

# ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ



№5 (173) МАЙ 2017



**Социальное партнёрство во имя ребёнка**



# Социальное партнёрство во имя ребёнка



Фоторепортаж с площадок Межрегиональной конференции "Взаимодействие общества и власти в реализации семейной и демографической политики (на примере Алтайского края)", 19 мая 2017 года, г. Барнаул



**Константин  
Мамонтов: «Мне  
всегда было у кого  
и чему учиться»**



**Будем дружить с  
памятью!**



**Жизнь с  
макулодистрофией**



**Измените питание  
- сделайте шаг  
к здоровью**

На обложке: фоторепортаж с межрегиональной конференции «Взаимодействие общества и власти в реализации семейной и демографической политики (на примере Алтайского края)», 19.05.2017, Барнаул.

Фото: Лариса Юрченко.

Межрегиональная конференция «Взаимодействие общества и власти в реализации семейной и демографической политики (на примере Алтайского края)» .....	2-5
«Место мозга изменить нельзя» .....	6
Модернизация - жителям края .....	7
Константин Мамонтов: «Мне всегда было у кого и чему учиться» .....	8-10
Новости здравоохранения .....	11
Азбука дачной безопасности .....	12-13
Новости здравоохранения .....	14
Это интересно! .....	15
<b>ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА</b> О.А. Бельницкая, А.С. Лихачева, С.В. Маммадова Рассеянный склероз и беременность .....	16-17
<b>СПОРТ ВО ИМЯ ЖИЗНИ</b> Е.А. Бойко. Делаем пресс красивым .....	18-19
Это интересно! .....	20
<b>ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ</b> Ю.И. Жавишина. Возможности магнитной стимуляции .....	21-22
Т.В. Ярушина. Этические особенности на диализе .....	23-24
Новости здравоохранения .....	25
Ю.В. Бодрова. Будем дружить с памятью! .....	26-27
А.Е. Завьялов. На переднем крае борьбы за жизнь .....	28-30
На вольном выпасе. Что приготовить из весенней зелени .....	31-32
<b>СПОРТ ВО ИМЯ ЖИЗНИ</b> Худеем лёжа. Упражнения для гимнастики на коврике .....	33
Новости здравоохранения .....	34
<b>СОВЕТЫ ОФТАЛЬМОЛОГА</b> С.Н. Комарова, В.А. Ткачев. Жизнь с макулодистрофией .....	35-37
<b>СЕРДЕЧНЫЙ РАЗГОВОР С КАРДИОЛОГОМ</b> Е.Н. Панфилова. Измените питание - сделайте шаг к здоровью .....	38-41
Чего не хватает вашим волосам? .....	42-43
Модернизация - жителям края .....	43
О зубных пастах начистоту .....	44

## «Многим регионам есть чему у вас поучиться...»

Более 200 человек: представители органов исполнительной власти и региональных общественных женских организаций Сибирского федерального округа - приняли участие в межрегиональной конференции «Взаимодействие общества и власти в реализации семейной и демографической политики (на примере Алтайского края)».



Алтайский край представили Краевой совет женщин, Ответственная женская палата при Губернаторе, Краевой совет отцов, Краевой совет родительской ответственности; руководители органов исполнительной власти, представители органов местного самоуправления.

Межрегиональная конференция прошла при участии Губернатора Алтайского края Александра Кар-

лина. Почетным гостем стала Председатель Союза женщин России, член Совета Федерации Федерального Собрания РФ Екатерина ЛАХОВА.

С приветствием к участникам конференции обратился Митрополит Барнаульский и Алтайский, Глава Алтайской митрополии Высокопреосвященнейший Сергей.

Участники мероприятия ознакомились с возможностями круп-

нейших медицинских организаций краевого медицинского кластера.

В Алтайском краевом клиническом перинатальном центре «ДАР» была организована выставка, представляющая в том числе и возможности межведомственного взаимодействия в вопросах семейной и демографической политики. Ее участники - учреждения здравоохранения, образования и социальной защиты и общественного сектора. Так, специалистами барнаульских детских городских поликлиник №№3 и 9 представлены применяемые технологии лечения и реабилитации детей, в том числе с задержкой развития. Центр медико-психологической и социальной помощи беременным женщинам представил технологии работы с женщинами, оказавшимися в трудной жизненной ситуации.

Особый интерес у всех участников вызвал сам новый перинатальный центр. Они ознакомились с его технологическими и организационными возможностями, с теми задачами, которые он призван решать. Единодушное восхищение вызвали квалификация и заинтересованность в результатах своего труда работающих в Центре специалистов, что помощь в этом учреждении, по сути, доступна любой жительнице края.



## Модернизация - жителям края

Пленарное заседание прошло на базе КГБУЗ «Городская больница №5, г.Барнаул».

В рамках конференции Почетный гость Екатерина Лахова по индивидуальной программе (кстати, по ее инициативе) посетила ряд и других лечебных учреждений нагорного медицинского кластера. Одним из таких объектов стал Алтайский краевой госпиталь ветеранов войн: «Я много слышала на федеральном уровне, в Совете Федерации о госпитале Алтайского края, поэтому хотела увидеть это лечебное учреждение сама. Он, конечно, произвел на меня впечатление. Надо отметить, что финансовых средств всегда не хватает, но когда правильно расставлены приоритеты, проблема решается. Хочу сказать, что той реабилитации, которая осуществляется в госпитале, может позавидовать любой реабилитационный центр».



**Екатерина ЛАХОВА:** «У нас (Союза женщин России, прим. ред.) с Алтайским краем заключен договор о социальном партнерстве, и на протяжении многих лет мы сотрудничаем. Хочу отметить, что данный регион по работе власти в укреплении взаимодействия с гражданским сообществом является примером не только в Сибирском федеральном округе, но и в целом по России...».



Высокую оценку Екатерина Лахова дала и работе нового перинатального центра «ДАР»: «Очень трудно запускать любое новое лечебное учреждение. Но начинать работать с нового года сложнее вдвойне, так как это будет влиять на показатели младенческой и материнской смертности. А это для нас принципиально важно. Сегодня мы увидели, каким образом контролируется каждая беременная женщина в крае. И если возникают малейшие осложнения беременности, высококвалифицированные специалисты моментально реагируют, приглашают женщину на осмотр в Центр, тем самым минимизируют возможные риски». Она отметила уникальность оборудования Центра и уровень подготовки кадров.

В ходе рабочей встречи с Губернатором Александром Карлиным председатель СЖР Екатерина Лахова подчеркнула: «Не в каждом субъекте России развитие социальной сферы стоит на личном контроле главы региона. Конечно, развитие экономики и производства не менее важно, но когда социальная сфера в приоритете, это говорит о личной заинтересованности Губернатора в

улучшении качества жизни населения. В Алтайском крае эта работа проводится системно. Многим регионам есть чему у вас поучиться. Ваши программы по развитию социальной сферы «75x75», «80x80» - уникальны. Они ставят конкретные задачи, которые выполняются в определенные сроки».

Губернатор и председатель СЖР обсудили и вопросы развития системы здравоохранения в регионе. «У нас достаточно развитая и сложная сеть медицинских учреждений. Для нас важно не только обеспечить доступность медицинской помощи, в том числе высокотехнологической, но и сконцентрировать ресурсы на решении первоочередных задач», - отметил глава региона. Екатерина Лахова сообщила, что Союз женщин России разрабатывает свою программу по сохранению здоровья женской части населения страны: «У нас нет ресурса, но наша задача на уровне как федеральных, так и региональных властей - добиваться решения наиболее актуальных вопросов, связанных, в том числе, с сохранением женского здоровья».



**А.Б. КАРЛИН, Губернатор Алтайского края:**

— Союз женщин России и Вы, уважаемая Екатерина Филипповна, как его лидер, давно и на деле реализуете лозунг своей организации «От сотрудничества - к социальному партнерству». Как доказательство тому - действующее Соглашение о взаимодействии между Администрацией нашего края и СЖР, подписанное в 2009 году здесь, на Алтае.

**Главным приоритетом проводимой в нашем крае политики было и остается качественное улучшение жизни людей.** А это можно обеспечить только современным эффективно организованным развитием всех отраслей социальной сферы. Сегодня мы - признанные лидеры в сельском хозяйстве, биофармацевтике, курортном деле, туризме, занимаем устойчивые позиции по уровню инвестиционного потенциала, лидируем среди сибирских регионов по темпам снижения безработицы, по темпам модернизации здравоохранения, образования.

Но чтобы и через пару новых десятиков лет росла экономика, открывались новые производства, развивалась социальная сфера, должна увеличиваться численность молодого поколения. А это значит, что **сегодня надо реализовать более эффективную демографическую и семейную политику.**

Правительство края приняло комплекс серьезных мер, направленных на поддержку традиционных ценностей семьи, на демографические программы, улучшение экологии и здоровья людей.

**Мы направляем немалые усилия на развитие отраслей образования и здравоохранения, которые напрямую определяют качество жизни людей.** Обе отрасли развиваются в крае в инновационном режиме, повышаются качество и доступность медицинских и образовательных услуг. Сформирован уникальный медицинский кластер. Нами, безусловно, выполнены указания Президента России в части направления должного объема средств на развитие детской медицины. Кардинально изменились условия в учреждениях родовспоможения. В декабре 2016 года начал свою работу краевой перинатальный центр. Это поистине событие российского масштаба!

Успешно выполняется и краевая программа по развитию дошкольного образования, ею обеспечен полный охват детей от 3 до 7 лет. Здесь мы - одни из лидеров в России. Результативно решаем и вопросы по улучшению материальной базы школ, более 80% ребят обучаются в одну смену.

Веским доказательством результативности нашей многоплановой работы служит **улучшение демографических показателей.** Так, в 2 раза увеличилось число многодетных семей - их сейчас в крае почти 25 тысяч. Последние годы край демонстрирует самые высокие показатели рождаемости за два с лишним десятка лет своей новейшей истории, снижение детской и материнской смертности. Увеличилась продолжительность жизни людей, сокращается естественная убыль населения. Все эти ценности возведены нами в самый высокий ранг приоритетов реализуемой в крае социальной политики.

В сложившейся социально-экономической ситуации Правительству края в вопросах поддержки семьи, детства удалось найти надежных партнеров по сотрудничеству, создать систему взаимодей-

ствия с представителями социально ответственного бизнеса, общественными организациями, как на региональном уровне, так и федеральном, и даже международном. В целях активизации общественных организаций, работающих в интересах семьи и общества, мы проводим четкую грантовую политику. На средства грантов ежегодно реализуются от 50 до 60 социально значимых проектов. Как уникальный пример - благотворительный марафон «Поддержим ребенка!».

Наработанная практика в решении проблем семьи, охраны материнства, детства показала, что **во всей этой многогранной работе очень важна роль женских и отцовских организаций.** Именно на сохранение семьи, на сбережение детей направлены наши совместные социально значимые программы и акции, инициируемые Общественной женской палатой и, как правило, поддержанные органами власти края. Так, для решения, по сути, общенациональной задачи - предупредить и приостановить социальное сиротство - в 2013 году мы начали долгосрочную совместную акцию «Алтай - без сирот». В каждом населенном пункте стараемся перейти к адресной работе с семьями «группы риска» по преодолению их социального нездоровья и сбережению детей. В этих же целях принято решение и о создании в крае комплексного социального центра «Лад».

Мы очень ответственно относимся и ко всем акциям, которые рождает Союз женщин России. В этом Году экологии и 80-летия нашей малой родины мы продолжаем общероссийскую акцию «*За чистый Дом, чистую Страну, чистую Планету*». Дан старт и новой акции «*Символы малой родины*», а в честь юбилея своего края советы женщин и советы отцов начали творить «*80 добрых дел 80-летию родного Алтая*».

Сегодня нам очень важно, чтобы в обществе и семье заработали механизмы развития воспитания. Предстоит совместными усилиями продолжать формировать в людях такие фундаментальные качества, как ответственное материнство и

## Модернизация - жителям края

ответственное отцовство. У них должно быть четкое понимание, что ответственность за здоровье, за судьбу детей, кроме государства, несут, прежде всего, родители. Именно крепкая здоровая семья - основа успешного развития личности.

Убежден, что в настоящее время, как никогда раньше, **нам нужен диалог на равных**. Все вместе мы - огромная сила, которая в состоянии выстраивать новую архитектуру воспитания в семье, вершить социальную политику во имя ребенка, использовать весь наш созидательный потенциал в целях «сбережения» семьи и детей. Полноправное взаимодействие власти и общественности будет, несомненно, способствовать укреплению стабильности семьи и общества, повышению уровня жизни людей, дальнейшему развитию родного края, Сибири и всего Отечества. И на этом пути нам сегодня очень сподобится девиз, предложенный П.А. Столыпиным: «Дружная, общая, основанная на взаимном доверии работа - вот девиз для нас, всех русских», а еще точнее - всех россиян!

**Н.С. Ремнёва, председатель краевого Совета женщин - отделения Союза женщин России, председатель Общественной женской палаты при Губернаторе Алтайского края:**



После межрегиональной конференции, лидерами регионов являются общепатриотических женских организаций СФО

- В этом юбилейном для Алтайского края году, когда мы будем торжественно отмечать 80-летие нашей малой родины, женская общественность отметит ещё и свою значимую дату - 30-летие советов женщин на Алтае. Активистки советов женщин гордятся тем, что берут свое начало из далеких грозных лет, когда Антифашистский комитет советских женщин на своих знаменах начертал два слова - «Мир» и «Дети». И на протяжении всей истории деятельности краевого Совета женщин мир и дети, семья и женщина-мать были и остаются самыми главными ценностями.

