шейки бедра. И у них реабилитация проходит по более щадящей методике, требует куда больше времени. По разным группам пациентов – разные методики и системы реабилитации, но смысл в том, чтобы как можно быстрее вертикализировать пациента и разработать сустав, ну и, соответственно, заняться восстановлением мышечной ткани, чтобы пациент не чувствовал себя больным. Вот сделали ему операцию – и он забыл про свой сустав. Для нас это – идеальный вариант.

– Есть ли нормы сроков для реабилитации? И сколько, в среднем, должна длиться реабилитация после эндопротезирования?

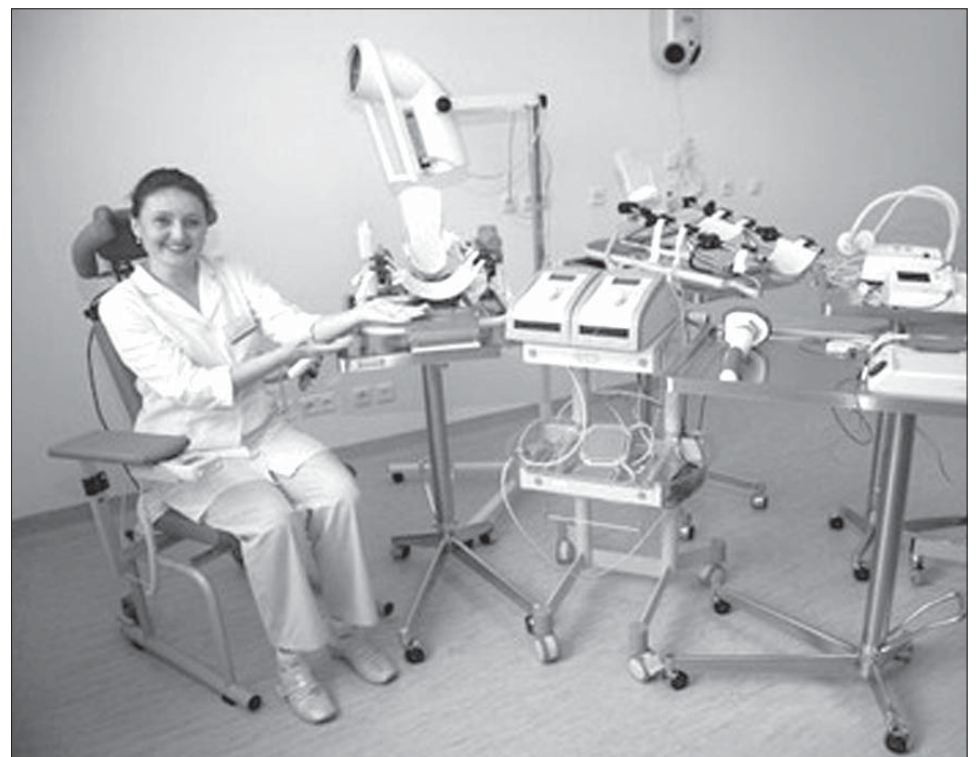
из активной жизни.

– Бывало ли так, что операция прошла успешно, но на этапе реабилитации хирургический результат сводится к нулю?

– Редко, но бывает, чаще у пожилых пациентов. В Центре мы с ними занимаемся ежедневно, вроде бы все идет неплохо, но потом они приезжают домой и перестают заниматься, потому что это болезненный процесс. А после 3 недель появляются рубцы в этой области и, соответственно, функция коленного сустава оказывается неполной. И когда через 3 месяца больной к нам приезжает на контрольный осмотр, мы обнаруживаем, что функция не восстановилась.

– Как не стать пациентом вашего Центра?

– В первую очередь, нужно вести активный образ жизни. Проблема современного века в том, что мы мало двигаемся, появляется лишний вес. Это приводит к повышенной нагрузке на позвоночник, суставы, к быстрому их износу. Второе – это сбалансированное питание. Современный человек, на мой взгляд, потребляет намного больше, чем может «сгореть» в организме. Это целая проблема, ведь за излишним весом идут



– После эндопротезирования тазобедренного сустава, в среднем, ранняя реабилитация продолжается до 12-14 дней. После эндопротезирования коленного сустава у молодых – это 2-3 недели, у людей пожилого возраста – до полутора месяцев. Вообще есть некие сроки нагрузки на оперируемый сустав, не важно коленный или тазобедренный, больные у нас ходят с дополнительной опорой на костыли до 6-8 недель. Еще месяц-полтора – передвижение при помощи трости. Этот период предполагает бытовую и социальную адаптацию пациента. Итого получается, что на 3 месяца больной выбывает

гормональные нарушения, тот же сахарный диабет. К нам приезжают пациенты, которые имеют такой избыточный вес, что эндопротезирование становится бессмысленным: мы можем технически заменить сустав, но при таком весе он износится очень быстро и приведет к большей потере костной ткани. Мы рекомендуем таким пациентам по месту жительства консультацию диетолога и приведение индекса массы тела к цифре не более 40. Тогда и операция пройдет успешно, и вернуться к полноценной жизни можно будет без осложнений.

