

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

6+

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№6 (174) ИЮНЬ 2017

ЦИНСКАЯ

CHEROKEE
WORKWEAR

Лучший фельдшер Алтайского края - 2017

Победители краевого смотра-конкурса на звание
**“Лучший специалист со средним и фармацевтическим
 медицинским образованием-2017”**



Фоторепортаж с торжественной церемонии вручения Дипломов победителям конкурса в рамках Краевой научно-практической конференции для руководителей сестринского дела, актовый зал Барнаульского базового медицинского колледжа, 1 июня 2017 года



**Профилактика
сердечно-сосудистых
осложнений
препаратами
ацетилсалициловой
кислоты**



**Месяц под
знаком укусов**



**Градусник для
школьных мозгов**



**Как определить
свой биологический
возраст**

На обложке: Евгений Иванович ГОРОХОВ, фельдшер КГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи, г.Барнаул», подстанция «Кировская».

Фото: Лариса Юрченко.

И.В. Молчанова. Дети обязательно должны быть желанными! 2-4

Существуют тысячи болезней, а здоровье - только одно 5-7

СЕРДЦЕ ПОД КОНТРОЛЕМ

А.А. Ефремушкина. Профилактика сердечно-сосудистых осложнений препаратами ацетилсалициловой кислоты 8-9

Месяц под знаком укусов 10

Новости здравоохранения 11

Люди - добрые.

Альтруизм как объект научного исследования 12-13

В помощь детям и их родителям 14

Модернизация - жителям края 15

ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА

Т.В. Жук. Ожирение и фертильность: как стать победителем 16-17

Ю.В. Миллер. Когда жизнь - право на чудо! 18

Были награждены лучшие специалисты края 19-20

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

Е.А. Шклярова. Здоровое питание при сахарном диабете 21-24

Два простых способа для улучшения зрения 25

Е.С. Анисимова. Лекарственная устойчивость при лечении туберкулеза лёгких 26-27

Остроты природы 28-29

Модернизация - жителям края 30

Градусник для школьных мозгов 31-34

Литературные предпочтения россиян:
Пушкин был, есть... и будет наше всё? 35

СЕРДЕЧНЫЙ РАЗГОВОР С КАРДИОЛОГОМ

Е.Н. Панфилова. Составляем ежедневное меню для больных артериальной гипертонией 36-38

Новости здравоохранения 39

СПОРТ ВО ИМЯ ЖИЗНИ

О.А. Бойко. Быть в согласии со своим телом 40

Зубы не заговаривай! 41

Как определить свой биологический возраст 42-43

Это интересно! 44



Дети обязательно должны быть желанными!

Решение вопросов, связанных с демографией, невозможно без согласованной работы разных структур и общества в целом. И всеобщие усилия: системы учреждений здравоохранения, социальной помощи, образования, института семьи - должны быть направлены на сохранение репродуктивного здоровья девочки, в будущем - матери.

Мы начинаем серию публикаций, посвященных вопросам сохранения женского здоровья. И первый наш собеседник - **Ирина Владимировна МОЛЧАНОВА**, главный внештатный акушер-гинеколог Алтайского края, главный врач КГБУЗ «Алтайский краевой клинический перинатальный центр «ДАР», кандидат медицинских наук.

В подтверждение всей серьезности обсуждаемого круга вопросов в начале разговора Ирина Владимировна привела несколько цифр:

- С 1992 года по 2003 год население нашей страны уменьшилось на 10 миллионов человек. С 1998 года по 2002 год детей стало на 9,5 миллиона меньше. Это в совокупности составляет население Дании и Норвегии. Вопросы демографического развития, повышения рождаемости на сегодня являются вопросами существования любого государства. И решая эти вопросы, мы заботимся в том числе и о том, где и как будут жить наши дети, внуки, кто в старости будет помогать нам. К сожалению, уменьшается прослойка трудоспособного населения в обществе. И без конкретных направленных действий этот процесс остановить невозможно.

- Ирина Владимировна, в жизни каждой женщины есть несколько возрастных этапов. И на каждом из них сохранение здоровья имеет свои особенности...

- Здоровье будущей мамы закладывается на протяжении всего периода взросления девочки. Особое внимание должно быть уделено подросткам - это наш будущий репродуктивный потенциал. Катастрофа в том, что их количество в России продолжает снижаться. По этой причине сегодня для общества каждая девочка буквально является особой ценностью. Замечательно, что четко выстроена система ежегодных профилактических осмотров детей до 17 лет. Но при этом у подростков выявляются, как правило, уже по 2-3 заболевания, в том числе репродуктивной сферы. У девочек чаще всего - нарушение менструального цикла. Поэтому в крае создана система работы с подростками, помощь оказывается на базе КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница». После достижения 17 лет подростки наблюдаются во взрослых медучреждениях края.

К сожалению, половое созревание, созревание всего организма происходит намного раньше, чем приходит жизненная мудрость. Большинство подростков ошибочно считают начало половой жизни доказательством того, что они стали взрослыми. Нам, родителям, учителям, врачам, нужно вложить в их головы понимание ошибочности такого мнения. Нельзя относиться легкомысленно к раннему дебюту половой жизни, смене половых партнеров, потому что это имеет свои последствия.



- Одним из таких последствий становятся нежелательная беременность и ее прерывание, то есть аборт.

- Ничто не наносит такого урона женскому здоровью, как аборт. Профилактическая работа в этом направлении складывается непростой: она налажена лучше с училищами и вузами, труднее - со школами. А нужно бы больше заниматься именно школьниками. И всё-таки результаты есть: количество аборт у несовершеннолетних с каждым годом снижается.

К проблеме аборт пристальное внимание общества не ослабевает, особенно последние два года. Россия устойчиво держит лидерство по общему количеству аборт. Мы - первая страна мира, которая разрешила медицинское прерывание беременности. Это произошло в 1920 году. И было знаком мнимой свободы для женщин - продолжением революции. Циничное решение? Безусловно. Аборт были запрещены в 1936 году - молодую республику кто-то должен был строить. Но женщины были не согласны с таким решением. В результате криминальный аборт

Модернизация - жителям края

прочно вошел в жизнь общества, даже больше того - стал приемлемым для населения: бабушка делала, мама делала, почему мне не сделать? От криминальных абортсменов ежегодно погибали 3-4 тысячи женщин. В 1955-56 годах, когда уже в нескольких странах мира разрешили аборт, такое решение приняли и в России. Но традиция обращаться к бабкам-повитухам оставалась еще долгое время.

К сожалению, надолго остался и циничный подход к этому вопросу у государства. С одной стороны, врач-гинеколог должен был бороться с абортами, проводить разъяснительную работу с женщинами, а с другой - выполнять прерывание беременности...

Знаменательным в этом плане стал 2012 год: был принят в новой редакции основной закон №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». И там впервые за всю историю проведения в стране аборт появилось *положение, предписывающее медицинским работникам не делать данную операцию женщине в первый день обращения*. То есть, если позволяют сроки, на раздумья отводится 5-7 дней, если сроки критичны, - два дня. Что мы, врачи, должны успеть сделать за это время? Сегодня создана совершенно новая структура, утвержденная в нашем штатном расписании, - **Центр медико-психологической и социальной помощи беременным женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации**. Когда мы приступили к организации Центра, оказалось, что не просто найти специалистов, которые смогли бы выявить причины, приведшие женщину к решению сделать аборт, выделить среди них устранимые, решаемые в том числе с привлечением помощи социальных служб.

При участии в судьбе каждой женщины и ребенка необходимо понимать, что нет ничего на свете страшнее, чем нежеланный ребенок. Известны результаты масштабного чешского исследования, в котором через 35 лет проанализированы судьбы нежеланных детей, матери которых намеревались сделать аборт, но по разным причинам отказались от этого. Судьбы таких детей складывались не лучшим образом. В детстве они отставали в развитии, в школе - хуже учились, не были счастливы в браке, сами не желали рожать. Женщины были психически не урав-



новешенными, а мужчины лечились у психиатра, страдали от алкоголизма.

Что это означает? Чтобы стать человеком, важно не просто родиться, но и жить в любви и быть нужными. Женщина не просто должна отказаться от аборта и родить ребенка, ей нужно полюбить своё дитя, чтобы из него вырос абсолютно достойный член общества.

Вот почему сегодня не является глобальной целью сохранение беременности любыми способами. Специалисты Центра работают над тем, чтобы нежеланная беременность обязательно стала желанной.

С другой стороны, меняется отношение молодежи, растут ее грамотность, осведомленность в вопросах контрацепции. И всё же мы - только в начале пути, ведущего к изменению отношения общества к абортам. На мой взгляд, та работа, которая проводится сейчас, - самая правильная, гуманная, верная. У нее есть конкретные результаты: количество абортсменов в крае уменьшается ежегодно на тысячу. Это лучший показатель в СФО. Но тем не менее это - 6000 абортсменов, которые делаются ежегодно, так что нам есть над чем работать.

Второе важное изменение, зафиксированное в законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», - **расширение доступности вспомогательных репродуктивных технологий**. Закон дает возможность использовать эти технологии, в том чис-

Чтобы стать человеком, важно не просто родиться, но и жить в любви и быть нужными. Женщина не просто должна отказаться от аборта и родить ребенка, ей нужно полюбить своё дитя, чтобы из него вырос абсолютно достойный член общества.



▲ ле, незамужним женщинам, не состоящим в браке.

Знаковым стал приказ, изданный опять же в 2012 году, изменивший условия живорождения: **сейчас мы выхаживаем детей, родившихся с весом от 500г и от 22 недель гестации.** Это, безусловно, перевернуло всё родовспоможение страны. Оно не просто стало развиваться серьезными темпами с поддержкой государства, строительством новых перинатальных центров. Качественно иными стали решаемые акушерами-гинекологами задачи. В чем принципиально изменился подход? Современное здравоохранение направлено на соединение биологического, того, что человеку дает природа, и социального, данного обществом.

- Непростой период в жизни каждой женщины - ожидание ребенка, вынашивание его и подготовка к родам. Что нового сегодня предлагает медицина?

- Система наблюдения по беременности и родовспоможению выстроена достаточно четко, об этом ваш журнал рассказывал не раз. Но, к сожалению, почти нет примеров, чтобы беременность современной женщины протекала без осложнений. Повторю, соматическое и репродуктивное здоровье женщин становится всё хуже. Имеет свои последствия и то, что первые роды сместились на более поздний срок, соответственно, позднее происходит (если и происходит) рождение последующих детей. Это - объективные процессы в обществе, однако перед врачами по-прежнему стоит задача обеспечения рождения здорового ребенка. Задача непростая, и без определенного мониторинга состояния здоровья женщины успешное ее решение невозможно.

Существенное влияние на беременность мы, акушеры-гинекологи, можем оказывать только до ее наступления. А затем - лишь корректировать. Вот почему **особое значение имеют планирование беременности, подготовка к этому важному периоду жизни.** Могу посоветовать 3-4 месяца до зачатия каждой женщине принимать препараты фолиевой кислоты. Это является

профилактикой врожденной патологии нервной трубки. Кроме того, наш регион эндемичен по недостатку йода, от которого зависит работа всей эндокринной системы, регулирующей большинство обменных процессов в организме. Поэтому на этапе планирования беременности обязательно назначают препараты йода.

- Какие возможности появились с открытием краевого перинатального центра «ДАР»?