Сегодня мы ведём свою деятельность совместно с Общественной женской палатой при Губернаторе края по выполнению долгосрочной программы Союза женщин России «Равенство. Развитие. Мир в XXI веке», направленной на повышение статуса женщин в обществе, укрепление института семьи, заботу о детях. Особенно наполненным полезными делами и событиями стало последнее десятилетие. В рамках сложившихся отношений социального партнерства идет заинтересованная поддержка со стороны власти всех добрых дел, которые инициируют советы женщин на местах. Такие из них, как акции: «Спасем семью - сохраним Россию», «Здоровая семья - это здорово!», «Место жительства - место воспитания», «Соберем детей в школу!», «Ждем аиста в го-

сти», «Под отцовским крылом» и многие другие приобрели общественно-государственный характер и имеют постоянную прописку в крае. Самым заметным проектом краевого Совета женщин, Общественной женской палаты, поддержанным в свое время Администрацией края, стала эстафета родительского подвига «Согрей теплом родительского сердца!».

Благодаря инициативе женского актива был учрежден День отца в крае, создан краевой Совет отцов. Успешно продолжается акция «Под отцовским крылом», проходят традиционно краевые собрания отцов, фестивали отцовских инициатив, выпущены печатные издания: «Отцы и дети Алтая» и «От отца к сыну», а также сборник материалов с изложением опыта работы советов отцов.

В нашей работе основным содержанием всегда было и остается формирование в обществе таких фундаментальных качеств, как «ответственное материнство», «ответственное отцовство» и «детствосбережение».

Наступивший 2017 год, насыщенный множеством ярких дат и событий, обогатил и планы женского актива: это и традиционные дела, и новые патриотические акции. Все они послужат решению наших общих стратегических задач, а включение ресурса трудолюбия и энергии, добра и ответственности краевого женского актива, несомненно, в этом поможет! ☺

# «Место мозга изменить нельзя»

**В апреле в Новосибирском медицинском университете состоялась IV Евразийская олимпиада по неврологии. Будущих неврологов из восьми команд вузов России и Ближнего Зарубежья на разных этапах оценивали ведущие специалисты в этой области медицины, профессора, заведующие кафедрами.**

Сборная Алтайского государственного медицинского университета «Место мозга изменить нельзя» стала бронзовым призером олимпиады. АГМУ представили шестеро студентов, ставших победителями внутривузовского этапа олимпиады. Заявка на победу команды АГМУ подкреплялась серьезным подготовительным этапом, участием в нем ведущих неврологов краевой клинической больницы. Сотрудничество опытных практикующих врачей, преподавателей вуза и студентов позволяет начинающим неврологам уже на этапе обучения узнать многие нюансы диагностики, лечения заболеваний.

В первом конкурсе «Визитка» наша команда стала лучшей. Рассказывает **Никита Неверов**, участник команды АГМУ: «Идея провести неврологический осмотр в виде танца или аэробики пришла быстро. Оттачивали каждое движение до автоматизма. В непогоду плясали в самых красивых точках нашего города, записывая видео. Уже на выступлении произошли технические неполадки со звуком, но нам удалось поднять зал - ребята хлопали нам, танцевали, смеялись».

Следующие конкурсные задания меньше всего вызывали улыбку - требовались серьезные знания, демонстрация практических навыков: выявить рефлексы, суметь описать снимки и понять, какие неврологические нарушения возможны в данной ситуации.

- За 15 минут вдвоем с **Алиной Забродиной**, - рассказывает **Яна Лёвкина**, - должны были определить по предложенным данным о пациентах ведущие синдромы, топический, клинический и дифференциальный диагноз, назначить лечение. Мы сделали всё возможное.

Специалисту не составляет труда провести неврологический осмотр здорового человека. Здесь главное - правильная последовательность действий и отработанный навык. **Полина Грищенко** же оказалась в неожиданной ситуации: «Парень, которого я осматривала, начал очень сильно кашлять. Меня это насторожило, ведь по условиям задания я должна просто показать правильный алгоритм осмотра. Неужели это испытание в испытании и мне нужно оказать ему помощь? Как выяснилось, у него внезапно случился приступ бронхиальной астмы».



Нередко больным при острой жизнеугрожающей неврологической патологии требуется экстренная неотложная помощь. Организаторы олимпиады предусмотрели и такой конкурс. **Виктор Назаров**: «Для нас с капитаном команды **Егором Зязиным** этот этап олимпиады был в новинку. Готовясь к нему, мы учили в буквальном смысле всё. К нашему удивлению, манекен-симулятор очень точно изобразил патологию, поэтому мы быстро поставили диагноз и предприняли все действия по неотложной помощи».

Команде АГМУ удалось провести неврологический осмотр и нейровизуализацию, выполнить люмбальную пункцию, оказать неотложную помощь больному, решить тесты и задачи.

Все наставники от души порадовались успешному выступлению команды. Обращаясь к ребятам на заключительной встрече на кафедре неврологии в краевой клинической больнице, профессор **Инна Вадимовна СМАГИНА** сказала: «Вы - большие молодцы: смогли за короткий срок подготовиться к олимпиаде. Благодаря нашей молодежи мы, опытные врачи, получаем такие положительные эмоции, после которых хочется работать еще лучше! Я искренне надеюсь, что совсем скоро мы станем коллегами».

Команда «Место мозга изменить нельзя» обратилась со словами благодарности за оказанную помощь в подготовке к олимпиаде к своим наставникам: заведующей кафедрой психиатрии, медицинской психологии и неврологии с курсом ДПО **Ирине Игоревне Шереметевой**, ведущим неврологом **Сергею Александровичу Федяину**, **Надежде Ионовне Горбуновой**, **Инне Вадимовне Смагиной**, **Алисе Игоревне Афанасьевой**, **Марине Александровне Хоревой**, **Александру Викторовичу Тимошникову**, **Екатерине Анатольевне Сивых**, **Елене Юрьевне Меньяловой**, **Акрамхону Зайнидиновичу Нуридинову**. ☺



# Константин Мамонтов: «Мне всегда было у кого и чему учиться»

**Смертность от рака в России среди всех причин смертности населения занимает второе место, уступая заболеваниям сердечно-сосудистой системы и опережая травмы и несчастные случаи.**

Совместными усилиями специалистов-онкологов и специалистов общей лечебной сети в Алтайском крае удалось добиться более высоких показателей выявляемости злокачественных новообразований на ранних стадиях (57,8%), что закономерно привело к снижению показателя смертности на 3,0% и одногодичной летальности. Кроме того, в 2016 году в крае увеличилась пятилетняя выживаемость пациентов со злокачественными новообразованиями до 54,8%, что свидетельствует не только об успехах лечения, но и о результатах медицинской реабилитации и тщательного диспансерного наблюдения за этой категорией больных.

Глубокие профессиональные знания, совершенное овладение профессией, стремление к освоению новых методов помощи пациентам - эти качества всегда отличали **Константина Григорьевича МАМОНТОВА**, онколога-хирурга, заведующего отделением рентгенохирургических методов лечения КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер». Константин Григорьевич занял второе место в номинации «Лучший онколог» в профессиональном конкурсе «Лучший врач года - 2016».

Отделение рентгенохирургических методов лечения краевого онкодиспансера открыто чуть более года назад. Расположено оно в новом здании. Просторные коридоры, палаты, в которых всё рассчитано для удобства пациента и эффективной работы врача. В начале своей практики, признался Константин Григорьевич, об этом и мечтать было сложно. При этом неизменно главным для врачей было и остается стремление сде-

лать всё, чтобы продлить жизнь своим пациентам:

- В 1994 году объединили краевую и городскую онкологические диспансеры в единый краевой онкоцентр. Я начинал работать в отделении колопроктологии. **Александр Петрович ЕЛИНОВ** был первым заведующим отделением, позже его возглавила **Надежда Сергеевна БРАТЬШЕВА**.

Мне давно хотелось заниматься хирургией опухолей печени и поджелудочной железы. Такая возможность представилась, когда АКОД стал филиалом ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина» Минздрава России. Достаточно сказать, что Центр возглавляет главный онколог России, академик РАН, профессор, выдающийся отечественный хирург-онколог **Михаил Иванович ДАВЫДОВ**. В структуру учреждения входят пять научно-исследовательских институтов и 37 лабораторий. Центр имеет три филиала: в Барнауле, Москве и Республике Татарстан. На его базе работают 8 кафедр медицинских академий и университетов.

Весной 2005 года появилась возможность пройти в Центре специализацию - это стало важным событием в нашем профессиональном развитии. Там я познакомился с заведующим отделением хирургии печени и поджелудочной железы **Юрием Ивановичем ПАТЮТКО**. Вернувшись в Барнаул, мы подобрали больных и к нам направили хирурга **А.Г. КОТЕЛЬНИКОВА**. Алексей Геннадьевич - доктор медицинских наук, профессор, ведущий научный сотрудник Центра. Таким образом, первая операция на печени была проведена 16 ноября



2005 года. Всего за три дня выполнили пять резекций печени. Это был действительно авральный режим работы: однажды мы не выходили из операционной более 12 часов. А после выхаживали наших послеоперационных больных. Да, было сложно: многого не знали, звонили в Москву, спрашивали буквально банальные вещи. Второй раз Алексей Геннадьевич прилетел в августе 2006 года: мы подготовили уже восемь больных. Прошел еще год, и первую самостоятельную резекцию печени я провел **17 апреля 2007 года**. Позже стали регулярно выполнять подобные операции - это был настоящий прорыв; уже не нужно было отправлять пациентов в столичные клиники, такая сложнейшая операция выполнялась на месте.

**Кому требуется резекция печени?** Преимущественно это *больные, у которых метастазы коло ректального рака в печени, которым проводилась или проводится химиотерапия*. При других патологиях резекция печени делается реже. К примеру, при раке мо-

## Модернизация - жителям края

лочной железы такая операция выполняется редко, потому что болезнь протекает иначе. Рак молочной железы - это системное заболевание, поражающее весь организм, поэтому нет смысла делать такие большие тяжелые операции, как резекция печени: можно очень быстро получить рецидив оставшейся доли печени.

Во многом благодаря поддержке главного врача АКОД **Александра Федоровича ЛАЗАРЕВА** я начал работу над докторской диссертацией «*Обширные резекции печени у больных с метастазами колоректального рака в печени с неблагоприятным прогнозом*» (защита состоялась в ноябре 2013 года). Затем мы длительно шли к тому, чтобы создать отделение, в котором выполнялись бы операции именно на печени и поджелудочной железе. Оно было открыто **9 марта 2016 года**. Знаю, с каким трудом Александру Федоровичу удалось выполнить эту непростую задачу: сформировать койки, добиться оснащения отделения. За это ему большое спасибо и человеческий поклон! **Сегодня наше отделение - единственное за Уралом, специализирующееся на таких серьезных тяжелых операциях, которое располагает различными методами диагностики и лечения данной категории больных.**

**- Константин Григорьевич, и всё же - почему выбрали эту область онкологии?**

- Наверное, потому, что она такая сложная. Операции длятся 4,5 часа и более. Всегда есть угроза для оперируемого массивной кровопотери, часто развивается печеночная недостаточность, потому что остается мало паренхимы печени. Прооперированных больных трудно выхаживать. Но преодолевать трудности стоит - для кого-то это единственная возможность победить болезнь.

**- Интересно, что в названии отделения - не орган, а метод работы...**

- В отделении рентгенхирургии планируется выполнять операции не только на печени и поджелудочной железе, толстой и прямой кишке, но и проводить артериальную химиотерапию под контролем рентгеновских лучей. Схематично это проводится так: через бедренную артерию вставляется катетер, доводится до общей печеночной артерии. И через него внутриа-



териально лекарство подается по назначению. Все манипуляции проводятся в рентгеноперационной.

Есть методики, помогающие при первичном раке печени в случаях, когда невозможно выполнить резекцию печени. Это характерно практически для 95% больных. Тогда ведущим становится **метод эмболизации**. Ученые разработали особые насыщаемые микросферы, которые вводятся с химиопрепаратом, всасывают его и доставляются непосредственно к опухоли. В течение одной-двух недель препарат рассасывается и действует на первичный рак печени.

Имеются на нашем вооружении и другие методики. Есть пациенты, у которых при опухоли головки поджелудочной железы развивается желтуха. Доказано, что в таких случаях нет необходимости делать серьезную большую операцию, достаточно под рентгеновским и ультразвуковым контролем выполнить пунктирование на коже, оценить протоки желчного пузыря и по направляющим установить в них специальные дренажи. Таким образом, желчь вытекает и у больного успешно купируется желтуха. Вторым этапом можно выполнить резекцию поджелудочной железы или провести химиотерапию - это уже профессиональные тонкости.