**Беседовала
А. Ахвандерева.**

Справка «Медвестника»

Lokomat — электроприводной, управляемый компьютером роботизированный комплекс, который поддерживает тело пациента в процессе ходьбы на беговой дорожке, а также обеспечивает возможность частичной разгрузки веса пациента. Устройство предназначено для обучения ходьбе пациентов с различными нарушениями опорно-двигательной функции, вызванными церебральными, нейрогенными, позвоночными, мышечными и костными нарушениями. Занятия на роботизированном комплексе рекомендованы при рассеянном склерозе, дегенеративных заболеваниях суставов, последствиях черепно-мозговой травмы, после эндопротезирования. Стоимость роботизированного реабилитационного комплекса более 20 млн рублей.

В работе комплекса применяются ортезы: для взрослых и юных пациентов. Для взрослых занятия на комплексе показаны в постинсультном состоянии и при лечении позвоночника, в частности, при поражении спинного мозга. Что касается детей, то устройство наиболее эффективно для реабилитации детей с ДЦП.

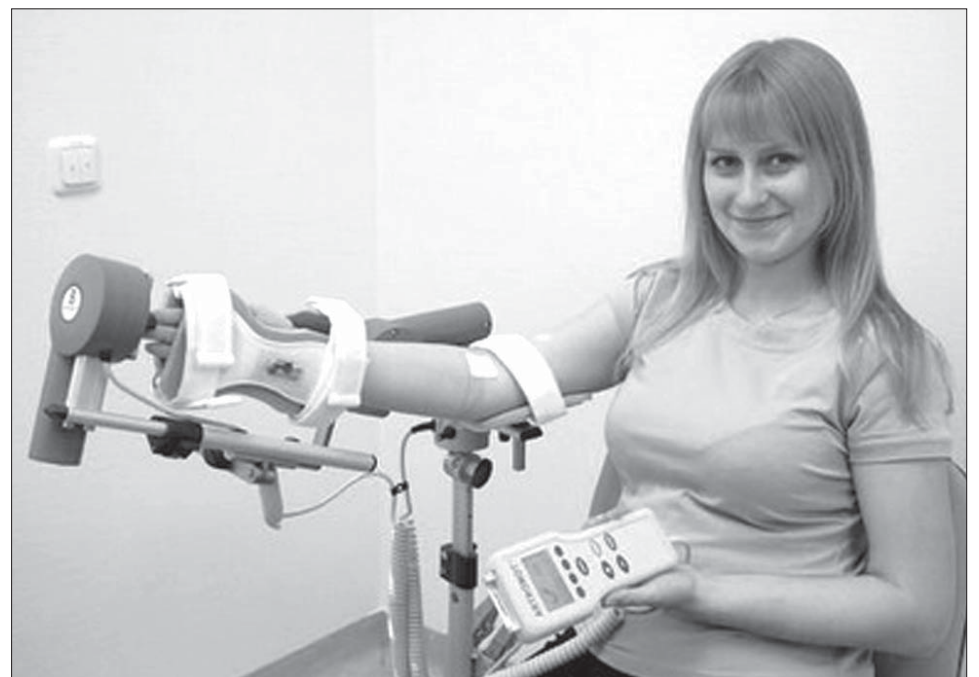
Принцип действия установки уникален и в то же время прост: пациент подвешивается над беговой дорожкой при помощи специального устройства, которое направляет движение ног, исходя из физиологически свойственной человеку модели ходьбы. При этом перед глазами пациента находится экран с видеоимитацией его движения по дороге.

особого внимания, потому что у них имеется дисбаланс мышечного тонуса, восстановительные процессы идут сложнее.

– В чем разница в методиках восстановления детей, спортсменов и пожилых людей?