- Их немало. Так, мы столкнулись с такой проблемой, как сахарный диабет беременных. При беременности это заболевание сравнимо с катастрофой, потому что приводит к нарушению обменных процессов как у мамы, так и у ребенка. На свет появляется, как правило, большой ребенок (весом четыре и более килограммов). Без квалифицированной медицинской помощи на этапе беременности у него будет нарушена работа практически всех систем жизнедеятельности. Важна ранняя диагностика этого состояния, ведь многие беременные не были больны до самой беременности. Диагностировать можно только специальным исследованием, которое проводится в нашем перинатальном центре «ДАР». Чем раньше поставлен диагноз, тем больше вероятность, что состояние будет скорректировано правильной диетой, но, к сожалению, в отдельных случаях врач вынужден переводить женщину на инсулин. И если у большинства женщин сахарный диабет проходит с завершением беременности, то у другой части остается диабет второго типа.

Сформирован федеральный регистр больных сахарным диабетом. Если женщина, имеющая такой диагноз, захочет родить, ее будут серьезно готовить к беременности, корректируя ее состояние. Эндокринологи, гинекологи совместно будут работать со всеми, кто входит в группу риска. В «ДАРе» сформировано отделение патологии беременности женщин с сахарным диабетом. Здесь работают грамотные врачи: **Мария Дмитриевна САНАЕВА, Лариса Владимировна АНТОШКИНА, Олег Александрович ЗУЙКОВ.**

Следующее направление работы - **выхаживание маловесных детей, рожденных раньше срока.** Это не просто высокие технологии. Это - чудо: особые условия проведения самих родов, когда мы достаем ребенка в плодном пузыре, чтобы не травмировать его руками, далее по секундно проводятся реанимационные мероприятия... Каждый день пограммам рассчитываем питание детям, несколько раз в день их взвешиваем, оберегаем от инфекции, потому что у них просто отсутствует иммунная система. Главное в выхаживании этих ребятшек - любовь, уход и забота. Появление такого ребенка в семье полностью меняет ее жизнь: по часам, по минутам выстраивается каждый день ребенка. Это колоссальный труд не только врачей, но и обязательно родителей и общества.

- Какие вы можете дать рекомендации для сохранения здоровья женщинам более старшего поколения?

- Хотим или не хотим этого, но жизнь становится лучше и дольше. И у этого процесса есть свои особенности. Люди в пожилом возрасте должны жить хорошо, и качество их жизни должно оставаться достойным. На первое место выходит комплексное профилактическое лечение женщин, так называемая AntiAging-терапия - индивидуальная терапия старения. Она не сводится только к назначению гормональных препаратов, которые должны в этом возрасте компенсировать естественное снижение уровня гормонов. Это целый комплекс определенных действий: профилактика сердечно-сосудистых заболеваний, атеросклероза, гиподинамии, прием витамина D, препаратов кальция, антиоксидантов, насыщенных жирных кислот. Это система действий женщины, направленных на то, чтобы чувствовать себя хорошо, растить внуков, комфортно жить. Но, конечно, для выполнения и понимания правил жизни нужна определенная культура самого человека, готовность изменить свое питание, организовать физическую активность и многое другое. Думаю, постепенно общество к этому обязательно придет. ☺

Лариса Юрченко
Фото автора



Существуют тысячи болезней, а здоровье - только одно

В Барнауле 7 июня 2017 года на базе КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края» была организована Межрегиональная научно-практическая конференция «Актуальные проблемы в психиатрии и наркологии».

Открывая конференцию, заместитель министра здравоохранения Алтайского края Вера Михайловна УШАНОВА отметила, что «с точки зрения подготовки специалистов такие конференции позволяют более качественно оказывать помощь нашим пациентам. В целом, современная наркология - огромный фронт работ для ученых, практикующих специалистов и преподавателей АГМУ».

Почетными гостями конференции стали доктора медицинских наук **Ю.П. СИВОЛАП**, профессор кафедры психиатрии и медицинской психологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова (Москва), и **В.Д. МЕНДЕЛЕВИЧ**, профессор, член-корреспондент Международной академии психологических наук, заведующий кафедрой медицинской и общей психологии с курсом педагогики КГМУ (Казань). По словам Владимира Давыдовича, Алтайский край давно зарекомендовал себя территорией с одной из наиболее развитых наркологических служб, можно даже сказать, передовой во всей Российской Федерации.

Одним из центральных вопросов, обсуждаемых специалистами, стало **употребление синтетических наркотиков**. Эту актуальную проблему решать приходится совместно психиатрам и наркологам, поскольку синтетические наркотики могут вызывать острые психические расстройства или более глубокие заболевания, например, шизофрению. Особое внимание в ходе конференции было отведено и двойному диагнозу - сочетанию психического расстройства со злоупотреблением психоактивными веществами.

- Двойной диагноз весьма часто встречается, например, как сочетание депрессии и употребления алкоголя. Для борьбы с этим разработана специальная модель, которая в Алтайском крае реализуется весьма успешно. Отмечу, что психиатрическая и наркологическая служба Алтайского края находятся на очень высокой степени развития, - подчеркнул Юрий Сиволап.

Особенности работы психиатрической и наркологической служб в Алтайском крае обозначил **А.А. ИВАНОВ**, главный внештатный психиатр-нарколог регионального Минздрава, главный врач КГБУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер».



Наркологическая служба в Алтайском крае представлена государственными учреждениями здравоохранения - наркодиспансерами в Барнауле, Бийске, Заринске, Рубцовске и 64 наркокабинетами в медицинских организациях края. **Наметилась тенденция снижения числа больных наркоманией, зарегистрированных в Алтайском крае:** в 2016 году этот показатель снизился к уровню 2014г. на 15% и составил 248,2 на 100 тысяч населения, но он по-прежнему остается выше среднего по России (на 16,4%). Показатель смертности от острых отравлений наркотическими веществами в крае в 2016 году снизился на 71,4% по сравнению с 2012г. и стал ниже показателя по РФ на 42,9%. Число заболеваний алкогольными психозами в два раза превышает общероссийский показатель, но смертность от отравлений алкоголем в прошлом году по отношению к 2012г. снизилась на 34,5%, составив 9,1 на 100 тысяч населения.

Новые синтетические опиоиды и галлюциногены позволяют производить тысячи разовых доз уже из долей грамма, то есть обладают большой паркогенностью. Среди выявляемых наркотических веществ в лаборатории АКНД лидируют каннабиноиды, синтетические амфетамины. Отметим, что **дозы даже меньше грамма достаточно, чтобы у человека развилась наркотическая зависимость**. Удалось добиться значительного снижения употребления спайсов, но серьезного продолжения требует работа в данном направлении среди возрастной группы с 15 до 40 лет.

Налажена достаточно результативная система работы. В Барнауле подростки доставляются в токсикологическое отделение КГБУЗ «Городская больница №11, г.Барнаул». Все несовершеннолетние обязательно консультируются врачами-психиатрами-наркологами и направляются после выписки на лечебно-реабилитационные программы в кругло-

Модернизация - жителям края

суточный стационар или реабилитационный центр «Родник» краевого наркологического диспансера. Комплексные меры в период 2014-2016 годов были направлены на противодействие и профилактику немедицинского потребления наркотических средств, снижение масштабов потребления алкогольной продукции, профилактику алкоголизма среди населения края, формирование ЗОЖ, совершенствование системы наркологической медицинской помощи. Благодаря этому удалось увеличить выявляемость пагубного потребления наркотических ве-



ществ (на 22%), снизить распространенность алкогольной зависимости (на 11,9%) и смертность от отравлений алкоголем (на 18,7%), уменьшить распространенность наркотической зависимости (на 15,5%) и смертность от отравлений наркотическими веществами (на 75%).

Проблема медицинского освидетельствования водителей на состояние опьянения - тема доклада **Т.А. ЦАЙТЛЕР**, заведующей отделением медицинских освидетельствований на состояние опьянения КГБУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер». По ее словам, эта работа строго регламентирована, и положительно, что **акт медосвидетельствования** - **един для всех категорий и распечатывается по одной форме**. Выполняя работу по медосвидет-

ельствованию, обязательно нужно поговорить с сопровождающим, получить от него всю возможную информацию. Желательно иметь базу сведений о лицах, которые лишались водительских прав или отказывались от освидетельствования, так как они составляют группу риска по данным нарушениям.

Проблеме суицидов был посвящен доклад **И.И. ШЕРЕМЕТЬЕВОЙ**, доктора медицинских наук, профессора, заведующей кафедрой психиатрии, медицинской психологии и неврологии с курсом ДПО АГМУ. Ежегодно преждевременная гибель людей, связанная с алкоголизмом, составляет 400 тысяч человек, из них **50-60 тысяч гибнут от суицидов и несчастных случаев** (алкогольные отравления, ДТП, уличный травматизм, утопления в результате алкоголизации). В большинстве это - люди репродуктивного и трудоспособного возраста. При этом преждевременная смертность мужчин в пять раз выше, чем женщин. Замечено, что патологические игроки более склонны к суицидам, чем больные алкоголизмом и наркоманией.

В Алтайском крае два года работает **единый стандарт оказания помощи при попытке суицида**, по которому помощь оказывают и медики, и психологи. Усилия специалистов разных ведомств объединяются для профилактики повторных действий среди детей и подростков, созданы группы быстрого реагирования. Ирина Игоревна выделила основные этапы оказания помощи: экстренная медпомощь, стационарная помощь (длительной не менее 1 месяца), реабилитация (не менее года). Также она отметила тот факт, что география суицидов неоднозначна. Самые неблагоприятные районы по суицидальной ситуации: Суевский, Волчихинский, Калманский, Чарышский, Косихинский, Кытмановский, Змеиногорский, Алтайский, где показатель попыток суицидов более чем в два раза превышает среднекраевой.

Первичная выявляемость психических расстройств непсихоти-

ческого характера позволяет снизить распространение суицидов. Этому аспекту был посвящен доклад **М.Г. ВДОВИНОЙ**, главного внештатного психиатра Министерства здравоохранения Алтайского края, заместителя главного врача по внебольничной помощи КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница им. Ю.К. Эрдмана». По ее словам, в крае сформировалось психическое неблагополучие: на диспансерном наблюдении находятся почти 20 тысяч человек. Причем, за счет подростков, состоящих на учете, происходит превышение российских показателей по этому моменту. Марина Геннадьевна отметила и тот факт, что по обеспеченности кадрами мы не отличаемся от среднего показателя по стране, но при этом обеспеченность койками в крае на 30% ниже аналогичного российского показателя.

О помощи человеку при тревожных состояниях рассказал **Ю.П. СИВОЛАП**. Он подчеркнул, что для каждого врача должно быть обязательным правило: **облегчение страданий пациента от нестерпимой боли, мучительной тревоги, навязчивостей, стойкой бессонницы значительно важнее потенциальных рисков формирования пристрастия к лекарственным средствам**. Отмечается, что переживание тревоги, депрессии часто связано с алкоголизмом пациента, является провоцирующим фактором, приводящим к злоупотреблению спиртным в том случае, если он не может выйти самостоятельно или с врачебной помощью из названных состояний. С другой стороны, последствием алкоголизма, а также ряда заболеваний, возрастных изменений в организме может стать бессонница. Установлено, что от нее страдает каждый пятый человек старше 50 лет, и с возрастом это число увеличивается, что в первую очередь связано с недостаточностью выработки эндогенного мелатонина.

Тему бессонницы продолжил **В.Д. МЕНДЕЛЕВИЧ**: в каком случае можно говорить о бессоннице, как диагноз сделать макси-





мально объективным? Владимир Давыдович предложил решение: 20-минутная задержка сна при наибольшей его выраженности 6,5 часа у взрослого человека не менее трех раз в неделю в течение месяца уже может считаться проявлением бессонницы. Ее следствием становятся неудовлетворенность количеством и качеством сна, вызванные этим недомогание или нарушение социального, профессионального функционирования; круглосуточная озабоченность бессонницей и ее последствиями.