**- Кто ваши пациенты?**

- Возраст самый разный. И всё же можно говорить, что рак молодеет. При этом **заболеваемость колоректальным раком увеличивается** не только в России, но и во всем мире. Ежегодно толь-

**Отделение рентгенохирургических методов лечения АКОД открыто в марте 2016 года. Расположено оно в новом здании. Просторные коридоры, палаты, в которых всё рассчитано для удобства пациента и эффективной работы врача.**

## Модернизация - жителям края

◀ ко в крае регистрируется около 1200 больных с этим заболеванием. Болезнь поражает прямую и ободочную кишки, по статистике, у каждого четвертого на время постановки диагноза уже имеются метастазы в печени, то есть в больницу обращаются, как правило, с запущенными формами болезни. Более того, у половины больных, перенесших резекцию кишечника, прямой или ободочной кишки, в процессе лечения появляются метастазы в печени. Причем, резектабельность таких больных составляет всего 10-15%. Наше отделение как раз и создавалось, чтобы продлить жизнь таким больным, облегчить их страдания. Даже если удастся продлить жизнь на два месяца, - это уже победа. Если у врача есть уверенность в том, что пациент перенесет резекцию печени или другую операцию, это будет обязательно сделано.

**- Расскажите о вашем коллективе.**

- Коллектив молодой - работают три хирурга, большие энтузиасты своего дела. Это - **Сергей Львович ХАЙС**, **Евгений Викторович ВАРНАВСКИЙ** и **Андрей Константинович МАМОНТОВ**. Сын сначала выбрал травматологию, окончил интернатуру и ординатуру по этому профилю. Но затем прошел интернатуру по онкологии, работал в отделении колопроктологии, которым руководит **А.В. БЕЛОНОЖКА**. И как только было создано наше отделение, Андрей Константинович перешел сюда. Собственно, все хирурги отделения работают здесь с первого дня. Старшая медицинская сестра **Ольга Ивановна УСТИНОВА** имеет высшую квалификационную категорию, высшее профессиональное образование, работала в торакальном отделении. Выхаживание прооперированных - это тяжелый труд, это множество ежедневных манипуляций: выполнение врачебных манипуляций, уход за раной, больные в отделении - лежащие, тяжелые, надо вовремя принести-отнести судно, помочь встать и лечь, покормить...

В отделении постоянно внедряются новые технологии. Одна из

последних - **установка пациентам венозных порт-систем, позволяющих вводить препараты химиотерапии не через вену, а через специальное устройство**. Для этого пунктируется подключичная или яремная вена, делается небольшой разрез, под кожу ставится камера и зашивается. Затем для введения препаратов специальной иглой осуществляется прокол мембраны устройства через кожу, куда и вводятся химиопрепараты. Весь процесс занимает 3-4 дня - и пациент может идти домой. Когда он поступает на очередной курс химиотерапии, манипуляция повторяется.

В ближайших наших планах - **оснащение специальной рентгеноперационной, где будут выполняться желчеотведение, дренирование больных с патологиями не только печени, но и почек**. Современное оборудование операционной расширяет возможности хирурга. К примеру, когда опухоль почки имеет большие размеры, непросто ее удалить, поскольку операция может сопровождаться массивной кровопотерей. Сейчас хирург под контролем рентгена купирует кровоток в почку, а затем выполняет основной объем операции.

**- Много оперируете?**

- Каждый день. Сейчас практически все операции, выполняемые в отделении, делаю я, потому что ребята только подходят к самостоятельной работе. Со временем, уверен, они будут делать всё даже лучше меня. Наша область онкологии - это серьезная хирургия с большим объемом работы. Сразу стать хорошим хирургом именно в нашей специальности - невозможно. Надо запастись опытом, терпением, поэтапно идти к выполнению этих операций.

**- Чем для вас стала победа в краевом профессиональном конкурсе?**

- Еще одним подтверждением профессионализма не только личного, но и моих коллег. Стать хирургом-онкологом очень сложно. Практикующему в другой области хирургу перейти в онкологию практически невозможно...

Победа в конкурсе - это подтверждение профессионального

уровня коллектива нашего отделения, результат большой работы главного врача **А.Ф. Лазарева**: сколько им сделано и еще, уверен, будет делаться для развития Алтайского краевого онкологического диспансера! **Александр Федуловичу** удалось объединить всю онкологию края, собрать ее воедино. Сегодня краевой онкодиспансер знают не только в России, но и в мире. У наших соседей - Новосибирской области, Красноярского края - нет подобного уровня оказания помощи при онкологических заболеваниях. Например, в Томске работает НИИ онкологии, но именно хирургия печени там так не представлена, как у нас: больные из Томска приезжают оперироваться в наше отделение.

Так получилось, что свою профессию я выбрал очень рано: еще в пятом классе в сочинении написал, что хочу стать хирургом. Будучи студентом, с третьего курса ходил в больницу шинного завода (сейчас - барнаульская городская больница №12) на кафедру хирургии, которой заведовал **Юрий Михайлович ДЕДЕРЕР**, заведующим отделением был **Анатолий Герасимович САХНИН**, учился у него и его коллег. И уже на шестом курсе всё, что я мог делать самостоятельно в операционной, мне поручали. Конечно, контролировали, подсказывали при этом, но я работал! Но по-настоящему с большой хирургией я столкнулся в онкологическом отделении на **Никитина, 77**. Мне всегда было и будет у кого и чему учиться. И победа в профессиональном конкурсе - это результат каждодневной работы.

**- Имеете личные секреты здоровья?**

- Не употребляю спиртное. Не курю и никогда не курил. Кстати, в нашем отделении ни один врач не курит и не злоупотребляет спиртным. Они серьезно увлечены хирургией, прошли хорошую школу в ведущих центрах страны и сегодня - грамотные, талантливые врачи. Уверен, что у хирургов отделения - хорошее профессиональное будущее. А для этого важно сохранить собственное здоровье. ☺



**Ольга Александровна БЕЛЬНИЦКАЯ,**  
доцент кафедры акушерства и гинекологии с курсом ДПО,



**Анна Сергеевна ЛИХАЧЕВА,**  
студентка 6 курса лечебного факультета,



**Сабина Вахидовна МАММАДОВА,**  
студентка 5 курса лечебного факультета - Алтайский государственный медицинский университет

# Рассеянный склероз и беременность

Ежегодно в последнюю среду мая отмечается Всемирный день борьбы с рассеянным склерозом. Во всем мире этим заболеванием страдают 2-2,5 миллиона человек. В России распространенность рассеянного склероза составляет от 35 до 70 человек на 100 тысяч населения. Символом рассеянного склероза является оранжевая ленточка, которую также носят больные лейкоемией и синдромом дефицита внимания и гиперактивности.

Рассеянный склероз - это крайне тяжелое заболевание нервной системы, при котором происходит постепенное повреждение оболочек нервных волокон с последующим процессом рубцевания поврежденных участков. Считается, что основная группа риска заболеваемости рассеянным склерозом представлена женщинами в возрасте от 18 до 36 лет, причем в большинстве случаев от этой болезни страдают светловолосые представительницы прекрасного пола, имеющие голубой, серый или зеленый цвет радужки глаз, то есть чаще рассеянный склероз наблюдается у женщин европеоидной расы.

Течение болезни различно: у кого-то протекает с минимальным поражением нервной системы и скудными клиническими проявлениями, а у кого-то - с достаточно серьезным поражением центральной нервной системы и обширной клинической картиной с прогрессирующим течением, что приводит к инвалидизации. Таким людям требуется немалое мужество, чтобы справиться с самим собой, преодолеть страх перед неизвестностью и продолжать жить.

**Возможна ли беременность при диагнозе «рассеянный склероз»?**

Если еще в прошлом столетии было актуально мнение, что беременность при этом заболевании достаточно серьезно отягощает само течение болезни, то на данный момент

множество ученых и экспертов выяснили, что это абсолютно не так. Однако в кабинете гинеколога до сих пор многим пациенткам предлагают прервать беременность - ввиду возникновения осложнений. На протяжении всей беременности больные рассеянным склерозом, чаще всего, чувствуют себя хорошо, и самое главное, что обострений практически не отмечается. Такой процесс обеспечивает угнетенный иммунитет матери, чтобы избежать агрессивного воздействия на плод, при этом угнетаются также и аутоиммунные реакции, следовательно, прогрессирование болезни замедляется. После родов уровень указанных гормонов постепенно возвращается к норме и иммунная активность вновь возрастает. Однако при повторных беременностях следовая концентрация этих веществ в крови женщин сохраняется на более высоком уровне, чем у нерожавших.

Необходимо, прежде всего, **остерегаться внеплановых беременностей**, заканчивающихся абортми, так как в этих случаях происходит резкий сбой в гормональной системе организма и в иммунном статусе женщины, что в свою очередь приведет к обострению заболевания и его прогрессированию. Для того чтобы снизить риск обострения заболевания во время беременности, к ней нужно готовиться заранее. Доказано, что предшествующая терапия иммуномодулирующими препаратами



## Школа ответственного родительства

и сохранение терапии в первом триместре беременности уменьшают риск обострений в послеродовом периоде.

Ведение беременности и родов у больных рассеянным склерозом не отличается от таковых в общей популяции. Частота самопроизвольных выкидышей, преэклампсий и других осложнений беременности – не выше, чем при других заболеваниях.

**Сначала нужно выяснить главные моменты во время беременности:**

◆ во время всего периода беременности женщине не стоит употреблять препараты, которые она обычно употребляет для контроля рассеянного склероза;

◆ противопоказанием к вынашиванию ребенка является только очень тяжелая форма заболевания.

На протяжении всей беременности проводится динамическое исследование неврологического статуса пациентки для определения возможного обострения заболевания и анализа состояния в послеродовом периоде. Самое главное: во время беременности и кормления грудью **нужно соблюдать правильное, регулярное и сбалансированное питание**. Рацион не только должен состоять из белков, жиров и углеводов, но и должен быть богат микроэлементами и витаминами.

В случае обострения рассеянного склероза во время беременности возможно проведение **короткого курса пульс-терапии кортикостероидами**. Риск развития осложнений и патологии новорожденных при предшествующей терапии иммуномодуляторами не превышает таковой в общей популяции.

Сейчас остро рассматривается и обсуждается вопрос на различных форумах о том, как лучше рожать малыша. Одни, делаясь собственным опытом, рассказывают, что правильный выбор – это естественные роды, а другие утверждают, что лучше применять анестезию и, соответственно, их выбор – кесарево сечение. Так что же является верным?

На самом деле нет принципиальной разницы в выборе метода родов. Рассеянный склероз не является показанием к кесареву сечению. Если женщина по всем параметрам готова рожать самостоятельно и нет угрозы для плода, то роды пройдут естественным путем. Если же роженица по каким-либо причинам не сможет самостоятельно рожать, то проводится операция кесарева сечения. Многие боятся, что после проведения эпидуральной анестезии при кесаревом сечении увеличится риск атак рассеянного склероза, так как анестетики вводятся в спинной мозг. Однако проведенные исследования показали, что пациентки с данным заболеванием переносят анестезию так же хорошо, как и здоровые роженицы.

Если в период беременности вероятность осложнений и обострений значительно снижается, то рассеянный склероз после беременности может



возвращаться на тот же уровень или даже увеличиваться. Так как у женщины возникают стрессовые условия (недосыпание, постоянные переживания и забота), которые вполне могут запустить прежний механизм болезни, что вызовет обострение.

Самое главное – отмененные во время беременности препараты на срок кормления грудью возвращать нельзя и поэтому становится тяжело контролировать заболевание. Поэтому **рекомендуется прекратить кормить грудью через 2-3 месяца после родов** (в исключительных случаях – до 6 месяцев), ребенок должен быть переведен на искусственное вскармливание, а матери с целью профилактики обострений сразу же начать принимать препараты для лечения рассеянного склероза.

**Нужно ли отменять терапию мужчинам, болеющим рассеянным склерозом и планирующим зачатие ребенка?** В каждом случае вопрос решается с врачом индивидуально. Считается, что препараты, изменяющие течение рассеянного склероза (ПИТРС), отменять не нужно, однако если терапия проводится цитостатиками, их рекомендуется отменять за 6 месяцев до планируемого зачатия в связи с возможным влиянием на сперматогенез.

Теперь известно, что **рассеянный склероз – это не приговор для создания семьи и рождения ребенка**. Просто важно помнить, что прежде чем решить родить ребенка, нужно совместно с врачом рассмотреть все последствия. Основные они могут быть исключительно в виде обострения и активизации процесса прогрессирования. Также нужно помнить о том, что может происходить на поздней стадии заболевания, когда проявления болезни и симптомы не проходят после стихания периода обострения. В силу этого необходимо постоянно контролировать течение болезни и непрерывно лечиться, а во время беременности проходить заместительную терапию, обязательно согласованную со специалистами. Необходимо понимать, что на вас возлагаются большая ответственность и длительные обязательства, поэтому помимо заботы о ребенке не забывайте заботиться о своем здоровье и контролировать течение рассеянного склероза. ☺

# Делаем пресс красивым



**Елена Александровна БОЙКО,**  
заведующая отделением спортивной медицины №1, кандидат медицинских наук, врач спортивной медицины, высшая квалификационная категория, КГБУЗ «Алтайский врачебно-физкультурный диспансер»

**Красивый пресс - мечта всеобщая: женщины борются за плоский живот, мужчины - за красивые «кубики» в этой зоне... Красивый пресс - это всегда эстетично и привлекательно. Но чаще всего попытки укрепления пресса в помощью выполнения обычных упражнений не приводят к успеху.**

Чтобы избежать подобных ошибок, нужно оценить процесс укрепления мышц передней брюшной стенки с точки зрения врача. Во-первых, «кубики» на животе - удел мужчин. Если они появляются у женщин, это означает превышение мужских гормонов, что возможно у серьезно тренирующихся спортсменов. Во-вторых, если говорить о среднестатистической женщине, то небольшой животик возможен. Те же исполнительницы восточных танцев, как правило, его имеют. Другой вопрос - как мы сможем с ним работать.