– У детей наиболее частой патологией, которая требует очень длительной реабилитации, является детский церебральный паралич, 80% детей, проходящих лечение в Центре – это дети с ортопедической патологией при ДЦП. К примеру, чтобы вертикализировать такого ребенка, научить ходить (а

задача – сделать все, чтобы искусственный сустав заработал как свой, чтобы пациент его больше не чувствовал, мышцы и связки пришли в соответствующую норму. Наша цель – возвращение пациента к полноценной жизни. Для этого обычные методики не совсем подходят. Здесь нужно обратить внимание на разработку сустава, на мышечный тонус. Важен комплекс: механотерапия, соответствующее обезболивание в послеоперационном периоде и профилактика тромбоэмболических осложнений. Это способствует ранней активизации пациента и разработке



РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В СУБРЕГИОНАХ ГЕОХИМИЧЕСКОГО РИСКА

Профилактика и коррекция нарушений, связанных с воздействием эколого-биогеохимических факторов, должна основываться на знании основных отклонений в соотношении микроэлементов и минералов в водно-пищевой микросреде и влиянии этих отклонений на формирование патологии в различные возрастные периоды. Нашими исследованиями показана связь между состоянием здоровья детей различных возрастов и особенностями природных факторов среды их постоянного обитания. Приоритетной в изучаемых зонах является гастроэнтерологическая патология, имеющая четкие клинические особенности распространения, течения, частоты рецидивирования и осложнений в зависимости от территории проживания детей. Отсюда возникает насущная необходимость в разработке и проведении как первичной, направленной на устранение факторов риска возникновения патологии, так и вторичной (профилактика рецидивов и осложнений) профилактики именно этих заболеваний у детей.

По мнению А.А. Баранова, нередко хронические заболевания приводят к инвалидности из-за недостаточной профилактической работы со здоровым ребенком, оздоровительной и реабилитационной – с детьми, страдающими хронической патологией, из-за отсутствия должного внимания к восстановительному лечению детей со сформировавшейся патологией, но обладающих высоким реабилитационным потенциалом.

Все эти параметры необходимо учитывать при проведении первичных и вторичных профилактических мероприятий у детей с гастродуоденальной патологией в различных эколого-биогеохимических регионах.

На основе полученных нами результатов разработаны первичные и вторичные профилактические мероприятия для детей с гастродуоденальной патологией в зонах риска и бедствия.

Перечень первичных профилактических мероприятий в зоне риска.

Поскольку в зоне риска отмечается дефицит таких макро- и микроэлементов, как кальций, марганец, медь, цинк, никель, фтор, кремний, алюминий, свинец, серебро, стронций, хром и калий, необходимо обогащать питание определенными продуктами, содержащими их в повышенном количестве. При дефиците цинка – морские водоросли, моллюски, белокочанная капуста; меди – ржаной хлеб, овес, речная рыба; железа – мясные и рыбные продукты; селена – рыба, куриные яйца, злаки; марганца – растительная пища; магния – плоды шиповника и растительная пища (табл. 1).

Назначать препараты с содержанием поливитаминов и полиминеральных комплексов не реже 3 раз в год, препараты цинка («Цинктерал» и т. п.).

Перечень вторичных профилактических мероприятий в зоне риска (для профилактики обострений гастродуоденальной патологии):

- питание: стол № 5 в течение 5 лет после последнего обострения; в сезонную профилактику и/или в периоды индивидуального ритма обострений – кратковременное назначение стола № 1 (на 14-20 дней);
- курсы седативной терапии (фитотерапия: валериана, шишки хмеля, пустырник, пассифлора) и по показаниям дневные транквилизаторы («Рудотель», «Грандоксин») на 2 недели при сезонной профилактике;
- курсы биотиков: глицин, биотредин или их сочетание в течение 1 месяца при возможном психоэмоциональном напряжении (стрессовые ситуации, экзамены, адаптация к ДДУ, школе и т.п.);
- противорецидивное лечение НР при подтверждении НР 2-мя тестами через 3-4 месяца после очередного обострения;
- прокинетики 2-3-го поколений короткими курсами

(7-10 дней) в период сезонной профилактики;

- курсы витаминов с полиминеральными добавками («Компливит», «Олиговит» и т. п.) 2-3 раза в год по 1 месяцу;
- препараты, улучшающие обменные процессы, и репаранты: мумие, облепиховое масло, «Гастротарм», «Рибоксин», оротат калия – детям-реконвалесцентам по язвенной болезни и эрозивно-язвенной гастриту;
- биопрепараты («Наринэ», кислотолюбный бифидумбактерин, «Бифидок»);
- ферменты, желчегонные по показаниям;
- физиотерапия: электрофорез лекарственных препаратов на воротниковую зону (CaCl₂, Br); гальваногрязи: на эпигастрий, эпигастрий + правое подреберье; парафиновые аппликации: на эпигастрий, эпигастрий + правое подреберье, левую подвздошную область; магнитотерапия на эпигастральную область; электросон;
- бальнеотерапия: ванны хвойные, соленые, хвойно-соленые;
- плавание;
- вакуумный гидромассаж;
- минеральная вода слабой минерализации «Зори-1» из расчета 3 мл/кг в теплом виде, маленькими глотками у больных с хроническим гастродуоденитом за 30 мин до еды 3 раза в день; у больных с язвенной болезнью + через 1 час после еды и на ночь 2 курса в год по 1 месяцу;
- ЛФК, массаж локальный: головы, воротниковой зоны, спины;
- групповые и индивидуальные сеансы психотерапии.