В ходе конференции слушатели ознакомились с современными исследованиями в области психиатрии и наркологии, практическим опытом специалистов, работающих в области психического здоровья. ☺



Как не сделать роковой шаг

Суицид - это действия, направленные на прекращение собственной жизни, причем намерения ясно осознаются человеком. Критический показатель, установленный ВОЗ: 11,4 суицида на 100 тысяч населения. В России он составляет 40, в отдельных регионах доходит до 80-130!

Количество попыток в 10-20 раз превосходит число завершённых суицидов, то есть уже через три года в мире каждые 20 секунд кто-то будет сводить счеты с жизнью... И предотвращение суицидов является центральной стратегией в политике психического здоровья во многих странах мира, включая и Россию.

Самоубийства среди причин смерти молодых людей в возрасте 15-24 года в мировом масштабе занимают второе место. Каждый пятый подросток в России думает о самоубийстве, каждый 12-й ежегодно совершает попытку самоубийства или самоповреждения. Специалисты отмечают, что **наиболее рискованный возраст - это 15-18 лет**. В субъектах СФО самая неблагоприятная картина по суицидам подростков в возрасте от 10 до 17 лет зафиксирована в Иркутской области, Красноярском и Забайкальском краях. Относительное благополучие Алтайского края в сравнении с соседними регионами не является поводом для успокоения: надо работать на нулевой показатель.

Основными мотивами суицидального поведения являются:

- ◆ переживание обиды, отчужденности, одиночества, непонимания;
- ◆ действительная или мнимая утрата любви родителей, неразделенное чувство, ревность;
- ◆ переживания, связанные со смертью, разводом или уходом одного из родителей из семьи;
- ◆ чувство вины, стыда, оскорбленного самолюбия, самообвинения;
- ◆ боязнь позора, насмешек или унижения;
- ◆ страх наказания, нежелание извиниться;
- ◆ любовные неудачи, сексуальные эксцессы, беременность;
- ◆ чувство мести, злобы, протеста, несправедливости, а также несложившиеся отношения с преподавателем в школе;
- ◆ желание привлечь к себе внимание, вызвать сочувствие, избежать неприятных последствий, уйти от решения проблем;
- ◆ сочувствие или подражание значимым людям, героям книг, фильмов, кумирам.

Более 90% суицидов у взрослых связаны с психопатическими причинами. У детей эта цифра колеблется от 43 до 73%, и вызваны они депрессией, тревогой, токсикоманией, алкоголем, асоциальным поведением, нервной анорексией, психозами. Заметную роль играют и социально-экономические факторы, отношения в семье.

Часто детей и подростков к суициду подталкивают такие состояния, как переживание безнадежности, беспомощности, брошенности, ненужности; ощущение утраты смысла жизни; чувство вины; восприятие себя как бремени для окружающих и семьи. Итогом становится нарушение переживания ценности жизни, так называемый экзистенциальный вакуум, когда не хватает содержания жизни. При этом незрелость интеллектуальных возможностей формирует у ребенка туннельное видение: всё или ничего. Но есть и те ощущения и чувства, которые не позволяют ребенку задумываться о суицидальных попытках. К ним можно отнести: глубокое понимание ответственности за близких; чувство долга, представление о греховности самоубийства, его неэстетичности; боязнь боли и физических страданий.

Резюмируя вышесказанное, можно отметить, что во многих случаях именно поддержка семьи, связь с близкими людьми удерживает подростка от трагического шага.

Профилактика сердечно-сосудистых осложнений препаратами ацетилсалициловой кислоты



Анна Александровна ЕФРЕМУШКИНА, главный внештатный кардиолог Алтайского края, доктор медицинских наук, профессор кафедры терапии и общей врачебной практики с курсом ДПО, Алтайский государственный медицинский университет

Часто в телевизионных рекламных роликах рассказывается о применении аспирина (ацетилсалициловой кислоты) для предотвращения различных сердечно-сосудистых катастроф, прежде всего - инфарктов и инсультов.

Но при этом не поясняется, когда и зачем назначаются препараты данной группы. А это очень важно знать!

Принято различать первичную и вторичную профилактику. **Под первичной** понимается использование определенных групп препаратов для предотвращения развития заболевания. То есть человек здоров, но у него есть определенные факторы риска развития болезни. К основным факторам сердечно-сосудистого риска относятся: повышение уровня артериального давления (более 140/90 мм рт.ст.), курение, увеличение уровня холестерина, ожирение. **Вторичная профилактика** - это лечение уже имеющегося заболевания и предотвращение его прогрессирования, то есть развития обострений, осложнений, смертельных исходов.

Лечение низкими дозами ацетилсалициловой кислоты или в комбинации с другими препаратами на сегодня является основой вторичной профи-

лактики при любом проявлении ишемической болезни сердца (ИБС): стабильной стенокардии, остром коронарном синдроме, после реваскуляризации (установки стента в коронарную артерию, операции коронарного шунтирования). Лечение должен назначить врач при наличии показаний и отсутствии противопоказаний, а также при обязательном динамическом контроле состояния пациента на фоне терапии.

Больше вопросов возникает при назначении ацетилсалициловой кислоты с целью первичной профилактики. В 2013 году были проанализированы данные 2572 исследований, в которых аспирин был использован как средство первичной профилактики. Оказалось, что общая смертность снизилась на 6%, на 10% уменьшилась частота развития ИБС. При этом отмечался значимый рост риска осложнений: желудочно-кишечных кровотечений (на 37%); кровотечений, требующих переливания крови и хирургических вмешательств (на 52%); геморрагических инсультов (на 38%, в большей степени у мужчин). У пациентов с сахарным диабетом на фоне аспирина практически не отмечалось снижение риска сосудистых осложнений.

При назначении (особенно самоназначении!) ацетилсалициловой кислоты мы должны понимать, что при приеме этого препарата **развивается прямое повреждающее действие кислоты на слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта (ЖКТ)**, а также **имеется воздействие на синтез простагландинов**. Так, простагландин E2 улуч-



Сердце под контролем

шает микроциркуляцию стенки желудочно-кишечного тракта, стимулирует синтез слизи и бикарбонатов, являющихся основным защитным барьером слизистой оболочки, нейтрализующим действие пепсина, желчных кислот и соляной кислоты. Это же происходит и при приеме нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВС, например, нурофен, ибупрофен, индометацин и т.д.). Частота развития поражений ЖКТ при приеме низких доз ацетилсалициловой кислоты (75мг/сутки) увеличивается в 2,54 раза; средних доз (150мг/сутки) - в 3,3 раза; высоких доз (300мг/сутки) - в 3,9 раза. **Особенно высок риск развития эрозивно-язвенных поражений в начале терапии, 45% из них приходится на первый месяц приема, причем их частота увеличивается при наличии повышенного артериального давления, курения, язвенной болезни, избыточной массы тела, а также, если вы мужчина.**

Очень важным фактором риска поражения ЖКТ на фоне терапии ацетилсалициловой кислотой и НПВС является **инфекция *Helicobacter pylori***, в этом случае риск кровотечений из верхних отделов ЖКТ возрастает в 4,9 раза и на фоне низких доз ацетилсалициловой кислоты, и на фоне приема НПВС.

Когда врач назначает терапию препаратами ацетилсалициловой кислоты с целью профилактики, он обязательно оценивает и риски кровотечений. Степень риска кровотечений зависит от возраста, использования других групп препаратов, наличия в прошлом желудочно-кишечных кровотечений и пептических язв. **К основным мерам профилактики желудочно-кишечных кровотечений и поражений ЖКТ при использовании ацетилсалициловой кислоты относятся** рациональные и обоснованные дозы антиагрегантных препаратов, использование защищенных форм ацетилсалициловой кислоты, применение антацидов, блокаторов секреции и эрадикационная терапия.

На сегодня данные об эффективности защищенных лекарственных форм ацетилсалициловой кислоты (кишечно-растворимых; буферных: ацетилсалициловая кислота плюс невсасывающийся антацид) достаточно противоречивы. Однако большая часть исследований говорит о том, что при использовании кишечнорастворимых форм аспирина частота кровотечений -



одинакова, а риск развития анемии - несколько выше. При использовании препаратов, содержащих антациды, происходит снижение повреждающего действия на слизистую желудка, в частности, такие данные есть относительно комбинации ацетилсалициловой кислоты с гидроксидом магния.

Для профилактики развития поражения ЖКТ при назначении ацетилсалициловой кислоты используются **препараты из группы ингибиторов протонной помпы**. Такая комбинация практически в два раза снижает риск осложнений, связанных с кровотечением; при этом увеличивает приверженность пациента к терапии аспирином. Еще один путь к профилактике кровотечений на фоне аспирина - **проведение эрадикации (лечение) инфекции *Helicobacter pylori***.

Подводя итоги, подчеркну, что ацетилсалициловую кислоту врач сегодня назначает с целью **вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний**, с учетом показаний и противопоказаний, наличия степени риска кровотечений, используя различные дозы, комбинации с ингибиторами протонной помпы или антацидами. Помните, что самостоятельное прекращение антиагрегантной терапии связано с увеличением на 40% риска ишемического инсульта и инфаркта миокарда по сравнению с продолжением терапии. **Чистая выгода от добавления аспирина и других профилактических мер существенно превышает опасности развития кровотечений, независимо от возраста и пола.** ☺

Согласно Европейским рекомендациям 2016 года по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике, аспирин не может быть рекомендован в первичной профилактике в связи с повышенным риском кровотечений от него. Более предпочтительными средствами для предупреждения развития сердечно-сосудистых заболеваний сегодня являются статины, препараты, контролирующие уровень холестерина крови, и гипотензивные препараты, нормализующие уровни артериального давления.



В помощь детям и их родителям

В День защиты детей на базе эндокринологического отделения КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница» начал работу кабинет «Помповой инсулинотерапии».



О задачах кабинета рассказывает заведующая детским эндокринологическим отделением Оксана Михайловна НАЗАРКИНА:

- Созданный кабинет решает целый ряд важных задач. Во-первых, детям с сахарным диабетом первого типа производится *установка помп* различных поколений, различных марок и производителей, в том числе мы можем устанавливать помпы последнего, четвертого, поколения - с системой автоматической подачи инсулина при снижении сахара.

Следующая задача - *подбор схемы инсулинотерапии для детей, которые уже получают жизненно важный препарат*. Мы дистанционно консультируем детей с помощью метода отслеживания состояния ребенка. Для этого на компьютере в нашем отделении и компьютере пациента установлены специальные программы, с помощью которых мы можем общаться по Интернету, контролировать в реальном времени уровень сахара ре-



бенка. Врач видит на мониторе графики изменения сахаров и проводит необходимую коррекцию.

Также мы проводим *обучение технике жизни с помпой*, образу жизни на помповой инсулинотерапии, разъясняем ребенку и родителям, какие физические упражнения возможны, как корректировать подачу инсулина при той или иной их интенсивности.

Немаловажно и то, что в команду нашего отделения входят психотерапевт и психолог. Они обязательно работают с каждым пациентом, потому что постоянное ношение прибора может вызвать у детей определенные психологические проблемы. И специалисты проводят консультирование, направленное на снижение стрессовой ситуации.

И решая все эти задачи, мы планируем при их реализации получить главный результат - **сохранение качества жизни маленьких пациентов, страдающих сахарным диабетом**.