С точки зрения врача, укрепление мышц передней брюшной стенки очень важно для нашего здоровья, потому что **расслабление передней брюшной стенки влечет за собой расслабление мышц промежности.** Это - две связанные между собой структуры, которые работают одновременно. Поэтому укрепить мышцы живота невозможно без укрепления мышц промежности.

Антагонисты мышц брюшной стенки - мышцы спины. Причем, они гораздо сильнее, чем мышцы живота, поскольку несут основную нагрузку при движении. Мышцы спины начинают работать уже тогда, когда мы приводим тело в вертикальное положение. А вот с мышцами живота всё сложнее - они требуют особого внимания.

У молодой здоровой женщины мышечный корсет достаточно развит. Но время идет, она вынашивает, рождает детей. Это большая нагрузка на мышцы промежности и живота. Пока женщина молода, они способны самостоятельно подтянуться. Позже для этого потребуются дополнительные усилия - выполнение упражнений.

К тому же с возрастом мы становимся тяжелее. Воздействие нашего веса на мышцы промежности вызывает их расслабление. **Хорошим стимулом работы мышц живота и промежности является секс.** Это верно и в отношении мужчин. Но с возрастом и потребность в сексе уменьшается. Движений становится всё меньше, гиподинамия - частое заболевание.

Чем чревато расслабление мышц живота и промежности? **У женщины (особенно после 40 лет) это приводит к недержанию мочи.** Иногда процесс доходит до более серьезных проявлений: опущения органов малого таза. В этом случае приходится прибегать к реконструктивным пластическим операциям. **В отношении мужчин это чреватое нарушением эректильной функции,** что приводит к переживаниям, меняет качество жизни, хотя основа его - чистая физиология.

Зачастую в понятие «качать пресс» вкладывают не те движения, которые приведут к желаемому результату.

**Сначала остановимся на том, чего делать нельзя.**

◆ **Нельзя стоять, сидеть, ходить, широко расставляя ноги.** Даже по правилам этикета женщина должна сидеть, соединив колени вместе. Идеалом считается походка манекенщицы: движение коротким шагом с постановкой ног немного крестно. При этом втягивается живот и расправляются плечи.

◆ **Нежелательно прыгать, подпрыгивать,** то есть трясти свое тело и «бросать» его на землю. Явление резонанса, которое возникает в организме при этих движениях, не укрепляет мышцы, а сотрясает их. Сила тяжести и без того тянет всё вниз, а в прыжке мы усиливаем это воздействие.

◆ **Нельзя носить тяжести.** Полностью недопустимо делать это подобно штангисту, который поднимает штангу, широко расставив ноги.

Остановимся подробнее на **натуживании.** Как движение, оно необходимо только женщинам и только при родах. Есть даже специальный термин - потуги, помогающие выполнить ребенка из матки. Я ставлю знак равенства между натуживанием и напряжением. Напрягаться в жизни не надо - ни к чему хорошему это не приводит.

Здесь естественен вопрос: что делать при запорах? Запоры - это нездоровье, это болезнь, которая тоже является результатом расслабления мышц передней брюшной стенки. И ее надо лечить.

## Спорт во имя жизни

Теперь разберемся, **что необходимо делать для укрепления мышц передней брюшной стенки.**

Есть много комплексов упражнений, которые предлагаются мужчинам, женщинам, беременным. Упражнения можно делать или не делать - это выбор каждого человека. Чтобы не ошибиться, выбрать правильный вариант и получить нужный результат, давайте поговорим о строении мышц брюшной стенки. Здесь расположены прямые и косые мышцы, соединяющиеся в одно целое с мышцами промежности. Они статичные, то есть их сокращение не приводит в движение сустав. Сравните: динамичные мышцы бицепс и трицепс отвечают за сгибание и разгибание локтевого сустава. Зная это, становится ясной заведомая ошибка, когда для «качания пресса» делают наклоны вперед, не работая при этом мышцами передней брюшной стенки. Что же делать правильно?

Для получения плоского живота женщинам достаточно выполнять простое упражнение - поочередное втягивание и расслабление мышц живота, промежности. Делается так: максимально втягиваются живот, влагалище и прямая кишка по направлению вверх - мысленно мы так определяем движение органов. Втянули, досчитали до четырех, расслабились. Мужчины делают то же самое - втягивают живот и прямую кишку. И также удерживают на четыре счета. Важно помнить: при выполнении этих движений не задерживается дыхание! Как только мы задержим дыхание, начнем натуживаться и вместо пользы получим вред: при натуживании происходит давление диафрагмы на кишечник и на всё, что расположено ниже.

За один подход выполняется 8-12 подходов. Число подходов мы определяем сами. Но начинать нужно хотя бы с пяти в день. Контролируйте свои ощущения. Большая нагрузка может привести к боли в мышцах, большому выбросу молочной кислоты - это естественные про-



цессы. Но болевые ощущения не должны заставить отказаться от выполнения упражнения. Поэтому важно, чтобы нагрузка была умеренной, приводила только к легким болевым ощущениям.

Критерий перегрузки прост: «появление горя на лице». Когда начинаем натуживаться, непроизвольно начинаем помогать себе лицом, а мышцы живота в это время уже не работают.

Когда заниматься? Когда хотите. Исходное положение также может быть любым: стоя, сидя, в транспорте, только проснувшись... Можно заниматься при ходьбе: делая шаг, подтянули живот, походка изменилась, плечи развернулись, постарались дойти так до соседнего дома, расслабились и повторили еще раз.

Упражнение необходимо выполнять всегда: оно становится образом жизни. Не занимаетесь - через месяц, даже через неделю вернулись к начальной точке. Когда это упражнение освоено, можно выполнять кранч, наклоны вперед, потому что мышцы передней брюшной стенки готовы к работе. Иначе, не напрягая их, данные упражнения не просто бесполезны - они опасны, поскольку могут привести к перенапряжению мышц шеи, спины. Помните, что кранч - это очень тяжелое упражнение, при выполнении которого возможность навредить себе очень высока.

Есть золотой стандарт ЛФК: для получения желаемого эффек-

та упражнение надо выполнять 21 день - будет получен первый результат. Когда этот этап будет пройден, вы будете понимать, выполняя другие упражнения, где нужно подтянуть живот, где, наоборот, его расслабить.

Специальных тренажеров для работы с мышцами передней брюшной стенки нет. К примеру, тренажер «бабочка» не будет работать, если человек не понял, когда живот надо подтянуть.

Как проконтролировать эффективность выполнения упражнения? Оцените свою силовую выносливость, приступая к занятиям. Для этого необходимо встать, втянуть живот и посмотреть, сколько секунд сможете удержать его втянутым без натуживания, без усилия. Предположим, 15 секунд. Дальнейший контроль - через 21 день. Мы удостоверимся, что мышцы укрепились и можно удерживать дольше живот втянутым. Это будет нашим личным рекордом, для достижения которого потребовалась лишь честная регулярная работа.

**Это упражнение естественно. Не случайно оно входит во многие гимнастики - его выполнение приводит наше тело к нормальному состоянию, улучшает кровообращение в зоне промежности, в передней брюшной стенке. Его регулярное выполнение - личный успех не только в физическом, но и в эмоциональном плане.**

**Пробуйте, делайте!** ☺

# Возможности МАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ

*Уже несколько лет в отделении заболеваний нервной и мышечной систем Диагностического центра Алтайского края успешно практикуется магнитотерапия - воздействие переменным магнитным полем на организм с целью синхронизации работы различных его систем.*

В основе этого метода лежит открытие, сделанное Майклом Фарадеем в 1831 году: переменное магнитное поле индуцирует электрический ток в находящемся рядом проводнике. Как это осуществляется в медицине: койл (магнитная катушка) создаёт переменное магнитное поле, которое генерирует в глубине нервной ткани электрическое поле, вызывая деполяризацию мембран. В 1985 году ученые из Великобритании впервые создали магнитный стимулятор, обладающий достаточной мощностью, чтобы возбуждать моторную кору головного мозга непосредственно через черепную коробку и вызывать мышечные сокращения в конечностях. В России первые систематические исследования были начаты в НИИ неврологии РАМН в 1989 году.

Доказано, что положительное воздействие магнитного поля обусловлено его **сосудорасширяющим, спазмолитическим, противоотечным, нейротропным, иммуномодулирующим эффектами**, что уменьшает лекарственную нагрузку. Всё это позволяет широко использовать транскраниальную магнитотерапию во многих областях медицины: *наркологии* (лечение абстинентных состояний, купирования запоев), *кардиологии* (при лечении гипертонической болезни 1 и 2 степеней), *эндокринологии* (при лечении диабетической полиневропатии, ожирения), *гастроэнтерологии* (лечение гастрита, колита, язвы желудка и 12-перстной кишки), *травматологии* (при травмах и перело-

мах, фантомных болях в виде послеоперационной функциональной терапии как противоотечное и болеутоляющее средство), *иммунологии* (магнитное поле, улучшая микроциркуляцию и активируя эндокринные железы, благотворно влияет на выработку антител, улучшает свойства крови и уровень аутоантител, тем самым повышая устойчивость организма к вредным воздействиям).

Профиль нашего отделения - психоневрологические заболевания, поэтому я остановлюсь подробнее на применении магнитотерапии именно в этой области. Установлено, что транскраниальная магнитотерапия обладает стабилизирующим воздействием на ретикулярную формацию ствола и корково-подкорковых взаимоотношений. Также установлен характер локальных изменений на



**Юлия Ивановна ЖАВИНИНА,**  
медицинская сестра,  
высшая квалификационная категория, отделение функциональной диагностики заболеваний нервной, мышечной систем, КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края», член ПАСМР с 2012г.





## Советы медицинской сестры

◀ клеточном уровне (концентрация ионов калия и кальция в клетке) под воздействием магнитного поля. Доказано и влияние магнитного поля на скорость кровотока в капиллярах, эластичность кровеносных сосудов, регенерацию тканей.

Исходя из этих свойств магнитного поля **транскраниальная магнитотерапия** используется для лечения:

- ◆ дисциркуляторной энцефалопатии;
- ◆ вертебробазилярной недостаточности;
- ◆ лёгких когнитивных расстройств;
- ◆ головной боли различной этиологии, в том числе головной боли дисгормонального характера предклимактерического периода;
- ◆ задержки речевого развития у детей;
- ◆ перинатального поражения центральной нервной системы.

На сегодня магнитная стимуляция рассматривается как один из дополнительных методов в **нейрореабилитации последствий ишемического инсульта и внутричерепных кровоизлияний, черепно-мозговых травмах** за счет противоотёчного и нейропротективного действия (из-за снижения потребности нейронов в кислороде происходит уменьшение негативных последствий гипоксии).

Благодаря противовоспалительному и противоотёчному эффекту магнитное поле используется для лечения **болевого синдрома** (люмбаишалгии, люмбалгии, невралгия тройничного нерва, неврит лицевого нерва, болевой синдром при остеохондрозе).

Транскраниальная магнитотерапия в сочетании со стимуляцией периферических структур оказывает положительное действие **при двигательных нарушениях у детей**. Клинически уже на первых этапах лечения отмечается улучшение мышечного тонуса (в зависимости от поставленной задачи: его снижение или увеличение), снижается выраженность гиперкинезов, улучшается качество и увеличивается продол-



жительность сна, улучшаются функции слухового и зрительного нервов. Дети начинают разговаривать, ходить.

В психиатрии метод транскраниальной магнитотерапии позволяет **преодолеть недостатки фармакотерапии** (формирование зависимости от бензодиазепинов, противорецидивного лечения антидепрессантами) при лечении **тревожных расстройств** (в том числе панических атак), **навязчивых состояний, нарушений сна, депрессии**.

Как правило, курс лечения состоит из 10-15 сеансов, которые проводятся ежедневно и длятся 20-60 минут.

**К абсолютным противопоказаниям относятся:** наличие вживлённых стимуляторов (кардиостимулятор, обезболивающий стимулятор); наличие металлических имплантов; беременность.

**Относительные противопоказания** - это наличие свежей тяжёлой черепно-мозговой травмы; инсульт; инфаркт миокарда; наличие эпилептических припадков; системные заболевания крови.

Наука не стоит на месте, и у всех нас есть возможность испытать на себе лечебное действие этого уникального физического явления - переменного магнитного поля. Но сначала нужно проконсультироваться со своим лечащим врачом. ☺

**Положительное воздействие магнитного поля обусловлено его сосудорасширяющим, спазмолитическим, противоотёчным, нейротропным, иммуномодулирующим эффектами, что уменьшает лекарственную нагрузку.**

# Этические особенности на диализе

**Для пациентов с хронической почечной недостаточностью (ХПН), получающих диализную терапию, опасность представляют условия, которые здоровым людям могут причинить разве что неудобства.**

Работа с диализными пациентами – колоссально тяжелая, но каждый из них должен получать от медицинского работника достаточно внимания и проявление человечности. Я считаю, медицинские сестры несравнимо больше знают о каждом своем пациенте, находящемся на диализе, чем врач, который его ведет и составляет диализную программу, и профессионализм со стороны медицинской сестры таким больным очень необходим.