Перечень первичных профилактических мероприятий в зоне бедствия у детей с гастродуоденальной патологией.

На территориях с дефицитным соотношением микроэлементов необходимо полное удовлетворение физиологических потребностей детей в основных нутриентах, витаминах, микроэлементах и энергии, для чего следует проводить обогащение воды, продуктов питания (саплиментация) дефицитными ингредиентами, дополнительно назначать витаминно-полиминеральные комплексы (табл.2). Пищу необходимо дополнительно обогащать белково-восодержащими продуктами животного происхождения (энпиты, лечебные смеси, смеси для детского питания). При дефиците конкретных микроэлементов следует обогащать питание определенными продуктами, содержащими их в повышенном количестве. В зоне бедствия при высоких техногенных и антропогенных нагрузках осуществлять комплекс мероприятий, направленных на:

- уменьшение поступления токсических веществ (использование привозной воды для питья, бытовых фильтров и т.д., назначение сорбентов, энтеросорбентов, биодобавок с пищевыми волокнами);
- выведение их из организма путем замены на эссенциальные микроэлементы (витаминно-полиминеральные комплексы, биодобавки);
- уменьшение патологического действия уже поступивших в организм избытков микроэлементов и ксенобиотиков – назначение мембраностабилизаторов, антиоксидантов, хелаторов, биологических добавок типа «Полиен», «Долголет», «β-каротин».

Перечень вторичных профилактических мероприятий в зоне бедствия (для профилактики обострений гастродуоденальной патологии):

- питание: стол № 5, при снижении кислотообразующей функции желудка неспецифическая стимуляция секреции (стол № 2, «Лимонтар», янтарная кислота);
- курсы седативной терапии (фитотерапия: валериана, шишки хмеля, пустырник, пассифлора) и по показаниям транквилизаторы дневные («Рудотель», «Грандоксин») на 2 недели при сезонной профилактике;
- биотики («Глицин», «Биотредин») 2 раза в год в

сезонную профилактику;

- противорецидивная терапия НР через 3 мес после обострения всем детям и членам их семей;
- неспецифическая профилактика рефлюксной болезни (вертикальное положение после еды, отказ от кофе, газированных напитков, курения, продуктов, содержащих экстрактивные вещества, ограничение тяжелой физической нагрузки, сотрясения тела – прыжки с высоты и т.п.; строгое соблюдение кратности приемов пищи, ограничение НПВС при лечении интеркуррентных заболеваний) и специфическая профилактика – курсы прокинетики 1-го поколения 2 раза в год в периоды сезонной профилактики обострений;
- витамины с полиминеральными добавками («Компливит», «Олиговит» и т. п.) 2-3 раза в год по 1 месяцу;
- биопрепараты («Наринэ» и др.);
- ферменты и желчегонные по показаниям;
- физиотерапия: СМТ, индуктотермия, лазеротерапия;
- иглорефлексотерапия;
- минеральная вода с учетом кислотообразующей функции желудка;
- массаж общий;
- ЛФК;
- плавание.

В течение 4-х лет предложенные комплексы вторичной профилактики обострений гастродуоденальной патологии были апробированы в условиях Республиканского детского санатория «Лесная сказка». За этот период прошли санаторно-курортное лечение 1388 детей в возрасте от 6 до 14 лет, в том числе 165 детей из зоны оптимума, 605 – из зоны риска, 437 – из зоны кризиса и 181 – из зоны бедствия. Контрольную группу составили дети с гастродуоденальной патологией, которые противорецидивное лечение получали нерегулярно, или не получали совсем.

В основу организации оздоровления детей с гастроэнтерологическими заболеваниями в санатории «Лесная сказка» были положены единые требова-

ния: лечебно-оздоровительный режим с удлиненным временем сна, высококалорийное 5-разовое питание, максимальное пребывание на открытом воздухе с использованием природно-климатических факторов, проведение общеоздоровительных и индивидуальных лечебных мероприятий в соответствии с разработанными комплексами в зависимости от зоны проживания. Продолжительность оздоровления – 4 недели.