В принципе, помпа - это одно из средств для введения инсулина. Оно более современное и удобное. У ребенка и родителей при этом способе в лучшую сторону изменяется образ жизни: ребенок больше не привязан к определенному режиму, как это происходит при классических инъекциях или применении шприц-ручек. Можно подольше поспать, покушать то, что хочется в данный момент и т.д. Конечно, в перспективе желательно, чтобы все ребяташки, у которых установлен диагноз «сахарный диабет первого типа», перешли на использование помпы.

Данный метод введения инсулина достаточно сложный и недешевый. Но в ближайшее время у 23 алтайских ребяташек появится возможность установки инсулиновой помпы. Вместе с новыми помпами дети будут обеспечены запасом расходных материалов на два месяца. Всё это стало возможным при поддержке благотворительного фонда краевого марафона «Поддержим ребенка!». ☺





Ожирение и фертильность: как стать победителем



Тамара Владимировна ЖУК,

врач-акушер-гинеколог, Сибирский институт репродукции и генетики человека, аспирант кафедры акушерства и гинекологии с курсом ДПО, Алтайский государственный медицинский университет

Ожирение является одной из актуальных проблем современности, которая нарастает во времени в разных странах мира. Всё чаще избыточный вес встречается среди женщин и мужчин репродуктивного возраста и нередко является серьезной угрозой для их фертильности.

История ожирения имеет многовековые корни. Гиппократ говорил: «Полные женщины бесплодны, их матка не в состоянии принять семя и менструирует нерегулярно». Подобные изречения врачей-философов актуальны и по сей день.

Жировая ткань больше не рассматривается только как ткань для дополнительного хранения энергии в виде жира. Она **является самостоятельной, самой большой эндокринной железой у человека**. Как полноценный участник многочисленных метаболических процессов, **избыток жировой ткани запускает в организме асептическое воспаление**, которое ассоциировано с оксидативным стрессом. Реакции окисления являются основой жизни любой клетки, но когда происходит избыточная продукция свободных радикалов и снижается антиоксидантный статус, в организме происходит катастрофа. Свободные радикалы участвуют в патогенезе таких состояний, как инсулинорезистентность, атеросклероз, гипертоническая болезнь, метаболический синдром. Таким образом, избыток свободных радикалов действует губительно на все клетки организма, включая и репродуктивную систему.

В настоящее время имеются работы, в которых показано **отрицательное влияние свободных радикалов на качество ооцитов и эмбрионов**. Это, в свою очередь, также ассоциировано с ранними потерями беременности, развитием первичной фетоплацентарной недостаточности. А если беременность наступает на фоне инсулинорезистентности, то появляется угроза развития гестационного сахарного диабета, а на позднем сроке - преэклампсии и преждевременных родов.

Доказано, что **ожирение также ассоциировано с материнскими и перинатальными потерями**, на которые повлиять можно только на прегравидарном этапе. К сожалению, на сегодняшний день за прегравидарной подготов-

кой обращается очень малая доля женщин. Большинство будущих мам обращаются за медицинской помощью только при постановке на учет по беременности, когда повлиять на исход беременности уже практически невозможно.

Прегравидарная подготовка - обязательный этап для любой пары. Подобный ответственный подход на этапе планирования беременности позволяет снизить риски неблагоприятных исходов для матери и плода. Женщины с избыточной массой тела и ожирением являются той целевой аудиторией, которая должна быть охвачена в плане проведения прегравидарной подготовки в полном объеме, и одна из основных задач - это нормализация массы тела.

Известно, что проблему ожирения пытаются решить уже много лет, и, несмотря на развитие фарминдустрии, эндокринологии и диетологии, ожирение стремительно набирает обороты и становится актуальной проблемой уже не только для взрослых, но и для детей. Дело в том, что наука развивается не только в аспекте медицины, но и в других современных технологиях, включая пищевую промышленность. Неправильная еда, огромный избыток углеводов, малоподвижный образ жизни - человек становится заложником сложившихся обстоятельств, следствием чего становятся избыточный вес, а в скором времени - и ожирение.

Малая доля пациентов обращается к диетологу с проблемой лишнего веса. Как правило, пациенты идут к врачам



узкой специальности с жалобами, которые возникли уже на фоне ожирения: повышение артериального давления, одышка, бесплодие, нерегулярный менструальный цикл, миома, синдром поликистозных яичников, плохое самочувствие на фоне инсулинорезистентности и т.д. Врач узкой специальности решает свою проблему, назначая препараты, а в рекомендациях пишет пациенту консультацию смежных специалистов (эндокринолога и диетолога), которые должны заниматься проблемой ожирения. Возникает вопрос: всегда ли пойдет пациент к другому доктору? Если назначенные препараты начинают действовать, симптомы нивелируются, а про снижение лишнего веса пациент и так знает, и даже несколько раз пробовал, но ведь «это так тяжело и некомфортно». Возникает замкнутый круг: ведь занимаясь лечением симптомов, мы не акцентируем внимание на главной проблеме.

На наш взгляд, **порочный круг можно разорвать, если мы будем заниматься не симптомами, а человеческим организмом в целом.** И это должен делать каждый врач, то есть врач первого обращения: будь то эндокринолог, терапевт или гинеколог. Если у пациента есть лишний вес, его нужно корректировать наравне с другими патологическими состояниями.

В рамках прегравидарной подготовки, решая проблемы репродукции, мы занимаемся решением гинекологических проблем, делая четкий акцент на нормализацию веса пациентов, стремимся стабилизировать показатели углеводного и липидного обмена, проводим обучение пациенток правильному формированию своего рациона питания. На фоне правильного пищевого рациона и умеренных физических нагрузок происходит снижение веса, а приобретенные привычки за время прегравидарной подготовки остаются на весь период беременности, что позволяет женщине не выходить за рамки физиологической прибавки веса.

Современная медицина развивается на стыке нескольких специальностей. И, наверное, мы приблизимся к идеалу оказания медицинской помощи, когда врач будет подходить к организму человека как единой системе, где всё взаимосвязано. ☺

Заболеваемость ожирением выросла вдвое

Россиянам вдвое чаще стали ставить диагноз «ожирение». Об этом свидетельствуют материалы Роспотребнадзора, в которых сравниваются данные за 2011 и 2015 годы.

По последним данным, показатель заболеваемости ожирением составил 284,8 случая на 100 тысяч человек населения. **Рост проблемы объясняется несбалансированным питанием: переизбытком сахара и хлеба при недостаточном потреблении овощей и молочных продуктов.**

Заболеваемость ожирением среди взрослого населения в возрасте 18 лет и старше с впервые в жизни установленным диагнозом в 2015 году **выросла** по сравнению с 2011 годом **в 2,3 раза.** И прогнозируется тенденция к росту этого показателя. Так, в 2011 году показатель заболеваемости ожирением составлял 123,65 случая на 100 тысяч человек населения. В 2012 году он снизился до 123,56, а затем постоянно рос: в 2013 году - уже 161,84, в 2014-м - 188,05, а в 2015-м подскочил до 284,8. Наиболее высокие уровни заболеваемости ожирением среди взрослого населения в возрасте 18 лет и старше с впервые в жизни установленным диагнозом, по данным 2015 года, в **Ненецком АО** (1031,96 на 100 тысяч населения), **Алтайском крае (975,9), Пензенской области (678,08).**

Минздрав РФ также фиксирует рост заболеваемости ожирением: в 2015 году им страдали 1,31млн. россиян, в 2016-м - 1,39млн. В ведомстве причиной такого роста считают ухудшение диагностирования заболевания.

По данным ФИЦ питания, биотехнологии и безопасности пищи за 2012 год, избыточный вес есть у 25,3% граждан (около 37млн. человек). Речь идет и о тех, чей индекс массы тела (ИМТ) превышает 25 (верхнюю границу нормы) - это не только больные ожирением (ИМТ - выше 30), но и просто имеющие избыточный вес. Напомним, что ИМТ рассчитывается по формуле: вес человека (в кг) делится на «квадрат» роста (в м). Например, при весе 60кг и росте 1,7м ИМТ составит 20,7. Нормой считается ИМТ от 18,5 до 24,99.

Проведенный органами Роспотребнадзора анализ показал, что есть общие для подавляющего большинства регионов проблемы, связанные с недостаточным поступлением с пищей в организм человека жизненно важных макро- и микроэлементов и избыточным - простых углеводов. То есть в рационе среднего россиянина превышено содержание сахара, хлеба и мяса, но понижено содержание овощей и молочных продуктов. Специалисты Роспотребнадзора установили влияние такого питания не только на распространность ожирения, но и на заболеваемость новообразованиями, сахарным диабетом, гипертонической болезнью с преимущественным поражением сердца, ишемической болезнью сердца, язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки и рядом других. ☺



Когда жизнь - право на чудо!

В июне прошло первое занятие Школы для родителей недоношенных детей. Инициатором и организатором такой формы работы стала Ю.В. Миллер, главный внештатный неонатолог Алтайского края, заведующая отделением патологии новорожденных и недоношенных детей №1 КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница».



Проблема преждевременных родов и выхаживания появившихся раньше срока малышей имеет заметный социальный аспект: на долю недоношенных детей приходится до 70% ранней неонатальной смертности, 50% неврологических заболеваний, в том числе ДЦП, нарушений зрения и слуха, тяжелых хронических заболеваний легких. В целом, частота преждевременных родов в мире в последние годы колеблется от 6 до 18%.

Но при надлежащем уходе, своевременной медицинской помощи, психологической поддержке семей новорожденных недоношенные дети имеют возможность догнать в развитии своих сверстников и в дальнейшем ни в чем от них не отличаться. Вот почему очень важно оказывать информационно-психологическую поддержку семьям с детьми, рожденными раньше срока, обеспечить их информацией и знаниями, необходимыми для успешного выхаживания ребенка и надлежащего ухода.

Инициатива создания школ для родителей недоношенных детей принадлежит учредителю и директору Благотворительного фонда помощи недоношенным детям «Право на чудо» **Наталье ЗОТКИНОЙ**. Два года назад она познала, насколько трудно ухаживать за недоношенным ребенком: не на этапе высокотехнологичной помощи в стационаре - там все вопросы решают врачи, а дома, после выписки.

По словам Юлии Владимировны, решение об открытии Школы в краевой детской больнице было принято без долгих раздумий и сомнений:

- В Алтайском крае это особенно важно - наши мамы после стационарного лечения уезжают с детками за много километров от Барнаула. И картина меняется кардинально: не везде в селах есть педиатры, часто - только фельдшер. По этой причине детей, для сохранения жизней которых было приложено столько усилий, иногда теряем именно на этапе возвращения домой. Поэтому мы выступили с инициативой и нашли поддержку у администрации нашей больницы - Барнаул стал 14-м российским городом, открывшим Школу для родителей недоношенных детей. Даже если всё с малышом хорошо, почти каждая мама в

первые дни пребывания дома сталкивается с изменением лактации: другой режим дня, прибавляются заботы, возникает состояние стресса. Чтобы сохранить грудное вскармливание в эти дни, нужна грамотная психологическая помощь. Не случайно первое занятие Школы посвящено ответам на вопросы: как организовать питание недоношенного ребенка; что делать, если у малыша отсутствует сосательный рефлекс; как вводить прикорм недоношенному? Занятие провела медицинский психолог, консультант по вскармливанию **Татьяна ГОМАН**.

В организации работы Школы участвуют не только врачи, но и волонтеры - это студентки 5 курса АГМУ. Фонд «Право на чудо» предоставил информационные буклеты, которые будут раздаваться всем мамам, находящимся в стационаре. Именно они - главные слушатели занятий Школы. Определены темы занятий: «Уход за кожей новорожденного», «Бронхолегочная дисплазия», «Ретинопатия», «Неотложная помощь в экстренных ситуациях».