Тяжелое хроническое соматическое заболевание существенно изменяет социальную жизнь человека. Оно изменяет и уровень его возможностей заниматься какой-либо деятельностью, ведет к ограничению контактов с окружающими. В эту группу заболеваний входят болезни, вызываемые внешними воздействиями или же внутренним нарушением работы органов и систем, не связанные с психической деятельностью человека. В целом значительная часть болезней являются именно соматическими: например, все травмы и генетические наследственные болезни, а также поражения почек.

**Пациенты с хронической почечной недостаточностью нуждаются в психотерапевтической помощи, целью которой является не просто устранение отдельных симптомов, а изменение отношения пациента к своей болезни, самому себе и своему окружению.** Основной причиной хронической почечной недостаточности является хронический гломерулонефрит, есть иная патология почек (аномалии развития, посттравматическое состояние). Общими для данной группы пациентов определяются такие симптомы, как *повышенная утомляемость, рассеянность, истощаемость, ослабление внимания и памяти, угне-*

*тенность, безучастность к окружающему.*

**Специфика лечения хроническим гемодиализом заключается в постоянной зависимости пациента от аппарата:** при этом речь идет не об излечении, а лишь о продлении жизни. Более того, жизнь диализных больных становится до крайней степени стесненной, так как имеет множество ограничений (строжайший водный режим, постоянная забота о подключичном катетере или фистуле, диета и т.д.). И наряду с длительностью лечения у диализного пациента нередко возникают трудности взаимоотношений с медицинским персоналом, другими пациентами, семьей. Для пациентов с хроническими заболеваниями почек характерно формирование определенного типа изменений личности, который требует особого подхода и способов психотерапевтической коррекции для обеспечения наиболее полной адаптации к болезни и лечению.

**При ХПН нередко возникает депрессия,** особенно у тех людей, которые не могут работать. К ее симптомам относятся: *ощущение беспомощности, комплекс вины и суицидальные мысли. Раздражительность* – обычное явление у пациентов с хроническими заболеваниями. Специалисты рекомендуют не реагировать на подобное провоцирующее поведение пациента, а постараться выслушать и понять его. Часто причины раздражительности пациента и отсутствия у него склонности к сотрудничеству непонятны ему самому, и чтобы их выявить, необходимо тщательно изучить домашнюю и рабочую обстановку. Однако ни при каких обстоятельствах нельзя терпеть поведение пациента, которое может представлять опасность для дру-



**Татьяна Николаевна ЯРУШИНА,**

старшая медицинская сестра, высшая квалификационная категория, отделение хронического диализа, КГБУЗ «Краевая клиническая больница», член ПАСМР с 2000г.

## Советы медицинской сестры

▲гих пациентов или медицинского персонала. В таких случаях необходимо вмешательство медицинских специалистов.

**Отрицание** - другой способ, который используют пациенты в попытке принять диагноз. Сущностью отрицания является защита. Отрицание может быть как нормальной, так и патологической реакцией на ситуацию. Как же нам, медицинским сестрам, можно поступить в этом случае? Золотое правило гласит: «Никогда не вступайте в конфронтацию с пациентом». Мы должны признать, что отрицание - это нормальная защитная реакция. Следует надеяться, что вскоре обеспокоенность пациента пропадет, его поведение станет контролируемым. Но мы всегда должны помнить, что каким бы хорошим ни было лечение, каким бы квалифицированным и добрым ни был персонал, мы никогда не сможем дать пациенту того, что он хочет больше всего - вернуть ему здоровье. Почечная недостаточность не только оказывает сильное влияние на пациента, но и возлагает огромный груз на его семью и общество в целом.

**Если пациент настроен принять более активное участие в лечении, то некоторые традиционные подходы персонала следует подкорректировать:**

- *важно установить взаимоотношения* сотрудничества пациента с медицинскими работниками, а также с родственниками;

- *убедить пациента следовать* предписанной диете в качестве лечения;

- *очень важно выделить внутреннюю перемену* пациента, помочь перестроить свое поведение в соответствии с новой ситуацией;

- *помочь понять заболевание*, учитывая психические, физиологические особенности пациента, а также конкретные жизненные условия.

Доброжелательное отношение медицинской сестры к пациенту играет не меньшее значение. Мы должны оценить уровень понимания пациентом получаемых рекомендаций, восприятие им своего состояния, привычки питания, стиль жизни и наличие поддержки со стороны семьи и друзей. Пациент должен видеть улучшение своего состояния от **соблюдения диеты**, которая адаптирована к ежедневной деятельности и включает регулярные приемы пищи. Употребление некоторых продуктов с высоким содержанием калия, натрия и фосфора должно быть согласовано. Нередко это именно те продукты, которые определяют качество рекомендаций в целом. **Любая информация должна носить практический характер и сопровождаться печатными материалами.** Биохимическое исследование крови объективно отражает характер соблюдаемой диеты. И пациента следует держать в курсе этих исследований, отмечая, стали ли они лучше, сохраняются ли стабильными или ухудшились. Правильное выполнение диетического режима сопровождается положительными сдвигами в результате лечения.


Когда пациент спрашивает о своей болезни, - он хочет знать правду. Медицинская сестра должна почувствовать и решить, *какую именно правду он*



*хочет знать.* Пациент склонен запоминать то, что он сам считает важным - то есть он услышит и запомнит ровно то, что он хочет услышать. Практика показывает, что у пациентов, лишенных информации о своем диагнозе, результатах обследования, уровне стресса выше, чем у тех, кто эту информацию получил в должном объеме. Однако информировать пациента следует постепенно. С теми, кто нуждается в психологической поддержке, следует быть внимательным наблюдателем и терпеливым слушателем. В случае необходимости привлечите медицинского психолога. Оказывая психологическую поддержку пациенту, необходимо принимать во внимание уровень его личностной зрелости и разговаривать с ним на том языке, который ему понятен.

Необходимо объяснить пациенту, какую лечебную помощь ему оказывают, какие позитивные результаты для его здоровья это должно принести. **Беседы медицинских сестер в процессе лечения снижают у пациента чувство тревоги.** При сообщении ожидаемого позитивного результата важно, насколько персонал сам верит в то, что говорит. Во многом благодаря общности взглядов, лежащих в основе целительского мифа, становится возможным успешное сотрудничество врача, медицинской сестры, пациента и членов его семьи. Полезно не принимать все решения за пациента, не считаясь с ним, а ставить его в ситуацию выбора, делать его активным участником лечебного процесса.

*Пациенты с хронической почечной недостаточностью, корректируемой заместительной терапией, это группа людей, чья жизнь зависит от механического аппарата. Только они реально осознают и понимают имеющиеся у них страхи, беспокойства, надежды и разочарования. Мы можем продлить им жизнь. Они же должны заставить ее работать на себя.* ☺

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

На правах рекламы



# Будем дружить с памятью!



**Юлия Вадимовна БОДРОВА,**

врач-невролог, высшая квалификационная категория, неврологическое отделение, КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

**Каждый человек, особенно достигнув определенного возраста, задумывается о том, какие же болезни ему грозят в будущем. И одним из пугающих, расплывчатых и непонятных монстров является деменция. Так ли она неизбежна? Давайте разберемся.**

**Деменция** (от латинского *dementia* - безумие) - приобретенное снижение когнитивных (познавательных) процессов с утратой ранее приобретенных знаний и практических навыков. При этом страдают все функции коры головного мозга: речь, письмо, память и мышление. По данным ВОЗ, в мире насчитывается более 46 миллионов людей с деменцией и ожидается, что это число к 2050 году увеличится до 131,5 миллиона человек.

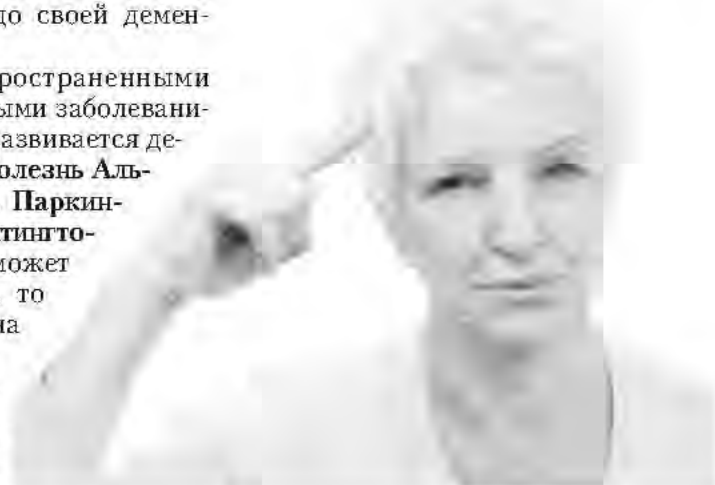
Основной причиной, приводящей к деменции, являются мутации в генах, отвечающих за синтез белка, необходимого для нормального функционирования нейронов (нервных клеток). В результате этого происходит необратимая гибель нейронов в головном мозге, приводящая к его атрофии. Такой процесс называется **нейродегенерацией**. Огромное влияние на появление мутаций оказывает прогрессивно ухудшающаяся экологическая обстановка в мире. Сказывается на росте заболеваемости и **увеличение продолжительности жизни**: каждый день около 200 тысяч человек преодолевают 60-летний возраст. Ежегодно пожилое население мира увеличивается на 2%. Если сравнить, то в каменном веке средняя продолжительность жизни составляла 19 лет, в бронзовом веке - 31 год, в Средние века - 33, а в настоящее время - 73,5 года. Таким образом, всё большее количество людей доживают до своей деменции.

Наиболее распространенными нейродегенеративными заболеваниями, при которых развивается деменция, являются **болезнь Альцгеймера, болезнь Паркинсона и болезнь Гентингтона**. Но деменция может быть и вторичной, то есть развиваться на фоне других заболеваний, например, сосудистого поражения головного мозга, после

перенесенных черепно-мозговых травм, при опухолях головного мозга, эпилепсии.

**Основными проявлениями деменции** являются нарушение кратковременной и долгосрочной памяти, нарушение абстрактного мышления, снижение критики к своему состоянию, расстройство речи, утрата практических навыков вплоть до невозможности самому одеться, утрата ранее приобретенных знаний и, как следствие этого, социальная дезадаптация. Хочу подчеркнуть, что поставить этот диагноз, особенно на ранней стадии, очень непросто. И занимаются этим специалисты-нейропсихологи. Они обязательно проводят нейропсихологическое тестирование, которое иногда может занять несколько часов.

Самой первой и самой частой жалобой пациентов является **нарушение памяти**. Но не всегда это истинное ухудшение памяти. Этот симптом встречается при астении, повышенной тревожности и очень часто - при депрессии. И в этом случае грамотное назначение антидепрессантов приводит к полному восстановлению памяти и исчезновению других симптомов, напоминающих деменцию. И, наоборот, деменция часто начинается с депрессии. **Поэтому если у ваших близких появится состояние, ха-**



рактизирующееся сниженным настроением, утратой способности переживать радость, заторможенностью, вялостью, тревогой, нужно как можно быстрее обратиться к специалисту!

Конечно, не всё так страшно и плачевно, особенно если человек внимательно следит за своим здоровьем и вовремя обращается к врачу. Причем, именно в начале заболевания - так как замедлить процесс нейродегенерации можно лишь на ранних этапах. Для этого существуют специальные препараты, самые известные - *мемантин* и *галантамин*. Принимать их нужно только по назначению врача, так как у них есть четкие показания и серьезные противопоказания.

Наряду с этим используются и **симптоматические средства**, устраняющие тревогу, депрессию, **витамины группы В**, **снотворные препараты**.

Если речь идет о вторичной деменции, то нужно воздействовать на причину, которая вызывает основное заболевание: при сосудистой деменции - препараты, снижающие артериальное давление, холестерин, при необходимости - сахароснижающие препараты; при эпилепсии - прием правильно подобранных противосудорожных препаратов; при опухоли головного мозга - лечение у нейрохирурга.

Но помимо медикаментов есть и другие способы воздействия на эту страшную болезнь. Конечно, при наличии у человека генетической предрасположенности у него есть большая вероятность заболеть, но болезнь можно значительно отсрочить или не заболеть вообще (не дожить до нее). **Очень многое зависит от образа жизни человека, от его желания тренировать мозг** (так называемый когнитивный тренинг). И эти тренировки нужно начинать в буквальном смысле в «утробе матери» и продолжать всю жизнь, и чем старше становится человек, тем активнее овладевать новой (именно новой!) информацией. Это может быть и решение задач по физике и математике, и изучение иностранных языков, и освоение безграничных компьютерных просторов. Не нужно забывать



и о теле: **здоровое питание и умеренные физические нагрузки, свежий воздух, закаливание** очень полезны для мозга. Ну и, конечно, **положительные эмоции!** Доказано, что хронический стресс вызывает атрофию гиппокампа (часть головного мозга, отвечающего за память). Очень важное значение имеет **полноценный сон**. Недостаточный сон ускоряет процессы старения, поэтому если у человека бессонница, полезнее использовать лекарства, его улучшающие, чем недосыпать хронически.

Хочу коснуться еще одного аспекта проблемы деменции: **если в вашей семье случилось несчастье и такой человек среди вас, - как себя вести?** Прежде всего, следует шадить чувство достоинства пожилого человека, относиться к нему как к полноценной личности, подбадривать его, внушать ему уверенность в собственных силах. Бывает, что человек, казалось бы, отрешенный от всего на свете, на самом деле болезненно переживает изменения, происходящие с ним.