При оценке эффективности профилактического противорецидивного лечения установлено (табл. 3), что в течение года после реабилитации детей с хроническими гастродуоденитами в соответствии с разработанными комплексами частота обострений заболевания снизилась в зоне оптимума на 50%, в зоне риска – на 46,2%, кризиса – на 63,5% и бедствия – на 74,0%. Наибольшая эффективность проводимых реабилитационных мероприятий отмечена у детей из зон бедствия, наименьшая – из зон риска, что свидетельствует о значительных затруднениях при экзогенной коррекции эссенциальных микроэлементов (прежде всего цинка) и нарушении соотношений их в природной водно-пищевой цепи.

Диспансерное наблюдение за больными в течение четырех лет показало, что удельный вес детей со стойкой ремиссией также отличался в различных эколого-биогеохимических зонах. Самым высоким удельный вес детей со стойкой ремиссией хронического гастродуоденита был в зоне бедствия (72,3%), самым низким – в зоне риска (38,9%).

Таким образом, в Чувашской Республике имеются все необходимые условия для широкого внедрения как первичной, так и вторичной профилактики заболеваний гастродуоденальной зоны у детей, так как установлены главные «пусковые» причинные эколого-биогеохимические факторы и организационно-методические подходы к их устранению.

В. А. Родионов, д.м.н., профессор, зав.кафедрой педиатрии ЧГУ им. И. Н. Ульянова

Таблица 1 ПЕРВИЧНЫЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ В ЗОНЕ ЭКОЛОГО - БИОГЕОХИМИЧЕСКОГО РИСКА

УСТАНОВЛЕНО	РЕКОМЕНДОВАНО
Дефицит Zn, Ca, Mn, Cu, Ni, F, Si, Al, Pb, Ag, Sr, K	1. Пищевая коррекция: белокочанная капуста, речная рыба, ржаной хлеб, мясо, яйца, овощи, фрукты, ягоды, плоды шиповника. 2. Витаминно-полиминеральные комплексы в возрастных дозах не реже 3 раз в год. 3. Препараты цинка («Цинктерал»), фтора (фторид натрия), кальция («Кальцинол»).

Таблица 2 ПЕРВИЧНЫЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ В ЗОНЕ БЕДСТВИЯ

УСТАНОВЛЕНО	РЕКОМЕНДОВАНО
Избыток Si, Ca, Mn, Sr, F, S, Ni, Be, Na, сульфаты, хлориды Дефицит J, Co, Mo	1. Пищевая коррекция: обогащение суточного рациона белково-содержащими продуктами (энпиты, лечебные смеси, смеси для детского питания). 2. Использование привозной воды для питья и приготовления пищи, применение бытовых фильтров. 3. Назначение сорбентов растительного и животного происхождения (активированные угли, «Полифепан», пектиновые биодобавки, гемцеллюлоза и т.д.). 4. Витаминно-полиминеральные комплексы, калий йодид. 5. Мембраностабилизаторы, антиоксиданты, хелаторы, биодобавки типа «Полиен», «Эйканол», «β-каротин».

Таблица 3 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВТОРИЧНЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В РАЗЛИЧНЫХ ЭКОЛОГО-БИОГЕОХИМИЧЕСКИХ ЗОНАХ ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Эколого-биогеохимические зоны	Количество детей с обострениями (%)	
	До проведения профилактики	После проведения профилактики
Оптимума	84,2	42,0
Риска	92,9	50,0
Кризиса	83,3	30,4
Бедствия	71,6	18,6

ОДИН ИЗ ВОЗМОЖНЫХ МЕХАНИЗМОВ ВОЗДЕЙСТВИЯ АКУПУНКТУРЫ В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Большую роль в современной медицинской практике играет реабилитация. В настоящее время существует мультидисциплинарный подход в лечении и восстановлении здоровья населения.

В состав мультидисциплинарных бригад также входит врач-рефлексотерапевт. Акупунктура активно применяется во всем мире, но механизм этого воздействия в полном объеме открывается только в настоящее время. Иглоукалывание действует на организм через нейромедиаторы, которые, по данным В.Б. Любовеца (2006), синтезируются в биоаминсодержащих структурах в дневное время, а ночью через кровь, паракринно, подходить к органам, вызывают их физиологическую перестройку. Воздействуя на точки акупунктуры, можно вызывать изменения физиологической работы органа, или произвести его активацию. Чаще всего воздействие рефлексотерапии происходит через центральные органы регуляции. Так, известно, что гипоталамус регулирует костномозговое кровообращение,

реализуя свое действие через гипофиз и вегетативные центры.