Фондом также организована «горячая линия»: каждая мама недоношенного малыша в экстренной ситуации может позвонить и проконсультироваться абсолютно бесплатно (**8-800-555-29-24**). На вопросы ответят психологи-консультанты, врачи, другие специалисты, работающие в Фонде.

Юлия Владимировна подчеркнула, что если к работе Школы проявят интерес жители Барнаула, они также смогут стать ее участниками - неонатологи всегда открыты для общения:

- В обществе привыкли к обязательной подготовке беременных женщин к рождению детей, и неизменно следует, что роды должны закончиться рождением здорового доношенного ребенка. Однако так бывает не всегда, к сожалению. Кроме того, недоношенные дети стали другими - для их жизни и развития уже недостаточно консультаций патронажной сестры или планового визита к педиатру, нужна помощь именно неонатолога, поскольку со многими проблемами педиатры просто не сталкивались: дети, которых мы выхаживаем сегодня, имеют заболевания, о которых раньше даже не говорили. ☺



Были награждены лучшие специалисты края

В Барнаульском базовом медицинском колледже 1 июня 2017 года прошла научно-практическая конференция для руководителей сестринского дела. Ее организатором выступила Профессиональная ассоциация средних медицинских работников.

Конференция началась с награждения победителей профессионального краевого смотра-конкурса на звание «Лучший специалист со средним медицинским и фармацевтическим образованием - 2017».

Обращаясь к присутствующим в зале средним медицинским работникам, **С.В. НАСОНОВ**, заместитель министра здравоохранения Алтайского края, отметил, что «приятно читать благодарности пациентов, в которых отмечены ваши внимание, доброта, умение ставить безболезненные уколы, точно проводить все манипуляции, назначенные врачом».

В прозвучавших докладах подчеркивалось, что перевооружение медицины продолжается - она становится еще более высокотехнологичной, появляются новые инновационные технологии. Говорили о новых задачах, стоящих перед профессиональным сообществом средних медицинских работников, что крайне важно усилить профилактическую направленность работы, обеспечить первичную выявляемость распространенных неинфекционных заболеваний. Медицинский работник является пропагандистом здорового образа жизни, поэтому он обязан и сам придерживаться его принципов.

В номинации «**Лучший фельдшер**» первое место занял **Евгений ГОРОХОВ**, фельдшер КГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи, г. Барнаул», подстанция «Кировская»; второе место - **Роман РОГОВ**, фельдшер КГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи, г. Барнаул», подстанция «Новоалтайская»; третье место - **Сергей СМЕРНОВ**, фельдшер КГБУЗ «Советская ЦРБ».

В номинации «**Лучшая медицинская сестра**» победителями стали **Елена ДОБРИКОВА**, медсестра КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница», и **Елена СТРУЧКОВА**, медсестра КГБУЗ «Краевая клиническая больница».

Номинация «**Лучшая старшая медицинская сестра**»: первое место у **Ольги СИДОРОВОЙ**, старшей медсестры КГБУЗ «Краевая клиническая больница», второе место у **Галины СЕМЕРЬЯНОВОЙ**, старшей медсестры КГБУЗ «Городская больница №2, г. Рубцовск» и третье - у **Ольги БУЛАХОВОЙ**, старшей медсестры КГБУЗ «Городская больница №8, г. Барнаул».

«**Лучшей участковой медицинской сестрой**» признана **Марина ШМИДТ**, участковая медсестра КГБУЗ «Благовещенская ЦРБ».

В номинации «**Лучший лаборант**» места распределились следующим образом: первое место - **Галина ШАБАНОВА**, лаборант КГБУЗ «Краевая клиническая больница», второе место - **Татьяна МАРТЫНЕНКО**, лаборант КГБУЗ «ЦРБ, с. Завьялово», и третье место - **Татьяна ВЛАСЕНКО**, лаборант КГБУЗ «Городская клиническая больница №11, г. Барнаул».

В номинации «**За верность профессии**» - два победителя: **Марина ХОДЧЕНКО**, медсестра КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи», и **Виктория КИРДАН**, фельдшер КГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи, г. Барнаул», подстанция «Черемушки».

Работа в зоне риска

В номинации «**Лучший фельдшер**» краевого смотра-конкурса «**Лучший специалист со средним медицинским и фармацевтическим образованием - 2017**» победителями стали два работника подстанций КГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи, г. Барнаул».



По словам **Евгения ГОРОХОВА**, занявшего первое место, это произошло не случайно: получили признание специалисты, находящиеся в буквальном смысле на передовой линии борьбы за жизнь человека. **Евгений Иванович** почти четверть века работает на подстанции «Кировская». Каждое дежурство - это помощь людям, нередко - реальное возвращение их к жизни, поэтому и годы работы прошли незаметно.

На подстанции «Новоалтайская» 26 лет трудится **Роман РОГОВ**, удостоенный второго места в краевом конкурсе.

С победителями - наш разговор о профессии, значении колллектива и здоровье людей.

Ежедневно каждая бригада выезжает в среднем по 14 адресам, но в сезон эпидемий, при неблагоприятных погодных условиях количество адресов су-



◀ щественно возрастает. Эти цифры складываются в тысячу вызовов, ежедневно поступающих и обслуживаемых станцией скорой медицинской помощи города Барнаула. Не просто, например, складывается ситуация нынешним летом с аномальной жарой: среди причин вызовов преобладают обострения сердечно-сосудистых заболеваний. Евгений Иванович поясняет:

- Есть такая категория людей, которые уверены: в поликлинику ходить - только время тратить, поскольку там придется стоять в очереди и не всегда попадешь к нужному специалисту... А вызовешь скорую - и вопрос решен. Мы, конечно, приедем, окажем помощь, но это не отменяет понимания населением значимости работы участкового звена. Очевидно: мы оказываем экстренную помощь, но мы не лечим. Так что своевременное обращение в поликлинику - не просто желательно, а обязательно для всех больных с хроническими заболеваниями.

- Стороннему человеку кажется, что ваша работа сопровождается постоянным стрессом...

Е.Горохов: - Это не кажется - так и есть на самом деле. Как бы банально ни звучало: стремление помогать людям, ощущение поддержки коллег в экстренной ситуации - вот то главное, что помогает работать на протяжении многих лет в таком режиме. В последнее время в службе скорой помощи развернута автоматизированная система управления, работа которой нацелена на уменьшение времени доезда на вызов.

Р.Рогов: - У нашей подстанции «Новоалтайская» география выездов машин скорой помощи немалая: Новоалтайск и Первомайский район. Регламент времени приезда на вызов (а он составляет 20 минут) нарушается только при обслуживании самых удаленных вызовов. Чтобы проработать на скорой столько лет и в таком режиме, надо, конечно, любить дело, которым занимаешься, и к тому же, думаю, должен подходить «разъездной» характер работы.

- Насколько трудно было принять решение об участии в краевом конкурсе?



Роман Рогов

Е.Горохов: - Решился участвовать не сразу. Одна из причин, которая поспособствовала принятию положительного решения, - стремление рассказать о своем коллективе, представить его, и тогда, возможно, хоть частично решится проблема кадров. Импонировало то, что конкурс существует давно, итоги подводит авторитетная комиссия. В том, что первые два призовых места заняли работники скорой помощи, вижу признание качественной работы всей нашей службы. Мы, как первичное звено оказания помощи, серьезно подняли планку ее качества и результативности.

Конкурс доказал, что скорая помощь - важная составляющая медицины, и особая роль в ее работе принадлежит именно фельдшерам. Это, в свою очередь, подразумевает достаточно большую ответственность, а также необходимость постоянного самообразования, умение четко дифференцировать диагнозы.

Самоподготовка - одно из условий успешной работы. Большую роль играет и наставничество наших специалистов, руководителей, которое сложилось в стройную систему. Есть в работе объективные трудности: требования к заполнению документации, стандарты лечения постоянно меняются. К примеру, если в стационарах стандарты, принятые в 2014 году, до сих пор не пересматривались, в скорой помощи за этот

период они изменились уже дважды. При этом собственно работа в службе скорой помощи невозможна без многогранной базы знаний, которой фельдшеру нужно владеть в полной мере.

Р.Рогов: - Участие в конкурсе с самого начала предполагало большую ответственность перед коллективом, выдвинувшем именно меня. Поддержка коллег была важна на каждом этапе, хотя у меня и был уже опыт участия в подобном конкурсе, проходившем в Новоалтайске, - тогда я стал победителем. Уверен, что моя победа - это победа всего дружного и надежного коллектива подстанции, костяк которого работает многие годы.

Что касается профессиональной подготовки, этот вопрос всегда находится под контролем. Каждый месяц у нас на подстанции проводятся теоретические занятия. К примеру, недавно специалист из Новосибирска читал лекции по тромболизису.

- Насколько изменилось оснащение вашей службы?

Р.Рогов: - Считаю, что оснащение службы скорой помощи в Алтайском крае - одно из лучших в России. Постоянно приходят новые методики. Недавно тестировали новый кардиограф: на планшете записывается кардиограмма пациента и тут же удаленно ее смотрит старший врач. Нам же остается только позвонить и получить исчерпывающую консультацию.

Е.Горохов: - Оно не может не меняться - всё-таки XXI век. Много сделано благодаря программе «Здоровье», например, повысилась оснащенность аппаратурой. Неожиданно сегодня одной из причин, по которым не исполняются временные стандарты, стало то, что при отсутствии помощника на вызове фельдшер должен провести много исследований для принятия более верного решения. Радует, что стала поступать отечественная аппаратура достаточно высокого качества. С хорошим оснащением не только работать приятно, оно помогает решить главную задачу - получить более полную информацию о состоянии пациента, чтобы вовремя оказать необходимую экстренную медицинскую помощь. ☺



Здоровое питание при сахарном диабете

Сахарный диабет - это распространенное эндокринное заболевание, обусловленное недостатком в организме инсулина (гормона поджелудочной железы) или его низкой активностью. Вследствие этого в крови возрастает содержание глюкозы, что приводит к нарушению обмена веществ и постепенному поражению практически всех функциональных систем.

Здоровое питание - основной метод профилактики, который применяется в комплексном лечении многих заболеваний.

В соответствии с популярным правилом «при диабете нет ограничений, есть только правильный образ жизни» даются рекомендации по правильному питанию для больного сахарным диабетом. **Ему необязательно строго соблюдать диету, но необходимо следовать правилам здорового рационального питания.** Человек с диабетом может кушать всё, но он должен знать: как, когда, сколько и каких продуктов нужно съесть для того, чтобы контролировать уровень сахара в крови.

Основные ограничения (но не запреты) в питании при сахарном диабете состоят в уменьшении потребления продуктов с повышенным содержанием сахара (рафинированных продуктов) и составлении рациона, обеспечивающего поступление в организм такого количества белков, жиров, углеводов и микронутриентов (витаминов, минеральных веществ и др.), что будет достаточно для поддержания нормальной массы тела и компенсации обменных процессов для полноценной жизни.

Основные правила здорового питания при диабете

● Необходимо вести подсчет хлебных единиц (ХЕ, они же - ус-

ловные единицы (УЕ)). Это обязательно, прежде всего, для пациентов с сахарным диабетом первого типа (инсулинозависимым).

Следует подсчитывать ХЕ и записывать свой рацион. 1ХЕ - это 12-15г легкоусваиваемых углеводов (конфеты, пирожные, варенье, мармелад и т.д.). *1ХЕ повышает сахар крови в среднем на 2ммоль/л* (без учета действия сахаросодержащих препаратов). Если знать эквивалент ХЕ в продуктах, то можно варьировать свой рацион. Желательно заменять ХЕ равнозначными по скорости всасывания веществ продуктами, что зависит от содержания клетчатки, а также от температуры блюда.