А закончу наш разговор стихами Николая Заболоцкого, написанными 60 лет назад:

*Не позволяй душе лениться!  
Чтоб в ступе воду не толочь,  
Душа обязана трудиться  
И день и ночь, и день и ночь!  
Ведь душа - это и есть  
мозг человека, вместилеще  
его разума, таланта и, конечно  
же, памяти. ☺*

**Основными проявлениями деменции являются нарушение кратковременной и долгосрочной памяти, нарушение абстрактного мышления, снижение критики к своему состоянию, расстройство речи, утрата практических навыков вплоть до невозможности самому одеться, утрата ранее приобретенных знаний и социальная дезадаптация.**



# На переднем крае борьбы за жизнь

**Отделение анестезиологии и реанимации КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница» за последние годы расширилось с 6 коек до 15. Со всего Алтайского края сюда поступают маленькие пациенты в критическом состоянии с самыми различными заболеваниями, чтобы попасть в руки детских анестезиологов-реаниматологов.**

Одна из особенностей отделения анестезиологии и реанимации в АККДБ - его многопрофильность. В больнице помогают детям с неврологическими заболеваниями, онкологической патологией, кишечной непроходимостью, заболеваниями почек, кардиопатологиями и другими заболеваниями. И в критических ситуациях всегда рядом - высококвалифицированные специалисты отделения.

О сложностях профессии детского анестезиолога-реаниматолога рассказал **Алексей Егорович ЗАВЬЯЛОВ**, главный внештатный детский анестезиолог-реаниматолог Алтайского края, доктор медицинских наук, профессор, врач высшей квалификационной категории:

- Наше отделение реанимации и анестезиологии уже больше 30 лет находится в составе краевой клинической детской больницы, участвует в оказании медицинской помощи больным детям и является базой для подготовки молодых врачей, по существу - тех узких специалистов, выходцев педиатрического факультета АГМУ, которые в дальнейшем работают во всех городах Алтайского края.

Благодаря пониманию администрации больницы в отделении трудится большой коллектив - около ста человек. Это - врачи, медицинские сестры, санитарки. Мы оказываем меди-

цинскую помощь детям разных возрастных категорий - от новорожденных до восемнадцатилетних.

Без преувеличения можно сказать, что мы подняли знамя анестезиологии новорожденных в крае. **Врачи отделения работают с маловесными детьми, недоношенными, родившимися с экстремально низкой массой тела.** В нашем стационаре применяются современные методики искусственной вентиляции легких, инфузионной терапии, методики адекватного подхода к проведению антибактериальной терапии и многое другое. **Оказываем круглосуточную помощь детям с сахарным диабетом и неврологическими заболеваниями, которые поступают к нам в экстренном порядке.**

*Одними из наиболее важных направлений работы отделения являются разработка и внедрение новых способов лечения новорожденных с врожденными пороками развития желудочно-кишечного тракта, успешно используется новый способ высокочастотной искусственной вентиляции лёгких у новорожденных с атрезией пищевода.*

Благодаря современной программе модернизации здравоохранения наше отделение оснащено хорошей аппаратурой европейского уровня, которая позволяет обеспечивать дотацию



функций жизненно важных органов и систем. Современные технологии работают на благо детей. Сегодня любые медицинские манипуляции могут производиться маленьким пациентам с применением адекватного обезболивания.

Через реанимационное отделение ежегодно «проходят» более 600 маленьких жителей края. Это - много. Все дети сложные. Есть те, кто находится в отделении длительное время. У нас есть опыт лечения детей на искусственной вентиляции лёгких с периода новорожденности до восьми месяцев. Это, конечно, дети с серьезными пороками развития и заболеваниями центральной нервной системы. Для работы с ними в реанимационном отделении подготовлены соответствующие кадры.

С открытием на базе отделения реанимационно-консультативного центра ресурсы здравоохранения начали использоваться более рационально, возросла доступность экстренной помощи, сократились сроки эвакуации



## За счастливое здоровое детство!

больных из лечебных учреждений края в КГБУЗ «АККДБ». Дежурство врачей в круглосуточном режиме обеспечивается благодаря достаточному штатному расписанию. И сегодня все сложные случаи в крае, где бы они ни произошли, мы берем на себя различными способами. Кроме этого, мы проводим онлайн-консультации. В год число таких консультаций достигает 2,5 тысячи. Мы никому не отказываем и в плане ведения больных, обсуждаем с коллегами других лечебных учреждений каждый случай, при необходимости выезжаем для очной консультации, в том числе, и в дальние районы края.

Отдельная категория больных - дети с пороками развития грудной клетки. Это так называемая воронкообразная деформация. Для них обеспечиваем анестезиологическое пособие и послеоперационный период.

**Решена проблема обезболивания для онкологических пациентов.** Для них любая болезненная или малоинвазивная манипуляция проводится под наркозом.

Следующее направление нашей работы - **обезболивание при оказании стоматологической помощи.** Были определены и успешно решены организационные вопросы - и на сегодняшний момент дети Алтайского края с неврологическими заболеваниями, психоэмоциональной дестабилизацией, множественным кариесом проходят в АККДБ стоматологическое лечение под наркозом. Причем, это реализовано за последний год и в сжатые сроки (*об этом мы писали в «Здоровье алтайской семьи» №3 (171) - прим. ред.*).

Буквально за последние месяцы мы решили проблему транспортировки в краевую детскую больницу новорожденных детей, которые родились в стационарах первого и второго уровней в районах края и которые нуждаются в высококвалифицированной и многофункциональной медицинской помощи. Они доставляются в наше отделение в течение первых трех суток после рождения. Больница имеет реанимобиль и подготовленную выездную реанимационную бригаду для новорожденных.



Таким образом, в АККДБ по всем направлениям проводится более 24 тысяч анестезиологических пособий в год. Отделение в достаточной степени оснащено наркозно-дыхательной и респираторной аппаратурой для респираторной поддержки. Конечно, есть определенные потребности, они решаются в рабочем порядке.

Внедрили в нашу практику контакт с родителями. Это непросто, требуется не только выполнение санитарных норм, но прежде всего умение врача донести до родителей пациента необходимую информацию максимально корректно и доступно. Эту работу веду сам, сколько бы тяжела она ни была.

**- И всё-таки - насколько открыта детская реанимация для посещений? Насколько трудно прийти родителям к своему ребенку, когда они сочтут это необходимым?**

- Нетрудно вообще - контакт с родителями вошел в практику нашей работы. Хотя это дополнительная нагрузка для врачей, поскольку родители не всегда готовы понять, что может произойти с их ребенком на тяжелой фазе заболевания. Время посещения реанимационного отделения ограничено, объяснить родителям это также должен врач. **Согласовать время посещения вашего ребенка в отделении реанимации и анестезиоло-**

**Мы участвуем в работе всех отделений АККДБ: работаем с новорожденными, кардиологическими больными при подготовке их к операционному ведению, при стабилизации гемодинамического статуса перед транспортировкой в НИИ патологии кровообращения имени академика Мешалкина (Новосибирск) и т.д. На нас лежат предоперационная подготовка, анестезиологическое обеспечение и послеоперационный период.**

## За счастливое здоровое детство!

► **гги можно по телефону (3852)55-99-28, в выходные и праздничные дни - по телефону (3852)55-99-17 (дежурный врач отделения).** Родители имеют право также ознакомиться с медицинской документацией по согласованию с администрацией, проанализировать ее или констатировать текущий момент.

### **- Каков механизм посещения реанимационного отделения?**

- Ему предшествуют обычные санитарно-эпидемиологические мероприятия. Родственники не должны иметь признаков острых инфекционных заболеваний (повышенной температуры, проявлений респираторной инфекции, диареи). Медицинские справки об отсутствии заболеваний не требуются, но необходимо честно рассказать врачу о своем состоянии для того, чтобы обезопасить здоровье своего родственника и всех находящихся в отделении детей.

**Перед посещением врач отделения обязан психологически подготовить к тому, что посетитель увидит в отделении.** Также посетитель должен снять верхнюю одежду, надеть бахилы, халат, маску, шапочку, тщательно вымыть руки. **Не разрешается посещать пациентов детям в возрасте до 14 лет.** Одновременно разрешается находиться в палате не более, чем двум посетителям. Посещения родственников не разрешаются во время проведения в палате инвазивных манипуляций (интубация трахеи, катетеризация сосудов, перевязки и т.п.), проведения сердечно-легочной реанимации.

При лечении ребенка родственники могут оказывать помощь медицинскому персоналу в уходе за пациентом и поддержании чистоты в палате только по личному желанию и после подробного инструктажа.

Посетители, не являющиеся прямыми родственниками пациента, допускаются в отделение только в сопровождении близ-

кого родственника (отца, матери, жены, мужа, взрослых детей). Обязательно оформляется согласие законных представителей ребенка с правилами нахождения в реанимационном отделении.

Из всех перечисленных мероприятий сложнее всего решить вопросы, связанные с психоэмоциональным статусом самих родственников, по возможности подготовить их к присутствию в реанимации. **Обязательно обговариваем с родителями время посещения** с учетом того, что это реанимация, значит, в любой момент может потребоваться проведение необходимых мероприятий, родители должны понимать врачей в этом плане. К тому же многие дети находятся в состоянии медикаментозного либо естественного сна, особенно новорожденные. При таких посещениях родители видят, что на пациента работают до восьми самых разных аппаратов, убеждаются, насколько серьезно ведется борьба за жизнь их ребенка. И им становится спокойнее.

### **- Ваши специалисты работают во всех отделениях больницы?**

- Проходит стопроцентная ротация сотрудников. Каждый врач-реаниматолог работает не только на своей палате. Анестезиологи-реаниматологи обеспечивают потребности хирургического и гематологического отделений, отделений травматологии, эндоскопии и других. Ежедневно проводятся консилиумы, консультации коллег, на которых принимаются серьезные практические решения.

### **- Расскажите о коллективе отделения.**

- Все врачи отделения окончили АГМУ, более половины прошли ординатуру в АККДБ. В отделении работает кандидат медицинских наук **Ирина Львовна ТЕРЕНЮК.** Мною защищена докторская диссертация. На нашей базе работают пять докторов высшей квалификационной категории, один док-

тор - со второй. Таким образом, квалификация наших докторов позволяет осуществлять все виды консультаций, принятие решений при проведении интенсивной терапии.

Самая главная проблема - с кадрами. Жизнь и наша практика подсказывают, что немногие молодые люди готовы идти в экстремальные специальности. Анестезиолог-реаниматолог - это экстрим 24 часа в сутки и 365 дней в году: нет ничего более тяжелого, чем детскому врачу ждать плохого исхода. И молодежь в большинстве хочет жить спокойнее, выбирает иную область медицины.

Однако бывают и исключения. Сейчас мы обучаем трех докторов, которые настроены работать в отделении. Работа анестезиолога в педиатрии - это постоянный риск не только перед маленьким пациентом, но и перед всей его большой семьей, способность мыслить в стрессовых ситуациях, не теряя самообладание, повышенную внимательность, желание непрерывно развиваться в своей сфере, умение мгновенно принимать решения и работать в команде. Данная профессия требует максимальной ответственности, а также таких качеств, как доброта и сочувствие. Молодой специалист должен быть к этому готов.

Замечу, что анестезиолог-реаниматолог - штучная специальность, одна из самых дорогих в мире. В рамках нашей больницы от специалиста требуется широта профиля, знание самых разных заболеваний. К примеру, в Москве таких отделений нет, там - узкопрофильные специалисты, решающие узкую задачу день за днем.

Врачи отделения занимаются научной работой. Только за этот год подготовлены шесть публикаций в различных журналах, а за все годы работы отделения - их больше 150. И это тоже доказывает высокий уровень работающих в отделении специалистов. ☺



# Жизнь с макулодистрофией

**Макула в переводе с латыни означает «пятно», а дистрофия с греческого переводится как «нарушение питания».**

**Жёлтое пятно** - это центральная часть сетчатки, внутренней, светочувствительной оболочки глаза. Свет, преломляясь в оптической системе глаза, фокусируется в жёлтом пятне, в так называемой *центральной ямке* (фовеа), где миллионы колбочек превращают его в нервные сигналы, идущие в мозг. Центральная ямка - наиболее чувствительное место жёлтого пятна, а колбочки центральной ямки обеспечивают остроту зрения. Именно жёлтое пятно и нервы ямки обеспечивают нам самое острое центральное зрение, при помощи которого возможны чтение, письмо, вышивание - словом, работа, требующая различения мелких деталей.

### Что провоцирует макулодистрофию

Причина возникновения макулодистрофии - нарушение питания нервных клеток в жёлтом пятне сетчатки. Это связано, прежде всего, со склерозом сосудов и артериосклеротическими изменениями, а также нарушением кровообращения в капиллярах сетчатки в области жёлтого пятна. Вот почему возрастная макулодистрофия называется склеротической. Эта болезнь проявляется в пожилые годы и является наиболее распространённой причиной снижения зрения среди людей старше 60 лет.

Одной из главных причин заболевания можно назвать **генетически обусловленный склероз сосудов**. Если вам поставлен диагноз «макулодистрофия», нужно позаботиться о том, чтобы предупредить своих детей и внуков, которые могли получить по наследству особенности вашего организма, особенности строения жёлтого пятна, которые повышают риск заболевания.

Другая причина - **возраст**. Иногда, конечно, макулодистрофия

встречается и у людей среднего возраста, но, однако, чем человек старше, тем вероятнее возникновение этого заболевания. Статистические данные говорят следующее: в возрасте около 50 лет только 2% людей имеют шанс заболеть макулодистрофией. Но эта цифра доходит до 30% как только человек перешагнет возрастной рубеж 75 лет.