В эксперименте иглу вводили в точку акупунктуры (ТА) гипоталамуса TR20 на 10 мин. Материал брали через 30 и 60 мин после акупунктуры (АП). Контролем служили крысы, которым проводили АП в кожу вне ТА.

Мазки костного мозга исследовали люминесцентно-гистохимическими методами на гистамин (Кросс, 1971), катехоламины (КА) и серотонин (Фальк, 1969). Выявляли гепарин (по А. Унна), сукцинатдегидрогеназу (СДГ) и моноаминоксидазу (МАО) (по Гленнеру), исследовали миелограмму.

В ответ на АП через 30 мин наблюдали уменьшение числа и повышение содержания гистамина, КА, серотонина в гранулярных люминесцирующих (ГЛК) и тучных клетках костного мозга. К ГЛК относятся АПУД-клетки и дендритные-макрофаги. Через час содержание аминов в названных клетках было ниже нормы. После АП увеличилась сульфатированность гепарина в тучных клетках, плазмочитах, в МКЦ, клетках эозинофильного и эритроидного ря-

дов. Снизилась выявляемость моноаминоксидазы во всех структурах костного мозга за исключением эозинофилов. Повышалась активность сукцинатдегидрогеназы – фермента аэробного окисления. В миелограмме отмечено появление бластных форм клеток, снижение зрелых клеток эритроидного и нейтрофильного рядов и увеличение числа тучных клеток, плазмочитов, клеток эозинофильного ряда.

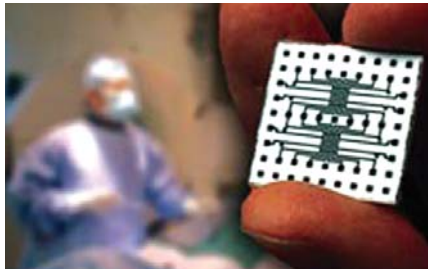
Е.А. Гурьяновой (2009) было выявлено влияние иглоукалывания и лазера на структуры тимуса и селезенки. Так, ею было найдено, что клеточный состав дорзальных, вентральных и дистальных ТА по соотношению тучных клеток и эндокриноподобных клеток у человека разный, и в зависимости от времени воздействия иглой выделяется разное количество нейромедиаторов, что коррелирует с эффектами, производимыми на тимус, селезенку, костный мозг, гипоталамус, кожу (Нестерин К.В., 2007; Любовеца Е.В., 2010; 2011; Гурьянова Е.А., 2011; Любовеца Е.В., Любовеца Л.А., 2012). Наибольшее число биоаминсодержащих клеток у человека содержится

в вентральных точках акупунктуры (Гурьянова Е.А. с соав., 2009). При эксперименте с ядами ею было найдено, что введение СС4 через 5 суток вызывает наибольшие изменения в функциональном состоянии тучных клеток в дорзальных (VG 14), а на 10 сутки – вентральных (F 14) точках акупунктуры. При этом происходит перестройка функционального состояния органа. Найдено, что между электрокожным сопротивлением и содержанием биоаминов в дорзальных, вентральных и дистальных точках акупунктуры имеется корреляционная зависимость (Гурьянова Е.А. с соав., 2009).

Таким образом, воздействие акупунктуры происходит через нейромедиаторы, содержащиеся в биоаминсодержащих структурах органов, которые выполняют функции автономной регуляции в них. Из чего следует, что при правильном использовании акупунктуры, ее необходимо активно использовать при реабилитации.

Е.В. Любовеца, Л.А. Любовеца, Е.А. Гурьянова, В.Б. Любовец, К.В. Нестерин

ВНЕДРЕНИЕ БИОЧИПОВ И БИОСЕНСОРОВ



К 1 мая 2013 г. в России появится федеральная целевая программа по развитию инновационной медицинской техники на основе биосенсоров и биочипов. Ее концепцию вице-премьер РФ Аркадий Дворкович поручил разработать Минздраву к 1 мая 2013 г., о чем сообщил сайт правительства, опубликовав отчет о заседании рабочей группы по созданию биотехнологий. Под терминами

«биосенсор» и «биочип» обычно подразумеваются электронные устройства, содержащие биомолекулы (нуклеиновые кислоты).

Они используются, например, в широко распространенных глюкометрах — приборах для замера уровня сахара в крови. В настоящее время существуют биосенсоры для диагностики онкологических и инфекционных заболеваний.