Все овощи (кроме картофеля) можно не учитывать по УЕ, остальные же углеводсодержащие продукты нужно подсчитывать.

● Следует почти полностью отказаться от продуктов, содержащих легкоусваиваемые (простые) углеводы. Это - конфеты, варенье, сгущенное молоко, зефир, мармелад, халва, пирожные, повидло и т.д., а также геркулесовая и манная каши, картофельное пюре.

● Нужно распределить углеводы, жиры, белки равномерно в течение дня между 5-6 приемами пищи. Перекусывать лучше фруктами.

● Необходимо употреблять больше клетчатки и меньше ра-



Елена Анатольевна ШКЛЯРОВА,

старшая медицинская сестра, высшая квалификационная категория, отделение гнойной хирургии, КГБУЗ «Городская больница №8, г.Барнаул», член ПАСМР с 2001г.

финирированных продуктов (выпечка из белой муки, рафинированный сахар, масло). Овощи рекомендуется есть три раза в день.

Чтобы легче планировать свой рацион, представьте тарелку, соотношение продуктов в которой должно быть таким: **50% объема - овощи, 25-30% - углеводы** (каши, хлеб, картофель), **20-25% - белки** (мясо, рыба, яйца, творог, бобовые). Смешанных продуктов (бобы содержат и белки, и углеводы) по объему получается больше.

Таблица 1. Суточная потребность организма в энергии в зависимости от массы тела (при абсолютном покое)

Тип телосложения	Превышение массы тела, %	Дневная потребность в энергии, ккал/кг
Худой	-5 - -9	25
Нормальный	0	20
Ожирение 1-2-й степени	10-49	17
Ожирение 3-й степени	>50	15

● Для снижения веса **следует соблюдать низкокалорийную диету**, избегать употребления жирных продуктов. Не надо ставить недостижимых целей: медленно худеть легче, а результаты стабильнее. Снижение веса в месяц на 2-3 кг - вполне хороший результат.

Для начала можно просто чуть меньше есть, по принципу: «дели пополам». Кратковременные диеты вредят организму, а дорогостоящие препараты типа сжигателей жира могут серьезно нарушить обмен ве-

ществ. Когда вы едите редко, возможны возникновения гипогликемических состояний, а организм при таком режиме вынужден делать запасы (отложения жира). Поэтому постоянное соблюдение правил здорового питания в сочетании с физическими упражнениями дает гарантированный результат без насилия над собой.

● **Не голодать!** Не стоит ходить голодным в магазин. Будучи голодной, мы покупаем больше вредных продуктов.

● **Следует употреблять как можно меньше алкоголя.** Помните, что алкоголь сильно влияет на вес (калориен); увеличивает риск гипогликемии; разрушает (в больших количествах) клетки печени, поджелудочной железы и нервной ткани.

● **Необходимо уменьшить количество соли в пище.** Соль задерживает в организме воду, что ведет к повышению артериального давления. Кроме того, увеличивается нагрузка на почки.

● **Пища должна быть свежей.** Китайцы говорят: «Свежая еда или чай - это лекарство. Постояв 8-12 часов, это уже балласт для организма, а через 24 часа - яд». Поэтому не готовьте много и готовьте для всей семьи одинаково.

Суточная потребность в энергии

Принцип дробного и смешанного питания позволяет стабилизировать уровень сахара крови в течение суток при введении инсулина или приеме сахароснижающих таблеток. Суточная потребность человека в пище зависит от возраста, пола, характера трудовой деятельности, физических нагрузок и определяется энергетическими затратами организма. Составляющие пищу белки, жиры и углеводы производят необходимую для жизнедеятельности энергию.

С помощью таблицы №1 можно рассчитать необходимую суточную энергетическую потребность (калорийность) организма, исходя из



Советы медицинской сестры

того, что стремиться нужно к идеальной массе тела.

Чтобы рассчитать суточную потребность в энергии, нужно умножить соответствующую вашему телосложению цифру из третьей графы таблицы на число, равное вашему реальному весу. Например: женщина, рост 160см, вес 70кг. Фактическая масса 70×17 (из табл.1) = 1190, примерно 1200 ккал - это суточная калорийность для больной в условиях покоя.



В рацион питания надо включать достаточно большое количество **пищевой клетчатки**, в состав которой входят гемицеллюлоза, пектин, гуар и другие компоненты, содержащиеся в продуктах растительного происхождения. Клетчатка создает условия для нормальной работы

Таблица 3. Суточная норма потребности в углеводах в зависимости от нагрузки

Физическая нагрузка	Пол	Средняя суточная норма углеводов, ХЕ
Тяжелая	Мужчины и женщины	23-28
Средняя	Мужчины	19-22
	Женщины	16-19
Малая	Мужчины	14-16
	Женщины	10-14

ЖКТ, адсорбирует шлаки, содержащиеся во многих продуктах питания, способствует выведению из организма холестерина (профилактика атеросклероза), дает чувство сытости (разбухает в желудке и кишечнике), замедляет всасывание углеводов из ЖКТ, предупреждая резкое повышение сахара после еды.

По содержанию клетчатки сложные углеводы (фрукты, крупы) можно распределить по группам (табл.2).

Таким образом, **основной источник клетчатки - это овощи**, которые почти не приводят к нарушению сахара крови, поэтому они должны составлять основу питания, то есть входить в основные приемы пищи три раза в день. Овощи лучше употреблять по возможности в свежем виде, поскольку в процессе термической обработки разрушаются и клетчатка, и витамины.

Таблица 2. Содержание клетчатки в различных продуктах питания

Продукты, содержащие углеводы	Содержание клетчатки
Все свежие овощи (кроме картофеля), лесные ягоды (черника, земляника, брусника, клубника, малина), садовые ягоды (крыжовник, смородина, рябина), грейпфрут, апельсины	Очень высокое
Отварные овощи (свекла, морковь, тыква); абрикосы, персики, груши, сливы, дыня, яблоки	Высокое
Вишня, черешня, мандарины, хурма, арбуз, виноград, ананас, бананы	Умеренное
Необработанные крупы (кроме пшеничной, манной), картофель отварной, хлеб ржаной, из отрубей	Ниже среднего
Белый хлеб, каша из геркулеса, манная и пшеничная крупы, картофельное пюре	Низкое, клетчатки почти нет



Советы медицинской сестры

Необходимо распределять рассчитанные ХЕ равномерно в течение суток, учитывая свой образ жизни. Разумеется, съедать одинаковое количество еды в дни, когда вы копаете огород или когда лежите дома на диване, - недопустимо.

Жиры и белки бывают растительные и животные. Растительный жир (подсолнечное, кукурузное масло) не содержит холестерина и более полезен для людей старше среднего возраста. Жир может быть **явный** (масло сливочное, растительное, сало, сметана, консервы и т.д.) и **скрытый** (приправы, орехи, семечки, мясо, рыба, яйца, молочные продукты). Все животные продукты содержат жир, поскольку он входит в состав клеток животного организма. В самом нежирном мясе содержится до 30% жира. Переесть жиров довольно просто.

Распространенная ошибка многих людей - заменять углеводистые продукты (хлеб, картофель) на белковые (мясо, яйца). Этого не стоит делать потому, что животные белки содержат много жира, а колбасы и сосиски - много разнообразных химических добавок. Между тем некоторые продукты растительного происхождения содержат достаточное количество белков, поэтому больному сахарным диабетом совсем не противопоказано быть вегетарианцем, употребляя большее количество белков растительного происхождения. Таким образом можно проводить профилактику и атеросклероза, и диабетической нефропатии.

Принципы физической активности

При сахарном диабете следует регулярно заниматься физическими упражнениями. Физическая нагрузка позволит выглядеть и чувствовать себя лучше, снять стресс и укрепить костно-мышечную систему. Чем больше мы двигаемся, тем лучше и рациональнее расходуются питательные вещества в организме. При этом сахар крови снижается, артериаль-

Таблица 4. Содержание белка и жира в 100г основных продуктов

Продукты	Содержание белков, г	Содержание жиров, г
Животного происхождения		
Говядина, телятина, курица, утка, свинина (нежирная), печень, язык, копченые колбасы	16-19,5	16-35
Колбасы вареные, сосиски, ветчина	10-13	20-35
Рыба: горбуша, осетр, сельдь, окунь, сардина, сазан, путассу, скумбрия; кальмар	18-20	5-12
Икра зернистая	28-32	10-13
Рыба: минтай, карп, мойва, треска, камбала	13-17	1-6
Яйца куриные	12,5	11,5
Сыр, творог	15-30	10-30
Растительного происхождения		
Бобовые: соя, горох, фасоль	20-40	1-2
Грибы свежие	2-10	1-2
Орехи, семечки	5-15	20-30
Некоторые овощи: чеснок, петрушка (зелень), шпинат, горошек зеленый, баклажаны	1,5-6,5	0-0,4
Крупы: гречневая, овсяная	11-12,5	3-6

ное давление нормализуется, улучшается работа всех органов. Только сочетание здорового питания и физической активности позволит сохранить нормальный вес или снизить его.

Начинать заниматься следует постепенно. Особенно осторожно должны поступать люди с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. На фоне высокого артериального давления или сахарного диабета напрягаться не стоит. Важна регулярность и периодичность. Лучше заниматься тем, что нравится: ездить на велосипеде, плавать, танцевать или просто больше ходить. ☺

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



Лекарственная устойчивость при лечении туберкулеза лёгких



Елена Сергеевна АНИСИМОВА,
главный внештатный
фтизиатр Алтайского
края, врач-фтизиатр,
высшая квалификационная
категория, КГБУЗ «Детский
туберкулезный санаторий,
г.Барнаул»

В медицинском сообществе проблема лекарственной устойчивости характерна для всех состояний, вызванных микроорганизмами.

По статистике, около 60% летальных исходов при туберкулезе приходится именно на лекарственно устойчивые формы заболевания.

Лекарственная устойчивость – это природная или приобретенная способность возбудителя заболевания сохранять жизнедеятельность при воздействии на него лекарственными средствами. При этом чувствительность снижается до такой степени, что данный штамм микроорганизмов способен размножаться даже при воздействии на него препарата в критической или более высокой концентрации. Это проявление фундаментального биологического свойства всех живых организмов – приспособляемость к изменениям условий внешней среды.

Адекватная химиотерапия составляет основу лечения туберкулеза. Эта этиотропная (то есть специфическая) терапия с применением оптимальной комбинации противотуберкулезных препаратов направлена на уничтожение микобактериальной популяции (бактерицидный эффект) или же на подавление ее размножения (бактериостатический эффект).

К основным требованиям к противотуберкулезным препаратам относятся: возможность предотвращения резистентности в комбинации препаратов, ранняя бактерицидная активность и стерилизующая активность.

Основные принципы химиотерапии туберкулеза

► Химиотерапия по результатам быстрых методов определения лекарственной чувствительности микобактерий туберкулеза,

- стандартные подходы,
- комбинированная химиотерапия 4-6 противотуберкулезными препаратами,
- двухфазная химиотерапия,
- исключение эмпирического режима химиотерапии препаратами 1-го и 2-го ряда одновременно,

► учет данных лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза у контактного лица,

► учет сведений о предшествующей терапии,

► своевременная коррекция при выявлении лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза.