**Половая принадлежность:** у женщин риск заболеть макулодистрофией выше, чем у мужчин.

**Вредные привычки** (в частности, курение) и **неправильное питание**. Обратите внимание на статистику: курение увеличивает риск возникновения макулодистрофии втрое!

Также вероятность развития этого заболевания больше у людей с высоким уровнем холестерина в крови.

### Что происходит при макулодистрофии

Из-за расстройства кровообращения в капиллярах происходит *разрушение колбочек сетчатки*. В конечной стадии болезни пациенту начинает мешать тёмное пятно перед глазом, которое загуманивает видение того, на что направлен взгляд. Это тёмное пятно со временем становится больше в размерах и темнее, совсем заслоняя центральное зрение. Это происходит потому, что светочувствительные нервные клетки в центральной зоне сетчатки перестали нормально работать. *Зрение ухудшается*, так как за сетчаткой начинают расти новые кровеносные сосуды в направлении жёлтого пятна. *Эти новообразованные сосуды имеют неполноценную, дефектную проницаемую стенку*, которая способна пропускать кровь и внутриглазную жидкость к жёлтому пятну. *Поражаются нервные клетки*, и центральное



**Светлана Николаевна КОМАРОВА,**

врач-офтальмолог,  
КГБУЗ «Городская  
больница №5, г.Барнаул».



**Владимир Александрович ТКАЧЕВ,**

заместитель главного  
врача по экспертизе,  
КГБУЗ «Алтайская краевая  
офтальмологическая  
больница».

◀ зрение ухудшается очень быстро.

### Симптомы макулодистрофии

Для макулодистрофии (ее еще называют склеротической макулодистрофией) характерны дистрофические изменения в жёлтом пятне, из-за чего разрушаются нервные клетки, воспринимающие свет. Человек в результате этого постепенно теряет центральное зрение, но довольно свободно ориентируется в пространстве, потому что боковое зрение при макулодистрофии сохраняется.

Полная слепота при этом заболевании наступает редко, но макулодистрофия ведет к затруднениям в чтении и письме, человек не может водить автомобиль или выполнять любую другую работу, которая требует полноценного центрального зрения.

**Макулодистрофия бывает двух типов: сухая и влажная.**

Так называемая **сухая макулодистрофия** встречается примерно у 90% заболевших. Она довольно часто развивается сначала только на одном глазу. При этом невозможно предсказать, когда болезнь перейдет на второй глаз, и даже врач-офтальмолог не сможет точно ответить на этот вопрос.

Самым первым признаком сухой макулодистрофии является *небольшое снижение зрения, которое особенно заметно при чтении*. Становится необходим более яркий свет при кропотливой работе, которая требует различения мелких предметов. Те больные, у которых макулодистрофия развивается только на одном глазу, часто очень долго не замечают ухудшения зрения - ведь с одним нормально видящим глазом можно читать и выполнять мелкую работу. Запомните: **если у вас обнаружена сухая макулодистрофия, вы должны обследоваться у вашего врача, по крайней мере, один раз в год!**



Почти все случаи невозвратимой потери зрения (90%) приходится именно на **влажную макулодистрофию**, хотя она составляет только 10% от общего числа заболевших. Первым признаком начавшейся влажной макулодистрофии является то, что *прямые линии начинают казаться волнистыми*. Этот оптический эффект возникает потому, что из дефектных новообразованных сосудов жидкость протекает под жёлтое пятно. Эта жидкость расслаивает и смещает нервные клетки в жёлтом пятне, поэтому искривляется и искажается форма предметов, на которые смотрит больной.

Другой симптом влажной макулодистрофии - *быстрое снижение зрения* (в отличие от медленного падения остроты зрения при сухой форме макулодистрофии).

Больному также мешает *тёмное пятно в центре зрительного поля*.

### Самодиагностика макулодистрофии

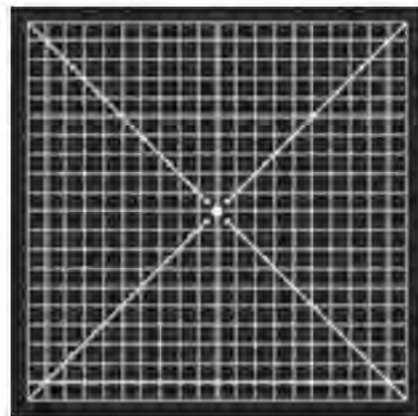
Если у вас обнаружена сухая макулодистрофия, вы можете контролировать свое состояние дома, самостоятельно определяя, не переходит ли заболевание во влажную форму. Это наблюдение несложно организовать дома, используя **сетку Амслера**, которая представляет собой лист бумаги в клетку размером

10x10см с черной точкой посередине.

Прикрепите этот лист бумаги на дверцу холодильника или на любое другое удобное для вас место. Очень тщательно проверяйте каждый глаз. Если линии около точки вам показались волнистыми, это может свидетельствовать о развитии влажной макулодистрофии.

*Если вы уже прошли лазерное лечение, то регулярные проверки с помощью сетки Амслера могут предупредить вас о возобновлении кровоизлияний в сосудах.*

Листок с сеткой Амслера поместите на расстоянии 12-15 дюймов (30-38см) от глаз при хорошем освещении. Наденьте очки для чтения и закройте один глаз. Смотрите на точку в центре, при этом обратите внимание: все ли линии решетки прямые или волнистые, выцветшие или тёмные. Повторите процедуру с другим глазом.



**Если какие-то участки решетки показались волнистыми, выцветшими или темными, сообщите об этом офтальмологу.**

### Лечение макулодистрофии

Как только сухая форма возрастной макулодистрофии достигает поздней стадии, ни один

## Советы офтальмолога

из известных способов лечения уже не может предотвратить потерю зрения. Однако лечение способно задержать и, возможно, предотвратить прогрессирование промежуточной стадии в позднюю, на которой и происходит потеря зрения.

Исследования глазных заболеваний, связанных с возрастом, проводимые Национальным глазным институтом США, обнаружили, что приём определенных высоких доз антиоксидантов и цинка значительно снижает риск развития поздней стадии сухой формы макулодистрофии и связанной с ней потери зрения.

**Лечение влажной формы макулодистрофии может проводиться методами лазерной хирургии, фотодинамической терапии и внутриглазных инъекций.** Однако ни один из данных методов не излечивает заболевание, которое, как и потеря зрения, может прогрессировать, несмотря на проводимое лечение.

**Лазерная хирургия.** Для разрушения хрупких и подтекающих кровеносных сосудов используется лазер. Высокая энергия пучка света направляется непосредственно на новообразованные кровеносные сосуды и разрушает их, предотвращая дальнейшую потерю зрения. Однако лазерное лечение может также разрушать окружающие здоровые ткани, тем самым ухудшая зрение. Только небольшой процент пациентов с влажной формой возрастной макулодистрофии можно лечить с помощью данного метода. Лазерная хирургия более эффективна в случаях, когда протекающие кровеносные сосуды образовались подальше от центральной ямки.

Риск рецидива образования новых кровеносных сосудов после применения этого метода высок, поэтому может возникнуть необходимость в повторной процедуре. В некоторых случаях потеря зрения может прогрес-



сировать, несмотря на неоднократные попытки лечения.

Долгое время наиболее эффективным методом лечения при влажной форме возрастной макулодистрофии являлась **фотодинамическая терапия.** Внутривенно вводится специальный препарат, который распространяется по всему организму, включая новообразованные кровеносные сосуды в глазу. Препарат стремится прикрепиться к внутренней поверхности сосудов. Далее проводится облучение сетчатки в течение примерно 90 секунд пучком света, который активирует действие препарата. Это приводит к разрушению новообразованных кровеносных сосудов и, как следствие, - к замедлению темпов снижения зрения. В отличие от лазерной хирургии этот препарат не разрушает окружающие здоровые ткани. Однако, поскольку его действие активируется светом, необходимо избегать попадания прямого солнечного света или яркого комнатного освещения на кожу и глаза в течение пяти дней после лечения.

Фотодинамическая терапия является относительно безболезненной, занимает около 20 минут и может быть выполнена амбулаторно. Фотодинамическая терапия замедляет темпы поте-

ри зрения. Она не останавливает полностью потерю и не восстанавливает зрение в глазу, поражённом поздней стадией макулодистрофии. Результаты лечения носят зачастую временный характер. Возможно, что придется повторить курс.

Со временем данный метод лечения был почти полностью вытеснен **внутриглазными инъекциями.** Сейчас влажную форму возрастной макулодистрофии лечат при помощи новых лекарственных средств, вводимых внутрь глазного яблока (анти-VEGF-терапия). Аномально высокий уровень специфического фактора роста (VEGF) определяется у пациентов с влажной макулодистрофией и способствует разрастанию патологических кровеносных сосудов. Данные препараты блокируют его действие.

Потребуется неопределенное количество инъекций, которые могут выполняться ежемесячно. Предварительно глаз обезболивают. После инъекции пациент некоторое время остается под наблюдением, а состояние глаза контролирует врач. Это медикаментозное лечение способно замедлить потерю зрения от возрастной макулодистрофии, а в некоторых случаях - даже улучшить его. ☺

# Измените питание - сделайте шаг к здоровью



**Елена Николаевна ПАНФИЛОВА,**  
врач-кардиолог,  
первая  
квалификационная  
категория,  
КГБУЗ «Алтайский  
краевой  
кардиологический  
диспансер»

*Сердечно-сосудистые заболевания, к сожалению, стали привычными в диагнозах. Но в то же время ни одно другое заболевание не вызывает такого уровня смертности среди населения в любой стране.*

Хотя существует четкая закономерность: чем более высокий уровень доходов на душу населения в стране и выше культура питания, тем меньше число кардиологических больных. Отсюда напрашивается вывод, что питание при сердечно-сосудистых заболеваниях играет ключевую роль. Поэтому все пациенты, у которых установлены сердечно-сосудистые недуги, в первую очередь получают рекомендации, касающиеся образа жизни и питания.

К причинам возникновения сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) относятся:

- **закупорка коронарных сосудов:** возникает от того, что на стенках артерий образуются бляшки, которые в разной степени сужают просвет в сосуде. Это нарушает нормальную циркуляцию крови в организме и приводит к аритмии. Также бляшки могут разрушаться, образуя тромбы;

- **воспаление коронарных сосудов кровеносной системы,** к которому приводят: курение, ожирение и нездоровые продукты питания, гормональные нарушения;

- **недостаточная физическая активность;**

- **стрессы.**

И как раз на эти причины человек может повлиять. Устраните их - и риск попасть в число заболевших у вас уменьшится в несколько раз. Но даже если у человека диагностировано какое-либо сердечное заболевание, его течение можно регулировать с помощью специальных диет, употребляя правильные продукты в разрешенных дозах. Таким образом, придерживаясь особого режима питания, можно свести к минимуму последствия заболевания.

Прежде всего очень важно, чтобы питание при ССЗ было сбалансированным.

Начнем с **белка**. Белок - основной строительный материал организма, источник синтеза гормонов, ферментов, антител. Оптимальное количество белка в ежедневном рационе: 1г на 1кг веса. Половина этого количества белка должна быть растительного происхождения, другая - животного. Основным источником животного белка является мясо. Однако красное мясо надо потреблять не чаще двух раз в неделю, лучше заменить его курицей, индейкой, заранее удалив с тушки кожу. Растительный белок содержится в крупных и макаронных изделиях, рисе, картофеле. Эти продукты - важный источник не только белка, но и углеводов, клетчатки, минеральных веществ (калий, кальций, магний), витаминов (С, В6, каротиноидов, фолиевой кислоты).

Различают насыщенные и ненасыщенные **жиры**. Они также должны присутствовать в ежедневном рационе. Их количество рассчитывается по той же схеме, что и количество белка, и также соотношение насыщенных и ненасыщенных жиров должно быть равным. Жиры - не только главный источник энергии, они обладают пластической функцией благодаря содержанию жирорастворимых витаминов А, D, E, К. Продукты, богатые ненасыщенными (растительными) жирами, - бобовые, фасоль, горох. Источники насыщенных жиров - мясные и молочные продукты. Если выбираем готовые гастрономические продукты, то отдаем предпочтение тем, которые содержат меньше жиров. Это - отварное или запеченное мясо, паровая рыба и т.д. Помним, что самая здоровая пища готовится дома с соблюдением всех правил здорового питания!

Исследования диетологов показывают, что в нашей стране упо-

## Сердечный разговор с кардиологом

требление жира превышает норму. Следствием становится рост числа людей с ожирением. Оно, в свою очередь, формирует сердечно-сосудистые и другие заболевания.

Для ограничения потребления животных жиров следует выбирать молоко и молочные продукты с низкой жирностью и без сахара. Замените жирные сорта мяса (свинину, баранину) на мясо птицы, бобовые. Ограничьте потребление сливочного масла, маргарина, колбасы, сосисок. Откажитесь от жареных картофеля, пирожков, мяса, овощей.

**Углеводы** находятся в основании пищевой пирамиды - в рационе питания их должно быть 50-55%. Основная часть этого количества - сложные углеводы, которые содержатся в овощах, фруктах, хлебе, макаронах, крупах. На долю простых углеводов (сахара) приходится всего 5%. Для лучшего контроля потребления углеводов лучше отказаться от сладких напитков: лимонадов, морсов, компотов. Вкус морсов и компотов без сахара не менее насыщен.