МЕДПОМОЩЬ ИНОСТРАНЦАМ



Постановлением Правительства РФ № 186 от 6 марта утверждены Правила оказания медицинской помощи иностранцам на территории России. Правила определяют порядок бесплатного оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации, а также медицинской помощи на платной основе.

Определены категории иностранных граждан,

которым оказывается медицинская помощь на территории Российской Федерации — это постоянно проживающие или временно пребывающие (временно проживающие). Правилами установлено, что медицинская помощь иностранным гражданам оказывается медицинскими организациями независимо от их организационно-правовой формы, а также индивидуальными предпринимателями.

БЕЗ СИГАРЕТ

Минздрав России подготовил и вынес на общественное обсуждение проекты приказов, устанавливающие требования к курительным комнатам и к знаку о запрете курения.

Всего в целях реализации Федерального закона «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» будет разработано 10 подзаконных нормативных актов — два По-

становления Правительства РФ и 8 приказов. Федеральный закон «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» вступит в силу с 1 июня 2013 года. Ограничительные и запретительные меры, направленные на снижение потребления табака и воздействия табачного дыма, будут вводиться поэтапно.



О ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ



В Совете Федерации затронули вопрос о внесении изменений в законодательство по вопросу о принудительном психиатрическом лечении. По данным Государственного научного центра судебной психиатрии им. Сербского, за последний год существенно выросло количество убийств, в том числе детей, прежде всего лицами с различными психическими расстройствами. За 20 лет после принятия федерального закона «О психиатрической помощи и га-

рантиях прав граждан при ее оказании» число людей, страдающих душевными расстройствами, удвоилось. По мнению сенаторов, закон сыграл свою положительную роль, однако настало время вносить в него изменения. В настоящее время обществу необходима сбалансированная позиция между старым репрессивным подходом к принудительному лечению и нынешней подчеркнута либеральной позицией.

Выражаю благодарность коллективу первого терапевтического отделения Новочебоксарской городской больницы. Федорова Маргарита Николаевна, заведующая отделением — чудесный доктор. Все врачи и медсестры относятся к Маргарите Николаевне с большим уважением, прислушиваются к ее мнению.

Также хочется отметить врача-пульмонолога Смирнову Раису Радомировна. Раиса Радомировна с улыбкой и доброжелательно выслушивает всех больных. Сестры и санитарки тоже очень старательные.

Спасибо коллективу отделения за их труд, за подвиг, который они совершают каждый день!

С большим уважением,
Ангелина Михайловна Эверснова

Хочу поблагодарить Федорову Светлану Сергеевну, заведующую акушерским наблюдением отделением Президентского перинатального центра, и весь коллектив отделения за спасение жизней детей и матерей.

Д.П.Михейкин

Выражаю огромную благодарность всему коллективу кардиологического отделения №2 Республиканского кардиологического диспансера. Особенно хочется отметить заведующую отделением Семенову Анну Александровну и всех медсестер за хорошее отношение к больным. Они никогда не повышают голос, обращаются всегда с милой улыбкой, постоянно находятся около больных. В палатах — чистота. Особенно хочется отметить медсестер: Ларису Ивановну, Елену Владимировну, Иванову Марию Николаевну, Алексееву Эльзу Валерьевну, Тарасову Ольгу Николаевну.

Большое спасибо Анне Александровне и всему коллективу отделения. Желаю всем крепкого здоровья, семейного благополучия, счастья, успехов в работе.

Валентина Сергеевна Тихомирова

Благодарим коллектив Городской детской больницы № 4, возглавляемый главным врачом Жамлихановым Надиром Хусяиновичем. Особенно хочется отметить медиков отделения реанимации и интенсивной терапии и токсикологии и заведующего отделением Федорова Александра Генриховича, а также неврологическое отделение и заведующего отделением Малеханова Сергея Юрьевича. Спасибо огромное за то, что в Чувашии есть такие медики!

С благодарностью, семья Грудановых

СОЗДАНЫ РОБОТЫ-РЕАБИЛИТОЛОГИ

В ближайшем будущем роботы могут заменить врачей-реабилитологов. Как полагают ученые из Массачусетского Технологического Института (Бостон), которые разработали экспериментальное устройство, они могут быть очень полезны пациентам после инсульта, которым приходится отрабатывать простейшие движения.

Пока электронный реабилитолог представляет собой роботизированный джойстик, соединенный с компьютером. Пациенту в игровой форме предлагается совершать отдельные движения. Если он не может сделать их сам, робот помогает. В последствии параметры задания могут изменяться.