К сожалению, арсенал врача-фтизиатра при лечении туберкулеза не так уж и велик. Препараты для лечения туберкулеза делятся на три основных группы:

● препараты I ряда (изониазид, рифампицин, рифабутин, пипразинамид, этамбутол, стрептомицин),

● препараты II ряда (канамицин, амикацин, капреомин, левофлоксацин, спарфлоксацин, моксифлоксацин, протионамид, этионамид, циклосерин, теризидон, аминосалициловая кислота, бедаквилин),

● препараты III ряда (линезолид, тироуредонимнометилпиридиния перхлорат, амоксициллина клавуланат, имипенем/циластатин, меропенем).

Бактериальная популяция содержит четыре группы микобактерий, различных по механизмам метаболизма и влияния на них лекарств:

● **группа А:** метаболически активные, продолжающие расти; находятся, например, в стенке каверны, где pH нейтральная. Легко уничтожаются HRS;

● **группа В:** дремлющие микроорганизмы, внутриклеточные, внеклеточные, случайно растущие короткий период времени. Уничтожаются только рифампицином;

● **группа С:** бациллы, находящиеся или внутри клетки, их рост сдерживается внутриклеточной кислотностью, или в казеозе. Могут быть эффективно уничтожены пипразинамидом;

● **группа D:** содержит полностью дремлющие микобактерии, на которые никакие лекарства не оказывают действия. Они обычно умирают и редко вызывают рецидив заболевания.

В основном организмы из групп В и С временно персистируют, являясь причиной рецидивов заболевания. Поэтому очень важно уничтожить именно эти группы микобактерий туберкулеза. Наилучший результат на организмы из групп В и С оказывают влияние антибактериальные препараты первого ряда, но иногда микобактерии туберкулеза нечувствительны к ним, – тогда речь идет о лекарственно устойчивом туберкулезе.



Маленькая и опасная палочка Коха

Множественная лекарственная устойчивость туберкулеза

По своей природе лекарственная резистентность микобактерий туберкулеза обусловлена хромосомными мутациями. Множественная лекарственная устойчивость (МЛУ), как результат спонтанных мутаций, - практически невозможна, поскольку нет единого гена, кодирующего МЛУ, а мутации, приводящие к развитию устойчивости к различным препаратам, генетически не связаны. Лишь неадекватное воздействие противотуберкулезных препаратов на популяцию микобактерий обеспечивает селективный отбор резистентных штаммов.

С клинической точки зрения причинами возникновения МЛУ туберкулеза являются: поздняя диагностика первичной лекарственной устойчивости возбудителя; неадекватное или незавершенное предыдущее лечение заболевания; использование некачественных противотуберкулезных препаратов.

Неадекватный или ошибочно выбранный режим химиотерапии приводит к тому, что лекарственно устойчивый мутант, встречающийся в микобактериальной популяции, становится доминирующим у пациента, болеющего туберкулезом. **Но даже при правильно назначенной противотуберкулезной терапии перерывы в лечении, временные отмены того или иного препарата, несоблюдение сроков химиотерапии способствуют формированию приобретенной устойчивости возбудителя.**

МЛУ микобактерий туберкулеза - это устойчивость возбудителя к сочетанию препаратов изониазида и рифампицина, независимо от наличия устойчивости к другим противотуберкулезным препаратам. При выявлении такого вида устойчивости лечение проводится по IV режиму химиотерапии, который назначается пациентам с установленной лекарственной устойчивостью к изониазиду и рифампицину одновременно или только к рифампицину.

Широкая лекарственная устойчивость (ШЛУ) микобактерий - это вид МЛУ, выраженной в сочетанной устойчивости к изониазиду, рифампицину, фторхинолону и канамицину и/или амикацину и/или капреомицину, независимо от наличия устойчивости к другим противотуберкулезным препаратам. При таком виде устойчивости лечение проводится по V режиму химиотерапии.



Понятие «режим химиотерапии» включает в себя комбинацию противотуберкулезных препаратов, их дозы и сроки лечения. Таким образом, можно выделить **принципы химиотерапии:**

- интенсивная фаза лечения больных МЛУ туберкулеза включает как минимум четыре эффективных противотуберкулезных препарата второго ряда и пирразинамид;

- в лечении пациентов с МЛУ, ШЛУ возбудителя используются последние генерации фторхинолонов;

- наиболее эффективный режим для пациента с МЛУ туберкулеза включает 5 препаратов, а с ШЛУ туберкулеза - 6 препаратов;

- пациенты должны принимать все препараты (всю суточную дозу), включенные в режим химиотерапии, под непосредственным контролем медицинского персонала в течение всего курса лечения;

- прием препаратов по IV и V режимам осуществляется ежедневно, 7 дней в неделю, в интенсивной фазе и 6 дней в неделю - в фазе продолжения.

Курс лечения по IV режиму составляет минимум 15 месяцев (максимум - 24 месяца): интенсивная фаза IV режима - это 240 доз (возможно 90 доз), поддерживающая - 310 доз. **Весь курс V режима лечения занимает минимум 18 месяцев** (максимум - 24 месяца). Когда пациент эффективно оканчивает назначенный курс лечения, его без преувеличения можно считать героем: два года ежедневного приема антибактериальных препаратов даются очень нелегко. Но ведь цена этому - собственная жизнь! ☹

Среди впервые выявленных пациентов с туберкулезом лёгких доля тех, кто изначально страдает лекарственно устойчивыми формами туберкулеза, в Алтайском крае составляет: в 2015 году - 23,7% (193 чел.), в 2016 году - 23,3% (166 чел.). При этом в СФО: в 2015 году - 23,1% (1759 чел.), в прошлом году - 25,5% (1856 чел.); в целом по России: в 2015 году - 23% (7602 чел.).

Составляем ежедневное меню для больных артериальной гипертонией



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

Диетические рекомендации при артериальной гипертонии направлены в первую очередь на нормализацию избыточной массы тела, профилактику повышения массы тела у лиц с нормальным весом и коррекцию нарушений липидного обмена.

Наиболее важными для больных артериальной гипертонией являются **коррекция электролитных нарушений и контроль водно-электролитного обмена**, так как именно накопление солей натрия в стенках сосудов имеет повреждающий эффект и оказывает отрицательное влияние на тонус сосудов.

Кроме того, у таких больных в организме накапливается больше жидкости, как в сосудистом русле, так и в тканях. И **диета должна помочь вывести избыток жидкости из организма**: этому будут способствовать ограничение поваренной соли и увеличение содержания солей калия в рационе.

Чтобы не нарушить функцию сердечной мышцы, помимо приема антиоксидантов (витаминов бета-каротина, Е, С, а также селена), **нужно следить за содержанием калия в диете.**

В целях профилактики нарушений углеводного обмена необходимо **строго контролировать содержание простых сахаров** (сладких напитков, джема, меда, варенья и просто сахара).

За последние годы большое внимание, особенно с профилактической точки зрения, стали уделять так называемым пищевым волокнам, которые играют большую роль в процессе переваривания и усвоения пищи и выведении из организма холестерина и токсинов. Большинство разновидностей хлеба, особенно грубого помола, а также крупы и картофель содержат различные типы пищевых волокон - клетчатку. **Потребление достаточного количества продуктов, богатых клетчаткой, важно для нормализации функции кишечника, уменьшает симптомы хронических запоров, дивертикулита и геморроя, а также снижает риск ишемической болезни сердца и, возможно, некото-**

рых видов рака. Пищевые волокна содержатся в таких продуктах, как *бобовые, орехи, овощи и фрукты*, и они должны присутствовать в ежедневном рационе.

Несколько раз в день следует употреблять **разнообразные овощи и фрукты (более 500г в день дополнительно к картофелю)**. Предпочтение лучше отдавать сезонным продуктам местного производства. Известно, что овощи и фрукты являются источниками витаминов, минеральных веществ, крахмалосодержащих углеводов, органических кислот и пищевых волокон. Потребление овощей должно превышать потребление фруктов приблизительно в соотношении 2:1. Наличие свежих овощей и фруктов изменяется в зависимости от времени года и региона, но замороженные, сухие и специально обработанные, они доступны в течение всего года.

Одним из пищевых факторов риска, который, как предполагается, вносит вклад в увеличение частоты заболеваний сердечно-сосудистой системы и раком, является **дефицит антиоксидантов** (каротиноидов, витаминов С и Е), который может быть восполнен овощами и фруктами. Доказано, что недостаток антиоксидантов способствует избыточному окислению холестерина, что в сочетании с дефицитом антиоксидантов вызывает повреждение клеток в сосудистых стенках и способствует развитию атероматозных бляшек сосудов различной локализации. **Дефицит антиоксидантов особенно выражен у курильщиков**, поскольку само курение запускает процесс образования гигантского количества свободных радикалов. Высокое потребление антиоксидантов из овощей и фруктов помогает защитить организм от повреждающего действия свободных радикалов.



Сердечный разговор с кардиологом

Бобовые, арахис, хлеб, зеленые овощи (шпинат, брюссельская капуста и брокколи) являются источниками **фолиевой кислоты**. Она может играть важную роль в снижении факторов риска, связанных с развитием сердечно-сосудистых заболеваний, рака шейки матки, анемии.

Потребление овощей и фруктов, содержащих витамин С, наряду с продуктами, богатыми железом (например, бобовые, злаковые), **улучшает абсорбцию железа**. Источники железа - **листовая зелень семейства капустных** (брокколи, шпинат). В овощах и фруктах содержатся также витамины группы В и минералы (магний, калий и кальций), которые снижают риск повышенного артериального давления.

Ежедневная норма потребления **соли**, учитывая ее содержание в хлебе, консервированных и других продуктах, - **1 чайная ложка (6г)**.

Дефицит йода - распространенная патология, особенно среди детей раннего возраста и женщин. Одним из современных способов профилактики йодного дефицита является универсальное йодирование соли. То есть при покупке отдавайте предпочтение именно йодированной соли.

В натуральном виде в продуктах поваренная соль содержится обычно в малых количествах. Преимущественно она потребляется с продуктами, прошедшими специальную обработку. Поэтому консервированные, соленые, копченые продукты (мясо, рыба) рекомендуется употреблять в малых количествах и не каждый день. **Пищу следует готовить с минимальным количеством соли**, а для улучшения вкусовых качеств лучше добавлять травы и пряности. Солонку со стола уберите, чтобы не было соблазна досолить пищу за столом.

Работа над ошибками: перекраиваем свой рацион

Перестроить свое питание, учитывая все вышеперечисленные требования, поможет **индивидуальный план действий**. План (другое его название - «маршрут оздоровления питания») составляется в следующей последовательности по приоритету важности и сложности:



♦ **первый шаг:** факторы питания, отмеченные двумя плюсами «++». В эту группу входят **наиболее важные и легко изменяемые**, по мнению самого пациента, **факторы**, неблагоприятно влияющие на его артериальное давление;

♦ **второй шаг:** факторы питания, отмеченные минус-плюс «+» - это **менее важные, но легко изменяемые**, по мнению самого пациента, **неблагоприятные факторы**;

♦ **третий шаг:** факторы питания, отмеченные плюс-минус «+-». К ним относятся **неблагоприятные факторы, наиболее важные, но трудно изменяемые**, по мнению самого пациента;

♦ **четвертый шаг:** факторы питания, отмеченные двумя минусами «--» - это **менее важные и трудно изменяемые**, по мнению самого пациента, **неблагоприятные факторы**.

Секрет успеха - в том, чтобы **выстроить реалистичные планы, определить конкретные сроки их осуществления, выбрать не глобальные цели, а наиболее конкретные, и решать их поэтапно**. Вы можете выбрать для себя определенные поощрения при достижении какого-либо конкретного результата. Например, при снижении веса за определенное количество килограммов можно поощрить себя чем-то, что будет для вас приятно. Помните, что даже одобрение со стороны окружающих является важным доказательством достижения вами успеха.