Стоит обратить внимание на потребление соли - ее количество должно быть минимальным. Она одинаково вредна тем, кто имеет повышенное артериальное давление, и тем, кто не страдает гипертонией, поскольку провоцирует ее начало.

В нашем рационе должны обязательно присутствовать **полиненасыщенные жирные кислоты**. Они благоприятно действуют на сосудистые стенки, улучшают их питание, нормализуют вязкость крови, препятствуют тромбообразованию. Они содержатся в рыбе жирных сортов: это - сельдь, скумбрия, сардины. Возможно ежедневное употребление рыбьего жира по одной столовой ложке. В идеале рыбу можно готовить ежедневно или же - дважды в неделю, лучше, конечно, на пару или в тушеном виде.

Наше питание должно обязательно содержать продукты, в которых присутствуют калий, кальций и магний. **Калий** - регулятор



сердечных сокращений в организме. Его хронический недостаток может привести даже к остановке сердца. Природа такого явления достаточно проста. Мышца сердца (миокард), как и другие мышцы организма, может отекать под воздействием недостатка калия и избытка натрия (антагонист калия), начинается задержка жидкости в организме, что вызывает отёк клеток. Сердце от этого сильно страдает и реагирует развитием аритмии, а в запущенных случаях - сердечной недостаточностью. Калий содержится в капусте, бананах, орехах, в гречневой, пшеничной, овсяной крупах, картофеле в мундире, сухофруктах, тыкве, абрикосах, винограде.

**Кальций** содержится в молочных продуктах. Считается, что 100г сыра твердых сортов дают суточную дозу кальция. Не стоит забывать, что это количество содержит суточную норму жиров, поэтому нежелательно для людей, имеющих повышенный уровень холестерина.

**Магний** способствует понижению артериального давления, благоприятно действует на эластичность сосудистых стенок. Он содержится в хурме, орехах, черносливе, овощах и фруктах.

Не забываем о **водном балансе**. Ежедневно нужно выпивать 2-2,5л воды, в жаркое время это количество может увеличиваться. Лицам с хроническими заболеваниями эта норма корректируется. Больные с

**При сердечной болезни его течение можно регулировать с помощью специальных диет, употребляя правильные продукты в разрешенных дозах.**

**Таким образом, придерживаясь особого режима питания, можно свести к минимуму последствия заболевания.**

## Сердечный разговор с кардиологом



При уровне ЛПВП у мужчин менее 1 ммоль/л, у женщин - ниже 1,1 ммоль/л резко возрастает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний.

ССЗ должны контролировать количество воды, полученное организмом и вышедшее из него.

Одно из заблуждений, свойственное тем, кому диагноз поставлен недавно, состоит в следующем: «Мне назначили таблетки, я их принимаю ежедневно, зачем менять питание?». **Врач начинает лечить пациента не с назначения таблеток, а с корректировки его образа жизни.** Когда впервые обращается молодой человек с повышенным артериальным давлением, кардиолог обязательно проанализирует те причины, которые могли способствовать этому. Пациенту предлагается изменить свой образ жизни. И в ряде случаев это позволяет отсрочить ежедневный прием гипотензивных средств.

К сожалению, у нас развита вторичная профилактика, когда болезнь уже заявила о себе, а надо заниматься больше первичной профилактикой - для того, чтобы избежать заболевания, то есть уже с рождения надо питаться правильно.

Поговорим о категории людей, имеющих нарушения холестеринного обмена. При уровне общего холестерина 7,8 ммоль/л необходимо тщательное обследование и назначение соответствующего лечения. Кроме уровня общего холестерина, необходимо учитывать уровень ЛПНП и ЛПВП. При уровне ЛПВП у мужчин менее 1 ммоль/л, у женщин - ниже 1,1 ммоль/л - рез-

ко возрастает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Уменьшению в крови общего холестерина способствуют оливковое, рапсовое, соевое, кукурузное, подсолнечное, хлопковое масла. Предпочтительнее их использовать при заправке салатов. Выведению холестерина из организма способствуют также продукты, богатые клетчаткой: овощи, фрукты, крупы (особенно овёс), хлеб из муки грубого помола. В развитии нарушений липидного обмена также играет роль избыточное употребление легкоусвояемых углеводов. Лицам с дислипидемией, особенно при высоком уровне триглицеридов (более 1,7 ммоль/л), необходимо уменьшить потребление сахара, кондитерских изделий, мороженого, напитков, содержащих сахар.

Замечу, что высокий уровень холестерина может быть и наследственным фактором. Но всё же чаще всего это результат неправильного питания.

Есть и еще одно заблуждение. Врача спрашивают: «Нельзя ли суточную норму кальция, магния, калия получить с помощью таблеток - ведь таких препаратов в аптеках достаточно много?». **Все витамины и микроэлементы должны играть вспомогательную роль.** Организму нужны не синтетические микроэлементы, а те, что содержатся в естественных продуктах.

Надо также помнить, что **только домашняя пища имеет ценность.**

На наши школы здоровья, проводимые в Алтайском краевом кардиологическом диспансере, приходят мужчины, перенесшие инфаркт, узнают о правилах питания. И нередко спрашивают, можно ли прийти на следующее занятие вместе с супругой, чтобы и она получила важную информацию. И было бы очень хорошо, если бы правила здорового питания становились обязательными для всей семьи. **Культура питания должна прививаться в детстве, чтобы повзрослевшие дети уже в свои семьи принесли эти принципы.**



## Сердечный разговор с кардиологом

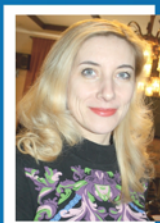
### Диетические рекомендации по снижению ОХС и ХС ЛПНП

ПРОДУКТЫ	ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО	УМЕРЕННО	РЕДКО
<b>Хлеб, крупы</b>	Из цельного зерна	Хлеб и макароны из рафинированной муки, белый рис, бисквит, кукурузные хлопья	Выпечка: булочки, круассаны - содержат много насыщенных жиров
<b>Овощи и фрукты</b>	Свежие и обработанные овощи, свежие и замороженные фрукты - не менее 5 порций в день. <i>1 порция = 200г свежих или вареных овощей, 1 апельсин, 1 яблоко, 1 груша, 2 киви, 2 сливы, 1 ломтик дыни или ананаса, 1 стакан сока</i>	Сухофрукты, желе, джемы, консервированные овощи и фрукты, фруктовые чипсы	Овощи, приготовленные со сливочным маслом, соусами
<b>Бобовые</b>	Все, включая сою и соевый белок, - 3-4 порции в неделю. <i>1 порция = 100г</i>		
<b>Мясо и рыба</b>	Постная и жирная рыба, птица без кожи - 100г в день ( <i>рыбу желательно употреблять не менее 2 раз в неделю, отдавая предпочтение рыбе северных морей</i> )	Постная говядина, баранина, свинина, телятина, кальмары, морепродукты, моллюски - плохой выбор при высоком уровне холестерина	Колбаса, сосиски, бекон. Мясо утки содержит много белка, железа, витамина В, но также много холестерина. Печень,
<b>Молочные продукты</b>	Снятое (обезжиренное) молоко и кисломолочные продукты, в день - 1 чашка (200мл), 30г творога с низким содержанием жира	Молоко, другие молочные продукты, сыр с низким содержанием жира	Сыр, сливки, цельное молоко и молочные продукты
<b>Яйца</b>	Белок	Желток - 2-3 раза в неделю. Содержит много холестерина	
<b>Жиры, используемые для приготовления пищи, заправки к салатам</b>	Уксус, кетчуп, горчица, заправки, не содержащие жира	Растительные масла: кукурузное, подсолнечное - 2-3ч.л., оливковое - не более 1ч.л., маргарин - не более 5г, майонез	Сливочное масло, твердый маргарин, пальмовое и кокосовое масла, свиной и бараний жир, заправки с яичными желтками
<b>Орехи, семечки</b>		Все	Кокос
<b>Сладости</b>	Низкокалорийные	Сахар, мед, фруктоза, глюкоза, шоколад, конфеты	Пирожное, мороженое - содержат животный жир

# Общественный Редакционный совет журнала



**Арсеньева  
Нина Григорьевна**  
главный врач  
КГБУЗ «Детская городская  
поликлиника, г. Рубцовск»



**Вейцман  
Инна Александровна**  
врач-эндокринолог высшей категории,  
к.м.н., доцент кафедры госпитальной и  
поликлинической терапии с курсом  
эндокринологии Алтайского  
государственного медицинского университета



**Козлова  
Ирина Валентиновна**  
к.м.н., главный редактор  
краевого медико-  
социального журнала  
«Здоровье алтайской  
семьи»



**Костромичья  
Марина Вячеславовна**  
главный врач КГБУЗ  
«ЦРБ с. Завьялово»



**Кравцова  
Людмила Ивановна**  
главный врач КГБУЗ  
«Рубцовская ЦРБ»



**Лазарев  
Александр Федорович**  
д.м.н., профессор, заведующий  
кафедрой онкологии, лучевой  
терапии и лучевой диагностики  
Алтайского государственного  
медицинского университета,  
главный врач КГБУЗ  
«Алтайский краевой  
онкологический диспансер»



**Лещенко  
Владимир Алексеевич**  
к.м.н., исполнительный  
секретарь Медицинской  
палаты Алтайского края,  
директор КГБПОУ  
"Барнаульский базовый  
медицинский колледж"



**Миллер  
Виталий Эдмундович**  
к.м.н., доцент кафедры  
пропедевтики детских болезней  
Алтайского государственного  
медицинского университета,  
заместитель главного врача  
по поликлинической работе  
КГБУЗ «Алтайская краевая  
клиническая детская больница»



**Насонов  
Сергей Викторович**  
к.м.н.,  
заместитель министра  
здравоохранения  
Алтайского края



**Плигина  
Лариса Алексеевна**  
Президент  
Профессиональной  
сестринской ассоциации  
Алтайского края



**Ремнева  
Надежда Степановна**  
к.с.н., председатель Алтайского  
краевого отделения Всерос-  
сийской неправительственной  
общественной организации  
Союз женщин России,  
Председатель Общественной  
женской палаты при  
Губернаторе Алтайского края



**Ремнева  
Ольга Васильевна**  
д.м.н., доцент, заведующая  
кафедрой акушерства и  
гинекологии Алтайского  
государственного  
медицинского  
университета



**Салдан  
Игорь Петрович**  
д.м.н., профессор,  
ректор Алтайского  
государственного  
медицинского  
университета



**Фадеева  
Наталья Ильинична**  
д.м.н., профессор  
кафедры акушерства и  
гинекологии Алтайского  
государственного  
медицинского университета



**Шубенкова  
Наталья Михайловна**  
мастер спорта СССР между-  
народного класса по легкой  
атлетике, начальник отдела  
подготовки спортивного резерва  
и развития студенческого спорта  
Управления спорта и  
молодежной политики  
Алтайского края



**Шульц  
Татьяна Ергартовна**  
заместитель главного врача  
по экспертизе временной  
нетрудоспособности  
КГБУЗ «Алтайская краевая  
клиническая детская  
больница»



**Яворская  
Светлана Дмитриевна**  
д.м.н., доцент  
кафедры акушерства и  
гинекологии Алтайского  
государственного  
медицинского университета

## ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№5 (173) май 2017 г.



Лауреат Губернаторской премии  
среди СМИ по итогам 2003 года

Почетная грамота  
Союза журналистов России



Благодарность от Управления  
Алтайского края  
по физической культуре и спорту

Свидетельство о регистрации СМИ  
№ПИ-12-1644 от 04.02.2003 г.,  
выданное Сибирским окружным  
межрегиональным  
территориальным управлением  
Министерства РФ по делам печати,  
телерадиовещания и средств  
массовых коммуникаций.

Все товары и услуги подлежат  
обязательной сертификации.  
Ответственность за достоверность  
рекламной информации несут  
рекламодатели. Мнение редакции  
может не совпадать с мнением  
рекламодателя.

Время подписания в печать:  
по графику - 14:00 29.05.2017 г.,  
фактически - 14:00 29.05.2017 г.  
Дата выхода: 02.06.2017 г.

Главный редактор - Ирина Валентиновна Козлова.  
Тел. 8-960-939-6899.

Ответственный редактор - Мария Юртайкина.

Креативный редактор - Лариса Юрченко.

Компьютерный дизайн и верстка - Ольга Жабина, Оксана Ибель.

Учредитель-Издатель ООО «Издательство «Вечерний Новоалтайск -  
Добрый день»: 658080, Алтайский край, г. Новоалтайск, ул. Обская, 3.  
Тел. 8(385-32) 2-11-19. Адрес редакции: 658080, Алтайский край,  
г. Новоалтайск, ул. Обская, 3. Тел. 8(385-32) 2-11-19.

Адрес работы с общественными представителями:  
656038, Алтайский край, г. Барнаул, пр. Ленина, 56, тел. 8-902-141-79-83.  
E-mail: [nebolen@mail.ru](mailto:nebolen@mail.ru). Группа ВКонтакте: <https://vk.com/nebolen>

Отпечатано в типографии ИП Смирнов Е.В.:  
656049, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Чкалова, 228. Тел. (3852) 38-33-59.  
Печать офсетная. Тираж - 4100 экз. Цена свободная.

Подписной индекс - 31039



КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

# ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ



нам  
**15**  
лет!