Преимущества робота перед человеком состоят в том, что движения можно повторять огромное число раз - до 18 000 движений за курс, продолжительностью шесть-семь недель. Ученые полагают, что в сочетании со стандартной восстановительной терапией занятия с роботом способствуют лучшим результатам.

В будущем они планируют создать специальную перчатку, на которой пациент после

инсульта сможет отрабатывать, например, движение захвата и разжимания руки.

НОВЫЙ ПРОЕКТ ПО РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЦП ЗАПУЩЕН В МОСКВЕ

Дети из Москвы с детским церебральным параличом (ДЦП) получили возможность бесплатной комплексной реабилитации благодаря запуску нового межведомственного проекта. Это будет интенсивная реабилитация 12 дней в году. Дальше — внедрение программы домашней реабилитации. Родители станут главными реабилитологами своих детей. Потом — реабилитация в научном центре. И все это повторяется дважды в течение года, участников программы будет определять отборочная комиссия. Дважды в год у них будет оцениваться моторный дефицит.

ЗООПАРК ДЛЯ СЛАБОВИДЯЩИХ ДЕТЕЙ

В Медицинском институте Тамбовского государственного университета им. Державина

разработали специальную программу реабилитации слепых и слабовидящих детей с помощью животных. В университетском зоопарке прямо в вольерах дети, которые не могут видеть, осваивают разнообразие природы на ощупь и на слух. Один из самых знаменитых местных «учителей» — филин Сократ. Ученики не могут его увидеть, но могут потрогать и услышать гулкий голос, и это дает им возможность создать представление о том, как он выглядит. Кроме Сократа детей «обучают» самые разнообразные представители фауны: от оленя до лягушки. Примечательно, что до начала подобных занятий многие дети считали, что у лягушки есть хвост. Зато сейчас, в отличие от большинства одаренных зрением людей, они легко определяют фактически любую птицу по голосу.

РУКИ СПАСАЮТ ШЕЮ

Проведя целый ряд исследований, голландские ученые пришли к выводу, что наилучшим способом лечения болей в шейном отделе позвоночника все-таки является мануальная терапия. Причем, отмечают исследователи, результаты, которые дает ма-

нуальная терапия в данном случае, во много раз превосходят такие популярные методы, как гимнастика, или курс лечения болеутоляющими препаратами.

В ходе проведенного недавно исследования врачи прописали 183 пациентам либо курс мануальной терапии (45-минутный сеанс один раз в неделю), либо курс лечебной гимнастики (дважды в неделю по 30 минут).

Далее ученые сравнили результаты, полученные в ходе исследования, со статистическими данными лечебных учреждений, где пациенты, страдавшие от болей в шейном отделе позвоночника, проходили традиционный курс лечения болеутоляющими препаратами.

Через 6 недель после начала эксперимента диагноз примерно 68% пациентов, прошедших курс мануальной терапии, гласил: «полное исцеление», либо «кардинальное улучшение самочувствия».

У тех же больных, кто занимался лечебной гимнастикой, этот показатель составил чуть менее 50%.

В случае лечения болеутоляющими препаратами, улучшение состояния здоровья наблюдалось лишь у 36% пациентов.

УЧРЕДИТЕЛИ:

БУ ЧР «Республиканский центр лечебной физкультуры и спортивной медицины», ГУП Чувашской Республики «Фармация», Общественная организация «Медицинская Ассоциация Чувашской Республики», Общественная организация «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников Чувашской Республики» БУ ЧР «Республиканский центр восстановительной медицины и реабилитации Минздравсоцразвития Чувашии»

Газета зарегистрирована Управлением Федеральной службы по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций по Чувашской Республике - Чувашии. Свидетельство о регистрации СМИ ПИ № ТУ21-00203 от 14 мая 2012 г.

Главный редактор — С.А.Каликова. Ответственный секретарь: А.Ю. Ахвандерова. Редакционный совет: А.В. Самойлова, А.Н.Карзаков, В.А.Теллина, В.Н.Филимонов, В.И.Викторова, Е.В.Любовцева. Адрес редакции: 428018, г. Чебоксары, ул.М.Сеспеля, дом 24, тел. 62-50-01, e-mail: medicin43@car.ru. Цена свободная.

Индекс 54839. Номер подписан в печать 20.03.2013 по графику в 18.00, фактически в 18.00. Тираж 1200 экз. Заказ №25/2013-03. Отпечатано в типографии ИП Сорокина А.В., 428034, г. Чебоксары, ул.М.Павлова, 50/1. Объем - 2 печатных листа.