Снижение количества поваренной соли в рационе и обогащение его витаминами С и В положительно действуют на надпочечники, выделяющие адреналин.



Сердечный разговор с кардиологом

В таблице указан пример оценки возможностей и наиболее рациональных путей изменения рациона.

	Важно для меня	Менее важно для меня
Мне легко изменить	<i>Приоритеты первого шага:</i> - убрать солонку со стола; - не есть маринады; - пить некрепкий чай.	<i>Приоритеты третьего шага:</i> - добавлять меньше кусков сахара в чай; - пить клюквенный морс; - есть сухофрукты.
Мне трудно изменить	<i>Приоритеты второго шага:</i> - ограничить жирное мясо; - покупать бессолевой хлеб; - отказаться от кофе.	<i>Приоритеты четвертого шага:</i> - смотреть на этикетку покупаемых продуктов; - есть больше рыбы; - покупать отрубной хлеб.

Пример суточного меню для пациентов с артериальной гипертензией

Первый завтрак: каша манная молочная (250г); чай с 1 кусочком сахара (200г).

Второй завтрак: яблоко свежее (100г).

Обед: суп-лапша на курином бульоне (250г); грудка курицы запеченная (115г); рис отварной (135г); морс клюквенный без сахара (200г).

Полдник: отвар шиповника

Ужин: рыба тушеная (200г); свекла тушеная с черносливом (200г).

На ночь: кефир (200г); хлеб белый (100г); хлеб черный, отрубной (100г); сахар (25г).

Всего: 1800ккал.

Изменения в диете при артериальной гипертензии

Необходимо исключить острые блюда и приправы, соленую и богатую животными жирами пищу, мучные и кондитерские изделия.

Выбирайте такие способы приготовления, как отваривание, запекание, изредка - лёгкое обжаривание.

Ограничьте потребление поваренной соли - в сутки не более 3-5г (0,5-1ч.л. без верха).

Потребность в жидкости более чем наполовину удовлетворяется из напитков и продуктов, кроме

того, клетки организма сами образуют воду через метаболизм жиров, белков и углеводов. Рекомендовано потребление воды, соков, минеральных вод, но не газированных напитков. Жидкости необходимо потреблять в адекватных количествах, особенно в жару и при повышенной физической активности. Среднее ее потребление - 1,5-2 литра в день.

Принципы здорового питания

Есть несколько правил, которых важно придерживаться ежедневно.

Питание должно быть разнообразным, содержать достаточное количество белков, жиров - предпочтение надо отдавать растительным, сложным и в меньшем количестве - простым углеводам; витаминам и минеральным веществам (*подробнее об этом читайте в №5 (173) журнала «Здоровье алтайской семьи»*).

Питание должно быть **дробным** (3-4 раза в сутки), **регулярным** (в одно и то же время) и **равномерным** (последний прием пищи должен быть не позднее, чем за 2-3 часа до сна).

Кулинарная обработка должна быть оптимальной. Выбирайте разнообразные продукты (свежие, замороженные, сушеные), выращенные в вашей местности. Отда-

вайте предпочтение приготовлению продуктов на пару, путем отваривания, запекания или в микроволновой печи. Уменьшите добавление жиров, масел, соли, сахара в процессе приготовления пищи. Разнообразная свежая и правильно приготовленная пища без излишних добавок позволяет достичь требуемой полноценности и сбалансированности здорового питания.

Потребление алкоголя должно быть разумным. Не следует потреблять более 30г алкоголя (в пересчете на чистый спирт) в день для мужчин и 15г - для женщин. Помните, что даже однократный прием алкоголя вреден для организма!

Алкоголь - напиток, который образуется при ферментации углеводов: 1г алкоголя содержит 7ккал и не обеспечивает организм питательными веществами. Алкоголизм поражает три основные системы: сердечно-сосудистую (вызывает кардиомиопатию, артериальную гипертензию, аритмию, геморрагические инсульты); желудочно-кишечную (обуславливает появление язвенной болезни, цирроза печени, рака прямой кишки, панкреатонекроза и др.); нервную систему (нейропатии, вегето-сосудистые дистонии, энцефалопатии). Алкогольная зависимость приводит к развитию дефицита витаминов группы В (никотиновой и фолиевой кислот) и витамина С, а также минеральных веществ (цинка и магния). Развитие дефицита связано с недостаточным потреблением продуктов, содержащих эти питательные вещества, а также со сниженной их абсорбцией в кишечнике или взаимодействием питательных веществ и алкоголя в организме.

Какова связь между характером питания и артериальным давлением? Многочисленные эпидемиологические исследования показывают, что артериальная гипертензия гораздо чаще (в 2-3 раза) встречается у лиц с избыточной массой тела. Об этом говорят и результаты снижения веса у больных с гипертензией, когда потеря нескольких килограммов приводит к снижению дозы принимаемых препаратов, а в некоторых случаях - даже к нормализации уровня давления. ☺



БЫТЬ В СОГЛАСИИ СО СВОИМ ТЕЛОМ

В календаре праздников июня отмечен Международный день йоги. Его датой стал день летнего солнцестояния - 21 июня. В этот день для практики, на которую приглашались все желающие, была выбрана главная площадка Барнаула - перед входом во Дворец зрелищ и спорта.



Об особенностях этого направления физического и духовного совершенствования наш разговор - с йогатренером **О.А. БОЙКО**.

- Ольга Александровна, как в вашу жизнь пришло увлечение йогой?

- Когда мы начинаем чем-то интересоваться? Когда появляются проблемы со здоровьем, когда тело говорит: «Тук-тук, я у тебя есть», начинается поиск своего рецепта. Со мной это произошло достаточно давно - в 1993 году.

- Йога, как направление, многогранна - перечисление разных школ заняло бы достаточно времени. Чем вы занимаетесь?

- Я знаю многие направления, но ко мне обращаются люди, которых интересует именно йога-терапия. Поэтому я выбрала школу айенгара, признанную в мире, чья эффективность в оздоровлении человека доказана.

- В йоге удивительным образом соединяются философия, физическая культура. Одним это подходит, других, наоборот, отпугивает.

- В йоге есть различные физические практики, но нет клирики, нет религии. Однако по мере занятий уклад жизни человека меняется, потому что становится другим тело, состояние духа, постепенно меняется отношение к жизни. Здоровый дух требует особенного подхода. В че-



ловеке становится больше любви к окружающему миру, меньше суетности.

- И все-таки - практика йоги помогает поправить здоровье?

- Если грамотно составлен комплекс, то человек после практики всегда выходит с подъемом, даже если он пришел, собрав последние силы. В разуме наступает спокойствие, в сердце поселяется радость, в теле ощущается прилив энергии. Что происходит, когда мы делаем йога-упражнения? Во-первых, это не совсем спорт. Йога-упражнения влияют на все системы в организме, в том числе - на его энергоструктуру. Иногда новички заявляют о своем желании подкачать определенную группу мышц. Нет в йоге таких «узконаправленных» упражнений, но работая в любой практике, человек подкачает в том числе и желаемые мышцы. Во-вторых, в йоге одинаково важны как упражнения, так и переходы между ними. И при кажущейся внешней легкости в исполнении они дают серьезную нагрузку на все группы мышц. Когда мы выполняем упражнения, обязательно контролируем свои дыхание и внимание. То же внимание в течение занятия направляется нужным образом: мысли двигаются в необходимом направлении. Управляя своим вниманием, мы учимся управлять своим разумом. Управляя своим дыханием, мы перераспределяем энергию тела. Дыхательные практики в йоге называются прана-яма. Прана в переводе с санскрита - «жизненная энергия». Используя разные техники дыхания, мы учимся управлять своей жизненной энергией, пополнять ее или тратить.

- С чего надо начинать занятия йогой?

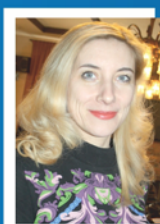
- Я считаю, что каждая практика имеет свои звучание и состояние. И так как каждый из нас спроектирован с особыми настройками, то и практику нужно выбирать для себя согласно собственному устройству. Поэтому начиная познание йоги, лучше сначала ознакомиться со всеми направлениями, чтобы интуитивно остановиться на своем. Не менее важны и контакт с инструктором, уровень его подготовки. Сегодня есть достаточно книг по йоге, но новичку следует отдать предпочтение именно занятиям под руководством опытного учителя. ☺



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»



**Костромицкая
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

№6 (174) июнь 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 27.06.2017 г.,
фактически - 14:00 27.06.2017 г.
Дата выхода: 03.07.2017 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.

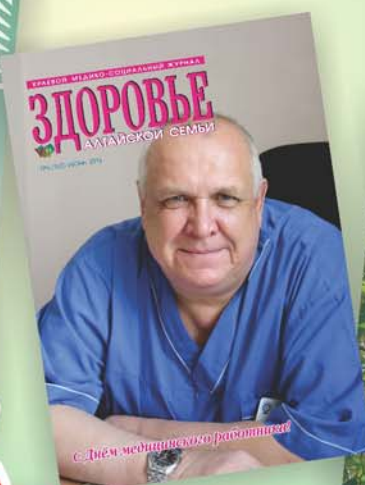
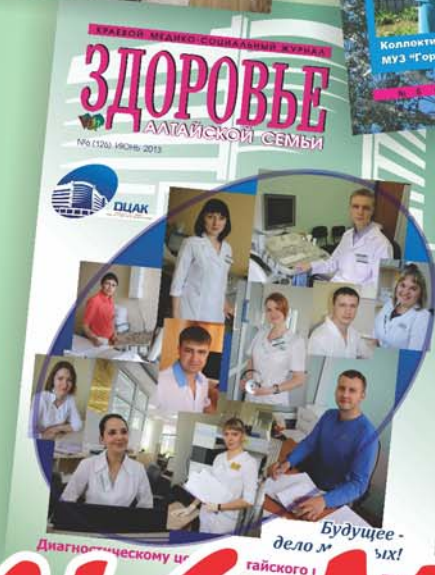
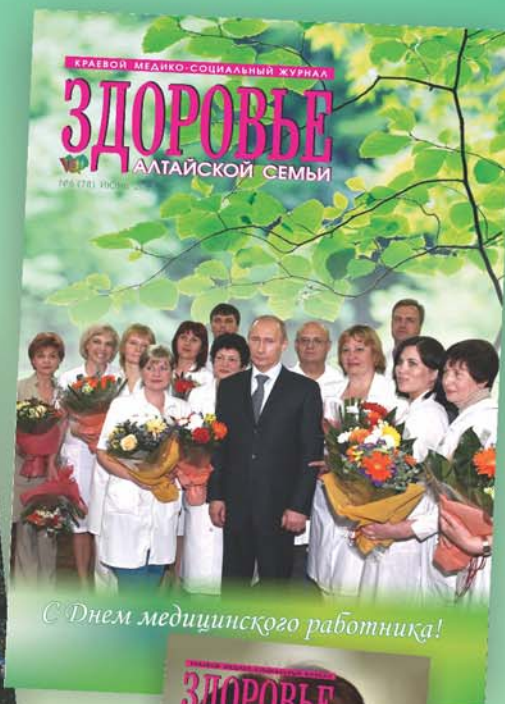
Адрес работы с общественными представителями:
656038, Алтайский край, г. Барнаул, пр. Ленина, 56, тел. 8-902-141-79-83.
E-mail: neboln@mail.ru. Группа ВКонтакте: <https://vk.com/neboln>

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!